ISIDORO EDUARDO AMERICANO DO BRASIL

PROPOSIÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO PARA O PSIQUIATRA CLÍNICO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Orientador:
Professor Doutor Jorge de Campos Valadares

Rio de janeiro
Escola Nacional de Saúde Publica/FIOCRUZ
2001

B823p Brasil, Isidoro Eduardo Americano do
Proposição de um dispositivo de formação para o psiquiatra clínico. / Isidoro Eduardo Americano do Brasil. — Rio de Janeiro : s.n., 2001.
191 p., ilus.

Orientador: Valadares, Jorge de Campos
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1.Psicanálise-métodos. 2.Psiquiatria-história. 3.Psiquiatria-normas. 4.Transferência (psicologia). 5.Competência profissional.

Dedicatória

Aos meus pais Carmelita e Attila, origem.
À minha mulher Helen, companheira.
À Erika.
Ao Pedro e
Ao Isidoro, descendência.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar esta tese só foi possível pela receptividade de meu orientador. Depois à sua delicadeza em acompanhá-la com todas as concordâncias e discordâncias. Nosso percurso, de trinta anos de lutas em comum, fez das convergências o alimento necessário para esta construção. Tornaram mais fortes os laços e em última análise condição suficiente para o bom termo do esforço,

À Helen, que acompanhou e corrigiu sempre as imprecisões,

À Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano, ágora de tantos anos,

À Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, pelo acolhimento,

Ao Paulo Pavão, amigo cuja identidade de trabalho crescente foi um estímulo neste difícil momento do pensamento psiquiátrico. Nos últimos trinta anos nos acompanhamos em campos próximos e sinérgicos. Em especifico: o amor a nosso trabalho e o respeito e a atenção ao doente mental,

Aos discípulos e alunos sempre atentos em forne-ser crítica ao trabalho desenvolvido em conjunto,

Ao Marcos Paulo e Ruth, pelo estímulo e pela colaboração na confecção da tese pela qual sempre torceram,

Ao Cairus, incentivador, modelo e estimulador,

À Mariluci, que perdeu (ganhou) seu tempo, revisando e criticando com acérrimo humor, seriedade e paciência meus acertos (poucos) e erros (incontáveis),

À Numa Ciro, que ajudou na correção e deu sugestões importantes,

À Maria Cláudia, pelas correções finais.

Aos pacientes, por tudo mesmo,

Aos meus analistas Jarbas Moacir Portela, João Coutinho de Moura, Isabel Lins e Serge Cottet, pelos dezesseis anos de trabalho psicanalítico,

Aos inevitavelmente esquecidos nesta lista, mas de quem guardo efetiva e afetivamente a colaboração e que saberão mais uma vez me perdoar.

(...) quero proteger a Psicanálise dos médicos e dos padres. Quero confiá-la a uma profissão que não existe (...) não têm que ser médicos e não devem ser sacerdotes.

Sigmund Freud (Carta a Pfister)

Resumo

Construo na tese um arcabouço analítico do surgimento e da constituição da Psiquiatria, primeira especialidade médica nos tempos atuais (pós-ciência), e da formação do Psiquiatra. A reconstituição tem como finalidade encontrar a justificativa conceitual para a formação do Psiquiatra e propor um processamento para ela.

Após a reconstituição histórico-epistêmica da origem da Psiquiatria, a análise dirigiu-se aos primórdios do processo de formação do Psiquiatra e constatou uma relação de mutualidade entre a origem da Psiquiatria e a da formação do Psiquiatra.

A Psiquiatria Clínica é definida como *ofício*, ao estilo das artes liberais. Seu estilo de formar e reconhecer seu praticante são similares a estas em nosso trabalho e cria com isto uma especialidade dentro da Psiquiatria.

Essa formação específica destina-se aos Psiquiatras que *desejam* trabalhar nesse campo, via linguagem, pela palavra e sob transferência. O fim último da *proposição* é processar um dispositivo para o questionamento subjetivo do Psiquiatra quanto prepara-lo para acolher a demanda da subjetividade que sofre.

É feita ainda uma análise crítica da forma atual da prática Psiquiátrica e da sustentação epistêmica de seus pilares. Identifico esta prática a um subproduto do pensamento ampliado das formas de relação de poder na cultura.

A doutrina psicanalítica é o meu principal instrumento de pesquisa onde encontro a interseção necessária com a Psiquiatria e localizo o meio de preparação para a prática psicoterapêutica do aqui chamado Psiquiatra Clínico.

Na Introdução discuto a aproximação ‘arte e técnica’ como espaço e localização dos lugares. Destaco antes de tudo o conceito **transmissão**.

O Capítulo 1 é destinado à questão interseção Psiquiatria e Psicanálise. As duas disciplinas são definidas por seus treinamentos e práticas, assim como, os elementos que as

diferenciam e aproximam. Dou ênfase aqui a uma crítica ao DSM (Diagnostic and Statistic Manual) criado pela Associação Psiquiátrica Americana e ao CID (Código Internacional de Doenças).

Distingo no Capítulo 2 a partir dos conceitos de 'ato' e 'repetição' duas modalidades de formação continuando a diferenciação de arte e técnica – seja no sentido originário, seja no sentido atual.

Profissão e ofício são apresentados como dois elementos que viabilizam a distinção entre minha proposição e a atualmente em vigor, no Capítulo 3. Desenvolvo a questão 'sujeito' a partir de conceitos doutrinais psicanalíticos e faço uma mostração de minha sustentação através da posição do teatro e da lógica.

Os procedimentos e o processamento do conceito **transmissão** são elaborados no Capítulo 4 a fim de viabilizarem concretamente minha elaboração da intervenção.

Para finalizar a tese defino o dispositivo através do qual a **transmissão** pode ser praticada e testada praticamente, no Capítulo 5.

Meu trabalho oferece, para o julgamento da comunidade científica universitária, em específico à da Saúde Pública, a sistematização do processo de **transmissão** para o Psiquiatra Clínico Atual em oposição ao ritual de hoje. À Saúde pública por entendermos que esta, mais que o meio médico, está preocupada na orientação e preparação de um trabalhador envolvido com a subjetividade e com a questão do laço social.

Resumé

La thèse vise à faire une reconstituition de l'apparition de la première specialité médicale, de notre temp (post-science) et par cette reconstituition établir un procès formel de "**transmission**" pour la pratique de la Psychyatrie clinique, pour les psychyatres que désirent l'utiliser comme un *office* que intervient dans la subjectivité qui souffre par la voie de la parole.

Le travail vise a produire une lecture critique de la forme actuelle de l'établissement des piliers de la pratique psychyatrique comme sous-produit d'une pensée plus ample de la forme de rélation dans la culture. Et la Psychanalyse y est pensée comme moyen de production de la préparation nécessaire pour la pratique psychothérapeutique du Psychyatre.

La thèse est divisé en cinq chapitres que presentent le problème, offre une sustentation episthémique pour sa proposition et finalement présente un projet de formation pour le psychyatre appelé cllinique.

Offrant à la communauté scientifique pour son jugement une sistemtisation pour la réalisation du procés de " **transmission**" qui s'oppose ou au rite actuel ou qui lui donne une complementation.

La doctrine psychanalytique est mon principal instrument de recherches où je trouve l'intersection nécessaire avec la Psychiatrie et localise au moyen de préparation pour la prtique psychoterapeutiue du Psychiatre clinique.

Dans la introduction je discute le rapprochement art et technique comme espace et localisation des places. J'insiste avant tout sur le concept **transmission**.

Le premier chapître est destiné à la question de l'intersection psychiatrie-psychanalyse. Les deux disciplines sont définies par ses entrainements et pratiques ainsi comme les elements qui les differencient et les rapprochent. Je donne une emphase ici à la critique du DSM crée par l'Association Psychiatrique Américaine et au CIM.

Je fais la différence dans le deuxième chapître, à partir des concepts de «acte» et «repetition» deux modalités de formation, insistant sur la diffèrentiation art et technique, soit dans le sens originaire, soit dans le sens actuel.

Profession et office sont présentés comme deux éléments que viabilisent la distinction entre ma proposition et celle actuellement en vigueur dans le troisième chapître. Je developpe la question «sujet» à partir des conseils doctrinaux psychanalitiques et je fais une mostration de ma soutenance, à travers la position du théatre et du la logique.

Les prodedés et le processus du concept **transmission** sont élaborés au quatrième chapître afin de viabiliser concretement mon elaboration de l'intervention suggèrée.

Pour finaliser ma thèse, je défini le dispositif à travers lequel la **transmission** peut être pratiquée et testée pratiquement au cinquième chapître.

Mon travail offre au jugement de la communauté scientifique universitaire, surtout à la santé publique la systématisation du processus de **transmission** pour le Psychiatre clinique actuel en opposition au rituel d'aujourd'hui. A la Santé Publique car je la comprene, plus que le moyen médical, est préoccupé par l'orientation et la préparation d'un travailleur compromis avec la subjetivité et la question du lien social.

Abstract

The thesis aims to make a reconstitution of the rise of the first medical speciality, nowadays (post-science) and in this reconstitution establish a formal process of transmission for the practice of Psychiatry. The Psychiatrist who wishes to use the Psychiatry as a way that intervenes on the subjectivity that suffers through the word would enjoy of this proposal.

The work aims to produce a critical reading of the forms of establishment of the basis of Psychiatry practice as a product of a wide way of thinking of relationships in culture. As a consequence, Psychoanalysis is thought the way to make the necessary preparation for psychotherapy of the Psychiatrist.

The thesis is divided in five chapters, which introduces the problem, offers an epistemic sustentation for the purpose and finally presents a project to Psychiatrist training.

The thesis offers to the scientific community judgment a systematic process to work out the **tansmission** process to nowadays clinical Psychiatrist that does not agree with the current ritual.

Abreviaturas Utilizadas

APA – Associação Psiquiátrica Americana

API – Associação Psicanalítica Internacional

AMP – Associação Mundial de Psiquiatria

EBPMF – Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto

IPA – International Psychoanalytical Association (ou API)

OMS – Organização Mundial de Saúde

UDA – Unidade Docente Assistencial

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

WPA – World Psychiatric Association

SUMÁRIO

Introdução: Entre a arte e a técnica..... 14

1.Um projeto epistêmico: a interseção entre Psiquiatria e Psicanálise..... 35

1.1.A Psiquiatria hoje 36

1.2.A psicanálise: o '*training*' e seus desvios 38

1.3.Propedêutica da Ética 41

1.4.A **transmissão** e a ética: leis do campo psicanalítico 60

1.5.Da *profissão* e do *ofício*: moral & ética 63

1.6.**Transmissão** – as condições para o seu reconhecimento 69

1.7.A metapsiquiatria como sustentação da **transmissão** 74

2.A história da Formação: 'depois do ato, a repetição'..... 77

2.1.O ato criador estabelece um especialista..... 86

2.2.Cânone e fundamentos 90

3.Psiquiatria Clinica: profissão ou ofício..... 101

3.1 Alienação – um conceito para a atualidade psiquiátrica 103

3.2. O sujeito e a alienação: além da Psiquiatria 105

3.3. Alienação: o teatro e a Psicanálise – Sartre e Lacan 107

3.4. Alienação: Psicanálise e cientificismo 109

4.A **transmissão**: procedimento, processamento e correlatos..... 121

4.1.Da iniciação e do rito..... 123

4.2. **Transmissão**/Formação 128

4.3. O Processo de **transmissão** 141

4.4. Como se dá a **transmissão** enquanto dispositivo..... 145

4.5. A sessão clínica na **transmissão**..... 152

5.Conclusões..... 157

6.Anexos..... 165

7.Fontes e Bibliografia..... 172

INTRODUÇÃO

Entre a Arte e a Técnica

> "No princípio era o ato"
> (Goethe)

> Juro por Apolo médico, por Asclépio, por Hyghéia, por Panacéia e por todos os deuses e todas as deusas, constituindo-os testemunhos, que levarei a cabo, conforme minha capacidade e meu discernimento, este juramento e este documento: (Juramento, 1)

Localizarei aqui o tema a ser desenvolvido na tese, bem como, o autor e as origens de seu interesse pelo assunto "Proposição de um dispositivo de formação para o Psiquiatra Clínico".

O interesse veio à baila graças à minha experiência pessoal: fiz a formação psiquiátrica e a psicanalítica. Tomou corpo nos trinta e cinco anos de minha prática cotidiana nos dois campos, reapresentando uma construção de mais de vinte anos de dedicação à formação de Psicanalistas em instituições – em particular há dezoito anos na Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano (EBPMF) – e há oito como professor nos Cursos de Especialização e de Residência na Unidade Docente Assistencial (UDA) de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Realizei a tarefa de construção de um projeto para a formação do Psiquiatra Clínico na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) porque acredito ser parte integrante de sua responsabilidade e de seu ideário subsidiar e/ou criar meios na viabilização do atendimento à doença mental compatível com suas outras áreas de atuação. Este atendimento deve incidir,

antes de tudo, na formação de um praticante capaz de realizá-lo. Minha tese pretende ser uma contribuição nesta direção, mais detalhadamente explicitada no Capítulo 4. Ofereço para discussão uma intervenção propiciadora à formação de um Psiquiatra Clínico imbuído na responsabilidade e investido num projeto de atenção à questão da doença mental como problema público.

Esta tese se reveste de um caráter testamentário. É o que suponho ser uma contribuição, um legado, aos nossos contemporâneos e sucessores no ofício, onde dedico minha existência de trabalhador decidido, o campo da doença mental. Penso ter, neste terço de século, reunido uma experiência que desejo apresentar neste trabalho, após uma gestação por certo mais longa que o comum. Creio ter sido esta minha prática: uma forma de vida, com respeito e cuidados ao 'doente mental'. Neste sentido desejo propor ao jovem Psiquiatra um percurso possível para sua formação baseado em minha experiência e a conseqüente formalização. Não é apenas um exercício temporário de formação, é um exercício de vida.

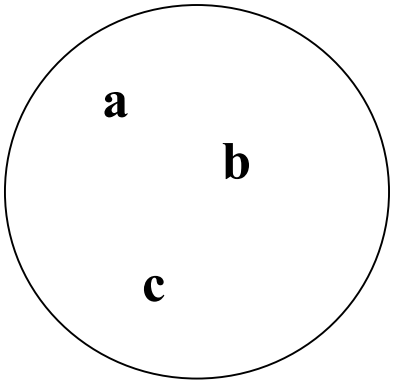
A junção das experiências Psiquiátrica e Psicanalítica, bem como, a elaboração teórica e epistemológica delas levou-me à formulação de um dispositivo para a formação do Psiquiatra Clínico, como uma proposição, centrado no conceito denominado "**transmissão**" como uma classe de termos indexados com letra V (verdade) ou F (Falso).

Transmissão é um conceito e um dispositivo na fronteira Psiquiatria-Psicanálise que delineia o processamento do tornar-se Psiquiatra Clínico. Seu campo próprio não se situa na pedagogia da disciplina psiquiátrica. Além da fronteira pedagógica, localiza-se na transferência e, portanto, transcende o saber sabido ensinado na matéria e profissão. É uma experiência da qual o funcionamento mostrará *a posteriori* a validade.

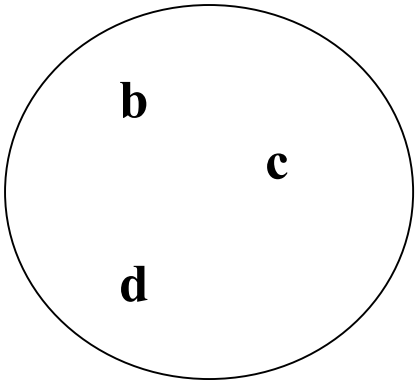
Dada a definição de **transmissão**, passo a desenvolver os elementos que a compõem. Neste desenvolvimento levo em consideração uma dialética com dois termos. Para tanto, tomo os 'círculos de Venn' e as operações de conjunto (união e interseção) como modelo. A 'fronteira' é o *situs* de delimitação da união ou da interseção dos conjuntos {A} (fig. 1) e {B} (fig.2). A operação entre esses dois conjuntos – aqui representada por {C} (fig.3) – será meu campo de trabalho. Chamo conjunto {A} o campo da Psiquiatria, cujos elementos são {a,b,c}; chamo conjunto {B}, e seus elementos {b,c,d}, o campo da Psicanálise. A operação

de união entre {A} e {B} é denominada {C}: {A} ∪ {B} = {C}. A lógica da união aqui seguida está definida pela operação simbólica do 'vel exclusivo' indicada por Lacan em *A coisa freudiana*. A este 'vel exclusivo', o autor dos *Escritos* se refere como:

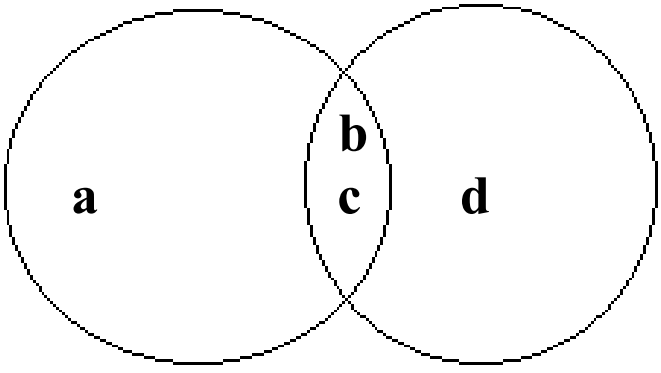
> Signo que falta, notemo-lo de passagem, no aparelho algorítmico da lógica moderna que se intitula simbólica, e aí demonstra a insuficiência que a torna inapta à formalização das ciências humanas (LACAN, 1998: 431).



A (Figura 1)



B (Figura 2)



C (Figura 3)

Para satisfazer '(....) a exigência dialética do formalismo das ciências humanas' (LACAN, *idem*) é preciso que se inclua nela o símbolo faltante do 'ou' exclusivo. Esta conexão feita por Lacan entre formalismo analítico, exigência dialética e exclusão incluiu o signo de exclusão e tornou apta a dialética, segundo o mesmo autor, para a formalização da experiência psicanalítica. Comumente o 'ou' não exclusivo é o chamado vel (v), em latim. Lacan propõe um 'vel exclusivo' (APUD, MILLER, 1984: 85 *et passim*) existente na lógica simbólica, porém não usado correntemente. Sendo (p) Psicanálise e (q) Psiquiatria, ele pode ser obtido a partir do 'quadro verdade' para uma relação entre elas que é de início uma relação de exclusão. Trata-se realmente de uma questão de verdade, de valores de verdade, e para articulá-la necessitamos de conetores. Sublinhemos que o 'valor verdade' não tem grandes relações com a verdade. Reduzamos esse valor a letras: V, sendo verdade e F, sendo falso. A proposição lógica se reduz a termos, ou conjunto de termos, que admitem valores de verdade. A proposição lógica é uma classe de termos que têm essa propriedade de ser indexada verdadeira (V) ou falsa (F):

p .....– p

V..... F.

Da forma mais simples isso introduz a 'negação', podendo-se afirmar: se p é V, – p será indexado F.

Usa-se, também, com os dois símbolos, p e q, mais a negação. Neste caso, chama-se 'conjunção'. Colocam-se as duas letras p e q, uma ao lado da outra, para funcionar em seguida com o vel:

p.....v.....q

que se lê: p ou q.

Estes conetores funcionam também numa seqüência. E podemos estabelecer a partir da 'conjunção' a seqüência estabelecida no quadro abaixo:

p	V	q
V		V
V		F
F		V
F		F

Que se lê;

na 1ª linha: p é verdade, q é verdade;

na 2ª linha p é verdade q é falso;

na 3ª linha p é falso q é verdadeiro e

na 4ª linha p é falso q é falso.

A partir da proposta de Lacan, e usando-se o conetor denominado vel de exclusão:

p	V	q	p $\veebar$ q
V		V	F
V		F	F
F		V	V
F		F	V

Que se lê:

1ª linha, se p e q são V, para o vel de exclusão é uma proposição F;

2ª linha, se p é V e q é F para o vel de exclusão é uma proposição F;

3ª linha, se p é F e q é V para o vel de exclusão é uma proposição V e

4ª linha, se p é F e q é F para o vel de exclusão é uma proposição V.

Donde se conclui que:

a Psicanálise e a Psiquiatria sendo V tem-se F, para o vel;

se Psicanálise e Psiquiatria são F tem-se V para o vel.

Quero dizer se as duas são verdade a relação entre as duas é falsa (1ª linha). Se as duas são falsas a relação entre elas é verdade (4ª linha). Se a Psicanálise é V e a Psiquiatria F para o vel isto é F (2ª linha). Se a Psicanálise é F e a Psiquiatria V para o vel isto é V (3ª linha).

Na aproximação lacaniana, pela exclusão da dialética de integração (LACAN, 1998: 430), está incluída uma outra operação, que se opõe à adição. A conjunção de conjuntos não se faz exclusivamente a partir do conceito de adição em aritmética. Para Lacan, quando se 'reúne' seis elementos e os transforma em quatro, pela identificação entre dois deles, tem-se a alienação, como veremos oportunamente. Na adição não se perde nada, mas na 'união' de conjuntos, uma falsa adição, pode-se concluir que se opera por subtração.

No nosso caso:

$\{A\} + \{B\} = \{a,b,c\} + \{b,c,d\} = 4 \therefore\ 3 + 3 = 4.$

Isto porque na reunião levamos em conta a 'identidade dos elementos' (b e c, no caso).

$3 \cup 3 = 4.$

Na adição temos

$3 + 3 = 6$ ou

$\{a,b,c\} + \{b,c,d\} = 6.$

Sendo $\{a,b,c\} = A$ e $\{b,c,d\} = B$, temos na união;

$A \cup B = \{a,b,c\} \cup \{b,c,d\} = 4.$

Aí está a falta (subjetiva) em jogo, se assemelharmos esta operação à adição. A operação de união é usada para definir um certo 'vel' da reunião lógica que equivale a um 'e' $\{A \wedge B\}$. O que para Lacan (*ibidem*, 431) é decisivo na significação dialética é a 'exclusão'. Esta operação ele a faz funcionar para a dialética do sujeito do inconsciente. Estamos diante

de uma conjunção inédita do termo dialética com a 'reunião' em sentido lógico. Disso "resulta uma travessia da dialética platônica e hegeliana em direção a um funcionamento que tem por fundamento a teoria dos conjuntos" (MILLER, 1984: 90). Temos uma transição da dialética à teoria dos conjuntos, modificada de tal maneira que seus funcionamentos operam não a partir da perda, mas com a 'exclusão'. Nem todos os termos são compatíveis ou co-presentes.

Suponho que os elementos fundantes do campo psiquiátrico {A} podem ter elementos pertencentes só a ele, mas outros elementos sobre os quais pode incidir a interpretação da Psicanálise também pertencem a {A}. {B} também possui elementos pertencentes somente a {B}, e elementos pertencentes aos dois campos o que viabilizaria a operação de União. Esta viabilização se dá pela identificação de elementos pertencentes a {A} e {B}. Os elementos que permitem sua identificação em {A} e {B} nos indicam a possibilidade de interseção (como união com exclusão) dos dois campos, isto é, à interpretação psicanalítica recair sobre eles. Assim posso obter a partir de seis elementos, expressos abaixo como chave de leitura do diagrama acima, um 'quadripartite' (*Geviert*[1]; HEIDEGGER, APUD MILLER, 1984: 55-88) – tradução sugerida por Lacan (1959-60), adotada aqui:

Quanto à Psiquiatria {A}:

{a} – o campo do conhecimento e as entidades clínicas psiquiátricas;
{b} – a prática psiquiátrica e sua formação e
{c} – os elementos psicopatológicos.

