

ARTIGO

PARCERIA DE PROPÓSITOS (para os amigos médicos e psicanalistas)

março de 2009

Entre “eu tenho um amor” e “eu tenho um tumor”, a diferença não é só de umas poucas letras. Nem é a diferença entre a vida e morte, como alguém ávido por sentido poderia imaginar.

Quando uma psicanalista fala a médicos, como esta noite, ou quando médicos falam a psicanalistas, uma importante diferença aparece. Poderíamos quase dizer que “eu tenho um amor” é assunto de falar com o psicanalista, enquanto “eu tenho um tumor” é assunto de falar com o médico.

Uma diferença lógica entre essas duas afirmações é sua forma de verdade. As duas atestam a existência de algo. A primeira, um amor. A segunda, um tumor. Tanto faz se malignos ou benignos, simples ou complicados, um e o outro. O bom professor explicará que a primeira afirmação é de uma verdade “subjetiva”, e a segunda de uma verdade “objetiva”.

Isto quer dizer que o tumor, se a afirmação é verdadeira, poderá ser comprovado. Ele tem que estar lá, entre o dedão do pé da pessoa e seu couro cabeludo, em algum ponto externamente visível, ou internamente captável pelo scanner. Se invadirmos a pele, pegamos o tumor, colocamos na mão, depois no microscópio. É um objeto tão perfeito para a ciência, que dizemos ser objetivamente real.

Enquanto isso, o amor permanece quase invisível ao scanner, incapturável. Há médicos que dizem já ter visto a paixão na ressonância, mas ninguém nunca viu, na biópsia ou na radiografia do jovem namorado, o seu amor do tamanho das estrelas do céu. Para caber nos neurotransmissores, no cérebro, nada pode ser assim tão grande.

No entanto, o jovem jura que é – o amor é assim enorme mesmo – e quanto mais ele fala, mais o médico estranha aquela conversa lunática na sala asséptica. O amor não suja a sala, mas polui o processo diagnóstico. Ou não?

Fotografia ou filme

Há bastante material, tanto no campo médico quanto no psicanalítico, sobre o sentimento que os pacientes causam em quem os atende. Em psicanálise, isto é chamado “contratransferência”, por motivos que não importa dizer neste momento.

Não é a isto que proponho atenção. Aqui interessam o amor e as outras estranhas subjetividades não do clínico, mas do paciente, como tristeza, decepção, carência.

Ninguém deixa sua subjetividade em casa quando vai ao médico – ainda que, para alguns, expô-las seja mais difícil que tirar a roupa. Por outro lado, ninguém deixa em casa o corpo, suas doenças e órgãos, quando vai ao psicanalista – mesmo que vá esquecido disto.

Recentemente, uma estudante de psicologia procurava, para uma entrevista, um psicanalista que só tratasse casos neurológicos. Queria alguém cujos atendimentos tivessem sempre relação com o cérebro, e efeitos sobre ele. Não tive dúvidas em aceitar o convite: “todos os meus pacientes têm cérebro em constante atividade!”. Faria o mesmo se ela procurasse uma psicanálise que tivesse a ver com o fígado, o estômago, a bexiga, o intestino.

Se olharmos do ponto de vista de suas “verdades”, medicina e psicanálise parecem andar inevitavelmente pelo mesmo terreno, mas sem dar as mãos. É como se os conteúdos de dizer ao psicanalista só atrapalhassem o trabalho do médico: um excesso de informação pessoal, as inseguranças, a desconfiança do paciente ou sua expectativa idólatra em relação ao médico. É também como se as questões médicas, sejam as doenças do paciente, sejam os medicamentos que interferem na atenção, no sono, na irritação do estômago, na energia diária, no raciocínio, no tônus, fossem sempre um estorvo ao psicanalista.

Vale pensar também que, se o começo do trabalho de ambos muitas vezes é o mesmo terreno dos cuidados pessoais, o psicanalista continua ouvindo o moço mesmo que ele decole dali, e relacione sua artrite àquela história das estrelas do céu. Mesmo que a comprovação de verdade do que o moço diz passe da seara de um radiologista formado em bom curso médico, que observa as juntas artríticas, para a do astrônomo, sobre as estrelas, e depois vá para o campo do meteorologista, de um padre, do rabino ou da mãe.

Muito ao contrário do médico, raramente o psicanalista vai atrás das comprovações científicas de verdade – ainda que a frase dita pelo paciente seja “eu tenho um tumor”. Mesmo quando se envolve em assuntos de saúde, e conversa com médicos sobre um paciente seu, pede detalhes, sugere exames ou medicação, confere resultados, a postura do psicanalista diante da doença tem um fundamento diferente. O psicanalista trabalha com os objetos não em sua “realidade”, mas como “objetos de desejo” – basta que o paciente os fale para que eles tenham logo um certo valor em nossa clínica.

Eis a fotografia da relação entre medicina e psicanálise. Suas verdades são radicalmente diferentes. Eventualmente, uma divergência que leva à briga de foice. Não acontece aqui, mas certamente em muitos endereços: “maldito psicanalista que enrolou por dois anos uma paciente, até o estômago ulcerar! Isto pode virar câncer!”, “charlatão, o psicanalista pode dizer qualquer coisa, porque nada se comprova nem prova errado, enquanto ele recebe semanalmente pelo tratamento”; de outro lado: “maldito cirurgião que tomou o dinheiro da moça com a quinta e a sexta plásticas, se ela jamais estará satisfeita”, “quem receitou ritalina para esta menina a quem os pais simplesmente não ouvem?”

