

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

CRISTIANA MIRANDA RAMOS FERREIRA

Apresentação de pacientes: Dispositivo e Discursos

Belo Horizonte
2013

CRISTIANA MIRANDA RAMOS FERREIRA

Apresentação de pacientes: Dispositivo e Discursos

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Área de concentração:
Estudos Psicanalíticos

Linha de Pesquisa:
Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultura.

Orientador: Prof. Jesús Santiago

Belo Horizonte
2013

150 Ferreira, Cristiana Miranda Ramos
F383a Apresentação de pacientes [manuscrito] : dispositivo e discursos /
2013 Cristiana Miranda Ramos Ferreira.- 2013.

137 f.: il.

Orientador: Jésus Santiago.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Charcot, J. M. (Jean Martin), 1825-1893. 2. Clerambault, Gaetan Gatian de, 1872-1934. 3. Lacan, Jacques, 1901-1981. 4. Psicologia - Teses. 5. Pacientes-Teses. I. Santiago, Jésus. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas . III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG
PSICOLOGIA
UFMG

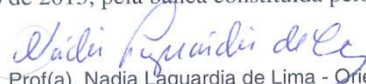
FOLHA DE APROVAÇÃO

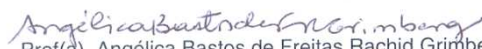
Apresentação de pacientes: dispositivo e discurso

CRISTIANA MIRANDA RAMOS FERREIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

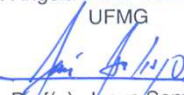
Aprovada em 01 de julho de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Nadia Laguardia de Lima - Orientador
UFMG


Prof(a). Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimborg
UFRJ


Prof(a). ILKA FRANCO FERRARI
Pucminas


Prof(a). Angela Maria Resende Vorcaro
UFMG


Prof(a). Jesus Santiago
UFMG

Belo Horizonte, 1 de julho de 2013.

Ao Leo,
Meu amor,
Como sempre, um grande parceiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Denise Salim Paes, coordenadora do curso de psicologia da FEAD, o e ao Valter Otacílio Silvia Jr, gerente do Centro de Saúde São Francisco, que me ajudaram no que foi possível para conciliar minhas obrigações de trabalho e as demandas do doutorado. Agradeço também aos colegas de trabalho, tanto da FEAD quanto do Centro de Saúde, pelo apoio e estímulo.

Agradeço aos professores e colegas do doutorado pelas discussões e críticas, que ajudaram a compor o trabalho. Em especial, agradeço à Ana Lúcia Lutterbach e à Angela Vorcaro, pela interessante discussão e importantes contribuições em minha qualificação. Agradeço ainda aos examinadores Angela Vorcaro, Angélica Bastos, Ilka Ferrari e Nádia Laguárdia, pela disponibilidade em participar da minha banca de defesa.

Agradeço ao meu orientador, Jésus Santiago, pelas pontuações sempre estimulantes.

Agradeço a Antônio Benetti, Elisa Alvarenga e Wellerson Alkmim, pelas apresentações de pacientes, que se tornaram uma inspiração para mim.

Agradeço aos amigos e familiares que respeitaram minha ausência e suportaram meu cansaço.

Agradeço especialmente ao Leo, meu companheiro neste e noutros projetos, pela parceria, apoio e paciência.

RESUMO

FERREIRA, C.M.R. (2013). *Apresentação de pacientes: dispositivo e discursos*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

Neste trabalho interroga-se a polêmica em torno da prática da apresentação de pacientes, considerando a contradição encontrada pela autora entre os efeitos recolhidos e sua experiência com essa prática, a partir da psicanálise, e a resistência enfrentada para a sua realização. A fim de possibilitar uma posição crítica e esclarecida sobre o tema, fez-se um percurso histórico analisando seu surgimento, ressaltando as diferenças dessa prática nas tradições médica, psiquiátrica e psicanalítica. Para tanto, investigou-se as experiências de Charcot, Clérambault e Lacan, reconhecidos praticantes da apresentação de pacientes. Tendo em vista que o principal interesse nesse dispositivo, é o seu uso pela psicanálise, investiga-se também as relações de Freud essa prática. O mapeamento do uso da apresentação de pacientes ao longo da história da psiquiatria permite, ao final do trabalho, sua análise a partir da lógica dos discursos, como propostos por Lacan.

Palavras-chave: Apresentação de pacientes, Interrogatório clássico, Charcot, Clérambault, Lacan.

ABSTRACT

FERREIRA, C.M.R. (2013). *Presentation of patients: apparatus and discourses* Doctoral Thesis. College of Philosophy and Human Sciences. Federal University of Minas Gerais, UFMG.

This work examines the polemic practice of the presentation of patients, considering a contradiction found by the author among the effects gathered and her experience with this practice, by psychoanalysis, and the resistance to encounter for its achievement. In order to have a possible critical position and clarify about the theme, a historical course of analyses by its appearance, highlighting the differences of these practices in the medical, psychiatric, and psychoanalytical traditions. For both, researched experiences by Charcot, Clérambault, and Lacan, are recognized as practitioners of the presentation of patients. Bear in mind that the main interest in this mechanism is its use in psychoanalysis, also exploring the relations of Freud within this practice. The mapping of the use of the presentation of patients throughout the history of psychiatry permits, at the end of the work, the logical analysis about the discourses, as proposed by Lacan.

Key words: Presentation of patients, Classical interrogation, Charcot, Clérambault, Lacan.

LISTA DE SIGLAS

CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EBP-MG	Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas
FHEMIG	Federação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IPSM-MG	Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais
IRS	Instituto Raul Soares
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 INTERROGATÓRIO CLÁSSICO	23
2 APRESENTAÇÕES DE PACIENTES: CHARCOT, UM CAPÍTULO À PARTE ...	31
2.1 O mito Charcot	32
2.2 O percurso de Charcot	34
2.3 As lições clínicas de Charcot	37
2.4 Apresentações de Charcot: um capítulo a parte	39
2.5 Acerca dos efeitos das apresentações sobre os pacientes	45
2.6 Concluindo	47
3 FREUD E A PRÁTICA DE APRESENTAÇÃO DE PACIENTES: COGITAÇÕES	49
3.1 Freud com Charcot	49
3.2 Freud, neurologista	52
3.3 Freud e o relato de caso	57
3.4 Katharina: uma intervenção singular	63
3.5 Das diferenças entre Freud e Lacan	67
4 CLÉRAMBAULT, MESTRE DE LACAN	72
4.1 Dos nossos antecedentes	72
4.2 O estilo do mestre	76
4.3 Lacan, aluno de Clérambault	84
4.4 Lacan, muito além do mestre	89
5 AS APRESENTAÇÕES DE PACIENTE SOB A LÓGICA DOS DISCURSOS	90
5.1 O discurso do mestre e o interrogatório clássico	93
5.2 O discurso universitário e a universalização do saber	100
5.3 O discurso do analista e a clínica do sujeito	103
5.4 O discurso histérico – repúdio à prática da apresentação	111
5.5 O discurso capitalista	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
6.1 Dispositivo e discurso	120

REFERÊNCIAS	128
ANEXO 1	136
ANEXO 2	137

INTRODUÇÃO

A polêmica em torno da prática da apresentação de pacientes nos coloca diante de uma intrigante questão: como pode um mesmo dispositivo ser considerado um importante instrumento de intervenção clínica para psicanálise, e ao mesmo tempo, ser condenado como um instrumento de abuso do poder médico e objetificação do paciente, do qual este não retira qualquer benefício? De certo que para adotarmos uma posição esclarecida neste debate, é preciso, antes de tudo, recorrermos à sua história.

Originalmente, a apresentação de pacientes é uma prática de ensino, que faz parte da tradição médica em geral. Partindo de uma definição bastante ampla, pode-se dizer que a apresentação de pacientes, ou apresentação de enfermos, é a forma como ficou conhecido o exame público de um doente por um especialista, diante de uma audiência composta, geralmente, pela equipe clínica, profissionais da área e estudantes em formação. Tais apresentações podem se dar no formato de uma corrida de leitos, uma demonstração cirúrgica, uma aula prática, uma entrevista pública.

Apesar de seu amplo uso, quando escutamos o termo “apresentação de pacientes”, tendemos a associar essa prática a seu exercício na psiquiatria. De fato, este dispositivo foi constantemente utilizado na clínica e no ensino psiquiátrico, mas podemos supor que foi pela especificidade de seu objeto, impossível de ser localizado no corpo, portanto, apreensível apenas no campo da palavra, que estas apresentações acabaram por despertar um interesse mais geral. Realmente, na apresentação de pacientes realizada no interior da tradição psiquiátrica, temos que a participação ativa do paciente é mais evidente, afinal, é muito diferente o que se exige de um paciente para se demonstrar o estado de uma válvula coronariana em uma cirurgia, a resposta de um reflexo patelar, em um exame neurológico e a posição delirante de um paranóico perseguido, em um exame psiquiátrico, por exemplo. Possivelmente, muito da mitificação e polêmica em torno dessa prática, admirada por uns e execrada por outros, deve-se, justamente, essa participação mais evidente do paciente.

A análise mais próxima do dispositivo da apresentação de pacientes nos permite dizer que dentro da própria psiquiatria, também teremos certa variedade em

seu exercício. Visto que os primeiros relatos de seu uso datam de 1817, e que esta prática perdura até a atualidade, temos que ao longo deste período pode-se verificar importantes variações em seu emprego, tanto no que diz respeito às técnicas e estratégias de intervenção, como no papel a ela destinado no tratamento e no ensino da psiquiatria. Tal variação deve-se ao fato de que seu manejo e dinâmica se alteram em consonância com os objetivos e princípios éticos e ideológicos, próprios da perspectiva teórica que orienta o profissional que dela se utiliza.

As variações encontradas são às vezes tão grandes, que entendemos que o que possibilitou manter reunidas práticas tão diversas sob este mesmo nome – apresentação de pacientes - é antes o seu aspecto estruturante, estático, sustentado na presença de três elementos distintos: paciente, público e entrevistador. A esse aspecto estruturante, que dá aparente unicidade a este aparelho de intervenção, chamaremos de ‘dispositivo da apresentação’, enquanto que à sua dimensão viva, ativa, chamaremos ‘discurso’. É o discurso que definirá a dinâmica da apresentação de pacientes, em função daquilo que opera como verdade, como motor que movimenta, que anima, o dispositivo. Fazemos aqui referência aos quatro discursos propostos por Lacan em *O Seminário, Livro 17: O avesso da Psicanálise (1969-70/1992b)*.

Analisar a prática da apresentação de pacientes sob a lógica dos discursos ganha sentido, na medida em que, também a psicanálise, faz uso desse dispositivo. Afinal, com Lacan, não apenas estendemos nosso interesse para a psicose, antigo domínio da psiquiatria, mas herdamos também, o apreço pela prática da apresentação de pacientes.

Certamente, foi em sua formação psiquiátrica que Lacan tomou contato com a apresentação, visto ter sido aluno de Clérambault, “o último dos grandes psiquiatras clássicos”, considerado também, um dos grandes mestres da apresentação. Mas foi ao aplicar a escuta psicanalítica a essa prática originalmente psiquiátrica, que Lacan a renovou, pois introduziu no dispositivo da apresentação a subversão freudiana. Como sabemos, ao escutar a fala de suas pacientes, Freud subverteu a perspectiva do tratamento psíquico, pois à fala do sujeito, antes utilizada como indicativo dos sinais médicos que serviam apenas para se fazer um diagnóstico e prescrever um tratamento, Freud deu o valor de saber, - um saber sobre a própria singularidade. Freud estabeleceu um verdadeiro corte discursivo, mostrando que não se trata de classificar ou de dar respostas ao sujeito, mas sim de

dar-lhe condições para que produza, ele mesmo, um saber sobre seu sofrimento. O que Lacan fez, enquanto psicanalista, foi se interessar pela fala do paciente psicótico, deste mesmo lugar proposto por Freud. Ao operar o dispositivo da apresentação orientado pelo discurso do analista, Lacan colocou em cena o sujeito para além do doente. Essa mudança de perspectiva imprimiu um caráter extremamente clínico a essa prática, tornando assim, a apresentação de pacientes um importante dispositivo de tratamento do sujeito psicótico e de transmissão da psicanálise.

Lacan fundou um estilo que se difundiu no meio psicanalítico. Suas apresentações não apenas incidiram sobre o destino de inúmeros psicóticos, que puderam ser por ele entrevistados, mas também fizeram parte da formação de vários analistas, que por sua vez, passaram eles mesmos a praticarem a apresentação. Contudo, não obstante o caráter essencialmente clínico destas apresentações, tanto as de Lacan, em sua época, como aquelas dos psicanalistas que deram continuidade a essa prática, o seu uso ainda é questionado e controverso. Ao mesmo tempo em que temos notícias do aumento de seu uso na Argentina e outros países da América Latina, assim como na França e na Bélgica¹, esta permanece quase inexistente na Espanha e em declínio no Brasil.

A PARTICULARIDADE DE UMA EXPERIÊNCIA

Jerry² foi encaminhado ao atendimento em Saúde Mental, pois vinha aterrorizando sua vizinhança: sempre de óculos escuros e com o corpo marcado por cortes costurados por ele mesmo, Jerry ameaçava as crianças e matava brutalmente os gatos e cachorros da região.

A equipe que dele se ocupava se dividia frente aos diagnósticos de perversão e psicose. As constantes passagens ao ato e a precária adesão ao

¹ Nestes países há serviços como, por exemplo, o Courtil (Bélgica), que se utilizam regularmente da apresentação de pacientes como um dos dispositivos clínicos para orientação da prática institucional.

² Jerry é o nome fictício proposto pela terapeuta do paciente que aqui tomamos como referência. Todas as informações aqui apresentadas foram retiradas: 1. Anotações pessoais, feitas durante a apresentação de pacientes, realizado pela Dra Elisa Alvarenga (Escola Brasileira de Psicanálise [EBP-Seção Minas]) durante atividade do Núcleo de Pesquisa em Psicose, Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais em parceria com o Instituto Raul Soares (IPSM-MG/IRS), em 5 de maio de 1999; 2. discussão do caso realizada em 13 de outubro de 1999 também no Núcleo de Pesquisa em Psicose; e 3. no artigo publicado por sua terapeuta: Andréia Reis. Reis, A. & Costa, A. (2001).

tratamento, desafiavam a equipe, que se encontrava angustiada e impotente diante do caso. Em meio a estas dificuldades, sua terapeuta conseguiu escutar uma demanda: Jerry queria ir ao Programa do Ratinho³ para pedir-lhe um rosto novo. Esclarecido da impossibilidade de levá-lo ao programa, a terapeuta oferece um outro espaço: ir a uma apresentação de paciente, proposta que aceitou com entusiasmo.

Na entrevista Jerry se apresenta a partir desse corpo despedaçado, concretamente rasgado e remendado. Contudo, ao ser convidado a falar de sua história, uma outra costura foi podendo ser feita. Em seus atendimentos, ele já havia falado acerca de um estupro que sofrera na infância, mas foi na entrevista que se pode precisar, aí, as circunstâncias do desencadeamento de sua psicose. Jerry lembra-se também, que após o abuso o agressor jogou sobre ele um cachorro morto, o que, ao longo da entrevista, revelou-se um ponto de identificação ao objeto mortificado, ao resto.

No entanto, ao longo da entrevista, o enfoque do apresentador foi se deslocando dessa dimensão desregrada do gozo, para outras invenções do sujeito. Em lugar de acolher o relato de seus "atos perversos", o entrevistador privilegiou suas construções feitas através da modelagem em argila, dos desenhos e dos trabalhos com papéis e com lixo. Dos cortes e costuras na pele, o interesse do apresentador se deslocou para um desenho que Jerry sempre trazia consigo: tratava-se do desenho de uma bailarina. Um desenho de grande importância para ele, não apenas por ser o único de seus trabalhos que não havia destruído, mas por ser este utilizado por ele como anteparo às "visões"⁴. Na apresentação, ao se interessar pela bailarina, o entrevistador fez destacar a percepção de Jerry sobre a "impressionante capacidade da bailarina de ficar na ponta dos pés e não cair" (A. Reis, comunicação pessoal, 5 de maio de 1999) – sem dúvida uma outra forma de dar contorno a um corpo, muito diferente das costuras feitas na pele.

A ocasião solene teve tamanho efeito sobre ele que, ao final da entrevista, retirou os óculos escuros, sem os quais jamais se deixava ser visto, mostrando o rosto ao público. Ato surpreendente, tanto mais quando verificamos sua função: esconder a "deformação" de seu rosto decorrente de seu "envelhecimento precoce"

³ Programa de auditório exibido na televisão.

⁴ Segundo Andréa Reis (2001), o paciente relatava visões com órgãos - como coração, ou pedaços de corpo, como uma boca presa em um garfo ou um rosto se desmanchando – que lhe indicavam a morte.

– doença adquirida após o abuso sexual. Tratava-se, portanto, de uma estratégia de defesa frente ao olhar insuportável do Outro.

A impressão causada no público foi que a entrevista havia tocado esse sujeito. Impressão confirmada quando, em relato posterior, sua terapeuta informou que, como efeito da apresentação, pôde-se observar seu apaziguamento, com acentuada redução das passagens ao ato agressivas contra si e contra terceiros. Contudo, ainda mais importante, foi o efeito de implicação: segundo a terapeuta, logo após a entrevista, o paciente, chegou para o atendimento com uma pergunta: “Por quê que eu mato os cachorros?” Este foi o ponto de passagem para a implicação de Jerry em seu tratamento. Efeito reafirmado quando, no atendimento do dia seguinte, traz uma surpreendente elaboração acerca de uma alucinação. Relatou ter visto “um pombo com cara de gente dizendo-lhe que o fim estava chegando e que iria matá-lo”. Ressalta que, nesta visão, o dia, a noite, o sol e o arco-íris apareciam juntos. Sobre isso, comenta: “Eu preciso fazer um trabalho para destacar o dia. Eu tenho duas personalidades: uma quer viver e a outra quer morrer e matar as pessoas... Eu quero ser uma pessoa do dia-a-dia” (A. Reis, comunicação pessoal, 19 de outubro de 1999).

Esse relato evidencia os efeitos diretos que a apresentação teve sobre o paciente, mas há também os efeitos sobre a equipe. Certamente, decorreu da apresentação o vislumbre de um outro caminho – não apenas para Jerry, mas também para a equipe. Podemos dizer que como efeito da escuta atenta do apresentador, se fez evidenciar, sob a cena dos “atos perversos” de Jerry, o diagnóstico de psicose assim como outras formas, menos nefastas, criadas por esse sujeito, para ligar-se ao corpo, ao campo do Outro. Abriu-se, então, como perspectiva para a equipe, a construção e sustentação dessas saídas mais favoráveis para o paciente.

Contudo, se cito essa apresentação, se a tomo como paradigmática, é pelo efeito que esta teve sobre mim, apenas mais um ali em meio ao público. Para mim, esta apresentação teve o valor de um encontro com o real, com o real da clínica. O que pude testemunhar nessa apresentação foi o efeito de tratamento do real pela palavra, capaz de dar alguma localização, alguma circunscrição ao gozo desregrado. Interessada antes na psicose, do que na psicanálise, nesta apresentação pude recolher como efeito de transmissão da clínica, o que vem a ser

uma operação psicanalítica com o sujeito psicótico. Essa apresentação teve sobre mim o efeito de uma implicação definitiva com a orientação lacaniana.

Não obstante a incidência especial que esta apresentação teve sobre mim, é preciso localizar que, no que diz respeito à prática de apresentações, esta foi uma dentre várias outras apresentações que pude testemunhar ao longo de minha formação profissional, pois por cerca de cinco anos, de 1999 a 2004, a apresentação era uma prática regular no Instituto Raul Soares⁵ (IRS), hospital psiquiátrico no qual eu trabalhava. Neste período o IRS acolhia dois projetos de orientação psicanalítica: o Núcleo de Pesquisa em Psicose e a Sessão Clínica, que fizeram desta, uma prática regular no hospital.

O primeiro deles, o Núcleo de Pesquisa em Psicose⁶ (1999 a 2010) tinha o objetivo de formação em psicanálise, endereçado ao público interno e externo ao corpo clínico do hospital. O segundo, a Sessão Clínica do IRS (2000 a 2005), era conduzido pelo diretor do hospital⁷, visando uma intervenção clínica na prática institucional.

No Núcleo de Psicose, os seminários teóricos eram intercalados com discussões de caso e algumas apresentações de paciente. Neste curso, participei enquanto aluna, contudo, numa posição privilegiada, pois sendo funcionária da instituição, tive a oportunidade de levar, por mais de uma vez, casos para discussão, ou para apresentação.

Quanto à Sessão Clínica, era um espaço institucional, no qual, semanalmente, os profissionais de nível médio e superior, de todas as especialidades, eram convidados a discutir os impasses da clínica, a partir da construção dos casos que colocavam maiores dificuldades à instituição. Este projeto funcionou sob minha coordenação de 2000 a 2003. Nesse período, minha aposta na eficácia terapêutica e de transmissão do dispositivo de apresentação de pacientes orientou meu trabalho no sentido tentar abrir espaço para essa prática, que era muito bem vista principalmente entre aqueles de formação psicanalítica, mas gerava certa reticência dos demais profissionais, principalmente daqueles cuja formação encontrava-se muito marcada pelos princípios da reforma psiquiátrica. Assim, a

⁵ Hospital psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte/MG.

⁶ Projeto IPISM-MG em parceria com o IRS/FHEMIG.

⁷ Wellerson Durães de Alkmim, diretor clínico do IRS, 1999-2002, e diretor geral, 2001-2005, psicanalista, Membro da EBP-Seção Minas

apresentação de pacientes, atividade inicialmente esporádica nas sessões clínicas, foi ganhando adesão do corpo clínico, sendo, ao final de algum tempo, a forma preferencialmente escolhida, para a intervenção nos casos.

Um dos principais objetivos da apresentação era a perspectiva de, após a entrevista, se fazer, a partir da fala do próprio paciente, a construção do caso⁸, de forma a estabelecer um cálculo clínico para a direção do tratamento. Assim, questões como: dúvidas de diagnóstico, manejo da transferência, impasses no encaminhamento, podiam ser trabalhadas pelo entrevistador (um psicanalista), junto aos técnicos responsáveis pela condução do caso, orientando a direção do tratamento.

Neste período, mais de 100 pacientes foram entrevistados. Os efeitos de intervenção sobre o paciente, sobre a equipe e sobre a instituição, que puderam ser por nós recolhidos, foram de tal forma surpreendentes, que resultaram em uma primeira tentativa de formalização dessa experiência no projeto de pesquisa: *Sobre a eficácia clínica da apresentação de pacientes: investigação sobre o emprego da apresentação de pacientes no tratamento psicanalítico do sujeito psicótico*⁹.

Nesta pesquisa, foram recenseados os tipos de efeitos clínicos e de transmissão, que se pode produzir a partir das apresentações. Foram verificados efeitos na instituição como um todo, nas equipes que conduziam os casos em questão, assim como efeitos no próprio paciente entrevistado. Na instituição, pode-se perceber que ao longo do processo, uma posição clínica, investigativa, interessada no particular de cada caso, se consolidava. Quanto às equipes, o esclarecimento do caso, as orientações de tratamento, ou mesmo o fato do paciente ser levado à apresentação, já despertava um novo olhar, um outro interesse pelo sujeito, o que certamente, acabava por incidir na condução do tratamento. Quanto à incidência no paciente, pudemos dividir os efeitos em dois grupos: os mais

⁸ “Construir um caso clínico é procurar dar certa ordenação lógica, fazer uma elaboração, acerca da estrutura de funcionamento do sujeito, de forma a possibilitar um cálculo da clínica.” (C. Ferreira, 2001, p.4). Sobre o tema, conf.: 1) Viganò, C. (1999), A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga – Psicanálise e saúde mental EBP/MG*, 13, 50-59; 2) Ferreira, C. (2001). *Construção do Caso Clínico: o saber do sujeito como subversão da lógica institucional*. Monografia de Especialização, Unicentro Newton Paiva, Belo Horizonte..

⁹ Trata-se de uma pesquisa que investigou os efeitos clínicos e institucionais produzidos pelas apresentações de pacientes realizadas na Sessão Clínica do IRS, na qual, quatro casos foram detalhadamente investigados, permitindo avaliar os efeitos da apresentação, assim como sua incidência na construção do caso clínico.. Esta pesquisa foi realizada a partir de uma parceria do IRS com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), num projeto de pesquisa coordenado pelo Dr. Jésus Santiago e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da qual fiz parte na qualidade de pesquisadora/autora. Realização: 2004 a 2006.

freqüentes, secundários às elaborações e mudanças de posição da própria equipe, decorrentes da construção do caso clínico; mas também um outro tipo de efeito, mais raro, contingencial, mas de fundamental importância: o efeito da incidência direta sobre o sujeito, no ato mesmo da entrevista, implicando-o no seu tratamento, fortalecendo os laços transferenciais junto à equipe, possibilitando algum reposicionamento diante de sua própria fala, entre outros¹⁰.

A constatação de que a apresentação tem incidência direta sobre o sujeito, suscitou inúmeras questões, que poderiam ser condensadas numa única pergunta: afinal, o que possibilita que uma apresentação de pacientes, dispositivo que se dá em um único encontro, possa produzir efeitos em um sujeito psicótico?

A tentativa de responder a essa questão se formalizou em um projeto de mestrado, apresentado junto a este programa. Não obstante o enorme interesse pela fundamentação teórica que esclarecesse tais efeitos clínicos, tendo em vista a falta de material bibliográfico sobre o tema, a banca de qualificação¹¹ foi unânime quanto à necessidade de um percurso anterior: de investigação histórica. Dessa forma, a dissertação: *Apresentação de Pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica*¹² (C. Ferreira, 2006a), apresentou um levantamento histórico do surgimento e uso da apresentação de pacientes ao longo do desenvolvimento da psiquiatria. Discorreu-se também, sobre a apropriação deste dispositivo por Lacan, e a subversão aí operada, na medida em que esta passou a ser realizada sob a perspectiva da psicanálise. Analisaram-se as principais diferenças entre as abordagens psiquiátrica e psicanalítica, assinalando como estas modificações introduzidas por Lacan alteraram, não apenas as articulações entre os elementos: paciente, público e entrevistador, mas também o objetivo e alcance de suas apresentações. Neste trabalho procurou-se também, apresentar fragmentos clínicos que retratassem os efeitos produzidos nos pacientes assim como, situar em que ponto se encontravam as mais recentes elaborações acerca dos fundamentos clínicos, que poderiam justificar tais efeitos. Pode-se dizer que nessa dissertação fez-se um mapeamento geral da situação histórica e atual da prática de

¹⁰ Sobre os efeitos da apresentação de pacientes, conf.: SANTIAGO, J., ALKMIM, W., ANDRADE, R. & FERREIRA, C. (2006). *Sobre a eficácia clínica da apresentação de pacientes: investigação sobre o emprego da apresentação de pacientes no tratamento psicanalítico do sujeito psicótico. Relatório De pesquisa.* CNPq/UFMG/FHEMIG.

¹¹ Banca composta pelos professores Dr. Jésus Santiago e Dr. Ram Mandil, realizada em 25 de junho de 2005.

¹² Orientador: Prof. Dr. Antônio Márcio Teixeira.

apresentação, na qual os dados levantados foram apresentados numa narrativa antes de tudo descritiva. A intenção era, num possível projeto de doutoramento, retomar pontos específicos deste trabalho, a fim de extrair maiores conseqüências do material pesquisado.

Dentre as inúmeras possibilidades de investigação que se delinearam a partir da dissertação, uma questão se destacou como ponto fixo, ao qual eu sempre retornava. Assim, o núcleo central de nosso interesse se configurou em torno da pergunta: como pode um dispositivo que foi tão adequado à psiquiatria do início do século XIX, atender tão bem à psicanálise, ao mesmo tempo em que é execrado pela própria psiquiatria?

Extrair essa pergunta e reconhecê-la como núcleo central do meu interesse, permitiu verificar que, ainda que inadvertidamente, esta havia sido orientadora de todas as minhas investigações até então. O contraste entre a experiência vivida e a resistência e críticas endereçadas à apresentação, eram enigma para mim. Incômodo que se tornou tanto maior, quando da posição pública adotada pelo Conselho Regional de Psicologia¹³ (CFP), que desferia severas críticas contra essa prática.

Pode-se assim perceber que a dissertação tinha uma clara tendência comprobatória da existência de uma dimensão terapêutica na apresentação, para além da função pedagógica, didática até então ressaltada, como forma de responder às acusações. Tal perspectiva direcionou minhas investigações e elaborações para uma polarização entre as vertentes clínica e didática da apresentação. Nessa divisão, Lacan figurava como aquele que subverteu a prática da apresentação, fundando sua dimensão terapêutica, transformando-a, de um dispositivo de didático, em um instrumento clínico.

Entretanto, já as primeiras investigações históricas obrigaram à revisão e abandono dessa hipótese. O que a história nos ensinou foi que a apresentação, nasceu numa articulação entre a clínica e o ensino, o que permitiu situar Lacan, como aquele resgatou, que reinstaurou a dimensão clínica. Contudo, o esforço para fazer reconhecer a vertente clínica da apresentação de pacientes acabou por

¹³ Em 2005, o CFP, apoiado por movimentos como a Reforma Psiquiátrica, divulgou carta aberta se à comunidade acadêmica, se posicionando contrariamente ao uso da apresentação de pacientes na graduação, condenando esta prática, sem, no entanto, fazer uma diferenciação entre as diversas formas existentes. Como efeito dessa mobilização, vimos aumentar o preconceito e resistência à prática da apresentação de pacientes, de uma forma geral.

obscurecer o que hoje parece fundamental para entendermos porque, apesar de toda crítica e condenação, a prática da apresentação nunca foi abandonada e, em verdade, continua viva até hoje. De fato, a apresentação é clínica e didática, e enquanto tal, é um dispositivo que favorece a transmissão de um certo fazer com a psicose, não obstante essa fazer varie em função da perspectiva clínica em causa.

E assim, essa investigação nos permitiu diferenciar, numa apresentação, os aspectos que são próprios ao dispositivo enquanto tal, daqueles que são produzidos, ou ganham relevância em função do discurso que o orienta. Nossa hipótese é que como característica essencial, incondicional do dispositivo, teríamos o encontro com o real da clínica. Ou seja, independentemente do objetivo, mais clínico ou didático, independentemente do discurso que orienta a prática, independentemente daquilo que virá ou não a ser formalizado enquanto ensino, o público é sempre testemunha do tratamento que o apresentador dá ao real em jogo nessa prática. E isso é algo que não se ensina, mas que se transmite. Quando Miller (1996) nos diz que o mestre, apresentador é aquele que trabalha para os alunos, ao mesmo tempo em que os protege do risco do exercício (p.139), que risco seria esse, que não o do encontro com o real? Assim, se na apresentação de pacientes há sempre algo da ordem da transmissão, contudo, essa transmissão é essencialmente efeito do discurso, visto que cada discurso implica numa diferente operação com o real.

Para verificar essa conjugação entre dispositivo e discurso, procedeu-se uma investigação histórica, sempre bordejando a articulação entre o ensino e a clínica, interrogando-se os objetivos e diretrizes de cada período, para ao final proceder à análise pelos discursos. Para tanto, foram retomados alguns aspectos apresentados na dissertação, embora, daquilo que anteriormente foi exposto de forma ampliada, numa narrativa essencialmente descritiva, extraiu-se os pontos nodais, que puderam então ser problematizados e analisados.

Como forma de trabalho optou-se por abordar as diferentes facetas do problema de forma autônoma. Assim cada capítulo, apresenta uma lógica interna, autônoma, podendo ser lido independentemente dos demais. Entretanto, todos eles, tem como pano de fundo, a questão da articulação entre as vertentes do ensino e da clínica. Embora cada capítulo possa ser lido de forma independente, mantendo uma consistência e coerência interna, eles são apresentados numa seqüência temporal lógica. Cada capítulo dá assim, subsídios para melhor apreensão do seguinte,

culminando no capítulo final, no qual, o acúmulo de informações, torna possível uma análise global, feita a partir da lógica dos discursos.

O primeiro capítulo – *O interrogatório clássico*, em verdade foi o último capítulo incluído neste trabalho. Embora os demais capítulos apresentem alguma breve descrição ou indicação acerca do Interrogatório, forma como era conhecida a apresentação de pacientes na psiquiatria clássica, decidiu-se incluir um capítulo que detalhasse um pouco mais essa prática clássica. Dessa forma, nesse primeiro capítulo, temos as indicações acerca do surgimento e importância da apresentação de pacientes, nos primeiros tempos da psiquiatria.

O segundo capítulo – *Apresentações de pacientes: Charcot, um capítulo à parte*, trata daquilo que me parece central na formação do preconceito em torno da prática da apresentação de pacientes. Charcot, um neurologista, é tomado como paradigma da prática psiquiátrica. Nesse capítulo, explicita-se a perspectiva de Charcot, assinalando as diferenças em relação à perspectiva psiquiátrica, para extrair daí as conseqüências que essa distorção no *status quo* de Charcot, teve sobre o imaginário construído em torno da prática da apresentação.

O terceiro capítulo – *Freud e a prática de apresentação de pacientes: cogitações*, é uma interrogação acerca da relação de Freud com a prática da apresentação, a partir da análise de seus comentários sobre a prática do mestre Charcot, das apresentações realizadas pelo próprio Freud, sua escolha pelo relato de caso e por fim, seu encontro único com a jovem Katharina. Neste capítulo, procura-se extrair as causas que favoreceram que fosse Lacan, e não Freud, a aplicar a psicanálise à prática da apresentação.

O quarto capítulo – *Clérambault, mestre de Lacan*, trata dos antecedentes da apresentação psicanalítica, visto que Clérambault foi mestre de Lacan. Localizar a perspectiva de Clérambault, derradeiro praticante do interrogatório clássico, permite destacar o ponto de partida de Lacan, e os efeitos de subversão por ele produzidos.

Para finalizar, a elaboração de cada um desses capítulos permitiu uma perspectiva crítica do todo, possibilitando uma leitura crítica da dinâmica que envolveu as modificações na prática da apresentação ao longo dos tempos. Assim, no quinto e último capítulo - *As apresentações de paciente sob a lógica dos discursos*, no qual se faz uma análise da prática da apresentação de pacientes, a partir dos quatro discursos – discurso do mestre, discurso universitário, discurso do

analista e discurso histórico, como propostos por Lacan, em *O Seminário, Livro 17: O avesso da Psicanálise (1969-70/1992b)*. Neste capítulo a ênfase recai sobre o discurso do analista, destacando o efeito de se tomar o sujeito (\$) no lugar do Outro, e os efeitos clínicos daí decorrentes. Por fim, como a história não termina se não na contemporaneidade, para concluir, faz-se algumas conjecturas acerca dos efeitos do discurso capitalista sobre a prática da apresentação, tendo em vista que, como propôs Lacan, este é o discurso dominante em nossa sociedade atual.

Todavia é preciso dizer ainda um pouco das dificuldades enfrentadas na elaboração deste trabalho. Na mediada em que aceitei o desafio de investigar esse tema, cujas referências bibliográficas são escassas, me deparei com um problema que fez um limite real quanto às minhas possibilidades de elaboração. Embora as apresentações sejam prática corrente na psiquiatria desde o início do século XIX, é somente a partir da segunda metade do século XX, por volta de 1960, que começaremos a encontrar alguns textos dedicados exclusivamente a pensar essa prática. Todavia, estes textos têm um caráter curioso, pois em sua maior parte, referem-se especificamente as apresentações de um mesmo apresentador: o Dr. Lacan. São artigos de seus alunos e analisantes, que sob o impacto produzido por estas apresentações, ora tentam esclarecer as diferenças das apresentações como praticadas por Lacan, das demais apresentações, ora tentam descrever seus efeitos de transmissão (Leguil, 1993, 1998; Miller, 1996; Laurent, 1989). Felizmente, alguns destes textos forneceram pistas sobre a história da apresentação, o que serviu de norte inicial para o nosso trabalho. A estes escritos, somam-se os artigos contemporâneos, que tem se multiplicado nos últimos anos, interessados em não apenas relatar os efeitos clínicos produzidos a partir das apresentações, como também elaborações acerca dos fundamentos teóricos e clínicos, que visam esclarecer o que viabiliza que tais efeitos sejam produzidos. A questão do tempo, função do público, o manejo da transferência são, entre outros tópicos, temas recorrentes nesses artigos, tais como o textos de Genevieve Morel (1999), Liliane Cazenave (2002), Ana Lúcia Santiago e Ana Maria Lopes (2005), Frederico Feu de Carvalho (2005), Cristiana Ferreira (2006b), Henry kaufmanner et.al, (2006), Wellerson Alkmim (2006), entre outros.

