

O SUJEITO-COMPRIMIDO

The pill-subjects

Kwame Yonatan P. Santos

Mestrando de Psicologia
Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de São Paulo – UNESP
Campus de Assis
Bolsista da Capes/CNPQ
kwame7y@hotmail.com

Silvio Yasui

Professor Assistente
Depto. de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar
UNESP - Assis
silvioyasui@gmail.com

Gustavo Henrique Dionísio

Professor Assistente
Depto. de Clínica
UNESP-Assis
guhendio@yahoo.com.br

RESUMO: É possível encapsular em um comprimido os benefícios de tratamento analítico? Suspendendo o sintoma rapidamente? Desde o século XIX a psiquiatria vem oferecendo aos chamados doentes mentais “formas medievais” de tratamento, como é o caso das internações manicomiais, a camisa-de-força, as lobotomias, os tratamentos de choque, etc. O que mudou na metade do século XX, em que se deu a “revolução psicofarmacológica” com o aparecimento da clorpromazina, a primeira droga psicoativa? Hoje com a Reforma Psiquiátrica as intermináveis internações manicomiais estão sendo paulatinamente abandonadas, contudo vemos a ascensão dos medicamentos psicoativos, vistos como protagonistas no tratamento em Saúde Mental. O presente ensaio teórico é um desdobramento de uma pesquisa de mestrado, em andamento, sobre o uso a longo prazo de psicofármacos. Insere-se no campo da Saúde Mental, mais especificamente no debate sobre a medicalização do social no contemporâneo, seus processos de subjetivação da clínica psiquiátrica e as formas de tratamento oferecidas na atualidade aos sujeitos em seu sofrimento-existência. Assim, procura-se problematizar essa clínica psiquiátrica dessubjetivante, que produz sujeitos que podemos chamar de sujeito-comprimido.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização. Psicofármacos. Subjetividade

ABSTRACT: Is it possible to encapsulate in a pill the benefits of an analytical treatment? Quickly suspending the symptoms? Since the nineteenth century psychiatry has offered to the so called mentally ill "medieval forms" of treatment, as is the case of institutional admissions, the straightjacket, lobotomies, shock treatments, etc. What has changed since the mid-twentieth century advent of chlorpromazine, the first psychoactive drug, and the "psychopharmacological revolution"? Today with the Psychiatric Reform mental institutions admissions are being gradually abandoned, yet we see the rise of psychoactive drugs as

protagonists in mental health treatment. This theoretical essay is an extension of a master's thesis in progress on the long-term use of psychotropic drugs. It falls within the field of mental health, specifically in the debate on the medicalization of society in contemporary processes of subjectivation of the psychiatric clinics and the treatment modalities currently offered to individuals in their suffering-existence. Thus, we seek to problematize this degrading psychiatric clinics, which produces what we call the pill-subject.

KEYWORD: Medicalization. Psychotropic substances . Subjectivity

1 Introdução

O presente ensaio teórico é um desdobramento de uma pesquisa de mestrado sobre o uso a longo prazo de psicofármacos. Insere-se no campo da Saúde Mental, mais especificamente no debate sobre a medicalização do social no contemporâneo, seus processos de subjetivação da clínica psiquiátrica e as formas de tratamento oferecidas na atualidade aos sujeitos em seu sofrimento-existência.

Medicalização é a apropriação artificial da medicina, por meio do discurso, de questões que não eram tratadas de outra maneira (FOUCAULT, 2001). Observamos hoje um movimento de medicalização do social e da vida, de modo que os critérios diagnósticos dos manuais de diagnósticos psiquiátricos buscam descrever os quadros nosográficos, mas essas classificações acabam sendo tão amplas que quase todos os sujeitos podem ser diagnosticados com alguma psicopatologia.

Foucault nos ensina que não há relações de saber que não sejam concomitantemente relações de poder. Existem na atualidade dois modelos prevalentes na atual organização dos serviços de Saúde Mental: a psiquiatria biológica e a psicanálise. A psiquiatria biológica vem ocupando um lugar hegemônico no cenário contemporâneo. Baseando-se fundamentalmente em teorias organicistas, desqualificando a cientificidade de outros saberes que não tomam a biologia como pilar teórico.

Desde o século XIX a psiquiatria vem oferecendo aos chamados doentes mentais “formas medievais” de tratamento, como é o caso das internações manicomiais, a camisa-de-força, as lobotomias, os tratamentos de choque, etc. O que mudou na metade do século XX, em que se deu a “revolução

psicofarmacológica” (RODRIGUES, 2003) com o aparecimento da clorpromazina, a primeira droga psicoativa? (LAURENT, 2002)

Desde então os psicofármacos transformaram radicalmente o campo da Saúde Mental por conseguir suspender os sintomas dos pacientes psiquiátricos rapidamente e, eventualmente, com os avanços neurotecnológicos, esses medicamentos passaram de coadjuvantes para o papel principal nas terapêuticas. Só que, com essa mudança, houve alguns efeitos colaterais.