Este é um caminho sem saída para nosso trabalho em comum. Então, partamos de outro ponto de vista. Pensemos não nos erros, mas na psicanálise eficaz e na medicina eficaz. Ao invés de olharmos uma fotografia delas, em que a lente só capta suas verdades rivais, vejamos as duas em seus processos de trabalho, como em um filme. Porém, começando pelo final: os resultados.

Se as duas forem mesmo eficazes, o que temos? Do lado da medicina, talvez possamos responder simplesmente que é a saúde. Do lado da psicanálise, alguém gostaria de responder que é a saúde mental, mas seria impreciso*. Sua finalidade é – digamos – chegar a uma postura de responsabilidade.

Com efeito, a saúde médica não pode ser o objetivo de uma psicanálise.

Em qualquer situação, se o psicanalista mirar na saúde, jamais chegará à responsabilidade. Por outro lado, se mirar na responsabilidade, a saúde, mental e até biológica, ganha as melhores condições para acontecer. Não existe saúde médica sem um mínimo de responsabilidade do paciente. Por outro lado, na falta de responsabilidade, a saúde inevitavelmente padece. Aqui, o psicanalista ajuda o médico, e o médico ajuda o psicanalista.

Para esclarecer como isso acontece, melhor examinar o que é a saúde médica, o que é a responsabilidade psicanalítica, e como elas colaboram.

Na saúde e na doença, o médico

Uma belíssima referência para pensar a saúde é o trabalho do médico e filósofo das ciências Georges Canguilhem. Seu livro “O Normal e o Patológico” examina os diversos sentidos que a saúde já assumiu na história da medicina, conforme os médicos, os pensadores ou as instituições envolvidas.

Uma forte definição que Canguilhem encontra é a de R. Leriche: “saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. Ela acontece quando o corpo não incomoda a pessoa, não lhe faz sentir limitada em relação aos seus hábitos, ou ao que poderia esperar (mesmo em comparação aos outros).

O curioso é que esta definição está no limiar entre o objetivo e o subjetivo. É objetiva quando introduz a comparação, porque considera que mesmo quando uma pessoa se sente bem, se o parâmetro médico de normalidade (estatística) diz que ela poderia estar melhor, não há saúde. Algo talvez possa ser tratado.

Porém, a definição de Leriche tende à subjetividade, se prestarmos atenção. Nos próximos parágrafos, examinaremos porquê, observando como acontece o contraponto entre as evidências médicas e a palavra do paciente. Em quatro situações:

* Saúde mental talvez seja a finalidade declarada da psiquiatria institucional e de algumas formas de psicologia, que por fundamentos filosóficos diversos, procuram manter verdades “objetivas”, compatíveis (ou quase) com a verdade médica. Assim, a “depressão”, como problema de saúde mental, é aferida por evidências (está no DSM), e sua cura se define pela desaparecimento dessas evidências, *quase* ou tão objetivas como o tumor (por exemplo, um dos fatores que define a depressão, sabidamente, é o tempo de sono, como dado mensurável).

1. o paciente sente-se doente e o médico identifica uma doença.
2. o paciente sente-se doente e o médico não identifica uma doença.
3. o paciente sente-se bem mas o médico identifica uma doença.
4. o paciente sente-se bem e o médico não identifica uma doença.

A primeira situação é simples. Deve haver tratamento. A subjetividade do paciente, de qualquer modo, prevalece sobre a objetividade médica – porque se a doença diagnosticada pelo médico não soar compatível, para o paciente, com seus sintomas, o tratamento pode ser impedido. Conhecemos as mil maneiras de não-adesão, e tornou-se comum entre os pacientes a perspectiva de uma segunda opinião. Tratar alguém sem sua compreensão é até bastante corriqueiro, mas não se trata alguém contra sua vontade.

Agora, vejamos a segunda situação, em que o paciente fala em doença, mas o médico não consegue localizá-la. O que acontece? Dependerá da insistência do doente.

Imaginemos alguém que se queixa de uma dor física sobre a qual nada se atesta do ponto de vista clínico, mesmo sob os melhores exames – ou seja, não existe ameaça à vida. Será considerado doença aquilo que, objetivamente, não o é?

Se alguém afirma insistentemente ter dor, ou há convulsões, disfunções, e nada aparece no corpo, será encaminhado ao psiquiatra. É doença. Diz-se que a saúde (mental) está ausente. Neste caso, a subjetividade do paciente rege o conceito de doença, vencendo o parâmetro objetivo.

Agora, a terceira situação. O paciente diz “saúde”, mas o médico discorda.

É difícil imaginar que a medicina possa ter alguma definição de doença que seja assintomática – não percebida, nem jamais incômoda – por toda a vida do paciente. Qualquer variação da normalidade objetiva que possa ser silenciosa por toda a vida, sem ameaçá-la, não é considerada doença, mas simplesmente uma anomalia.

Se o médico diz “doença” para alguém hoje, é porque, no futuro, em algum tempo da vida do paciente, o sintoma aparecerá, impedindo seu bem-estar ou ameaçando a própria vida. Cabe ao médico falar ao paciente do risco.

