

Considerações Finais

Nesta tese investiguei o apagamento do sujeito na clínica contemporânea. Para isso, analisei a construção da psiquiatria biológica como formação discursiva e a transformação que ela operou na compreensão, definição e tratamento do sofrimento subjetivo. Na tese sublinhei que a psiquiatria ocupa uma posição particular no campo médico, advinda da disputa entre as abordagens biológica e psicológica. No passado, essas abordagens chegaram a se reconhecer como partes de um mesmo campo discursivo. No movimento pendular entre as duas abordagens, a segunda metade do século XIX foi especialmente marcada pelo fortalecimento da perspectiva naturalista da mente. Essa perspectiva sustentou a busca de adequação da psiquiatria ao experimentalismo da medicina moderna e instaurou um monismo fisicalista que pretendeu definir e explicar a patologia mental exclusivamente a partir de suas bases biológicas.

A psicanálise, surgida no início do século XX, representou um contraponto importante ao monismo fisicalista, e mesmo ao dualismo, na medida em que procurou articular corpo e psiquismo de modo não reducionista. Mais relevante que isso, entretanto, foi a maneira como a psicanálise questionou as noções de normal e patológico, a premissa de que o homem é regido pela consciência e a ideia de que há adequação entre sujeito e cultura.

Importante ressaltar que, embora a presença da psicanálise tenha dado um contorno peculiar à prática psiquiátrica, diverso daquele da medicina, nem sempre a interlocução entre a psiquiatria e a psicanálise foi bem sucedida. Nos Estados Unidos, como pude assinalar, essa interlocução foi danosa, pois deu lugar a uma prática adaptativa e medicalizante que em nada se assemelhava aos propósitos originais da psicanálise.

A partir dos anos 70, o desenvolvimento da psiquiatria biológica americana conduziu ao rompimento com a psicologia psicanalítica do ego e também com o

dualismo que caracterizava a especialidade. Expurgou abordagens que não comungavam de uma visão estritamente fisicalista da patologia mental, o que levou a especialidade a transformar-se em relação à sua conformação inaugural. A psiquiatria progressivamente assumiu uma feição monista. Biologizada, adota a premissa de que o psiquismo é o duplo do cérebro e procura apagar o sujeito. Além disso, busca a hegemonia incontestada, na própria especialidade e na cultura, da descrição estritamente física dos fatos psíquicos.

Em seu esforço de alinhar-se à biomedicina, a psiquiatria biológica aproxima-se cada vez mais da perspectiva positivista, que obscurece o particular de cada caso em nome dos universais das provas científicas e dos protocolos de tratamento (Santiago, 2007; Calazans e Lustosa, 2012). A perspectiva positivista propõe o uso dos instrumentos de quantificação e sistematização de informações para determinar a melhor conduta terapêutica. Propõe que evidências externas apoiadas em critérios quantitativos orientem a clínica, tradicionalmente amparada na anamnese, nos exames complementares e no julgamento clínico.

Assim, torna os métodos experimentais (em especial os ensaios clínicos controlados randomizados) os parâmetros para a avaliação dos demais saberes. Essa hierarquização destitui os métodos não experimentais como fonte legítima do conhecimento e da clínica. Decorrem dessa redefinição hierárquica dos métodos de avaliação não só o privilégio do saber advindo das disciplinas biomédicas, mas também um movimento importante de objetivação e quantificação da clínica (Fantin, 2012; Serpa Jr, 1998, 1999). A clínica como *arte* de leitura do caso e de cura perdeu seu prestígio e tende ao ocaso.

Nesta tese, ressalto que o projeto da psiquiatria biológica é especialmente hostil à psicanálise. A redefinição da lógica do DSM, ocorrida nos anos 1980, é o exemplo maior que utilizo para ilustrar a busca pela hegemonia fisicalista e pela exclusão dos referenciais psicanalíticos do campo psiquiátrico e mesmo da cultura. Isso porque a clínica que toma por referência o sujeito do inconsciente e a transferência está em oposição às práticas centradas no corpo como organismo e na classificação sintomatológica.

O abandono da psicanálise e a centralização do debate teórico e das pesquisas na biologia tiveram repercussões clínicas importantes: o afastamento

dos psiquiatras da experiência subjetiva e a adoção da farmacoterapia, das escalas de avaliação e dos protocolos como eixos do tratamento. A nova clínica psiquiátrica segue o ritmo da difusão dos psicofármacos e favorece a inflação diagnóstica.

Diante do processo de naturalização da mente e de adoção de uma clínica orientada pelos psicofármacos, saem de cena as considerações sobre o contexto social de surgimento do sofrimento psíquico, mas fundamentalmente a atenção à dimensão subjetiva. O sujeito do inconsciente perde lugar frente à empiria e à quantificação, mesmo quando ambas se mostram falhas e incapazes de produzir a evidência e a efetividade pretendidas. À falta de evidências biológicas e de efetividade medicamentosa, a psiquiatria responde com a promessa de que elas surgirão no futuro e não com uma pergunta sobre o que mais está em jogo no sintoma.