A maior dificuldade de material bibliográfico e clínico refere-se principalmente ao século XIX. Apesar do amplo uso e eficácia da apresentação naquele período, isso não parece ter suscitado maiores questionamentos. Com raras

exceções, quase não se encontra, ao longo de todo este período, artigos exclusivamente dedicados a elaborações, seja sobre as técnicas e estratégias da apresentação, seja sobre os efeitos produzidos sobre o paciente. Acerca do tema, o que se tem são referências casuais, intuídas na entrelinha das exposições teóricas e, eventualmente, em algum relato de caso, o que também não era comum na época. Alguma referência também pode ser encontrada nos livros sobre a história da psiquiatria. Um dos principais achados históricos foi o curso de Michel Foucault – *O poder psiquiatria (1973-74/2006)*, onde se pode encontrar várias referências à apresentação de pacientes. Contudo, a falta de outras referências, não nos permite contrapô-lo à leitura de outros autores, o que nos deixa de certa forma, submetidos à referências de Foucault. Ainda assim, o estudo da história da psiquiatria, as perspectivas teóricas acerca do entendimento da loucura e de tratamento a cada época, a filiação teórica dos psiquiatras que se destacaram na prática da apresentação, assim como as referências diretas e indiretas à apresentação são utilizados, então, como contraponto para nossas elaborações.

Já o início o século XX nos foi mais generoso nesse aspecto. Embora continue inexistindo elaborações sobre a prática da apresentação, nesse período, encontramos preciosos relatos clínicos das apresentações. Temos publicadas apresentações de pelo menos dois grandes psiquiatras: Kraepelin (1856-1925) e Clérambault (1856-1925), o que muito contribuiu para nossas elaborações. Contudo, mesmo que tais publicações nos dêem acesso a alguns comentários do paciente, ou sobre ele, e até mesmo algum fragmento do diálogo entre médico e paciente, a forma como de fato se davam estas apresentações, continuam uma incógnita. Isto porque, o relato dessas apresentações se dá em meio às discussões teóricas, estas sim, objetos dos artigos, não havendo, portanto, qualquer elaboração específica sobre a apresentação em si. Além do mais, um escrito deste tipo tem suas limitações, pois como o próprio Kraepelin disse acerca da publicação de suas apresentações: “Um livro não pode dar o aspecto vivo do doente, que o aluno só assimila na própria clínica” (citado por Figueira, 2007, p.10).

1 O INTERROGATÓRIO CLÁSSICO

A prática da apresentação de pacientes é um dos mais tradicionais instrumentos de ensino da psiquiatria. Os primeiros relatos de seu uso datam de 1817, quando Jean Etienne Esquirol (1772-1840), inaugura um curso de clínica em Salpêtrière (Foucault, 2006). Se tomarmos como referência a história da psiquiatria, como proposta por Foucault, que tem como marco de seu nascimento o ano de 1793, quando Philippe Pinel (1745-1826) assumiu suas funções em Bicêtre, teríamos assim, que a apresentação de pacientes é utilizada praticamente desde os primórdios da própria psiquiatria.

Contudo, muito diferente das apresentações psiquiátricas que conhecemos nos dias atuais, cujo caráter é essencialmente didático, este dispositivo tinha em sua origem, uma acentuada vertente clínica. Melhor seria dizer que a apresentação de pacientes se constituiu numa interessante articulação entre a clínica, a pesquisa e o ensino. Entretanto, se a dimensão clínica veio a se desvincular do ensino, isso se deve não a uma modificação do dispositivo em si, mas é antes o efeito das modificações sofridas pela própria psiquiatria ao longo de sua história. Isto porque, a história da apresentação de pacientes, encontra-se intrinsecamente articulada à história da própria psiquiatria, mais precisamente, ao uso e importância dada à fala do paciente na prática da psiquiátrica.

Como sabemos, a importância dada à palavra do paciente, irá variar enormemente ao longo do desenvolvimento da psiquiatria. Nesse momento inaugural da psiquiatria, que se instaurava sob a influência da concepção pineliana da loucura enquanto uma doença, não do cérebro, mas das atividades mentais, a fala do paciente se destacou como uma das principais vias de acesso às manifestações da loucura. Com seu “método clínico”, Pinel, preconizava a importância da observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações na vida biológica, nas atividades mentais e no comportamento social do paciente (Pessotti, 1994). Com essa observação sistemática, Pinel visava não apenas constituir um saber sobre a doença mental, mas também extrair os elementos necessários para estabelecer as diretrizes do tratamento considerado no caso a caso.

Quanto ao primeiro aspecto, nestes primórdios da psiquiatria, era essencial, constituir um saber que permitisse discriminar os sintomas e síndromes, suas formas de evolução, definindo-se assim diagnósticos e tratamentos. E era através dos relatos dos pacientes que se podia destrinchar isto que se apresentava sob a forma de uma multiplicidade caótica de sintomas, diferenciando-os, descrevendo-os, ordenando-os, classificando-os.

Quanto ao segundo aspecto, a questão do tratamento, é importante considerar que Pinel considerava a loucura como o efeito de lesões das faculdades mentais, causadas pelas paixões excessivas, exacerbadas que, ao impedirem ou distorcerem a percepção da realidade, comprometeriam o entendimento desta, o que se evidenciaria no comportamento desviante dos pacientes. Como tratamento, Pinel acreditava na readequação do paciente às normas sociais a partir da correção tanto dos comportamentos desviantes, quanto das idéias errôneas e pensamentos perturbados. Para tanto, o paciente era submetido a experiências corretivas. É o que ficou conhecido por nós, como tratamento moral. A correção do comportamento se dava pela reeducação, sendo o paciente submetido às normas e costumes institucionais, uma intervenção de cunho universal aplicada a todos os pacientes, estruturada no próprio funcionamento do asilo. Mas o tratamento moral visava também à correção das idéias errôneas do paciente, o que implicava em uma vertente particular do tratamento, essa sim, baseada na fala do paciente.

Para corrigir tais idéias, era necessário submeter o paciente a experiências concretas, que incidissem precisamente sobre o erro. Para tanto devia-se identificar, em cada caso, as idéias distorcidas, determinantes do comportamento aberrante. É neste ponto que podemos inferir a importância dada à fala do paciente, pois Pinel precisava conhecer os pensamentos mais ocultos do paciente para intervir sobre eles. A experiência corretiva deveria produzir uma impossibilidade de manutenção do erro, sendo o paciente levado a produzir uma elaboração racional que o suplantasse, recuperando assim, sua racionalidade (Pessotti,1996). Dessa forma, para o melancólico que se considerava culpado, constituía-se uma tribunal para inocentá-lo, para o aquele que acreditava não ter cabeça, colocava-se lhe um pesado chapéu de chumbo, para aquele que acreditava ter uma serpente no ventre, administrava-se lhe um emético e na substância vomitada, colocava-se um animal do tipo, fazendo-o

crer que o tivesse expelido (Pessotti, 1996), ou seja, contrapunha-se a idéia delirante a uma experiência que lhe fosse incompatível, tornando-a, portanto, insustentável.

De certo que este tipo de intervenção, estabelecida no caso a caso, só poderia ser formulada mediante o recolhimento da fala do paciente. Na verdade não sabemos quais os recursos que Pinel se utilizava para tanto, pois há indícios de que Pinel não acreditava na conversa direta com o alienado: “Se se pretende interrogar os alienados sobre o estado deles, nota-se, em geral, que eludem as perguntas, que se limitam a reticências de maneira, ou de fato respondem em sentido oposto” (Pinel, 1809, (II) p.67, citado por Pessotti, 1994, p.148).

Todavia, seja através do próprio paciente, seja através de terceiros (familiares e funcionários do asilo), o fato é que Pinel dava importância aos detalhes da vida e do comportamento do paciente, tanto anteriores à internação, quanto àquilo que era vivido dentro do asilo. Eram esses detalhes que permitiam a Pinel produzir as vivências para colocar em xeque as idéias do paciente. Esse tipo de intervenção, construída no um a um, era muito particular, mas também muito concreta, tendo sido pouco utilizada depois dele. Contudo, podemos ver que sua perspectiva clínica, de certa forma, vai conformar a prática do interrogatório que se constituirá como um dos mais importantes instrumentos de intervenção da psiquiatria clássica.

O interrogatório também se sustentava na idéia de confrontar o louco para adequá-lo à realidade, contudo, essa confrontação será feita no nível da linguagem. Como o próprio nome indica, o interrogatório não era uma simples entrevista, mas ao contrário, era um instrumento para extrair confissões. A base do interrogatório era a idéia da confissão como primeiro passo para a cura: se o enfermo reconhecesse a sua loucura, poderia desfazer-se dela. Assim, o paciente era convocado a falar de seus antecedentes familiares, de suas recordações infantis, das razões que o levaram à internação, assim como de sua doença. Contudo, diferentemente do que poderíamos imaginar, a intenção do médico não se restringia a fazer o paciente falar para recolher dados de sua vida e apreender seus sintomas. Ao contrário, o médico ia para o interrogatório munido de informações detalhadas sobre o paciente – tanto sobre sua história de vida e de sua doença, (relatada pelos familiares), como de seu comportamento no cotidiano da vida asilar (recolhido pelos funcionários). Assim,

a fala do paciente era recolhida, não para escutar sua versão ou para se tentar compreendê-lo, mas para contrapor seus ditos ao que o médico sabia sobre ele. Ao confrontar o paciente, o médico procurava produzir uma crise, de forma a evidenciar, a presentificar, sua loucura.

Ou seja, o interrogatório era um dispositivo com uma dupla função: permitia ao médico recolher na fala do paciente, as provas de sua loucura como, por exemplo, o relato de seus delírios e a manifestação de suas alucinações, possibilitando o diagnóstico, e promovia também o tratamento, uma vez que intervinha sobre o doente, de forma que ele não apenas revelasse sua realidade delirante, mas que a reconhecesse como tal. E mais, confessando reconhecer que se tratava de uma realidade particular, o paciente deveria abrir mão desta, passando a consentir com a realidade socialmente compartilhada: “Sim, escuto vozes!”; “Sim, tenho alucinações!”; “Sim, creio ser Napoleão! E isso é minha doença” (Foucault, 2006, p.356).

Essa investigação das vivências e idéias do paciente, assim como a produção da crise, faziam do interrogatório um dispositivo muito apropriado para a observação e para o estudo minucioso do enfermo, visto que favorecia a apreensão dos fenômenos a partir de sua descrição, detalhada pelo próprio paciente. Portanto, o interrogatório favorecia não apenas a investigação diagnóstica do doente em questão, mas contribuía também para a constituição do saber psiquiátrico de forma geral, permitindo que os aspectos teóricos fossem discutidos a partir da prática.

Contudo, o interrogatório se destacou não apenas como um dispositivo de intervenção clínica e constituição de saber, mas também como um espaço privilegiado para a transmissão e ensino da psiquiatria. E é justamente a prática pública do interrogatório, realizado diante dos médicos, assistentes e estudantes, que ficou conhecida como apresentação de pacientes. Assim como o interrogatório, a apresentação de pacientes foi um dos dispositivos de maior destaque na época. É curioso observar que, embora a presença do público fosse uma conseqüência dessa função didática dada ao interrogatório, esta tinha um interessante efeito clínico, pois por um lado, ao sobrepor à figura do médico, a dimensão de mestre, isso acentuava sua importância, o que era favorável à estratégia terapêutica de então, sustentada no confronto entre a realidade delirante do paciente e realidade do médico. Por outro lado, essa

presença do público influía também no paciente. Segundo Jean Pierre Falret (1794-1870), era possível perceber como os pacientes se esforçavam para responder às questões, possivelmente por ficarem envaidecidos, ao perceberem o interesse que tinham por sua história (Foucault, 2006).

(...) com freqüência, o relato de sua enfermidade, feito em todas as suas vicissitudes, impressiona intensamente os alienados, que dão testemunho de sua verdade com uma satisfação visível e se comprazem em entrar em maiores detalhes para completar seu relato, assombrados e envaidecidos, de certo modo, de que se tenham ocupado deles com suficiente interesse para poder conhecer toda sua história (Falret, citado por Foucault, 2005, p.221)¹⁴.

A apresentação de pacientes nasce, portanto, numa interessante interseção entre a clínica, a pesquisa e o ensino. E esta se mostrou um instrumento clínico tão adequado a essa psiquiatria nascente que, segundo Foucault (2006), no período de 1830-1835, a prática de apresentação já havia alcançado tal repercussão que, na França, era exercida por todo chefe de serviço, mesmo por aqueles que não estavam envolvidos com o ensino.

Todavia, já na primeira metade do século XIX, a concepção da loucura enquanto uma doença das faculdades mentais, cujo tratamento se sustentava na submissão do louco à realidade, vai sendo suprimida pela visão organicista. Isso tem, entre outras implicações, a perda do interesse pela fala do paciente, enquanto instrumento de cura. Contudo, a prática da apresentação de pacientes manteve seu lugar de destaque na psiquiatria. Podemos supor que isso se deu porque, mesmo que a idéia da confissão enquanto primeiro passo para a cura tivesse perdido seu sentido terapêutico, por outro lado, a provocação da crise e confissão da doença, seguiam sendo a principal forma de se alcançar a verdade da doença. Afinal, mesmo que a crença na organogênese passasse a ser o fator orientador da abordagem da loucura, as provas orgânicas da doença mental, se mantinham inapreensíveis, e a fala do paciente continuava sendo a principal forma de acesso à loucura para a apreensão e descrição dos sintomas e quadros clínicos.

Podemos ver provas disso na posição de renomados organicistas, como por exemplo, Griesinger e Falret. Griesinger (1817-1868) que ficou conhecido

¹⁴ Ao longo dessa pesquisa, todas as traduções para o português, das obras em espanhol, são de livre autoria da autora.

como 'o primeiro dos organicistas' e influenciou toda a geração posterior, mesmo focando o interesse de suas investigações no locus orgânico da doença, enfatizava a importância de conhecimento dos pormenores da personalidade do paciente como forma de conhecer a doença. Essa posição era compartilhada por Falret, psiquiatra francês, que recebeu influências de Griesinger. Reconhecido por suas importantes contribuições à semiologia psiquiátrica, em seu livro *De L'enseignement clinique des maladies mentales*(1850), Falret colocava o interrogatório público no primeiro plano do exame clínico.

Dessa forma, a apresentação se consolidou nessa intersecção entre a clínica e a didática: se não mais terapêutica, de tratamento, ainda assim, um importante instrumento de investigação diagnóstica assim como, de constituição e ensino do saber psiquiátrico.

Contudo, no final do século XIX, início do século XX, a fase da grande produção da psiquiatria clássica começa a demonstrar sinais de esgotamento. Depois de cem anos descrevendo os sintomas e delimitando síndromes e quadros nosológicos, o método descritivo atingia seus limites. Neste período a psiquiatria clássica começa a entrar em declínio. O saber já constituído permite certa acomodação, o que favorece o abandono da posição investigativa que até então a caracterizara.

Essa mudança na psiquiatria vai afetar a prática de apresentação de pacientes a ela vinculada. Se antes, o médico entrava em cena para colocar o paciente a trabalho, de modo a recolher deste, um saber sobre a loucura, bem ao estilo do discurso do mestre, nesse novo momento, o agente da apresentação passa a ser o próprio saber do médico, já constituído. Cabe então ao paciente, o lugar de ilustração viva da disciplina ensinada. Contudo, como a psiquiatria aí ensinada, ainda era uma psiquiatria marcada pela clínica, interessada nos detalhes do caso, fundamentais para se fazer um diagnóstico preciso, e estabelecer o prognóstico, o que vemos é uma apresentação ainda clínica, que não podia abrir mão do discurso do mestre, ainda que a ênfase no discurso universitário já se fazia cada vez mais proeminente.

E é esse deslocamento entre o discurso do mestre e o discurso universitário que pode ser visto nas apresentações de pacientes de dois grandes representantes da psiquiatria clássica, Emil Kraepelin (1856-1925), Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), que exerceram sua clínica já no

final do período clássico. Todos dois tiveram algumas de suas apresentações de pacientes publicadas, o que nos permite melhores referências, não obstante, como dirá o próprio Kraepelin: “Um livro não pode dar o aspecto vivo do doente, que o aluno só assimila na própria clínica” (citado por Figueira, 2007, p.10).

O interessante destes dois psiquiatras é que todos dois acreditavam na organogênese da loucura, e nenhum dos dois acreditava na possibilidade de tratamento desta, contudo ambos se utilizaram da apresentação enquanto um dispositivo de ensino - ensino da clínica!

Assim, nas apresentações de Kraepelin, o que se pode recolher é que o ensino da nosologia se dava sob o rigor da percepção e descrição semiológica, intrinsecamente articulados à busca da precisão diagnóstica “ilustrando a história longitudinal e a observação astuta, a compaixão pelo doente e pelo sofrimento da família e reconhecendo, em simultâneo, a necessidade de um prognóstico o mais preciso possível de cada situação clínica” (Akiskal, 2007,p.11).

Quanto a Clérambault, por reconhecer que o conhecimento acerca das causas da loucura, não tinham ido além de uma histologia suposta, imaginária, que só poderia ser inferida da clínica ele iria descrever justamente o discurso do paciente, como corte histológico, passível de colocar tais mecanismos da psicose à mostra (Girard, 1993). E era isso que ele fazia em suas apresentações. A partir da entrevista, ele colocava a mostra os fenômenos mais sutis e discretos da psicose. Ele desenvolveu assim a arte de extrair confissões e a partir daí, estabelecer o diagnóstico e prognóstico dos pacientes, sustentado no caráter investigativo que marcou a psiquiatria clássica da qual ele foi considerado o último representante.

Entretanto, neste mesmo momento em que a psiquiatria clássica ia perdendo seu lugar de importância, é também o momento em que várias outras perspectivas e abordagens teóricas começavam a se desenvolver, dentre as quais, devemos destacar uma vertente psiquiátrica mais prática, reducionista, mais focada nas intervenções e nos resultados, do que no entendimento ou apreensão da loucura propriamente dita. É essa tendência da psiquiatria, que nomearemos aqui de “psiquiatria biologicista” que começa a se tornar proeminente a partir da segunda metade do século XX, e cuja hegemonia se estende até os dias atuais, é que irá suplantar a psiquiatria clássica. Trata-se de uma psiquiatria de caráter universalizante, cuja lógica se encontra representada

nos manuais de classificação dos DSMs e do CID 10, e que se manifesta, atualmente, nas práticas das neurociências, da psiquiatria biológica, da psicofarmacologia, orientada prioritariamente para a supressão dos sintomas. Uma psiquiatria que abriu mão da clínica, e que, portanto, já não se interessa pela história de vida do paciente, pelos detalhes do caso, pela precisão do diagnóstico, visto que se caracteriza por uma redução do saber que se quer obter, pois poucos pontos passaram a servir de parâmetro para atender à sua necessidade, hoje reduzida a medicar o sintoma (Clastres et al., 1993).

E é sob a perspectiva dessa psiquiatria emergente que veremos a dimensão clínica, investigativa da apresentação de pacientes perder o sentido. Se o uso da apresentação permaneceu, entretanto, ela foi reduzida a um dispositivo exclusivamente de ensino, orientada eminentemente pelo discurso universitário. Contudo, neste caso, não podemos nem mesmo dizer de ensino da clínica, pois não há mais interesse nos detalhes fornecidos pela fala do paciente, pela precisão diagnóstica, pela particularidade do caso.

Temos assim que se o uso do dispositivo da apresentação permaneceu, contudo, este foi reduzido à demonstração de quadros e sintomas. Afinal, sendo a apresentação uma prática intrinsecamente articulada ao saber psiquiátrico que a condiciona, esta não poderia operar de outra forma. Assim, na medida em que esta psiquiatria biologicista se serviu da apresentação, esta só poderia se dar neste mesmo formato reduzido, empobrecido, tão característico dessa psiquiatria atual. Como nos diz Leguil (1998): “Sua única vocação é ilustrar aquilo que se professa para animar o saber, mas a apresentação já não faz prova de verdade de uma confrontação como fazia” (p.199).

Assim, a prática da apresentação tão importante, tão utilizada pela psiquiatria clássica, perdeu seu lugar de destaque, enquanto instrumento clínico, até sua (re)apropriação por Lacan. Afinal, como nos diz Leguil (1998): “ser psicanalista é hoje ser clínico, já que, hoje, ser clínico é não ser mais verdadeiramente psiquiatra” (p.97).

2 APRESENTAÇÕES DE PACIENTES: CHARCOT, UM CAPÍTULO À PARTE

A polêmica em torno da prática da apresentação de pacientes é marcada por posições apaixonadas tanto daqueles que lhe são a favor, quanto daqueles que a repudiam. É intrigante observar que a mesma prática, que pode ser considerada um importante dispositivo de intervenção no sujeito psicótico e orientador do trabalho clínico para psicanálise, possa ser, também, considerada um dispositivo de abuso do poder médico e objetificação do paciente, do qual este não retira qualquer benefício.

Para compreender posições tão antagônicas é preciso marcar inicialmente, que apresentação de pacientes, é um termo genérico, que engloba práticas muito diversas, dentre as quais se podem verificar importantes diferenças tanto das técnicas e estratégias de intervenção, quanto no papel a ela destinado seja no ensino, seja no tratamento. Diante da variedade encontrada, entendemos que o que possibilitou manter reunidas práticas tão distintas sob este mesmo nome – Apresentação de Pacientes - é antes o seu aspecto formal, ou seja, um dispositivo de entrevista, sustentado na presença de três elementos distintos: paciente, público e entrevistador. Contudo esse dispositivo cabe salientar que trata-se de um dispositivo que serve a diferentes perspectivas teóricas, sendo que sua dinâmica e efeitos, irão variar em função da verdade de cada discurso, visto que é isto que determina o real em jogo.

Não obstante essas diversidades, as críticas endereçadas às apresentações de pacientes a tomam de modo generalizado, sem considerar sua heterogeneidade. Nosso objetivo aqui não é o de defender a apresentação de pacientes de forma geral, nem mesmo redimi-la, mostrando, por exemplo, que operada sob a perspectiva da psicanálise, esta pode ser tomada como um importante instrumento de intervenção clínica. Nosso interesse é, antes, investigar como a apresentação de pacientes chegou a ocupar o lugar de algoz no imaginário de muitos daqueles que lutam pela dignidade do portador de sofrimento mental.

2.1 O MITO CHARCOT

Quando se discute sobre a prática de apresentação de pacientes, geralmente, uma das primeiras referências que nos ocorre lembrar, é a imagem de Charcot¹⁵, ao lado de uma de suas histéricas hipnotizada, diante de seletor público de médicos e escritores famosos. Esta cena, eternizada no célebre quadro de André Brouillet - *Une leçon clinique a la Salpêtrière (1887)*¹⁶, serve como suporte material para duas perspectivas míticas da apresentação de pacientes. Numa primeira perspectiva, contemporânea ao próprio ensino de Charcot, tal imagem retrata o encantamento que tais apresentações produziam em seu público, testemunhas do avanço da ciência, que por fim desvendava a histeria.

Entretanto, cerca de 100 anos depois, na década de 60 do século XX, sob a influência dos movimentos que questionavam o saber e a prática psiquiátrica, Charcot será tachado como sendo “o grande mestre da loucura” (Foucault, 2006, p.343). Nas palavras de Foucault (1981): “o personagem mais altamente simbólico do abuso do poder médico” (p.122). Temos então uma fusão entre a crítica a Charcot e a imagem do quadro, o que lhe imprimiu uma nova conotação, passando a representar o mestre em plena ação: manipulando a paciente, fabricando sua histeria. A partir de então, a apresentação de pacientes, assim retratada, torna-se o instrumento mais perverso da violência e dominação psiquiátrica, precipitando-nos numa posição de censura e repúdio a essa prática.

Mas como Charcot se tornou o representante máximo do abuso do poder psiquiátrico? Afinal, Charcot não era um psiquiatra, mas um renomado neurologista, e foi enquanto tal, que ele investigou os fenômenos histéricos. Será que como Bichat¹⁷, que foi vítima dos cadáveres que investigava, Charcot, o primeiro que ousou abordar a histeria, acabou vítima do mesmo descrédito que a condenava? Afinal, foi seu trabalho com as histéricas que o transformou em sua própria época, numa figura controversa – uma lenda: admirado por uns e criticado por outros, a polêmica em torno dele oscilava da fascinação absoluta à mais veemente condenação. Um terreno fértil para sua posterior mitificação.

¹⁵ Jean Martin Charcot (1862-1893).

¹⁶ ANEXO A

¹⁷ Marie François Xavier Bichat (1771-1802) – fundador da anatomia patológica. Bichat revolucionou a medicina de sua época ao convidar os médicos: “Abram alguns cadáveres!”. “Aos 32 anos, feriu-se durante uma dissecação e morreu em consequência de ‘envenenamento cadavérico’, como se dizia na época” (Barreto, 1999, p. 103).

Como exemplo da impressão positiva que Charcot podia causar em seus contemporâneos, vejamos um pequeno trecho de uma carta de Freud (1976a) à sua futura esposa, quando de seu encontro com o mestre, em 1885:

Acho que estou mudando muito. Vou dizer-lhe detalhadamente o que me está afetando. Charcot, que é um dos maiores médicos e um homem cujo senso comum tem um toque de gênio, está simplesmente abalando minhas metas e opiniões. Algumas vezes saio de suas aulas como se estivesse saindo de Notre Dame, com uma nova idéia de perfeição. (...) Se a semente frutificará, não sei; o que sei é que ninguém jamais me afetou dessa maneira (p.19).

A admiração de Freud por Charcot é verificada mesmo em seus textos mais tardios, pois apesar das diferenças teóricas, Freud (1977c) sempre reconheceu Charcot com sendo o primeiro a explicar a histeria, como aquele que a retirou do “caos das neuroses” (p.43).

Por outro lado, Charcot recebia contundentes críticas de seus opositores. Os ingleses¹⁸ questionavam as condições de suas experimentações, alegando que as enfermas, por verem o que se lhes aplicava, e ouvir o que era dito a seu respeito, produziam os fenômenos esperados, como efeito de uma espécie de auto-sugestão. Bernheim¹⁹, feroz opositor de Charcot, interrogava a existência mesma da histeria. Ele acreditava que as histéricas de Charcot atuavam como atrizes, simulando seus sintomas, insinuando que Charcot “fabricava a doença tal como um mágico retira coelhos de sua cartola” (Roudinesco, 1988, p. 39).

Não que Charcot fosse ingênuo quanto ao risco da simulação. Pelo contrário, desde seus primeiros encontros com a histeria (1870-1872) já se mostrava atento ao problema:

A simulação? A encontramos a cada passo na história da histeria, e às vezes nos surpreendemos admirando a astúcia, a sagacidade e a tenacidade inauditas que as mulheres afetadas pela grande neurose empregam para enganar... sobretudo quando a vítima da impostura é um médico. (Charcot, 1886, pp. 281-282, citado por Swain, 2000, p. 48)

¹⁸ Para os autores ingleses, como Hugues Bennet e Hack Tuke, o efeito da desaparecimento dos sintomas, provocados pela metaloscopia, não seria decorrente da ação física, mas da ação psicológica (Trillat, 1991).

¹⁹ Hyppolite Bernheim (1837-1919), da Escola de Nancy – feroz opositor de Charcot.

A fim de tornar os dados inquestionáveis Charcot sempre procurou tomar todas as precauções para confundir suas pacientes e evitar as simulações. Mas, de fato, parece não ter considerado o efeito de sugestão que ele mesmo exercia sobre estas. Geralmente, em suas apresentações, iniciava dizendo: “‘Vejam de que doença está acometida’ e praticamente ditar os sintomas à doente” (Foucault, 2006, p.409).

A propósito dessa polêmica em torno da figura de Charcot, acreditamos que somente o estudo aprofundado de seu percurso clínico e teórico, nos possibilitaria entender as nuances e reviravoltas de sua obra, permitindo-nos adotar uma posição esclarecida. Entretanto, como isso ultrapassa muito o objetivo desse trabalho, nos restringiremos em indicar como referência a cuidadosa investigação de Gauchet e Swain, sobre o tema, apresentada no livro *El verdadero Charcot (2000)*.²⁰ Neste trabalho o que encontramos foi o retrato de seu investimento, de seu entusiasmo, dedicação e seriedade. Não há dúvidas de que, longe de um exibicionismo vazio, de uma ostentação de poder através do domínio e manipulação, do qual foi acusado, o trabalho de Charcot, se sustentava em uma pesquisa séria, meticulosa e cujo legado teve enorme importância para o entendimento da histeria.

2.2 O PERCURSO DE CHARCOT

Como já dissemos é importante salientar que Charcot não era um alienista, um psiquiatra, mas um neurologista, e como tal, ele sustentava suas investigações na observação anatomopatológica do corpo. À época de seu primeiro artigo sobre a histeria, 1865, encontrava-se interessado pela questão das contraturas, e foi entre elas que Charcot encontrou a contratura histérica. Chamou sua atenção, o fato de, apesar de se parecer com os quadros orgânicos, as contraturas histéricas não chegavam jamais a se confundir com os mesmos, pois sua organicidade era paradoxal – desconsideravam as regras da anatomofisiologia, sendo identificadas negativamente em relação aos quadros neurológicos. Por acréscimo, tais

²⁰ Devido à dificuldade de acesso aos textos originais, optamos por trabalhar a partir de seus leitores. Os autores fazem um interessante levantamento da trajetória de Charcot, tomando por base não apenas as Obras Completas, *Leçons du Mardi*, seus artigos publicados, e os relatórios anuais de sua clínica, mas também o fundo de arquivos de Salpêtrière – os arquivos de Bourneville (braço direito de Charcot em Salpêtrière de 1870 a 1880), e os arquivos pessoais de Charcot – pastas com artigos científicos, notas de leituras, publicações, documentos clínicos, anotações, esboços de aulas, enfim, seu arquivo em Salpêtrière. Gauchet, M., & Swain, G. (2000).

contraturas geralmente encontravam-se acompanhadas por sintomas positivos, de ordem ginecológica: menstruação irregular, edema abdominal, dor ovariana, retenção urinária. Diante de tal fenômeno, Charcot, que enquanto cientista se interessava mais pelos que escapava às leis estabelecidas, do que se deter nos limites daquilo que as confirmava, acabou se ocupando cada vez mais da histeria. Como disse Freud (1976c), Charcot era “contra as usurpações da medicina teórica”. Tinha como princípio: *"La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister"*²¹ (p.24).

Ou seja, Charcot mostrava-se disposto a colocar qualquer dogma em questão, não recuava diante dos fenômenos inéditos, ao contrário, dedicava-se a investigá-los, atento a toda possibilidade de ampliar o espectro do observável e do explicável, ainda que fosse necessário colocar à prova os conhecimentos constituídos.

Foi por essa via que a histeria se apresentou a Charcot. O método comparativo entre as histerias e as afecções neurológicas orgânicas foi tomado como eixo fundamental de suas investigações. Cabe ressaltar que suas observações sobre a histeria: contraturas permanentes, paralisias e convulsões, sempre estiveram inscritas nas reflexões acerca da neurologia. No período entre 1872-1877, por motivos diversos, Charcot desvia-se destas investigações.

É o acaso que o reconduz a interessar-se pelo problema da histeria. Em 1876, Charcot é convidado, pela *Société de Biologie*, a compor uma comissão que acompanharia os trabalhos de investigação do dr. Burq, acerca da metaloterapia.²² Embora Charcot não acreditasse na ação dos metais, acolhe Burq em Salpêtrière, mas se mantém incrédulo, até que um episódio inesperado abala sua convicção.

Relata:

Encontrando-me perto de uma histérica do meu setor, quis mostrar a meus alunos a extensão da zona anestésica. Eu a piquei fortemente, mas no lugar da insensibilidade completa, encontrei uma sensibilidade muito importante; a doente gritou e me disse: “Mas isso não é como das outras vezes, o Sr. Burq passou esta manhã” (Charcot, 1890, p.221, citado por Trillat, 1991, p. 147).

²¹ "Teoria é bom; mas não impede as coisas de existirem".

²² Victor- Jean-Marie Burq (1822 – 1884). Inventor da metaloterapia (1850). Depois de trabalhar por cerca de 30 anos com a metaloterapia aplicada à patologia nervosa, em 1876, Dr. Burq, escreve a Claude Bernard, então presidente da Sociedade de Biologia, a fim de "saber se, durante um quarto de século, ele não se teria enganado sobre os fatos que acreditava ter observado corretamente". A Sociedade de Biologia designou uma comissão, da qual Charcot, fez parte e que depois de um ano de trabalho, chegou a conclusões favoráveis à teoria de Burq (Tripichio, 2008).

Isso o impressionou de tal forma que, a partir de 1877, Charcot passa a defender a necessidade de incrementar as investigações. É um período de intensa experimentação em Salpêtrière. Todas as manifestações históricas – anestésias, paralisias, contraturas, foram investigadas. A experiência com metais, em pouco tempo dá lugar às investigações com outros agentes, como os ímãs, a eletricidade, por fim, em 1878, a hipnose.

Este é um dos períodos mais polêmicos das investigações de Charcot, pois “apesar da seriedade e da riqueza das experiências acumuladas pelos primeiros hipnotizadores, cuja maioria não era médica, essa corrente ainda era demasiado suspeita de charlatanismo, demasiado dirigida para o maravilhoso, sem contar que a corporação médica via com maus olhos essa concorrência desleal” (Trillat, 1991, p. 126). Mesmo sabendo dos riscos, mas fiel a seu princípio de que todo fenômeno inédito, por mais complicado ou misterioso que parecesse, merecia ser examinado, ele não recuou diante da hipnose e dos julgamentos críticos e preconceitos que a cercavam. A utilização da hipnose possibilitou o acesso a uma verdadeira “neurose experimental”, cujas manifestações, suscetíveis à observação metódica, puderam então ser estudadas à vontade.

Em 1885, tem-se uma reviravolta nas investigações de Charcot, pois como efeito da verificação sistemática dos fenômenos históricos, Charcot conseguiu estabelecer o diagnóstico diferencial entre as paralisias históricas e as orgânicas. Ele descobre a natureza específica das paralisias históricas: estas são provocadas por uma idéia – o traumatismo psíquico, decorrente de uma vivência traumática. A histeria traumática ocupará, então, o centro dos interesses de Charcot.

Entretanto, a própria "explicação" introduz um problema para ele, pois suas descobertas apontavam cada vez mais para o campo psíquico, o que o impelia a uma luta contra si mesmo, contra as bases de sua formação neurológica, eminentemente materialista e positivista. Mas é ainda sustentado no método anatomopatológico que ele explicará estes fenômenos. Para ele, na histeria, não havia uma alteração material grosseira - em vez de uma lesão anatômica, a lesão seria puramente dinâmica (Quinet, 2003). Contudo, ele jamais chegou a postular uma causalidade psíquica, mas podemos dizer que Charcot chegou aos limites da

neurologia, abrindo o caminho da subjetividade para aqueles que o seguiam, como Pierre Janet²³ e Freud.

Em síntese, Charcot descreveu e isolou o tipo próprio à histeria, descrevendo seus sintomas permanentes: os estigmas, as zonas histerôgenas e os distúrbios visuais; assim como os sintomas transitórios: o grande ataque subdividido em quatro fases, que podem aparecer em conjunto ou isoladamente (Quinet, 2003). Demonstrou que a histeria, como as demais patologias neurológicas, tem suas próprias leis e regularidades, dando credibilidade à histeria, antes considerada apenas uma simulação. Ao desfazer a correspondência entre a histeria e o órgão genital feminino, possibilitou a generalização desta para ambos os sexos. Como ele mesmo viria a dizer: “Demonstramos a existência de uma regra fixa e imutável onde outros autores só viram desordem e confusão” (Charcot & Richer, 1887/2003, p.89).

2.3 AS LIÇÕES CLÍNICAS DE CHARCOT

Nesta rápida passagem por sua obra pudemos perceber que seu trabalho se estendeu muito além da prática da apresentação, à qual sua fama parece tender a reduzi-lo. Mas, certamente, a fama de suas apresentações não se deu sem motivo. Suas demonstrações de pacientes, segundo Marcel Gauchet (2000), “mais lendárias do que reais” (p.7), tornaram-se famosas na época, não apenas pela teatralidade histórica, mas pelo estilo mesmo do mestre.

Para Charcot, a visão era a porta da compreensão. Segundo Freud (1976a), Charcot explicava que, para compreender as coisas, ele as olhava dia após dia, de forma que, pela repetição, conseguia aprofundar sua impressão até que, subitamente, a compreensão raiava nele. Seja nas suas pesquisas clínicas, seja em sua metodologia de ensino, Charcot sempre procurou transformar o saber em algo que se pudesse ver. Ele se preocupava em cativar o olhar do público, dando às suas aulas um aspecto cênico, para extrair delas o melhor efeito. Segundo Elisabeth Roudinesco (1988), além de documentar seus estudos através de esboços e fotografias, ele foi um dos primeiros a adotar aparelhos de projeção durante suas apresentações. Para causar sua audiência, usava frases de efeito, estratégias para

²³ Pierre Janet (1859-1947), filósofo, psicólogo. Aluno de Charcot, permanecerá fiel à hipnose e à histeria, mesmo após a morte de Charcot.

colocar em suspense, surpreender e implicar a assistência, permitindo a participação do público e implicando-o enquanto testemunha.

Charcot proferia duas categorias bem distintas de aulas, ambas sustentadas na apresentação de pacientes: as aulas da sexta-feira, dedicadas ao ensino clínico magistral, e as famosas *Leçons du Mardi - Aulas da Terça-feira*, que eram conferências improvisadas.