Quanto à Psicanálise {B}:

{b} – a prática psicanalítica e sua formação;
{c} – a metapsicologia freudiana e
{d} – o Saber.

[1] *Geviert* – do alemão, refere-se a quatro, viert. Heidegger refere-se às quatro conjunções do "ser aí': sobre a terra, sob o céu, entre os homens e diante de Deus".

Para {a} – em {A}, o campo do conhecimento psiquiátrico e as 'entidades clínicas' pertencem somente a {A};

A prática psiquiátrica {b} – e sua formação em {A} e a prática psicanalítica e sua formação {b} – em {B} pela via da transmissão estão aptas a serem elementos de identificação;

Para {c} – em {A} os elementos psicopatológicos da estrita leitura psiquiátrica sofrerão a reavaliação de {c} – em {B} – a metapsicologia freudiana (Inconsciente, Repetição, Transferência e Pulsão) propiciada pela identificação {c} em {A} com {c} em – {B}.

Para {d} – em {B} cabe a distinção com {a} – em {A}.

O campo do conhecimento {a} – em {A} como condição necessária e o campo do Saber {d} – em {B}, não cumulativo, não pedagógico como expressão do Inconsciente, condição suficiente.

Além disto, o "ensino na transmissão é um processo viabilizado pela transferência de trabalho[2] de sujeito a sujeito" (LACAN, Documentos para uma Escola, s/ data: 23). Isto é um índice do ultrapassamento pedagógico e da sua implicação transferencial, pois enquanto pedagogia trataria de um processamento universal.

Em meu itinerário, a **transmissão** retomará questões 'esquecidas' na história da formação médica. Questões que já estiveram presentes nela e foram deixadas de lado. Com 'esquecidas' quero dizer: recalcadas, deslocadas ou rearranjadas (rearranjo este fundamentalmente a partir do século IX, quando do aparecimento do discurso Universitário, 'substituto' do 'transmitido' nas Escolas).

Para retomar o momento da passagem do saber das Escolas — cujo processamento é gemelar ao da **transmissão** — para o conhecimento da Universidade, lançarei um olhar elaborativo no funcionamento das Escolas primevas no processo de formação do médico-filósofo (Academia, Liceu, Stoa, Escola de Cós, Escola de Cnido).

[2] Transferência de trabalho e trabalho de transferência – serão desenvolvidos no Cap. 4.

Vários são os usos semânticos do significante transmissão, assim relaciono a seguir alguns deles de uso corrente e consagrado. Uma abordagem lexicológica define transmissão como "uma ação ou efeito de transmitir: transmissão de um direito"[3]. A neurobiologia define o processo de encaminhamento de estímulos nervosos através das sinapses ou junção de espaços intercelulares como transmissão, proporcionada pelos neurotransmissores. Na mecânica a transmissão se constitui como a comunicação do movimento de um órgão mecânico a outro por meio de engrenagens, polias, correias.

Em meu trabalho quero abordar a **transmissão** como um meio de:

1. preparar o Psiquiatra através do ensino do conteúdo do campo psiquiátrico;
2. oferecer ao Psiquiatra, além do 'saber sabido', condições de manejo de processos que extrapolem seu conhecimento consciente, via mecanismos que devem ser explorados em sua subjetividade durante seu período de formação;
3. provocar a produção continuada da circunscrição do campo da Psiquiatria não sendo conforme ao universal, mas pregnantemente particular. O método proposto é uma marca particular para cada formação, individual e única;
4. tratamento do mal-estar (*Unbehagen*) do Psiquiatra causado por sua formação, seu laço social[4]. Seja por seus conflitos íntimos, seja pelo *encontro* com subjetividades muito próximas ou inteiramente alheias à sua e em relação às mesmas cabe manter um lugar que não seja de crítico, de julgador, mas de acolhedor de transferência, transformador ou de 'pura' diferença;
5. propiciar o desenvolvimento, durante a formação ou a partir dela, da prática *ética* do seu desejo em oposição ao juízo universal;
6. administrar cada tratamento como experiência original, como é o seu próprio;
7. construir um dispositivo de controle constituído por pares (que já se submeteram a este processo e também passaram pelo dispositivo), ao estilo de um comitê ou juri.

[3] KOOGAN/HOUAISS, 1999, p.1592.
[4] Laço social – Na Psicanálise é a maneira de tratar a relação do sujeito com o Outro. É uma relação que não se satisfaz com as cadeias de inerência, além disso, permite-nos sair de dificuldades e impasses da relação do individual e do social. A Psicanálise desfaz os sujeitos que se prestam à sua prática (o psicanalista em primeiro lugar, e após o psicanalisante) – o que Lacan denomina *desêtre,* o 'des-ser'. Não há oposição do indivíduo e do social, não há reabsorção de um no outro. A relação do sujeito e do Outro não é pura reprodução decalcada, como esta relação não decalca também a interação do um e do múltiplo.

Dou proeminência na **transmissão** ao tratamento do mal-estar, referido acima que é correlato ao "conhecer-se a si mesmo" (ΓΝΩΘΙ ΣΕΑΥΤΟΝ) e aos *princípios* de "ocupar-se de si" e "cuidar-se de si". Usarei, junto com o mapeamento inicial, a proposta de abordagem freudiana (submeter-se a um tratamento pessoal) para localizar e tratar o mal-estar do Psiquiatra. Avançando dos primórdios até o texto freudiano este 'mal-estar' toma feições próprias e valor preciso, nos auxiliando na concretização de nosso conceito e dispositivo.

Entre os autores que estudaram os temas 'cuidar-se de si', 'conhecer-se a si mesmo', 'ocupar-se de si', por certo sob outra visada, destaco a contribuição de Foucault (1997a: 119): "a regra de ter de se conhecer a si mesmo foi regularmente associada ao tema do 'cuidado de si'". O pensador francês lembra, em seqüência, que Gregório de Nícia – oito séculos depois de Sócrates e do 'conhece-te a ti mesmo' – refere-se à formação do "médico-filósofo", enfatizando o papel do "cuidar-se de si" na parábola da dracma perdida:

> Por uma dracma perdida, é preciso acender a lâmpada, revirar toda a casa, explorar todos os seus cantos até que se veja brilhar no escuro o metal da moeda; do mesmo modo, para encontrar a esfinge que Deus imprimiu em nossa alma e que o corpo recobriu de mancha, é preciso 'cuidar de si mesmo', acender a luz da razão e explorar todos os cantos da alma.

Além de ser um *princípio*, 'o cuidado de si' foi uma prática (πραξις) constante. A "Carta de Meneceu", um texto epicurista, começa assim: "Nunca é cedo demais ou tarde demais para cuidar de sua alma. Deve-se, portanto, filosofar quando se é jovem e quando se é velho" (APUD, FOUCAULT, 1997a: 121).

Acerca dessa passagem, Foucault (*idem*: 121) tece o seguinte comentário:

> A filosofia aqui está assimilada ao "cuidado com a alma" (o termo é médico: 'Υγιαινειν), e esse cuidado é um trabalho para toda a vida. Também, em Fílon de Alexandria a designação da prática dos Terapeutas é uma *epiméleia* da alma."

O termo epiméleia designa, além de uma atitude de consciência ou uma forma de atenção sobre si mesmo, uma ocupação regulada, "um trabalho com prosseguimentos e objetivos". Refere-se a um campo de atividades complexas e reguladas e foi considerado

como um dever e uma técnica, "uma obrigação fundamental e um conjunto de procedimentos cuidadosamente elaborados" (FOUCAULT, 1997a: 122).

Outra vertente é o "ocupar-se de si". Não como uma preparação momentânea para a vida, mas como uma forma de vida. No *Alcibíades* de Platão (1986a), uma das questões fundamentais é a idéia da "conversão a si" (*ad se convertere;* gr. *εις εαυτον επιστρεφειν*), a idéia de um movimento de existência pelo qual se volta sobre si mesmo. Para Platão (*idem)* não encontramos outro fim que o de estabelecer-se junto a si mesmo, residir em si mesmo e aí permanecer, estabelecer um certo número de relações consigo mesmo (relações de modelo jurídico-político: ou seja, ser soberano de si mesmo, exercer sobre si um domínio, ser independente, 'ser de si' (*fieri suum*); ou relações a partir do modelo de gozo[5] possessivo, o 'gozar de si').

Ainda no *Alcibíades* de Platão há um ponto coincidente com a **transmissão**. Essa coincidência está na 'preocupação consigo' que se "impunha devido aos defeitos da pedagogia" (FOUCAULT, 1997a: 122-5). Por estes defeitos cabia completá-la ou substituí-la. A substituição da pedagogia aparece aí indicada como "dar uma formação" (*Idem*: 125).

Nesse caminho que percorri para encontrar traços do nosso conceito – **transmissão -** no pensamento ocidental vislumbro o valor do 'desaprender' (*de-discere*): desaprender os maus hábitos, as falsas opiniões, o que ensinam os maus mestres e o meio. Desaprender aqui é, entre outras coisas, uma função de luta: a prática de si pensada como um combate permanente. Finalmente, e não menos importante, a cultura de si tem uma função curativa e terapêutica.

Sob esse aspecto ressalto Epiteto, cujo desejo era que seus alunos chegassem à sua Escola com a consciência de serem doentes. Tinha para o conjunto de práticas da 'cultura de si' um termo específico ἀσκησις (*Ibidem*: 122-5)

[5] Gozo – Mais tarde utilizo o significante como foi definido conceitualmente por Lacan. Gozo está presente no texto freudiano como o excesso da *wiederholungzwang* (compulsão à repetição).

Na mesma direção Foucault (1997a: 127) cita Lucrécio e os *Verıdicta dicta* (‘discursos’, *λόγοι*) que nos permitem conjurar nossos temores e não nos deixar abater pelas infelicidades, fruto de nossas crenças.

Além do citado, conjugo com essas idéias, auxiliares na construção e justificativa de meu conceito, o princípio de Cusius da *docta ignorantia* (VÉDRINE, 1995: 33), utilizado na teorização de Lacan dirigida à formação do psicanalista. O foco principal da abordagem lacaniana é mostrar que a *docta ignorantia* consiste numa postura prática a ser conquistada. Nela domina o fundamento: “o não-sabido se ordena como moldura do saber (LACAN, *Ata de fundação da Escola Freudiana de Paris*: s/ data §59)” e “para além do que sabemos, naquilo que sabemos, o que não sabemos” (CUSIUS, APUD *Idem*). A *Docta ignorantia* pode ser tomada como posição de fundamento de uma “clínica do entusiasmo” (LACAN, 1974) e da surpresa.

Após a retomada da formação do médico-filósofo proponho-me a trabalhar os primórdios da Psiquiatria, contar uma versão dos seus diversos tempos e a forma de estabelecimento da formação do Psiquiatra. Não há, a este propósito, uma versão considerada hegemônica ou exclusiva, embora algumas sejam de grande consistência prática (porque praticada em grande extensão) e, no mínimo, devem ser referência obrigatória no tratamento desse objeto.

O que há de história nesta tese está a serviço da construção de conceitos para a caracterização dos momentos da construção do campo em causa – a Psiquiatria Clínica.

O significante Psiquiatria Clínica, na tese, é aproximativamente, definidor da prática do Psiquiatra via linguagem, pelo discurso e fala sob transferência. Usei a expressão aproximativamente, pois Psiquiatria Clínica já é um termo corrente, com um certo valor semântico estabelecido. Utilizo-o aqui de uma maneira própria, a ser mais desenvolvida. Aqui, Psiquiatria Clínica valoriza a dimensão relacional e a discursiva: do paciente, do Psiquiatra, sobretudo do dispositivo de tratamento. Uma suposição básica da proposta é estarem em jogo na doença ou no sofrimento o dito, o interdito e o dizer. Em minha abordagem, a pedra de toque da **transmissão** é sua sustentação por uma teoria concernindo a

transferência, a separação e a alienação e a teoria da linguagem de Ferdinand de Saussure na sua leitura lacaniana.

O objeto da tese não exclui outras atuações do Psiquiatra, mas essas outras formas (farmacológicas, psicossociais, biológicas, políticas, comunitárias, genéticas, cognitivas, etc) deverão ter seu campo, sua definição e sua diferenciação precisadas e esclarecidas. Deverão ser maneiras distintas de conceituar a Psiquiatria e, por conseguinte, de atuar – e não participam de meu objeto.

A função do Psiquiatra Clínico já está lá no *ato fundante*[6] de Pinel — mítico como querem alguns autores (SWAIN, 1977; LANTERI-LAURA, 1978; POSTEL, 1998) — mas só vai tomar a importância que dou a ela após a teorização freudiana. Nesta, a valorização da escuta e da transferência retoma o seu peso, o lugar que lhes cabe, na prática, no saber e no conhecimento psiquiátricos. Por outro lado, a teoria de Freud é execrada nos dias de hoje pela chamada Psiquiatria Oficial – a que elaborou, divulga e segue o Código Internacional das Doenças (CID) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM), a que detém o poder representativo psiquiátrico —, em sua forma universitária e no órgão oficial da especialidade, Associação Mundial de Psiquiatria (AMP).

Três fatores contribuíram para que a função clínica, como a entendo, ligada à palavra, no campo da linguagem, subposta à transferência fosse totalmente deixada de lado pelo movimento atual da Psiquiatria:

1. o aparecimento e desenvolvimento dos psicofármacos,
2. a participação da tecnologia na prática psiquiátrica e
3. a condução da formação médica acadêmica atual.

Pretendo oferecer àquele que deseja de tornar-se um praticante da Psiquiatria Clínica, através da proposição da **transmissão,** a condição de possibilidade de uma formação dentro deste campo psiquiátrico**.** Da **transmissão** advirão os meios necessários e suficientes para a prática.

[6] Pinel tira as correntes dos loucos em Bicêtre, no ano de 1798 (4 prairial, ano VI), iniciando o novo momento Psiquiátrico (POSTEL, 1998).

A formação pode se dar dentro de um sistema universitário exclusivamente médico, ou não. Podem ser produzidas as condições de sua experiência, por exemplo, numa Escola de Saúde Pública. Ela seria válida para este meio de formação superior. Entra também em jogo, neste ponto, a discussão do aspecto legal já legislado sobre o tema. E finalmente tem-se que haver com a noção já fixada de 'profissão'.

Cabe um esclarecimento: o intento de traçar um dispositivo bastante específico para a formação psiquiátrica não se contrapõe ao caminho já existente, porém abre uma aléia no processo. O caminho aqui projetado não visa confirmar ou infirmar precursores. Mostro, com argumentos epistêmicos, porque a formação está da maneira atual, ou seja, obedecendo ao que chamo *repetição* (Ver Capítulo 2). A formação como está praticamente repete o estabelecido por Esquirol (THUILLIER, 1986: 98) e vem sendo feita, a bem dizer, desde então, da mesma forma. A justificativa de que os precursores têm o direito de primazia, ou hereditário, por já haverem estabelecido uma formação não recebe meu aval. Deixo isto claro a seguir, com o suporte de Canguilhem (1994: 11), lembrando que este autor defende uma posição epistemológica própria e de melhor sustentação para nossa tentativa de construção: a do "direito epistemológico".

Na mesma direção do autor agora citado, posso, também, afirmar ser relevante que minha investigação, construção e intervenção se dêem a partir de procedimentos de produção do conhecimento científico, pois considero a "**transmissão**" um conceito capaz de produzir um saber novo a cada formação.

Utilizo aqui um "material" advindo dos psiquiatras em formação, o qual me permite um início de acompanhamento de minhas idéias. Há oito anos utilizo a experiência no curso realizado para os Residentes e Especializandos na FCM da UERJ.

Esse 'material' é da seguinte ordem: quando o Setor de Psicoterapia da UDA Psiquiatria inicia seu curso para os Residentes e Especializandos anualmente, faço a seguinte pergunta:

O que é a psicoterapia, o paciente e o Psiquiatra?

No final do 1° ano, após a primeira parte do curso, repito a pergunta acrescentando:

O que você pôde neste período de estudos teóricos e prática clínica desenvolver na sua definição inicial de psicoterapia, paciente e psiquiatra?

Com o seguinte adendo:

O que lhe foi transmitido neste ano, sobre a primeira pergunta?

No final do 2° ano do curso, ou seja, após os dois anos de trajetória de formação dentro da UDA Psiquiatria a pergunta se transforma em:

Ao final de sua formação como você define: a psicoterapia, o paciente e sua prática psiquiátrica?

Faço com as respostas a essas perguntas uma avaliação da idéia dos alunos em três tempos: na entrada, após o primeiro ano do curso e no término do curso. Como foi modificada, ou não, sua perspectiva a respeito de seu campo de trabalho: a intervenção psicoterápica e psiquiátrica o doente e o sujeito. Esses alunos têm nesse período: curso teórico, acompanhamento de sessões clínicas e supervisões (controles) de seus casos, mas não se submetem a tratamento psicanalítico ou psicoterápico — na sua grande maioria. Esse é um dos elementos principais de nossa proposta.

O embrião de meu projeto surgiu nessa avaliação, no setor de Psicoterapia da UDA, observando a evolução dos alunos e confirmando através dos que procuram Psicanálise ou psicoterapia uma posição crítica frente à Psiquiatria atual e uma prática sustentada por outros princípios alheios aos oficiais.

Seguindo a lição de Bachelard (1966, Cap. VII: Racionalismo regional) não pretendo uma abrangência global ou geral para toda Psiquiatria, mas circunscrita, regional para o Psiquiatra Clínico. Aqui chamo Canguilhem como meu avalista em sua proposição

‘uma epistemologia histórica é uma história epistemológica’ (CANGUILHEM, 1966: 19) onde se encontra textualmente: ‘a epistemologia sempre foi histórica’.

Por outro lado, há que se considerar, existe uma versão da clínica psiquiátrica e uma formação para o Psiquiatra clínico atual. Vigora hoje uma prática. Cabe-me pesquisar se ela é sustentada por um conceito; se por efeito de uma historicidade; se essa historicidade é cronológica (aqui entendida apenas como uma seqüência temporal onde se prioriza o mais antigo, sem se preocupar com um valor conceitual), ou de costumes (sempre foi assim e não haveria justificativa para uma nova, “se a atual está funcionando” – *sic*), ou ainda por repetição ou sintomática — tendo sido ocupado um espaço, não há razão para colocá-lo em questão já que o mesmo teria direito por antiguidade! (Ver Capítulo 2). Resumindo: o argumento de que um campo e sua formação ganham direito de persistir por serem mais antigos é fraco para justificar, por exemplo, um processo de formação do Psiquiatra. Ele apenas se refere a uma seqüência temporal e não justifica a forma e o conteúdo desta formação. Por outro lado sabe-se da gliscroidia e da inércia de um processo para sofrer transformações.

Portanto, há validade na proposta deste trabalho desde que ela se mostre consistente e passível de aplicação prática. A aplicação prática se não é universal, é ‘circunscrita e regional’ (BACHELARD, 1966), restringindo-se a um campo chamado neste trabalho de Psiquiatria Clínica. Não se pode esquecer outras vertentes de abordagem, mas tais vertentes não invalidam minha proposta, pois estes campos não podem conter toda visão epistêmica da Psiquiatria – o biológico, o genético, o farmacológico, o psicossocial.

Além disso, a aproximação com outros campos e objetos, tais como, a Biologia (Psiquiatria biológica), com a política (Psiquiatria Psicossocial), com a genética (Psiquiatria Genética), com a farmacologia (Psiquiatria farmacológica), etc., não autoriza a Psiquiatria, definitivamente, a se servir desses objetos e campos ‘ingenuamente’ como se fossem o seu. Em meu entender são aproximações mantidas, muitas vezes, a partir do estatuto da ingenuidade. Quero dizer, pode-se utilizar objetos que se entrecruzam num campo de interseção sem serem inteiramente superpostos. É como acontece no caso da Psiquiatria Clínica. A exclusividade de outras disciplinas, ou ciências, e seus objetos específicos, como sustentáculo para a prática psiquiátrica desmente a idéia que a Psiquiatria tem o seu campo e

seu objeto próprios, pois superpõe a sua prática à daquelas disciplinas, ou ciências. E fica a pergunta: onde entra o paciente psiquiátrico nessa prática se ele está reduzido à sua biologia, ao seu lugar social, à sua genética ou ainda à sua farmacologia? Qualquer um desses reducionismos impede a Psiquiatria de se apropriar com pleno direito daquilo que lhe cabe e diz respeito: o sujeito, o sujeito que sofre. Este se apresenta em vários aspectos (sociais, genéticos, farmacológicos, etc.), porém num conjunto mais amplo e mais complexo.

Além do que considero fundamental aqui, o *encontro*, a particularidade (singularidade), em jogo na prática psiquiátrica. Nesta tese, a clínica psiquiátrica, tão desvalorizada no momento atual, como toda clínica, tem no conceito fundamental de *encontro* a sua revalorização, dando à Psiquiatria uma autonomia quer seja de exercício, quer seja epistêmica.

É como situo a 'intervenção' psiquiátrica proposta no trabalho e seu viés específico, a ética. Ética sendo distinguida de deontologia e com um vínculo indissolúvel com o desejo. O vínculo considerado localiza-se sob a forma de *encontro*.

Retomo *encontro*, apoiado em Lacan (Seminário XI, 1985: 56) nas duas formas propostas por Aristóteles: τυχή[7] (tiquê) e αυτόματον (automaton). Para a boa compreensão do encaminhado na tese esse é um ponto crucial.

O αυτόματον se define pelo encontro repetitivo, quotidiano, esperado, sem surpresa; portanto, em obediência à estrutura. É o que organiza a convivência no laço social (Ver rodapé 2). A parte indispensável para um *modus vivendi*. É o previsível necessário em um sistema. É o antecipável pela organização. Penso nas estruturas clínicas como o correspondente do automático. As estruturas são o mecânico de uma organização, representadas, por exemplo, pelos enquadres nosográficos, assim como, pela 'posição' canônica do Psiquiatra.

O tíquico é o imprevisto, o acontecimento não esperado, mesmo havendo um previsto para ele; é a apresentação do 'estranho' como surpreendente, pois mesmo estando delimitado

[7] τύχη é um substantivo deverbal de τυγχάνω, que significa, por primazia, "encontrar" , " encontrar casualmente".

pelo esperado o ultrapassa ou fica aquém dele; é a irrupção do 'novo'. No caso da clínica, o tíquico é o não-mecânico que, aparentemente contido pela estrutura, surpreende num 'encontro'. Ele pode e deve, no sentido ético, propiciar essa irrupção. O irruptivo é o pulsante, é a vida da carne, não é o dominado e reduzido ao conhecido pela estrutura.

No momento atual da Psiquiatria essas formas de *encontro* foram 'esquecidas' (recalcadas/forcluídas[8]). Os 'esquecimentos' (FREUD, 1990 [1914g: 145]) estão a serviço de situações distintas. Quando *recalcadas* (FREUD, 1990 [1915d: 135]) apresentam um ponto de dificuldade simbólica, de elaboração teórica, de impotência. Quando *forcluídas* (FREUD, 1990 [1925h: 249]), expressam uma teorização *ad hoc* do real como impossibilidade; desaparecem as conseqüências simbólicas e as formas de *encontro* só valem por si mesmas, não fazem laço. Para evitar as surpresas, próprias da prática do ofício psiquiátrico, o *encontro* foi trocado pelos métodos semiológicos 'standardizados', técnicos, previstos e portadores de previsibilidade a partir de uma probabilidade estatística. O alcance do encontro está para além de qualquer premeditação. O 'esquecimento' do encontro seja pelo *recalque*, seja pela *forclusão*, se dá pela valorização do modelo em oposição à criação. O único – o *odd* (p. 137, rodapé 52) – de cada *encontro* deve-se pressupor já catalogado pela predição. Esse único consta de uma teoria universal como um 'viés', um tropeço, um engano. O substrato último dessa ideologia da previsão e standartização da criação pensa que o único, o singular, são equivalentes a um erro.