O apagamento do sujeito na psiquiatria se expressa especialmente na tentativa de redução do psiquismo ao cérebro. O problema nessa redução é que, uma vez na linguagem, não há como recompor o caráter natural do corpo. Isso faz com que o sujeito *tenha* um corpo e não que ele *seja* um corpo. Assim, os limites do projeto psiquiátrico de tomar o psiquismo como duplo do cérebro estão para além da falta de recursos tecnológicos e de conhecimento científico como dão a entender aqueles que se filiam à psiquiatria biológica.

A visualização dos processos cerebrais, a identificação de biomarcadores que indiquem as bases biológicas dos chamados transtornos mentais não dará conta de apreender o que é da ordem do humano. Há um caráter contingente, singular para cada um no seu encontro com a linguagem e na relação com o gozo. Nesse sentido, não faz diferença que se identifiquem as origens físicas do sofrimento subjetivo, sua disfunção cerebral ou genética; o sujeito extrapola o orgânico e não pode ser reduzido a ele.

Como indica Laurent, “o fato de haver algo de biológico em jogo não exclui a particularidade como espaço de constituição do sujeito como ser falante” (Laurent, 2014, p. 33). Essa dimensão – particular, única – precisa ser preservada frente ao projeto universalista e naturalista da psiquiatria biológica. E, como diz Miller, “é na falha dessa identificação entre o ser e o corpo, é mantendo, em todo

caso, que o sujeito tem uma relação de ‘ter’ com o corpo que a psicanálise arranja seu espaço” (Miller, 2004, p. 14).

A psiquiatria biológica, contudo, ignora as considerações da psicanálise. Prossegue em direção à universalização, não só no nível da causalidade dos chamados transtornos mentais, mas também da classificação psiquiátrica. Por meio do DSM, coloca em marcha um projeto de generalização de tipos de sintoma que procura apagar as marcas subjetivas e incluir o indivíduo nas classes diagnósticas. Esse projeto, apesar de seus efeitos danosos, encontra limites estruturais para sua completa realização, pois há um ponto sujeito no indivíduo, que impede que as identificações segregadoras incluam-no completamente nas classes diagnósticas. A esse ponto Miller chama de *efeito de sujeito*: “efeito que desloca, sem parada, o indivíduo da espécie, o particular do universal e o caso da regra” (Miller, 2006, p. 27).

Aquilo que se furta à classificação diagnóstica diz respeito tanto à evanescência do sujeito como efeito de significante quanto ao modo como o gozo se imiscui nos corpos (Laia, 2012). Em sua busca pelo ponto sujeito no indivíduo, a psicanálise se afasta tanto da dimensão da natureza quanto das operações da ciência. Introduce a contingência, a surpresa, a singularidade no lugar da causalidade e abre espaço para as invenções de cada um. Aposta no sintoma, não como signo de uma disfunção, de um erro, mas como uma norma própria, como um modo particular de um sujeito inventar seu destino.

Em resumo, esta tese iluminou as três ameaças à psicanálise – e, portanto, ao sujeito do inconsciente – identificadas por Žižek: 1) o contexto social, onde a imagem de uma sociedade de normas sociais que reprimem as pulsões sexuais do indivíduo não parece mais válida aos olhos da permissividade hedonista que predomina hoje em dia; 2) o saber científico, onde o modelo cognitivista-neurobiológico do espírito humano parece suplantar o modelo freudiano; 3) a clínica psiquiátrica, onde o tratamento psicanalítico perde rapidamente seu espaço para os psicofármacos e para a terapia comportamental (Žižek, 2006/2010).

Em todos eles, a ideia de obsolescência da psicanálise e de seus pressupostos, bem como do apagamento do sujeito do inconsciente, pareceu exagerada. Ao contrário, o que se mostrou de modo evidente é que a psiquiatria –

tal qual a medicina – incorre em uma “falha epistemo-somática” pela adoção de procedimentos tecnológicos para medir, visualizar, controlar o corpo e o próprio psiquismo (Lacan, 1966/2001). Nesse empreendimento, toma o psiquismo como máquina cerebral. A busca incessante pela elucidação das leis que regem essa máquina, contudo, é incapaz de dar lugar àquilo que não tem lei, utilidade ou valor de uso: o gozo. Assim, essa dimensão fica totalmente velada para os psiquiatras, que se embaraçam diante de uma satisfação paradoxal, pelo prazer ou pelo sofrimento, presente na doença ou no sintoma. É essa satisfação que obstaculiza a tentativa de apagar o sujeito. Ela se impõe a despeito das práticas de normalização e do esforço de naturalização da mente.