Nas aulas de sexta-feira, suas idéias eram demonstradas experimentalmente através da apresentação dos pacientes que, como ilustrações vivas, davam provas da teoria lecionada. Para tanto, eram escolhidos pacientes cujos casos já haviam sido previamente estudados. Nessas aulas, caucionado por sua formação neurológica, seguia tradição anatomopatológica comparativa. Como descreve Guillain, em seu livro *J-M Charcot (1825-1893): sas vie, son oeuvre*, o mestre tinha por hábito convocar vários pacientes ao mesmo tempo para, através de seus tremores, distúrbios motores, atitudes, marchas e deformações, apresentar o diagnóstico diferencial para aqueles que sofriam de enfermidades distintas, ou demonstrar as semelhanças e/ou as particularidades sintomáticas daqueles que tinham a mesma afecção (Guillain, 1955, pp. 53-54, citado por Didi-Huberman, 2007, p 374). Como paradigma desse tipo de aula de Charcot, temos o famoso exemplo citado por Braud: “O paroxismo dessa forma de apresentação foi o episódio dos ‘pacientes com tremores, que foram paramentados com plumas, cujas oscilações acentuavam as diversas variedades dos movimentos parkinsonianos” (1998, citado por Quinet, 2001, p. 85).

Todavia, a exposição não era somente dos pacientes: “Charcot, ele mesmo, durante a aula, imitava alguns sinais clínicos, por exemplo, um desvio da face na paralisia facial, a posição da mão em uma paralisia do nervo cúbito ou radial, ou a rigidez postural de um sujeito acometido de doença de Parkinson” (Guillain, 1955, pp. 53-54, citado por Didi-Huberman, 2007, p 374).

Além disso, como já foi dito, Charcot se utilizava de vários recursos visuais como cartazes, moldes, estatuetas, quadro negro, de forma a tornar suas aulas extremamente compreensíveis. Como diria Freud (1976a): “Como professor, Charcot era positivamente fascinante. Cada uma de suas aulas era uma pequena obra se arte (...)” (p.28).

Quanto às *Leçons du Mardi*, estas não seguiam nenhuma preparação prévia, eram totalmente improvisadas – os enfermos apresentados eram

desconhecidos para Charcot – seus assistentes os escolhiam dentre os pacientes do ambulatório de *consultation externe*, por se tratarem de casos típicos ou difíceis. Assim, em vez do ensino dogmático, tinha-se um espaço aberto ao encontro com o inusitado, com o inesperado da clínica. Freud (1977b), no prefácio à tradução alemã das *Leçons du Mardi*, vai ressaltar o "encanto peculiar" dessas conferências: era a oportunidade de acompanhar Charcot nos caminhos de seu raciocínio, pois ele se conduzia diante de seu auditório “tal como habitualmente só o faz em sua clínica particular, exceto quanto ao detalhe de que ele pensa em voz alta e permite que os ouvintes participem do rumo de suas conjecturas e investigações” (p. 192).

Se as aulas de sexta-feira estavam ancoradas essencialmente no discurso universitário, temos por outro lado, que as *Leçons du Mardi*, eram animadas prioritariamente pelo discurso do mestre. Se nas primeiras, a ênfase recaía sobre o ensino, na segunda, o que se destaca é a dimensão de um saber fazer na clínica.

2.4 APRESENTAÇÕES DE CHARCOT: UM CAPÍTULO A PARTE

Não obstante o impacto que as apresentações de Charcot provocaram, é curioso pensar como um evento ocorrido no final do século XIX, possa nos ser ainda tão perturbador. De fato, o que pudemos perceber foi que o interesse por Charcot se reacendeu na segunda metade do século XX, por volta dos anos 60/70, resgatado pelos movimentos que questionavam o pensamento e a prática psiquiátrica. E foi sob essa perspectiva que Charcot e suas apresentações foram tomadas como marco do abuso do poder da psiquiatria e da objetificação de seus pacientes. Dessa forma, as apresentações de Charcot sobreviveram à sua época, e povoam, ainda hoje, o imaginário daqueles que condenam essa prática.

Mas, retomemos a questão inicial: como Charcot, um reconhecido neurologista, chegou a ocupar o lugar de maior exemplo de abuso de poder psiquiátrico, sendo suas apresentações de paciente, a expressão máxima dessa violência?

Primeiramente é preciso esclarecer que a prática da apresentação de pacientes não se restringe à psiquiatria. Ao contrário, seu exercício faz parte da tradição do ensino médico, como por exemplo, as aulas públicas de cirurgia. Assim, as apresentações de pacientes irão variar em sua forma de investigação, em função da própria natureza das diferentes especialidades médicas. Certamente que o

ensino de cirurgia geral, neurologia e psiquiatria, por exemplo, vão exigir diferentes manobras e técnicas de investigação e intervenção.

Tomando aqui como referência os estudos de Foucault (2006) sobre o tema, temos que tanto a medicina geral quanto a neurologia operam com o corpo anatomopatológico. Contudo, o exame, na medicina geral, prescinde da participação do sujeito, uma vez que se interessa principalmente pelo órgão profundo, lesionado, cujo acesso ao substrato orgânico, se dá no exame a um corpo em se pode apalpar, tocar, percutir, auscultar, (Foucault, 2006). Já a neurologia, opera com um exame que requer uma pouco mais da participação do paciente, visto que o corpo neurológico é um corpo da superfície, do comportamento, que se capta não apenas pelo toque, mas pela observação das respostas do doente à operação estímulo-resposta, seja do ato reflexo (respostas involuntárias), seja às injunções do médico (resposta voluntária: leia, levante o braço, etc.). Em ambas as especialidades médicas, da fala do paciente, interessava apenas aquilo que podia ser transformado em sinais e signos da doença localizável no corpo.

É dessa perspectiva médica que se originaram as apresentações de Charcot. De fato, suas apresentações foram uma derivação da tradicional corrida de leitos da clínica médica: em lugar de ir até aos pacientes para realizar os exames clínicos, acompanhado de seus alunos e auxiliares, Charcot passou a deslocar os doentes para seu consultório e posteriormente para o anfiteatro. Movimento, aliás, que seguia a tendência da época, podendo ser visto também nas aulas públicas de cirurgia que ganhavam crescente prestígio²⁴.

Quanto à psiquiatria, esta se difere radicalmente, tanto da medicina em geral, quanto da neurologia em particular, pois a doença mental não é localizável no corpo. Sem acesso ao substrato orgânico da loucura, os sinais do adoecimento, só podem ser alcançados através da fala do paciente. Assim, desde os primórdios da psiquiatria, desenvolveu-se como técnica para o exame mental, o dispositivo que ficou conhecido como Interrogatório. No interrogatório, era solicitado ao doente que falasse de sua história biográfica, de suas lembranças e de seus fenômenos: de seu delírio, de suas alucinações, enfim, de sua loucura. O objetivo era buscar na fala do paciente, as provas de sua doença através de sua confissão: “Sim, creio ser Napoleão e isso é minha loucura!” (Foucault, 2006, p.356). Sobre isso, Foucault

²⁴ ANEXO B

(2006) dirá que a psiquiatria é uma medicina na qual o corpo está ausente, sendo sua presença atualizada na confissão. A apresentação de pacientes na psiquiatria seria, portanto, esse interrogatório feito diante de um público, sustentado fundamentalmente na fala do paciente.

Quanto às apresentações de Charcot, estas eram, muito diferentes do interrogatório. Apesar dele ter se debruçado sobre a histeria, considerada por nós, hoje, uma afecção mental, era do lugar, de neurologista, que Charcot se endereçava às suas enfermas e fazia suas apresentações. Por mais que as pesquisas de Charcot o conduzissem à esfera mental, para ele, a histeria encontrava-se encarnada, fundada no funcionamento cerebral. Considerava que a histeria era consequência de um traumatismo – espécie de lesão invisível, decorrente de um acontecimento violento, uma pancada, um tombo, um medo, um espetáculo, etc.; que provocava um estado de hipnotismo discreto, o que permitia a uma determinada idéia inscrever-se no córtex do doente, agindo, então, como uma espécie de injunção permanente (Foucault, 2006). Assim, a Charcot interessava encontrar as provas da doença inscritas no corpo. Para ele, a fala tinha pouca ou nenhuma importância. A via utilizada por ele para apreensão do corpo anatomopatológico, era antes o comportamento do paciente. Quanto à hipnose, digamos que foi uma inovação de Charcot, não para acessar o psiquismo, mas ao inverso, por neutralizar a vontade do paciente, pois permitia uma ação mais direta sobre seu corpo.

A operação de Charcot se dava em perfeita consonância com os princípios orientadores da neurologia. Contudo, nem mesmo o fato dele ter sido um neurologista renomado, tendo sido consagrado por seus pares como aquele que “conseguiu afinal de contas, tirar a histeria dos psiquiatras” (Foucault, 2006, p.400), impediu que ele fosse incluído no rol dos psiquiatras clássicos. Nossa suposição é que isso se deve, não apenas ao fato dele ter tomado a histeria como objeto de investigação, mas também como efeito da leitura de Foucault, cujo trabalho exerceu enorme influência sobre os movimentos que questionavam a psiquiatria.

Como sabemos, no centro das investigações históricas de Foucault, estava seu interesse pela questão do saber-poder enquanto definidor das relações sociais e produtor de subjetividade. Assim, ao questionar os efeitos objetificantes da medicina nascente no final do século XVIII, Foucault analisa a psiquiatria enquanto uma estratégia de poder e dominação da loucura. De certo ele reconhece a diferença entre as especialidades da medicina, tanto que dedica uma aula de seu curso, O

poder psiquiátrico (1973-74/2006), para assinalar as diferenças entre a medicina geral, a neurologia e a psiquiatria. Entretanto, na medida em que analisa a medicina enquanto uma prática discursiva, isso lhe permite uma abordagem mais abrangente, sem se deter nas particularidades das diferentes especialidades.

Também não podemos dizer que ele desconhecesse que Charcot fosse um neurologista, pelo contrário, ele usa inclusive posições de Charcot para esclarecer as particularidades da abordagem do corpo pela neurologia. É assim que num primeiro momento, Charcot figura ao lado de nomes como Duchenne e Broca²⁵, eminentes neurologistas de sua época. Mas curiosamente, na medida em que Foucault destaca a hipnose como exercício máximo de dominação, ele passa a alinhar Charcot aos psiquiatras como Pinel, Esquirol, Leuret e Kraepelin²⁶ (Foucault, 2006), como sendo, todos eles, representantes de um mesmo tipo de poder. Em contrapartida, essa leitura permitirá tomar a histérica como aquela que faz resistência ao poder médico, aquela que teria, através da simulação, colocado em questão o saber psiquiátrico e sua condição de produzir a verdade da doença (Foucault, 2006).

Para que não haja dúvidas quanto ao caráter médico da perspectiva de Charcot, basta levantarmos algumas de suas contribuições para a medicina em geral, como por exemplo; para a neurologia propriamente dita: esclerose lateral amiotrófica, a esclerose múltipla, a doença de Charcot-Marie-Tooth, a enxaqueca oftalmoplégica de Charcot, síncope vaso-vagal e síncope por tosse, paquimeningite cervical idiopática, estudos sobre agnosia visual, afasia e úlceras de decúbito; para a reumatologia: gota, junta de Charcot; para a endocrinologia: pé diabético de Charcot, bócio exoftálmico; para a pneumologia: cristais de Charcot-Leidyn na asma; para a gastroenterologia: tríade de Charcot da colangite na litíase biliar; para a angiologia: claudicação intermitente de origem arterial; e também para geriatria, pois Charcot foi o pioneiro do estudo das doenças dos idosos (Tuoto, 2005).

Não é objetivo deste trabalho, contestar ou apontar contradições na obra de Foucault. O que nos interessa é pensar como essa (dis)torção no status de Charcot, veio a afetar o entendimento do dispositivo da apresentação de pacientes. Afinal, as apresentações de Charcot que foram tomadas como paradigma das apresentações

²⁵ Guillaume Duchenne (1806-1875); Pierre Paul Broca (1824-1880).

²⁶ Philippe Pinel (1745-1826), Jean Etienne Esquirol (1772-1840), François Leuret (1797-1851), Emil Kraepelin (1856-1926).

tipicamente psiquiátricas, destas se diferem no que diz respeito a sua origem, seu objeto, seu objetivo e, principalmente, no lugar dado à fala do paciente.

Se analisarmos as apresentações de Charcot enquanto um dispositivo de exame próprio à neurologia, percebemos sua coerência com a tradição médica que o orienta. Entretanto, tomá-la sob a perspectiva da psiquiatria, imprime um caráter de extrema objetificação e violência, seja pelo uso da hipnose, seja pelo descrédito absoluto dado à palavra. É neste sentido que devemos entender porque, ao contrário do interrogatório psiquiátrico que privilegiava o discurso do paciente confrontando-o com aquilo que ele dizia, como forma de revelar sua loucura, o interesse de Charcot pela narrativa do paciente restringia-se aos dados necessários para ajudá-lo a circunscrever melhor o quadro clínico. Enquanto no interrogatório o psiquiatra pedia a seu paciente que falasse, para que sua loucura se confirmasse, o pedido do neurologista ao seu paciente era que se calasse: “Obedeça às minhas ordens, cale-se e seu corpo responderá” (Foucault, 2006, p. 396).

Embora sua abordagem fosse consonante com o discurso médico, temos que reconhecer que é muito diferente pedir a um paciente que se cale, pois o que interessa é a resposta reflexa do joelho diante do exame patelar, e fazer o mesmo pedido à histérica. Como ironizou Foucault (2005), ao pedido de Charcot, a histérica teria respondido: “Pois bem, se você quer que meu corpo fale, meu corpo falará! E lhe prometo que nas respostas que der, haverá muito mais verdade do que você pode imaginar” (p. 349). Tomemos um exemplo extraído por Foucault (2006), da *Iconographie Photographique de la Salpêtrière*²⁷:

O sr. Charcot atende Geneviève, afetada de uma contratura histérica. A mulher está sobre uma maca; os residentes e os chefes de clínica a haviam hipnotizado previamente. Faz sua grande crise histérica. Charcot, segundo sua técnica, mostra que a hipnose pode não só provocar, induzir fenômenos histéricos, mas também detê-los; toma seu bastão, o apoia sobre o ventre da enferma, exatamente sobre o ovário, e a crise, de acordo com a tradição do argumento, é suspensa. Charcot retira o bastão; a crise recomeça; período tônico, período clônico, delírio e, em meio a este, Geneviève exclama: ‘Camille! Camille! Beije-me! Dá-me seu rabo!’ O professor despacha a mulher, cujo delírio prossegue (Charcot, 1872, p.70, comentado por Foucault, 2006, p.418).

²⁷ Órgão de difusão especializado, organizado por Bourneville e Regnard, no qual apresentavam a descrição visual, anamnese de algumas pacientes, fotografias, resultados dos trabalhos e pesquisas entre outros dados referentes ao serviço realizado em Salpêtrière, no período entre 1875-1880.

De fato, o pedido de Charcot precipita a crise histérica. Mas em lugar de se calar, no interior da crise, através da fala e do corpo, a histérica, atualiza sua história. Ela não fala a pedido de Charcot, mas apesar dele. Entretanto Charcot, enquanto neurologista, não considerava a manifestação da subjetividade um elemento de análise, de investigação. Ao contrário, como pudemos ver na situação com Geneviève, em lugar de se interessar pelo conteúdo de sua fala, a paciente era retirada da cena, e seus ditos inscritos no saber constituído - delírio erótico (como poderia ser passional ou demoníaco), do terceiro período do ataque epileptiforme.

Esse pequeno fragmento é muito ilustrativo não apenas do tratamento dado à fala por Charcot, mas também da relação que estabelecia com suas histéricas. Sob a perspectiva da psicanálise, podemos dizer que é do lugar de mestre que Charcot convoca suas pacientes a produzir sintomas, os quais ele discrimina, nomeia, classifica, produzindo um saber que permite, pelo menos em parte, dominar, circunscrever a histeria. Porém, em meio aos sintomas pedidos pelo mestre, suas histéricas lhe deram também a erogenização do corpo e da fala, colocando Charcot frente a um corpo de linguagem, um corpo marcado pelo real do gozo inapreensível pelo mestre.

Talvez este seja um dos aspectos que melhor retrate a divisão do mestre sob a barra do discurso. Sabemos através de Freud (1974b), que no íntimo, Charcot acreditava que: *“Mais, dans des cas pareils, c’est toujours la chose génitale, toujours...”*²⁸ (p.24). A esse respeito, Freud (1974b) dirá de sua surpresa: “Sei que por um momento fiquei quase paralisado de assombro e disse para mim mesmo: ‘Mas se ele sabe disso, por não o diz nunca?’ ” (p.24). Isso é realmente intrigante, afinal essa atitude de Charcot, parece contrária à sua já comentada disposição investigativa.

Entretanto considerando que Charcot operava principalmente a partir do discurso do mestre, temos que a subjetividade, não apenas das pacientes, mas a sua própria, encontrava-se elidida, recalcada. Identificado ao S₁ – neurologista, a Charcot interessava apenas aquilo que podia ser inscrito no discurso médico. A manifestação subjetiva não era considerada um fenômeno em si.

Dessa forma, os fatos de linguagem, índices de subjetividade, não poderiam ter outro tratamento que não o de serem descartados, desconsiderados. Afinal, do

²⁸ “Mas nesses casos a coisa é sempre genital, sempre...”

lado das pacientes, estes revelavam um gozo impossível de ser apreendido, gozo que escapava à decifração. Do lado do próprio Charcot, desvelava sua impotência em conciliar o saber que o sustentava com aquilo que escutava, revelando a verdade de sua divisão. Verdade do mestre que a histérica denuncia. Afinal a histeria não é um “objeto” qualquer, ela não se presta tão bem ao papel de doente (Clavreul, 1983), mas ao contrário, ao ser convocada nesse lugar, promove um giro discursivo. Respondendo enquanto sujeito dividido, constitui o mestre idealizado, oferecendo-lhe seu sintoma como enigma a ser decifrado, para em seguida desmascará-lo, apontando sua impotência em produzir um saber que dê conta de tratar seu gozo.

Este é o paradoxo do discurso histórico, pois ao mesmo tempo em que se coloca nas mãos do Outro, é ela quem domina a relação. É a histérica quem reina sobre o mestre. Assim, enredado nessa relação imaginária, era Charcot quem não conseguia tirar os olhos da histérica: “Fotografava os movimentos, detalhava os gestos, decifrava os espasmos, desenhava os fâcies, media milimetricamente o corpo” (Quinet, 2003, p.15).

Podemos entender então como, vítima de suas histéricas, a fama de Charcot, oscilou de grande médico e cientista, a charlatão, impostor. Ao desconhecer a influência que ele mesmo exercia sobre suas pacientes, permitiu que estas, aprisionadas em seu gozo, produzissem sintomas e mais sintomas que lhe serviam de material para estabelecer as leis e regularidades da histeria, mas que ao mesmo tempo, denunciavam seu fracasso, pois, a fim de manter aceso o interesse do mestre, produziam sintomas sem poder deles se curar, sob o risco de perder o olhar do mestre²⁹.

2.5 ACERCA DOS EFEITOS DAS APRESENTAÇÕES SOBRE OS PACIENTES

Infelizmente não há relatos acerca dos efeitos das apresentações propriamente ditas, sobre as pacientes de Charcot. Entretanto, podemos supor que algum benefício era produzido ali, afinal, muitos pacientes do ambulatório de *consultation externe* desejavam e demandavam participar das entrevistas, pois além

²⁹ Didi-Huberman, cita relato de Léon Daudet, afirmando que havia visto clientes de Charcot, ficarem muito embaraçadas quando um sinal ou um reflexo, que sabiam ser particularmente caro a Charcot, desaparecia: "O que ele vai pensar disso? Ele não vai se interessar mais no meu caso! Como devo agir na consulta, agora?" (Daudet, 1922, p.201 citado por Didi-Huberman, 2007, p.315).

do encontro com o famoso Charcot, sabiam que seu caso seria submetido a um exame minucioso, cuidadoso, diríamos mesmo, exemplar.

Quanto às pacientes internas, é certo que não há como delimitar o que foi resultado especificamente das apresentações, daquilo que foi conseqüência do tratamento como um todo. Podemos apenas supor que estas não foram sem efeitos, não apenas pela freqüência com que as pacientes eram a elas submetidas, mas afinal, a apresentação de pacientes é um dispositivo produz um tensionamento, o que favorece que o efeito das intervenções sejam intensificados pela própria situação da apresentação.

Assim, com relação às pacientes crônicas, o que temos são alguns fatos curiosos sobre algumas das histéricas “preferidas” por Charcot, para participarem das apresentações. Justine Etcheverry, por exemplo. Ela ficou tanto tempo em Salpêtrière, que serviu de ilustração para Charcot, em mais de uma fase de seus estudos. Apresentada pela primeira vez em 1870, ilustrava as descobertas sobre a contratura histérica, numa investigação absolutamente neurológica. Em 1872, volta à cena – agora para ilustrar, em três aulas, os principais sintomas da histeria: anúria histérica, hemianestesia e histero-epilepsia. Além das apresentações, Justine era constantemente vigiada, dia e noite – tal procedimento era uma forma de se precaver contra a simulação. Mais curiosa é a última aula ilustrada por Justine, em 1875, quando vai exemplificar a cura súbita. Podemos dizer que Justine não apenas sobreviveu aos métodos de Charcot, como se curou e ainda mais: após sua cura, permaneceu em Salpêtrière como enfermeira.

Blanche Wittmann – chegou em Salpêtrière maio de 1877. Provavelmente, a mais conhecida das histéricas de Salpêtrière, Blanche foi modelo para vários desenhos de Paul Richer³⁰, é a musa do quadro de Brouillet. Além de sua natureza facilmente hipnotizável, ela possibilitou a investigação de inúmeros fenômenos históricos – ataques de histero-epilepsia pela compressão das zonas histerógenas, todos os estágios da grande crise, e ainda foi submetida a diversas terapêuticas. Blanche também se curou subitamente, retornando a Salpêtrière como funcionária do laboratório de radiologia, vindo a falecer de câncer.

Outro caso, este, mal sucedido, é de Augustine. Os primeiros ataques de Augustine ocorreram semanas após ter sido violentada pelo patrão, aos 13 anos e

³⁰ Paul Richer (1849-1933) era médico, desenhista e escultor. Colaborador íntimo de Charcot registrava suas aulas e achados em croquis.

meio de idade. Chega em Salpêtrière em 1875. Durante as lições clínicas de Charcot, era levada a repetir a cena da violação, na qual se contorcía, representando os papéis da vítima e do agressor. Segundo relato de Didi-Huberman, numa determinada apresentação, Charcot produziu uma contratura na língua e na laringe de Augustine. Entretanto, a contratura da laringe permaneceu por dias, mesmo após a aplicação das diversas terapêuticas conhecidas. Em outra apresentação, ela reconheceu seu violador na assistência. Resultado: 154 crises em um único dia. "Esgotada, Augustine recupera a fala e lança estas palavras ao médico: 'Você me disse que me curaria, me disse que faria de mim outra pessoa. Você queria que eu fracassasse'" (Didi-Huberman, 1982, pp. 250-252, citado por Mannoni, 1989, p. 15). Depois desse episódio, o interesse por ela desaparece. Um dia, rasga sua camisa de força e foge de Salpêtrière disfarçada de homem.

2.6 CONCLUINDO

Enfim, retornando à questão das apresentações de pacientes, é preciso reconhecer que quando Charcot é criticado por expor seus pacientes como objeto de verificação científica, não há como negá-lo. Efetivamente, quem entrava em cena, era antes o sintoma, não sendo o paciente, mais do que aquele que o (su)portava. Contudo, este aspecto, longe de ser uma particularidade de Charcot, podemos dizer tratar-se do efeito do discurso universitário, que ele soube tão bem encarnar, tomando o sujeito como objeto, para aplicar-lhe um saber prévio.

Por outro lado, há em Charcot, aspectos que realmente imprimem tamanha diferença em seu trabalho, que somos levados a reconhecer que, na história das apresentações de paciente, as apresentações de Charcot constituem um capítulo à parte. Afinal, Charcot trabalhou com as histéricas - um tipo clínico indesejável, desqualificado e desacreditado, tanto pela medicina quanto pela psiquiatria. E justamente esse fato fez com que seu objeto de investigação fosse um objeto novo, pois não era nem o corpo biológico da medicina ou da neurologia, nem a linguagem verbal da psiquiatria, mas um corpo sexual, um corpo de gozo cuja linguagem requer uma decifração. Seria ainda especificidade de Charcot, o formato espetacular de suas apresentações, efeito da junção entre o estilo do mestre, das possibilidades abertas pela hipnose e o caráter teatral da histérica, revelando a importância do público na produção de seu sintoma.

Dessa forma, se quisermos adotar uma posição mais esclarecida no debate acerca do uso das apresentações de paciente no campo da saúde mental, é preciso, de início, nos descolarmos desse referencial de Charcot. Como vimos, não há dúvida de que as apresentações de paciente de Charcot não fizeram série, nem com as apresentações da tradição médica da qual se originou, nem com o interrogatório psiquiátrico, com o qual foram tendenciosamente igualadas.

Por fim, se o que nos interessa é pensar a prática psicanalítica da apresentação de pacientes, é de fundamental importância redimensionar a relação desta, com a prática de Charcot. Desvelar o equívoco de se tomar Charcot como ponto originário, nos permite deslocar desta referência para enveredar por um outro percurso, um percurso que se pautem em suas verdadeiras origens e que, portanto, nos coloque frente questão do uso clínico da palavra, a saber, o Interrogatório Psiquiátrico.

3 FREUD E A PRÁTICA DE APRESENTAÇÃO DE PACIENTES: COGITAÇÕES

O uso crescente da apresentação de pacientes no Campo Freudiano nos tem permitido constatar sua eficácia tanto enquanto dispositivo de transmissão da psicanálise, quanto de intervenção clínica no sujeito psicótico. Contudo, apesar dos importantes resultados que temos recolhido, seu uso ainda gera polêmicas e contestações. Desse modo somos convocados não apenas a dar provas de seus efeitos, assim como conhecer melhor sua história, usos, variações e mitos em torno dela, de forma a adotar uma posição esclarecida e fazer frente às críticas a nós endereçadas.

De certo que a apresentação de pacientes que realizamos na psicanálise não é a mesma da psiquiatria, afinal nossa prática é orientada pelo discurso do analista, o que produz profundas transformações nessa prática, imprimindo-lhe um caráter essencialmente clínico. Mas como esse dispositivo chegou a ser incorporado à psicanálise?

Como é sabido, foi Lacan e não Freud, quem introduziu a prática da apresentação de pacientes na psicanálise. E, justamente este fato, desperta nossa curiosidade, pois tanto Freud quanto Lacan, foram alunos, na época de sua formação médica, de dois grandes mestres da apresentação de enfermos: Jean Martin Charcot (1862-1893) e Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Entretanto apenas Lacan deu continuidade a esta prática, introduzindo-a na psicanálise, enquanto Freud preferiu trabalhar com o relato clínico. A pergunta de porque Freud não fez uso desse dispositivo se faz tanto mais intrigante na medida em que ao reler seus artigos acerca de sua relação com Charcot, o que temos é o relato de seu fascínio pelas apresentações do mestre.

3.1 FREUD COM CHARCOT

No período em que Freud realizava seus estudos em Paris, ele frequentou assiduamente as aulas de Charcot em Salpêtrière revelando, em seus escritos posteriores, a profunda admiração pelo mestre e um encanto especial por suas aulas, sempre acompanhadas da apresentação de pacientes. Charcot ensinava

apresentando, assim não é exagero dizer, que muito da fascinação de Freud pelo mestre foi construída justamente sob o impacto destas.

Há pelo menos três artigos de Freud, em que podemos encontrar menções elogiosas a estas apresentações de Charcot. No *Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim (1886/1977c)*, ele fez uma breve referência indicando que havia dois tipos de aula: as aulas de sexta-feira, e as aulas da terça-feira, as famosas *Leçons de Mardi*. Tendo sido autorizado por Charcot para traduzir para o alemão, as suas lições já publicadas na França, podemos ver no *Prefácio e notas de rodapé à tradução de Leçons du Mardi, de Charcot (1892-94/1977b)*, a impressão que estas causaram em Freud. Temos ainda, no obituário dedicado a Charcot, em 1893, uma descrição mais detalhada de cada uma destas duas atividades.

Vejamos seus comentários. As aulas de sexta-feira eram dedicadas ao ensino formal. Nestas, Charcot apresentava suas mais recentes pesquisas. Aos pacientes, que eram casos já conhecidos, minuciosamente estudados, cabia dar provas, ilustrar como um quadro vivo, a disciplina lecionada. Esta aula era aberta aos médicos, mas também aos leigos (estudantes, escritores e artistas), interessados em acompanhar as novas descobertas e em se manter em dia com pesquisas realizadas em Salpêtrière. Como exaltou Freud (1976a): “Cada uma de suas aulas era uma pequena obra de arte na construção e na composição; era formalmente perfeita e tão marcante, que pelo resto do dia não conseguíamos expulsar de nossos ouvidos o som de suas palavras, nem de nossas mentes a idéia que ele demonstrara” (p. 28). Segundo Freud (1977c), tais aulas “produziam seu efeito principalmente em virtude de suas constantes referências aos pacientes que estavam sendo demonstrados” (p. 40).

Quanto às *Leçons du Mardi*, estas eram totalmente improvisadas, não seguiam nenhuma preparação prévia. Os enfermos apresentados eram, em grande parte, desconhecidos para Charcot. Seus assistentes os escolhiam dentre os pacientes do ambulatório de *consultation externe*, por se tratarem de casos típicos ou difíceis. Havia, inclusive, interesse dos próprios pacientes em serem levados a essa apresentação, pois além do desejado encontro com Charcot, sabia-se que esta era uma ocasião na qual seu caso seria submetido a um exame cuidadoso, minucioso, podemos mesmo dizer, exemplar, com um investimento e dedicação que dificilmente poderiam receber em uma outra situação.

Assim, em vez do ensino dogmático, tinha-se um espaço aberto ao encontro com o inusitado, com o inesperado da clínica. Podemos supor que havia aí, para além do ensino didático, a dimensão mesma da transmissão. Tanto que ao ressaltar o "encanto peculiar" dessas conferências, o que Freud (1977b) destaca é a oportunidade de acompanhar Charcot nos caminhos de seu raciocínio, pois ele se conduzia diante de seu auditório "tal como habitualmente só o faz em sua clínica particular, exceto quanto ao detalhe de que ele pensa em voz alta e permite que os ouvintes participem do rumo de suas conjecturas e investigações" (p. 192). Segundo Freud (1976a), "nessa ocasião, [Charcot] poria de lado sua autoridade e admitiria – em um caso, que não podia chegar a qualquer diagnóstico e, em outro, que havia sido enganado pelas aparências" (p.29). Ou seja, ao contrário do que habitualmente se pensa acerca da apresentação, na qual o paciente é tomado como objeto, para o qual não há qualquer benefício, o que podemos ver nessa descrição é que quem se colocava no lugar de exposição era o próprio Charcot. Como nos dirá Freud (1976a), Charcot "expunha-se a todas as causalidades de um exame, a todos os erros de uma primeira investigação" (p.29). Era um momento em que, ao permitir que os alunos acompanhassem os processos de seu raciocínio, distante da imagem do mestre que tudo sabe, Charcot mostrava "com toda franqueza suas dúvidas e hesitações" (Freud,1976a, p.29).

Outro indício do efeito que tais apresentações causaram em Freud, é o fato dele ter adquirido uma reprodução do quadro de André Brouillet - *Une leçon clinique a la Salpêtrière (1887)*³¹, e como nos diz Peter Gay, tê-lo orgulhosamente exposto em seu consultório na Berggasse 19 (Gay, 1989). Trata-se do famoso quadro que retrata Charcot, ao lado de uma de suas histéricas hipnotizada, diante de seletivo público de médicos e escritores famosos. Ainda sobre a gravura, Ernest Jones (1989) nos conta um pitoresco relato da filha mais velha de Freud:

Em minha infância, tinha para mim uma estranha atração e com frequência perguntei ao meu pai o que estava errado com a paciente. A resposta que sempre obtive era a de que ela estava 'com a roupa muito apertada', como uma lição sobre a tolice de se fazer isso. O olhar que ele dirigia a gravura fez-me sentir então, mesmo sendo uma criança ainda pequena, que este evocava para ele lembranças felizes ou importantes, sendo-lhe cara ao coração (p. 218).

³¹ ANEXO A

Sobre a experiência de Freud com estas a apresentações de pacientes, uma primeira consideração que se pode fazer, é que não há em seus texto, nenhuma crítica a essa prática. Ao contrário, como vimos, Freud destaca sua importância como fonte de estímulo e de aprendizagem. Esta ausência de crítica é tanto mais importante, quando consideramos, como ressalta Angélica Bastos (1996), que apesar de toda admiração dedicada a Charcot, Freud não deixou de questionar e mesmo recusar aspectos da teoria do mestre. De fato, temos em sua tradução das *Leçons Du Mardi*, uma série de notas críticas às posições teóricas de Charcot.

3.2 FREUD, NEUROLOGISTA

Contudo, não obstante toda essa admiração pelas apresentações de Charcot, Freud não incorporou esse dispositivo à sua prática clínica. Como poderíamos pensar, então, sua relação com a apresentação? De início devemos esclarecer que não é de todo correto dizer que Freud jamais tenha realizado apresentações de pacientes. Há pelo menos dois claros relatos de apresentações realizadas por ele: um caso de meningite crônica em 1884, e um caso de histeria masculina em 1886. Estes relatos de apresentação têm pelo menos dois aspectos em comum: o primeiro, o fato de terem ocorrido antes do período psicanalítico de Freud, portanto todas duas foram realizadas de acordo com a tradição médica, aos moldes do ensino reinante na época; e o segundo é que, em ambos os casos, Freud parece não ter alcançado o resultado esperado.

Começemos pelo primeiro aspecto. Habitualmente, associamos a prática da apresentação de pacientes, à psiquiatria. Entretanto a medicina em geral também fez uso corrente desse dispositivo, o que pode ser visto nas aulas públicas de anatomia, de cirurgia, ou mesmo em menor escala, nas corridas de leitos, quando os pacientes são apresentados a um restrito grupo de acadêmicos e/ou residentes. Aliás, segundo Antônio Quinet (2005), as apresentações de Charcot foram uma derivação da corrida de leitos: em lugar de ir até aos pacientes para realizar os exames clínicos, acompanhado de seus alunos e auxiliares, Charcot passou a deslocar os doentes para seu consultório e posteriormente para o anfiteatro. Evidentemente que isso implicará em mudanças nessa prática, produzindo um afastamento da lógica da corrida de leitos, para aproximá-la das aulas públicas, ao ponto de torná-las uma atividade aberta também aos leigos e interessados.

Embora possamos dizer que a apresentação de pacientes, tanto na medicina em geral, quanto na psiquiatria seja o exame público do doente, este se dá de forma radicalmente diferente em cada uma das duas abordagens. A própria natureza da enfermidade, objeto de cada uma das especialidades, implicará enorme diferença no que diz respeito à importância dada ao corpo e à fala do paciente como formas de obter provas da doença e definir o diagnóstico. Para esclarecer essa diferença, buscaremos auxílio nos estudos de Michel Foucault, acerca do Poder Psiquiátrico (2006). Nestas conferências, realizadas no período de 1973-1974, Foucault procura estabelecer as diferenças de procedimentos para produzir as provas da doença, em cada uma dessas abordagens. Na medicina geral, a doença era passível de ser localizada no substrato orgânico. Assim, o exame podia prescindir da fala do paciente, se pautando no exame anatomopatológico de um corpo que se prestava a ser tocado, apalpado, auscultado, percutido (Foucault, 2006). Dos dizeres do paciente, interessava apenas aquilo, que em sua fala, poderia ser reduzido aos índices da doença localizável no corpo.

Contudo, na psiquiatria, por mais que se estudassem os corpos *post mortem*, não se encontrou paralelismo claro entre os achados orgânicos e as manifestações psíquicas do paciente, assim, a fala do paciente ocupava lugar central do exame, pois era a partir de seus ditos que se poderia verificar a sua loucura. Então, enquanto na medicina em geral, a prova da doença podia ser obtida no corpo, na psiquiatria, independentemente da crença psico ou organogênica da doença, as provas da loucura deveriam ser apreendidas principalmente através da fala do paciente. Dessa forma o paciente era convocado a falar de sua história e de suas lembranças, como forma de atestar se havia coerência ou não entre aquilo que ele podia dizer sobre si e a sua história biográfica relatada por sua família; era também estimulado a falar e mesmo manifestar seus fenômenos tais como delírios e alucinações, de forma a presentificar sua doença. Este dispositivo psiquiátrico, que hoje conhecemos como apresentação de pacientes, ficou conhecido, inicialmente, por Interrogatório, pois, como esclarece Foucault (2006), o objetivo maior do exame era extrair do paciente, como primeiro passo para sua cura, a confissão de sua loucura em oposição à realidade compartilhada, algo do tipo: “Sim, creio ser Napoleão, e isso é minha loucura!”

Contudo, é preciso marcar que ambas as formas de apresentação, médica e psiquiátrica, tinham em comum sua ancoragem no discurso médico. Um discurso

que, como nos diz Jean Clavreul (1983), é sustentado pela produção de saber classificatório, no qual se possa enquadrar o doente. É o médico que tem o saber, e é ele quem tem algo a dizer sobre seu paciente e sua doença. Assim, o paciente é tomado como objeto ao qual se aplica um saber prévio – seja para contestá-lo, confirmá-lo ou demonstrá-lo; e suas manifestações sintomáticas expressas, seja no corpo, seja na fala, são transformadas em signos, em sinais passíveis de serem inscritos no saber médico constituído.