Para a maioria dos autores os modelos standardizados na formação atual têm um valor inestimável e suas funções principais são a "predição e a comunicação" (GOODWIN, 1981: 11). Isto que aconteceu numa data precisa e como conseqüência da introdução de uma nova epistemologia para a etiologia e para a terapêutica:

> (....) (das) doenças infecciosas, no estudo das quais o método numérico mostrou-se propício e isto no momento mesmo dos primeiros sucessos de Pasteur no estudo das leveduras e das fermentações. (CANGUILHEM, 1994: 413-28)

O paciente foi posto 'entre parênteses', segundo Canguilhem (1994. *Idem*) por três vezes.

[8] *Verdrängung e Verwerfung* - Noções freudianas que serão esclarecidas no correr das próximas páginas.

Na primeira vez: quando Magendie denomina Laennec 'anotador de signos', que queria dar à medicina um estatuto epistemológico de ciência positiva (APUD, CANGUILHEM, 1994: 420). Laennec ao inventar o estetoscópio eclipsava o sintoma com o signo. O signo é buscado por artifício e o doente como portador e comentador do sintoma 'é posto entre parênteses'. Inicia-se uma medicina não-platônica e o médico exerce seu julgamento pela 'redução' ao conjunto de signos que ele provocou o aparecimento. Mesmo tendo o paciente 'entre parênteses' a luta da medicina tem por fim a luta contra a doença, pela via, da "ilusória teoria das chances", segundo De Blainville (APUD, CANGUILHEM, 1994: 419).

A segunda vez acontece quando Louis substitui a avaliação pessoal do clínico pelo índice quantitativo, ao nomear a presença ou ausência de signos bem definidos na inspeção do doente, ao 'comparar os resultados de um período com o que outros médicos estabeleceram em outros períodos segundo as mesmas vias e meios' (APUD, *idem*: 420). Afirma o autor de Etudes d'histoire et de philosophie des sciences, em palavras textuais:

> (....) os doentes são observados passivamente' ou 'o doente (é) posto entre parênteses, se o considerarmos como solicitador de uma atenção eletiva à sua própria situação patológica.

Uma renovação epistemológica profunda da medicina foi o efeito da descoberta de Pasteur e Koch, que introduziram uma forma de etiologia "não funcional" pondo a descoberto um grande número de bactérias e vírus. Houve uma mudança de destinação e de lugares de exercício. Cuidar com vistas a curar se praticava nos domicílios ou nos hospitais. Vacinar para prevenir fazia-se nos dispensários, casernas ou escolas. O objeto da revolução médica é menos a doença que a saúde. Do conceito de *saúde(santé)* passou-se a preocupar com o de *segurança (securité)*. Da resposta a um apelo, o ato médico tornou-se obediência a uma exigência. A saúde é o poder de resistir à doença eventual. A segurança é a negação da saúde, a exigência de não tê-la conhecido. Sob os efeitos da política, a medicina foi chamada a adotar uma dimensão e procedimentos de uma tecnologia biológica.

Assim Canguilhem (*ibidem*, 1994: 422) chega ao terceiro momento:

> (....) deve-se constatar aqui uma terceira vez a colocação ‘entre parênteses’ do doente individual, objeto singular, eletivo da atenção e da intervenção do médico clinico.

Neste ponto há uma convergência entre o autor citado e a discussão em minha tese que encontro na seguinte afirmação:

> (....) a individualidade apesar de tudo (foi) reconhecida pelo fato que se deveu inventar a noção de *terreno* para explicar a relatividade do poder dos germes e a resistência de um organismo... (CANGUILHEM, 1994: 423).

É necessário se guardar da tentação de achar que se encontrou, graças aos progressos da cientificidade médica, o doente individual concreto, posto ‘entre parênteses’ pelos mesmos progressos.

1. **Um projeto epistêmico: a interseção entre Psiquiatria e Psicanálise.**

> A vida é curta, a arte, longa; o momento, fugaz; a experiência, enganosa; o julgamento, difícil. (Af. I,1)

> Aos 16 anos matei meu professor de lógica. Invocando a legítima defesa – e qual defesa seria mais legítima? (Campos de Carvalho)

A Psiquiatria e a Psicanálise são campos que exigem formações específicas. Apresento uma proposição de interseção entre os dois campos e a correspondente sustentação epistêmica, através de um dispositivo para a formação do Psiquiatra Clínico. A proposição é o testemunho de uma forma psiquiátrica de trabalhar.

A proximidade com a formação e com a atuação de várias correntes psiquiátricas e psicanalíticas me permitem comentar, analisar e propor uma intervenção sob a forma de testemunho e convivência.

Entre o território da Psiquiatria e o da Psicanálise há uma fronteira. O conhecimento e o campo de atuação psiquiátrico se oferecem à prática, pesquisa e teoria psicanalíticas, como *locus* de intervenção. Trata-se de elaborar uma prática para este campo, não submetida, recoberta[9] e não superposta aos princípios psiquiátricos, nem obediente integralmente à Psicanálise.

Dizendo de outra forma, o objeto da Psiquiatria deve ser claramente destacado e oferecer-se a uma teoria, uma prática e uma formação – assim como o da Psicanálise o faz.

[9] Recobrimento – Operação topológica, ligada ao conceito de Compacidade (cf. Coleção Schaum, Seymour Lipschutz, trad. Alfredo Alves de Faria, Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda, São Paulo, 1980).

1.1. A Psiquiatria hoje

A Psiquiatria inicia-se de formas distintas, segundo as épocas e os conhecimentos. Considero Psiquiatria, propriamente dita, a disciplina que se organiza em torno de Pinel e toma corpo nos últimos dois séculos. Os caminhos e os descaminhos dessa organização criaram várias vertentes de teoria, investigação e prática. A Psicanálise tem sua fundação ligada a um nome próprio, a conceitos fundamentais, a uma prática, a um movimento de formação e até a uma data – 1896.

Segundo Lacan, desde a criação da Psicanálise, Freud ensaiou sua prática e seu projeto montados num sistema cuja preocupação era definir o objeto e os conceitos fundamentais. O objeto foi definido como 'causa do desejo' e os conceitos fundamentais precisados em número de quatro: Pulsão, Transferência, Repetição e Inconsciente (LACAN, 1985). Freud já havia se preocupado em não deixar sua obra se perder num avatar, chamado por ele, 'selvagem': "uma prática que não tivesse princípios doutrinais" (FREUD, 1990 [1910k: 217]). O campo para esta nova práxis – a Psicanálise – era cedido pela Psiquiatria. A aposta primeira de Freud para delimitar esse 'novo espaço' surgiu através das mulheres. Neste *topos* delimitou um *mistério*, 'um continente negro', uma pergunta "o que quer uma mulher?", isto é, a sexualidade feminina (FREUD, 1990 [1931b: 259]).

Os mestres diretos de Freud (Meynert, Charcot, Bernheim) eram psiquiatras ou neurologistas – uma certa indefinição de disciplina comum para a época e, às vezes, para os nossos dias. Ao estudar a biblioteca de Freud, E. Harms (*A fragment of Freud's Library*, APUD, BERCHERIE, 1989: 79) relata que seu livro de cabeceira era o tratado de Griesinger (*Tratado das doenças mentais*), o mais sublinhado e anotado de punho próprio às margens (*idem*, 1989: 73).

Constato hoje que a Psiquiatria distanciou-se do sujeito em sofrimento e submeteu-se a questões longínquas de seu suposto objeto. Este poderia ser delimitado teoricamente por uma **metapsiquiatria**[10]**,** no sentido da construção de um projeto epistêmico de um campo de intervenção. Com isso, a Psiquiatria se liberaria das instâncias exteriores que 'falseiam' seu

[10] Metapsiqiatria – Aristóteles a partir do livro IV da Física introduz a Metafísica (séc. I a.C.). No séc. XX Freud faz o 'corte epistemológico' da Psicanálise com a Metapsicologia. A superestrutura teórica, bem como, a identidade epistêmica da Psiquiatria seria, no meu entender, a Metapsiquiatria.

projeto de atuação e sua conceituação (indústria farmacêutica, trabalhar com objetos estranhos a seu campo, globalização, leis extravagantes ao seu contexto, etc). No entanto, hipostasiada na ideologia, sua teoria não se converteu na prática que lhe corresponderia.

Vejamos algumas relações entre a Psiquiatria e outras disciplinas. A Psiquiatria se submeteu a alianças com outras disciplinas e hoje se tornou um apêndice destas ligações perigosas. Foi assim, por exemplo, com a Farmacologia. Em tal corrente psiquiátrica, na maior parte das vezes, a prática se restringe a uma ação incipiente ou insipiente: a prescrição das últimas drogas lançadas pelos laboratórios multinacionais. A ação é parceira da esperança 'ingênua' de que o último medicamento seja a nova revolução para o tratamento de algumas doenças do espírito – doenças mentais. De muitos destes psicotrópicos acompanhei o lançamento, o uso, o desuso e a contra-indicação. Quando do lançamento, a idéia compartilhada na Psiquiatria é de que a cura, para tal ou qual sintoma ou nosografia chegou. Além disso, do ponto de vista científico (!) há a segurança de que o novo fármaco foi submetido a 'testes' experimentais e controles os mais rigorosos que 'provam' sua eficácia, através de métodos cientificamente recomendáveis.

Os perigos de alianças, como a citada acima, transparecem na prática cotidiana. Por exemplo, com respeito à ação psiquiátrica, desapareceu a preocupação com a questão do sujeito. E o corolário deste desaparecimento é o sofrimento do paciente entendido não como uma dor subjetiva, mas como um *transtorno* neuroquímico ou neurofisiológico.

A prática neuroquímica se respaldada em princípios como os que acessamos na afirmação do titular da cadeira de Comunicações Celulares do Collège de France, o neurobiólogo Jean-Pierre Changeux (1981: 101-60):

> A Psiquiatria não existe ou vai deixar de existir, pois ela é apenas um artefato e deve ser abandonada com a evolução da pesquisa dos neurotransmissores.

A Psiquiatria, na construção de Changeux, passou de disciplina principal a secundária, ou adventícia, e daí tomou o estatuto de 'artefato', necessariamente a ser descartado.

Assisti também ações psiquiátricas da corrente 'psicossocial'. Esta pretende realizar, por exemplo, uma política de 'reintegração' do 'usuário' ao seu meio – vale lembrar, meio do qual 'o usuário' saiu por uma ruptura e com o qual não mantém nenhum laço de sustentação positiva. Querendo-se ou não, a norma de reintegração prevê para o 'usuário' (insisto na terminologia porque é a usada por essa tendência da Psiquiatria na designação do paciente que sofre e recorre a seu atendimento) um retorno ao que antecedeu à ruptura. Corresponde à sua reintegração ao ambiente com o qual rompeu e se afastou psíquica, física e até geograficamente pela insuportabilidade de aí inscrever sua subjetividade.

Uma terceira corrente acompanhada nestes anos prediz que com a prescrição de uma intervenção biológica, a eletrochoqueterapia (ECT, denominada hoje eletroconvulsoterapia), o Psiquiatra praticou um gesto médico completo, como é previsto e esperado em suas atribuições. Cito um texto indicado para os alunos em formação médica e psiquiátrica:

> Apesar do preconceito, de certa forma irracional, mas ainda existente o fato é que o ECT permanece como instrumento insubstituível do arsenal terapêutico do psiquiatra na medida em que cresce o número de pacientes resistentes aos tratamentos farmacológicos (todos os grifos são meus) (Neto: 411, 1995).

Feitas as primeiras observações sobre a Psiquiatria, suas alianças e sua prática, cabe-me alinhavar algumas constatações teóricas, práticas e institucionais sobre a Psicanálise a fim de situar mais precisamente a já anunciada *interseção*.

1.2 A Psicanálise: o '*training*' e seus desvios

Desde o início da formalização do '*training'* de psicanalistas em 1922 (Roudinesco, 1998: 17) algumas 'revisões' foram estabelecidas no processo de formação. De uma maneira geral, o processo é similar em todas as Sociedades que são filiadas à IPA (International Psychoanalytical Association) ou a outras confrarias internacionais. Tudo se passa, *grosso modo*, na seguinte seqüência: após alguns anos de análise com um didata da Sociedade, o candidato é indicado para a formação. Faz quatro ou cinco anos de seminários, no Instituto da Sociedade à qual pertence. Ao final deste período apresenta um trabalho e é titulado

analista Associado. Passados dois anos, o Associado é elevado à categoria de Titular. Entre os titulares são escolhidos os didatas, o mais alto cargo na hierarquia Institucional. Vários foram os formatos adotados para os candidatos nos Institutos, mas o percurso até membro Associado é o seguinte[11]:

1. O candidato faz análise com um Didata e controle de caso com outro;
2. O tempo de controle de dois pacientes do candidato é de 100 horas, cada;
3. A análise só termina depois de cumprido o número de hora dos controles:
4. Cada controlador deve supervisionar um caso do sexo oposto;
5. O controle é feito com um analista e uma analista e
6. O candidato segue um curso teórico de Psicanálise no Instituto, ministrado pelos didatas.

Por não ser, exatamente, o propósito do meu trabalho não ponho ênfase na discussão da formação do Psicanalista. Registro, no entanto, que em algumas Instituições, finalidades e deliberações extrapolam o fim visado na formação. Certas instituições se apegam, por exemplo, à defesa de classe profissional – só autorizam a formação de médicos, de médicos e de psicólogos ou só de psicólogos. Por outro lado, não existe regulamentação da profissão de psicanalista. O corporativismo é um contra senso histórico, epistêmico e teórico no caso em questão;

histórico, pois, grandes nomes da história da Psicanálise que enriqueceram a teoria e a prática psicanalítica não eram médicos, nem psicólogos (Anna Freud, Melanie Klein, Otto Rank, Max Eittington, Geza Roheim, entre tantos outros);

epistêmico, já que o objeto da Psicanálise não coincide nem com o objeto da Medicina, nem com o da Psicologia e

teórico, porque a Medicina visa um fim distinto da Psicanálise e a Psicologia só ganha alcance clínico, de fato, se importa para seu campo o Inconsciente como objeto de trabalho.

Posso, além dos argumentos citados, usar o de 'força maior', ou seja, a letra do fundador da Psicanálise. É o que Freud expressa na epígrafe da tese: "Quero confiá-la (a Psicanálise) a uma profissão que não existe (...)".

[11] Há Escolas de Psicanálise hoje que adotam modelos distintos ao descrito.

Algumas instituições – no início todas – têm um sistema de formação em que o corpo de analistas didatas, sendo uma 'casta superior', usam essa posição como forma de domínio sobre os analisandos, obrigando-os a se submeter à análise com quem a instituição indique (Estatutos, Regimentos e Regulamentos da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, 1979). Obrigatoriamente os didatas são da mesma instituição que o analisante. Desta forma:

> (....) criam sistemas estereotipados de análises no qual o processo se degenera em récita de supostas 'interpretações' que são aprendidas pelos analisandos sem autocrítica e com uma regressão, *ad aeternum*, pela própria maneira institucional de conduzir a formação, que é reproduzida pelos que ascendem à hierarquia de didata. (LACAN, 1970, 1998e: 325).

Excluindo os candidatos – que estão fazendo a formação no Instituto e não são considerados ainda membros da Instituição, as classes ou hierarquias de psicanalistas são:

1. Associados – já terminaram seu curso no Instituto e apresentaram trabalho;
2. Titulares – título de espera, aguardam para serem didatas e
3. Didatas - alguns dos escolhidos entre os titulares para exercerem a formação de novos analistas.

As conseqüências desta formação se fazem sentir na participação da Psicanálise no social e na prática dos formados nesse estilo. A teoria, sem falar na prática, de grande número dos psicanalistas assim formados se restringe à da clínica privada. Nunca seguiram em tratamento, nos consultórios, psicóticos, suicidas, homicidas, piromaníacos, apotemnofílicos ou acrotomofílicos. A formação que fizeram não propiciou o encontro com subjetividades semelhantes ou, até mesmo, os desinteressou dessas possibilidades clínicas. Não dão importância a tais transferências, pois para eles, não é possível trabalhar nestes casos com a Psicanálise. O ponto de vista psicanalítico, deste ângulo, é restrito a um '*setting*' de consultório cujo alcance é a neurose ou formas discursivas bem identificáveis.

A formação, neste caso, conduz à indicação da cura psicanalítica *a priori.* Para ela alguns sujeitos são analisáveis e outros não o são, por princípio. As formulações freudianas e lacanianas a respeito não são levadas em consideração. Ambos aconselhevam as indicações *a*

posteriori. Freud (1990 [1913c: 121]) propunha a 'tentativa de ensaio' e Lacan (1991) as 'entrevistas preliminares'.

O fim de uma formação ritualizada, como foi mostrado, determina *a priori* a posição do analista que a fez. Como foi apontado neste item, o que está em jogo são as temporalidades cronológicas (a carreira), as mutualidades (a proteção profissional) e as aspirações ao poder (subir na hierarquia institucional).

As Instituições psicanalíticas e os grupos psiquiátricos referidos levam em consideração a subjetividade de uma forma problemática. No primeiro caso, a Psiquiatria, o sofrimento psíquico é um fato derivado de um desacerto químico. No segundo, a Psicanálise, há um *parti pris* teórico, o 'sujeito' é conseqüência de um desenvolvimento e deve aceder à 'genitalidade' para estar apto a ser analisado. Quando isto não acontece, é sinal de que um elemento de 'aprendizado' da organização evolutiva pulsional[12] fracassou.

Demonstra-se assim que, uma formação conduzida de uma destas duas formas submete o formando e a forma de tratar o objeto a um modelo prévio. O paciente também está reduzido e contido pelos formatos teóricos e práticos do processo. Nas situações citadas o objetivo das formações feitas são exógenos ao próprio projeto. A isso responde a minha proposta de **transmissão**.

1.3. Propedêutica da Ética

Como preliminar aos conceitos desenvolvidos na **transmissão** farei neste item uma clarificação das diferenças entre este dispositivo e o que chamei anteriormente de 'posição oficial' (ver Introdução). Os conceitos que utilizei e desenvolvi mostrarão o fosso entre minha proposição e a 'posição oficial' da Psiquiatria, a qual obedece *omnibus litteris* ao CID – 10 e ao DSM IV – R.

[12] Pulsional – Vem do Trieb alemão cuja tradução que nos parece mais próxima é pulsão. Conceito fundamental de Freud "está entre o psíquico e o orgânico" (1990 [1915c: 105]).

Em primeiro lugar, avanço a diferença apontando para as lógicas utilizadas numa e noutra construção e o almejado por ambas. Enquanto utilizo e aprofundo a lógica do particular no processo que defendo, os dois Manuais citados procuram um suporte na universalização. Na formação defendida na tese cada Psiquiatra deve viabilizar um processo de formação que o particularize, bem como, encontrar em cada paciente a marca individual do 'mal-estar'. Por outro lado, na proposta 'oficial' busca-se encontrar o que há de universal para ser ensinado e o que se universaliza na 'doença', a fim de torná-la parte de uma estatística mais abrangente. Abrangente querendo significar fazer parte de um grande conjunto em que a subjetividade desaparece e a doença passa a ser uma probabilidade (Ver Introdução: 'o paciente posto entre parênteses' (CANGUILHEM, 1994: 413-28)).

Parto, do meu lado, da noção de 'encontro' (ver Introdução) como o fulcro do projeto. O 'encontro' sendo sustentado pela transferência (FREUD, 1990 [1917: 392]) e sustentando a surpresa que cada formação pode produzir ou cada tratamento pode provocar em cada um dos participantes.

Uma das finalidades principais da tese é ligar a **transmissão** ao princípio ético[13] proposto na obra de Lacan. O princípio lacaniano faz ponte com a 'retificação subjetiva' que desenvolvo após a definição:

> Retificação subjetiva diz respeito a uma posição do sujeito que sofre frente a seu sofrimento. Uma posição ética na qual responsabiliza-se pelo próprio sofrimento (LACAN, 1998 c).

Na retificação subjetiva o sujeito, coloca-se não como vítima de seu estado, mas como responsável por ele. O estado de alma, corporal, de relação ou de vida em que se encontra, ele o 'produziu' – consciente ou inconscientemente. Além de tê-lo produzido, tira dele 'um algo a mais' (um *plus*) de prazer – degradado que seja –, cujo registro psíquico se apresenta sob a forma de fruição, que tanto pode ser um prazer insuportável, quanto um sofrimento. O sujeito ao se implicar não responsabiliza outrem por seu pousar no mundo, entre os homens, sobre a terra, sob o céu, diante de Deus (Ver Introdução: quadripartite).

[13] Aqui seguimos a orientação de Lacan nos Seminários VII (1986) e VIII (mimeografado). Abordaremos o tema da "disparidade subjetiva" e da ética específica do sujeito do inconsciente nos próximos capítulos. Trata-se do estudo de uma representação realista do espírito que é um objeto comum a diferentes formas de aproximação,

Coloca-se diante da lei como responsável. Ele é autor de sua tragédia: ou por escolha ou por não fugir de seu destino.

O Psiquiatra na **transmissão** não é responsável pelo estado de seu paciente, a responsabilidade que lhe cabe é de testemunha. Ao intervir é co-partícipe da doença, pois envolve o paciente na procura da *causa* de seu 'mal-estar' (FREUD, 1990 {1930 [1929: 57]}). Quem sofre só encontra saída para o seu estado envolvendo-se com o que se passa consigo, mesmo sendo através do outro. O 'encontro' com o Psiquiatra deve ser propiciador de reelaboração ou perlaboração (*Durcharbeiten*, FREUD, 1990, [1914g: 145]), solução ou dissolução do sofrimento. Sem a *implicação subjetiva*, o sujeito se queixa de seu mal-estar, responsabiliza o outro, atribui ao outro a função de tirá-lo de onde ele mesmo se colocou. Quero então assinalar minha divergência com o DSM e com CID – 10, quanto a este ponto. Ao catalogar e submeter à estatística, à previsibilidade e à comunicação o mal-estar do paciente, o DSM e o CID – 10 desejam responsabilizar o Psiquiatra, por antecedência, pelo diagnóstico, pelo tratamento e pelo prognóstico do paciente. Logo, o médico sabe de saída do que se trata, e deve conduzir a situação como um demiurgo. O Psiquiatra deve saber o que ocorre com aquele indivíduo único e exclusivo, não a partir do paciente, mas das probabilidades, das previsões contidas na organização do DSM e do CID – 10.

Para esclarecer meu afastamento do DSM e do CID, farei uma longa retrospectiva da construção dos dois, em específico do DSM, demonstrando o aparecimento e a evolução de suas sustentações: *standard*, predição, comunicação[14], lógica do universal dos construtos.

Tudo começou com a posição tomada na década de 50 (e mais precisamente 1952) pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) de publicar, pela primeira vez, um catálogo de diagnóstico e estatística das Doenças Mentais. Sincrônica a esta posição da APA, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu para o CID um valor hegemônico na catalogação das doenças (CID – 10: xi, 1993).