Então, se o paciente se sente bem, não haverá tratamento a menos que o médico o convença (subjetivamente) de que seu corpo merece reclamação. Como no caso de uma cirurgia eletiva de miopia – a última palavra é do paciente. A saúde, também aqui, coloca a subjetividade acima da objetividade.

Uma exceção, apenas, nesta situação, vem da psiquiatria, em que ocasionalmente alguém é medicado contra vontade. Nos últimos anos, cada vez mais, de qualquer maneira, surge uma orientação de tratamento que consegue compatibilizar a visão do médico com as preocupações do paciente, mesmo em situações de delírio. Um trato mais delicado da verdade psiquiátrica (que não é objetiva) tem reduzido as tensões com os pacientes, e atenuado o problema ético que é o tratamento psiquiátrico imposto.

Finalmente, se nas três primeiras alternativas a subjetividade prevalece, porque não seria assim também no caso mais simples, em que o paciente diz “saúde”, e o médico não encontra nenhuma ameaça?

Aí também a definição de saúde é subjetiva, e o médico rigoroso sabe bem disto. Uma prova está justamente no término de um tratamento, quando é preciso afirmar a saúde. Um médico não pode fazer isto.

Se um paciente tratado pergunta “eu voltei ao normal?”, “estou curado?”, ele não responde o ingênuo “Sim”. Significaria que, objetivamente, o tratamento teria restituído o paciente à sua condição anterior. Isto nunca acontece. Uma intervenção médica pode exigir continuidade de medicação, de controles, ou traz cicatrizes internas, próteses, mudanças no equilíbrio metabólico, alterações de processos, interrupções de alguns, ou de partes deles, que podem voltar a tona em algum momento posterior da vida do paciente. Não se volta ao normal objetivo, o *status quo ante*. É sempre um novo equilíbrio que se estabelece. O médico prefere a resposta mais exata: “Agora você pode retomar sua vida normal. Não deve ter mais os mesmos sintomas”. A vida no silêncio dos órgãos.

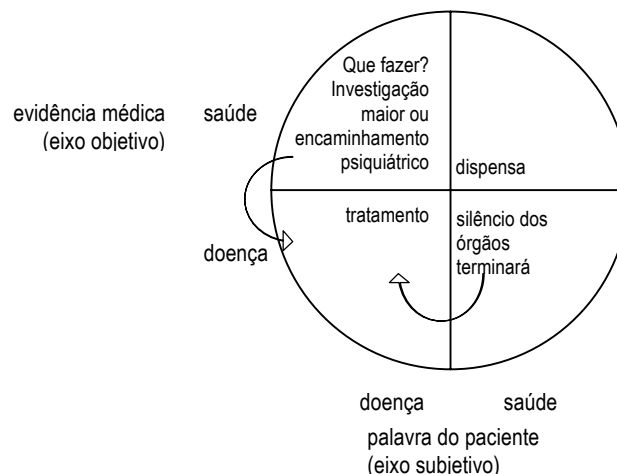
Mesmo que o paciente não pergunte nada, a maioria dos tratamentos não termina com uma afirmação do médico sobre a saúde do paciente, mas o oposto, uma questão – “Seus exames não mostram nada (mais). Você ainda sente algo?” Se a resposta for negativa, aí sim o trabalho está concluído.

Do ponto de vista do médico, a saúde só pode ser objetivamente atestada por uma definição negativa: a doença de que o paciente reclamava desapareceu. Afinal, seria irresponsável o médico dizer a alguém que ele está saudável – uma vez, inclusive, que a saúde não é a mera exclusão de uma dor de estômago, ou a remissão de um câncer. Há sempre partes do corpo não vistoriadas, examinadas. Objetivamente, há sempre risco. Só quem pode ter a ousadia de falar em saúde e dar as costas para a dúvida é o paciente.

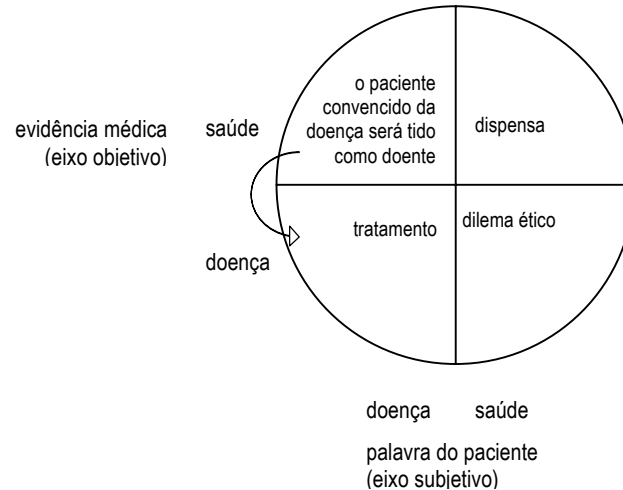
Então, apenas quando paciente diz “Aqui há saúde”, e seu médico não discorda, temos a alta, a dispensa do serviço.

É por isto que, se um médico pode afirmar a doença, no limite, só a própria pessoa pode afirmar sua saúde.

Eis um quadro das quatro situações.



Caso a entrada do paciente seja pela psiquiatria, o quadro da saúde mental tem o mesmo resultado.