Esclarecidas as semelhanças e as diferenças entre as apresentações médica e psiquiátrica, podemos retornar à análise dos dois relatos de apresentação de pacientes realizadas por Freud. Nossa hipótese é que nos dois casos, as apresentações foram realizadas antes sob a perspectiva médica, do que sob a tradição do interrogatório psiquiátrico. Na primeira, em 1884, temos claramente o relato de uma experiência médica, na qual Freud investiga uma doença neurológica localizada no corpo – uma inflamação das meninges. Segundo Jones (1989), Freud, trabalhava no Hospital Geral de Viena. Interessado na anatomia do sistema nervoso, Freud teve a oportunidade de dedicar-se ao estudo das lesões da medula oblonga, dominando de tal forma o tema, que seus diagnósticos com confirmação *post-mortem* ganharam fama, propiciando um afluxo de médicos americanos, para os quais Freud chegou a fazer conferências. Como dispositivo, usou então a apresentação de pacientes. Sobre essa apresentação, Freud (1976c) fez o seguinte comentário:

[nessa época] Sobre as neuroses eu nada compreendia. Em certa ocasião, apresentei ao meu auditório um neurótico que sofria de dor de cabeça persistente como um caso de meningite crônica localizada; todos se levantaram imediatamente, revoltados, e me abandonaram, e minhas atividades prematuras como professor chegaram ao fim (p.23).

A segunda apresentação de pacientes que mencionamos, encontra-se publicada nas *Obras Completas de Freud* sob o título: *Observação sobre um caso grave de hemianestesia em um homem histérico (1886/1977a)*. Este precioso relato merece uma análise mais acurada, não apenas por tratar-se de um caso de histeria, mas também porque nos permite acompanhar com mais detalhes a perspectiva e as intervenções de Freud.

Esta apresentação de paciente ocorreu cerca de 7 meses depois de seu retorno de Paris. No intuito de relatar suas experiências no exterior, em 15 de outubro de 1886, Freud apresentou diante da *Gesellschaft der Ärzte* (Sociedade de Médicos de Viena), um artigo: *Sobre a histeria masculina*. Nessa ocasião, Freud foi criticado por diversas autoridades presentes, e Meynert o desafiou a provar suas palavras, apresentando um caso de histeria masculina que exibisse os sintomas descritos por Charcot, como típicos. Em 26 de novembro deste mesmo ano, Freud realizou, perante a Sociedade Médica, uma apresentação de paciente, onde exibiu o paciente August P., demonstrando, assim, um caso de histeria masculina.

Não obstante o entrevistado tenha sido um paciente histérico, esta entrevista não pode ser considerada como seguindo a tradição psiquiátrica, pois, é preciso assinalar que, tanto para Charcot, quanto para o Freud daquela época, a neurose era um quadro próprio à neuropatologia cujas provas da doença deveriam ser buscadas nas reações do corpo do paciente. Por mais que as pesquisas de Charcot o conduzissem à esfera mental, para ele, a histeria encontrava-se encarnada, fundada no funcionamento cerebral. Considerava que a histeria era consequência de um traumatismo – espécie de lesão invisível, decorrente de um acontecimento violento, uma pancada, um tombo, um medo, um espetáculo, etc.; que provocava um estado de hipnotismo discreto, o que permitia que determinada idéia se inscrevesse no córtex do doente, agindo, então, como uma espécie de injunção permanente (Foucault, 2006). Assim, nessa entrevista o que podemos acompanhar, é o foco direcionado às respostas do corpo do paciente.

A apresentação é feita seguindo os moldes de Charcot. Freud (1977a) inicia anunciando o diagnóstico: “apresento perante os senhores um homem histérico que mostra o sintoma de hemianestesia, num grau que se poderia descrever como o mais elevado” (p.59). Não se trata, portanto, de uma investigação diagnóstica, pois ele já sabe do que sofre o enfermo. A presença do paciente tem como objetivo servir de exemplo, uma ilustração viva, dos pressupostos teóricos que Freud (1977a) se propôs a demonstrar, ou seja, das “indicações somáticas da histeria – os ‘estigmas históricos’, pelos quais Charcot caracteriza essa neurose” (p. 59). Na sequência, Freud faz um breve relato do caso situando o público sobre seus aspectos factuais: antecedentes familiares do rapaz, sua história pessoal, incluindo dados relevantes acerca seu desenvolvimento infantil, sintomas manifestados durante sua vida e, finalmente, o início e a evolução do quadro atual. Todos os dados que sabemos

sobre o caso, são relatados pelo médico. O paciente não se pronuncia, afinal, não há qualquer interesse nos aspectos subjetivos do caso.

Se a história familiar e pessoal do doente são relatadas, isso decorre do entendimento de Charcot, de ser a histeria um tipo de degeneração hereditária, não sendo o doente mais do que um membro da '*famille névropathique*' (Freud, 1976a). Na seqüência, com o objetivo de delimitar as causas incidentais que teriam funcionado como '*agents provocateurs*' do quadro clínico, Freud destaca os fatores desencadeantes, as manifestações sintomáticas e seus efeitos na vida do paciente. No caso em questão, temos que o quadro se desencadeou após o paciente ter sido ameaço pelo irmão com uma faca. Segundo Freud (1977a), isso lhe causou um medo indescritível; sentiu um zumbido na cabeça, como se ela fosse estourar; caiu no chão inconsciente e segundo relato de terceiros, durante as duas horas que se seguiram, teve violentas convulsões, acompanhadas de ditos relacionados à cena traumática.

Após relatar o caso, Freud realiza um minucioso exame físico. Métodos como compressão dos nervos, alfinetadas, introdução de rolinhos de papel no canal auditivo, entre outros, são utilizados para avaliar a sensibilidade e os atos reflexos do paciente. Por se tratar de um caso de hemianestesia, os órgãos dos sentidos, a cabeça, o tronco e as extremidades, são cuidadosamente examinados de forma a verificar a diferença de resposta entre os lados direito e esquerdo. Por fim, Freud avalia também as respostas voluntárias solicitando ao paciente que se movimente, que toque partes de seu próprio corpo, de forma a permitir a comparação do desempenho de cada lado do corpo, como também, sua condição de resposta quando de olhos abertos, e quando de olhos fechados. O exame físico detalhado é utilizado para demonstrar a extensão e a gravidade dos fenômenos, e também, tratando-se de histeria, era de fundamental importância excluir a possibilidade de simulação. Para finalizar a apresentação, Freud indica os aspectos concordantes e os desvios que o caso em questão, apresentava em relação ao considerado caso típico.

Como conclusão desta análise, podemos propor que essa apresentação de paciente se deu sob a perspectiva do discurso universitário: é o mestre, Freud, quem tem um saber sobre o paciente e seu mal-estar. Todavia, sua apresentação aproxima-se mais da tradição da medicina geral, do que da psiquiatria. Essa hipótese se justifica, pois, como vimos na apresentação de August P., a palavra é de

Freud. No interrogatório psiquiátrico, ao contrário, o exame se centraria na fala do paciente como fonte de verificação da doença, mas neste caso, o que podemos testemunhar, é basicamente um detalhado exame físico, cujo foco está direcionado não para as resposta verbais, mas prioritariamente para as respostas do corpo do paciente.

Quanto ao aspecto do resultado, em ambas as apresentações, vemos que Freud não fica satisfeito quanto à repercussão teórica. Na primeira, o público não concordou com o diagnóstico que ele sustentava para o paciente, e na segunda, como ele mesmo dirá, ainda que tenha sido aplaudido, ele continuou com a impressão que as autoridades médicas continuavam rejeitando suas inovações teóricas acerca do entendimento da histeria. Freud (1976c) confessa que deste encontro ficou o desapontamento quanto à possibilidade de transmitir novas idéias aos colegas médicos mais velhos e conservadores. De qualquer forma, em nenhuma das duas situações, há qualquer referência de Freud que seja contrária ao dispositivo da apresentação em si.

3.3 FREUD E O RELATO DE CASO

Não obstante a completa ausência de críticas de Freud à apresentação de pacientes, não temos indícios de que ele tenha se utilizado desse dispositivo em sua prática psicanalítica. Os dois relatos que trabalhamos: o caso de inflamação das meninges e o caso de hemianestesia histérica, August P., se deram, respectivamente, em 1884 e 1886, período anterior à invenção da psicanálise. De fato, não vemos em seu percurso posterior, qualquer tentativa de integrar a apresentação de pacientes à prática da psicanálise. Como é sabido, para a transmissão e ensino da psicanálise, Freud se utilizou dos relatos de caso. Nossa impressão é que essa pergunta que colocamos hoje, acerca do uso da apresentação de pacientes por Freud, provavelmente não chegou a ser uma questão para ele.

Ao escutar a fala de suas pacientes, Freud subverteu a concepção de sintoma, assim como a perspectiva do tratamento da histeria. À fala do sujeito, antes utilizada como indicativo dos sinais médicos que serviam para se fazer um diagnóstico e prescrever um tratamento, Freud deu o valor de saber, - um saber sobre a própria singularidade. Dessa forma, seu desafio era antes o de fundar e sustentar um novo campo discursivo, criando seu próprio método terapêutico. Sua

posição era antes a de promover a ruptura como discurso médico e de criar dispositivos que favorecessem sua prática, do que a de se preocupar com a manutenção e utilização dos instrumentos de investigação, ensino e tratamento tradicionais da medicina.

Além do mais, a apresentação de pacientes que Freud conheceu, como já dissemos, era a apresentação praticada no interior da medicina que, tendo como objeto a doença orgânica, centrava suas investigações no corpo doente, prescindindo da fala do paciente, o que em Freud, ao contrário, tornou-se elemento central de seu trabalho. Assim, podemos supor que este dispositivo, como conhecido por ele, mostrava-se totalmente incongruente com os seus objetivos, o que por si só, já representaria um fator desfavorável à sua manutenção, e justificaria seu abandono. E mesmo que tomássemos como referência a apresentação de pacientes praticada pela psiquiatria, centrada na fala do paciente, como provavelmente ele presenciou quando trabalhava com Meynert, ainda assim teríamos que esta também não se adequaria à perspectiva de Freud, pois no interrogatório, a fala do paciente servia para dar contorno ao quadro clínico, revelando a verdade da doença, enquanto que para Freud, a verdade em jogo, era a verdade do sujeito.

Tal inversão de perspectiva é efeito da concepção de sintoma com a qual Freud passou a operar. Para a medicina, incluindo aqui o ramo da psiquiatria, o sintoma é um sinal que remete a uma doença que, enquanto tal deve ser eliminada. Se o paciente deve falar sobre seu sintoma, é para descrevê-lo, caracterizá-lo, de forma a possibilitar ao médico objetivá-lo, discriminando o que nele é indicativo da doença. Quanto à psicanálise, esta trata o sintoma enquanto sinal de um mal-estar, fruto de um conflito psíquico, produção na qual o sujeito está totalmente implicado. Mesmo que o sintoma se apresente, aparentemente, como absurdo e ininteligível, o que Freud descobre é que ele tem um sentido que pode ser apreendido na história do sujeito, sendo antes uma solução, uma formação de compromisso entre forças psíquicas contrárias, tendo, portanto, o caráter de uma satisfação substitutiva. Assim, Freud estabeleceu um verdadeiro corte discursivo, mostrando que não se trata de classificar ou de dar respostas ao sujeito, mas sim de dar-lhe condições para que ele mesmo produza um saber sobre seu sofrimento.

De certo que transmitir e dar inteligibilidade a essa complexidade da formação do sintoma neurótico não é tarefa fácil. Se Freud elegeu a comunicação

do caso clínico, como método de transmissão da psicanálise, certamente que não o fez sem dificuldades. É bem verdade que a escolha do relato de caso, não implicaria necessariamente na exclusão da apresentação de pacientes, mas ao analisarmos os comentários de Freud acerca das dificuldades e desafios de se trabalhar com o relato de caso, temos que aquilo que Freud aponta como dificultadores para a escrita de um caso, seriam aspectos ainda mais difíceis de serem superados, ou mesmo contornados, em se tratando de apresentação de pacientes.

O primeiro desses aspectos dificultadores seria a própria natureza do sintoma histérico. Na introdução do caso Dora - *Fragmentos da análise de um caso de histeria (1905/1972)*, Freud, que já trabalhava com a causalidade psíquica, nos dirá, que “as causas das perturbações histéricas devem ser encontradas nas intimidades da vida psicosexual dos pacientes” (1972, p.5). Assim, a elucidação completa de um caso de histeria implica na revelação dessas intimidades, ou seja, na revelação de seus desejos mais secretos e reprimidos. São inúmeras as vezes em que Freud, ao longo de sua obra, relata a dificuldade de seus pacientes em revelar seus segredos mais íntimos, mesmo para ele, médico. Freud (1972) avalia que se esses pacientes sequer supusessem que o conteúdo de suas análises poderia ser divulgado, eles jamais exporiam seus segredos. Nesse ponto podemos ser ainda mais enfáticos, pois sem a garantia do sigilo, não temos, em verdade, condições de favorecer a associação livre. Se já havia tal dificuldade na segurança do *setting* analítico, podemos supor que convidar um sujeito histérico a falar de tais intimidades em público, deveria ser algo inimaginável!

A essa altura nossa argumentação poderia ser questionada, pois se tomarmos como referência os relatos das apresentações de pacientes realizadas por Charcot temos vários registros que demonstram o contrário. Mesmo sem serem solicitadas, suas histéricas, em meio aos seus fenômenos exuberantes, frequentemente, falavam obscenidades, revelando, ao público, a intimidade de suas experiências sexuais. Temos por exemplo, Geneviève cuja apresentação é encerrada quando esta começa e gritar: “Camille! Camille! Beije-me! Dá-me seu pau” (Charcot, 1872, p.70, citado por Foucault, 2006, p.418), ou Augustine, que representa a cena do assédio sofrido: “É verdade, tinha uma cobra na cueca dele, ele queria enfiá-la na minha barriga, mas ele nem tirou a roupa...” (Foucault, 2006, p.415).

Entretanto, há que se fazer algumas ressalvas a nosso favor. Primeiramente é preciso lembrar, que estas pacientes encontravam-se sob o efeito da hipnose,

portanto, sem a proteção do recalque, o que tornava mais fácil o acesso à experiência traumática. Um segundo ponto, e aqui cabe fazer um pequeno parêntese, diz respeito à relação discursiva no interior da qual esta exposição da intimidade se dava. No nosso entendimento, era do lugar de mestre que Charcot se endereçava à suas pacientes. Posicionando-se como aquele que poderia dar uma resposta ao sofrimento histérico, ele convocava suas pacientes a produzirem os sintomas que ele discriminava, nomeava, classificava, produzindo um saber que permitia, pelo menos em parte, circunscrever a histeria. Contudo, ao ser convocada nesse lugar, a histérica responde promovendo um giro discursivo. Ao responder enquanto sujeito dividido, a histérica constitui o mestre idealizado, oferecendo-lhe seu sintoma como enigma a ser decifrado, para em seguida desmascará-lo, apontando sua impotência em produzir um saber que dê conta de tratar seu gozo. Este é o paradoxo do discurso da histérica, pois ao mesmo tempo em que se coloca nas mãos do Outro, é ela quem domina a relação. É a histérica quem reina sobre o mestre. É assim, que em meio aos sintomas solicitados por Charcot, suas histéricas lhe deram também a eroginização do corpo e da fala, revelando um gozo impossível de ser apreendido, um gozo que escapava à decifração. Em suas respostas, suas histéricas desvelavam a impotência do mestre em conciliar o saber neurológico que o sustentava, com aquilo que ele escutava, revelando a verdade de sua divisão. Afinal, como Freud (1974b) nos disse, no íntimo, Charcot acreditava que: *“Mais, dans des cas pareils, c’est toujours la chose génitale, toujours...”*³² (p.24). Assim, quando a sexualidade de suas histéricas se revelava, esta era classificada enquanto uma manifestação sintomática e a paciente retirada de cena. É esse ponto, do qual Charcot nada quer saber, que Freud tomará como ponto de partida de suas investigações, produzindo novo giro discursivo, fundando assim, como foi posteriormente nomeado por Lacan, o discurso do analista. Em lugar de responder às suas histéricas com um saber sobre elas, ao contrário, ele as colocava em posição de produzir elas mesmas, um saber sobre seu mal estar.

Mas voltemos à nossa investigação sobre a apresentação de pacientes. Na medida em que Freud abandonou o uso da hipnose, ele acabou descobrindo que a dificuldade de seus pacientes, em dizer sobre suas intimidades, devia-se não apenas ao pudor e vergonha, visto que o tratamento requeria fazer falar justamente

³² *“Mas nesses casos a coisa é sempre genital, sempre...”*

de assuntos considerados tabu naquela época, mas principalmente ao fenômeno da resistência, que opera como obstáculo, impedindo o acesso ao material inconsciente. No artigo *Uma breve descrição da psicanálise (1924 [1923]/1976d)*, Freud apresenta de forma bastante concisa, as modificações teóricas que se produziram em função do enfrentamento do problema da resistência. Tomá-la em consideração “conduziu-nos a uma das pedras angulares da teoria psicanalítica das neuroses – a teoria da repressão [recalque]” (Freud, 1976d, p.245). Com a descoberta do recalque, o sintoma passa a ser concebido como um “substituto para as satisfações proibidas” (Freud, 1976d, p.245). O sintoma adquire, portanto, o caráter de uma formação de compromisso resultante do conflito entre forças mentais contrárias, satisfazendo, portanto, simultaneamente o desejo inconsciente e as exigências defensivas. Se tal concepção do sintoma tem como efeito a descoberta da implicação do sujeito em sua formação sintomática, o tratamento passará, obrigatoriamente, pelo enfrentamento da resistência implicando o sujeito também em sua cura, ou seja, na decifração de seus sintomas e apreensão de sua significação. Como efeito, temos que o tratamento analítico exigirá tempo para vencer essas resistências e desvelar a rede de significações do sujeito, o que acaba por imprimir um grande desafio à transmissão e ensino da psicanálise: como dar visibilidade a essa complexidade que é o tratamento analítico, tendo em vista o grande volume de material psíquico envolvido na formação dos sintomas, e a forma com que estes se enredam estruturando a neurose.

Vejamos como Freud se debate com esse problema na introdução dos relatos de caso, tanto de Dora, quanto do Homem dos Ratos. Sua preocupação é o fato do acesso à estruturação da neurose se dar por caminhos tortuosos, o que exige tempo para se vencer as resistências, além da grande quantidade de material envolvido na formação dos sintomas, cujo esclarecimento “emerge pouco a pouco, entrelaçado em vários contextos e distribuídos por períodos de tempo grandemente apartados” (Freud, 1972, p.10). Ou seja, como nos diz Freud na introdução do caso do Homem dos Ratos - *Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909/n.d.)*, à estrutura da neurose, superpõe-se um grande volume de trabalho terapêutico, o que torna muito difícil colocá-la visível aos leitores (Freud, 1909/n.d.). Isso sem dizer no longo tempo de duração do tratamento, necessário para vencer as resistências e trazer à luz o material recalçado. Assim, vemos Freud se defrontar com a questão de como organizar e transmitir, a complexidade do tratamento analítico, em um relato

de caso. Problema que se colocaria ainda mais intensamente em uma apresentação de pacientes, pois parece ser praticamente impossível penetrar na complicada textura de uma neurose e elucidar um caso em uma única entrevista, quanto mais esta sendo pública, o que certamente acentuaria o fenômeno da resistência!

Sobre o relato clínico, Freud coloca ainda o problema da publicação do caso, que gera novos problemas, como, por exemplo, a questão do sigilo. Freud adota várias medidas para garantir a proteção ao paciente, tais como aguardar alguns anos após conclusão do tratamento, publicar apenas casos de pacientes que não fossem reconhecidos em Viena, e ainda introduzir modificações nos dados de forma a impossibilitar a identificação do paciente. Contudo, neste ponto, Freud (1909/n.d) enfrenta novos problemas, pois se as distorções forem insignificantes elas podem não atender ao objetivo de proteger o paciente de ser identificado, mas por outro lado, se forem muito grandes, protegem o paciente, mas podem por em risco a inteligibilidade do caso, visto que sua coerência depende “precisamente dos pequenos detalhes da vida real” (p.160). De certo que essa questão do sigilo não é uma questão para a apresentação, afinal, o paciente que consente em participar da entrevista, está ciente do caráter público dessa situação. Entretanto, isso representa tal obstáculo para os relatos clínicos de Freud que, na medida em que ele foi se tornando mais célebre, preservar o anonimato dos pacientes ficou também mais difícil. Tanto que ele não publicou nenhum caso depois do Homem dos Lobos - *História de uma neurose infantil (1918[1914]/1976e)*, restringindo-se a, eventualmente, inserir fragmentos clínicos em seus textos (Porge, 2009).

De qualquer forma, mesmo se não houvesse necessidade de se preocupar com o sigilo, ainda assim, ordenar e articular todo material de uma análise e torná-lo compreensível é um trabalho tão complexo, o que seria, segundo Freud (1976e), uma tarefa “tecnicamente impraticável e socialmente impermissível” (p.20).

Não obstante todas essas dificuldades, Freud (1972) enfrentou o desafio da escrita, argumentando que os deveres do médico não são somente “em relação ao paciente individual, mas, também em relação à ciência; e seus deveres com a ciência significam, em última análise, nada mais do que seus deveres para com os inúmeros outros pacientes que sofrem ou sofrerão um dia do mesmo mal” (p.6). Apesar de todos os impasses e empecilhos, Freud compartilha conosco vários casos clínicos, em cujos detalhes, nos permitem testemunhar como a fala do paciente está implicada em sua cura.

3.4 KATHARINA: UMA INTERVENÇÃO SINGULAR

Estas observações de Freud acerca dos obstáculos a se enfrentar para se escrever um relato de caso, nos ajudem a dimensionar a dificuldade de se cogitar o trabalho via apresentação de pacientes. Contudo, não podemos concluir nossas observações acerca das relações de Freud com a apresentação de pacientes, sem comentar o caso Katharina.

Retomemos o caso. Mesmo que Freud não tenha revelado a data precisa desse “tratamento”, o mesmo foi publicado nos *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*, o que nos permite situá-lo no momento inicial da psicanálise. Este caso tem um encanto particular para nós, pois, assim como acontece numa apresentação de enfermos, trata-se do relato de uma conversa que se deu entre Freud e essa jovem histérica, no único encontro que tiveram. Apresentado sob a forma de um diálogo, neste relato, Freud nos possibilita acompanhar os processos mentais da jovem. Ela inicia a conversa queixando-se dos sintomas que vinham lhe causando sofrimento nos dois últimos anos de sua vida. Ao pedido de Freud, ela passa da descrição dos fenômenos para o relato do momento preciso em que estes se manifestaram pela primeira vez. Assim, Katharina percorre retroativamente sua vida, recuperando em sua memória, não apenas a lembrança esquecida do evento que desencadeou o quadro atual, mas lembrando-se inclusive da situação traumática propriamente dita, ocorrida anos antes da manifestação da neurose. Dessa forma, Freud nos permite testemunhar, não apenas como se dá o seu método psicanalítico da cura pela palavra, mas também os seus efeitos. Um relato de caso que, apesar da ausência do público, nos permite imaginar como teriam sido suas apresentações de paciente, se Freud as tivesse realizado sob a perspectiva da psicanálise.

Retomemos o caso. De férias, em meio a um passeio pelas montanhas, Freud é abordado por Katharina, uma jovem de aproximadamente 18 anos, filha da dona da estalagem em que estava hospedado. Sabendo que o mesmo era médico, ela lhe revela estar em tratamento de uma doença dos nervos, ainda sem melhora. Embora a queixa inicial de Katharina fosse a sensação de sufocamento, de falta de ar, temos que em lugar de se deter em suas manifestações somáticas, buscando verificar sua veracidade, extensão e gravidade, como pudemos vê-lo fazer na

entrevista com August P., realizada na perspectiva médica, Freud vai se interessar pelos aspectos subjetivos do caso.

Isso se deve ao fato de que nessa época, Freud já operava com a idéia de causalidade psíquica. Portanto, se a histeria é efeito de um traumatismo, este já não se refere mais a uma lesão no córtex, cuja prova se encontrava no corpo. Trata-se para Freud de um trauma psíquico, cujo significado do sintoma deveria ser procurado na relação do paciente com a situação traumática. Nesse momento Freud ainda trabalhava com a hipnose como forma de acessar a cadeia de lembranças da cena traumática, e permitir ao paciente a descarga da energia afetiva represada. Contudo, receoso de aventurar-se no uso da hipnose “nessas altitudes”, Freud (1974a) tenta obter algum sucesso “com uma simples conversa” (p.175). Dessa maneira, sem acesso direto à origem do trauma, Freud convida Katharina a falar não apenas sobre o momento do surgimento dos sintomas, mas também de outras lembranças associadas: o que pensou, o que sentiu, enfim, tudo mais que lhe ocorresse à mente.

Baseado em seus conhecimentos sobre as neuroses, Freud (1974a) apresenta algumas construções à moça de forma a favorecer suas associações, com vistas a chegar ao cerne da questão. Entretanto, o que podemos ver é que o saber não está do seu lado, ao contrário, ele nos diz de sua “confiante expectativa” de que Katharina viesse a pensar exatamente no que ele precisava para explicar o caso (p.177).

Sobre o momento do início dos sintomas, Katharina se lembra de que isso se dera 2 anos antes, quando presenciou uma “cena de sedução”: vira o tio na cama com sua prima. A seguir, suas associações a remeteram a cenas dispersas ao longo dos dois anos anteriores ao início do quadro, revelando que ela mesma, Katharina, também havia sido assediada pelo tio. Freud avalia que, pela pouca idade que tinha na época do primeiro evento (aproximadamente 14 anos), provavelmente, ela não teria compreendido o que se passava. Entretanto, anos depois, a visão da cena do casal teria forçado a ligação associativa entre as cenas, fazendo-a reviver a experiência traumática anterior, atingindo a compreensão do que se passara então, desencadeando os sintomas.

Temos assim que Freud, neste encontro único com Katharina, conseguiu trazer à luz os elementos inconscientes, que embora surgissem isolados, dispersos em diversas cenas ocorridas ao longo de um período de aproximadamente quatro

anos, puderam, num segundo momento, fazer sentido, permitindo elucidar o processo de formação dos sintomas da jovem histérica. Na medida em que a investigação avança, podemos acompanhar como a percepção de Freud se aclara, mas podemos também, testemunhar seu efeito sobre o próprio sujeito. Como relata Freud, era como se o conhecimento de Katharina também tivesse sido aumentado pela conversa (Freud, 1974a), o que lhe possibilitara recuperar elementos esquecidos, associar conteúdos, compreender pontos obscuros. Como efeito, temos que “o rosto [de Katharina] amuado e infeliz ficara animado, os olhos brilhavam, sentia-se leve e exultante” (Freud, 1974a, p.179). Efeitos, como diria Freud (1974a), de “uma histeria que havia sido abreagida em grau considerável” (p.181). Temos assim, no caso Katharina, justamente uma demonstração de como a trama da neurose pode ser atravessada e revelada em um único encontro, colocando às claras a estrutura de formação dos sintomas, assim como os efeitos clínicos do método psicanalítico.

A questão que caberia ser feita nesse momento, seria porque insistimos em fazer a análise de um caso que serve precisamente para refutar a proposição deste trabalho, de mostrar as dificuldades do uso da apresentação de pacientes por Freud? Afinal, se há algo que se pode extrair dessa “análise”, é a viabilidade da condução da apresentação, a partir do discurso do analista. E ainda mais: em 1924, Freud acrescenta ao relato do caso, uma nota acerca da dificuldade de conciliar as exigências do sigilo com a exposição dos pontos fundamentais da trama. Ao revelar que o tio era de fato o pai da moça, Freud avalia que uma distorção dessa natureza não é indiferente, devendo ser evitada. Tal comentário serviria às especulações a favor do uso da apresentação: uma vez que se o paciente aceitasse participar do dispositivo, isso já eliminaria por si mesmo, o problema do sigilo, dando a impressão que a apresentação poderia ser até mais adequada à psicanálise, do que o relato de caso.

Mas não é bem assim. Primeiro porque se Katharina consegue falar facilmente de suas intimidades, o próprio Freud (1974a) vai assinalar tal situação como uma exceção, ressaltando o fato de ser-lhe grato, por haver tornado muito mais fácil conversar com ela do que com as senhoras pudicas de sua clínica na cidade, que “consideram tudo o que é natural como vergonhoso” (p.180).

Um segundo ponto, é que embora tenhamos podido ver desvelada a complexidade da trama neurótica, em um único encontro, isso só nos parece ter sido

possível, pois quando Freud encontra Katharina, ele ainda operava com o tratamento dos sintomas isolados, buscando esclarecê-los um após o outro (Freud, 1972). Como vimos, na medida em que ele abandona a hipnose e passa a operar com a associação livre, essa trama neurótica se complexifica enormemente, tornando a decifração dos sintomas e o desvelamento da estrutura neurótica um trabalho ainda mais lento, e de difícil demonstração, incompatível, portanto, com a idéia de se fazer uma intervenção em um único encontro.

Em terceiro lugar, podemos ainda assinalar que embora a conversa deles tenha se dado em um lugar público, os dois encontravam-se a sós: não sabemos como Katharina teria se portado se estivesse frente a um auditório.

De toda maneira, o caso segue sendo interessante para pensarmos a apresentação, pois, se lançarmos sobre ele o conhecimento que hoje temos acerca da apresentação de pacientes, podemos ver operando ali nesse momento inaugural da psicanálise, alguns elementos que nos parecem fundamentais para fazer deste, um dispositivo de intervenção clínica.

De fato não temos a presença do público, mas não podemos desconsiderar que este encontro se dá fora do *setting* analítico. Isso é de grande interesse para nós, visto que marca, desde seus primórdios, que a psicanálise não é redutível ao seu enquadramento, mas que se trata antes de um discurso que, enquanto tal, estabelece um tipo específico de laço social. Como “boa histérica”, Katharina se endereça a Freud a partir do discurso histérico: ao mesmo tempo em que denuncia a impotência de seu outro médico em aliviá-la de seu sofrimento, oferece seu sintoma como um enigma a ser por ele decifrado. Entretanto, em lugar de responder a partir do discurso do mestre, posição à qual fora convocado, em vez de responder à jovem ofertando-lhe um saber sobre sua doença, desta vez é Freud quem produz um giro discursivo. Ao colocar-se no lugar de causa, ele permite que Katharina ocupe a posição de sujeito que, enquanto tal, pode falar sobre seu mal-estar, e a partir daí, em lugar da alienação no saber do Outro, ela pode se apropriar de algum saber sobre seu gozo. Temos, portanto, o consentimento de Katharina que aceita se desidentificar um pouco de seu sofrimento, para encontrar na associação livre, não a resposta do mestre, mas surpresa do surgimento de novos significantes que lhe dizem respeito.

Assim, o caso Katharina, retrata a subversão clínica produzida por Freud, que se revela na implicação do sujeito da palavra em seu processo de cura.

Entretanto, no que diz respeito à questão da apresentação, o encanto especial deste caso está na particularidade desta situação - uma intervenção clínica realizada em **um único encontro**. Afinal, essa é justamente uma das particularidades da apresentação de pacientes, que favorece que esse dispositivo produza efeitos de intervenção. Nessa situação, tanto o analista quanto o paciente, estão cientes da limitação deste encontro a uma única entrevista. Ambos sabem que não haverá oportunidade para acrescentar uma informação ou esclarecer algum ponto. Do lado do analista, isso o coloca numa posição mais ativa ao encontro da posição do sujeito (Cazenave, 2002). Do lado do paciente, este tensionamento parece favorecer uma precipitação do que é preciso dizer. De acordo com Genevieve Morel (1999), esse efeito de precipitação, de condensação, favorece “uma certa formalização espontânea do discurso” (p. 22). Não seria exatamente isso que vemos acontecer com Freud e com Katharina? E é isso que faz deste, um caso precioso, pois esta seria, dentre as intervenções de Freud, a mais próxima a uma apresentação de pacientes, nos permitindo vislumbrar como teriam sido suas apresentações, caso ele as tivesse realizado, sob a perspectiva da psicanálise.

3.5 DAS DIFERENÇAS ENTRE FREUD E LACAN

Até aqui, apresentamos algumas hipóteses que nos ajudaram a pensar porque Freud não se utilizou da apresentação de pacientes na transmissão da psicanálise. Nosso próximo passo seria, portanto, pensarmos o que de diferente teria se passado com Lacan, que possa ter favorecido com que ele, ao contrário de Freud, tenha feito amplo uso da apresentação em sua prática analítica.

Um primeiro ponto seria o fato de Freud ter se dedicado principalmente à neurose, enquanto Lacan partiu do trabalho com a psicose. Essa diferença é de fundamental importância, na medida em que o desvelamento da trama neurótica implica no deciframento do inconsciente, enquanto o psicótico, justamente por sua recusa ao ciframento inconsciente, pode nos revelar, muitas vezes em um único encontro, o eixo da estruturação de sua psicose. É o que nos ensina Freud ao analisar a queixa da paciente do Dr. Victor Tausk, que acusava o amante de ter “entortado seus olhos”. Freud (1974c) assinala que essa frase tem o valor de uma análise, pois trás de forma compreensível, consciente, o efeito que esse encontro

com o seu amante, um *'Augenveredrelher'*³³, ou seja, um entortador de olhos, teria tido sobre ela. Isso que aparece de forma clara, consciente, a descoberto na psicose, só poderia se revelar numa neurose, sob o efeito de uma análise. Se na psicose, "o enigmático *Ics.* ficará mais ao nosso alcance, tornando-se, por assim dizer, tangível" (Freud, 1974c, p. 224), já na neurose, isso estaria cifrado, recalcado no inconsciente. Uma histérica, nos dirá Freud (1974c), teria "entortado convulsivamente os olhos" (p. 227), sem ser capaz de expressar quaisquer pensamentos conscientes sobre isso depois.

Esse ponto nos parece decisivo no uso da apresentação de pacientes na clínica da psicose. Afinal, para a neurose, um único encontro pouco adiantaria para o desvelamento da trama sintomática, seja por sua complexidade, seja por seu caráter íntimo, secreto, pouco propenso à exposição. Quanto à psicose, ao contrário, podemos dizer que é justamente por essa particularidade da estrutura, que a apresentação tem efeitos. Uma vez que o inconsciente encontra-se a céu aberto, em um único encontro muitas vezes é possível apreender o conjunto da problemática, o que permite estabelecer, não apenas o diagnóstico, mas extrair também elementos orientadores para o tratamento, como, por exemplo, as premissas de uma transferência possível, os modos de aparelhagem do gozo, perspectivas de estabilização. Isso sem dizer nos efeitos sobre o próprio paciente, que ao ter a oportunidade de falar sobre o que lhe acomete, isso abre possibilidades de circunscrever o real que invade propiciando em um grande número de vezes, certo apaziguamento do sujeito.

O segundo ponto que gostaríamos de propor, estaria na base da relação de cada um deles com a psicanálise. Como vimos, o desafio de Freud foi o de fundar um campo discursivo absolutamente inédito. Seu movimento, portanto, era o de ruptura com o discurso médico, do qual a apresentação tradicionalmente fazia parte. Quanto a Lacan, quando este se formou em medicina, a clivagem entre as clínicas médica e a psicanalítica já estava instituída. Dessa maneira, seu desafio foi antes o de utilizar-se na clínica da psicose, desse discurso originalmente orientado para a clínica da neurose.

Mas um ponto de fundamental importância e que é, em verdade, anterior a esse momento em que cada um deles se "encontrou" com a psicanálise, é o ponto

³³*'Augenveredrelher'* - termo alemão, cujo sentido figurado é enganador (Freud, 1974c, p226).

de partida, no que diz respeito à da formação médica de cada um deles. Enquanto a experiência de Freud partiu da neurologia, e foi orientada para a investigação da histeria, o trabalho de Lacan foi com as psicoses, e teve sua base na psiquiatria.

Essa diferença tem desdobramentos importantes no que se refere ao nosso tema de investigação, pois isso tem relação direta com a experiência que cada um pode ter com a apresentação de pacientes, nesse período de formação. Freud, como vimos, teve como importante referência de abordagem, as apresentações realizadas por Charcot. Estilo, que como vimos, ele reproduz na apresentação de August P.. Contudo, apesar de toda admiração pelas apresentações do mestre, essa forma de intervenção nos pareceu incompatível com a prática psicanalítica desenvolvida por Freud, visto que o enfoque de Charcot recaía sobre o exame anatomopatológico do corpo, desconsiderando a fala de suas pacientes, aspecto que se tornou o centro da intervenção freudiana.

Quanto a Lacan, ele teve uma experiência absolutamente distinta da de Freud, no que diz respeito ao uso da palavra na apresentação de pacientes, afinal, ele foi aluno de Clérambault, considerado um dos grandes mestres da psiquiatria, na arte da apresentação de pacientes. Diferentemente de Charcot, neurologista, cujas apresentações se ancoravam na perspectiva médica, Clérambault era psiquiatra e, enquanto tal, praticava a apresentação segundo a tradição do interrogatório. Ou seja, Lacan testemunhou apresentações cujo enfoque recaía justamente sobre a fala do paciente psicótico, pois como vimos, era através desta que a psiquiatria procurava alcançar as provas da loucura. Sem dúvida um dispositivo operado de forma bem mais compatível com o que viria a ser a apresentação psicanalítica. Se na apresentação de pacientes que Lacan conheceu, a palavra já estava no centro da operação, o seu desafio foi antes o de subverter o lugar do saber em relação à verdade em jogo nesse dispositivo, se utilizando, não mais dos discursos do mestre e do universitário, dos quais essa prática adivinha, mas do discurso do analista, enquanto forma de tratamento do real que considera o sujeito da enunciação.