---

mesmo se elas constroem cada uma por sua prática e seu método próprio de investigação representações ou realidades distintas.

[14] Comunicação – tomada pelos autores do DSM no sentido do senso comum de "participação recíproca ou compreensão" (ABBAGNANO, 2000)

A publicação do DSM era, à primeira vista, uma tentativa americana 'ingênua' de organizar o campo psiquiátrico disperso e diverso na América do Norte. Dependente de padrões teóricos díspares e pseudocientíficos 'como a Christian Science ou Buchmanismo' (ROUDINESCO, 2000: 88) a Psiquiatria americana tinha agora uma padronização. A 'Psiquiatria americana de resultados tomou conta e chamou para si a responsabilidade de organizar tal campo' (*Idem*). Tendo organizado a própria casa, era hora da colonização e o domínio do pensamento psiquiátrico.

Em sua primeira edição (1952), que considero a mais 'saudável', tal Manual levava em conta na sua organização as conquistas da Psiquiatria Dinâmica[15] e alguns conceitos da Psicanálise. Isso quer dizer, representava essencialmente as doenças psíquicas e mentais como decorrentes da história inconsciente do indivíduo, de seu lugar na família e de sua relação com o meio social. Enfim, como sempre, os americanos tentavam, mais uma vez, ser ecléticos e, se perderam em profundidade, pelo menos, ganharam em organização.

Em suma, o manual era uma 'formação de compromisso' construída através da síntese propiciada pela famosa tríade da Psiquiatria Dinâmica: 'o cultural (social), o existencial e o biológico'. A síntese era correlacionada com a 'norma' e submetida, como diz o próprio título, à Estatística.

Comentemos em primeiro lugar a Estatística. A Estatística começa a aparecer como título em um manual de Psiquiatria por razões que até se pode justificar parcialmente. Por exemplo, quando o trabalho feito diz respeito ao coletivo, e a intenção é atingir uma grande população, a Estatística aponta caminhos com a preditividade. A importância da Estatística aqui é permitir medidas de largo espectro. Tais medidas podem atingir a multiplicidade da população e serem quantificadas ou aferidas por um programa de longo alcance. Essas intervenções na coletividade, com freqüência respeitam gráficos, curvas e médias que podem ser indicadores ou preditores de medidas. Atingir um grande número de pessoas com as estratégias previstas não significa que se conseguiu o objetivo qualitativo da intervenção. Podemos atingi-lo sem conseguir a modificação desejada para a coletividade envolvida. Quando dizemos que na 'clínica do particular' esse valor preditivo de alteração de condutas,

[15] Psiquiatria Dinâmica – compreensão psiquiátrica a partir de uma triaxialidade: corpo, psíquico e relações sociais.

de comportamentos e de hábitos é muito pequeno ou nulo, é porque cada sujeito necessita de uma metodologia de abordagem e um método próprios para se alcançar um fim de mudança subjetiva. Não há técnica universal que possa ser útil para a elaboração de conflitos singulares.

O pedagógico, o ensinar alguém, embora necessário, não é suficiente para uma mudança subjetiva – *transmitir não é ensinar*; não há superposição das duas ações. Vale o *caso*, evocando-se aqui o sentido etimológico: aquilo que cai, o que é construído, e não o índice estatístico que temos do evento, o que não diz respeito 'internamente' àquele caso.

Associemos à crítica feita à Estatística a que faço à teoria da comunicação adotada para seu uso. A comunicação, conforme teorizada por Shannon-Wiener (apud, KATZ: 91 1975) "onde um emissor envia ao um receptor sua mensagem" que "chega com mais ou menos clareza (ruído)", é descrita de forma insuficiente segundo o dispositivo que apresento para a formação do Psiquiatra Clínico - **transmissão**. Por este dispositivo é o "emissor que recebe sua mensagem invertida" (LACAN, 1998a: 248-9, 297, 299-301). Esse ponto de vista ético responsabiliza o emissor por sua mensagem, e demonstra ao próprio emissor sua dificuldade – ou não – de construir sua mensagem. Assim, quando o paciente em tratamento envia sua mensagem, seu sintoma, formula sua questão. Ele a recebe da escuta do seu auditor já interpretada. O silêncio do auditor, sua pontuação, sua 'desinterpretação' estarão carregadas de seu desejo, e desta forma a mensagem retorna pelo circuito de volta ao emissor, agora transformado em receptor. Fazer silêncio, pontuar, construir, interpretar são funções do desejo, transportam-no, e são sustentadas pela ética da escuta. Todas estas funções são conseqüência de o sujeito que fala fazer atribuição de um saber ao lugar do sujeito que escuta.

Quando apareceu o DSM, a Psiquiatria formava seus praticantes a partir de princípios múltiplos como se pode constatar a seguir:

> 1. Psiquiatria Organicista (Estados Unidos, França, Inglaterra, Itália) – onde os princípios de funcionamento se dão sob uma base orgânica, em que o aparelho de expressão do sujeito falante é o conjunto de seus órgãos que o transformam numa maquinaria autônoma. Sua doença é um desarranjo na máquina e pode ser corrigida por um processamento orgânico: químico, físico ou biológico;

2. Psiquiatria Dinâmica (principalmente França e Estados Unidos) – uma tentativa eclética de juntar o cultural (social), o existencial e o biológico. Que usa conceitos vindos da Psicanálise, da Sociologia, da Antropologia e não passa de uma visão do senso comum. Tinha como finalidade principal afrontar os dispositivos de tratamento impostos por sistemas religiosas nos Estados Unidos da América do Norte e na França combater um excesso de formalismo.;

3. Psiquiatria Fenomenológica (Alemanha, Espanha, América Latina) – uma junção problemática com a Filosofia Fenomenológica (LANTERI-LAURA, 1965) onde Brentano, Husserl, Heidegger, Max Scheler, Minkowski, Binswanger transformaram-se num suco comum. Eram deixados de lado seus pontos divergentes (há vários Husserl ou vários Binswanger, impossíveis de se juntarem numa única produção. Era uma tentativa, não muito bem sucedida, de dar peso conceitual aos fenômenos psiquiátricos);

4. Psiquiatria Transcultural (Canadá, África, Estados Unidos) – onde a abordagem se centrava na diferença Antropológica dos povos. Deveria ser o sustentáculo de um corpo teórico para as questões psiquiátricas a partir das diferenças culturais;

5. Psiquiatria Existencial (Inglaterra, Alemanha, Áustria, Suíça) – montada num momento da filosofia do pós-guerra por princípios filosóficos existencialistas com suporte teórico em Sartre e Laing que resultaram no segundo grande momento do movimento chamado anti-Psiquiatria nos inícios dos anos 60 do século XX (Cullère em 1870 já introduzira este movimento com o texto *Frontières de la folie* in BERCHERIE, 1980);

6. A Instituição Negada – dedico a Franco Basaglia, autor desse conceito, uma homenagem, pois a criação da experiência do Hospital Psiquiátrico de Gorizia foi de um peso excepcional. Basaglia, sustentado por uma posição política e ideológica comunista, rompe as fronteiras, os limite entre a loucura e a não-loucura e propõe o fim do hospital psiquiátrico. Seus seguidores continuam ainda hoje a experiência que *per se* merece um estudo mais extenso.

Os serviços faziam sua opção segundo os princípios do Mestre que os dirigia e era dependente, exclusivamente ou quase, da sua visão. Eis o que acontece na Espanha, por exemplo, com Juan Jose Lopez Ibor que exige de seus seguidores uma visão fenomenológica que lhe é peculiar, e todas as produções desses seguidores componentes da mais importante escola espanhola seguem esta linha de interpretação da Psiquiatria.

Nuns centros predominavam o que se convencionou chamar o organicismo, onde a Psiquiatria era posta no campo da Neurologia; noutros, uma visão fenomenologista dominava e buscava uma autonomia psiquiátrica, mas com pequena possibilidade de intervenção e/ou tratamento da 'doença'; havia os que utilizavam a Psiquiatria de maneira eclética e davam a ela uma função chamada por eles de Dinâmica (social, cultural, relacional); existiam ainda os transculturalistas (Frantz Fanon) que a articulavam como uma disciplina dependente da cultura onde se inseria; ainda persistiam os alienistas que defendiam os asilos como forma fundamental de tratamento. Estes variavam dos mais conservadores a espíritos revolucionários que atuavam em reformas asilares – e que desejavam transformar o asilo em asilo terapêutico (Tosquelles, Estermann); os chamados psiquiatras setoriais, cuja atuação era em estilo distrital, propunham os atendimentos definidos pela regionalização; os defensores da Psiquiatria Social (Enrique Joaquin Pichon-Rivière) que viam a 'doença' como uma forma de inserção social dependente da forma de inscrição civil; por fim, os que transpunham simplesmente para o campo da Psiquiatria noções vindas da Psicanálise.

Em todas essas formações, no entanto, vigorava uma noção de causalidade para o mal-estar psíquico. A causalidade orgânica era sustentada pela maior parte dos grupos, como fundamento básico, mesmo para os que posteriormente fariam um tratamento dinâmico das grandes entidades clínicas.

Um fato concomitante com o DSM é o aparecimento dos psicofármacos. Eles passaram a dar novo alento ao tratamento psiquiátrico e criaram a necessidade de uma formação de psicofarmacologistas para a prática da Psiquiatria. Um grande número de grupos de formação citados, passa a usar, exclusivamente, os psicofármacos ou os associava ao 'tratamento dinâmico'. A terapia pela palavra, nessa época, também tinha seu peso,

especialmente para os que a utilizavam como forma de tratamento exclusivo ou associado aos fármacos. Fundamentalmente tal prática vigorou nas instituições de formação que 'importaram' para seu arsenal terapêutico o *corpus* psicanalítico, ou parte dele. Sobre esse tema há contribuições históricas importantes de Roudinesco (2000: 43-6), Swain (1987:269) e Kirk (1998: *passim*).

A formação do Psiquiatra é intricada com suas possibilidades de intervenção terapêutica. A formação deveria prepará-lo para intervir em todos os níveis do 'mal-estar' do paciente. No entanto, dada a forma como é pensada essa formação, o preparo do Psiquiatra se resume a intervir segundo a construção do catálogo. A validade ou não de um catálogo de processos e processamentos psíquicos – fundamentalmente a partir da 'norma' é um tema justaposto ao propósito de meu trabalho. Houve uma inversão e a formação do Psiquiatra atual está catalogada, assim como, está a organização dos doentes e os 'conceitos (psicose, neurose, perversão) foram substituídos pela noção frouxa de 'distúrbios' [na verdade a edição brasileira do DSM fala de 'transtornos']' (ROUDINESCO, 2000:48-9). Perdeu-se a 'cortesia com o passado', segundo a bela expressão legada por Hélio Pelegrino e tão pertinente neste tema.

O DSM – assim como o CID – passa a influir definitivamente na formação do Psiquiatra e na maneira deste abordar a clínica. Cabe aqui analisar e comentar como isso tem se passado. Proponho a seguir **seis teses** sobre essas influências:

1. *A idéia fixa – e ingênua – da mensurabilidade do psíquico*.

Essa idéia foi de um peso sem concorrente na construção do DSM, principalmente depois de sua 2ª. Edição. A partir desta edição, a respeitabilidade científica – e primeiro de tudo a noção de confiabilidade – veio da quantificação e deve ser o primeiro critério de uma clínica psiquiátrica. Daí em diante o dinâmico e o psicanalítico perderam espaço na organização do catálogo e, sobretudo, na formação.

2. *O aparecimento e desenvolvimento da psicofarmacologia.*

Sincronicamente à abertura de horizontes novos para a clínica psiquiátrica, o psicotrópico mudou a conjunção de valores em jogo nesta prática. Deslocou-se a importância da atuação do Psiquiatra para a importância da droga. E da droga para o valor da Indústria

Farmacêutica quase não foi preciso um passo. Do ponto de vista da intervenção terapêutica, o psicotrópico foi um avanço, mas não aquele avanço divulgado. Porém, do ponto de vista financeiro (na indústria farmacêutica), criou-se uma distorção. O avanço se vincula à viabilização da abordagem interpessoal do doente mental que pôde sair da camisa de força física e dos quartos fortes, além de voltar a ser escutado[16]. A ligação do processo financeiro com o processo terapêutico passa ao proscênio, deixando os demais constituintes do sistema como coadjuvantes de menor relevo. Mais tarde, os psicofármacos, pela força econômica da indústria, passam a ser os exclusivos ditadores de tratamentos e perspectivas na Psiquiatria.

3. *"Desenvolvimento de uma abordagem liberal dos tratamentos"* (ROUDINESCO, 2000: 47).

Roudinesco, mesmo tendo uma posição em que reconhece o valor dos psicotrópicos, faz uma crítica epistemológica bastante consistente do desvio que os tratamentos psiquiátricos sofreram pela sua submissão à ideologia liberal. Há uma submissão da clínica ao critério da rentabilidade financeira universal, comandada pelas matrizes dos laboratórios. A massificação do uso dos psicofármacos permitiu aos laboratórios farmacêuticos comandarem a ação psiquiátrica, tornando-os provedores da 'indústria da saúde'. Note-se que os psicotrópicos são mais receitados pelos outros especialistas que pelos Psiquiatras. Esses laboratórios são também responsáveis pelo encaminhamento da formação do Psiquiatra, e ditam 'formas de viver' (WALDECK, JB).

4. "*As teses psicanalíticas foram julgadas ineficazes no plano terapêutico"* (ROUDINESCO, 2000: 47).

A partir dessas novas conjunções da Psiquiatria com o DSM, passou-se a achar que os tratamentos psicanalíticos eram muito longos, dispendiosos, além dos resultados não poderem ser medidos pelos métodos científicos e nem serem universalizados.

5.*"Ao fenômeno psíquico não cabe causalidade psíquica"*
(ROUDINESCO, 2000: 78-9).

O psíquico não pode ser mais tomado como um sofrimento *per se*, via dialética do sintoma. A doença deve ser um estado, precisamente 'um transtorno', causado por uma

[16] Adiante comentarei a impressão do criador da psicofarmacologia Leborit e dos primeiros psiquiatras a utilizarem os psicofármacos Delay e Denniker.

alteração orgânica, neurobiológica, isto é, uma 'produção anormal de serotonina'(ROUDINESCO, 2000: 43), ou alguma outra substância. Com isso se elimina, em nome de uma pura lógica químico-biológica, 'o caráter trágico de um ato humano' (ROUDINESCO, 2000: 43). Deve-se, seguindo-se o pensamento do DSM, normalizar os comportamentos, sem *pré-ocupação* com a significação.

6. *Crença numa ética e numa teoria do progresso e da ordem*.

Após 16 anos de utilização do DSM e da tentativa de impô-lo a todo o mundo, seus idealizadores apresentam sua 2ª. Edição (1968), e assim seguem até a 4ª. Edição Revisada, na qual a transformação ética foi absoluta.

A avassaladora influência da descoberta dos psicofármacos pelo pesquisador suíço Leborit se deu apesar de sua explícita discordância com o tipo de absorção da psicofarmacologia pela ideologia psiquiátrica – pelo menos, como entendida pela ética liberal americana da 'competitividade' (SANTOS, 2000) e suas conseqüências. Outro discordante de peso dessa posição do DSM – a partir do DSM II e seguintes –, recordemo-lo, é Canguilhem (1966) ao afirmar: 'a cura não é outra coisa que a transformação existencial do sujeito'. Para mim, tal posição é sempre bem-vinda e motivo de meditação.

Em 1986 Canguilhem profere uma conferência onde combate, não as ciências e seus avanços (os trabalhos sobre neurônios, genes, atividade cerebral, etc), mas uma forma eclética de produção em que se colocava sob o mesmo estatuto: comportamentalismo, experimentalismo, ciência da cognição, inteligência artificial. A Psicologia – conforme denuncia Canguilhem – 'ao pretender tomar como modelo a ciência, não passa de um instrumento de poder, uma biotecnologia do comportamento humano' (*idem*, 1986), que tira do homem sua subjetividade e capacidade de pensar. Nessa conferência citada, o autor de *O normal e o patológico* chama atenção para a disputa entre os correligionários de uma ciência da mente, na qual o mental está calcado no neural, e os partidários de uma autonomia dos processos psíquicos.

O inconsciente freudiano é objeto de uma polêmica particular, e sua definição escapa a essa disputa por ser alheio aos dois campos, afirma Canguilhem (1986). A definição de Freud não permite assimilar o inconsciente a um sistema neural, nem a uma concepção

cognitiva ou experimental da Psicologia, pois a Psicologia torna o inconsciente parte do oculto ou irracional. O inconsciente freudiano é, antes de tudo, a definição de uma grandeza negativa (LACAN, 1985c). Isto quer dizer que não é hereditário, cerebral, neural, cognitivo, metafísico ou metapsíquico. É uma forma de combate à ilusão da ciência que pretende preencher com mitologias (Recalcado) ou delírios (Forclusão) todas as incertezas necessárias ao desdobramento de uma pesquisa científica. Freud, também, define a ilusão da religião com os mesmos fins no "Futuro de uma ilusão" (1990 [1927c: 1]).

Neste momento volto a Delay, um dos psiquiatras aos quais já me referi (rodapé 16), e que fizeram as primeiras e respeitáveis experiências com psicotrópicos. Quando apresentou sua avaliação de alguns anos de uso dos psicofármacos ao mundo, no *Congresso sobre a clorpromazina e os medicamentos neuroléticos* assim se expressou:

> Convém lembrar que, em Psiquiatria, os medicamentos nunca são mais do que um momento do tratamento de uma doença mental, e que o tratamento básico continua a ser a psicoterapia (DELAY, 1956).

Henri Laborit, o criador dos psicotrópicos, sempre afirmou que a psicofarmacologia não era a solução para todos os problemas mentais. Em sua entrevista a Autrement (separata) assim se referiu à sua descoberta:

> Por que ficamos contentes por dispor de psicotrópicos? Porque a sociedade em que vivemos é insuportável. As pessoas não conseguem mais dormir, ficam angustiadas e necessitam ser tranqüilizadas, mais nas megalópoles do que noutros lugares. Às vezes me censuram por haver inventado a camisa-de-força química. Mas, sem dúvida, se esqueceram da época em que, quando plantonista da marinha, eu entrava no pavilhão dos agitados com um revólver e dois enfermeiros parrudos, porque os doentes morriam dentro de camisas-de-força transpirando e berrando. A humanidade, ao longo de sua evolução, foi obrigada a passar pelas drogas. Sem os psicotrópicos, talvez tivesse havido uma revolução na consciência humana, dizendo: "Não podemos mais suportar isto!". Mas foi possível continuar a suportá-lo, graças aos psicotrópicos. Num futuro distante, a psicofarmacologia talvez tenha menos interesse, a não ser, provavelmente, na traumatologia, e até é concebível que desapareça (nº 117, 1990: 236).

Devo reforçar, para atualizar, que nos idos de 1950 a química fizera uma transformação espetacular na abordagem terapêutica da Psiquiatria. Os hospitais ficaram vazios, as camisas-de-força foram esquecidas, os tratamentos de choque passaram a ser

‘eletivos’. A psicofarmacologia apontou para o homem uma retomada de sua liberdade, na medida em que, posta em circulação em 1952 por Delay e Deniker, devolveu a fala ao louco. Mas, a farmacologia também tira a fala do louco, na medida em que provoca embotamento e cronificação. Entre o avanço que o uso do psicofármaco representa e seus limites, podem ser notadas proporções contraditórias. No entanto, retirando o louco da ‘cela de segurança’ ou da camisa de força física é possível ao Psiquiatra abordá-lo pela linguagem, mesmo que o paciente esteja contido quimicamente. Ou ainda, o psicotrópico propicia a não contenção do paciente, por abortar uma crise mais grave, tornando-a abordável pela fala. A psicofarmacologia pode ser parceira da abordagem discursiva quando faz o papel abortivo da grande crise, inexplorável pela fala.

A *pólis* podia receber o louco de volta em seu seio. Os tratamentos bárbaros foram praticamente abandonados ou, pelo menos, não mais vistos com bons olhos. Os psicofármacos não curam nenhuma doença mental (ou nervosa, ou loucura), mas quem pode negar a partir deles uma revolução das representações do anímico? Foi criado um novo homem! Cabe agora perguntar qual ‘novo homem’? O novo homem polido e sem humor, esgotado. Por que? Porque este homem evita, ou melhor, antecipa e evita suas paixões, e *last but not least*, envergonhado por não ser de acordo com os ideais da cultura. Sob esse tema, aqui apenas abordado como preparatório de uma argumentação, não podemos esquecer a obra prima de Jean Thuillier (1981) ainda não traduzida, mas com um belo título *Os dez anos que mudaram a loucura.*

Vale assinalar alguns marcos da história do DSM, a fim de ilustrar a minha argumentação, fundamentalmente sobre o recalcado e o forcluído (Ver Introdução).

Em 1952 aparece o DSM. Dezesseis anos de uso mostraram-se necessários para a aparição da 2ª. Edição, revista e aumentada do Manual, cuja publicação ocorreu em 1968. Para a produção da 3ª. Edição (1980), 12 anos bastaram! O que ressalto como mudança primordial nessa 3ª. Edição é o abandono final da boa síntese clínica da Psiquiatria Dinâmica. A 4ª. Edição (1990) e a 4ª. Edição Revisada (1994) diminuem o espaço entre suas publicações e dão o golpe de misericórdia na clínica psiquiátrica.

Para que o abandono da clínica psiquiátrica fosse concretizado, introduziu-se então uma nova forma de abordagem da questão psíquica (como se, para o DSM, 'a questão psíquica' ainda existisse). Essa mudança expressa-se na tríade agora proposta: sinal-diagnóstico-tratamento, com o completo recalcamento (forclusão) da questão *subjetividade*. Propositalmente usamos recalque e/ou forclusão, dois termos que, em Freud (1990 [1914g: 145, 1915d: 135, 1925h: 249]) e em Lacan (1998h: 157), têm um sentido bastante preciso. Freud afirma que o Inconsciente "é constituído, fundamentalmente pelo recalcado que força seu retorno" e dá à forclusão (1990 [1914: 1]) "um estatuto também, de constituinte do inconsciente", só que nessa forma não pode retornar à cadeia simbólica, mas retorna no real[17] (como alucinação, delírio, etc). Cabe aqui relembrar a já citada passagem de Canguilhem (1986: 38):

> [O inconsciente ...] É uma forma de combate à ilusão da ciência que pretende preencher com mitologias (recalque) ou delírios (forclusão) todas as incertezas necessárias ao desdobramento de uma pesquisa científica.

O forcluído toma a aparência, no DSM, de um delírio sistematizado de ciência que pretende preencher as incertezas. Ou, o mesmo DSM quando recalca a clínica psiquiátrica faz surgir um novo projeto para a Psiquiatria – como o retorno do recalcado. É a esse sintoma do DSM que estou me contrapondo com a proposição de um dispositivo para a formação.

O terreno anteriormente preparado, pelo DSM, alcançou o ápice. Tudo está pronto para desclassificar qualquer subjetividade. As portas estão abertas para associações do campo psiquiátrico com campos que não dizem respeito a nosso ofício – a Psiquiatria Clínica.