O corpo é sempre estranho

Se o sentimento de uma pessoa sobre seu próprio estado (ou a impressão de seus próximos, em caso de inconsciência) é o gatilho e a condição de trabalho do médico, precisamos examinar que limites a percepção corporal encontra. É claro que, quando são outras pessoas que trazem alguém inconsciente ao médico, os componentes que sinalizam problemas se tornam bem mais simples. O desmaio, a perda de determinadas funções, indicam ao observador externo que alguém precisa de ajuda. Mas a afirmação de saúde pelo próprio paciente, que é a mais interessante a estudarmos, não se reduz à sensibilidade sobre o próprio corpo, e nem mesmo ao resultado de consultas médicas.

Na delicada afirmação de saúde, o paciente precisa atestar se os sintomas terminaram, se não há outros, se o que percebe em seu corpo merece preocupação, é habitual e justificado, ou parece um incômodo passageiro. É o momento em que ele, ao invés de transmitir a responsabilidade ao outro, que deverá checar os dados, toma-a para si, dispensa o outro e a checagem, e fica sozinho com sua palavra.

O processo digestivo, por exemplo, traz sinais variados diariamente. A musculatura e as juntas, também, se a pessoa faz atividades físicas, é sedentária ou tem idade mais avançada. Igualmente, o ciclo hormonal nas mulheres, por toda a vida, o ciclo de sono, peculiaridades de alimentação, reações sexuais, formas de ansiedade, atenção, memória. Um bom conhecedor do corpo sabe como deixar confusa uma pessoa bastante saudável, fazendo perguntas sobre sensibilidades pontuais. Com efeito, a noção de "imagem corporal" que muitos psicólogos utilizam em diagnóstico pode bem ser vista como um equívoco conceitual. A imagem nunca

se completa, ela falha e muda entre instantes. Jacques Lacan esclareceu porque isto acontece ainda nos anos 40, em um estudo chamado “O estádio do espelho como formador da função do eu”, estudando a estrutura lógica da psique. Olhar o próprio corpo traz sempre um estranhamento – mesmo na objetividade de uma ressonância.

Hoje, que as imagens internas são tão boas, qualquer pessoa, submetida a um exame laboratorial completo, encontrará sinais com que se preocupar. Afirmar o “silêncio dos órgãos” é uma decisão baseada em desinformação ou desconsideração de informação – portanto, afirmar a saúde é arriscado.

Uma pesquisa feita com radiologistas mostra que estamos em tempos de responsabilidade exacerbada, para eles (ver GROOPMAN, 2009). As novas tecnologias de visualização indicam nódulos, espaços e variações anatômicas que jamais eram vistas antes, nos velhos raios-x, e que podem indicar tumores, inflamações, disfunções, depósitos. O impulso intuitivo do radiologista é pedir mais exames e biópsias, diante de cada pequena variação – mas seria terrível, para qualquer sistema de saúde, a acumulação de exames sobre os mesmos pontos do corpo (assim, a suposta eficiência da ressonância torna-se um ônus). É ainda mais terrível para os pacientes, que sinais antes indetectáveis tornem-se múltiplas suspeitas, por exemplo, de tumores, que afinal se provam negativos. A própria experiência de passar pelas sucessivas provas, temendo pela própria vida, é por demais desgastante.

Há um tempo de ajuste e experiência dos radiologistas para cada nova tecnologia. Ainda assim, a maior qualidade dos scanners não aumenta a convergência dos diagnósticos. Ao contrário, multiplica padrões visuais. Aumenta a confusão e as opções. Coloca o médico, a cada avanço, diante de um parecer mais difícil de ser proferido.

Podemos dizer então que a saúde está baseada, sobretudo, na relação das pessoas com as palavras. Falar em saúde, até mais que falar em doença, é uma decisão responsável e absolutamente pessoal, de uma verdade forjada.

Enfim, a afirmação de saúde não é diferente da afirmação “eu tenho um amor”. Ela é feita, no limite, sempre com falta de provas.

Doentes de palavra

Entramos agora no território da relação das pessoas com as palavras. Assunto de psicanalista. Vimos que o pedido de ajuda de um paciente – a procura de um médico – não se explica apenas pela percepção do próprio corpo. Ouvir uma reclamação dos órgãos não depende tanto de eles terem quebrado o silêncio, quanto de a pessoa ser versada na língua da doença.

Deve ser intuitivo para o leitor que algumas pessoas abrem mais os ouvidos para os órgãos que outras. O hipocondríaco, por exemplo, adora a conversa dos órgãos, e a procura para fazer companhia pela vida. Por outro lado, é comum, em certas formas de obsessão, a redução tão grande da sensualidade que a pessoa é a última a perceber sua dor de estômago, a recorrência de uma dor de cabeça, uma dermatite qualquer. Seus ouvidos mal escutam os órgãos. Outros pacientes não

parecem ouvir pouco nem muito, mas qualquer primeiro som dos órgãos já é pretexto para a história crescer: um amarelado nas unhas pode ser sinal de falência dos órgãos vitais, ou torna-se um festival de atribuições de culpas – pela alimentação, por hábitos ou maltrato da família, do ambiente de trabalho, da cidade onde mora. Depois, há também as formas de surdez forçada: um corpo obeso reclama muito, por exemplo, do sobrepeso, mas custa a ser ouvido, tanto quanto se queixa de dor o joelho daquele maratonista que preferiria, muito, para continuar correndo, que seus meniscos fossem mudos.