Podemos dizer que a experiência de Lacan foi privilegiada, não apenas porque se deu no seio do interrogatório, como já dissemos, uma prática sustentada na fala, no discurso do paciente, mas também pela própria concepção que Clérambault tinha da psicose e, cuja investigação, abriu as possibilidades para um novo uso da linguagem na clínica da psicose. Isso porque Clérambault (2004) diferenciava a psicose, dos sintomas psicóticos. Para ele, a psicose, era a base, “o

fundo material (histológico, fisiológico)” (p. 155), da doença, cuja causa seria “um processo histológico irritativo de progressão em algum modo serpeginosa³⁴” (p.114). Assim, os fenômenos, tais como os delírios e as alucinações, eram considerados por Clérambault, como sendo as manifestações psíquicas secundárias a esse processo de origem orgânica. Orientado por essa perspectiva, durante seus interrogatórios, Clérambault buscava não os fenômenos clássicos, mas justamente, esses mecanismos formadores da psicose. Assim, Clérambault procurava detectar através da fala dos pacientes, os fenômenos sutis, discretos, iniciais da psicose. Fenômenos indicativos desse momento muito particular da irrupção da psicose. Para dar visibilidade a esses fenômenos, os quais nomeou Síndrome do Automatismo Mental, e colocá-los à mostra do público, Clérambault desenvolveu de tal forma a arte de extrair confissões, que, como dirá Bercherie (2004), Clérambault "elevou a prática da apresentação de pacientes à perfeição" (p. 11).

E é este elemento mínimo, discreto, formador da psicose, que Clérambault buscava revelar nas suas apresentações, que ganhará destaque nas apresentações de Lacan. Assim como seu mestre, a intenção de Lacan era buscar, para além dos fenômenos psicóticos, o “nó central do caso” (Laurent, 1989, p. 165), não obstante esse nó central tivesse conotações diferentes para ambos. Para Clérambault o centro de seu interesse era desvelar o automatismo mental, *nas psicoses alucinatórias crônicas* e no *caso dos delirantes passionais*, a posição do doente frente à verdade de sua crença. Já Lacan, vai tomar como centro de seu interesse a posição do sujeito em sua relação com o Outro da linguagem.

Tal mudança de perspectiva se deve ao fato de que na medida em que Lacan se formou psicanalista, é do lugar de analista que ele fará suas apresentações. Contudo, ao aplicar a escuta psicanalítica a essa prática psiquiátrica, Lacan a subverte: em lugar de buscar na fala do paciente os índices e sinais de sua doença para enquadrá-lo no saber médico previamente estabelecido sobre a loucura, Lacan vai se interessar pelos aspectos do caso que escapam ao saber constituído, procurando fazer emergir o sujeito enquanto tal. Para ele, não se trata mais de deflagrar a doença, ou demonstrar os fenômenos, mas sim, de tentar

³⁴ Segundo Henri Maurel (2003), o termo ‘serpiginoso’, utilizado por Clérambault, pertence à terminologia médica antiga: “se diz das afecções cutâneas (úlceras, erisipela) que afetam formas sinuosas e se curam de um lado, para estender-se do outro, parecendo deslocar-se rastejando” (p. 70).

localizar a posição subjetiva, a posição de gozo do sujeito em relação ao Outro. Como nos diz Laurent (1989): “Lacan tentava tocar o sujeito no doente” (p. 152).

E o que seria “tocar o sujeito no doente”? Podemos dizer que é, justamente, buscar o ponto de real, ou seja, aquele ponto em que escapa a significação, ponto enigmático para o sujeito, portanto, que traz algo do impossível de suportar. Habitualmente, convida-se para ir à apresentação aquele paciente que se encontra em um momento crítico, no qual o sujeito encontra-se invadido, como nos diz Leguil (1993), no “limite, no qual o impossível de suportar só pode propagar-se ou resolver-se na dimensão de uma clínica cujos pontos de perspectiva são, primeiramente, os da passagem ao ato ou do desmoronamento subjetivo” (p.45). O que se pode aprender com Lacan, é que se nesse momento é dada uma oportunidade à palavra, isso permite ao paciente circunscrever o que lhe sucede, permitindo-lhe “afastar-se do impossível de suportar para poder começar a falar” (Leguil, 1993, p. 45).

Essa perspectiva psicanalítica imprimiu um caráter fundamentalmente clínico à apresentação. Sustentada na crença psicanalítica na virtude da palavra para mudar a clínica de um caso, as apresentações de paciente ganharam espaço no Campo Freudiano e cada vez mais podemos recolher seus efeitos. Efeitos que podem incidir sobre o sujeito, implicando-o no seu tratamento, fortalecendo os laços transferenciais junto à equipe, possibilitando algum reposicionamento diante de sua própria fala, assim como efeitos sobre equipe que o acompanha, na medida em que a entrevista geralmente nos permite fazer a construção do caso clínico.

Com efeito, a partir de Lacan, o objetivo da entrevista deixa de ser o de desmascarar o doente, de revelar sua loucura, ou de produzir um saber sobre ele, mas sim, o de permitir ao paciente produzir, ele mesmo, um saber sobre seu sofrimento. No discurso do analista, ao sujeito, antes alienado no discurso médico, é dada a palavra, é ele quem tem algo a dizer. Podemos dizer que o que Lacan fez, enquanto psicanalista, foi se interessar pela fala do paciente psicótico, deste mesmo lugar proposto por Freud para o sujeito neurótico. Dessa maneira, não seria um exagero dizer que a grande subversão produzida por Lacan, na prática da apresentação de pacientes, tenha em sua base, a subversão freudiana, no sentido de que a verdadeira subversão foi aquela produzida por Freud, ao fundar o discurso psicanalítico.

4 CLÉRAMBAULT, MESTRE DE LACAN

4.1 DOS NOSSOS ANTECEDENTES

Utilizada tanto na medicina em geral quanto na psiquiatria, a apresentação de pacientes foi introduzida na psicanálise por Jacques Lacan. Apesar das polêmicas e críticas que incidiam sobre esse dispositivo, Lacan sustentou sua prática, por cerca de 50 anos, fazendo deste, um importante dispositivo de intervenção clínica e de transmissão da psicanálise.

Certamente, foi em sua formação psiquiátrica que Lacan tomou contato com a apresentação de pacientes, visto ter sido aluno de Clérambault, “o último dos grandes clássicos”, considerado também, um dos grandes mestres da apresentação. Contudo, não há nada de óbvio nessa apropriação do dispositivo da apresentação de pacientes por Lacan. Assim como Lacan, que foi aluno de Clérambault, Freud, foi aluno de Charcot, também reconhecido como um dos maiores mestres de apresentação de pacientes e, no entanto, não encontramos em Freud, nenhuma tentativa de articular a prática da apresentação de pacientes, à prática da psicanálise.

Que isso tenha sido um trabalho de Lacan, e não de Freud, nos parece compreensível, por pelo menos dois motivos. O primeiro seria a própria formação de Freud, oriunda da neurologia, calcada, portanto, na tradição médica, cuja experiência com a apresentação de pacientes se sustentava na busca de provas do adoecimento no corpo do enfermo, e não na fala, tal como ele pode presenciar com Charcot.

Como segundo motivo, teríamos que Freud, ao fazer o giro discursivo, fundando a psicanálise, ele o fez a partir de seu encontro com a histeria. Como é sabido, marcada pelo recalque, a neurose tem como característica o velamento da intimidade e a resistência em tocar, como diria Freud, o núcleo patôgeno do conflito psíquico. Assim, penetrar a complicada textura de uma neurose, elucidar seus conflitos e evidenciar sua estrutura, em um único encontro, pareceria ser uma tarefa praticamente impossível. Portanto, a neurose se mostraria uma estrutura pouco compatível com a apresentação de pacientes.

Quanto a Lacan, podemos supor que o fato de ter se formado em psiquiatria, favoreceu imensamente sua aproximação com a apresentação de pacientes, em pelo menos dois aspectos. Como primeiro aspecto, temos a própria tradição do ensino psiquiátrico, que sempre teve na apresentação de pacientes, um importante dispositivo de intervenção clínica e de formação. Todavia, cabe aqui, ressaltar, que diferentemente da apresentação de pacientes realizada pela medicina em geral, que tinha, como objeto de investigação, o corpo do paciente, a tradição psiquiátrica, se sustentava no “Interrogatório”, prática que tinha na fala do paciente sua principal via de acesso à apreensão da loucura. O segundo aspecto se deve ao fato da psiquiatria ter justamente na psicose, um de seus principais objetos de investigação. E na medida em que o psicótico apresenta seu inconsciente a céu aberto, isso faz desta, uma estrutura muito mais compatível com o dispositivo da apresentação.

O que se faz questão par anos, é porque Lacan veio a se interessar pela apresentação de pacientes, visto que nos anos 30, época em que ele se formava psiquiatra, apresentação de pacientes, que havia se destacado ao longo de toda psiquiatria clássica, de Esquirol (1817) à Clérambault (1934), como um dos principais instrumentos de investigação clínica e de ensino, justo neste momento, começava a entrar em decadência? Como nos diz Santiago (2000), Lacan retoma a prática da apresentação no momento em que ela já estava prestes a desaparecer tendo em vista os rumos que se delineavam para o saber psiquiátrico. Entretanto, mesmo neste momento historicamente desfavorável, Lacan não apenas se interessou por esse dispositivo, mas sustentou sua prática ao longo de toda sua vida.

De certo, que a apresentação realizada por Lacan, não é a mesma da psiquiatria. Na medida em que Lacan foi aspirado pela psicanálise, é deste lugar, enquanto analista, que ele conduzirá suas apresentações. Se na psiquiatria, estas eram operadas a partir dos discursos do mestre e/ ou universitário, Lacan a toma sob a perspectiva do discurso do analista, o que imprime profundas transformações nessa prática, visto que coloca o paciente enquanto sujeito da palavra, da enunciação. Com isso ele não apenas não deixou que o dispositivo caísse no abandono, mas ele o renovou, permitindo inclusive, que o mesmo viesse a ocupar um lugar de interesse e destaque na clínica psicanalítica.

Mas o que levou Lacan a se interessar por essa prática decadente? Tomando emprestado as palavras de Leguil (1998), que tão bem traduzem isso que

nos faz questão: “Por que Jacques Lacan assegurou a continuidade de uma prática que, sem ele, se teria tornado caduca?” (p.94).

Para respondermos a essa questão é preciso inicialmente esclarecer em que sentido essa prática era decadente, pois em verdade, nessa época a apresentação era um exercício freqüente nos hospitais. O que é preciso esclarecer é que o que entrava em decadência nessa época era, não o dispositivo em si, mas seu caráter clínico, investigativo, pois se a apresentação se caracterizara até então, por operar numa interseção entre a clínica e o ensino, esse é um momento em que sua dimensão de ensino começa a prevalecer, reduzindo o dispositivo a uma função didática.

Para entendermos melhor essa modificação no status da apresentação, e preciso articulá-la às modificações sofridas pela própria psiquiatria – modificações que se iniciaram no final do século XIX, e que já se tornavam mais evidentes nas primeiras décadas do século XX, vindo a se consolidar a partir da segunda metade do mesmo século. Podemos marcar esse momento, como o período de declínio da psiquiatria clássica, quando, tendo alcançado os limites do método descritivo, essa psiquiatria começava a se acomodar ao saber já constituído, deixando de lado sua posição investigativa que até então a caracterizara. A psiquiatria clássica vai assim, cedendo espaço a uma perspectiva psiquiátrica mais pragmática. Essa psiquiatria emergente, sustentada na investigação e desenvolvimento das terapêuticas farmacológicas, tais como a malarioterapia (1917), a lobotomia (1935), e o eletrochoque (1937), se ocupa prioritariamente das técnicas de intervenção e seus efeitos sobre o corpo. Assim, o interesse se desloca da busca de algum entendimento da loucura, para interesse pelos efeitos de suas técnicas de intervenção sobre os fenômenos psíquicos. Contudo, essa psiquiatria emergente, por não precisar mais investigar os detalhes do caso, resultou em um gradativo desinteresse pela fala do paciente.

De certo que esta modificação pela qual passava a psiquiatria, repercutiu também sobre a prática da apresentação. Para entendermos esses efeitos, é preciso assinalar que a apresentação é apenas um dispositivo e, enquanto tal, se limita a reproduzir, na prática, as perspectivas teóricas e ideológicas daquele que dela se utiliza. Até então, a psiquiatria clássica e conseqüentemente, suas apresentações de pacientes eram conduzidas sob a lógica do interrogatório que, sustentado na fala do paciente, tinha como objetivo examinar os detalhes de sua vida e de sua doença

para, a partir daí, estabelecer seu diagnóstico e prognóstico. Para tanto, o médico confrontava a verdade delirante do paciente com a realidade compartilhada, desestabilizando suas crenças e provocando-lhe uma crise, de forma a presentificar seus sintomas e levá-lo a reconhecer sua doença. Dessa forma, além de favorecer a elaboração do diagnóstico e prognóstico de um caso em particular, o interrogatório tinha também, extrema importância para a psiquiatria de uma maneira geral, visto que seu caráter investigativo viabilizava a constituição do saber psiquiátrico, ainda em construção. O interrogatório se efetivava, portanto, na articulação entre a pesquisa, a clínica e o ensino. Todavia, na medida em que a psiquiatria se abdicou do interesse clínico investigativo, e passa a prescindir a fala do paciente, o interrogatório perde seu lugar de importância. Esse mesmo movimento incidirá, portanto, sobre a prática da apresentação. Se já não há mais interesse na investigação clínica, no detalhe do caso, na história do paciente, esta prática não terá outro sentido que não o do ensino, reduzido agora à identificação dos sintomas e fenômenos evidentes. O que essa psiquiatria emergente já apontava, é justamente para a perspectiva que se tornará hegemônica na psiquiatria atual, que trata o doente como aquele que é preciso fazer calar, pois tudo que é subjetivo, particular, é visto como perturbador ao modelo da universalização, da quantificação.

Temos assim que a apresentação, que funcionava como ponto de aplicação e produção de saber, perdeu seu lugar dinâmico de invenção, ficando abandonada ao automatismo acadêmico, restringindo-se à função de “ilustração viva” dos quadros conhecidos (Leguil, 1998, pg. 96), que é justamente a imagem que chegou até nós.

É nesse contexto, em que a apresentação de pacientes começava a perder sua riqueza clínica, sendo reduzida a mero dispositivo didático, para ensino de uma psiquiatria, ela mesma, reduzida naquilo que desejava saber, que as apresentações de Clérambault se destacam. Considerado o último representante da psiquiatria clássica, Clérambault sustentava em suas apresentações o mesmo vigor e caráter investigativo que caracterizava o interrogatório clássico, praticado por seus antecessores. E foi esse estilo de apresentação que Lacan pode conhecer com Clérambault. Podemos inferir assim, a importância do encontro de Lacan com Clérambault. Afinal, numa época em que as apresentações didáticas se propagavam pelos hospitais, Lacan teve como professor, aquele que se destacou, segundo Bercherie, como sendo “o último e mais brilhante dos clássicos” (Bercherie, 1980,

p.251, citado por Girard, 1993, p.10), um verdadeiro mestre das apresentações de pacientes.

4.2 O ESTILO DO MESTRE

Clérambault teve como mérito inquestionável, o fato de manter vivo o interesse pela clínica: a importância dada à história de vida, aos detalhes do caso, à descrição refinada dos fenômenos, lhe permitiu, como nos dirá Lacan, renovar o saber psiquiátrico de sua época (Roudinesco, 1994). Ainda assim ele foi taxado de anacrônico, não apenas pela manutenção do método clínico investigativo, mas também pela descrença no tratamento da doença mental, e ainda por sua concepção organogênica da loucura, considerada obsoleta, antiquada, ultrapassada. Entretanto, trata-se de um anacronismo absolutamente paradoxal, pois todos os argumentos dos quais se utilizava para sustentar sua posição, antecipavam uma grande virada na abordagem da psicose. Como nos disse Tyszler (2004), “seu anacrônico organicismo, não deve mascarar os espantosos primeiros passos de uma leitura estrutural” (p.118), cuja investigação, de fato, abriu as possibilidades para um novo uso da linguagem na clínica da psicose.

Sua filiação à tradição clássica pode ser vista em suas apresentações de pacientes. Sem acesso à lesão orgânica, causa da doença mental, Clérambault se mantinha fiel à idéia de que era através do relato do paciente e da observação cada vez mais precisa, que se poderia aceder à compreensão dos fenômenos assim como às provas da loucura. Em verdade, ele considerava que a visibilidade das causas da loucura se detinha no sintoma, portanto, só poderia ser inferida da clínica (Girard,1993). Portanto, ele descrevia que o corte histológico passível de colocar tais mecanismos à mostra, seria justamente o discurso do paciente e não uma descrição anatomopatológica (Girard, 1993). Dessa forma, Clérambault não apenas dará continuidade à prática do interrogatório, mas irá aprimorar cada vez mais, as técnicas de extrair a confissão de seus pacientes.

Sobre suas apresentações, segundo informação de Girard, ele as realizava, semanalmente, em dois espaços diferentes: às segundas-feiras, na Reunião da Sociedade Clínica de Medicina Mental³⁵, realizada no Anfiteatro do Serviço de

³⁵ Sociedade científica fundada em 1908, reputada por ser um lugar de pesquisa e de ensino clínico muito importante na época e que foi presidida por Clérambault em 1928.

Admissões de Sainte-Anne, e outra, toda sexta-feira à tarde, na Enfermaria Especial. A Reunião na Sociedade Clínica era uma reunião médica de ordem exclusivamente clínica, cuja regra de funcionamento era a apresentação de enfermo, depois um debate sobre o caso – toda exposição doutrinária, bibliográfica e a controvérsia estavam excluídas. Quanto às apresentações realizadas na Enfermaria Especial, estas faziam parte da tradição de ensino da própria instituição, que se iniciou em 1886, tendo sido conduzidas por Clérambault, de 1921 a 1934. Na Enfermaria Especial de Paris³⁶, Clérambault apresentava suas aulas sempre acompanhadas da apresentação de enfermos, onde ao mesmo tempo em que buscava a confissão dos pacientes, fazia “comentários dogmáticos, digressões eruditas e críticas mordazes a seus adversários científicos” (Bercherie, 2004, p.11). Entretanto, o público era restrito a estudantes de Medicina e de Direito, tendo em vista o caráter médico-legal do serviço (Girard, 1993).

Embora Clérambault seguisse a tradição clássica, é importante ressaltar que há particularidades, tanto em seu entendimento da psicose, assim como em seu objetivo com o interrogatório, que o fizeram se destacar de seus antecessores. Como elemento fundamental, que incidiu tanto sobre sua produção teórica, quanto sobre sua forma de realizar as apresentações de pacientes, devemos salientar a especificidade de seu trabalho - Clérambault era chefe da Enfermaria Especial de Alienados da Prefeitura de Polícia, local para onde eram conduzidos todos aqueles que perturbavam a ordem pública: delinqüentes, criminosos, prostitutas, deficientes, vagabundos e também os alienados. O volume de pacientes e o polimorfismo psicopatológico dessa clientela que passava pela Enfermaria Especial serviram a Clérambault como um verdadeiro observatório. Esse aspecto, aliado ao seu estilo observador, minucioso e detalhista, e ainda à liberdade de poder investigar sem se ocupar do tratamento, permitiu a Clérambault dar valiosas contribuições à psiquiatria. Tanto que em uma época em que a psiquiatria clássica já não produzia saber, Clérambault foi responsável pela descrição de quadros importantes, tais como os delírios tóxicos, os delírios comenciais mnésticos, a *folie a deux*, a síndrome erotomaníaca, a síndrome do automatismo mental, entre outros.

No que diz respeito a seu trabalho, era função de Clérambault, observar e diagnosticar de forma a decidir o encaminhamento, separando os alienados dos

³⁶ "Enfermaria Especial" - Serviço de Psiquiatria ligado à Prefeitura de Polícia de Paris, fundado em 1872, no qual Clérambault trabalhou desde 1920 até o ano de sua morte, 1934.

demais, visto que estes deveriam ser conduzidos para o manicômio. Todavia era um trabalho que exigia grande sensibilidade e perícia, pois no caso dos doentes mentais, geralmente tratavam-se de casos cuja sintomatologia discreta, dificultava um diagnóstico claro. De fato, a Enfermaria Especial lhe possibilitava o acesso às psicoses em um estado pouco comum para a maioria dos psiquiatras – as psicoses não desencadeadas. Dessa sua experiência na Enfermaria Especial, Clérambault pode afirmar que certos fenômenos discretos, sutis, podiam subsistir durante muitos anos, sem que se deflagrasse uma psicose. Essa percepção teve importantes efeitos teóricos e clínicos, pois permitiu a Clérambault distinguir a psicose, enquanto base, núcleo da doença; de seus fenômenos, considerados por ele, como sendo secundários. Tal perspectiva o levou a deslocar o foco de seu interesse dos fenômenos mais evidentes e exuberantes como os delírios e alucinações, para os mecanismos geradores, formadores destes. É Girard (2003) quem chama nossa atenção: não obstante a aparente diversidade dos textos de Clérambault, toda a sua investigação clínica parece orientada para a busca desses mecanismos geradores das psicoses. Essa investigação, ele a fará em torno de dois grandes pólos – as psicoses alucinatórias com base no automatismo mental por um lado, e as psicoses paranóicas ideoafetivas, por outro.

No caso das psicoses alucinatórias, considerava-as como uma doença orgânica, cuja causa seria “um processo histológico irritativo de progressão em algum modo serpeginosa³⁷” (Clérambault, 2004, p.114), ou seja, um processo irritativo de progressão lenta, conseqüência de antigas infecções ou transtornos endócrinos³⁸ (Bercherie, 2004). Dessa forma, para Clérambault (2004), a psicose era a base, “o fundo material (histológico, fisiológico)” (p.155), sendo os fenômenos mais exuberantes, tais como os delírios e as alucinações, considerados como manifestações psíquicas secundárias a esse processo de origem orgânica. As construções delirantes, por exemplo, eram consideradas como sendo uma reação imaginativa do intelecto de ajuste e integração que sistematizaria o impacto do processo orgânico sobre o sujeito (Bercherie, 2004). Assim, em lugar de provocar a

³⁷ Segundo Henri Maurel (2003), o termo ‘serpiginoso’, utilizado por Clérambault, pertence à terminologia médica antiga: ‘se diz das afecções cutâneas (úlceras, erisipela) que afetam formas sinuosas e se curam de um lado, para estender-se do outro, parecendo deslocar-se rastejando’ (p. 70).

³⁸ “É assim que [Clérambault] imaginava primeiro inflamações localizadas, que irradiam, confluem e reavivam velhos focos, descendo pelos centros nervosos, fazendo reverberar as excitações normais (ecos), anexando zonas cada vez mais extensas até constituir um enorme complexo neoplástico (‘a segunda personalidade’), implantada sobre a velha personalidade ‘primeira’, ou absorvido de uma inflamação de ‘sínteses colaterais’, de subprodutos da atividade do pensamento, origem de uma avalanche de informações delirantes” (Bercherie, 2004, p.21).

crise para presentificar os sintomas, como faziam seus colegas clássicos, Clérambault procurava detectar através da fala do paciente, os fenômenos iniciais, sutis, discretos, por serem puramente verbais ou psíquicos, tais como os jogos silábicos, intuições abstratas, veleidades abstratas, detenção do pensamento abstrato, vazio mudo de recordações, ideiorréia, vazio do pensamento, passagem de pensamento invisível, ou mesmo os mais tardios, como o eco do pensamento, pensamento antecipado, enunciação dos atos, impulsões verbais, entre outros (Girard, 1993). Nestes sintomas, os quais agrupou sob a denominação de Síndrome do Automatismo Mental, Clérambault destacava a maneira brusca, estrangeira, mecânica e parasitária, com que estes irrompiam na consciência da pessoa determinando a cisão no Eu. Para Clérambault, o caráter anidético (abstratos, marcado pela ausência de organização temática) e a maneira intrusiva, externa, automática, com que estes se impunham à consciência, independente da intencionalidade do sujeito, eram uma prova de que o automatismo ocorreria fora do psiquismo, portanto, no corpo. Apreender o automatismo mental era a possibilidade de isolar o momento muito particular da irrupção da psicose, o ponto de “passagem do psíquico puro, do pensamento abstrato, ao verbal e à sensorialidade das vozes” (Girard, 1993, p.23).

Da mesma forma, nas psicoses delirantes, Clérambault procurava isolar os mecanismos geradores dos delírios, constituídos sobre um nó ideo-afetivo de base orgânica, que no caso de algumas psicoses interpretativas poderia ser isolado na forma da pseudo-constatação, e que no caso das psicoses passionais, do postulado fundamental. Clérambault (2004) procurava delimitar o ponto de partida do delírio, destacando, em meio à argumentação muitas vezes sistematizada e convincente do paciente, o postulado fundamental. Entretanto, seu interesse se estendia também pelo tema, conteúdo, seu tom psíquico, pureza, grau de sistematização, intensidade e extensão do delírio. Contudo, toda essa investigação tinha como objetivo último, demonstrar o quanto a certeza delirante estava funcionando.

Essa mudança de perspectiva implica em algumas diferenças na abordagem de Clérambault em relação a seus predecessores. No interrogatório clássico, confrontava-se o paciente a partir da verdade referida aos fatos da realidade, de forma que o paciente discriminasse a diferença de seus dizeres "mentirosos" em contraposição com a realidade externa, compartilhada, para que ele, por fim, se reconhecesse louco, se reconhecesse doente. No caso de Clérambault, o processo

era diferente. A Clérambault não interessava a provocação da crise. Ele não buscava produzir fenômenos ou fazer uma confrontação com a realidade. Não lhe interessava o ponto comum da alienação. A intenção de Clérambault era revelar a verdade da posição do sujeito em relação à crença delirante. A ele interessava a confissão da posição do doente de dentro mesmo de sua loucura, do interior seu delírio, afinal, como já dissemos, para Clérambault interessava somente demonstrar quando esta certeza estava funcionando.

Entretanto, isolar e dar visibilidade, seja ao automatismo mental, seja ao postulado, não era tarefa fácil. Nos casos de erotomania, por exemplo, dada sua reticência natural, o mais freqüente era que o paciente negasse explicitamente os seus sentimentos, conseguindo convencer magistrados e médicos, de que seus atos eram condenáveis, mas não motivo para internação. A fim de evitar esse risco, Clérambault orientava seus alunos, que não se tratava de procurar os fatos, visto que estes o paciente pode negar sempre. O que se deve buscar é antes os pontos de vista do paciente, que estão em fórmulas específicas.

De toda forma, quando o paciente não confessava explicitamente a sua crença, Clérambault buscava revelá-la a partir de seus sinais discretos, signos deste ponto inconfessável. Clérambault conseguia assim, desvelar o postulado, a partir de seu reconhecimento implícito pelo paciente: um sorriso, uma expressão, um olhar. “A esperança brilha também na credulidade destes enfermos, credulidade que é preciso saber explorar nos assentimentos tácitos, na animação repentina ante uma ou outra evocação, e por fim, nos efeitos mímicos, sempre marcados de hipertonicidade” (Clérambault, 2004, p.57).

Dessa maneira, no curso de suas apresentações de pacientes era possível acompanhar a obstinação e minúcia com a qual Clérambault procurava atravessar os fenômenos psicóticos para dar visibilidade a seus mecanismos formadores. Deste modo, orientado por esta perspectiva estrutural do sintoma, com seu famoso “olhar de águia” a um só tempo detalhista e minucioso, porém agudo e preciso, Clérambault desenvolveu a arte de extrair a confissão de seus pacientes. Como nos diz Bercherie (2004), Clérambault elevou a prática da apresentação de pacientes à perfeição (p. 11).

É preciso lembrar que para além do rigor clínico e do preciosismo teórico, Clérambault era orientado, em última instância, pela questão da periculosidade. Para estabelecer um diagnóstico, desmascarar uma simulação, reconhecer uma psicose

não desencadeada, e fazer um cálculo do risco de passagem ao ato ou de reincidência, Clérambault se norteava por detalhes clínicos, que os psiquiatras de hoje, provavelmente, não saberiam nem mesmo identificar. Dessa maneira, lhe interessava analisar o estrato lógico e cronológico em que se encontrava a enfermidade; se seu comportamento era efeito de uma perseguição ou de um automatismo mental; se o paciente reagia a partir da interpretação ou da imaginação, definir se tratava-se de um perseguidor-perseguido não amoroso ou um erotômano convertido em perseguidor; delimitar se era um caso puro ou um caso misto; se seria uma idéia organizada, destinada a se perpetuar, ou um tendência flutuante podendo tornar-se difusa e perder a força. Enfim, eram estes detalhes que permitiam a Clérambault avaliar as implicações afetivas do sujeito, conseqüentemente a intensidade de suas reações e a probabilidade de reincidências.

Deste modo, ele procurava extrair do paciente tudo aquilo que precisava saber para definir o diagnóstico e prever um prognóstico de risco. Assim, para além dos mecanismos geradores, e também para chegar até eles, o interesse de Clérambault ia desde a forma como o paciente se apresentava: vestimenta e postura, passando por sua biografia, condições materiais, relações afetivas, acontecimentos, personalidade anterior ao desencadeamento, até sua atualidade, incluindo aí, desde seus sintomas exuberantes, até suas expressões verbais e mímicas durante o interrogatório.

Para vencer a reticência dos pacientes, tocar os pontos mórbidos e obter todas as informações que precisava, Clérambault acreditava ser necessário conduzir, muito habilmente, a conversação.

Com um diálogo em aparência difuso mas constelado de centros de atração para as idéias, temos de induzir no sujeito um estado de espírito que o leve a monologar e a discutir; a partir daí nossa tática consistirá em calar-nos ou em contradizer apenas o suficiente para parecermos incapazes de compreendê-lo completamente. Então o sujeito se permitirá expressões que não havia previsto e deixará escapar fórmulas das quais pensa que não prevemos as conseqüências. (Clérambault, 2004, p. 70).

Assim, não acreditava nem no silêncio, nem nos questionários formais, por vezes utilizados por seus predecessores:

Não se interroga a um delirante como se interroga ao candidato a um diploma, porque o método das perguntas e respostas tem como efeito o fornecimento de respostas racionais e faz o sujeito pressentir as respostas a evitar. Muitos sujeitos não se entregam no interrogatório porque, limitados, por assim dizer, por nós, não encontram a liberdade necessária para derivar (Clérambault, 2004, p. 70).

De fato, como nos diz Bercherie (2004), Clérambault levava a um extremo lógico a recomendação de Falret, de não se converter em um secretário do paciente. Ao contrário, Falret recomendava ao psiquiatra, “assumir um papel ativo e buscar, com freqüência, provocar e fazer surgir manifestações que jamais apareceriam espontaneamente (Falret, 1845, p.19-20, citado por Foucault, 2006, p. 249). Para tanto, Clérambault acreditava que era preciso comover o paciente, ativando sua emoção de tal forma, que esta escapasse às tentativas do enfermo de ocultar-se. A fim de comover o paciente, ele se utilizava manobras diferentes em cada caso, o que não poderia ser de outra maneira, pois ele reconhecia que “os casos são por essência individuais” (Clérambault, 2004, p.33). Entretanto, sua necessidade de estabelecer o diagnóstico, associado à sua despreocupação com o tratamento, (até porque ele acreditava que a doença mental era incurável, não se preocupando com as conseqüências de suas intervenções sobre o paciente), tiveram importante implicação em sua forma de abordagem dos enfermos. Esta posição lhe permitia ir às últimas conseqüências em suas investigações. Como nos disse Roudinesco (1994), “sem julgá-lo, nem lamentá-lo, mas com uma vontade feroz de extorquir-lhe confissões” (p. 39), Clérambault conseguia arrancar de seus pacientes aquilo que desejava fazer revelar.

Para conduzir sua exploração minuciosa dos fenômenos e examinar detalhadamente as emoções em causa, Clérambault não hesitava em se utilizar de métodos questionáveis, mesmo condenáveis. Segundo Clérambault, para se obter a confissão, não bastava interrogar o paciente, mas era preciso manipulá-lo. Uma de suas estratégias era, por exemplo, produzir um estado de confiança no paciente, prometendo intermediar no que fosse necessário, para ajudá-lo a alcançar suas reivindicações delirantes. Enredando os pacientes nesse estado de confiança, ele os manipulava, provocava, enganava.

encurralando o enfermo, antecipando o que ele pressente de seu delírio (de onde insistiu em definir a ‘fórmula de cada entidade’), sem duvidar em pressioná-lo, aproveitando seu silêncio, a espera, fazendo comentários à

queima-roupa, Clérambault obtém sem lutar a confissão buscada, (Bercherie, 2004, p. 11).

Clérambault reconhecia também a importância do público. Inclusive, em seus relatos é possível encontrar algumas referências de como ele se utilizava disso para, nos jogos com seus pacientes, confrontá-los com os personagens de seus delírios, por exemplo.

Para ilustrar, tomemos uma apresentação de Clérambault. Trata-se de uma dama francesa, Lea Ana, 53 anos, cujo delírio erotomaníaco se baseava no postulado: “o Rei da Inglaterra me ama”. Lea Ana foi conduzida para a Enfermaria Especial, por ter feito escândalo em via pública, e esbofetear dois guardas. No momento de sua admissão revela, com relativa facilidade, sua convicção delirante. Entretanto, no dia seguinte, quando de sua apresentação pública na Sociedade Clínica, ela se mostrou reticente tanto sobre os temas de perseguição, quanto sobre os erotomaníacos. Contudo, Clérambault (2004) vence sua resistência assegurando à paciente que aquele grupo, diante do qual era apresentada, tratava-se em verdade, de um “comitê composto por gente eminente, que teria crédito especial fora da França” (p.31-32). Um comitê que se não colocou o Rei em sua presença, foi pelo temor de que ela não se portasse adequadamente, mas que poderia ainda assim, intermediar seu contato com ele, sendo portadores de uma carta dela para Sua Majestade. Ao prometer intermediar seu contato com o Rei, Clérambault aciona sua esperança, fazendo com que a emoção transborde e apareça sob sua negação. O sucesso de sua estratégia pode ser comprovado na carta endereçada ao Rei, que Clérambault (2004) consegue recolher da paciente, ao final da entrevista.

À Sua Majestade o Rei George V, Rei da Inglaterra.

Majestade: venho solicitar-lhe muito humildemente minha graça e para assegurá-lo de toda minha devoção. A fim de assegurá-lo eu mesma de todo meu afeto e dos sentimentos muito profundos que existem no fundo do meu coração, eu queria pedir a Vossa Majestade uma entrevista que o senhor mesmo marcaria e que me encheria de felicidade. Eu peço do fundo do coração que vossa Majestade me perdoe e me deixe vir à Inglaterra, onde asseguro a Vossa Majestade de toda minha devoção.

L. Ana B., Hospital Sainte-Anne. Paris, 20 de dezembro de 1920 (p. 31-32).

Segundo Clérambault (2004), estratégias deste tipo se justificavam pois, “na ausência desta manobra, muitas enfermas são classificadas como perseguidas-perseguidoras, quando deveriam ser classificadas entre as perseguidas amorosas”

(p.40), ou mesmo passar como um estado passional normal, resultando, por exemplo, em “liberações absurdas, seguidas de reincidência imediata” (p.71).

E realmente suas intervenções possibilitavam, com efeito, uma grande precisão na definição diagnóstica e conseqüente acerto nos encaminhamentos. Mas nem isso impediu a polêmica que girou em torno de suas apresentações. Por um lado, a fama de tirânico, arrogante e provocativo, levava a contestações e reação de rechaço, mas por outro lado, seu olhar agudo, penetrante e preciso, faziam de suas apresentações umas das mais requisitadas de sua época.

De toda forma, Clérambault, em seu anacronismo paradoxal, produziu saber. Saber que era aplicado, posto à prova e recriado na apresentação. Assim, as apresentações do último dos grandes clássicos foram marcadas pela articulação entre a investigação clínica e o ensino, mantendo a vivacidade e o dinamismo, que caracterizaram as apresentações dos primeiros tempos. E foram estas apresentações às quais, Lacan, aluno de Clérambault, sem dúvida alguma assistiu. Aliás, baseado em seus comentários sobre o mestre, assim como nos comentários sobre suas próprias apresentações, podemos extrair alguns índices de que o trabalho de Lacan trás as marcas da influência do mestre.

4.3 LACAN, ALUNO DE CLÉRAMBULT

Longe de ser apenas uma suposição, essa influência é explicitada pelo próprio Lacan (1998a) que, em mais de uma situação, vai se referenciar a Clérambault como tendo sido seu “único mestre em psiquiatria” (p.65). Lacan reconhece inclusive, que não obstante a concepção organicista deste, é a Clérambault que ele devia sua concepção estrutural e psicogênica da loucura. E de fato, é possível percebermos que o caráter autônomo e parasitário com o qual Clérambault define o automatismo mental, coincide justamente com a definição que Lacan dá da psicose à época do *O Seminário, Livro 3 (1955-56/1992a)*, sobre as psicoses, enquanto efeito de uma intrusão da estrutura significante. Sobre isso Lacan (1998a) dirá: “seu *automatismo mental*, com sua ideologia mecanicista de metáfora, por certo bastante criticável, parece-nos, em seus enfoques do texto subjetivo, mais próximo do que se pode construir de uma análise estrutural do qualquer esforço clínico na psiquiatria francesa” (p.69).