Quero dizer que a clínica psiquiátrica fica submetida à observação dos 'fatos' segundo (ou seria simplesmente: seguindo?) a ideologia neoliberal americana. Os 'fatos' lhe são impostos e deve submeter suas observações a eles, pois a produção dos mesmos já lhe foi determinada pela ideologia subjacente ao Manual. Como? Pelo processo norte-americano de funcionar pela norma. Cito aqui Robert Spitzer redator principal do DSM III:

[17] Real – Termo empregado como substantivo por Lacan, extraído simultaneamente do vocabulário da Filosofia e do conceito freudiano de Realidade psíquica para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível do simbolizar (ROUDINESCO, 1998).

> A clínica depende da resposta dos grupos referidos pelo saber (homossexuais, alcoólicos, esquizofrênicos, pretos, etc) e deve haver precaução com as ações judiciais dos mesmos contra o Psiquiatra. Para evitar polêmica a noção de doença deve ser esquecida e a de transtorno contornou o delicado problema da inferiorização do paciente. (SPITZER, apud ROUDINESCO, 2000: 50),

ou:

> No âmbito do DSM III, deveríamos citar o racismo como bom exemplo de um estado correspondente a um funcionamento psicológico não ótimo, que, em certas circunstâncias, fragiliza a pessoa e conduz ao aparecimento de sintomas. (ZARIFIAN, apud ROUDINESCO, 2000: 48).

Sete anos, tantos quantos Jacó serviu a Labão, pai de Raquel, para que o concubinato da clínica psiquiátrica com a Indústria Farmacêutica se transformasse em casamento celebrado, tal como se deu na união com Lia. Em 1987 o DSM III-R estava na praça, era o que prevalecia. Veio para ficar apenas três anos, já que foi abandonado pelo DSM IV (1990). O DSM IV, por sua vez, jogou duro, como o poder da indústria exigia. A nova engenharia de administração da doença mental exigia uma limpeza completa da teoria. Ele, o DSM IV, dá fim a um momento de produção do saber possível e se autodenomina 'ateórico' (ROUDINESCO, 2000: 48).

A história a este respeito deve ser levada em consideração a fim de podermos interpretar, com mais clareza, o desenrolar dos arranjos das 'entidades clínicas' através do tempo, bem como o novo suporte epistêmico em vigor (se ele existe).

As 'entidades clínicas' tiveram uma nova abordagem a partir do surgimento da Psicanálise, como Freud a empreendeu. As mulheres tiveram, para a criação da Psicanálise, um inestimável papel, como representantes e representativas da 'entidade clínica histeria' (Ver 1.1). Aliás, se seguirmos, ao pé da letra Roudinesco (2000: 42-3), foram elas as criadoras desta ciência, disciplina, ou como quiserem chamar. A histeria já foi a tradução de uma contestação da ordem burguesa. Essa sublevação passou pelo corpo das mulheres. Tal subversão foi significativa quando, interpretada por Freud como plena de expressões de conteúdo sexual, ganhou um valor emancipatório, do qual se beneficiaram – e ainda se

beneficiam - todas as mulheres. Não só as histéricas – ou, se quiserem, as que pagarem para ver!

Cem anos bastaram para que o ato criativo ou gesto interpretativo do gênio sofresse uma regressão. Nos países onde a democracia atualmente é o sistema de controle político, tudo se passa 'como se' (*als ob*, *as if*) já não fosse possível haver mais rebelião. Tudo se organiza, 'como se' a idéia de subversão social ou intelectual fosse ilusória, como conseqüência da própria maneira de organização social.

O "conformismo e o higienismo" (FOUCAULT, 1997), próprios da sintomatologia da "nova barbárie" (FREUD, 1990 [1927c]), tentam se impor. Para Foucault, em seu belo "É preciso defender a sociedade" (1997), esse conformismo e higienismo são a expressão da barbárie do *biopoder* o que se conjuga com a idéia de Canguilhem (1986) e sua 'biotecnologia do comportamento humano'.

Em Foucault (1997) encontramos:

> (....) biopoder é uma política que pretende governar o corpo e a mente, em nome de uma biologia erigida em sistema totalizante, que assume o lugar da religião.

Freud, já em 1927, havia nos legado a idéia brilhante de que a civilização ocidental não está em condições de impor à humanidade a restrição de suas pulsões destrutivas. Cito um de seus textos considerados 'de análise da cultura':

> A princípio, podíamos pensar que o essencial era a conquista da natureza no intuito de adquirir recursos vitais, e que os perigos que ameaçavam a civilização seriam eliminados por uma distribuição apropriada dos bens assim conquistados entre os homens. Agora, porém, parece que a ênfase deslocou-se do material para o psíquico. A pergunta decisiva é: conseguiremos reconciliar os homens com os sacrifícios que continuarão a ser necessários e recompensá-los por eles? (FREUD, 1990 [1927 c]).

Freud e a subversão das histéricas, Foucault e o biopoder, Canguilhem e a biotecnologia do comportamento humano estão na contracorrente do projeto maquinado nos porões do *ateórico* proposto por Spitzer para o DSM. Este manual não está mais a serviço da

significação de um saber, mas é o protótipo da "dominação exclusiva do econômico: *globalitarismo*", expressão neológica, quase conceito, de Santos (2000).

Surge então um novo 'paradigma': a depressão. Isto significa a reivindicação de uma *norma* prevalecendo sobre a valorização de um conflito. Paradigma deve ser entendido aqui no sentido que foi dado por Kuhn (1970), que elaborou a mais conhecida das análises reforçadoras do relativismo contemporâneo. Sua análise epistemológica merece neste ponto um pequeno comentário.

Kuhn utiliza o seguinte esquema: o grosso da atividade científica, que ele chama de 'ciência normal', tem lugar dentro de 'paradigmas'. Estes definem os tipos de problemas a serem estudados; os critérios usados para avaliar uma solução e os procedimentos experimentais julgados aceitáveis. De tempos em tempos, há uma crise na ciência normal ('período revolucionário') e há mudança de paradigma. Por exemplo, o nascimento da Física moderna com Galileu e Newton constitui uma ruptura com Aristóteles; analogamente, no século XX, a teoria da relatividade e a mecânica quântica derrubam o paradigma newtoniano (sic). A depressão, como o novo paradigma, está a serviço de um momento da 'ciência normal' com todas a conseqüências acima enumeradas, além das que passaremos a ver em seguida.

A força subversiva da Psicanálise se perde na América do Norte. A vacina aí criada para ela – o American way of life, o human engineering, o success, a happiness, o happy end, a basic personality, o pattern – se espalha como uma 'nova peste'[18] em todo o mundo. Na forma atual do pensamento psiquiátrico o novo paradigma é a depressão e os antidepressivos são o tratamento proposto. De ação mais rápida, de eficiência maior, de manejo menos difícil eles se difundiram e se tornaram o grande produto de venda dos laboratórios farmacêuticos. O homem não é mais conseqüência de seus conflitos, mas expressão de excesso ou falta de química em seu organismo. O *globalitarismo* na Psiquiatria se expressa pelo controle dos estados de humor do homem atual que deve estar feliz por usar antidepressivo. Este é surpreendentemente mais usado pelos internistas do que pelos Psiquiatras!

[18] Peste – Segundo Ernest Jones, Freud teria dito em sua primeira viagem aos EEUU em 1909, que lhes estava trazendo a "peste" (JONES, 1970). Nossa expressão se refere a esta passagem em seu sentido oposto ao de Freud. Aqui, assemelha-se à noção como foi retomada por de Camus em A Peste (tradução Valéry Rumjanek Chaves, Record, 1977).

Caminhando um pouco mais para esse túnel sem luz no fim, ou na bela expressão de Claus Offe para "o túnel no fim da luz" (APUD, BAUMAN, 1998: 33), da proposta americana, passo a identificar as conseqüências epistêmicas do pensamento em questão nos processos de formação do Psiquiatra.

Uma hipótese que considero para o desaparecimento da clínica psiquiátrica pode ser montada com o auxílio dos conceitos psicanalíticos. Os passos para a construção de minha hipótese são os seguintes: o *recalcamento* da clínica psiquiátrica e, por conseguinte, do sujeito, retorna em minha proposição como uma elaboração simbólica. Essa elaboração recoloca o sujeito trágico e sua capacidade de pensar em evidência. No campo oposto ao de minha elaboração está o 'esquecimento' (FREUD, 1990 [1914g: 145, 1915d: 135, 1925h: 249]) (*recalcamento/forclusão)* dos conceitos construídos ao longo da história psiquiátrica. Para substituir a longa significação psiquiátrica surge o 'travestismo' da *disorder* (transtorno) sob os auspícios do DSM e do CID. O transtorno não sendo uma elaboração simbólica, mas uma das formas de ilusão da ciência, retorna no real (LACAN, 1985b) com a estrutura de delírio sistematizado. No entanto, faz laço social, ao modelo identificatório, com o *American way of life.*

Outra hipótese do desaparecimento do sujeito é que as entidades clínicas, conseqüência natural da clínica psiquiátrica, foram substituídas por uma caracterização factual (transtorno) sustentada por uma ideologia de fundo do *pattern*. O DSM IV visou ser a demonstração que o sofrimento da alma devia ser reduzido a uma analogia à 'pane de um motor'! (ROUDINESCO, 2000).

Qual a conseqüência, ou as conseqüências, das mudanças inicialmente organizativas e aparentemente tão simples no DSM?

O que logo se evidencia, como conseqüência na sustentação da classificação de transtorno contra as 'entidades clínicas', é a 'homogeneização' embutida nesse gênero de ideologia. Explico: a 'entidade clínica histeria' torna-se inexistente hoje, pois não consta da classificação do DSM, logo não é mais levada em consideração. Desapareceu, sumiu (foi

forcluída) do campo psiquiátrico para não deixar marcas possíveis de dialetizações conflitivas. Esta entidade deve, segundo os critérios do DSM, ser diagnosticada como transtorno dissociativo (ou conversivo), mas tratada como um 'transtorno depressivo', a 'síndrome da fadiga crônica', a menina dos olhos da Psiquiatria e da Clínica Geral da América do Norte. Dispensa-se o conflito subjetivo fundamental, intrínseco à entidade histeria – pilar da teoria psicanalítica – para dar lugar ao cansaço, ao *stress* da vida moderna, facilmente identificáveis. Tudo isso se deve ao alcance da psicofarmacologia que se propõe a regularizar o dito transtorno através do tratamento das alterações de humor. A atual epidemia americana da 'síndrome de fadiga crônica' está ligada ao diagnóstico de personalidade, no caso, personalidade múltipla cujo tratamento indicado são os medicamentos antidepressivos. Os psiquiatras – clínicos gerais e pesquisadores – afirmam que sua causa é um vírus "ainda desconhecido". Para maiores 'esclarecimentos', basta que leiamos os tragicômicos textos científicos de Sholwater (1997) ou Webster (1999). O antigo diagnóstico da entidade clínica esquizofrenia, por exemplo, é dado por uma perífrase na intenção de indicar que há algo incompleto, a ser encontrado no mesmo: 'afetado por transtornos que remetem a uma perturbação de tipo esquizofrênico (DSM III-R).

Como se dá concreta e praticamente a 'operação transtorno'? Os psiquiatras e os clínicos gerais norte-americanos respondem que a 'síndrome da fadiga crônica' deve ser resolvida pela inibição do efeito da monoaminoxidase ou pela inibição seletiva da recaptação da serotonina ou pelo efeito suposto aos tricíclicos ou tetracíclicos. Ao tomar tais psicofármacos haveria o restabelecimento do 'estado de equilíbrio' do paciente (Ver acima a idéia da 'pane do motor').

A histeria, ou mais precisamente, o discurso histérico, e todas as conseqüências subversivas dele advindas, o questionamento do discurso do mestre burguês, a liberação feminina, a transformação da família, as mudanças dos hábitos e costumes, entre tantos outros, são deixados de lado. Abandonadas, perdidas no arquivo morto da biblioteca psiquiátrica universal, todas essas questões acabam sendo substituídas pelos neurotransmissores e pelo transtorno.

Outra articulação que justifica, para a Psiquiatria Oficial, tal operação é, aproximadamente a seguinte: se a Psiquiatria (entenda-se a ideologia subjacente à construção do DSM) conseguir homogeneizar todos os tratamentos para todos os transtornos, e fazer equivaler cada um deles a qualquer outro, basta encontrar um qualquer dos transtornos e igualá-lo ao 'paradigma' do DSM e todos serão abordados. Assim, todos os transtornos serão tratados da mesma forma. Levando ao extremo a maneira de pensar atual, e para deixar mais clara a idéia de fundo, pode-se dizer que, quando abordarmos um dos transtornos, estaremos tratando de todos os outros. A Esquizofrenia, por exemplo, vai se resumir apenas num transtorno do pensamento, e, como o pensamento é um fato neuroquímico para a Psiquiatria Oficial, será tratada como qualquer outro transtorno, porque essa Psiquiatria espera encontrar algum índice do 'paradigma' do DSM embutido nela.

A mesma concatenação de princípios vale para a aplicação dos fármacos. Um antidepressivo pode ser o tratamento – ou o tratamento coadjuvante – da Esquizofrenia porque essa ideologia assegura que na Esquizofrenia está presente um transtorno de humor. A depressão passou definitivamente a ocupar o lugar de 'paradigma' do transtorno. Gostaria de acrescentar, não só do transtorno, a depressão tornou-se o 'paradigma' do homem atual. O cansaço da luta pela vida, a introspecção, a tristeza, a produção lenta – que não se coaduna com a pressa do 'time is money', a lentidão do poeta, todos estes estados de alma são elencados como expressões de uma depressão explícita ou larvar. A depressão não é mais a expressão de um luto, ou melhor, de um trabalho de luto (FREUD, 1990 {1917 [1915]}) por uma perda ou pelas perdas básicas da existência.

Enquanto me refiro a 'entidades clinicas clássicas', bem diferenciadas, a literatura atual as considera depreciativamente como 'coisas do passado'. Dizem os propagadores do novo paradigma: havia as entidades clínicas quando o sistema de diagnóstico e o conhecimento neuroquímico não estavam suficientemente desenvolvidos (WEBSTER, 1999: 399-415) para encontrar o transtorno biológico em causa. É 'cientificamente' possível hoje encontrá-lo, pois, a tecnologia atual mudou os antigos 'mitos' clínicos. Quanto à minha análise epistemológica e ao observável hoje, só se encontra, ou só se pode encontrar, através do DSM, a depressão, a despeito de toda a evolução propedêutica.

É árduo, no quadro atual, construir uma área de interseção entre a Psicanálise e a Psiquiatria. Para tanto, é necessário vencer as resistências dos praticantes e das disciplinas que participam da interseção. Segundo Ohayon (1999), as difíceis relações da Psicanálise, por exemplo, com a Psicologia mostram a que ponto a inscrição da Psicanálise em um campo de estudos pluridisciplinares[19] do espírito dá lugar a controvérsias. Minha posição é a seguinte: cabe no campo psiquiátrico uma intervenção da teoria psicanalítica, uma aproximação no que concerne à formação e à prática convergente em pontos precisos que indico na pesquisa.

Acerca desse tema, lembro aqui a citação de Jeannerod (1999: 1-2) da advertência feita em *Psicopatologia da vida quotidiana*:

> se toda ciência repousa sobre observações e experiências transmitidas pelo aparelho psíquico, uma ciência do espírito tem por particularidade estudar através destas experiências o aparelho mesmo que as produz, o instrumento de análise torna-se seu próprio objeto (FREUD, 1990 [1901b]).

1.4. A **transmissão** e a ética: leis do campo psicanalítico

Freud em *Psicopatologia da vida quotidiana* (1990 [1901b: 21]) nos alerta para uma questão instigante quanto aos fenômenos científicos e suas leis:

> Os fenômenos estudados pela Psicanálise são em si mesmos tão desconhecidos quanto o de outras ciências (...), mas é possível estabelecer as leis que os regem (...).

Alinhavando as duas últimas citações de Freud, inicio o item 1.4 apresentando dois, assim chamados, conceitos ou fenômenos do campo psicanalítico, a *oferta* e a *demanda*. Eles são de importância determinante no tema abordado neste subtítulo para, como esclarece Freud acima, 'estabelecer as leis que os regem' e com isto dar amparo e alicerce ao conceito de **transmissão**, leitmotiv da tese.

[19] Pluridisciplinar – Tal como interdisciplinar, transdisciplinar e intradisciplinar: é uma reunião de disciplinas com objetos distintos visando a atuação ou compreensão simultânea de um objeto, ou de um 'assunto – fronteira', entre elas.

Uma lei é universalmente reconhecida no regime de livre mercado, sem intervenção do governo, 'a oferta regula o valor de uma mercadoria'. Antes de desenvolver a noção de oferta vamos fazer um aparente circunlóquio. A criação da Psicanálise por Freud, em 1896 (ROUDINESCO, 1998: 603), tem como corolário a criação do 'lugar do analista'. A definição do novo lugar vai adquirindo contornos no correr do tempo e com a precisão dos conceitos psicanalíticos alcança um estatuto claro e pacífico. Lacan (Seminário XVII) chega ao ponto culminante da escalada com o estatuto formal de 'discurso do analista'. Ao usar a definição 'Psicanálise é a prática de um analista' (*ibidem*), posso conceber a Psicanálise e o lugar do analista indissoluvelmente ligados, indispensáveis um ao outro. Se o 'lugar do analista' é o que viabiliza a *oferta* da Psicanálise, está criado um lugar concreto de aplicação para o saber psicanalítico, por um dispositivo no real.

Uma 'nova mercadoria', a Psicanálise, é colocada em circulação, no Ocidente. Ela é teoria, pesquisa e meio de intervenção sobre um 'excesso' da cultura, o 'mal-estar' subjetivo. A *oferta* da Psicanálise ao se inscrever no social, como uma mercadoria em circulação, propicia sua *demanda*. As duas sendo localizadas no mesmo lado da Banda de Möbius (Ver 2.2), *oferta* e *demanda*, se estabelecem como conceitos indispensáveis à aparição da práxis psicanalítica. Elas são diretamente ligadas ao trabalho do inconsciente. Além de estarem ligadas à Psicanálise as utilizo como eixo central da **transmissão (**p.15).

Quanto à *oferta* pode-se dizer que no social, ou no laço social, é conseqüência da criação do 'lugar do analista'. Ela viabilizou a possibilidade de fazer circular um discurso novo e seus efeitos (LACAN, Seminário XVII), o 'discurso do analista' (Ver Capítulo 4). Ao se oferecer como objeto (resto, dejeto) para agenciar o novo discurso, Freud cria um 'espaço distinto' de expressão da subjetividade e esta, em seu construto, foi definida como sujeito do inconsciente – ou da repetição, ou da transferência, ou da pulsão. Lacan (Seminário IX, XVII, XXII) define o 'espaço distinto' criado por Freud como 'espaço möbiano'. A função objeto, tomada como causa, é a agenciadora do discurso analítico e estabelece o lugar do psicanalista como homólogo a ela. Causa aqui é 'causa do desejo' e está perdida para sempre na constituição subjetiva. Devo lembrar o escrito em 1.3, 'o inconsciente é uma grandeza negativa'. Quando os críticos de Freud, fundamentalmente os médicos, afirmam que a histeria não existe como entidade clínica, no sentido médico, que ela é uma 'invenção'

freudiana (‘um erro de Freud, por falta de precisão tecnológica’ (WEBSTER, 1999)), tenho que dar razão a eles, obviamente por motivos distintos. A histeria, estrutura fundante da prática do campo da Psicanálise a partir da oferta de Freud, é um conceito ‘em retardo’ (*Nachträglichkeit – a posteriori,* só depois, ação diferida) do desejo freudiano.

Descortino a *oferta* como uma *função*[20] atrelada ao desejo – no sentido freudiano de *Begierde* – e vinculada à **transmissão** como espaço de formação e autorização desejante. Se o Psiquiatra se autoriza, por si e por sua formação, a ocupar o lugar de objeto e passa a fazer *semblant* (aparência) dele, estamos diante do ponto culminante de minha proposta de trabalho. É o passo final da formação estabelecida por um dispositivo de autorização.

A *oferta* do Psiquiatra cria demanda no paciente. Uma demanda em quem sofre e que supõe buscar num outro o amparo negado pelo teatro da vida em seu texto: amparo a seu desamparo[21] (*Hilflösigkeit*) insuportável na cena do mundo. Amparo que será conseqüente se, e somente se, o sujeito estiver implicado no seu sofrimento (gozo). Refiro-me à já trabalhada (Ver 1.3) ‘*retificação subjetiva’*.

A *oferta* não tem um estatuto de promessa, logo é distinta de uma posição religiosa. Há uma correlação com o funcionamento das ‘leis de livre mercado’, condição necessária para a existência da intervenção em questão. O demandante solicita ao Psiquiatra a interveniência em sua subjetividade e simultaneamente deve se responsabilizar por esse pedido.

A ética em jogo por não ser da mutualidade, envolve e conjuga duas formas distintas: a do desejo e a do sofrimento. A ética do desejo implica aquele que faz a *oferta* de

[20] Função - o conceito tem uma definição precisa na teoria dos conjuntos (na matemática) e na medicina (fisiologia psíquico, nos corpos). Tal definição é centrada num sistema de causas com os mesmos fins gerais - no âmbito social (profissões, funções sociais privadas e públicas - daí funcionário), na biologia (nutrição, relação, reprodução), (....) Leibniz contribui para essa definição, evocando “as diversas linhas que variam com a posição de um ponto (abscissa, ordenada, tangente, etc.)”. É seguido por Cauchy, que postula que uma variável *y* é função de uma variável *x*, quando, a cada um dos estados de grandeza de *x*, corresponde um estado de grandeza de *y*. A noção de função que não implica a natureza quantitativa das variáveis foi estendida aos ‘termos variáveis’ da lógica – chamam-se as ‘funções lógicas’ (cf. LALANDE, 1966). Do último postulado posso definir lei que nesta tese chamarei de “lei da formação” ou “lei da **transmissão”**.

[21] Desamparo – tomado aqui, tal como entendido na obra freudiana.

intervenção, e a do sofrimento (gozo) enreda quem a *demanda*. Não há superposição das duas pela disparidade subjetiva em jogo nesse *encontro*.

O esforço empreendido será no sentido de esclarecer o que defino como clinicar (do klíne[22]) o próprio funcionamento do 'formar-se' psiquiatra. Desejo que a proposta aqui formulada seja clinicada. Ao dizer 'ser clinicada' aludo à clínica epistêmica da aposta de **transmissão.** Para que ela não transforme em pura repetição (Ver Introdução, Capítulo 2), não deve haver margem de dúvida da sua sustentação epistemológica.

1.5. Da *profissão* e do *ofício*: moral & ética

Refaço de forma exaustiva, a descrição da legislação atual da profissão do Psiquiatra. Sendo uma especialidade médica está submetida à lei e às normas deontológicas que regulam a prática da medicina. Além disto, faço uma leitura crítica do espírito das leis às quais está submetida a regulamentação da especialização psiquiátrica (cursos de especialização, residência, mestrado ou doutorado). É-me de fundamental importância perguntar antes pelo estatuto de *profissão* e sua distinção com um *ofício*. Distingo a profissão e o ofício pela submissão a dois princípios distintos, a moral e a ética, respectivamente.

O que é uma *profissão* numa 'sociedade profissionalizada'? Uma das características na evolução do *processo de passagem* de 'ocupação' a 'profissão' é que, a profissão passa a exercer jurisdição sobre vários níveis da inserção social, quer seja de natureza cognitiva, institucional, de agrupamentos, etc. Como corporação profissional, seu âmbito institucional é decisório sobre assunto que lhe seja afeito. Quando se estabelece definitivamente a passagem à *profissão*, constitui-se também uma organização com características universais, visando ao reconhecimento de *status* profissional, privilégios sociais, monopólios de prestação de serviços, fonte de solidariedade orgânica (DURKHEIM, 1984: 169-76). Nota-se o aparecimento da divisão de trabalho espontânea, a geração do sentimento de valor intrínseco ao trabalho, bem como, o nascimento da solidariedade orgânica.