Algumas culturas, condições ou disposições éticas levam as pessoas a calarem sobre as mazelas do corpo. Não apenas o esportista que quer manter o alto esforço, ou o obeso que tem a voracidade como liberação e prazer, podem esconder algum sinal de doença para se manterem em atividade. Se examinarmos a cultura tradicional japonesa, de seus valores de coletividade e trabalho decorre uma evitação forte da imagem de doente. Em entrevista, uma pessoa nascida lá e criada aqui, após os sete anos de idade, conta qual o conceito que faz o japonês tradicional esconder e até evitar ver a própria doença: o Japão é uma pequena ilha em que montanhas rochosas descem íngremes até a costa marítima. Apenas algumas faixas de terra plana, nem sempre fértil, separam a rocha e o mar. Este é o espaço estrito em que o numeroso povo japonês tem que cultivar sua subsistência, resistindo a terremotos e tufões. É um povo lutador. No esforço coletivo, assim como não há agressão, crime, porque o valor grupal prevalece, também não há tolerância a excessos e caprichos pessoais. Aí, a doença é muito indesejada. Um fruto estragado compromete o cesto, diz a entrevistada. O velho evita ser um fardo, o jovem evita falhar nas empreitadas pela comunidade – é desonroso faltar ou pesar para os outros, e eis o que a doença provoca. Há respeito e cuidado com o doente, mas a identidade de doente, sua imagem, é repudiada pela cultura. O médico de pronto-socorro sabe: se um japonês de mais idade pedir auxílio, grandes as chances da doença estar avançada ou terminal. É uma cultura que reconhece, afinal, muita honra em suportar sozinho e em silêncio as dores, a fatalidade, a velhice.

Assumir estar doente, afinal, é um duplo gesto. Por um lado, é a aquisição de uma identidade, uma identificação – “eu estou doente” – que fica carimbada, daquele instante em diante, na pessoa. Por outro lado, é a assinatura de uma procuração: se a pessoa diz ao outro que está doente, dá a dica de que chegou a hora do outro agir por ela, em sua defesa ou, ao menos, orientação. No mínimo, é um pedido de reconhecimento e cuidado, que a exime de certas obrigações e alivia umas tantas responsabilidades – transferindo-as, eventualmente, aos outros e ao médico.

A responsabilidade psicanalítica

Está aí algo que a psicanálise nos permite ver de muito interessante: identificações e responsabilidades não se misturam. Quando há identidade, ou seja, a acomodação de alguém em uma imagem pessoal, a responsabilidade pelas ações relativas àquela identidade tendem a sair de cena. É um fenômeno sutil, que merece

atenção. Quando, ao contrário, as identidades desvanecem, vemos as pessoas mais responsáveis. O exemplo principal está na medicina.

Sabemos que muitas doenças crônicas impedem fisicamente de uma pluralidade de trabalhos. Porém, não é a doença, objetivamente, que desincumbe uma pessoa de seus compromissos. O japonês de início do século XX, se pudesse, trabalharia o campo com dor, e morreria com a enxada em punho, sem uma única queixa a ninguém.

Os compromissos não terminam quando vem a doença, mas sim quando se assume a identidade de doente. No Ocidente, ela convoca aposentadorias e, muitas vezes, um acréscimo de carinho.

Muitos dos aposentados por invalidez do INSS perderam as condições de fazer um determinado trabalho, mas bem poderiam fazer outro. As clínicas gratuitas das faculdades de psicologia os recebem às centenas, todos os anos. Eles preferem o atestado de doentes e a remuneração em conta. Sabem que é preciso estar com as roupas desgrenhadas e o cabelo sujo e despenteado no dia da reavaliação médica. Sua aparência ruim garante os benefícios da seguridade social.

Mas não é apenas na doença que a identidade afasta a responsabilidade. O intelectual, o artista, o provedor, o profissional de destaque, o adolescente, o idoso, também, ocasionalmente, assumem que “os outros vão ter que me aceitar, porque eu sou diferente e preciso de ajuda”. É uma posição tentadora, quase algo que se espera deles – com idiosincrasias, caprichos, opiniões ácidas, reclamações ou queixas chorosas deixadas para o outro resolver. Posturas de irresponsabilidade. Conhecemos a paciência necessária com o estrela: um séquito de pessoas o seguem para recolher as cinzas do cigarro que ele bate no ar, enquanto maldiz o trabalho de um outro.

A identidade é um repouso da ética – não ter que se perguntar sobre sua própria posição, sobre o efeito de sua ação para si e para os outros, e estar acomodado em uma imagem, do ponto de vista dos outros, de modo que já não se tem mais que *responder* a eles sobre si mesmo. Parece uma espécie de conforto o “não ter nada o que provar na vida”, mas vemos que a identidade funciona antes como uma forma de aprisionamento.

Em psicanálise, nosso trabalho é uma ativação da ética sobre os diversos pontos da ação e da posição da pessoa. Deixá-la ver questões que outros olhares, admirados ou acomodados com a identidade produzida, já não percebem. Mostrar que a posição de alguém envolve decisões que sempre poderiam ser diferentes, e são conseqüentes. Para isto, é necessária uma quebra das identificações.

Poderíamos dizer que, se a saúde médica é “o silêncio dos órgãos”, a responsabilidade psicanalítica é “o silêncio das identificações”. É uma desacomodação necessária, mas também uma alegria – aquela cantada por Caetano Veloso, de caminhar “sem lenço e sem documento”.