Nas décadas que se seguiram ao descobrimento dos psicofármacos, tentou-se conciliar a psicanálise, em primeiro lugar, com os psicotrópicos; posição que foi invertida ao longo do tempo e abandonada. Enclausurou-se a subjetividade em uma “camisa-de-força química” (SILVEIRA, 1981), a subjetividade, aqui entendida na perspectiva da psicanálise do sujeito do inconsciente, passou a ser entendida neurocientificamente, de maneira que qualquer distúrbio mental seria passível de correção apenas com o uso do medicamento psicoativo que traria a estabilização neuroquímica.

2 A SUPRESSÃO DO SINTOMA E A CRIAÇÃO DA SUBJETIVIDADE COMPRIMIDA

Se fizermos um breve retrospecto da história da psiquiatria, essa sempre foi olhada pelas outras especialidades médicas com desconfiança por não ter um instrumento de intervenção e pela sua vinculação teórica com a psicanálise, que podemos evidenciar até o DSM-III (sigla em inglês para a terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais), momento em que a psiquiatria abandona definitivamente esta influência e passa a orientar seus estudos para um viés naturalista, biológico. A história do sujeito passou a não importar e muito menos aquilo que ele tinha a dizer sobre o seu sofrimento, porque com as novas drogas psiquiátricas o sintoma, tão caro aos sujeitos, tiveram uma rápida suspensão. Dessa maneira o convênio foi dizimado a medida que os psicofármacos aparentavam ter uma maior eficácia que uma análise.

A aposta terapêutica na psicofarmacologia de que o adoecimento era do neurônio e não do sujeito, que o mal-estar era passível de ser corrigido com a

ingestão do comprimido, afastou a psiquiatria cada vez mais dos tratamentos psicanalíticos, visto que a análise não buscava acabar com os sintomas de imediato, bem pelo contrário, os sintomas seriam peças essenciais a ela. De acordo com a teoria freudiana, os sintomas carregariam uma verdade sobre a via desejante do sujeito, assim não devendo ser descartados, mas antes problematizados junto aos analisandos.

Segundo a psicanálise, o sintoma seria uma formação do inconsciente, este seria estruturado como uma linguagem, logo “O sintoma, (...) constitui-se como uma autêntica metáfora, ou seja, como uma substituição significante de um significante antigo recalcado por um significante novo” (DÖR, 1992: 64). Tendo sido constituído dentro do campo da linguagem, o sintoma deve ser elucidado pela fala, entretanto sua dimensão simbólica cada vez mais tem sido ignorada.

O sintoma é uma tentativa resolutiva do aparelho psíquico frente às exigências internas e externas, é uma resposta precária, pois deixaria muito sofrimento, mas ainda assim traria alívio e não deixaria de dizer algo sobre o desejo do sujeito.

O sintoma como processo metafórico é uma tentativa de auto-cura, pois é próprio da atividade inconsciente utilizar os diversos materiais de origem diferente em uma combinação tal que a expressão do desejo recalcado torna-se irreconhecível (DOR, 1992). Nesse sentido, o tratamento proposto pela clínica da psiquiatria carrega já na sua escuta o viés medicamentoso, normatizador. Investindo em procedimentos estritamente objetivos e somente considerando legítimas cientificamente as terapêuticas que tenham bases biológicas como: as neurociências, a psicofarmacologia, as terapias cognitivas-comportamentais, etc; desconsiderando a subjetividade como um componente relevante no tratamento.

Assim, essa clínica psiquiátrica dessubjetivante, produz sujeitos que podemos chamar de sujeito-comprimido. Aqui comprimido é usado em dois sentidos, do substantivo “pílula” e do verbo “achatar”. Respectivamente, o sujeito-comprimido é o que tem sua subjetividade desvalorizada, escutada pelo viés do medicamento, formatada para se receitar determinado psicofármaco; e, tem a sua dimensão subjetiva chapada (inclusive no sentido de entorpecida), reduzida a uma descrição do DSM.

È importante apontar uma enorme confusão da função dos DSM's e CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), que são apenas manuais auxiliares no diagnóstico, não manuais de psiquiatria ou de clínica médica. Esses manuais viraram quase dicionários de transtornos, em que o léxico de palavras busca ser ateuórico em sua definição, a etiopatogenia é abandonada, assim como o conceito de doença (QUINET, 2009).