[22] Klíne (κλινε) – em grego significa leito. A clínica, em sentido literal, é o reclinar sobre o paciente, o inclinar-se.

Quanto às 'corporações de ofícios' (do modelo medieval) têm características comunais, marcadas pelo resgate social do estado de *anomia*. Em Lições de Sociologia, Durkheim ensina que a anomia, no caso em questão, é imposta pelo sistema econômico:

> A moral comum está difusa em toda sociedade... A moral de cada profissão está localizada pontualmente. Assim se formam focos de vida moral distintos, solidários... A diferenciação funcional corresponde a um suposto polimorfismo moral (1983: 7).

Outro item a ser considerado na profissão é a racionalidade cognitiva. Seu peso é dado pela ciência, que é portadora de um *ethos* (ηθος/ έθος[23]) de serviço onde há 'preponderância dos interesses coletivos sobre os indivíduos (MACHADO, 1996:17)'. Uma posição antimercado e anticapitalista, via de regra, garante crédito social e desencadeia uma crença universalizada na orientação ética de uma profissão. No caso de uma atividade psiquiátrica, a análise do sujeito, de seu sofrimento, em que a tecnologia seja elemento estranho e as modernidades tecnológicas não sejam avassaladoras, pode-se definir um valor intrínseco do trabalho. A autonomia é um elemento primordial para a valorização da 'profissão'.

Atualmente há uma evidente proletarização do profissional chamado anteriormente de liberal ou autônomo, nota-se sua metamorfose de *white-collar a blue-collar* – é o caso do praticante da psiquiatria e da psicanálise. A conseqüência da proletarização, quase sempre, é o desaparecimento da profissão. No caso específico do terapeuta da alma, essa transformação dá sinais ambíguos, pois não parece claro que está em vias de desaparecimento e, além disso, esta formação está sendo disputada por profissionais de várias áreas (médicos, psicólogos, filósofos, assistentes sociais, lingüistas, pastores, entre outros). Além do que, tal prática encontra-se menos diretamente vinculada ao ganho financeiro, ao *status*, às garantias associativas e muito mais a um desejo do praticante.

[23] O 1º ethos se refere a uma ordem. Essa ordem em Aristóteles aparece como ciência (επιστήμη) do que deve ser feito, como uma ordem não contestada, que define a norma de um certo caráter. Como no sujeito, essa ordem pode ser adequada, como se fará para que ele entre nessa norma e se submeta a ela? O 2º ethos é o que distingue o ser vivo, diferentemente do primeiro que se refere ao inanimado, ao inerte. O homem estabelece um hábito que se repete em sua trajetória de vivente – o que não acontece com a pedra!

Portanto, há um aspecto novo na questão da profissão em pauta: a proletarização, que apontaria para o desaparecimento dela, no caso específico tem indicadores na direção oposta. Maria Helena Machado (Conferência no XX Encontro da EBPMF e VIII Semana de Psiquiatria do HUPE, 2000) discursando sobre o tema comenta que em tal caso, tende-se a definir um novo estatuto para tal situação classificando-a como 'pós-profissão'. Trata-se de uma exceção, ou estaria nascendo um novo estatuto, distinto do das profissões, que necessitaria uma teorização nova para além da já feita?

Para definir profissão e aprofundar o tema, utilizo inicialmente os conceitos elaborados por Parsons, assim resumidos:

> (são) sistemas de solidariedade nos quais a identidade dos membros é assegurada pelo domínio de uma tradição intelectual, obtida em escolas credenciadas para transmiti-la (APUD MACHADO, 1996).

Partindo-se da definição de profissão encontramos seu corolário na definição de profissional e está assim expresso no mesmo autor:

> São considerados profissionais aqueles indivíduos que possuem controle e domínio sobre um determinado campo do saber que estão sujeitos à primazia da racionalidade cognitiva e orientados para a aplicação do conhecimento a problemas práticos. (*idem*).

Consultando outro autor reconhecido que trabalha o tema, Wilensky (1970) encontro o conceito de *processo de profissionalização*. Em *The Professionalization of Everyone?* o autor escolhe a 'base cognitiva' como característica distintiva da profissão. Após a base, diz ele, 'uma profissão fixa padrões de treinamento, dá relevância ao convencimento do publico de sua atividade e define com precisão seus processos técnicos, criando uma jurisdição exclusiva'. A partir da definição, pode-se perceber uma especificação de atributos distintivos da profissão diferenciando-a de uma ocupação comum, é o processo de profissionalização.

Uma ocupação pode ou não evoluir para uma profissão, segundo Machado (1996). Uma profissão pode também 'regredir' e perder seu estatuto anterior (*idem)* ou, numa terceira via, como quero demonstrar, 'progredir' e se transformar num *ofício***.** O estatuto de *ofício* fugiria então de algumas das características e normas descritas pelos especialistas. Para haver

a evolução de *ocupação* à *profissão*, exige-se um *processo de profissionalização*. Seguindo os autores consultados – Wilensky (1970), Moore (1970), Barber (1963) –, as etapas formais selecionadas para tal evolução são as seguintes (num arranjo que fiz das exigências):

1. a necessidade social,
2. a base cognitiva,
3. o perfil cooperativo,
4. a jurisdição exclusiva e
5. um código de ética.

A partir de 1970 surgem autores problematizando o conceito de *profissão* e o 'processo de profissionalização'. O enfoque destes recai nos 'atributos profissionais'. Acrescente-se a isso o uso desses atributos, que os autores tomam como 'recurso de poder' – ao estilo Foucault que desenvolveu em sua obra um lugar central para o poder.

Com apoio nos últimos autores, pós-1970, encontra-se a seguinte conceituação sobre profissão:

> (....) os códigos de ética, por exemplo, seriam instrumentos tanto para controlar o comportamento dos membros de uma profissão, garantindo a unidade e a disciplina corporativa, quanto para persuadir ideologicamente a sociedade de que as corporações profissionais estão orientadas para um bem coletivo (MACHADO, 1996: 28-9).

Partimos dos sociólogos e chegamos a um psicanalista, que referindo-se ao campo específico desta discussão formula comentários sobre a Associação Internacional de Psicanálise. É Lacan, em *Télévision* (1974: 35) tecendo observações sobre a IPA (*International Psychoanalytical Association*), órgão responsável pela formação de Psicanalistas. Ele denomina essa associação mundial, de SAMCDA: Sociedade de Ajuda Mútua Contra o Desenvolvimento da Psicanálise. Isto porque a IPA, no julgamento de Lacan, já naquela época perdera suas funções de produção do saber psicanalítico, de transmissão e de sustentação ética da Psicanálise (segundo os princípios ditados por Freud). Tudo isto fora trocado pelo cuidado e proteção, quase sindical, do psicanalista. A partir desta troca, a IPA passava a "controlar o comportamento dos (seus) membros (...) garantindo a

unidade e a disciplina corporativa" conforme uma entidade de classe deve fazer, segundo descreve Machado (1996: 28-29).

Lacan conceitua a valorização do *ofício* de psicanalista pelo *desejo* e demonstra não ser este um princípio da IPA. Ela inverteu a situação proposta por Freud, e os critérios de profissão tornaram-se hegemônicos através dos meios de organização educacional com "a preponderância dos interesses coletivos sobre os indivíduos" (LACAN, 1974). Ato contínuo, 'vigora um ethos (έθος) de serviço' (MACHADO, 1996: 17), um arranjo da hierarquia institucional que visa alcançar "status social" como num sindicato. Em Lacan (1998c: 592) encontramos uma elaboração mais densa sobre o tema nos seguintes termos:

> Pretendemos mostrar como a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício do poder.

O autor dos Escritos põe uma tensão dialética entre a formação, o exercício da prática e a ética que sustenta os dois. Chama a atenção para o deslocamento do saber para o poder como um descaminho da formação que vise criar um '*expert*'.

Após esta caracterização, identificamos no órgão internacional, API, responsável pela transmissão e formação de praticantes, um 'desvio de função'. O desvio dá a API um cunho sindicalista, distinto de sua proposta inicial – ou seja, da proposta cujo patrono era Freud. As conseqüências são desastrosas, seja no nível ético da API, que passa a funcionar como um sindicato; seja no propósito de transmitir o lugar de psicanalista, que depende de uma hierarquia corporativa; seja na relação com o saber que se metamorfoseou em poder. Nenhuma das operações citadas vinculam a formação ao desejo. Resumindo, foi realizada uma troca do desejo pela moral associativa.

Lacan (1974:33-4), ao induzir e, em parte, tirar estas conclusões, ou algumas delas, constrói um novo modelo institucional. Assim inicia a sua instituição com um principio: 'não há associação de psicanalistas' (LACAN, 1970). O salto teórico inicial se dá a partir dos fundamentos: 'o analista se conta um a um', 'deve ser autorizado por seus pares' depois de 'autorizar-se por si mesmo' (*idem)*.

Sigo em minha proposta alguns dos princípios explicitados por Lacan na fundação de sua Escola. Do ponto de vista ético o analista não pode ser autorizado por um outro pela via pedagógica, ou por ter cumprido um currículo. Depois dele mesmo, apenas seu paciente e seus pares o autorizam. A **transmissão** é a forma de implicar o analista – no nosso caso o Psiquiatra – na responsabilidade por sua autorização. 'Ser autorizado por si mesmo' equivale a uma autorização que não leva em conta primordialmente um motivo curricular – como no modelo da API. Tornar-se psicanalista de uma instituição psicanalítica, denominada por Lacan 'Escola', requer provas (LACAN, 1970) – provas cujos modelos são a Academia, o Liceu, Stoa e as escolas médicas dos séculos VI e V a.C.

Lacan considera 'provas' do autorizar-se por si mesmo (*Ata de Fundação*, sem data):

1. levar sua análise pessoal até a passagem a um lugar de analista;
2. poder falar dela e saber desenvolvê-la teoricamente;
3. testemunhar de sua análise;
4. responsabilizar-se pela transmissão e trabalhar em extensão para a divulgação da Psicanálise no mundo;
5. encaminhar uma questão crucial para a Psicanálise;
6. conduzir a análise de um paciente até a passagem deste a analista;
7. responsabilizar-se pela Escola em que se inscreva;
8. ser o suporte ético de sua prática;
9. identificar-se não com seu analista, mas com seu próprio sintoma e
10. atravessar seu fantasma.

Todas estas condições descaracterizam, em grande parte, a dimensão da profissão como a que foi descrita antes e estabelecem um estatuto distinto para a prática. Na mesma linha, para o trabalho em comum com o paciente, o analista deve também, diz Lacan 'entrar com sua quota' na empreitada:

> pagar com palavras, sem dúvida, se a transmutação que elas sofrem pela operação analítica as eleva a seu efeito de interpretação;
> mas pagar também com sua pessoa, na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência;

> e haveremos de esquecer que ele tem que pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser (*Kern unseres Wesens*, escreveu Freud (6)): seria ele o único a ficar fora do jogo? (1998c: 593).

Nos comentários a seguir sobre as etapas formais da profissionalização torna-se clara a diferenciação com o que proponho como **transmissão**.

1.6. **Transmissão** – as condições para seu reconhecimento

Os critérios definidores da profissionalização (Wilensky, Moore, Barber) citam condições universalmente exigidas para se dar o 'processo de profissionalização', mesmo sabendo-se que hoje este conceito está sob suspeita. Faço um contraponto entre essas exigências e as condições de **transmissão** e a conseqüência que quero daí extrair, o *ofício*. Este contraponto se centra na articulação *oferta-demanda* (Ver 1.4) e sua regulação.

Para os autores clássicos sobre o tema da profissionalização, algumas condições são indispensáveis para a concretização de uma profissão:

1. a primeira condição é a existência da 'necessidade social'. Do ponto de vista da **transmissão**, nada tenho a acrescentar a essa condição. Lembro apenas que, no caso do Psiquiatra Clínico, ainda não estou certo de tratar-se de uma profissão; estou mais propenso a pensar que se trata de um *ofício*;

2. a segunda condição é a 'base cognitiva'. Esta merece alguns comentários. Convirjo em alguns aspectos e divirjo em pontos capitais. Divirjo da maneira como foi abordada por Wilensky (1970), assim como, dos autores que o antecederam (vg., Barber (1963)) ou sucederam (vg., Moore (1970)). Todos se sustentam numa análise essencialmente funcionalista[24]. Concordo que haja uma 'base cognitiva', um terreno onde semeio minha proposição, pois, sem conhecimento, estaríamos no

[24] Funcionalismo – Segundo Abbagnano (2000) "é uma dos seis correntes fundamentais da Psicologia. Seu objeto é constituído pelas funções ou operações do organismo vivo, consideradas como unidades mínimas indivisíveis".

campo cognominado por Freud de 'selvagem' (FREUD, 1990 [1910k: 217]). Por outro lado afirmo, diametralmente oposto a essa base: o cognitivo aqui não é tratado, nem de longe, como uma função do aprendido, do treinado ou do conhecido a partir de uma função pedagógica. Há uma oposição entre conhecimento (função cumulativa), indispensável para o domínio de um campo profissional e *saber* (de outra ordem, não cumulativo – Ver Capítulo 4) que é o meu leitmotiv para a formalização do conceito de **transmissão**. O saber aqui pensado e trabalhado é da ordem do inconsciente, descentra o sujeito de seu consciente que nesse ponto é considerado apenas uma *contingência*. O saber inconsciente – *L'insu qui sait...* (LACAN, 1976-77, Seminário mimeografado), "Não sabido que sabe" – só é apreendido a partir de uma práxis, experiência empírica, certamente, a que o sujeito se submete, no seu *treinamento-tratamento*: 'uma análise pessoal'. A experiência do sujeito submetido à análise não é depositária, quero dizer cumulativa, de outras experiências. Ela é ímpar, neológica, não-recorrente, não-ritual e não-ritualizada, ou seja, não é a repetição de um rito introdutório (de passagem);

3. a terceira é o 'perfil cooperativo', entendido como uma maneira de co-participação societária. Em relação ao ofício, penso na cooperação de pares, na discussão e reconhecimento dos pertencentes a esta atividade como uma forma de trabalho em extensão, onde a proposição servirá de meio para a intervenção em outros campos. Fica, então, claro que o ofício não se coaduna com uma atividade associativa;

4. a quarta condição – jurisdição exclusiva – é problemática, pois fala de uma posição de 'reserva de mercado' e implica em uma atuação clara de profissão, no que tange a uma regulamentação. Não me parece ser este o caminho para o assentamento do *ofício* que se firmará e sustentará a partir de uma prática;

5. a quinta condição se refere ao código de ética enquanto deontologia ao qual estariam submetidos todos os membros praticantes. E está fora de questão, pois a ética proposta nesta tese está na práxis de cada um. Reafirmo, sobre este ponto, que na proposta aqui contida, a Psiquiatria deve estar subposta (ou suposta) a uma ética que contraria ou estaria além daquela posta no código deontológico médico – ou de

qualquer profissão –, cuja modalidade fundamental de construção é, na expressão de Foucault, uma 'forma jurídico-política (...) correlata ao desenvolvimento do estado' (FOUCAULT, 1979: 116), indissociável da consciência e da 'bela alma'[25] (HEGEL, 1987:168 *et seq*.) – em todas suas possíveis dimensões. Posso até dizer que esse código é *necessário*, mas não é *suficiente* para a práxis aqui defendida, que está submetida a outra instância distinta da consciência – para a qual não existe matema, conforme as palavras de Penrose (1990) –, ou melhor, está num além ou aquém do 'saber sabido' (LACAN, RSI, Seminário mimeografado).

Aproveito em seguida a figura, quase conceito, da "bela alma" – citado acima – para mostrar ou demonstrar suas conseqüências na prática psiquiátrica, ao fazer a analogia dela com o código deontológico. Este submete o exercício da profissão à sua estrita observação, sem margem para o *tíquico* (Ver Introdução) em jogo no encontro clínico.

A 'bela alma', pode-se dizer, foi o ponto de partida da crítica hegeliana (HEGEL, 1987) à moral kantiana. *A Crítica da razão prática*, (KANT, 1967) dispõe que o fundamental é o dualismo entre a liberdade e a natureza, segundo Hegel – entre a lei moral (o dever) e as tendências patológicas (de *páthos*, παθός[26]") no homem.

Sigo a análise de Zizek (1991) 'do fracasso como possibilidade de aparição da verdade do ato criminoso'. O homem é, de um lado, um ser fenomenal – preso à cadeia da causalidade natural – e, de outro, um ser *noumenal* que se autodetermina e age livremente. Por pertencer a essas duas dimensões – irredutíveis entre si – o sujeito é impedido de agir (passar ao ato). Torna-se impossível ao homem um ato puramente moral, pois estão sempre intervindo suas tendências patológicas.

No lugar onde se localiza o sujeito kantiano, ele sente a lei moral como um mandamento transcendente – diria Freud do supereu –, vindo de fora, pressionando sua natureza inerte. Tem-se assim, um sujeito no qual o dever moral exprime as disposições

[25] Bela alma – Não me interessa retornar a sua introdução, em Plotino, mas ressaltar sua importância no Romantismo e o que dela diz Hegel: "a bela alma é uma consciência que vive na ânsia de manchar com a ação e com o existir a honestidade de seu interior".

[26] *Páthos* - Na língua grega, o *páthos* (παθός,-ους) estava associado a idéia de passividade, sendo derivado do verbo *páskho* (πάσχω, 'sofrer uma ação'). Associado e sincretizado com o *passio (-onis*, do verbo *patior*, 'sofrer

naturais. Sobre esse sujeito coincidem o mandamento moral e as tendências naturais – a liberdade e a natureza.

A *boa consciência* é a articuladora da unidade liberdade-natureza. O sujeito sente o seu dever como um componente orgânico, harmonioso, de sua natureza livre ao seguir seu dever. Assim ele não obedece a uma instância 'estranha', mas obedece à lei de seu coração. Há uma unidade entre o saber e o dever. Sabe-se o que se deve fazer no próprio ato de fazer. O particular é a vontade de colocar sua vontade particular como universal. Dentro desse conflito encontramos em Hegel (1987) uma afirmação representativa da situação: "só a pedra é inocente".

Ao agir estamos no pecado, pois se impõe o conteúdo particular do ato como universal, pertencente, em termos, ao juízo coletivo. É como reação a esta experiência de caráter necessariamente pecador do ato que surge a 'bela alma'. No lugar de agir ela fala, ela exprime suas profundas convicções queixando-se do estado triste do mundo e das injustiças. Ela quer se manter à distância do mundo prosaico. A 'bela alma' é uma alma generosa, estetizante e muito refinada para a banalidade do mundo social.

Após construir o quase conceito de 'bela alma', Hegel faz sua crítica que não consiste somente em reprovar o sujeito de falar no lugar de agir. A 'bela alma' é responsável pelo estado deplorado por ela de uma maneira radical. Lacan (1998c: 602) dá mais um passo nesta direção e explicita que se queixando de sua inadaptação ao mundo cruel: "ela está mais do que bem adaptada (....), uma vez que concorre para sua fabricação".

O todo da rede na qual ela desempenha o papel da vítima passiva é obra sua e essa rede só pode reproduzir-se porque a 'bela alma' consente em fazer seu papel. A aparência da constatação dos fatos – os fatos estão aí, eles se ligam à realidade – dissimula a cumplicidade, o consentimento, a vontade ativa de endossar um tal papel e de permitir desta maneira a situação da qual ela se queixa reproduzir. No nível estrutural, a não atividade, o papel da vítima passiva, pode funcionar como uma forma de atividade por excelência na medida em que endossa este papel. O ato, no sentido próprio, não é o ato como tal em seu

---

uma ação'*)* latino, rendeu-nos o sentido explorado por alguns filósofos, que encontram em πάθος , especialmente no seu uso pelos autores gregos mais recentes (fase helenística e romana), o sentido de 'paixão'.

caráter particular. O ato no sentido próprio é o modo anterior da estruturação simbólica da realidade, de tal maneira que ele aí encontre seu lugar.

A 'bela alma' tem a intenção de descrever o mundo e seu estado deplorável como se ela estivesse excluída dele. Ela tem do mundo uma 'distância de metalinguagem' (ZIZEK, 1991:85). Isto porque esquece de incluir aí sua própria posição subjetiva. O sujeito para se desvencilhar de seu papel de 'bela alma', deve fazer um 'sacrifício do sacrifício'. Não basta sacrificar tudo, é preciso ainda renunciar à economia subjetiva onde o sacrifício traz um sofrimento que é gozoso (narcísico[27]).

Um movimento duplo retoma a lógica da 'negação da negação'. Se o primeiro sacrifício, aquele que permite à 'bela alma' encontrar na renúncia a consistência (imaginária), funciona como uma simples 'negação', o segundo, 'sacrifício do sacrifício' – a purificação do sacrifício – efetua um tipo de 'negação da negação'.

O 'sacrifício do sacrifício', a 'perda da perda', está longe de ser um simples retorno à identidade plena sem perda. É neste ponto que a perda torna-se absoluta – perde-se o suporte, o fundamento que dava consistência à perda, o quadro no qual a perda tomava uma significação positiva. A falsidade da 'bela alma' surge quando ela se desenvolve em consciência julgadora que condena a consciência que age, reduzindo a ação a seu objeto ou móbil particular. Hegel (idem) pensa nos grandes homens de ação e nas explicações mesquinhas da opinião comum sobre seus atos. A consciência julgadora se cega sobre a significação verdadeira do ato. Face ao ato, ela o isola de seu contexto histórico e o reduz à sua particularidade psicológica e arbitrária. Esse isolamento do ato de seu contexto, essa cegueira para sua significação universal, é o mal verdadeiro.

A consciência que só julga é pior que a consciência pecadora e atuadora. O mal absoluto é o olhar inocente que percebe em todo lugar o mal – o grande exemplo, pela beleza estética e precisão, se encontra numa novela de Henry James[28] (1997). Nessa novela, o mal

[27] Narcísico – Referente a Narcisismo: Conceito criado por Freud (1990 [1914c: 65]) a partir do mito de Narciso. É usado para descrever uma forma de investimento libidinal na escolha do objeto amoroso.

[28] Henry James, aos 55 anos, escreve uma novela , *A volta do Parafuso* (de 1898), que teve grande difusão e alcance de público. Por motivos, ditos biográficos, que não me parecem justos com a obra, o valor maior desta para a crítica, em geral, e para o grande público estava, a meu ver, apenas em um "*semblant*": tratar da

absoluto é o olhar da governanta que percebe em todo lugar a presença de espíritos maus. Na cena final, ela termina por sufocar e matar o jovem personagem como forma de protegê-lo contra os espíritos maus e disseminados. O mal não está no ato, possuidor sempre de uma dimensão universal, mesmo se esta dimensão é mal conhecida pelo sujeito que age. O mal está no olhar redutor do ato a seu conteúdo particular.