E ainda mais. Se Lacan se coloca como aquele que deu continuidade à obra de Clérambault, vemos que isso não se deu apenas no que diz respeito à teoria, mas também, no que diz respeito à apresentação. O próprio Lacan (1998c) reconhece que Clérambault foi também seu “único mestre na observação dos doentes” (p.169). E não há dúvidas – Lacan soube desenvolver a acuidade clínica do mestre. Assim como Clérambault, Lacan perpetuou o seu interesse agudo e penetrante, que buscava para além dos fenômenos, a posição do doente. Afinal, era este mesmo elemento mínimo, formador, estrutural, que Clérambault buscava revelar nas suas apresentações, que ganhará destaque nas apresentações de Lacan. Assim como seu mestre, a intenção de Lacan era buscar, para além dos fenômenos psicóticos, o “nó central do caso” (Laurent, 1989, p. 165), não obstante esse nó central tivesse conotações diferentes para cada um. Para Clérambault o centro de seu interesse era desvelar o automatismo mental, nas psicoses alucinatórias crônicas e o postulado, no caso das psicoses passionais. Já Lacan, pelo menos no primeiro momento de seu ensino, vai tomar como centro de seu interesse o fenômeno elementar, revelador da posição do sujeito em sua relação com o Outro da linguagem.

Quando dizemos que em suas apresentações, Lacan buscava a posição do sujeito, isso implica dizer que, embora possamos encontrar alguns pontos indicativos de sua filiação a Clérambault e, portanto, dizer que, em última instância, suas apresentações tiveram origem no interrogatório clássico, contudo, haverá diferenças fundamentais entre elas.

Como ponto comum, temos, sobretudo, a manutenção do caráter clínico, investigativo, abandonado pela perspectiva psiquiátrica hegemônica na época de Lacan. No que diz respeito especificamente a Clérambault, podemos ressaltar a precisão e acuidade das intervenções, que visavam não o fenômeno, mas a posição do paciente.

Contudo, as apresentações de Lacan irão se diferir imensamente das apresentações de seus antecessores no que diz respeito às suas estratégias de intervenção. Em verdade, ao operar o dispositivo da apresentação de pacientes sob a lógica do discurso do analista, Lacan subverte profundamente o sentido e alcance desta prática. Ao visar o sujeito, Lacan eleva a investigação à outra dimensão. Enquanto os clássicos, Clérambault entre eles, se restringiam à dimensão imaginária do Eu, no eixo a-a', Lacan vai se interessar, então, pela dimensão inconsciente,

deslocando assim, o interesse do enunciado para a enunciação. Portanto, não se trata mais de desmascarar o paciente, mas fazer emergir o sujeito enquanto tal.

Para pensarmos esses pontos de convergência e de divergência entre as apresentações de Clérambault e de Lacan³⁹, tomaremos dois fragmentos de apresentações realizadas por Lacan e comentados por ele, em *O Seminário, Livro 3: As psicoses (1955-56/1992a)*. Em ambas, ele faz referência à dificuldade de se acessar o sujeito. Como nos dirá Éric Laurent (1995), o sujeito psicótico, não tem necessariamente vontade de nos falar daquilo que lhe interessa: “É preciso dispô-lo a isso. Se ele não estiver disposto, não se conseguirá nada. Não se conseguirá nada de essencial, ou seja, ele se manterá na fala comum” (p.122). Para tanto, os psiquiatras clássicos confrontavam o paciente, provocando a crise. Já Clérambault, como vimos, procurava ativar a emoção de forma que esta escapasse às tentativas do enfermo de ocultar-se pela racionalização. Quanto a Lacan, ele convidava o paciente falar.

Sobre a primeira paciente, Lacan (1992a) comenta que levou cerca de uma hora e meia para recolher dela, a palavra *galopiner*, ou seja, para “tirar dela o signo, o estigma, que provasse que se tratava realmente de uma delirante, e não simplesmente de uma pessoa de caráter difícil que está em conflito com seu meio” (p.42). Para Lacan (1992a), a palavra *galopiner*, revelava a linguagem “de sabor particular e freqüentemente extraordinário, do delirante”(p.42), presentificando que a paciente “estava evidentemente em um outro mundo, num mundo cujos pontos de referência essenciais são constituídos por este termo *galopiner*, e sem dúvida muitos outros que ela nos escondeu” (p. 42). Como podemos ver, assim como Clérambault, Lacan também se interessava pelos fenômenos elementares⁴⁰, e em suas apresentações, buscava a possibilidade de isolar sintomas que fossem patognomônicos, mesmo que fossem bastante discretos, visto que de certo modo resumem o conjunto da problemática delirante ulterior (Sauvagnat, 2006).

Quanto à segunda paciente, Lacan nos fala um pouco mais. Tratava-se de uma moça que vivia uma *folie a deux* com a mãe. Ela não se mostrara muito

³⁹ A análise de outras apresentações, tanto de Lacan, quanto de Clérambault, pode ser encontradas em: Ferreira, C. (2006a). *Apresentação de pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

⁴⁰ De fato, Clérambault não fazia uso desse termo, que foi proposto por Lacan, fazendo referência ao que, no mestre, encontraremos como automatismo mental. O fenômeno elementar é central na primeira clínica de Lacan e na clínica diferencial das neuroses e psicoses, chegando a ser definido como a estrutura mesmo do significante. Segundo Mazzuca (2003), o termo deixou de ser usado, visto que esta noção chegou a assumir um lugar tão importante e prevalente no ensino de Lacan, que se dissolve no conceito de estrutura.

disposta à apresentação (como conjectura Lacan, provavelmente por já ter participado de outras apresentações antes desta). Lacan avalia que foi “certa doçura” que ele havia posto na aproximação da moça, o que favoreceu o bom entendimento entre eles, dispondo-a a sair da fala comum. É assim que a paciente lhe confia que uma pessoa tão gentil, tão boa quanto ela própria, tinha sido vítima de atos hostis. Revela que, certo dia, ao cruzar com o amante da vizinha no corredor, este lhe dissera um palavrão. Após certa reticência, visto que tal termo a depreciava, ela acaba por confessar: “Ele disse – *Porca*.” Evidencia-se assim que paciente alucina.

Entretanto, é preciso marcar que esse “Porca” não foi entregue facilmente, mas veio como efeito da intervenção de Lacan. Se ele chegou a vencer a reticência da paciente e capturar esse fenômeno, como ele irá esclarecer, foi justamente por não compreender. Podemos ver aqui, algo de sua filiação à Clérambault, contudo, há entre o não compreender de Lacan e de Clérambault, uma diferença fundamental. Retomemos o dito de Clérambault de que era preciso “parecermos” incapazes de compreender o paciente. Chamamos a atenção, aqui, para o “parecer” – afinal, ele acreditava que era possível saber “tudo” sobre o paciente, sobre sua doença. Aliás, acreditava que era possível saber até mais que o paciente, e era sustentado nesse saber a mais, que ele operava suas manobras de manipulação (Clérambault, 2004), para produzir a comoção no doente.

Quanto à Lacan, a estratégia era não compreender, de fato. A compreensão faz com que o analista se detenha, que não prossiga na investigação, pois já compreendeu. Ao compreender, o analista estaria entrando no jogo do paciente, colaborando com sua resistência, “reforçando a tentativa inconsciente do paciente de dissimular o que está em causa em sua fala” (Leguil, 1998, p.93). Para o analista, ao contrário, “o que se trata de compreender é precisamente porque há alguma coisa que é dada [pelo paciente] para ser compreendida” (Lacan, 1992a, p.60).

O que podemos perceber é como Lacan não se perde no engodo da compreensão⁴¹. Se Lacan chega a dispor a paciente a sair da fala comum, se extrai algo fundamental nessa entrevista, é justamente porque, ao não compreender, ele

⁴¹ Quando dizemos aqui que Lacan não caía no “engodo da compreensão”, podemos nos referir tanto à forma da compreensão de Clérambault, que acreditava que ao saber sobre o paciente poderia manipulá-lo, manobrá-lo, escapando, assim, às tentativas do paciente de enganar o médico; como também a compreensão na vertente da fenomenologia jasperiana, sustentada na idéia da intersubjetividade, ou seja, na possibilidade da interlocução, na intercomunicação entre duas consciências. Para Lacan, a empatia – se colocar no lugar do outro – favorece a operação imaginária, no eixo a-a’.

permite que o sujeito emerja, se aproximando assim, do centro da questão. Dessa forma, para alcançar a alucinação “Porca”, ele não precisou desestabilizar a paciente, produzindo uma crise a partir de sua confrontação, como fariam os clássicos, nem mesmo manipulá-la, comovê-la de forma a ativar sua emoção, como faria Clérambault. Muito atento às nuances do discurso do paciente, o que Lacan (1998b) fez foi se interessar em saber “o que nela mesmo poderia ter se proferido no instante anterior [à injúria]” (p.540). Em lugar de se endereçar ao Eu imaginário, Lacan visa o sujeito, implicando-o. É assim que a paciente, “com um sorriso de concessão”, lhe confessa “que não era naquele ponto completamente inocente, pois ela própria tinha dito alguma coisa ao passar”. E foi somente após revelar sua própria fala: “Eu venho do salsicheiro”, que, na seqüência, ela, espontaneamente, revela a vivência alucinatória: “Porca” (Lacan, 1992a, pp.59-60).

Sobre esse precioso achado, Lacan (1998b) irá nos dizer que: “semelhante descoberta só pode dar-se às custas de uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente” (p.540). Considerando, como nos diz Porge (2009), que submeter-se à posição subjetiva, submeter-se ao sujeito, é “submeter-se às surpresas da linguagem, às sínopes da enunciação. Quando elas aparecem, pode-se dizer que o sujeito se apresentou, sem que seja bem localizável no nível das pessoas (...)” (p.226). Eis então, que o grande achado de Lacan não é a confissão de que a paciente alucina, como interessaria aos clássicos. Nem tão pouco a presentificação do mecanismo gerador da psicose, como classificaria Clérambault, revelando a presença do automatismo mental. O achado de Lacan é mais interessante – o que ele desvela, é posição do sujeito como objeto de gozo do Outro, ou seja, a posição estrutural do sujeito psicótico.

Deslocar o interesse, do fenômeno para o sujeito, teve importantes conseqüências sobre essa prática. Ainda que as apresentações fossem extremamente ricas, desde o ponto de vista semiológico, o interesse de Lacan estava para além da demonstração de fenômenos. Em lugar de se utilizar do discurso do mestre, em suas apresentações, Lacan vai operar a partir do discurso do analista. Como efeito, nas apresentações de Lacan, o aspecto didático deixa de ser o eixo do trabalho, eixo este que se desloca para a dimensão clínica (Leguil, 2004). Todavia, podemos dizer que a perspectiva clínica de Lacan, se difere da perspectiva clássica, pois seu interesse está para além da preocupação com o diagnóstico e prognóstico. A aposta radical na virtude da palavra para mudar a

clínica de um caso, elevou para primeiro plano a preocupação terapêutica, preocupação inclusive, inexistente nas apresentações de Clérambault. Em última instância, podemos propor que, em suas apresentações, o que Lacan procurava eram os indícios da posição de gozo do sujeito em relação ao Outro.

4.4 LACAN, MUITO ALÉM DO MESTRE

Por fim, quando interrogamos por que Lacan seguiu praticando esse exercício tão criticado, só podemos concordar com Leguil (1998), que “se Jacques Lacan, indo contra o senso comum, preservou essa prática, não seria pelo fato de considerar que se devia ainda procurar nela e nela encontrar uma relação específica e insubstituível com a verdade que está em causa na clínica?” (p. 97).

Não obstante as diferenças que o percurso de Lacan irá imprimir em sua perspectiva teórica e prática, em relação ao mestre, é interessante observar como Clérambault preparou “a filigrana, ou a topologia daquilo que Lacan apontará como sujeito” (Viganò, 1997, p. 43). É o que podemos ver, por exemplo, no caso da alucinação verbal “Porca”. Este teria, tanto para Clérambault, quanto para Lacan, um valor clínico paradigmático, visto que a intrusão do significante, de forma parasitária, estrangeira com que este se impunha independente da intencionalidade da consciência, indicaria para ambos, uma falha estrutural. A diferença fundamental, mas de extraordinárias conseqüências clínicas, é que essa dualidade passividade-invasão, seria para Clérambault, uma prova de sua origem orgânica, enquanto para Lacan, tal fenômeno revelaria a posição do sujeito enquanto objeto de gozo do Outro.

Contudo, é preciso reconhecer que Clérambault levou as investigações da organicidade da doença mental, aos limites do psiquismo. Talvez não seja por acaso, que tenha sido, Jacques Lacan, justamente um discípulo de Clérambault, o último grande psiquiatra clássico, quem levou às últimas conseqüências a aposta na causalidade psíquica das psicoses, fundando, no que diz respeito a essa estrutura, uma nova perspectiva clínica.

5 AS APRESENTAÇÕES DE PACIENTE SOB A LÓGICA DOS DISCURSOS

Ao realizar a apresentação de pacientes sob a perspectiva da psicanálise, Lacan produziu profundas modificações nessa prática, alterando não apenas as articulações entre paciente, público e entrevistador, mas também o seu objetivo e alcance.

Nossa hipótese é que ao introduzir aí, a subversão freudiana, deslocando o interesse da doença para o sujeito, Lacan fará suas apresentações não mais sob a perspectiva do discurso do mestre, ou do discurso universitário, como faziam seus predecessores, mas sob a lógica do discurso do analista, fazendo desta não apenas um dispositivo de transmissão da psicanálise, mas também um dispositivo de tratamento psicanalítico do sujeito psicótico.

Quando falamos em apresentação de pacientes sob o viés da psicanálise, é preciso esclarecer que esta seria mais uma dentre as diversas formas de se operar esse dispositivo. Isto porque, em realidade, sob o nome “apresentação de pacientes”, reúne-se uma heterogeneidade de práticas, que comportam importantes variações, não apenas em função do estilo pessoal do apresentador e das características do paciente entrevistado, mas também no que diz respeito às técnicas e estratégias de intervenção, assim como no papel a ela destinado no tratamento e/ou no ensino psiquiátrico. Estas diferenças se devem ao fato de que seu manejo e dinâmica se alteram em consonância com os objetivos e princípios éticos e ideológicos, próprios da perspectiva teórica que orienta o entrevistador que conduz a apresentação.

Temos assim que isso que se anuncia aparentemente como uma mesma atividade, não dá lugar a uma única experiência (Bastos, 1996). Diante da variedade encontrada, entendemos que o que possibilitou manter reunidas práticas, às vezes tão diversas, sob esta mesma nomeação – ‘apresentação de pacientes’ - é antes o seu aspecto estático, estruturado na presença de três elementos distintos: paciente, público e entrevistador. A esse mecanismo estruturante, que dá aparente unicidade a este aparelho de intervenção, chamaremos de ‘dispositivo’, enquanto que à sua dimensão viva, dinâmica, referido à pluralidade de práticas que se pode produzir quando esse dispositivo é posto em movimento, chamaremos de ‘discurso’, que se altera em função da verdade que o orienta e do lugar em que se deposita o saber.

Fazemos aqui referência aos Discursos propostos por Lacan em *O Seminário, Livro 17: O avesso da Psicanálise (1969-70/1992b)*. Na concepção lacaniana, os discursos constituem uma escrita das formas de se fazer laço social, considerando a impossibilidade das relações (Rodrigues, 2010). Ou seja, todo laço social implica um enquadramento da pulsão resultando em uma perda de gozo, logo, há sempre um resto impossível de ser capturado. Os discursos são, portanto uma ferramenta válida para se pensar as modalidades de vínculos que podem se estabelecer nos enlaçamentos sociais. Nossa proposta é pensar as diferentes modalidades de apresentação de pacientes, como efeito de sua operação a partir dos diferentes discursos. Os discursos são quatro, cada um operando a partir de uma impossibilidade: Discurso do Mestre, o impossível de governar; Discurso Histórico, o impossível de fazer desejar; Discurso do Analista, o impossível de analisar; e o Discurso Universitário, o impossível de ensinar. Os discursos são estruturados por quatro lugares fixos (da Verdade, do Agente, do Outro e do Produto), onde permutam os quatro elementos (S_1 , S_2 , $\$$ e a).

$$\begin{array}{cccc}
 \text{DM} & \text{DH} & \text{DU} & \text{DA} \\
 \frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a} & \frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2} & \frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$} & \frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}
 \end{array}$$

$$\frac{\text{Agente}}{\text{Verdade}} \rightarrow \frac{\text{Outro}}{\text{Produção}}$$

Sendo os termos S_1 – o significante mestre; S_2 – o saber; $\$$ – o sujeito, e a – o mais gozar, temos que estes circulam sempre na mesma orientação, e é da posição que ocupam, que se configuram os discursos. Com relação aos lugares, temos que o Agente – é aquele que aparentemente organiza do discurso, que o coloca em funcionamento; o Outro – a alteridade irreduzível ao qual o discurso se dirige; a Produção – o produto engendrado pelo discurso; e finalmente a Verdade – aquilo que fundamenta o discurso, mas que só pode ser enunciada por um semi-dizer. Podemos descrever, de uma maneira bastante sintética, o funcionamento do discurso da seguinte maneira: ao posicionar-se como agente do discurso, essa ação

tem um efeito sobre o Outro, que inevitavelmente resulta numa produção. Contudo, essa produção, por não ter relação com a verdade, por dela se apresentar disjunta, acaba por obturá-la, deixando-a oculta, em suspenso.

Para pensarmos a articulação entre o dispositivo da apresentação e os diferentes discursos que o animaram ao longo da história, tomaremos sua prática sob a perspectiva de três tendências estabelecidas a partir da importância dada à fala do paciente. A primeira perspectiva seria a da psiquiatria clássica. Sua abrangência, cerca de um século e meio de existência, poderia ser ela mesmo subdividida de inúmeras maneiras, seja em função das crenças na causalidade da doença mental, seja em função de suas perspectivas de tratamento. Todavia, tomaremos como referencial apenas aquilo que consideramos lhe imprimir uma unidade: a utilização do “método clínico de observação” pautado na descrição detalhada dos fenômenos, que encontrava na fala do paciente o seu principal meio para definição de diagnóstico e prognóstico do caso em questão, assim como para a constituição de saber psiquiátrico de uma forma geral. Portanto, uma psiquiatria que, independente da prevalência da crença psico ou organogênica da loucura, destinava à fala do paciente, um lugar de fundamental importância. Teríamos como marco da psiquiatria clássica, sua fundação por Pinel (1745-1826), em 1793, ano em que ele assumiu suas funções em Bicêtre, a 1934, ano da morte de Clérambault (1872-1934), considerado o último dos grandes clássicos. Dentre alguns dos psiquiatras clássicos mais relacionados ao tema da apresentação de pacientes, podemos citar Esquirol (1772-1840) e Falret (1794-1870), da escola francesa e Griesinger (1817-1868) e Kraepelin (1856-1925), da escola alemã. Essa perspectiva psiquiátrica começa a declinar, no final do século XIX, início do século XX, tendo sido gradativamente suprimida.

Como representante da segunda perspectiva, tomaremos a psiquiatria que começa a despontar com o declínio da psiquiatria clássica. Da mesma forma que na primeira, nessa tendência também serão englobadas uma diversidade de correntes e escolas. Tomaremos como fator comum para situá-las neste mesmo grupo, o abandono do método clínico de observação em favor do pragmatismo terapêutico. Essa psiquiatria, que chamaremos “psiquiatria biologicista”, começou a ganhar força por volta dos anos 20, se destacando pelo centramento de suas investigações nas intervenções ao nível do corpo, com crescente desinteresse pela fala do paciente e pela precisão diagnóstica. Mas foi particularmente a partir da segunda metade do

século XX, como avanço da neuroquímica, que esta psiquiatria alcançou a hegemonia, dominando o campo psiquiátrico até os dias de hoje.

Por fim, como terceira perspectiva, a psicanálise. Fundada por Freud, no final do século XIX, a psicanálise só passará a fazer uso da apresentação de pacientes a partir de Lacan, que iniciou seu exercício por volta de 1930, praticando-a ao longo de toda sua carreira. O estilo de Lacan se disseminou no Campo Freudiano, tendo ganhado a adesão de diversos psicanalistas a partir da década de 70, tornando-se prática regular na contemporaneidade. Essa perspectiva será circunscrita à abordagem lacaniana da psicanálise, caracterizada pela aposta radical na palavra como forma de permitir aceder ao sujeito do inconsciente, ao sujeito do gozo.

5.1 O DISCURSO DO MESTRE E O INTERROGATÓRIO CLÁSSICO

Embora o dispositivo da apresentação de pacientes tenha sido utilizado pela psiquiatria desde seus primórdios, uma vez que o primeiro indício de seu uso data de 1817, num curso de clínica ministrado por Esquirol (Foucault, 2006); não se encontra ao longo da história da psiquiatria, material bibliográfico destinado especificamente a pensar, a sistematizar essa prática.

A falta de material bibliográfico é tanto menos óbvio quando sabemos que a psiquiatria clássica, não apenas testemunhou o surgimento da apresentação de pacientes, mas teve neste dispositivo, um de seus principais instrumentos de intervenção clínica e de ensino. De certo que encontramos nas obras dos clássicos, inúmeras referências às apresentações, sendo bastante frequente que um desenvolvimento teórico cite algum paciente apresentado. Contudo, seu amplo uso e eficácia, não pareceram suscitar maiores questionamentos. Com raras exceções, não se encontra, ao longo de todo este período, artigos exclusivamente dedicados às elaborações seja sobre as técnicas e estratégias da apresentação, seja sobre os efeitos produzidos sobre o paciente. De certo que há exceções. Segundo Foucault (2006), teríamos, por exemplo, algumas elaborações de Jean-Pierre Falret, comentando técnicas e discorrendo sobre o efeito do público sobre o paciente, e de Griesinger que discorre sobre as técnicas do interrogatório no silêncio.

Não obstante a escassez de material bibliográfico sobre o tema, faremos nossa análise tomando como referência os estudos sobre a história da psiquiatria,

naquilo que é sabido sobre a clínica clássica, de seu entendimento acerca da loucura e suas perspectivas de tratamento, cujos textos muitas vezes vêm acompanhados de fragmentos clínicos, com referências diretas e indiretas às apresentações, o que nos permite propor que as apresentações deste período estavam ancoradas nos discursos do mestre e universitário, mas principalmente no primeiro.

A psiquiatria sempre teve como ideal, a adequação do louco à realidade, contudo, as estratégias de intervenção variaram em função da concepção que se tinha da loucura e de sua causalidade. Assim, em seu momento inaugural, a psiquiatria que se instaurava sob a influência da concepção pineliana, tomava a loucura enquanto uma doença das atividades mentais, portanto suas intervenções se sustentavam na confrontação das ideias delirantes do paciente com a realidade, com o intuito de demovê-las. Dessa forma, dentre os precários recursos terapêuticos da época, se destacou a prática do interrogatório. O interrogatório se sustentava na produção da crise: o paciente era interrogado, pressionado, provocado, de forma a tornar visíveis os seus fenômenos, como por exemplo, seus delírios e alucinações. Dessa forma, sua realidade delirante era revelada, permitindo sua confrontação com a realidade compartilhada, representada pela figura do médico, ao qual o paciente deveria, por fim, se submeter. Esse procedimento permitia, a um só tempo, o tratamento, pois se acreditava que levar o paciente a reconhecer sua loucura, e consentir com a verdade do médico, era o primeiro passo para a cura, mas permitia também, a investigação da doença mental, visto que era através dos relatos dos pacientes que se podia destrinchar isto que se apresentava sob a forma de uma multiplicidade caótica de sintomas, diferenciando-os, descrevendo-os, ordenando-os, classificando-os. O interrogatório se efetivava, portanto, na articulação entre a pesquisa e a clínica.

Mesmo no decorrer do século XIX, quando a perspectiva organogênica da loucura se torna hegemônica, e o convencimento do paciente perde sua importância terapêutica, ainda assim, a confrontação do paciente e a produção da crise seguiram tendo valor visto a importância que tinham para tornar acessíveis os fenômenos da loucura, permitindo sua investigação tanto no que diz respeito ao entendimento da doença mental de uma maneira geral, quanto para a elaboração do diagnóstico e prognóstico do paciente em questão.

Quanto à apresentação de pacientes, podemos dizer que esta nada mais era, do que a realização do interrogatório diante de um público composto pelo corpo clínico institucional (profissionais e residentes), articulando aí, a dimensão de ensino (Foucault, 2006). Portanto, se a apresentação de pacientes surge, desde o início do século, frente à demanda de ensino da psiquiatria, sua dimensão didática, nasce marcadamente associada à dimensão clínica, até mesmo porque, nesse período inaugural, o que se ensinava, era justamente isso – clínica, ou seja, o que se ensinava é que a percepção dos fenômenos só se dava pela observação cuidadosa: é preciso observar muito para chegar a colocá-los em série, para chegar a elaborar um diagnóstico.

Na medida em que a apresentação de pacientes se funda em uma perspectiva didática, é de se esperar que esta seja, em alguma medida, orientada pelo discurso universitário. Contudo, no que diz respeito à psiquiatria clássica, em função de sua própria perspectiva investigativa, baseada no detalhe e efetivada na confrontação do paciente pelo médico, nos parece pertinente pensarmos que estas apresentações se davam orientadas, sobretudo, pelo discurso do mestre. Quando dizemos “sobretudo” é no sentido de assinalar que determinada prática social se funda prevalentemente em um discurso, o que não impede que se lance mão de outros discursos, enquanto estratégia para se alcançar seu objetivo último. Não se pode dizer nem de síntese entre os discursos, nem da relação de causa e efeito, mas de uma dinâmica em função daquilo que ocupa o lugar da verdade. Assim, ainda que em uma apresentação, o apresentador pode se utilizar de mais de um discurso, tomamos como prevalente aquele sob a luz do qual os impasses são decididos.

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{DM} \\ \frac{S_1 \rightarrow S_2}{\mathcal{S} // a} \end{array}}$$

Nessa perspectiva, o psiquiatra clássico, ao conduzir a apresentação de pacientes, o fazia prioritariamente a partir do discurso do mestre. Agenciava o discurso identificado ao S_1 , ou seja, posicionava-se como sendo, de fato, o senhor e mestre da loucura, provocando a crise no paciente. Certamente que ele era efetivo nisso. Afinal, como nos esclarece Beneti (1994, 1996), a partir do matema do

automatismo mental (a/S_2), ao psicótico cabem duas posições no que diz respeito ao saber do Outro: ou ele se encontra na posição de a , enquanto objeto de gozo do saber do Outro, ou se apresenta enquanto S_2 , como uma máquina de significar delirantemente. Se na apresentação, o paciente entra na posição de objeto em relação ao mestre, ao senhor do asilo, na medida em que ele é interrogado, confrontado, provocado, isso acaba por abalar sua convicção psicótica quanto à existência de um Outro consistente, dividindo-o, colocando-o frente ao insuportável, o que o desestabiliza, empurrando-o ao surto. Desalojado de sua posição de objeto, só lhe restaria o trabalho de significação delirante como possibilidade para restaurar sua certeza. Ou seja, o psiquiatra clássico, ao desestabilizar o paciente, para produzir aquilo que ele acreditava ser as provas da loucura, sem o saber, ele colocava em cena, a operação psicótica de tratamento do real que o invade. Dessa forma, como assinala Moura (2010), “Do escravo é extraído o fundamental para que esse saber-fazer se torne saber do senhor” (p.57). Assim, o saber do psicótico (S_2), era transferido para o mestre, que dele se apropriava ao nomear seus sintomas, ordenando-os e classificando-os em síndromes e quadros nosológicos, estabelecendo seus mecanismos, produzindo então, um saber sobre a loucura.

Como produto (a) dessa operação, podemos dizer, de dominação, ($S_1 \rightarrow S_2$), ao lhe dar significação, ao imprimir-lhe um diagnóstico, o psiquiatra se satisfaz na produção da doença (a). Contudo, o que o discurso do mestre produz é um objeto que não está articulado com o sujeito. A disjunção sempre presente entre a produção e a verdade ($\$ // a$), se revela no desconhecimento acerca das questões fundamentais do sujeito, pois o diálogo é com a doença e não com o sujeito. Por mais que o paciente apresente seus fenômenos, seu delírio, suas alucinações, e por mais que o mestre produza saber sobre seus sintomas, o psiquiatra não consegue captar a dimensão do real posto em jogo na psicose. Dessa forma, a verdade ($\$$) sempre oculta que, como nos diz Laurent (1992) “não trabalha, se revela” (p.26), é que: se o psiquiatra clássico crê dominar a loucura, se produz saber sobre as diferentes formas da doença, contudo, a essência da loucura lhe escapa. Se toma os sintomas que produz como prova da doença, contudo ignora a verdade do sintoma. Ignora sua causa, assim como desconhece a incidência de sua própria posição no discurso sobre a crise que provoca. Como nos diz Lacan (1992b): “Um verdadeiro mestre não deseja saber absolutamente nada - ele deseja que as coisas andem” (p. 21).

Mas é preciso considerar que, para além da dimensão clínica, a apresentação tinha também uma intenção de ensino, o que nos leva a interrogar o deslocamento do discurso do mestre para o discurso universitário. Como a própria situação da psiquiatria clássica, não era muito favorável à permanência no discurso universitário, visto que a disciplina que ensinava estava em construção, temos que era a operação a partir do discurso do mestre que, ao dar visibilidade aos fenômenos psíquicos, conformava então, as condições para o discurso universitário, exigindo permanentemente que a apresentador, retirasse o foco dos alunos, para centrá-lo novamente no paciente, restabelecendo o discurso do mestre. Nesse sentido, o discurso universitário seria um prolongamento do discurso do mestre (Rabinovich, 2001).

A prevalência do discurso universitário, como principal operador do dispositivo da apresentação de pacientes, nós só a teremos a partir do final do século XIX, início do século XX. Essa mudança discursiva foi favorecida por pelo menos dois fatores. O primeiro, ainda durante o período de desenvolvimento da psiquiatria clássica, quando por volta de 1865/66, o ensino da medicina na França sofreu uma importante modificação (Swain, 1997). Até então, a formação médica se dava a partir de uma dissociação entre teoria e prática, sendo a primeira, ensinada na faculdade e a segunda, no interior dos serviços hospitalares, pelos médicos para seus assistentes e residentes. Nessa época, como nos esclarece A. Ferreira (2002), o aprendiz deveria estar ao lado do grande mestre e seguir seus passos no dia a dia. Era a partir do treinamento diário junto ao mestre, observando e examinando os doentes para aprender a detectar os mínimos sinais e catalogá-los, que o aluno desenvolveria a perícia clínica. Nesse período, 1865/66, com a aprovação do ensino através dos cursos livres, as especialidades passaram a ser lecionadas em cursos abertos aos alunos externos ao serviço, ao hospital. Essa abertura do ensino para o público externo favoreceu a realização de apresentações de paciente desvinculadas do tratamento do paciente, e voltadas especificamente para a formação acadêmica. Os pacientes passam a ser convocados para as apresentações, por manifestar este ou aquele sintoma ou doença, de modo a ilustrar a disciplina lecionada. Podemos dizer que as vertentes terapêutica e didática, originalmente vinculadas, começam a ser desarticuladas.

Este foi um movimento que afetou não apenas a psiquiatria, mas a medicina em geral. Para ilustrar a incidência dessa mudança sobre a prática da apresentação,

podemos citar, por exemplo, dois grandes mestres da apresentação: Charcot (1862-1893) e Clérambault. Embora o primeiro fosse neurologista, e realizasse suas apresentações sob a perspectiva da anatomopatologia, e o segundo fosse psiquiatra, e realizasse suas apresentações sustentado no interrogatório clássico, eles tiveram em comum o fato de realizarem cada um, dois tipos diferentes de apresentação. Charcot, em suas famosas *Leçons du Mardi*, examinava pacientes que lhe eram desconhecidos. Eram, portanto, aulas improvisadas que possibilitavam ao seu público, o encontro com o inesperado da clínica, bem aos moldes do discurso do mestre. Em contraposição, havia as aulas de sexta-feira, nas quais as lições cuidadosamente preparadas, verdadeiras conferências teóricas, contavam com a presença de pacientes que figuravam como ilustração viva para demonstração e comprovação do tema ensinado. Ainda assim é preciso reconhecer que se a apresentação se sustentava num saber prévio, tratava-se não da reprodução ou aplicação de um saber de terceiros, cuja autoria elidida, seria o motor do discurso, mas ao contrário, em um saber produzido pelo próprio Charcot em suas investigações cotidianas, o que nos permite dizer que era a partir do discurso do mestre que ele formatava a aplicação do discurso universitário no momento da apresentação.

Também, em Clérambault, veremos essa divisão. Clérambault realizava duas apresentações de pacientes - uma delas em Sainte-Anne, para a Sociedade Clínica de Medicina Mental, e a outra, na Enfermaria Especial de Polícia de Paris. A primeira tinha um caráter “exclusivamente clínico” (Girard, 1993, p.12). A apresentação era seguida de um debate no qual toda a exposição doutrinária estava excluída. Já na Enfermaria Especial, cuja tradição se iniciara em 1886, e que foi conduzida por Clérambault de 1920 a 1934, tratava-se de um ensino direcionado aos estudantes de medicina e direito. Nestas sessões, Clérambault interrogava pacientes escolhidos, de forma a ensinar não apenas como extrair uma confissão, definindo diagnóstico e prognóstico, mas era também o momento de ensino formal, quando apresentava suas conferências, ao mesmo tempo em que “fazia a seu público comentários dogmáticos, digressões eruditas, e críticas mordazes a seus adversários científicos” (Bercherie, 2004, p.11).

Entretanto, mesmo que, com a ênfase no ensino, a atenção do psiquiatra fosse se voltando cada vez mais para o público, a psiquiatria a ser ensinada comportava em si, uma dimensão essencialmente clínica, ou seja, nestas

apresentações, a ação do psiquiatra se mantinha voltada, sobretudo, para o paciente, o qual era preciso colocar a trabalho: provocar, instigar, confrontar. Se objetivo era ensinar sobre diagnóstico e prognóstico, isso só se podia fazer à custa de uma cuidadosa e detalhada investigação sobre o caso, sustentado na fala, no relato do paciente, exigindo que o apresentador se ancorasse ora num, ora noutro discurso. Nossa suposição é que neste período, apesar do incremento da perspectiva didática, na medida em que as apresentações se sustentavam no interrogatório, como método de investigação, independente de se ter um objetivo mais clínico ou mais didático, o discurso do mestre seguia sendo compatível com a clínica que se desejava ensinar.

Contudo, um segundo fator que favoreceu a prevalência do uso do discurso universitário sobre os demais, e que de fato nos parece decisivo, foi a decadência da psiquiatria clássica, e sua supressão pela psiquiatria biologicista. Sobre sua decadência, um primeiro aspecto que cabe ressaltar, é que essa perspectiva clínica das descrições minuciosas, da investigação precisa tão cara aos alienistas ávidos por captar, identificar, descrever e diferenciar entidades mórbidas, não condizia com sua eficácia terapêutica, praticamente inexistente, o que lançou certo descrédito sobre essa prática. Um segundo aspecto que também contribuiu para sua decadência foi o esgotamento das possibilidades descritivas do método clínico, que chegara ao seu limite. Após um século e meio, a psiquiatria já construía certo saber tanto sobre os fenômenos quanto sobre as síndromes e doenças, o que permitiu o abandono de seu caráter investigativo, para se acomodar num saber já constituído. Assim, se na psiquiatria clássica, seja na clínica, seja na apresentação da pacientes, a alucinação, o delírio, ou a demência precoce se apresentavam ao psiquiatra enquanto $S_{1(uns)}$ que orientavam suas investigações, na medida em que o saber sobre isso já se encontra formatado, constituído, é do lugar de S_2 , que estes irão se anunciar. É por já saber o que é uma alucinação, um delírio, uma demência, que o alucinado, o delirante, o demente, serão tomados enquanto objeto de ensino, para ilustrar uma aula ou uma conferência sobre o tema. Logo, se já não há o que descobrir, é do lugar de saber (S_2), que os psiquiatras passarão agenciar o dispositivo da apresentação, ou seja, do discurso universitário.

5.2 O DISCURSO UNIVERSITÁRIO E A UNIVERSALIZAÇÃO DO SABER

Entretanto essa é uma mudança que ultrapassa a questão da apresentação de pacientes. De fato, o que se percebe no início do século XX, é o desenvolvimento de uma psiquiatria biologicista, caracterizada pela ênfase nas intervenções ao nível do corpo. Não que antes não houvesse intervenção no corpo, haja vista as práticas de tratamento físico, como a máquina rotatória (1818) ou a ducha (1828), entre muitos outros. Contudo, na psiquiatria clássica, tais terapêuticas eram aplicadas numa perspectiva que oscilava entre a coerção e a punição, visando em última instância, à adequação do paciente. Já para psiquiatria que aí começa a despontar, o interesse está focado na intervenção em si, e seus efeitos sobre o corpo do paciente, o que independente da fala do paciente, ou de suas particularidades reveladas no relato do caso.