Quem não carrega uma identidade tem leveza de movimento. Não precisa manter a imagem da expectativa do outro. Neste caso, a responsabilidade é um lastro fácil de suportar. Significa simplesmente ter que *responder* sempre de novo quem somos e a quê viemos, porque o outro permanece sem nos decifrar.

Há uma interessante tradição, também japonesa, no universo da arte, que exemplifica a questão. O grande artista japonês, sempre que adquire fama, não deixa o brilho de seu nome encobrir a experiência franca das pessoas com seu trabalho. Muda a assinatura em suas novas obras e abre mão de ser reconhecido. Fica, com isto, também livre para reinventar-se. Deixa a identidade, pela responsabilidade.

Identidades matam (um paradigma clínico)

Anne Dodge não conseguia mais trabalhar. Mal conseguia manter-se em pé. A primeira vez em que esteve em um hospital, há quinze anos, por dificuldade para comer e digerir, e vômitos recorrentes, foi diagnosticada como paciente psiquiátrica, com transtorno alimentar, e uma complicação somática chamada síndrome do intestino irritável. Desde então, as palavras “anoréxica e bulímica” ganharam destaque em seu histórico médico e ninguém mais a ouvia seriamente sobre seus esforços para comer. Anne tinha entrado e saído de hospitais por mais de uma década, com desnutrição, deficiências funcionais e fraqueza crescente, até que, quase resignadamente, foi conversar com Dr. Falchuk em Boston.

As palavras estavam lá, em sua ficha médica de quinze centímetros de espessura, e ele poderia tê-la visto simplesmente como um caso de anorexia, mas Dr. Falchuk decidiu deixar os papéis de lado e ouvi-la mais. Pediu que ela lhe contasse como foi que se sentiu mal pela primeira vez – uma pergunta inesperada, àquela altura.

Quando pacientes anoréxicos dizem que têm se forçado para comer uma vasilha de cereais todas as manhãs, seus médicos normalmente não acreditam. Anoréxicos, muitas vezes, tentam enganar aos outros, fingindo que comem, quando intimamente acreditam que deveriam estar em dieta. Mentir sobre estar se alimentando é uma maneira de manter a restrição alimentar.

Anne Dodge não era assim. Antes do Dr. Falchuk, porém, ninguém percebeu que seu caso era diferente. Anne enfrentava, com dor na digestão, uma vasilha de cereais todas as manhãs. Fazia uma dieta forçada de três mil calorias diárias. Quando apresentava seu quadro para os médicos, porém, estava tão acostumada a ouvi-los que já falava em seu jargão, e assumia facilmente ser anoréxica, sem enfatizar seus esforços de nutrição. Para poder reconsiderar o caso de Anne, Dr. Falchuk teve que pedir a ela para não usar mais termos médicos, ao descrever suas sensações, sua rotina e sua história.

Afinal, ela não era anoréxica ou bulímica. Após uma longa conversa e uma série de exames, Dr. Falchuk diagnosticou que seu intestino era incapaz de processar glúten, e estava tão ferido pela dieta exagerada de grãos, que já não absorvia quase nada do que ela comia. Quanto mais ela insistia em ingerir cereais e massas, menos seu corpo absorvia as vitaminas essenciais.

Mais que a doença no intestino, sua identidade como anoréxica a estava matando. Apenas um mês após a primeira conversa com Dr. Falchuk, Anne já tinha recuperado cinco quilos.

No campo médico, identidades têm graves efeitos colaterais – elas acalmam em um primeiro momento, mas iniciam a destruição em seguida. Felizmente, Dr. Falchuk foi capaz de sustentar dúvida e responsabilidade.

Identidade e angústia

Do ponto de vista psicanalítico, parece genial a idéia de médicos que compreendem os riscos da identidade e sabem lidar com ela. Por quê o Dr. Falchuk descartou a anorexia, em princípio? O aspecto de Anne correspondia ao termo: a magreza, a fraqueza, as deficiências funcionais decorrentes. Uma dezena de médicos já havia endossado o diagnóstico, e não é estranho que alguém carregue uma anorexia por uma ou duas décadas. Teria sido fácil para ele seguir a mesma linha.

Uma pesquisa feita nos Estados Unidos constatou que os médicos ouvem seus pacientes em média 18 segundos antes de interrompê-los. Quando cortam a descrição, é porque suas mentes já abriram uma ou duas possibilidades diagnósticas. Em 20 segundos de conversa, começam a colocar novas questões dirigidas apenas a confirmar suas hipóteses. Então, terceiras ou quartas alternativas já não serão mais consideradas e ficam descartadas – a menos que o tratamento inicial falhe.