Quando aparece a figura da 'bela alma' interpretando, ela toma figurações distintas; seja na Saúde Coletiva, seja na Psiquiatria. Na Saúde Coletiva acontecem comumente considerações do gênero 'tudo está mal feito' ou 'tudo está incompletamente feito' ou 'tudo está por fazer' ou, ainda, o 'método usado não foi adequado'. São formas ou 'estratégias de poder' (FOUCAULT, 1979: 123) que combatem ações. Na Psiquiatria um dos exemplos é o da introdução do princípio de 'redução da doença estritamente a seu mínimo' (criado por Babinski, em oposição a Charcot, sempre acusado de produzir a doença, entre outros por Webster, (1999: 61-132)) como forma de dominação do médico e de 'produção nula' (FOUCAULT, 1979:124). Foucault elege a psicocirurgia e a psiquiatria farmacológica como as 'formas mais notáveis de estratégias de poder' (*idem,* p.125), que vinculo diretamente à bela alma.

1.7. A metapsiquiatria como sustentação da **transmissão**

Recapitulando, lembro que além da 'história da psiquiatria' (não há uma, mas retomo alguns momentos dessa história como pertencendo a uma história epistêmica) trato de interpretações epistemológicas desse campo – antigas e atuais e proponho um conceito para ser uma referência ao campo da psiquiatria: a **metapsiquiatria;** investigo o pensamento (nos

'aparições de fantasmas'. Segundo, Cláudia Lopes "o Mal se infiltrou em sua obra seja pela história de seu pai, conhecido teólogo e filósofo de Nova York, que teria sido visitado por algo terrificante e maligno quando Henry ainda era bebê", seja por uma ocorrência similar com seu irmão – o grande William James – que terminou louco após o acontecido. N'*A volta do parafuso* a jovem governanta de 20 anos se vê confrontada com seu delírio erotômano e converge às duas crianças, pelas quais é responsável, seu "olhar inocente". Flora e Miles são os objetos de um delírio. Flora é "levada" a uma grave doença e, em crise, é afastada do risco mortal. Miles sozinho com a governanta fica exposto, e paga o preço: é morto por ela, em um gesto de carinho e afeição.

últimos oito anos) dos que se propõem à formação psiquiátrica (investigação a partir do curso de residência e especialização).

Além da interpretação que aproxima a formação atual ao conceito da 'bela alma' hegeliana, proponho uma intervenção metódica nela. Essa interpretação e proposição têm seu início no desenvolvimento do trabalho com os Residentes na UDA Psiquiatria da FCM da UERJ apresentada na Introdução.

A **metapsiquiatria** servirá de fundamento aos arranjos epistêmicos internos ao campo da Psiquiatria, à sustentação de sua **transmissão**, além de ser uma *proposição* (Lalande, 1966) para uma clínica psiquiátrica, com pretensões de uma clínica da singularidade (aqui entendida como sintoma – para o neurótico – ou como o fenômeno – para o psicótico) constitutiva de cada sujeito. A Psiquiatria hoje tenta a abordagem da doença mental por uma universalização médica. Esse método é inteiramente discordante com meu ponto de vista e com a minha proposição.

Na Psiquiatria atual o esquizofrênico e o melancólico são considerados portadores de 'transtornos'. Não existem como sujeitos. Como já foi dito, os 'transtornos' são suportes de uma classificação que não leva em conta a subjetividade. A classificação de transtorno, por ser supostamente universal, é julgada de abrangência mais ampla que a subjetividade, o singular. A Psiquiatria 'entende' e 'classifica' o esquizofrênico, sem considerar sua subjetividade. Aquém, ou além, de uma subjetividade o esquizofrênico ou o melancólico são 'portadores' de uma doença. Eles estão acometidos de alguma coisa, não estão implicados nisso. Tudo se passa como se estivéssemos diante de uma doença infecciosa, por exemplo, em que o germe e o infectado fossem duas entidades de ordens distintas.

A expressão acabada do 'transtorno' é uma 'Psicopatologia' estabelecida sem relação entre os dois termos da equação: sintoma e doente. Parte-se de dois elementos heterólogos. O doente é de uma ordem e seu transtorno de outra.

Outra divisão irreconciliável que existe é entre o Psiquiatra e o doente. O Psiquiatra conhece e tem o poder, o doente sofre e é portador de um transtorno. O primeiro é um aplicador de técnicas de uma ordem distinta do segundo que 'terá' seu equilíbrio restaurado

por algo exterior a ele. O primeiro cataloga e o segundo é catalogado. O primeiro está colocado do lado da saúde e o segundo desresponsabilizado de sua doença.

Por respeito à verdade, lembro a proposta dos primórdios, Pinel, o observador está em relação com observado, o doente. Há uma relação de inerência entre e o observado e o que observa. Mais distante ainda da ideologia da Psiquiatria oficial é a postura de Freud (1990 [1901b: 6]), já que ele explicitamente parte do falado e do escutado intermediado por uma Psicopatologia da Vida Cotidiana, comum aos dois. Há uma 'disparidade subjetiva' (LACAN, Seminário VIII), mas ambos implicados. Existe uma interseção entre os dois campos na postura dos fundadores – o da Psiquiatria e o da Psicanálise. No entanto, a ideologia do 'transtorno', por princípio, exclui a troca entre os dois sujeitos, pois um dos elementos da equação não participa no mesmo nível que o outro, não há encontro.

O teatro – corpo e mente, corpo/mente – onde se desenrola a tragédia do sofrimento do louco, ator de um sofrimento real, é pensado na atual Psiquiatria sob a simples forma de 'transtorno'. O sofrimento do louco segundo o CID (ou DSM) deve obedecer a um 'roteiro' indicado que é maior que a vida. A um sofrimento subjetivo (seja ele a melancolia ou a esquizofrenia) a que chamam 'transtorno', corresponde um tratamento universal. A medicação já está *pré-vista*, já está determinada antes do doente falar. Este ponto nos deixa à vontade para citar o mestre francês:

> O olhar que observa só manifesta suas virtudes em um duplo silêncio: o relativo, das teorias, das imaginações e de tudo o que constitui obstáculo ao imediato sensível; e o absoluto de toda linguagem que seria anterior ao visível. (FOUCAULT, 1997: 122)

Aqui ressurge a cisão entre o lado formal e o conteúdo do ato. Segundo a forma o sujeito busca a universalidade – ele coloca sua convicção como universal esperando o reconhecimento do mundo social. O sujeito sabe que o ato não tem, em si mesmo, efetividade e essa virá de seu reconhecimento pelos outros na rede simbólica. O ato é descentrado em relação a si mesmo e só é ato quando se o toma como ato de si. O sujeito ao agir visa então o reconhecimento universal de seu ato, mas seu conteúdo particular e arbitrário pode ser sentido pela comunidade como crime.

A caracterização da consciência que age é esta confusão entre o universal e particular.

2. **A história da formação: 'depois do ato a repetição'**

> Ce que j'appelle le savoir-faire va bien au-delá et y ajoute l'artifice que nous imputons a dieu (...) On impute a dieu ce que est l'affaire de l'artiste. Le premier modèle, chacun soit, en est le potier.
>
> Lacan (1959-60)[29]

Este capítulo destina-se a configurar os primeiros passos de construção da Psiquiatria e da formação do Psiquiatra.

Desenvolvo, em primeiro lugar, uma crítica ao desenrolar histórico da disciplina partindo da fundação até o momento atual. Articulo, em seguida, o nascimento da Psiquiatria com a submissão ideológica dos pioneiros. Faço a hipótese que, ao ignorar a submissão inicial, os seguidores tendem a repeti-la sem conseguir tirar as conseqüências práticas e teóricas do campo. Ao repeti-la, não têm mais o vigor do momento fundante e não conseguem desembaraçar-se das teias ideológicas iniciais. Por último, apresento a mais importante argumentação da tese visando propor uma formação para o Psiquiatra como 'retomada'[30]. 'Retomada', no sentido de reconquistar o terreno perdido pela clínica psiquiátrica para os 'conquistadores'. Estrangeiros ao território psiquiátrico os 'conquistadores' querem o que pertence, por direito de fundação e deve pertencer por direito epistemológico, aos que se habilitam à herança deixada pelos fundadores do campo psiquiátrico.

Distingo duas etapas no processo histórico de fundação do campo psiquiátrico: a primeira, na instauração do campo com o ato criador e, na seqüência histórica, sua transformação em repetição e suas implicações epistemológicas (Ver Capítulo 1). Ato, como

[29] O que chamo 'saber-fazer' vai muito além, e aí acrescento o artifício que imputamos a deus (....) Imputa-se a deus o trabalho do artista. O primeiro modelo, cada um seja assim, é o oleiro.
[30] 'Retomada' – Significante usado para a reconquista da Península Ibérica aos Árabes, em 1492.

criação artística, e repetição, assimilada ao sintoma, serão definidos para tornar mais claras as articulações.

A formação do praticante da nova especialidade médica, a Psiquiatria, coube ao seguidor e discípulo mais eminente de Pinel, Jean-Etienne-Dominique Esquirol, a partir de 1817 (THUILLIER, 1996:98), considerado o 'patrono da institucionalização psiquiátrica segundo os autores mais atuais' (BERCHERIE, 1989). De 1820 a 1850, Esquirol foi a orientação, a sustentação e o acordo unânime entre os praticantes da nova especialidade.

Pinel e Esquirol construíram suas hipóteses a partir de sustentações teóricas distintas. O primeiro alicerçado em autores – os Ideólogos franceses – cujo objetivo era distinto do segundo, explicitamente ideológico e baseado na Escola Espiritualista Eclética. Convergiam, ainda que assintoticamente, na clínica e na prática institucional e, mesmo assim, apresentavam características próprias.

O Tratado de Esquirol – no sentido mais preciso de 'tratado', o de 'estudo desenvolvido e aprofundado' – é a única obra completa sobre doenças mentais e assim permanece por três décadas. As pequenas dissensões, que porventura houvessem, corriam por conta de discrepâncias pessoais de compreensão entre seus discípulos diretos ou leitores – discípulos intelectuais – que nesse período produziram apenas monografias sobre temas especializados. A responsabilidade do corpo doutrinal permanecia como tarefa do mestre e de sua publicação, *Des Maladies mentales considerées sous les rapports Medical, Hygienique et Médico-Légal* (re-edição de Frénésie Editions, Paris,1989 [1838]).

Principalmente por ser seu tratado, Esquirol é tido pelos autores menos recentes que se dedicam à História da Psiquiatria como o pai da Clínica Psiquiátrica. *Des maladies mentales* é considerado, não sem razão, entre 1820 e 50 o *vade-mécum* da clínica.

Sua obra é tida pelos autores mais recentes como a primeira investida de peso científico e teórico no 'campo psiquiátrico'. Os historiadores, tradicionais ou não, enfatizam sua força na consolidação da Psiquiatria como disciplina. Outorgam-lhe, entretanto, na galeria dos grandes mestres, um lugar aquém de Pinel. Alguns destes autores, dos mais atuais, consideram sua produção ideológica, ao invés de teórica.

Pinel tivera, por seu gesto criador – a quebra das correntes que portavam os alienados –, antecedência e primazia com relação a Esqirol. Por seu 'ato' de criação da nova especialidade médica, ou seja, com a instauração de um 'campo novo', é considerado 'o pai da Psiquiatria'. Contudo, coube a Esquirol o privilégio de codificar a prática e dar existência à 'instituição psiquiátrica' com as 'alianças políticas e de poder' (GOLDSTEIN, 1997: 179-208). Logo, para o tema em pauta, Esquirol e Pinel são de quilate similar.

Bercherie (1989) assevera que a primazia da fundação da clínica psiquiátrica pertence a Pinel e 'em particular em suas bases metodológicas' (BECHERIE, 1978a). Nesse caso, o lugar de Esquirol passa a ser o do mais brilhante e 'mais fiel e ortodoxo de seus discípulos' (*idem*, 1989). Sua obra é uma aplicação e um aprofundamento das idéias do mestre. Sejam considerados aí o estilo, o conteúdo, os princípios ou a idéia condutora da produção.

A concepção expressa acima é eivada de exemplos e posso citar como um dos mais importantes, encontrado no tratado de Esquirol (1989) que define a loucura como: "uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade". A definição expressa a doutrina pineliana em sua formulação mais clara. Além disso, é paradigmática dos princípios de Pinel, e, portanto, mantém as afecções mentais divididas em sintomáticas e idiopáticas como o mestre já elaborara.

A finura de observação e as descrições clínicas sutis e elegantes de Esquirol são muito mais completas que as feitas pela observação e conteúdo descritivo das de Pinel e por isso mesmo levaram adiante a análise e a distinção entre estruturas psicopatológicas (*avant la lettre*). O que se pode pensar disso tudo para justificar tal avanço de Esquirol é fundamentalmente seu apoio epistêmico: a psicologia de Royer-Collard. Este era um filósofo da Escola Espiritualista Eclética, cujo nome de proa era Maine de Biran (François Pierre Gontier, 1766-1824). Os princípios dessa escola são mais complexos e refinados que a dos ideólogos, escola que serviu de sustentáculo a Phillipe Pinel, basicamente 'um girondino' (BERCHERIE, 1989).

Esquirol deu à sua formulação uma sustentação epistêmica mais sólida que Pinel. Porém, não 'esqueçamos' que Royer-Collard era um 'monarquista constitucional'. Aproveito essa constatação e tiro dela possíveis conseqüências de ordem epistêmica. Seguindo seu sustentáculo epistêmico e coerente com ele, para Esquirol todas as funções psíquicas são submetidas a um único controle e esse é a *atenção voluntária* – seu 'monarca'. Bercherie (1989) atribuiu a esse sistema teórico o belo epíteto 'monarquia constitucional' no aparelho psíquico. O eu é o *imperador* das operações psíquicas e o funcionamento mecânico e autônomo das faculdades mentais eram determinadas pela função de controle e síntese desse monarca – *a atenção voluntária*.

A liberdade da vontade do eu faz ressurgir o que da filosofia de Kant desaparecera: as grandes categorias (verdadeiro, belo, bom). A ideologia (base epistêmica de Pinel) dera fim a todas essas categorias, inclusive à fé. Esquirol as repõe em cena e, mais que isso, explica os distúrbios mentais por uma perturbação entre as faculdades inferiores e sua majestade o *eu* – via sua função sintética, a *atenção voluntária.*

A nosologia de Esquirol, conforme já dito acima, mais sofisticada que a de Pinel, apresenta-se em quatro grandes categorias e suas subdivisões:

1. Idiotia: a) imbecilidade
   b) idiotia propriamente dita
   c) cretinismo

2. Demência: a) aguda (curável)
   b) crônica (incurável)

3. Mania

4. Monomanias

Essas formas clínicas são construídas em relação com a *atenção voluntária*. Dou a seguir uma interpretação, de conseqüência epistêmica, dessa maneira de elaborar a organização da doença mental.

A idiotia (1), nesta classificação, pode ser congênita ou adquirida não importando quão cedo se estabeleça. O *idiotismo*, similar a ela, já está presente na classificação de Pinel, no entanto, aqui é separado em graus de idiotia. Das entidades clínicas estabelecidas é a única a não apresentar relação com a *atenção voluntária*. Continuando na mesma linha de Pinel, Esquirol manteve a divisão entre os distúrbios mentais de substrato orgânico, no caso a Idiotia, e os distúrbios mentais funcionais ligados às outras três categorias. Ele separa definitivamente a idiotia das loucuras. Logo, a Idiotia, em sua classificação, não apresenta relação com o 'monarca psíquico'.

Em se tratando das loucuras funcionais (2, 3 e 4), a relação com a *atenção* se evidencia, e esse laço especifica o que hoje podemos cognominar 'estrutura' clínica.

Na Demência (2), a *atenção voluntária* é uma função que se encontra suprimida. O mecanismo em jogo se aproxima do que Freud (1990 [1925h: 249]) definiria como forclusão (*Ververfumg*). A conseqüência dessa supressão será um 'enfraquecimento' geral das faculdades mentais. Há uma similitude com a Idiotia (1), mas a causa está ligada à articulação funcional.

Na Mania (3), a *atenção voluntária* está 'interditada', seja pela alteração e exaltação do conjunto das faculdades (inteligência, sensibilidade e vontade), seja por um delírio total. A atenção está 'interditada diante do afluxo de sensações, idéias e impulsos' (ESQUIROL, 1989) que avassalam o doente. É posto, então, um grande peso entre a distinção 'supressão', na Demência, e 'interdição', na Mania.

As Monomanias (4) são formações decorrentes da fixação da *atenção voluntária*. São assemelháveis a uma paixão patológica que interfere na inteligência. As Monomanias foram introduzidas por Esquirol, mas posso dizer que estavam em Pinel como Mania sem delírio e sem melancolia. Em seguida, passam a ter uma autonomia nosológica.

As três alterações da *atenção voluntária* na grande organização nosológica de Esquirol das alterações funcionais são: a supressão, a interdição e a fixação.

Pode-se inferir com clareza a posição ideológica monarquista de Esquirol (1989:81) quando, em sua divisão nosológica, baseia-se numa dupla vertente (tradução nossa):

1. o que Pinel definiu como Mania racional (sem delírio e sem melancolia) e
2. os casos denominados Mania, em que havia 'divisão do eu'.

Vale notar que, posteriormente este conceito aparece/comparece/reaparece na obra de Freud (1990 [1927e: 141]) como *Spaltung* (divisão, fenda do sujeito) e é constituinte do seu 'sujeito do inconsciente'.

Nos casos de 'divisão do eu', loucura e razão se alternavam. O alienado poderia estar louco ou em uso da sua razão. Mesmo quando louco, havia uma tensão com a razão que continuava a existir nele. Mais ainda, os não loucos tinham sempre a possibilidade de tornar-se loucos por uma causalidade interveniente.

Falei de monarquia, de domínio de uma função, e eis minha conclusão acerca de um dos pontos culminantes e cruciais que influenciaram a elaboração de Esquirol: a presença de Napoleão, monarca absoluto. Por que Napoleão e sua presença na elaboração de Esquirol? Napoleão é o equivalente ao princípio único, regente de todas as funções, a *atenção voluntária* – metáfora do imperador – que representa uma instância psíquica toda poderosa controladora do funcionamento do 'sujeito' alienado ou não. Era a presença da teoria de Royer-Collard em sua elaboração contra os ideólogos – leia-se girondinos – que deram sustentação a Pinel.

Por mais idiossincrásico que possa parecer, a marca de Napoleão no pensamento psiquiátrico nascente pode, para além da construção teórica, da formação do Psiquiatra, ter participado na 'construção delirante' do alienado. O psiquiatra – o sujeito e sua teoria – faz parte da construção do delírio do louco, mesmo que ele não se disponha a participar dela, negando sua implicação e fugindo do acolhimento à loucura. A aplicação e a construção de uma teoria são, senão a estrutura, pelo menos o conteúdo do delírio. Quando o sujeito em delírio imagina-se Napoleão, o faz na submissão à teoria que sustenta a prática daquele que o atende, que, queira ou não, o clinica. Teoria e prática desaparecem enquanto categorias distintas e mostram sua unidade na produção delirante.

Retorno à instauração da Psiquiatria e às origens do 'ato' de Pinel criador da especialidade. Quando Pinel traduziu os quatro livros do segundo volume de *First Lines of Practice of Physick* (1777; *Élements de Médecine Pratique*, 1782) de Cullen, a fascinação que o mestre de Edinburgh lhe causou, propiciou o início de um novo momento no campo do pensamento médico. Mais do que apenas repetir o traduzido ou se aproveitar de algumas de suas idéias, iniciou uma nova forma de pensar a clínica. Isso se deveu à forma particularíssima de o médico escocês definir o diagnóstico e conseqüentemente a doença mental. Pinel partiu das idéias contidas no autor traduzido, ou como as havia entendido e interpretado, e deu corpo ao seu 'Compêndio' (*Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie*) com uma visão metodológica que passa a fazer oposição às existentes sobre o tema. As descrições dos sintomas no *Traité* (1809) eram 'sistemáticas e distinguiam perturbações da atenção, da memória, do discernimento e reconhecia a significação dos afetos' (ALEXANDER, 1968:159). Pinel se convencera de que a doença mental era o resultado da 'hereditariedade e das experiências da vida (do paciente)' (*idem*: 160).

Essa proposta do compêndio é explicitada por Pinel (1809), como nos informa a conclusão de Pessotti (1996: 115): "é mais um projeto de (uma) nova psiquiatria do que um tratado acabado sobre ela".

Não resta dúvida que Pinel impõe, a partir daí, uma atitude médica nova (ou uma nova posição 'médico-científica'). Essa postura se consolida na organização e definição pineliana da loucura, não fundamentalmente distinta de Cullen, mas propondo uma visão de cuidados, aceitação e respeitabilidade inexistentes. A loucura passa a ser para ele e sua escola, a partir deste momento, 'essencialmente o desarranjo das funções mentais' *(*PESSOTTI, 1996: 115).

Com a definição de loucura do *Traité* (1809) rejeita a legitimidade das explicações organicistas – sustentadas 'por categorias filosóficas ou por modelos médicos (...) doutrina Iatroquímica, doutrina Iatromecânica e doutrina Pneumática' (PESSOTTI, 1996: 115). Estas várias teorias tinham sustentações teóricas organicistas distintas e, seguindo Pessotti (*idem*), poderíamos resumi-las assim:

A Iatroquímica é uma atitude científica que Paracelso (século XVII) desenvolvera contra a origem sobrenatural da loucura (ou contra a origem demoníaca das doenças em geral): as doenças eram alterações dos sais do corpo (sal sidérico, o enxofre ou o mercúrio). Ou na teoria de Jacob Sylvius, que atribuía aos humores acres os transtornos mentais;

A doutrina Pneumática (século XVIII), como explicação da loucura, deriva-se da fisiologia cartesiana e seus 'espíritos animais': que são como um vento muito sutil, ou então como uma chama muito pura e muito viva que, subindo em grande abundância do coração para o cérebro, de lá vão-se propagar para os nervos (DESCARTES, *Discurso do Método*) e

Criada por Alfonso Borelli, século XVII, a Iatromecânica atribui a erros nas trocas ocorridas nos processos hidráulicos e mecânicos, da superfície externa ou interna da fibra medular do cérebro, a responsabilidade pelas loucuras.

Em oposição às explicações organicistas – podemos reconhecê-las nas formas atuais do DSM ou do CID, com roupagens atuais e com a mesma ideologia de então – o diagnóstico de Pinel a partir do *Traité* (1809), "não consiste em encaixar uma determinada queixa ou sintoma 'crucial' em alguma categoria nosológica preexistente" (PESSOTTI, 1996: 116). Tampouco a posição pineliana é uma retomada da corrente animista em fisiologia, como foi o caso de seu mestre em Montpelier, Boissier de Sauvages ou de Stahl, no século XVII.

O *Traité* (1809) impõe uma *metodologia* que se sustenta na 'observação prolongada, rigorosa e sistemática' (PESSOTTI, 1996:116) de uma multifatorialidade, tais como transformações na vida biológica, nas atividades mentais, no comportamento social do paciente, na história de vida. Constatamos, pois no método da observação multifatorial a exigência de "convivência e interação com o paciente" (*idem*) para o diagnóstico. A história de vida do paciente – sua anamnese – é o fundamento da atitude clínica.

A separação entre diagnóstico e intervenção clínica – no sentido de tratar ou curar – se torna supérflua e não deve ser mantida após essa interpretação que Pessotti (1996) tem de

Pinel, no *Traité* (1809). Diagnosticar é estar em "convivência e interação" conforme se conclui dessa interpretação. Essa maneira de entender o pensamento de Pinel nos conduz a uma definição de *alienação* mental que permite uma convivência e 'interação' como atitude clínica (Ver rodapé 22, 1.4, *klíne*). Está agora instituída uma clínica psiquiátrica que é conseqüência da visão clínica de loucura – alienação mental.