Como primeiros avanços dessa psiquiatria biologicista, podemos citar a invenção de métodos tais como a malarioterapia (1917), a lobotomia (1935), e o eletrochoque (1937). Nas décadas 50/60, com o avanço da psicofarmacologia, esta se tornará hegemônica, posição que se perpetua até o momento atual. Essa psiquiatria biologicista, oficializada hoje na lógica classificatória do DSM-IV e do CID-10, não se interessa pelo paciente no que este poderia apresentar de particular, na medida em que está orientada pelo saber pré-existente ao doente. O interrogatório, paradigma da psiquiatria clássica, perde seu lugar de importância. Essa psiquiatria, que abriu mão da clínica, trata o doente como aquele que é preciso fazer calar, pois tudo que é subjetivo é visto como perturbador ao modelo da universalização, da quantificação, numa tentativa permanente de aprender o real, sem que nada escape. Como assinala A. Ferreira (2002), “diferenciar a idéia delirante da deliróide; uma alucinação verdadeira e uma pseudo-alucinação, torna-se supérfluo, já que os antipsicóticos irão atuar sobre esses sintomas do mesmo jeito” (p.16). Afinal, para operar com essa psiquiatria, poucos parâmetros são suficientes para atender ao modelo estatístico do DSM-IV e CID-10, que visa em última instância, à medicação. Em lugar de se debruçar sobre os enigmas da loucura, o psiquiatra vai encontrar respostas nos protocolos e *guidelines*.

Este reducionismo sofrido pela psiquiatria, principalmente nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, será sentido também na prática da apresentação. Nas apresentações realizadas sob a lógica da psiquiatria

contemporânea, ancorada prioritariamente no discurso universitário, o que vemos é o psiquiatra ocupar cada vez mais a posição de detentor do saber (S_2), de um saber já constituído sobre a doença. Podemos dizer, portanto, que não foi o uso do discurso universitário que levou ao declínio da apresentação de pacientes, mas ao contrário, foi o empobrecimento clínico da psiquiatria, o desinteresse pela investigação e pela particularidade do caso, que possibilitou a proeminência desse discurso. Da mesma forma que a psiquiatria clássica era compatível com o discurso do mestre, essa psiquiatria biologicista mostrou grande afinidade com o discurso universitário.

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{DU} \\ S_2 \rightarrow a \\ \hline S_1 // \cancel{x} \end{array}}$$

Nesse discurso, o entrevistador, encarnação do todo-saber (S_2), toma o Outro (a), seja o paciente, seja o aluno, como objeto sobre o qual o aplica seu saber prévio, sem se dar conta que é gozado pelo saber do mestre (S_1), que de fato constituiu o saber que o orienta. Dizemos de um saber preexistente visto tratar-se de um saber já constituído sobre a doença – referência para enquadrar e classificar os signos manifestados pelo doente. Vê-se aqui que o foco é a doença. O paciente, cuja fala apresenta pouco, ou quase nenhum interesse, é tomado na posição de objeto a ser exposto aos alunos, como exemplo dos sintomas evidentes, síndromes e transtornos em questão. É o que nos descreve Gurgel (2005), tomando como referência uma entrevista realizada em uma faculdade de medicina. O professor catedrático de psiquiatria, segura o braço do paciente em distintas posições, comenta: “trata-se de um catatônico típico!...vejam a flexibilidade cérea, sua postura robótica...sua atitude autista”(CD-ROM). Como bem observa Gurgel (2005), o paciente, é tomado “na posição de objeto, como exemplo de uma patologia previamente descrita e classificada, que visa a história da doença, o diagnóstico diferencial e a comprovação de um saber construído sobre a doença” (CD-ROM).

Entretanto, a verdade oculta no discurso universitário é que esse psiquiatra/professor que tudo sabe (S_2), ignora a origem de seu saber (S_1). Se repete, se reproduz os mestres, ele o faz desconectado da riqueza clínica que, em última instância, possibilitou a elaboração dos manuais de classificação que

operaram com um saber reduzido, efeito da homogeneização, da universalização do saber. Portanto numa posição muito diferente do mestre clássico, que buscava saber sobre os detalhes do caso, para elaborar um diagnóstico e decidir um prognóstico, o psiquiatra contemporâneo conta com um saber pronto, prescritivo, cujas diretrizes do tratamento já se encontram definidas nos *guidelines* e protocolos próprios. Isto se dá porque “o saber, aí, é encarnado por um mestre que o transmite como resposta, não como questão” (Rodrigues, 2010, p.119). Assim, ele não mais interage com o paciente, ele não produz a crise e se recolhe os sinais e sintomas mais evidentes, é apenas para inseri-los na ordem já estabelecida.

Como produto desse enlaçamento entre o agente e o Outro ($S_2 \rightarrow a$), temos alunos e pacientes (\$) gozados pelo saber do psiquiatra. Quanto ao paciente, antes fonte de saber, passa a ser tratado enquanto um sujeito destituído de qualquer subjetividade, reduzido a material de ilustração da disciplina ensinada. Com relação aos alunos, receptáculos desse saber standartizado (a), o que se produz é a angústia diante de sua impotência, pois se aprende a nomear, classificar, medicar, contudo não sabe de fato tratar o real de gozo ao qual o psicótico se encontra submetido. Essa divisão produzida pode apontar para duas direções: por um lado, para a universalização do sujeito, resposta própria aos psiquiatras/alunos que não querendo saber de sua própria divisão, obturam sua angústia ancorando-se nas respostas padrão, se alienando neste saber imposto, preferindo ignorar o gozo que os afetam. Por outro lado, o sujeito em crise com o saber totalizante, angustiado frente a incapacidade de responder às exigência práticas do que fazer com o louco, pode apontar para o discurso histórico, que se insurgirá contra o saber estabelecido, desmascarando a objetificação do doente pela ciência e questionando o saber e prática psiquiátrica.

Embora restrita à dimensão didática e empobrecida pela própria perspectiva reducionista e universalizante da psiquiatria que representava, a prática das apresentações desse período, seguia tendo importância como instrumento de ensino. As apresentações de paciente continuaram, portanto, prática regular nos hospitais psiquiátricos da época, até por volta das décadas de 60/70, quando se farão sentir as influências do discurso do analista e do discurso histórico.

5.3 O DISCURSO DO ANALISTA E A CLÍNICA DO SUJEITO

Felizmente, a história não é linear. Assim, os anos 20 e 30, ao mesmo tempo em que foram palco da emergência dessa psiquiatria biologicista, que alcançará a hegemonia a partir dos anos 50, em função do avanço da psicofarmacologia, testemunharam também as últimas manifestações da então moribunda psiquiatria clássica. Assim, em meio às apresentações “didáticas”, se destacaram as concorridas apresentações de paciente realizadas por Clérambault.

Considerado o último dos grandes clássicos, as apresentações de Clérambault seguiam a lógica do interrogatório. Mesmo que operasse na conjugação entre os discursos do mestre e universitário, como já dissemos anteriormente, a clínica que ensinava era uma clínica da investigação, da minúcia, do interesse no particular. Uma clínica para a qual importava, por exemplo, verificar se o paciente reagia a partir de uma interpretação ou da uma imaginação, se tratava-se de um perseguidor-perseguido não amoroso ou um erotômano convertido em perseguidor, visto que era nos detalhes do caso que se definia o diagnóstico diferencial, o prognóstico do paciente e portanto seu destino.

Foram estas as apresentações que marcaram Lacan. E ele é explícito em reconhecer que sofreu influências de Clérambault, seu “único mestre na observação dos enfermos” (Lacan, 1989c, p.169). Foi nesta mesma década de 30, ainda psiquiatra, que Lacan (1972) iniciou suas apresentações que, como ele mesmo disse, consistiam na prática de dar a palavra a seus pacientes.

Todavia, ele o fez de uma posição muito diferente do mestre, pois ao ser “aspirado para a psicanálise”, (Lacan, 1972, CDRom), é do lugar de analista que, como ele mesmo dirá, ele irá conduzir suas apresentações. Temos assim que Lacan tomará como referência para suas apresentações, as mesmas coordenadas que orientam a clínica psicanalítica, à medida que se fundam sobre “as virtudes da palavra para interagir e agir na clínica de um caso” (Santiago, 2000, p.81). Ou seja, tratamos aqui do dispositivo da apresentação orientado pelo discurso do analista, visto que este é o único discurso que toma o Outro como sujeito. Em lugar de dominar, o que se trata é de dar um lugar ao saber do sujeito, permitindo que algo do singular possa emergir. Como efeito dessa mudança discursiva, temos que as apresentações de Lacan resultaram muito diferentes das apresentações realizadas até então. Em lugar de exibição do paciente, o que seu público podia testemunhar,

era o encontro de um psicanalista com um sujeito. Como nos diz Claude Léger (2008), duas pessoas conversando normalmente diante de um auditório atento a este colóquio singular.

Tomar o sujeito no lugar do Outro, imprimiu um caráter surpreendente e inovador às suas apresentações, colocando a trabalho, não apenas o paciente, mas também seus alunos. Como nos dizem, tanto Miller, quanto Laurent, a partir de 1974, alguns membros da Escola Freudiana, que acompanhavam as apresentações de Lacan passaram a se reunir após as sessões, para trabalhá-las (Laurent,1989). Como dirá Miller (1996), “para comentar cada uma dessas sessões e percorrer o espaço das questões abertas por essa prática singular” (p.139).

É dessa época que encontramos os primeiros textos dedicados exclusivamente a pensar este dispositivo. Nestes artigos, seus alunos procuravam localizar historicamente o uso dessa prática, assinalar seus efeitos de transmissão, além de marcar as diferenças daquilo que Lacan fazia, para as demais apresentações (Leguil, 1993, 1998; Miller, 1996; Laurent, 1989). Muitos desses alunos passaram, eles mesmos, a praticar a apresentação, orientados, como Lacan, pelo discurso do analista. Infelizmente, nesse período, embora tenhamos até a transcrição integral de algumas apresentações, como Mademoiselle B. (Lacan,1993) e Sr. Primeau (Lacan,2002), ainda não havia uma investigação mais sistematizada sobre seus fundamentos clínicos, nem elaborações acerca dos efeitos sobre o paciente. O próprio Lacan, também não fez nenhuma formalização sobre o tema. Se há registros em seus Escritos e Seminários, estes se restringem a fragmentos pontuais, utilizados para ressaltar ou esclarecer algum ponto teórico sobre a psicose. Embora não sistematize seu uso, ele não desconhece sua necessidade, deixando este trabalho a cargo de seus alunos:

Pode-se lamentar que o que foi escutado, recolhido ao longo dos anos não tenha sido objeto de um trabalho sistemático. (...) Eu sugiro isso, dou testemunho daquilo como de uma experiência que não será impossível de sistematizar, ainda que não seja eu quem deva ser o ponto pivô. (Lacan, 2004, p. 14)

Felizmente, a situação atual é um pouco diferente. Na medida em que, no Campo Freudiano, esta prática tem ocorrido em escala cada vez maior, e os efeitos tanto nos próprios pacientes, quanto nas equipes e instituições onde elas

acontecem, tem sido registrados, isso tem possibilitado maiores elaborações sobre o tema (Miller, 2008). Portanto, na atualidade temos um maior número de publicações dedicadas especificamente a pensar e sistematizar a prática da apresentação, assim como descrever e analisar seus efeitos no tratamento do sujeito psicótico, o que nos permite, nesse momento, maiores elaborações acerca do funcionamento deste dispositivo quando orientado pelo discurso do analista.

$$\frac{\text{DA}}{a \rightarrow \cancel{\$}} \\ \frac{S_2 // S_1}{S_1}$$

Para começar, teríamos no lugar do agente, o analista (a). Agenciar o discurso enquanto *a* é colocar-se na posição de ignorância, esvaziado de saber prévio seja sobre o doente, seja sobre sua doença – única posição que possibilita o desejo de saber. Se o analista se apresenta como objeto, contudo, não o faz enquanto objeto de gozo, mas como objeto esvaziado de substância gozosa que, justamente por isso, causa um movimento no Outro.

Todavia, como já dissemos, no discurso do analista o Outro é justamente o sujeito(\$), portanto, é ele que o analista precisa acionar. É nesse sentido que podemos entender o manejo clínico de Lacan ($a \rightarrow \$$), que como descreve Laurent (1989), em suas apresentações, “Lacan tentava tocar o sujeito no doente” (p.152).

Tomar o sujeito no lugar do Outro é introduzir na apresentação de pacientes, a subversão freudiana fundadora da psicanálise, ou seja, reconhecer que há um sujeito no doente. Sujeito este que só poderá ser alcançado através de sua própria fala. É verdade que Freud se endereçava prioritariamente aos neuróticos, enquanto que as apresentações de paciente se dão principalmente com sujeitos psicóticos.

Quanto à prevalência da participação do paciente psicótico nas apresentações, isso gera alguma discussão: seria decorrente a um fator conjuntural ou clínico? Segundo Roger Dorey (1996), que freqüentou as apresentações de Lacan por volta dos anos 50, quando estas ocorriam no serviço de Jean Delay, nesta época, os casos eram encaminhados para Lacan por colocarem algum tipo de questão para o serviço: questões como o esclarecimento diagnóstico, prognóstico, assim como condutas terapêuticas. Dessa forma, Lacan entrevistava toda gama de patologia, incluindo aí os neuróticos, importando o fato de serem casos difíceis.

Ainda segundo Dorey (1996), a situação se modificou em função de uma alteração mais ampla no serviço psiquiátrico francês. Na década de 60, já no Henri-Rousselle, Lacan teria passado a trabalhar essencialmente com psicóticos, não por escolha, mas em função da setorialização do hospital. Nossa posição, é que ainda que houvesse uma questão contingencial, é inegável que a própria constituição do sujeito psicótico, cujo inconsciente encontra-se a céu aberto, faz da psicose uma estrutura mais compatível com dispositivo da apresentação.

Tendo em vista que atualmente as apresentações são realizadas prioritariamente com sujeitos psicóticos, faremos a análise do mecanismo da apresentação, focando especificamente a operação analítica com a psicose. Assim, como produto desse encontro entre um analista e um sujeito psicótico, ($a \rightarrow \$$), o que se espera, é recolher significantes do próprio sujeito (S_1), significantes estes que orientam o gozo do sujeito, na medida em que articulam o real do gozo. Ao analista, cabe deixar-se conduzir por esses significantes, tomando-os como bússola para a direção do tratamento.

De certo que o psicótico não entrega isso de imediato. Ao contrário, é preciso dispô-lo a isso, é preciso dispô-lo a deixar cair sua reticência. Para tanto, como nos instrui Lacan, é preciso não compreendê-lo. Si compreendemos algo, nos detemos aí, mas se quisermos captar o verdadeiro, o núcleo da questão, então é preciso não compreender. Como nos diz Miller (1996): “Para compreendê-lo, para se comunicar com ele, o psicótico tem suas vozes, o que lhe basta. Lacan, por sua vez, já o disse, não compreenda nada” (p.142). O que aprendemos com Lacan, é que a posição do analista é de uma “submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do sujeito” (1998b, p.540). É essa posição de ignorância, operada a partir do não compreender que propulsiona o discurso, pois na medida em que o analista não compreende, o paciente é convidado a falar, o que possibilita que algo novo possa aparecer: seja uma articulação inédita, um significante novo, um neologismo, o momento do desencadeamento...

O que permite essa operação é justamente o lugar que o analista vai ocupar em relação ao saber, visto que no discurso do analista, o saber (S_2) ocupa do lugar da verdade. Como sabemos, a verdade é o motor do discurso, e como nos diz Lacan (1992b), “nenhuma evocação da verdade pode ser feita se não for para indicar que ela só é acessível por um semi-dizer, que ela não pode ser inteiramente dita porque, para além de sua metade, não há nada há dizer” (p.49). Portanto, a operação do

analista é sustentada no reconhecimento de que o saber jamais assegura a totalidade do conhecimento, menos ainda sua universalização. De certo que há um saber que sustenta o ato analítico, pois não se trata de qualquer coisa (Quinet, 2006), contudo, o saber, seja sobre a teoria, seja sobre a estrutura psíquica, não recobre as particularidades do caso. Se o diagnóstico permanece uma referência para a direção do tratamento, entretanto ele não chega a ser suficiente para a condução do caso, visto que isso só se define na dimensão singular do sujeito. Como esclarece Beneti (1994), em última instância, é a partir da singularidade de cada caso, que poderemos saber algo dos modos de retorno do gozo, o que irá nos possibilitar algum cálculo clínico ou hipóteses prognósticas.

Assim, é na exploração da falha de saber, o que possibilita produzir, na medida do possível, algo novo na ordem do dito (Millas, 1995). Mas como já dissemos, para que esse algo se produza é preciso dispor o psíquico a isso. “Toda a arte do analista, seu saber fazer, consiste em pôr o psíquico em posição, disposição de dar a conhecer. Disposição da qual o dispositivo da apresentação dá o suporte” (Porge, 2009, p.233).

É também essa posição que permite ao analista aprender com o sujeito psíquico. Como ressaltou Miller (1996) “o ensino dos pacientes nas apresentações de Lacan, é assim que é preciso dizer” (p.146). E, realmente, o paciente nos instrui não apenas sobre seu caso, mas se soubermos nos deixar conduzir, é sobre a psicose que podemos aprender. Considerando, como analisa Porge (1996), temos na obra de Lacan, em dois momentos distintos, o testemunho desse aprendizado. O primeiro, em 1955, na alucinação “Porca!”, em que se evidencia a implicação do sujeito na ruptura da cadeia significante. O segundo, em 1976, quando Lacan extrai a expressão “falas impostas”, de Gerard Primeau, tomando-a então como paradigma. Sobre isso, o comentário de Lacan: “como não sentimos todos que as falas de que dependemos nos são de alguma forma impostas? (...) A questão é, antes, saber por que um homem normal, dito normal, não percebe que a fala é uma forma de câncer que aflige o ser humano” (Lacan, 1976, citado por Porge, 1996, p.25)

Não que Lacan não pudesse recolher isso na sua clínica privada, contudo, nas duas situações, ele é preciso em dizer que isso se deu em uma apresentação de paciente. Hoje, como efeito das investigações que vem sendo realizadas sobre o tema, já há algumas proposições que nos permitem pensar que, de fato, esse

dispositivo favorece emergência de elementos inéditos e mesmo surpreendentes. Segundo Geneviève Morel (1999), a particularidade desse encontro - sua limitação a uma única entrevista, coloca tanto o paciente, quanto o entrevistador, que sabem que não irão retornar a essa situação, tensionados pelo tempo, o que parece resultar num efeito de condensação do que é preciso ser dito, favorecendo uma formalização do discurso.

Como já dissemos, é a posição do apresentador, de uma “submissão às posições subjetivas do paciente”, que favorece a emergência de um saber do lado do paciente. Isso nos coloca uma questão acerca da função do apresentador, no que diz respeito ao ensino, na apresentação orientada pelo discurso do analista. Podemos dizer que isso o coloca em uma posição muito peculiar: pois o fato de entrevistar o paciente diante de um público implica certo compromisso de transmitir algo, todavia, como ressalta Porge (1996), ele não sabe o que será, visto que isso não lhe pertence, mas ao paciente. Até mesmo porque, quando um paciente é encaminhado para uma apresentação, ele o é, por questões clínicas, e não teóricas. Ele não é, ou pelo menos não deveria ser, convidado para uma apresentação simplesmente porque pode exemplificar algum ponto da teoria, o empuxo à mulher, por exemplo. Como disse Porge (2009), o que interessa não é que o paciente possa ilustrar “um saber já lá ou pela clínica do quadro” (p.224), mas sim pela escuta do dizer do paciente. Contudo, se isso acontece, se o paciente acaba por revelar exemplarmente algum aspecto da teoria, então cabe ao analista matemizá-lo, enquadrá-lo na teoria, de forma a torná-lo um saber transmissível (Clastres et al., 1993).

Mesmo assim, é preciso marcar que tal ensino teórico só teria lugar no *a posteriori*, quando o paciente já não se encontra mais presente. Aliás, neste momento após a entrevista, é um tempo em que se pode formalizar algo de ensino para o público, mas também para o próprio apresentador, uma vez que permite discutir retroativamente o que se passou durante a entrevista, recolhendo então o que o paciente ensinou.

Por fim, podemos dizer que numa apresentação de paciente, toda a perícia do analista está em jogo. Para além das dificuldades da clínica, o analista enfrenta ainda, o desafio de não se deixar influenciar, pressionar, pela presença do público, ou ainda encarnar o mestre do saber, se detendo naquilo que sabe, em lugar de buscar precisamente, aquilo que lhe escapa ao saber. Se o analista assim o fizer,

ele corre o risco de fazer formulações mais destinadas ao interesse do auditório, do que ao próprio paciente, priorizando do discurso universitário, em detrimento do discurso do analista. Para que o dispositivo funcione é preciso, pois, que o mestre não ofusque o analista (Nominé, 1997). Não que o analista não possa em algum momento se utilizar, para o manejo da entrevista, de um ou de outro discurso, contudo, não pode perder de vista que sua prática é analítica, e não um exercício universitário. Afinal, é preciso ter em conta que, para determinar se uma atividade é psicanalítica, não basta ser analista. Como nos diz Miller (1996): "... não basta se calar e escutar para se entrar, com isso, no discurso analítico" (p.141), mas é preciso agenciar o discurso desse lugar.

Bem, se não se trata de um ensino formal, teórico, o que se ensina enfim, nas apresentações de pacientes? Como bem esclarecem Veras & Besset (2007): "a resposta certamente incidirá muito mais sobre a particularidade de cada caso do que sobre a constituição de um corpus de saber homogêneo e assimilável como doutrina" (p.137). Contudo, independente do ensino que daí pode advir, é preciso marcar que a apresentação em si, tem efeito de transmissão. Como afirma Leguil (2004): "O ensino na apresentação repousa na exemplaridade de uma experiência e não, em realidade, na construção fundamentada de um caso" (p.44). Exemplaridade esta que permite ao público aprender não apenas a partir do dizer do psicótico, mas também a partir da operação do analista com o real posto em jogo nesse encontro.

Acreditamos que, em última instância, o que se trata na apresentação psicanalítica, é dar ao sujeito psicótico a possibilidade de bordejar, de circunscrever o que lhe sucede, de afastar o impossível de suportar a partir de um tratamento pela palavra (Leguil, 2004). Segundo Porge (2009), o que se transmite numa apresentação é a própria clínica, no próprio momento em que ela se constitui. "Trata-se de um caso, privilegiado, em que a transmissão da clínica é síncrona ao que é transmitido; em que, por conseguinte, a transmissão é parte integrante da clínica" (p.224). Contudo esse é um manejo clínico sempre delicado, pois se bordejar esse ponto é o que é preciso fazer para apaziguar o gozo, mas é também o que pode desencadear uma agudização do quadro, sendo necessário ao analista, manobrar a transferência a fim de contornar a incidência da fala do sujeito sobre ele mesmo.

Nesse sentido podemos dizer que na apresentação orientada pelo discurso do analista, a exposição é antes do apresentador:

Quem se presta a isso em público engaja-se em um teste de capacidade que revela – para os outros e de imediato – a verdade do lugar onde está e dos meios de que se serve, a fim de que sua atitude conjugue a momentânea suspensão de um saber consistente com a pesquisa do que, no outro, funciona como verdade, a fim de que suas maneiras de falar associem a uma não-mestria de fachada uma certeza em uma direção paradoxal, dado que ela é igualmente submissão, docilidade às posições subjetivas do outro (Leguil, 1998, p.98).

Quanto aos efeitos dessa subversão produzida pelo discurso do analista sobre o dispositivo da apresentação, podemos dizer que isto fez sobressair o caráter clínico da apresentação de paciente, não apenas no que diz respeito à investigação diagnóstica, mas também de intervenção terapêutica. É verdade que só recentemente se ampliaram as investigações acerca de seus efeitos terapêuticos sobre o paciente, seja de forma direta, como efeito mesmo da entrevista, seja efeito indireto, em função das mudanças produzidas na posição da equipe em função do novo olhar lançado sobre o caso. De qualquer forma isso já aparecia indicado nos textos dos alunos de Lacan, como por exemplo, Miller (1996), que se refere à apresentação como o encontro do paciente com uma figura de seu destino. Mas mesmo essa acentuada vertente clínica, não preservou Lacan de ser questionado e criticado quanto à sua prática. Lacan, entretanto, praticou a apresentação durante toda sua carreira sem jamais a ela renunciar, e também, sem jamais tentar dar a ela uma justificação teórica ou teórico-prática que satisfizesse os mais reticentes (Dorey, 1996). Alguns de seus alunos viam nessa persistência de Lacan, na prática desse dispositivo, “um resto não analisável de sua prática psiquiátrica ou um compromisso perigoso com a ciência médica” (Neuter-Stryckman, 1984, apud Bastos, 1996, p.59).

Dentre seus principais opositores, a mais citada por seus comentadores é Maud Mannoni, pelas críticas contundentes que fazia. Tomemos um trecho de um de seus artigos endereçados a Lacan:

Sobre a prática de suas apresentações em Sainte-Anne, um dos lugares de destaque da psiquiatria francesa, Lacan não se sentiu obrigado a se interrogar. Da maneira mais clássica, ele encontra aí exemplos próprios para justificar sua interpretação de casos e para mostrar aos estudantes, ao mesmo tempo, uma forma de entrevista pertinente de entrevista com o doente da qual, certamente, o estudante tirava o maior proveito, mas forçosamente sempre no quadro fornecido pelo psiquiatra reinante. Assim, Lacan fornecia, a sua revelia, sua caução a uma prática psiquiátrica

tradicional em que o paciente serve de matéria primeira ao discurso, em que o que lhe é pedido é que acaba por ilustrar um ponto da teoria sem que esta ilustração sirva o mínimo para seus interesses (Mannoni, [n.d.], citada por Miller, 1996, p.141)

Sobre essa crítica de Mannoni, Miller (1996) comenta que esta se dá bem de acordo como a lógica do imaginário. De fato, o que podemos ver na leitura de Mannoni, é que ela reduz a apresentação à sua estrutura, desconhecendo-se completamente que este dispositivo varia em função do discurso que o anima.

5.4 O DISCURSO HISTÉRICO – REPÚDIO À PRÁTICA DA APRESENTAÇÃO

Embora tenhamos destacado críticas endereçadas diretamente à prática psicanalítica, é preciso marcar que estas se inserem em um movimento mais abrangente. Nessa época, por volta dos anos 60, a prática de apresentação de pacientes, e não apenas a prática de Lacan, vinha sendo duramente interpelada, podemos mesmo dizer, condenada, pelos movimentos que, como a anti-psiquiatria e a reforma psiquiátrica, entre outros, questionavam o saber e a prática psiquiátrica, de uma maneira geral.

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{DH} \\ \frac{\mathcal{S}}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2} \end{array}}$$

Para sermos ainda mais precisos, poderíamos dizer que estas críticas seriam antes a forma como estas ideologias, sustentadas no discurso histórico, puderam apreender este dispositivo. Não nos parece casual o fato de justamente no momento em que a psiquiatria biologicista encontra-se em plena ascensão, quando a objetificação do paciente pode ser sentida tanto nas apresentações de paciente de cunho estritamente didática, quanto no pragmatismo de suas intervenções medicamentosas, é que se dá a eclosão desses movimentos de inspiração humanista. Se podemos dizer então, de uma psiquiatria agenciada, prioritariamente, pelo discurso histórico, contudo não podemos dizer de apresentações de pacientes orientadas a partir deste discurso, pois isso seria totalmente incoerente. Neste discurso, o psiquiatra, irá abordar a loucura se posicionado enquanto sujeito dividido

(\$), angustiado, que interroga o mestre (S_1), questionando o saber estabelecido e suas práticas, dentre as quais, a apresentação de pacientes. Quanto ao louco, no lugar do Outro (S_1), este é tomado imaginariamente, como sendo um sujeito-cidadão, portanto, senhor de si, desconhecendo-se assim, sua dimensão inconsciente de gozo.

Tento em vista a diferença entre os dois movimentos por nos destacados, a anti-psiquiatria e a reforma psiquiátrica, - o primeiro em função da importância que teve em interrogar as bases da psiquiatria de então, e o segundo pela importância em interrogar o modelo hospitalocêntrico, mas também pela amplitude e atualidade ainda vigente, veremos cada um deles separadamente. Podemos dizer que a anti-psiquiatria exaltava o louco como novo mestre da verdade, cujo saber deveria ser valorizado, celebrado, na medida em que revelava o absurdo da sociedade. Já o movimento da reforma, vai tomar o louco como o excluído, representante da miséria existencial, cuja cidadania deve ser resgatada. Produz-se assim, um sujeito de direito (S_2), um cidadão, cuja diferença deve ser respeitada, acolhida, reintegrada à sociedade. Porém, elaborado imaginariamente, esse saber (S_2) ignora o saber do próprio sujeito. Por acreditar poder compreender o paciente, o psiquiatra / profissional da saúde mental, se coloca como aquele que sabe das necessidades do paciente, que sabe o que é bom para ele.

Mas a verdade oculta do discurso histórico, é que o psiquiatra/profissional da saúde mental, se faz ser aquilo (a) que falta ao Outro para, por um lado, completá-lo, e por outro, tornar-se indispensável. Contudo, na medida em que o saber produzido se faz disjunto da verdade ($a \parallel S_2$), trata-se de um saber que não se articula ao gozo. Assim, o psiquiatra se defronta com a impossibilidade de fazer o paciente desejar aquilo que é considerado melhor para ele. E por desconhecer a dimensão de gozo, o profissional da saúde mental não reconhece, nem a implicação do paciente (S_2) sujeito em seu sofrimento, nem o seu próprio gozo diante da impotência de salvar o paciente de si mesmo.

Sobre a apresentação de pacientes, podemos dizer então que, para a perspectiva humanista, esta se torna uma prática absurda, condenável: no caso da anti-psiquiatria, porque, como nos diz Leguil (1998), interrogar o louco seria colocar em questão o brilho dessa suposta verdade da loucura; no caso da reforma, a apresentação era tomada como uma exposição pública da intimidade do paciente, sendo, portanto um desrespeito, uma violência contra seus direitos de cidadão.

Contudo essa leitura se equivoca ao desconsiderar que há, para além do cidadão, da pessoa, um sujeito do inconsciente. Sujeito que na psicose, como nos diz Miller, é precisamente um sujeito exposto. “Seus distúrbios se restringem precisamente ao fato de que, na esfera mais íntima de sua cogitação, mesmo nas partes de sua própria anatomia, ele é invadido por uma presença” (Miller, 2008, p.55).

Assim, a presença do público, ao contrário do que poderia parecer inicialmente, não tem para o psicótico, um efeito de exposição, mas antes de regulação do Outro. Primeiro porque o público, ainda que silencioso, faz parte integrante da cena na medida em que se faz presente por seu olhar, suas anotações, reações, expectativa, por sua escuta. Essa presença faz do público uma testemunha do encontro entre paciente e entrevistador, o que os coloca numa mesma posição, pois ambos estão sob a observação atenta dos ouvintes. Isso parece permitir para o psicótico, a localização do Outro num terceiro, o que diminui a tensão da relação especular com o apresentador. Ou seja, a presença do público parece limitar as impregnações imaginárias que aí incidem, conformando um encontro com o Outro sob uma forma regulada, o que frequentemente tem efeito apaziguador para o paciente. Essa dinâmica entre paciente, público e entrevistador, tem ainda a importância de permitir ao analista, construir hipóteses sob a captura do outro e seus efeitos simbólicos, o que é um elemento importante para a direção do tratamento (Vorcaro, 1996).

Por fim, podemos dizer com Miller (1996), sobre a apresentação, que “o paciente testemunharia que ela lhe sabe ser benéfica, tanto pelo acesso à palavra que por vezes lhe proporciona, como pela apreciação mais justa de seu caso que daí decorre o mais frequentemente” (p.141). E é exatamente isso que podemos recolher em inúmeras falas de pacientes ao final de uma apresentação: “gostei muito de dar essa palestra”, “obrigado por me escutarem”⁴², ou “Eu não tenho com quem conversar e vocês me escutaram. Obrigado por terem me escolhido”⁴³ (Paciente apresentado em 21 de maio de 2013).

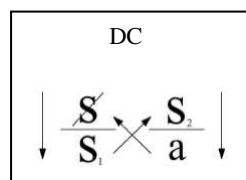
⁴² Tipo de expressão frequentemente escutada no final das apresentações de pacientes, ao longo dos 5 anos com essa experiência na Sessão Clínica do IRS.

⁴³ Relato do paciente apresentado no Núcleo de Pesquisa em Psicose – IPISM-MG, em parceria com a Prefeitura e Belo Horizonte (PBH).

5.5 DISCURSO CAPITALISTA

Esse percurso pela história da apresentação de pacientes nos permite de certa forma, verificar que seu objetivo e alcance, tanto didático quanto clínico, variaram ao longo do tempo. A psiquiatria sempre sofreu influência dos discursos hegemônicos (e/ou discordantes) da cultura a cada época, o que conseqüentemente incidia sobre a prática da apresentação. Assim, na psiquiatria clássica, consonante com o discurso do mestre, tivemos o surgimento e o apogeu da prática da apresentação. Com a decadência da psiquiatria clássica seguida da emergência da psiquiatria biologicista, prática afim ao discurso preponderante de então, o discurso universitário. Como efeito, tivemos o automatismo e empobrecimento da prática de apresentação, na medida em que essa perspectiva pragmática acabou por reduzi-la à sua dimensão didática.

Naquela época, embora fosse um exercício frequente nos hospitais, tornara-se uma prática decadente, cujo risco de desaparecimento se tornava possível, visto que passou a ser criticada, condenada pela psiquiatria de base humanista, orientada pelo discurso histórico, que colocava em questão o saber e a prática psiquiátrica. Todavia, nesta mesma época, a psicanálise, a partir de Lacan, resgatava esta prática do abandono. Ao operar o dispositivo sob a lógica do discurso do analista, Lacan introduziu aí a dimensão do sujeito, imprimindo-lhe um caráter essencialmente clínico, restabelecendo assim o interesse pela apresentação. Contudo, não obstante a importância que essa prática adquiriu para a psicanálise, não se pode desconhecer que, na contemporaneidade, não lhe cabe mais do que um lugar marginal, visto que o discurso hegemônico na atualidade avança na direção oposta, de supressão da função de sujeito.



Assim, para pensar a apresentação de pacientes na contemporaneidade, é preciso lançar mão, como fez Lacan, do discurso capitalista. Segundo Lacan, este discurso, resultado de uma variante do discurso do mestre, seria o laço social

dominante em nossa sociedade atual. Comandado pelo S_1 – capital, esse é um discurso que em lugar de favorecer o laço social entre os homens, favorece que os sujeitos se relacionem, sobretudo, com os objetos de consumo, efeito da multiplicação destes. A ascensão do discurso capitalista incide sobre todas as áreas de nossa vida: os avanços da tecnologia, da ciência, da comunicação, o acesso à informação e à pesquisa, os bens de consumo, dentre outros aspectos da cultura, estão diretamente ligados a ele, sendo transformados em mercadoria que o sujeito-consumidor anseia em ter.

De certo que este discurso também tem impacto sobre a psiquiatria. É preciso marcar inicialmente, que a psiquiatria está cada vez mais articulada aos “avanços” da ciência, que por sua vez, também é comandada pelo discurso capitalista. Assim, tanto a neurociências quanto a psicofarmacologia, que apresentam grande afinidade com o discurso capitalista se prestam a transformar doença e medicação em produtos de consumo. O que podemos testemunhar é a sobreposição da lógica de mercado ao campo da saúde. Temos assim que no lugar da verdade encontra-se o capital (S_1), como agente, temos o sujeito reduzido a consumidor (\$) de *gadgets* (a), produzidos pela ciência e tecnologia (S_2), que no caso da saúde, seriam justamente os transtornos e suas respectivas medicações, produzidos pelas neurociências e pela indústria farmacêutica. Essa medicina de mercado nos faz interrogar, como propõe Quinet (2006), se essa evolução da ciência “produz novos remédios para novos ‘males’, ou ela produz os ‘males’, pseudo novos males, para que sejam tratados pelos medicamentos que ela produz?” (p.22).

E quanto à apresentação de pacientes? O que poderíamos dizer do efeito desse discurso sobre o dispositivo da apresentação? De certo que aqui, só podemos apresentar algumas conjecturas. Embora as apresentações continuem ocorrendo nas residências de psiquiatria, no interior da área da saúde, o que podemos ver é que a apresentação de pacientes tem ganhado novos contornos. Como acontece com tudo aquilo, sobre o qual o discurso capitalista incide, também a apresentação vem sendo transformada num objeto de consumo. De certo que descaracterizada, pois ela é retirada do ambiente restrito das instituições de tratamento, para se transformar num *gadget* da *mass mídia*. Se antes a função de apresentador era prerrogativa do especialista da saúde, agora o essencial, é que este seja um *entretainer*, capaz de conduzir seja um programa de auditório, seja uma reportagem.