Faz-se necessário retomar à “positividade simbólica” (BIRMAN, 2002) do sintoma, pois por meio da psicanálise podemos dizer que os delírios, tiques nervosos, obsessões, ou seja, as mais diversas formas de manifestações sintomática do sujeito têm dimensão ética-estética-política¹, de modo que:

- política pois se trata do resultado dinâmico das constantes negociações psíquicas, buscando conciliar fantasmas impronunciáveis e interdições do laço social introjetado, sendo antes de tudo, como já foi apontado, uma tentativa de auto-cura precária do sujeito;
- ética visto que é uma formação inconsciente, de maneira que é um compromisso subjetivo, de um comprometimento existencial com o desejo. Como nos ensina a psicanálise, é a única via que esse não se pode abrir mão;
- e, por fim, estético porque é uma criação material, cara ao sujeito, possuindo uma estilística própria de expressão e o mesmo fundo pulsional de qualquer outra criação artística (MCDUGALL, 1983).

Portanto, esse processo metafórico sintomático é da ordem da positividade, pois evidenciaria uma modalidade da palavra subjetiva, uma maneira discursiva da existência e isso o psicofármaco escamoteia, ao invés de ajudar o sujeito a elaborar esses conteúdos, estes são tamponados, deixando a subjetividade em suspenso.

¹ Criamos esse esquema para mostrar alguns sentidos que o conceito de sintoma na psicanálise pode assumir, sem necessariamente haver uma correspondência com o campo esquizoanalítico.

Assim o medicamento acaba funcionando como um *gadget* (QUINET, 2009), o objeto de consumo rápido, podendo até, em alguns, se aproximar de uma toxicomania (GURFINKEL, 1996). Pode ser visto pelo sujeito como uma prótese, uma muleta em que o sujeito se apóia, pois aceita o uso exclusivo do psicofármaco como meio de produção de saúde, dentro da lógica de doença-cura.

O sujeito busca e facilmente aceita esse diagnóstico, esse rótulo, já que dessa maneira consegue inscrever em uma categoria psiquiátrica aquele mal-estar que é tão desconhecido a ele. Conformando a sua angústia, no sentido de dar uma forma, esse sujeito tem um conforto, entretanto esse momento não deve ser visto como o ponto de chegada do cuidado e sim de partida. A moldura, que é o diagnóstico, tenta enquadrar a subjetividade em uma categoria de forma pouco refinada, porque esse mapeamento excluiria relevos subjetivos importantes. Por isso é necessário recuperar a visão psicanalítica de diagnóstico, ou melhor:

Restituir a função diagnóstica no tratamento psiquiátrico a partir da clínica psicanalítica é restituir a clínica do caso e retificar o processo em que se avalia, diagnostica-se, para em seguida pensar no tratamento [...] E assim retorna a uma nosografia baseada nos sintomas e suas relações com as estruturas clínicas para-aquém do tratamento. (QUINET, 2009: 19)

A psiquiatria biológica adotou a clínica médica baseada em evidência, desvalorizando a medicina da narrativa; as descrições fenomenológicas-ateóricas dos quadros pretendem ser neutras, alguns psiquiatras nem chegam a construir um quadro clínico, nem chegam a construir um diagnóstico, receitam psicofármacos para os sintomas, o que acaba resultando na utilização de vários psicofármacos diferentes, com efeitos colaterais diversos que obrigam os sujeitos-comprimidos a modificarem seu estilo de vida para se adequarem aos remédios, inclusive com o uso de mais medicamentos.

A fala do sujeito em sofrimento psíquico, esta é só uma tabua onde se inscreve a doença, numa espécie de essência que é maior que o sujeito, esquece-se que se existe medicina, é porque houve um homem doente. E não porque se descobriu uma doença. A verdade da medicina, portanto, é subordinada ao doente, não ao saber médico.

Não podemos esquecer que os psicotrópicos podem ser muito importantes no tratamento, dependendo de seu uso. Se for um tratamento que utiliza a medicamento sem uma perspectiva de ir além do “invólucro formal do sintoma” (GODINO, 2009), com o propósito de somente calar o sintoma, é um uso estéril. A utilização das drogas legais como fim em si mesma só serve para restaurar o sujeito à condição anterior que produziu o mal-estar, visto que evita a assunção subjetiva, a emersão do inconsciente, logo do desejo.

O sintoma expressa um sentido latente que tateia as vias do desejo, portanto ele tem uma funcionalidade expressiva que não pode e não deve ser ignorada, sendo assim ele deve ser extravasado na medida em que carrega uma verdade subjetiva. “[...] o sintoma neurótico, da mesma forma que o sonho, é uma formação do inconsciente e, como tal, é a expressão do desejo funcionando como uma metáfora para o sujeito”(QUINET, 2009: 3)

Dito isso, podemos vislumbrar um horizonte clínico do uso ético dos psicofármacos, ético no sentido de pensar uma clínica em que cada caso os sintomas sejam considerados formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico, sendo assim o psicofármaco deve ajudar o sintoma a falar, radicalizar o surto, os delírios.