Dr. Jerome Groopman apresenta os dados (2009). Esta pressa do procedimento diagnóstico leva a erros em 15 a 20% dos casos (porque se soma a todas as outras fontes de erro médico, como mal-entendidos com radiologistas e laboratórios, divergências na leitura de exames e mais). O pouco tempo até a interrupção mostra como a estranheza – a falta de identidade – de um paciente incomoda o médico. Ele sente necessidade de saber, o quanto antes, qual o problema. Há uma angústia peculiar ao atendimento, bastante justificada, já que um paciente não diagnosticado sempre pode ter um destino terrível nas mãos do médico. É necessário colocá-lo em uma categoria, rápido. Ambos sentam-se no consultório. “O que está acontecendo?” 1, 2, 3, 4 segundos de descrição. A mente processa a informação e os pensamentos do médico correm – “será que ele pode morrer disso?” 5, 6, 7, 8 segundos. O paciente segue falando. “Sei tratar?” 9, 10, 11 segundos passados. “Pode ser uma simples infecção alimentar, ou um tumor”. 12, 13, 14, 15 segundos. A mente descansa: pedirá um exame inicial que sinalizará tumor e, enquanto isto, uma droga acalmará o estômago. 16, 17 segundos. O médico já não ouve. Interrompe o paciente. Sua mente irá afirmar logo as conclusões e, com a anuência do paciente, a consulta seguirá mais tranqüila, nas explicações de procedimentos.

Não é o caso clínico que tem solução em 18 segundos. É a angústia do médico. Evidentemente, também a do paciente, que fica grato por ser “um caso desvendado”. Agora, mesmo que as dores continuem e mais três tratamentos diferentes sejam testados, com um vai-e-vem de confiança e a um alto preço para o rapaz, a identidade traz conforto a ambos.

Seria melhor, no entanto, se médico e paciente suportassem um pouco mais a angústia de não saber.

O bom médico precisa ser capaz de hesitar, de não dar todas as respostas imediatamente e de exigir uma investigação mais detalhada. Dr. Falchuk esteve com Anne por mais de uma hora, no caso “fácil” de uma anorexia consagrada. Para ela, a dúvida foi um benefício. Salvou sua vida não contra o glúten, mas contra o diagnóstico precipitado e reiterado.

A dupla face do diagnóstico

Do ponto de vista psicanalítico, o diagnóstico, tanto quanto a droga dada pelo médico, é um *phármakon* – termo grego que compreende tudo o que é ao mesmo tempo um remédio e um veneno*. Em dose cuidadosa, ministrado no momento certo, ele cura. Em todos os outros casos, ou se aplicado por tempo demais, fere e mata. A palavra “anorexia” estava matando Anne Dodge.

A “alergia a glúten”, por outro lado, como termo introduzido no trabalho médico, salvou sua vida. Era uma nova identidade, *feita apenas para durar um pouco e logo ser retirada*. Mesmo que, até seu último dia, Anne tenha uma dieta especial e algum tipo de medicação que proteja seu intestino, com o tempo sua “doença” será vista como uma “anomalia”, uma diferença constitutiva irrelevante. A alergia pode tornar-se silenciosa, não será mais uma identidade. Especialmente porque Anne poderá reassumir muitos dos cuidados de sua vida, retomando responsabilidades.

Se existe um critério sobre qual diagnóstico o médico deve selecionar, é este: o que mais rapidamente puder ser eliminado, junto com a identidade de doente. O diagnóstico deve ser passageiro no corpo como um bisturi, jamais durador como um documento**. Ainda, se o tratamento puder ser, digamos, não-invasivo, e dispensar o “bisturi” do diagnóstico, estamos no melhor dos mundos. O trabalho do médico é encontrar o tratamento correto para que as palavras possam ir embora e o silêncio retornar, mesmo que o corpo esteja diferente ao final do processo.

“Saúde” é o diagnóstico derradeiro do tratamento médico bem sucedido. Ele é feito para durar pouquíssimo: diante da sua constatação pelo paciente, podemos mudar de assunto. Se, ao contrário, alguém estiver excessivamente insistente de que está saudável, como identidade forçada, impassível de dúvida, teremos aí, tanto nós psicanalistas, como os médicos, certamente, um outro caso de doença.

Parceria de propósitos

* Uma das principais ocorrências que encontramos do termo na cultura grega está no diálogo Fédro, de Platão. Ali, não à toa, os personagens falam da *escrita* como *phármakon*, comparando-a com o tratamento de saúde. Quando o médico sabe como aumentar ou reduzir a temperatura do corpo humano, ele tem um *phármakon*, um remédio e um veneno. Não basta saber fazê-lo, é preciso também acertar quando e quanto a mudança de temperatura deve ser feita, para um resultado bom ou nocivo. Igualmente, a escrita pode ser registro histórico importante ou estigma: é preciso decidir quando, como e quanto fazê-la – porque produz ódios e amores, isolamentos e aproximações, conseqüências importantes. Vale plenamente para as identidades e os diagnósticos.

** O mesmo vale para a palavra do psicanalista na sua clínica. Não deve colar firme na pessoa. Se um analisando carrega com ele carimbos e estigmas legados de sua análise, mesmo que sejam elogios, aí está talvez o melhor critério para reconhecermos um erro clínico em nossa área.

Enfim, se a epistemologia médica é claramente distinta da psicanalítica, vemos que do ponto de vista ético nossos trabalhos possuem exatamente o mesmo propósito, de reduzir ao mínimo a duração das identidades. Por isto, em psicanálise, o DSM psiquiátrico é usado apenas como referência remota (como Dr. Falchuk fez com o histórico de Anne Dodge). As categorias de doenças mentais são pouco operativas para nós, já que são definições com tratamentos que raramente apagam o diagnóstico. Possuem muita vocação para a iatrogenia: mesmo fora das crises, elas mantêm os pacientes com a identidade de doentes. Estas categorias diagnósticas marcam, muitas vezes, definitivamente a vida daqueles que recebem o *phármakon*. Justamente o que queremos evitar.