Nestes programas os pacientes são convidados a falar de seus sintomas ao público leigo – os espectadores, ávidos por identificações. Assim, paciente e público podem se igualar enquanto vítimas das alterações neuroquímicas, cúmplices da desimplicação do sujeito em seu mal-estar. Quanto ao apresentado, portador das boas novas, tem a função de revelar as maravilhas que a ciência pode oferecer para confirmar seu diagnóstico e quem sabe, até aliviar seu sofrimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o que nos colocou a trabalho foi a tentativa de entender a contradição encontrada entre os surpreendentes efeitos terapêuticos recolhidos nos pacientes submetidos à prática da apresentação de pacientes por um lado, e por outro, a resistência e oposição enfrentadas para sustentar a realização dessa prática, o que se esboçou como um primeiro ponto a se investigar, foi justamente uma pergunta sobre a origem dessa posição condenatória.

Assim, os primeiros passos de nossa investigação nos permitiram localizar no seio do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma veemente posição crítica com relação à apresentação. Podemos perceber que tal rechaço se sustentava antes numa posição ideológica, do que na experiência propriamente dita. Como um dos pivôs da constituição desse imaginário construído em torno da apresentação, pôde-se localizar a influência das posições teóricas de Michel Foucault. A ênfase em Foucault se justifica em função do impacto que suas proposições teóricas tiveram sobre os idealizadores do movimento antimanicomial no Brasil, cuja incidência se faz perceber na formatação dos princípios orientadores da reforma.

Nesse trabalho, não se trata de problematizar ou interrogar as posições de Foucault, mesmo porque, como bem metaforizou Freud (1976b): não há como se decidir um conflito entre um urso polar e uma baleia, se ambos não se encontram no mesmo chão. Afinal, a leitura que Foucault faz da psiquiatria é uma leitura antes de tudo político-sociológica, focada numa interrogação sobre as relações de poder, enquanto nosso interesse na loucura é essencialmente clínico, ou seja, nossa pergunta é, sobretudo, pelas possibilidades de tratamento dado ao real do gozo, e seus efeitos sobre o sujeito.

Ao analisar o nascimento da psiquiatria sob a perspectiva das relações de poder, Foucault interpreta o ato de soltura dos loucos por Pinel, como o marco de um processo de dominação da loucura. O que Foucault fez ressaltar é que, como efeito do ato de Pinel, o que se produziu foi a patologização da loucura. É a loucura transformada em doença mental, a loucura medicalizada. Dessa forma, é sob a perspectiva da dominação, que Foucault analisa as intervenções clínicas próprias desse momento inicial da psiquiatria, entre as quais, a apresentação de pacientes. Portanto, se nos referimos a Foucault, é para ressaltar o efeito que a apropriação de

suas teorias tiveram sobre o entendimento que se construiu em torno da clínica, e mais especificamente sobre imaginário negativo, condenatório, que se constituiu em torno da prática da apresentação.

A diferença entre a nossa perspectiva e a de Foucault, pode ser melhor explicitada a partir de um exemplo clínico. Em seu curso, *O poder psiquiátrico (1973-74/2006)*, encontramos vários fragmentos de casos, recolhidos de vários autores, e de diferentes momentos da psiquiatria clássica. Alguns destes fragmentos são detalhados os suficientes para nos permitir fazer uma leitura própria, de um lugar diferente da análise feita por Foucault, ressaltando assim, o que se difere numa e noutra perspectiva.

Tomaremos dois fragmentos de caso, apresentados por Foucault (2006). O primeiro foi retirado por ele do *Tratado médico-filosófico* de Pinel. Trata-se de um rapaz que “era ‘dominado por preconceitos religiosos’ e que pensava que para alcançar sua salvação devia ‘imitar as abstinências e as macerações dos antigos anacoretas’, isto é, rejeitar não apenas, é claro, todos os prazeres da carne, mas também qualquer alimentação”. Pinel relata então que como tratamento, o paciente foi, certa noite, submetido a uma ‘cena de cura’. Nesta cena, Pussin, assistente de Pinel, se apresenta à porta da cela do rapaz, com um aparato (no sentido do teatro clássico), “próprio para assustar, olhos em fogo, um tom de voz fulminante, um grupo de serventes à sua volta, armados com fortes correntes, que agitam ruidosamente; põem uma sopa junto ao alienado e dão-lhe a ordem mais clara de tomá-la durante a noite, se não quiser sofrer os mais cruéis tratamentos”. Tal cena tem o efeito de colocar o paciente em um confronto contra si mesmo, o que resulta na decisão de voltar a alimentar-se. A essa descrição, Foucault prossegue sua análise, indicando que esse combate leva a uma luta do paciente consigo mesmo, uma luta entre sua idéia delirante e seu medo de punição, contudo se o medo de punição vence, trata-se em verdade de uma vitória da vontade do médico sobre a do doente.

Outro caso interessante foi retirado por ele, da obra de Manson Cox, *Observações sobre a demência (1804)*. Refere-se ao tratamento de um paciente que, acometido por acessos de tristeza, mantinha-se privado de alimentação. A insistência de sua governanta para que comesse, fez surgir nele a idéia de que esta queria matá-lo com camisas envenenadas. Como tratamento, bem de acordo com os pressupostos da psiquiatria da época, foi montada uma cena de forma a produzir

um curto-circuito no delírio: a governanta foi submetida a um interrogatório e falsamente condenada à prisão. Em seguida o paciente foi levado a uma consulta, para qual uma “junta médica” foi formada, indicando-lhe a necessidade de uso de certos antídotos contra o veneno, que administrados durante algumas semanas, lhe convenceram da cura. Para evitar recaídas, indicaram-lhe certo tipo de dieta e modo de vida, a seguir dali em diante.

Como o próprio Foucault avalia, se o tratamento se limitasse a afastar-lhe a criada, o doente poderia manter a crença de que de alguma forma ela ainda o perseguia, ou poderia transferir sua desconfiança para uma outra pessoa. Contudo, a intervenção permitiu a cura a partir do interior do próprio delírio, tornando-o insustentável, na medida em que suprimia suas causas.

Embora os dois casos se diferenciem em sua complexidade, temos que em ambos, como intervenção psiquiátrica, procura-se um ponto da crença do paciente sobre a qual intervir, de forma a desestabilizar o delírio. Se analisarmos estes fragmentos, principalmente o segundo, a partir de uma perspectiva clínica, é preciso reconhecer que uma estratégia dessa complexidade não poderia ser elaborada se não a partir de uma postura investigativa que levasse em consideração as falas desse paciente, de forma a conhecer sua realidade psíquica. Se a crença delirante foi posta em xeque, isso se deu em função de uma intervenção muito particular, ou seja, elaborada no caso a caso, o que permitiu sua incidência precisa sobre sua crença delirante, e que produziu, em última instância, uma contenção do gozo mortífero que incidia sobre o sujeito, favorecendo certo apaziguamento – efeito terapêutico.

Quanto à Foucault, apesar do efeito clínico produzido, ele caracteriza estas intervenções enquanto táticas de manipulação, forjadas a partir das relações de poder. Enquanto dispositivo de poder, Foucault, nega sua relação com as atividades propriamente médicas de observação e de intervenção a partir de um diagnóstico, desqualificando-as em quanto um processo terapêutico, visto que tal tratamento não passaria por uma interrogação das causas da doença, ou pelo diagnóstico, mas antes pelo “choque entre duas vontades: a do médico e daquele que o representa, de um lado, e a do doente. É, portanto uma batalha, certa relação de força que se estabelece” (Foucault, 2006, p.14), sendo o efeito terapêutico reduzido a uma vitória da vontade do médico, sobre a vontade do doente.

E deste mesmo lugar que ele analisa a apresentação de pacientes - enquanto um dispositivo de poder. Inclusive, ele vai ressaltar que a apresentação de pacientes se destacou como um dispositivo muito favorável ao processo de dominação do paciente, visto que, nesta situação, à figura do médico, se sobrepunha a figura do mestre/professor, atribuindo-lhe assim, um sobre-poder, o que favoreceria ainda mais o processo de submissão do paciente à realidade do médico. Todavia, não podemos deixar de apontar aqui, uma posição tendenciosa de Foucault, ao tomar justamente Charcot como paradigma dessa prática de poder. Afinal, sendo a apresentação psiquiátrica, o interrogatório, um dispositivo sustentado na palavra do paciente, Foucault elegeu, precisamente, como representante máximo desta prática psiquiátrica, um neurologista que, enquanto tal, não se interessava pela fala de suas pacientes. Foucault cria um mito em torno de Charcot, que independente de sua veracidade, incide fortemente na subjetividade daqueles que lutam pela reforma psiquiátrica, levando-os tomar a apresentação como uma prática de exposição e objetificação, desconsiderando o que dela possa ser produzido, que não um ato de dominação e desrespeito ao paciente

Nossa proposta foi repensar a apresentação de pacientes não mais a partir de uma interlocução com Foucault, e as relações do poder, mas a partir de uma perspectiva clínica, enquanto modos de tratamento do real. Analisar a prática da apresentação sem nos deixar ofuscar pela imagem mítica produzida por Foucault, nos permitiu ver que a apresentação não é uma prática única, mas antes pelo contrário, há uma multiplicidade de experiências. Experiências que vão tratar a questão do gozo, de diferentes maneiras, o que também fará variar, seus efeitos e conseqüências. E na medida em que se trata de uma diversidade de práticas, uma análise crítica sobre a apresentação de pacientes, somente seria possível na medida em que se considerasse tais diferenças.

6.1 DISPOSITIVO E DISCURSO

Para proceder a essa análise, operamos a partir da disjunção entre o dispositivo e o discurso que o anima. Por dispositivo entendemos a dimensão estática, estrutural da apresentação, que congrega paciente, apresentador e público. Quanto ao discurso, temos o aspecto dinâmico, que orienta a articulação entre os elementos. Analisar a apresentação de pacientes sob essa perspectiva nos permitiu

diferenciar o que é efeito do dispositivo propriamente dito, ponto comum em todas as apresentações; e o que é efeito de cada discurso, visto que é este aspecto que faz variar o que se pode produzir tanto em termos de clínica quanto de ensino, a partir de um mesmo dispositivo.

Como uma primeira consequência dessa leitura, pôde-se ressaltar que, na medida em que a apresentação de pacientes é antes de tudo um dispositivo, e enquanto tal, este pode ser utilizado de maneiras diversas. Pensar que o uso que se faz do dispositivo da apresentação está relacionado antes ao discurso pelo qual é animado, do que por alguma característica intrínseca do dispositivo em si, nos conduziu a um reposicionamento frente à questão que até então nos orientara: se a apresentação é clínica ou didática, permitindo-nos redimensioná-la.

Pode-se dizer que por muito tempo, foi em torno dessa questão que girou a polêmica e torno dos “verdadeiros” objetivos da apresentação. Uma discussão que supostamente implicaria em seu destino: se a apresentação é um dispositivo de ensino, isso justificaria as críticas a ela endereçadas, assim como seu rechaço e abandono. Todavia, se se trata de um dispositivo de tratamento, terapêutico, isso justificaria a manutenção de seu uso.

Deslocar a ênfase para o termo dispositivo nos permitiu perceber que a apresentação não é clínica nem didática, mas pode ser usada para um e outro objetivo. Inclusive, se retomamos a história de seu surgimento, temos que ela se efetivou precisamente na articulação entre a clínica e o ensino. Aliás, por longo tempo, ela foi utilizada justamente para ensinar como se faz clínica.

Outro equívoco que acompanha este tema é associar a produção de efeitos terapêuticos ao dispositivo clínico por um lado, e por outro, associar a idéia de abuso e exploração do paciente como único produto do dispositivo de ensino, desconhecendo a produção de qualquer benefício para o paciente.

Tomemos como exemplo, Clérambault (2004), cujas apresentações, independente de seu objetivo, eram sustentadas numa posição essencialmente clínica, cuja finalidade última era realizar diagnósticos precisos, diferenciando psicoses não desencadeadas de simulações, estabelecendo grau de periculosidade e risco de reincidência. Seus diagnósticos decidiram o destino de muitos pacientes, mas isso não garante que suas intervenções em si, fossem benéficas para o paciente. Afinal, para alcançar tal precisão, ele utilizava-se de estratégias questionáveis, como manipulação e engano. É verdade que não temos relato dos

efeitos de tais intervenções sobre o paciente, mas é muito difícil imaginar, que manobras, como as utilizadas por ele, não tivesse algum tipo de efeito, e que estes não seriam necessariamente favoráveis, sobre seus pacientes. Retomemos o exemplo da paciente Lea Ana. Persuadida por Clérambault, de que ele poderia intermediar seu encontro com o Rei da Inglaterra, objeto de sua erotomania, Lea Ana acaba por confessar sua esperança de ainda se entender com o Rei. De certo que tal confissão permitiu precisar o diagnóstico, contudo, fica a questão acerca dos efeitos de tal intervenção sobre a paciente. É verdade que não temos nenhum relato sobre isso, mas pelo próprio ato da paciente, de entregar a Clérambault uma carta para ser entregue ao Rei, podemos supor que algum efeito produziu. Podemos até supor, que nesse primeiro momento, isso possa ter produzido em efeito de apaziguamento. Todavia, é muito difícil pensar que uma intervenção desse tipo, não produzisse efeitos contrários *a posteriori*.

Dessa forma, se não há garantias de que a intenção clínica assegure efeitos benéficos, por outro lado, nada impede que um paciente retire benefícios de uma apresentação de cunho didático. Primeiramente porque numa apresentação, freqüentemente o paciente é convidado a falar, e não é incomum que simplesmente o fato de falar do mal que o acomete, falar de seus sintomas, de sua história, possa produzir alívio, ajudando o paciente a ordenar sua história, o organizar-se subjetivamente. Muitos pacientes gostam de ir às apresentações, pois sentem-se importantes, sentem-se acolhidos, na medida em que sentem que há muitas pessoas interessados naquilo que tem a dizer, dizer que habitualmente é de tal forma repetitivo, que as pessoas de sua convivência cotidiana já não suportam escutar. Por tudo isso, o ato de participar de uma apresentação, pode ter efeitos apaziguadores para muitos pacientes. De certo que há também os efeitos negativos – sentimento de perseguição, agudização do quadro, ou simplesmente uma agitação.

Há, entretanto, um aspecto que efetivamente favorece a produção de efeitos benéficos para o paciente. Uma vez que a apresentação, seja ela de que estilo for, aconteça vinculada ao serviço que trata o paciente, na qual a equipe possa estar presente. Nesta situação, mesmo que secundariamente, a apresentação implicará em benefícios para o paciente, na medida em que aspectos do diagnóstico e do manejo podem ser esclarecidos, orientando e implicando a equipe na condução do caso.

Entretanto, se interrogamos aqui, os efeitos sobre o paciente, é preciso notar que seus efeitos não se restringem ao enfermo. Ao contrário, trata-se de uma prática que produz efeitos sobre todos os que dela participam. De certo que o que se produz numa apresentação é contingencial, visto que a apresentação de pacientes é um dispositivo que se efetiva num encontro com o real do gozo. Real que incide, que toca, sobre todos e sobre cada um, seja do público, seja o próprio paciente, e até mesmo o entrevistador. Real diante qual cada um levado a se posicionar, quer se dê conta disso ou não.

E um encontro com o real, não se dá sem angústia. Essa presentificação do real é notada em qualquer tipo de apresentação, mesmo naquelas realizadas sob a tradição médica, que tem no corpo do paciente, seu objeto de intervenção. Um exemplo disso pode ser recolhido em um artigo que questiona a ética e a didática nas demonstrações cirúrgicas, cuja posição de contra-indicação se sustenta justamente nesse real que irrompe:

A isso se soma a natural 'torcida' do auditório que quer ver o circo pegar fogo para saber como o 'mestre' apaga o incêndio. Afinal, a rotina [de uma cirurgia] quase todos sabem, mas resolver as dificuldades é que a todos interessa aprender. Portanto, a platéia torce contra o cirurgião. E isso não é bom... (d'Assumpção, 2005, p.23)

Também nas nossas apresentações, o que se coloca é a tensão frente às contingências, ao imponderável, ao inesperado desse encontro. Dessa forma, a condução da apresentação e seus efeitos, dependem, entre outros fatores, da perícia do entrevistador em operar com o paciente que se encontra diante dele. Neste sentido, podemos dizer que em última instância, é o apresentador, em seu fazer com o real do gozo, que se faz exposto no ato de uma apresentação. Na medida em que seja um encontro bem sucedido, havemos de supor que haveria benefícios para cada um dos participantes. Apesar de se esperar que seus efeitos sejam os mais favoráveis possíveis, contudo, uma operação com o real implica em um impossível de calcular: se para um paciente, isso possa ter efeito apaziguador, sabe-se que de um encontro destes pode-se resultar uma agudização de um quadro, ou mesmo uma passagem ao ato. Da mesma forma com o público, os efeitos podem variar. Se há relatos de que ali se produz um aprendizado teórico, ou a apreensão de um certo modo de operar na clínica, há aqueles que revelam um

estado de angústia e até mesmo de horror, diante do real. Quanto ao apresentador, o mais comum é que se depare com o ponto em que se encontra na clínica, em sua condição de articulação entre teoria e prática.

De toda forma, podemos dizer esse dom da apresentação, em favorecer esse encontro com o real, seria efeito da própria estruturação do dispositivo, na medida em que se realiza sob o tensionamento de pelo menos três operadores.

Começemos pela questão da expectativa. Se é óbvio que público e apresentador vão para essa atividade com a perspectiva, respectivamente, de aprender e transmitir algo, contudo, é preciso considerar que o paciente também tem alguma expectativa. Embora habitualmente a prática de apresentação seja condenada por expor os pacientes, não são raros os relatos de que os pacientes pedem, espontaneamente, para participarem das apresentações. Mesmos quando não demandam, habitualmente, eles são convidados a participar, aliás, uma prática desse tipo seria muito difícil de acontecer, sem que houvesse o consentimento do paciente. De fato, quando um paciente consente em participar deste tipo de atividade, o que podemos perceber é que ele tem a expectativa de que algo se produza ali. Esse tipo de posição dos pacientes pode ser encontrada, não somente em nossa prática no IRS, mas há relatos condizentes com os nossos, também em Charcot, assim como Clérambault. Temos assim que é um encontro que ocorre sob a expectativa: tanto do paciente, quanto do público, quanto do apresentador. Contudo, se essa expectativa coloca tanto apresentador quanto paciente numa posição mais decidida, podemos dizer ainda que esse encontro sofre também o tensionamento do tempo, afinal, seja o que for acontecer, deve ser produzido em um único encontro, ou seja, não haverá oportunidade para complementar, para se retratar, ou para adiar. Vemos, portanto que paciente e apresentador se encontram duplamente tensionados, e isso ainda se acentua sob a pressão da presença do público, testemunha atenta de tudo que se passa ali.

É essa estruturação do dispositivo que favorece a presentificação do real gozo. Gozo que receberá, por cada discurso, um tratamento diferente, visto que cada discurso implica, precisamente, numa forma própria de operar com o real. Mas o ponto que faz destacar a importância do dispositivo da apresentação é que, justamente, esse tensionamento parece favorecer uma formalização do discurso e de suas possibilidades de resposta ao real, colocando à mostra, seus recursos e limites.

Dessa forma, podemos dizer que a apresentação de pacientes é essencialmente um dispositivo de transmissão, na medida em que, para além de qualquer intenção, seja ela clínica, seja de ensino, o que o público pode testemunhar é uma operação discursiva que implica em um certo fazer do entrevistador com o real colocado em cena pelo psicótico.

É nesse ponto, do tratamento dado ao real, que podemos localizar a verdadeira problemática da apresentação de pacientes. Por trás do embate imaginário em torno da função clínica ou didática, o que está em jogo é a possibilidade de cada discurso em lidar com o impossível, com aquilo “que não pode ser recoberto nem pela palavra, nem pela imagem” (Vegh, 2001, pp.152-153). Temos assim que o limite não está no dispositivo em si, mas que o dispositivo põe à mostra o limite do discurso.

Dessa forma, em uma apresentação, é em função do discurso que veremos variar o enlaçamento entre os elementos: paciente, apresentador e público; as manobras e estratégias utilizadas para tanto; assim como os efeitos produzidos sobre todos e sobre cada um.

Como vimos, o discurso do mestre opera sobre o real, numa tentativa de governá-lo, submetendo-o às leis, regularidades. Assim, o psiquiatra/apresentador, busca apropriar-se do saber-fazer do paciente com o real do gozo que o invade. Para tanto, o apresentador o provoca, desestabilizando-o, colocando a mostra suas manifestações sintomáticas de forma a descrevê-las, circunscrevê-las, nomeá-las, ordená-las, produzindo assim um saber sobre elas, um saber sobre a doença. Contudo, nessa manobra, o que se revela como limite do discurso, é que sua tentativa de governar o real passa pela necessidade de desestabilizar o paciente, o que deixa a dimensão de gozo, mais do que evidente.

Quanto ao discurso universitário, é um discurso que opera com respostas e não com perguntas. Assim, o psiquiatra toma como objeto de sua operação aquilo que pode ser enquadrado em um saber prévio, pré-estabelecido. Entretanto, na medida em que saber tudo é impossível, sua operação de dominar o real sem que nada escape, implica numa redução do interesse àquilo ao qual o saber universalizante pode ser aplicado. Exclui-se assim a dimensão da particularidade, do detalhe, do individual. Trata-se, portanto, de um discurso que faz calar o paciente, visto que tudo que é subjetivo é perturbador ao modelo da universalização.

Em relação ao discurso histérico, seu limite se revela na própria recusa em aderir ao dispositivo, assim como no teor de suas críticas. Ao considerar a apresentação como um dispositivo de dominação e exposição do paciente, o que se evidencia é seu limite em reconhecer que para além de um sujeito de direito, de um cidadão, o psicótico é por estrutura um sujeito invadido pelo gozo, desconhecendo, portanto, a implicação do sujeito em seu sofrimento.

Por fim, o discurso do analista. Neste caso podemos dizer de uma articulação singular entre o dispositivo da apresentação de pacientes e sua operação pelo discurso, pois o discurso do analista, por sua própria estrutura, considera um termo a mais. Se os discursos precedentes operavam a partir da interação entre os elementos: paciente, apresentador e público, sendo o real, um resto a ser dominado, controlado, no discurso do analista, o real entra como um quarto elemento, cuja incidência é levada em consideração.

Como nos diz Lacan (1992b): “o discurso do analista se encontra no pólo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar” (p.66). Essa renúncia ao domínio do real, implica reconhecer aí, o impossível, pois de fato, não se pode saber tudo, recobrir tudo, analisar tudo. Ao reconhecer o impossível, o discurso do analista permite colocar-se em uma outra posição frente ao real, que não a de impotência. Assim, considerando como nos diz Vegh (2001), se não se pode recobrir tudo, entretanto, algo pode ser extraído, produzindo-se uma perda de gozo para o sujeito. Assim, ao tomar o real em consideração, a operação sob o discurso do analista presentifica para o sujeito que o real é o impossível, o que permite, como ressalta Rodrigues (2010), mudar sua eficácia na estrutura, ou seja, possibilita que o paciente possa mudar de posição frente ao real, que ele possa mudar seu modo de gozo. Como efeito, temos que a operação com o discurso do analista, em uma apresentação de pacientes, favorece uma localização, uma circunscrição do gozo.

Para concluir, podemos ressaltar que essa análise a partir da conjunção entre dispositivo e discurso, nos permite retirar a ênfase da discussão do termo dispositivo, para situá-la em suas verdadeiras bases, a saber, da eficácia de cada discurso para lidar com o real em jogo na loucura.

Contudo, é preciso situar, que não se trata de uma questão sobre quem tem a verdade, afinal, como nos diz Rabinovich (2001): “nenhum desses discursos é ‘a verdade’” (p.13), pois, a verdade, enquanto lugar, está presente em cada um deles,

não sendo os efeitos da apresentação, mais do que os efeitos de sua produção, que sempre lhe aparece disjunta.

REFERÊNCIAS

- Akiskal, H. (2007). Um comentário além- Atlântico de Kraepelin. In E. Kraepelin, *Lições clínicas sobre a demência precoce, a loucura maníaco-depressiva e a paranóia* (p.11). Lisboa: Climepsi Editores.
- Alkmim, W. (2006). “Capitão alegria”: uma “pequena invenção do sujeito”. *Papéis de Psicanálise –As pequenas invenções psicóticas*, Ano 2. Número 2. Maio de 2006, pp. 139-143. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental de Minas Gerais.
- Barreto, F.P. (1999). Sobre o nascimento e os fundamentos da clínica. In F. P. Barreto, *Reforma psiquiátrica e o movimento laciano* (pp. 99-110). Belo Horizonte: Itatiaia.
- Bastos, A. (1996). Notas sobre as apresentações clínicas. In *Boletim Novidade da Pulsional*, 87, 54-69.
- Beneti, A. (1994). Sobre a apresentação de Enfermos. *Opção Laciana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 11, 93-96.
- Beneti, A. (1996). Interpretação na psicose ou manobras na transferência? *Opção Laciana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 15, 89-95.
- Bercherie, P. (2004) Presentación. In G.G.de Clérambault, *Automatismo mental: paranoia* (pp.9-24). Buenos Aires: Polemos.
- Carvalho, F. (Relator). (2005). Surpresa e vergonha. In *II Encontro Americano do Campo Freudiano: Os resultados terapêuticos da psicanálise*. [CD-ROM]. Buenos Aires.
- Cazenave, L. (2002). Los niños en la presentación de enfermos. *Registros. Niños y psicoanálisis. Tomo rosa y celeste*, (7), 77-82.
- Charcot, J-M., & Richer, P. (2003) Os “demoníacos convulsionários” de hoje. In A. Quinet (org.) *A Grande Histeria*, (pp. 89-105) Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Rios Ambiciosos. (Publicado originalmente em 1887)

- Clastres, G. et al. (1993). La presentación de enfermos: buen uso y falsos problemas. Mesa Redonda. In Broca, R. et al. *Psicosis y psicoanálisis*, (pp. 39-58). Buenos Aires: Manantial.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Clérambault, G. G. de (2004). *Automatismo mental: paranóia*. Buenos Aires: Polemos. (Trabalho originalmente publicado em 1942).
- D'Assumpção, E. (2005). A ética e a didática nas demonstrações cirúrgicas. *Jornal Conselho Federal de Medicina*, Ano XX, 157, 23.
- Didi-Huberman, G. (2007). La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière. Madrid: Ensayos Arte Cátedra.
- Dorey, R. (1996). A favor da apresentação clínica. *Boletim Novidade da Pulsional*, 87, 5-18.
- Ferreira, A. (2002). O ensino da psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, ano V, 4, 11-20.
- Ferreira, C. (2001). *Construção do Caso Clínico: o saber do sujeito como subversão da lógica institucional*. Monografia de Especialização, Unicentro Newton Paiva, Belo Horizonte.
- Ferreira, C. (2006a). *Apresentação de pacientes: (re)descobrimos a dimensão clínica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ferreira, C. (2006b). Sobre o efeito clínico da apresentação de pacientes. *Papéis de Psicanálise: As pequenas invenções psicóticas*, 2, 47-50.
- Figueira, M. L. (2007). Apresentação. In E. Kraepelin, *Lições clínicas sobre a demência precoce, a loucura maníaco-depressiva e a paranóia* (p.10). Lisboa: Climepsi Editores.
- Foucault, M. (1981). A casa dos loucos. In M. Foucault, *Microfísica do poder*, (pp.113-128). Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Foucault, M (2005). *El poder psiquiátrico*. Curso em El Collège de France (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico. Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1972) (1905 [1901]). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. VII, pp. 1-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1905 [1901]).
- Freud, S. (1974a). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1893-1895).
- Freud, S. (1974b). História do movimento psicanalítico. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIV, pp. 13-82). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1914).
- Freud, S. (1974c). O Inconsciente. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIV, pp. 185-245). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1915).
- Freud, S. (1976a). Charcot. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. III, pp. 19-34). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1893).
- Freud, S. (1976b). Conferência XXVII Transferência. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XVI, pp. 503-521). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1917[1916-17]).
- Freud, S. (1976c). Um estudo autobiográfico. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XX, pp. 11-92). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1925).
- Freud, S. (1976d). Uma breve descrição da psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIX, pp. 237-259). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1924[1923]).

- Freud, S. (1976e). História de uma neurose infantil. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XVII, pp. 13-153). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1918[1914]).
- Freud, S. (1977a) Observação sobre um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (v. I, pp.57-67). Rio de Janeiro: Imago, (Obra original publicada em 1886).
- Freud, S. (1977b). Prefácio e notas de rodapé à tradução de *Leçons du Mardi*, de Charcot. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. I, pp. 187-203). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1892-1894).
- Freud, S. (1977c). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. I, pp. 33-47). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente escrito em 1886).
- Freud, S. (n.d.). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol. X, pp. 157-317). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1909).
- Gauchet, M., & Swain, G. (2000). *El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gay, P. (1989). *Freud: Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Girard, M. (1993). Gaëtan Gatian de Clérambault: fragmentos escogidos para un recorrido histórico. In Moron, P., Girard, M., Maurel, H. & Tisseron, S. (1993). *Clérambault maestro de Lacan*, (pp. 9-62). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gurgel, I. (Relator) (2006). A moça que sofria: do bicho ao sujeito. In *II Encontro Americano do Campo Freudiano: Os resultados terapêuticos da psicanálise*. [CD-ROM]. Buenos Aires.
- Jones, E. (1989) *A vida e a obra de Sigmund Freud: Os anos de formação e as grandes descobertas, 1856-1900*, v. 1. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Kaufmanner, H. (relator). (2006). A surpresa de Carlos. *Papéis de Psicanálise: As pequenas invenções psicóticas*, ano 2, 2, 129-138.

- Lacan, J. (1972). El Seminario, Libro 19. O peor... (El saber de psicoanalista). In *Obra de Jacques Lacan*, [CD-ROM]. Folio Views.
- Lacan, J. (1992a). *O Seminário, Livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário proferido em 1955-1956).
- Lacan, J. (1992b). *O Seminário, Livro 17. O Averso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Seminário proferido em 1969-1970).
- Lacan, J. (1993). Documento – O Caso de Mademoiselle B – Relato de uma Apresentação de Paciente feita por J. Lacan. *Psicose - Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, ano IV, 9, 3-31.
- Lacan, J. (1998a). De nossos antecedentes. In J. Lacan. *Escritos*, (pp.69-76), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1998b). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan. *Escritos*, (pp.537-590), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Publicado originalmente em 1957-58)
- Lacan, J. (1998c). Formulações sobre a causalidade psíquica. In J. Lacan. *Escritos*, (pp.152-194), Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Publicado originalmente em 1946)
- Lacan, J. (2002). Uma psicose lacaniana: entrevista conduzida por Jacques Lacan. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 26-27, 5-16.
- Lacan, J. (2004). Exposición en lo de Daumezon 1970. In *L-ment@l. Principios para una formación posible en la presentación de enfermos*. 1, 11-16, Bogotá: Edición. (Exposição realizada em 1970).
- Laurent, E. (1989). A apresentação de pacientes. *Clínica Lacaniana, Publicação de Psicanálise da Biblioteca Freudiana*. 3, 149-187.
- Laurent, E. (1992). Lacan y los discursos. In E. Laurent, *Lacan y los discursos*, (pp.11-45). Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1992
- Laurent, E. (1995). A disciplina da entrevista com o sujeito psicótico. In E. Laurent, *Versões da clínica psicanalítica* (pp. 121-126). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

- Léger, C. (2008). Elogio de la presentación de enfermos: Um dispositivo adecuado. In J-A. Miller et al. *Los clasificables de la clínica psicoanalítica*, (pp. 29-35). Buenos Aires : Paidós.
- Leguil, F. (1998) Sobre as apresentações clínicas de Jacques Lacan. In F. Leguil, *Lacan, você conhece?* (pp. 92-99). São Paulo: Cultura Editores.
- Leguil, F. (2004). La experiencia enigmática de la psicosis en las presentaciones clínicas. *L-ment@l. Principios para una formación posible en la presentación de enfermos*. 1, (44-47) Bogotá, Edición.
- Mannoni, M. (1989). *Um saber que não se sabe: A experiência analítica*. Campinas, SP: Papirus.
- Maurel, H. (1993) El texto de de Clérambault : una lengua, una grafía, un estilo. In Moron, P., Girard, M., Maurel, H. & Tisseron, S. (1993). *Clérambault maestro de Lacan*, (pp. 63-114). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mazzuca, R. (2003) Fenómenos elementales. In R. Mazzuca. *Las psicosis: Fenómeno y estructura*, (pp. 203-247). Buenos Aires: Gergasse 19 Ediciones.
- Millas, K. (1995). Presentacion de enfermos: ¿ mostracion o transmision? *El Caldero de la Escuela, Publicacion Mensual de la Escuela de la Orientacion Lacaniana*, 34, 10-11.
- Miller, J-A. (1996). Lições sobre apresentações de doentes. In J-A Miller, *Matemas I*, (pp.138-149). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Miller, J-A. et al. (2008). El conciliábulo de Angers. In J-A. Miller. *Los clasificables de la clínica psicoanalítica* Buenos Aires : Paidós.
- Morel, G. (1999). A função do sintoma. *Agente: Revista de Psicanálise*, ano VI, 11.
- Moura, M. C. M. (2010). Os discursos: mestre, histórica e capitalista. *Cadernos. A escrita de Jacques Lacan: matemas, esquemas grafo, a lógica e topologia*. 1, 53-71.
- Nominé, B. (1997) Proposições sobre a apresentação de pacientes. In B. Nominé, *O sintoma e a Família*, (pp. 93-108). Belo Horizonte: EBP-MG.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.

- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.
- Porge, E. (1996). A apresentação de doentes. In *Boletim Novidade da Pulsional*, 87, 19-40.
- Porge, E. (2009) Apresentação de paciente: uma clínica da apresentação. In E. Porge, *Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje*, (223-235). Campinas: Ed. Unicamp.
- Quinet, A. (2001). A apresentação de pacientes de Charcot a Lacan. In QUINET, A. (Org.), *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências* (83-90). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Quinet, A. (2003) Apresentação. In A. Quinet (org.) *A Grande Histeria*, (pp. 7-16). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Rios Ambiciosos.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Rabinovich, D.S. (2001). O psicanalista entre o mestre e o pedagogo. *Cadernos de psicologia*, 11(1), 9-28.
- Reis, A. & Costa, A. (2001) Jerry. In Quinet, A. (Org.), *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências* (269-272). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Rodrigues, G. V. (2010). *A psicanálise pelo avesso: uma leitura do seminário O Avesso da Psicanálise livro 17 de Jacques Lacan*. Belo Horizonte: Ophicina da arte & prosa.
- Roudinesco, E. (1994). *Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Roudinesco, E. (1988). *História da psicanálise na França. A batalha de cem anos. Volume 1: 1885-1939*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Santiago, A. L., & Lopes, A. M. (2007). A construção de um aparelho vocal em um adolescente psicótico: resultado terapêutico da apresentação de pacientes. *Revista mal estar e subjetividade*, v.7 (2).

- Santiago, J. (2000). Nota sobre o fundamento clínico da apresentação de enfermos. *Curinga EBP/MG*, 14, 80-83.
- Santiago, J. (coord.), Alkmim, W., Andrade, R. & Ferreira, C. (2006). *Sobre a eficácia clínica da apresentação de pacientes: investigação sobre o emprego da apresentação de pacientes no tratamento psicanalítico do sujeito psicótico. Relatório De pesquisa*. CNPq/UFMG/FHEMIG.
- Sauvagnat, F. (2006). *Fenómenos elementales psicóticos y trabajo institucional. Fundación Etiem*. Recuperado em 15 de julho de 2006, de <http://w.w.w.etiem.com.ar/trabajo3.html>
- Swain, G. (2000) La apropiación neurológica de la histeria. In Gauchet, M., & Swain, G. *El verdadero Charcot: Los caminos imprevistos del inconsciente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2000.
- Trillat, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.
- Tripichio, A. (2008). Burq, Vitor-Jean-Martin (1822?-1884). Recuperado e 28 de fevereiro de 2012 de <http://www.redepsi.com.br/portal/>
- Tuoto, E. Contribuições pouco conhecidas de Charcot. *História da Medicina*. Recuperado em 11 de fevereiro de 2012, de <http://historyofmedicine.blogspot.com>.
- Tyszler, J-J. (2004). Clérambault. *Tempo Freudiano. A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria. Os fenômenos elementares*, 3(1), 117-146.
- Veras, M. & Besset, V. (2007). Apresentação de pacientes: a clínica lacaniana na saúde mental. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 48, 130-137.
- Vegh, I. (2001). Os discursos e a cura. In I. Vegh ...[et al.]. *Os discursos e a cura*, (pp.141-157). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Viganò, C. (1997). De Clérambault e a lógica do sujeito. In C. Viganò, *Saúde mental: psiquiatria e psicanálise* (pp. 36-47). Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental, Associação Mineira de Psiquiatria.
- Vorcaro, A. (1996). Psicanálise e prática interdisciplinar. In *Boletim Novidade da Pulsional*, 87, 41-46.

ANEXO A - Une leçon clinique a la Salpêtrière (1887).



Pierre André Brouillet

ANEXO B - Apresentações de pacientes na tradição médica

Clínica Gross. (1875)
Thomas Eakins (1844-1916)
Jefferson Medical College, Philadelphia.
(Operação de osteomielite do fêmur)



A Clínica Agnew (1889)
Thomas Eakins (1844-1916)
University of Pennsylvania, School of Medicine, Philadelphia.



Primeira anestesia com éter (1894)
Robert C. Hinckley (1853 – 1940).
Biblioteca Médica de Boston. (Cambridge).