Trata-se de uma ética relativa a implicação do sujeito, pelo dizer, no gozo que o sintoma denuncia – ética de bem dizer o sintoma [...] Pois lá onde há o sintoma, está o sujeito. Não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo aí emergir um sujeito. (QUINET, 2009: 14)

Deste modo, mediar novas formas de se relacionar, viver e conviver com a loucura, substituindo uma visão de tratamento em Saúde Mental normativa que se traduza na eliminação da doença mental, por uma definição de cuidado em saúde que coloque a doença entre parênteses para que apareça o sujeito (BASAGLIA, 1985), procurando instrumentalizar o sujeito, dando possibilidade de superar o sofrimento.

Pode-se argumentar, por outro lado, que falar em um sujeito em perfeito bem-estar psíquico é absurdo, ou mesmo tentar fechar em um único conceito, o que seria, é um ideal um tanto normativo, pois na imensidão de multiplicidades existenciais é impossível dizer um único caminho que possa ser

considerado o perfeito bem-estar psíquico. O que podemos visar no acolhimento são problematizações dos modos de existência dentro das redes de relações de cada sujeito. Para isso, temos que indagar os sujeitos em sofrimentos psíquicos se os comprimidos tem dado conta do mal-estar, ou se algo tem ficado

Estamos vivendo uma patologização da vida, considerada na sua diferença, em que o humano, na sua complexidade, está comprimido nas classificações sintomáticas dos manuais de psiquiatria, distante do suposto ideal de normalidade pregado pela psiquiatria, pois tamanha é a amplitude das categorias psiquiátricas que é possível que o humano esteja mais próximo dos transtornos do que do suposto ideal de normalidade preconizado.

Não é novidade que a ciência sempre funcionou assim, buscando diferenciar os fenômenos naturais e realocá-los em categorias específicas. Entretanto, quando se trata de ciências humanas, a ciência esbarra em sua visão parcial dos objetos de estudo, de modo que todo ponto de vista é a vista de um ponto.

3 CONCLUSÕES

Para concluir, é necessário esclarecer que por mais que tentemos comparar esses modelos, a psiquiatria biológica baseada no balanceamento neuroquímico e a psicanálise na “terapia da palavra”, tentar sobrepor-los não parece ser o ideal, pois

a psicanálise não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. Não existe clínica dessubjetivada. Eis a ética da diferença, que a psicanálise contrapõe à prática normativa da psiquiatria enquanto serve do capital. (QUINET, 2009: 20).

Os psicofármacos conseguiram algo importante que é alguma organização psíquica nos casos de crises agudas, mas proporcionaram uma objetivação do subjetivo; a psicanálise, por sua vez, procura uma escuta da singularidade, contudo, em certa medida, falta inserção no coletivo.

É óbvio que seria reducionismo a tentativa de sobreposição de modelos. A ausência de um eixo orientador não pode ser entendida como a impossibilidade

de organizar de outra forma, essa escolha ético-política deve levar em conta limitações de cada modelo que as sustenta, sem haver uma polarização.

Aqui não se pode recair no binarismo do “ou” e do “nem”. O desafio epistemológico do campo da Saúde Mental como nos lembra Greco (2001) é conseguir, na teoria e na prática, articular a biologia, a cultura e o psíquico na lógica das margens desses campos, no atrito, que seja transdisciplinar, no “quase”.

REFERÊNCIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-III-R, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (4a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BASAGLIA, F. **A instituição Negada**. Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Graal; 1985

BIRMAN, J. Diagnósticos da Contemporaneidade In: A. MARCIEL; D. KUPERMANN; S. TEDESCO. (Orgs.). **Polifonias: Clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2005.

_____. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.

_____. **Relançando os dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente**. In: MLV. VIOLANTE (Org.). O (im)possível diálogo psicanálise psiquiatria; São Paulo; Via Lettera, 2002.

DÖR, J. **Introdução à leitura de Lacan**; 3. Ed. Trad. Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GODINO, AC. **O sujeito na Psicanálise, de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

GRECO, MG. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In A. Quinet (Org.), **Psicanálise e Psiquiatria, controvérsias e convergências** (p. 111-120). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

GURFINKEL, D. **A pulsão e o seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica (5. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2001.

LAURENT, É. Como engolir a pílula? Clique – **Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano**; n. 1, p. 24-35; 2002

McDOUGALL, J. Psicossoma e a psicanálise. In: **Em Defesa de uma Certa Normalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**; Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

Recebido em: 23/06/2012

Aceito em: 18/08/2012