Como psicanalistas ou como médicos, afinal, podemos trabalhar juntos pela responsabilidade das partes nos tratamentos de saúde.

O que é o paciente responsável em medicina? De início, alguém que observa o próprio corpo e descreve sem constrangimentos o que sente, sem também precipitar-se trazendo um diagnóstico pronto ou cobrando-o do médico. Ao contrário, o paciente pode ajudar o médico a não fechar raciocínios cedo demais. Dr. Groopman sugere perguntas que ele pode fazer quando se consulta: “qual o maior risco envolvido nestes sintomas?” ou “há algo mais que estes eles poderia indicar?” – são questões que sensibilizam o médico. Ou “O que lhe fez descartar estas alternativas?”. Enfim: “os resultados dos exames são conclusivos ou deixam margem a outras possibilidades?”.

Todos nós temos experiências familiares ou pessoais em que estas perguntas teriam ajudado profundamente o médico, mas erros e atrasos de tratamento foram cometidos, porque nos calamos satisfeitos com a primeira resposta alcançada.

Finalmente, na conclusão do tratamento, a responsabilidade está em o paciente reassumir plenamente os próprios cuidados, saber lidar com eventuais dúvidas ao declarar sua saúde e – mesmo que alguns elementos de tratamento sejam mantidos, como medicação ou atividade especial – abandonar o status de doente. Também, está em ele reconhecer que teve parte no processo atravessado junto ao médico, assumindo como colaborou, ou não, para o raciocínio, apto a perceber seus limites e os do médico, para que possa se dar por satisfeito no trabalho realizado. Caso contrário, podemos imaginar, o paciente responsável teria tido que mudar de tratamento ou médico antes do ponto final.

Em resumo, a pessoa responsável pela própria saúde não se vê como paciente em relação ao médico – passivo e entregue aos seus termos e cuidados. Ela será, antes, paciente em relação à angústia – por ter que suportar situações de indefinição, enquanto seu corpo está em mudança, e por ter que esperar e ajudar o médico a examiná-lo e tratá-lo.

Na psicanálise, deixamos de chamar os pacientes por este termo, que é uma identidade pesada. A quem coloca em xeque suas identidades diante de um psicanalista, chamamos, simplesmente, “psicanalisando” – um nome baseado na atividade que ele faz.

Quanto à responsabilidade do médico, tal qual a do psicanalista, vale ler Dr. Groopman: é de trabalhar com os diagnósticos e as identidades sempre em dúvida, em suspenso. Isto aplica-se, de certo, no que diz respeito ao paciente – que não deve ser visto como alguém apenas “paciente” ao processo. Aplica-se muito, também, como recomendação de que o médico abra mão de sua identidade pessoal de bom ou mal profissional enquanto trabalha, já que esta auto-imagem permite uma acomodação inaceitável.

A este respeito, o psicanalista Jacques Lacan tinha uma postura importante. Como um dos mais destacados seguidores de Freud, ele fazia balançar o castelo do conhecimento psicanalítico, obrigando sempre a revermos a lição dos mestres – não porque eles teriam errado suas teorias, mas porque o psicanalista, para reduzir identidades, precisa trabalhar com a convicção de que a vida é maior que nossa consciência dela. Lacan dizia para os psicanalistas que tomavam seu trabalho como verdade absoluta: “joguem fora meu ensino!”. É preciso fazer uma psicanálise nova em cada sessão.

Na psiquiatria, encontramos preciosos trabalhos de Carol Sonenreich com esta mesma ênfase. Ele insiste em fazer notar que as doenças são de autoria dos médicos. Recorda a história da medicina para dizer que no século XVII, na Inglaterra, a escrofulose, por exemplo, somente podia ser tratada pelo rei, que colocava as mãos sobre a cabeça do súdito para curá-lo. Apropriadamente, diz Sonenreich, esta era chamada “a doença do Rei”. Do mesmo modo, hoje, falamos em mal “de Parkinson”, síndrome “de Korsakoff”.

Em curso dado aos psicanalistas (no Instituto da Psicanálise Lacaniana), em 2004, Sonenreich defendeu que a doença é uma maneira de o autor conhecer e formular uma situação da realidade. Dizia: “o sofrimento é do paciente, mas a doença é do médico”. Ele nota que quem vai ao centro espírita, ou a um xamã, recebe outras interpretações de seu sofrimento que não a “doença”.

Ao invés da medicina ser baseada em evidências ou na transmissão da palavra do mestre, ele sugeriu uma “medicina de autores” (cf. www.jorgeforbes.com.br/arq/AEC%20sinopse%202,%2028abr4.pdf). É a perspectiva mais responsável para o trabalho clínico. É a que torna as identidades mais leves e fluídas, sempre revisáveis.

Um psicanalista é preparado, em sua própria análise, para suportar a ausência de identidades, de modo que nenhuma angústia pessoal e profissional apareça ou interfira em seu trabalho. O médico, sem estar formado para isto, precisa fazer o mesmo. Seu trabalho exige uma porção de acertos: na maneira de transmitir confiança, de esquivar de acusações implícitas, em dar e negar respostas, às vezes, em suscitar dúvidas, sempre criar envolvimento e adesão ao tratamento, mas sem amarrar o paciente ao diagnóstico e à posição de doente, de modo que seu esforço traga, o quanto antes, um depoimento de saúde, ao final.