O louco – como sujeito – é o elemento central da minha construção, é o que passa a interessar à minha metodologia de trabalho psiquiátrico que abandona a ênfase nas alterações anatomofisiológicas. Lembro o que foi expresso no início deste Capítulo com o termo 'reconquista'. Tal deslocamento – a passagem da preocupação com uma alteração orgânica para uma preocupação com o sujeito alienado – não deverá ser aceito sem arenga no meio médico já que marcam um divisor de águas entre duas atitudes que não deveriam se antagonizar na produção de uma clínica psiquiátrica. São posições antagônicas que produzem seus saberes sobre objetos distintos – uma pensa no alienado (o sujeito) a outra, na lesão.

Histórica e geograficamente podemos lembrar a importância da mensagem do Traité. A importância de sua difusão num momento de ruptura do conhecimento – início do século XIX. Na França (Esquirol), na Inglaterra (William Tuke, John Howard, o xerife de Bedfordshire), na Itália (barão Pietro Pisani), na Alemanha (Johann Gottfried Kangermann), vê-se a formulação do *Traité* difundir-se e a sua aceitação se universalizar. Embora sem unanimidade, era prevalente no mundo intelectual e de vanguarda da época. No entanto, a velha tradição organicista não se rendeu a Pinel. Isso por várias razões. Talvez a principal razão seja a de que, ao aceitar as idéias de Pinel, estaria em choque com as propostas da doutrina e prática médicas de então. Essa doutrina era indissociável da idéia de lesão ou erro (defeito) orgânicos que expressavam a doença mental (daí a equação: loucura = doença mental = lesão da mente).

A loucura definida pela expressão 'lesão da mente'[31] é uma contradição semântica nos próprios termos. Não há como juntar 'lesão e mentira' para definir um campo. Quer se

[31] mens – Cf. Antoni Vicens tradutor de Lacan para a edição espanhola do seminário de 10 de dezembro de 1974, Ornicar? N°3: do latim mens originou-se em francês (e em português) mentir (minto) e mental.. Lacan introduz o termo para se referir à "debilidade mental" do sujeito...

conciliar o que não se concilia ou até mesmo o que se exclui. Lesão é um significante da patologia e mente origina-se do *mens* latino – que deu também mentira. Em suma, não há lesão da mente como substrato da loucura, o qual se localiza em outro nível, distinto da patologia orgânica. Quer se juntar o que não deve ser juntado: de um lado, lesão (ligada a anatomopatologia) e de outro, mental (sinônimo ou similar a alma ou espírito) e mentira (da ordem etimológica). O modelo da 'ciência médica' é o da objetividade científica para o século XIX – ainda vigente nos nossos dias – e não me parece cômodo para suportar tal ambigüidade.

Pinel, no entanto, ainda quer identificar seu método com o das 'ciências naturais' – do biólogo 'naturalista' –, com a 'história natural', ponto que Pessotti (1996) também ressalta. O que nos dificulta desembaralhar a questão com essa variável a mais e difícil de ser trabalhada no contexto proposto.

Pinel (1809), com seu tratamento moral, está para a Psiquiatria assim como "Descartes e seu conceito de infinito está para o fundamento da ciência e do sujeito moderno" (KOYRÉ, 1991:15). O *Traité* (1809), momento de criação de um campo novo, a clínica psiquiátrica, marca uma atitude científica e dá uma definição da loucura a partir de 'um desarranjo das funções mentais'. Além disso, propõe métodos para abordá-la 'cientificamente', seja lá o que isto queira precisamente dizer. Pinel pensa uma classificação naturalista ao estilo de sua época – como Lineu (Sistema da natureza, 1735) pensa para a botânica, e Buffon (História natural e Épocas da Natureza, 1749 a 1789) para a zoologia – empírica e baseada em princípios de observação, contendo, além disso, uma proposta de tratamento reeducativo moral.

2.1.O ato criador estabelece um especialista

Feitas algumas aproximações que justificam estabelecer com Pinel a criação da Psiquiatria, prosseguimos o itinerário com a formação do médico praticante da especialidade. Esta nasce dentro do espírito herdado do século XVII e teve continuidade no século XVIII. As contradições deste período espelhavam-se no conceito de bondade do homem (a loucura é

liberta dos grilhões) e de seus poderes destruidores ou revolucionários sangrentos (a guilhotina se impõe ao regime monárquico). A crença na razão substituiu a tradição e a fé. A experimentação expulsou a abstração dedutiva nas investigações médicas. John Hunter, cujo epitáfio na Abadia de Westminster proclama ser o 'Fundador da Cirurgia Científica', escreve a Edward Jenner, o inovador da vacina contra a varíola: "Não pense, faça a experiência" (ALEXANDER, 1968) – paradigma da investigação médica do século XVIII. O ponto de vista 'científico' assim expresso expulsara definitivamente o demônio da doença humana, dando à Psiquiatria a oportunidade de ingressar na Medicina através de vias naturais.

No início do século XVIII os médicos procuravam a matéria destruída no cérebro para explicar a doença mental, tentavam localizar na matéria cinzenta, conceitos como sede da alma e 'espíritos animais'. Étienne de Condillac (ideólogo francês que serviu de sustentação a Pinel), seguindo a Locke, desenvolveu o ponto de vista no qual todo conhecimento deriva da experiência exterior ou interior, e procurou demonstrar os complicados fenômenos da memória, raciocínio e discernimento originando-se de sensações elementares – unidades fundamentais de todos os fenômenos psicológicos. É nessa linha que Pinel organiza suas observações e dá com sua classificação um primeiro passo na direção do campo psiquiátrico onde recairiam as 'doenças morais'. A sistematização, por si só, não explica os fenômenos que classifica.

O século XVIII tenta organizar todas essas novidades e tornou-se a Idade dos Sistemas. Quando a classificação é muito extensa, há uma tendência no sistema classificador a ignorar os dados fatuais inajustáveis a ela. Não foi diferente com a Psiquiatria. Ela não cabia na medicina e não tinha espaço na filosofia para sua prática. Tomou da medicina a prática clínica e da filosofia os conceitos de seu ofício. Boissier de Sauvages descreveu mais de duas mil doenças que foram divididas em classes, ordens e gêneros. Ele deu à oitava classe a denominação de 'folies' (loucuras), uma apresentação sistemática dos diferentes distúrbios mentais. Em *First Lines of the Practice of Physick*, Cullen dedicou quatro livros do segundo volume à doença mental – empregando aí, pela primeira vez, o termo 'neurose' – , fechando um ciclo de categorizações propiciadoras de um novo espaço dentro/fora da medicina, a Psiquiatria. Estava todo o terreno preparado para Pinel, médico-filósofo, filantropo, revolucionário-libertário, estabelecer os pilares de sua prática, seu ensino e junto com eles a formação de seus praticantes.

Cullen, professor de Fisiologia em Edinburgh, substituiu o demônio exterior, pela desordem fisiológica interior:

> O medo e o abatimento mental, ou uma disposição tímida ou desanimada, podem surgir em certos estados ou em certas ocasiões de mera debilidade (....) A melancolia, portanto depende manifestamente do temperamento geral do corpo. (APUD ALEXANDER, 1968).

O surgimento do hospital como substituto do manicômio foi um passo a mais na direção da formação do Psiquiatra. No manicômio os loucos internados viviam em condições as mais miseráveis. Sem qualquer cuidado higiênico, de salubridade ou mesmo de alimentação, logo de preservação da vida. Muitas vezes amarrados por anos a fio, sem luz, sem aeração e sem proximidade humana. Era o local dos enjeitados pela sociedade e por ela tratados como parias. Ao começar a freqüentar os hospitais e a dirigi-los, os médicos tornaram-se gestores da saúde para esses desafortunados. Propiciaram uma aproximação com a Medicina e ofereceram-lhes cuidados que lhes eram anteriormente negados.

Eram as observações das manifestações exteriores continuadas que propiciavam o treinamento dos médicos. Primeiro a observação depois uma apresentação sistemática dos dados. Pinel estava convencido de que a doença mental não era imposta de fora, mas um somatório de hereditariedade e experiências de vida do doente. Só um diligente acompanhamento deste, permitiria o aprendizado da perícia da aplicação dos cuidados requeridos em cada caso.

Com suas convicções filantrópicas e humanitárias, Pinel desenvolveu um sistema de cuidados específicos para cada uma das quatro categorias de sua classificação. Advertia no *Traité* (1809) aos estudantes de Psiquiatria 'para não confundir a ciência dos fatos com especulações metafísicas, bem como, rejeitar as ficções fisiológicas sem significação'. Tais ficções eram: a presença de materiais nocivos no coração e no cérebro, hiperemia cerebral, intemperança no cérebro ou endurecimento dos nervos.

Além do acima relatado o fundador da Psiquiatria não encontrava aplicação para processos terapêuticos baseados na administração indiscriminada de drogas ou nos processos médicos tradicionais de purgação e sangria. Pelo contrário, insistia que os médicos deviam

viver entre os insanos para terem condições de estudar seus hábitos e suas personalidades seguindo o curso de suas doenças dia e noite. Tinha a convicção que apenas os médicos dotados de certo conhecimento da motivação humana, denominada por ele "história do conhecimento humano" são talhados para trabalhar com doentes mentais.

Entre os elementos listados pelo pioneiro como causa do distúrbio mental estava com o maior realce a 'educação falha'. Esta podia causar 'aberração mental' da mesma forma que as paixões insuportáveis: o medo, a ira, a tristeza, o júbilo. Essa tendência de Pinel inclinava-o a atribuir à perturbação mental uma experiência emocional.

Aos seus alunos tecia louvores aos precursores atentos do método psicológico, elogiando explicitamente Celso, Areteu e Célio Aureliano por terem reconhecido a significação do médico em relação ao alienado mental e por suas capacidades de conquistar a confiança dos pacientes, perante os quais assumiam o adequado equilíbrio entre firmeza e bondade. Criticava Galeno por sua posição dogmática e por sua química fictícia dos humores (ALEXANDER, 1968).

Presente também em seu ensino estava a preocupação Iluminista: a atenção com a reforma social e a elevação moral. Sua crença se assentava na idéia de que o homem podia modelar seu destino pela ação social baseada no conhecimento científico dos fenômenos sociais. Somado tudo isso Pinel referia a seu trabalho no asilo como 'tratamento moral' (GOLDSTEIN, 1997: 99-168). Sua maneira humana de encarar as pessoas mentalmente desequilibradas e seus princípios de administração hospitalar são modelares (*idem)*. Sua principal preocupação era transmitir uma nova atitude da sociedade em relação aos insanos, de tal forma que esses sujeitos pudessem ser considerados seres humanos enfermos merecedores e necessitados de tratamento. Para ele era impossível, num primeiro momento, discernir se os sintomas mentais resultavam da doença mental ou dos efeitos deletérios das correntes que subjugavam os doentes (*Ibidem*: 161, POSTEL: 33).

Os médicos formados pelo ensino do mestre de Bicêtre e da Salpêtrière aprenderiam uma quarta tendência, o movimento a favor de reformas, além das três outras comuns ao século XVIII : racionalismo, observação através da experimentação e a classificação. O movimento a favor das reformas mobilizou todo o mundo médico na passagem do século

XVIII. Foi assim com Johan Peter Frank em seu *Sistema Completo de Política Médica* (APUD ALEXANDER, 1968) onde examina os problemas existentes para a saúde pública. Também posso citar outro cruzado da saúde pública Wilhelm Hufeland (APUD *idem*: 163) que considerava a saúde mental como uma questão de saúde coletiva.A importância das idéias de Pinel conjugavam-se com o ensino reformador de Johan Heinrich Pestalozzi que afirmava 'serem as condições miseráveis dos insanos um dos fatos de sua cronicidade' (*ibidem*: 164).

O que concerne à construção subjetiva, ou seja, a singularidade, que particulariza cada subjetividade não é questão para o Psiquiatra hoje. Isto que afirmamos é a moeda corrente do texto psiquiátrico atualmente. Posso desenvolver vários exemplos, mas um deles é chamativo pela sobredeterminação que o envolve: ensina-se ao jovem aprendiz – Residente ou Especializando – "que ao construir a história, anamnese, do paciente essa atividade não tem função terapêutica, ela é apenas uma forma científica de investigar o transtorno psíquico a ser investigado A função do médico é descrever bem o transtorno, nos moldes propostos pelos cânones psiquiátricos". Não estão em questão os fundamentos da Psiquiatria e seu saber para o Psiquiatra que escuta o sujeito que demanda se tratar. (comunicado pessoalmente ao autor por Residentes em formação, 2 000).

2.2. Cânone e fundamentos

Os fundamentos do campo psiquiátrico clínico e da psicoterapia, necessariamente se organizam segundo meu ponto de vista, a partir da organização do *Saber* psicanalítico (com maiúscula por ser o nome próprio do inconsciente). Ato contínuo nos cabe a discussão da possibilidade de interseção dos dois campos: o da Psiquiatria e da Psicanálise.

Devo acrescentar que são os discursos, em seu arranjo quaternário, como elaborarei no Capítulo 4, uma das bases de minha proposta. *Discurso* é o 'arranjo quaternário, de quatro lugares – agente, outro, produto e verdade – ocupados por quatro diferentes elementos – a mestria, o Saber, o sujeito e o objeto' (LACAN, Seminário 17, 1970; *Scilicet* 6, 1970). Esses lugares se articulam sempre em função de uma singularidade. Freud (1990 [1912-13: 117,

1921c]) se referia à singularidade, definida como *einziger zug* – termo para o qual há uma grande dificuldade de tradução, mas que proponho a transliteração de *unariedade*.

A fundação do campo psiquiátrico, como tal, pode ser localizada no final do século XVIII (início do século XIX) num período posterior à criação da ciência atual ou após a 'revolução científica' – expressão criada por Koyré, (1991b: 181), para se referir aos acontecimentos que tiveram seu clímax no século XVII. Por sua anterioridade às demais especialidades médicas, a Psiquiatria é considerada "a primeira especialidade da medicina moderna" – pós-estabelecimento da ciência –, como quer explicitamente Michel Foucault (1989).

O 'corte epistemológico' proposto pelo construto de Koyré (1991b), a 'revolução científica' (*idem*), necessariamente enfatiza 'os esforços' que permitiram sua produção, e estabelece um novo objeto de estudo também para a medicina. Um extenso trabalho no campo médico – que concerne a minha proposição – precede tal corte. E Koyré (1991b), com toda clareza, nos ensina:

> A ciência moderna não saiu, perfeita e completa, como Atenas da cabeça de Zeus, dos cérebros de Galileu e Descartes. Pelo contrário, a revolução galilaica e cartesiana – que, apesar de tudo, permanece como uma revolução –, fora preparada por um longo esforço de pensamento.

A Medicina que passou a se responsabilizar pelos manicômios elabora técnicas, sob a égide de Pinel no começo, para as diversas entidades clínicas observadas. Já em Platão, no Fedro[32],vamos encontrar uma definição da *techné* a partir da Medicina.

E os textos mais antigos da Grécia nos informam que "a medicina é a primeira área do conhecimento ocidental" (CAIRUS, 1999) – anterior mesmo à filosofia, que, embora existisse, não constituía uma especialidade. A *téchne* **(τεωψνή)** médica aí é mostrada como aquilo que se chama método e não mais, como antes, um caminho (Platão comenta isto no Fedro - em 270c). A *téchne* no Fedro e no Górgias (501a) já possui referência fundamental e distintiva: a *aitía* (*αίθια*), a causa. Tomo de Cairus (1999) o Hipócrates, codificado por

[32] *techné* – posteriormente toma o sentido simplificado (moderno) de técnica. Seu alcance é muito mais abrangente.

Littré, onde o autor realça a separação da especialidade médica por sua referência à causa já no pai da medicina.

Pode-se também encontrar referência a uma medicina preocupada com a causa já na *Ilíada*, cujo registro escrito data do século VIII a.C., mas aí a etiologia nosológica mantém um caráter notoriamente associado aos desígnios divinos. A diagnose e a cura, então, deveriam pressupor esse caráter. Assim a medicina dos médicos homéricos distanciava-se sensivelmente da posterior medicina hipocrática que, no entender de Francis Cornford[33] deve ser considerada uma *εξμπειριωα* (um conjunto de experiências), fruto da conjunção de observação e experiência, e geradora de um método realmente empírico. Se os filósofos eram os investigadores da 'coisa em si' (aqui temos que excluir os sofistas), os médicos, por outro lado, eram os que dominavam o saber de uma arte específica, a arte médica (*ιξατρικηω τεωψνέ*). Da atenção especializada ao homem que sofre, em sua particularidade, temos notícia desde a *Ilíada* (XI, 514-5, na tradução brasileira, 151-69) – Façanhas de Agamenon – quando são referidos os cuidados médicos de Macaon e Podalírio (os primeiros médicos, índices da existência dessa especialidade na sociedade micênica)[34].

Pareceria estar em oposição à postura de Koyré levar em consideração a continuidade histórica, mas na primeira instituição de médicos chineses que produziu as especialidades, havia a especialidade que cuidava dos 'sofrimentos da alma' ou dos 'encantamentos' (Ver nota de rodapé 50). Esses eram atendidos pelo especialista, o Psiquiatra, *ante litteram*. No entanto, no século XVII, com a instauração da 'revolução científica', um novo campo – o científico – e seu modelo trazem consigo a preocupação da cientificidade, como entendida por Galileu, em toda produção de saber. A medicina tenta se alojar nesse campo e, por extensão, sua primeira especialidade, a Psiquiatria.

Ao propor na tese uma forma de **transmissão** para a Psiquiatria, tenho o propósito de colocar em questão, especificamente, pela via da construção epistêmica, um lugar que a ciência chamou o da verdade, e do qual esta Psiquiatria depende. Acredito, com Canguilhem (1968), que 'é a verdade o que determina a originalidade das ciências'. A verdade, para ele, tem seu lugar próprio e esse é a ciência. Para Canguilhem (*idem*) "(....) sem referência à

[33] Francis Cornford – referência comunicada ao autor por Cairus.
[34] Comunicação pessoal de Cairus.

epistemologia uma teoria do conhecimento seria uma meditação sobre o vazio". Somente no exterior da ciência tem sentido colocar a questão da verdade, pois a ciência não é a comprovação da verdade, nem tem como propósito fundar a verdade nas faculdades do conhecimento, ou em uma realidade ontológica.

Cabe também dizer que ciência e verdade não caminham juntas em todo discurso chamado científico. Para toda ciência, pode-se afirmar que, em sua constituição mesmo, se dá a convivência de positividade: "um verdadeiro sob fundo de erro" (BACHELARD, 1949: 48).

Digo isto porque quero reconhecer e valorizar o falso, o erro, o ultrapassado como via indispensável da história da verdade – no sentido já aludido anteriormente. O que está aqui sendo privilegiado é a dimensão processual. A verdade é o dizer do dito científico. Aqui inverto o aforismo de Canguilhem (1977) "o verdadeiro é o dito do dizer científico", mantendo dele todo valor possível de sua lógica interna.

Por inverter o explícito em Canguilhem há necessidade de uma explicação complementar – com a qual estou plenamente de acordo em sua conclusão: a ciência não reproduz uma verdade, cada ciência produz sua verdade, ou seja, não existe critério universal ou exterior para julgar a verdade de uma ciência. Sobre o mesmo ponto em questão encontramos em Jacob (1970: 24): "A biologia não procura mais a verdade. Ela constrói a sua".

Quando afirmo que "o verdadeiro é o dizer do dito científico", invertendo a afirmação de Canguilhem ("o verdadeiro é o dito do dizer científico"), estou supondo a manutenção da primeira afirmação e imergindo-a no espaço möbiano. Faço esta operação sustentando-me em Lacan (o Aturdito, s/data, transliteração de l'Étourdit, in scilicet, n.º4, 1970). Minha assertiva é o 'avesso' do expresso em Canguilhem, baseia-se na operação de produzir um giro do enunciado na 'banda de Möbius'[35]. Minha construção teórica ancora-se em *uma* teoria da

[35] Banda – Figura criada por Auguste Ferdinand Möbius em um ramo da matemática que Leibniz (1646-1716) chamou *analysis situs* e que posteriormente foi batizada de Topologia, após o primeiro teorema de Euler (1750). Em 1861 Möbius inventa esta figura que passará à posteridade com seu nome. As superfícies uniláteras (de um só lado) tomarão sob suas leis segmentos inteiros da matemática. Felix Klein (em 1874) imporá a idéia: o espaço da geometria projetiva é möbiano. Bourbaki, em 1948, formula com a noção de estrutura o conjunto das descobertas matemáticas. Estas estruturas são: a estrutura de ordem, a estrutura de grupo e as estruturas

linguagem proposta pelo aforismo de Lacan (o Aturdito, s/ data) "o enunciado (o dito) tem sua verdade na enunciação (o dizer)".

A *enunciação* é um fundamento articulado como parte do processo de transmissão em homologia com o dispositivo criado por Lacan e denominado 'a passe'[36] (Ver: Capítulo 4, LACAN, 1970).

Só através da ciência é possível definir *verdade, saber e razão*, ou seja, se tais conceitos pertencem a um campo e se devem sustentar sua produção. Agora volto ao conceito de 'história da ciência' para relembrar Canguilhem (1968: 19) afirmando que "a história da ciência diz respeito a uma atividade axiológica, diz respeito à pesquisa da verdade" e há autores que contam anedotas de supostas psiquiatrias desde sempre (ALEXANDER, 1968), mas se assim o fazem, é a título de crônica. Para ter valor epistemológico sustentável a fim de pertencer ao campo a que se refere essa história deve ser 'depurada'.

Deve haver uma normatividade interna ao discurso científico. A história do discurso deve ser conceitual. E o conceito é o que exprime fundamentalmente a normatividade. Concluindo a seqüência quero também deixar expresso que qualquer formulação que não se confirme em um conceito, ou o que possa ser reconhecido como tal, terá que se referir para seu reconhecimento a uma normatividade exterior a seu campo. Seja norma moral (ou deontológica) ou estatística, ou de consenso ou de poder, ou jurídica ou ideológica, mas nunca interna ao próprio campo.

---

topológicas ("que escapam aos limites da épura"). O avesso e o direito desta figura estão em continuidade. Lacan tira vários proveitos da matematização topológica e seus paradoxos para a formalização psicanalítica (podemos citar entre outros conceitos o de interpretação, o de repetição, o de escansão). Aqui ficarei apenas com sua formalização da *interpretação*. O corte, sinônimo de interpretação para Lacan, produz o desaparecimento da estrutura möbiana (refiro-me a um corte mediano com tesoura em uma figura da banda), sem que por isto seja destruído o objeto físico em sua unidade. Porém a estrutura da banda (no sentido de Bourbaki) é destruída Com esta operação reduzimos a banda de Möbius a seu corte. O corte define um traçado que é o do "oito interior". Lacan (1970) nos dá uma "mostração" do suporte espacial da banda de Möbius para a noção psicanalítica de interpretação (*Deutung*). O axioma: "a interpretação é o corte" (LACAN, 1970), nos viabiliza delimitar como este tipo de intervenção do analista descobre o desejo do analisante, mascarado em seu próprio dizer.

[36] 'A passe' – optei pelo feminino, porque em português não há registro no léxico deste significante com tal sentido. Em francês, 'La passe' é do gênero feminino. Manter no feminino em português dá uma certa especificidade ao termo.

Na minha Proposição o nó górdio do cânone encontra-se na ética que sustenta a relação do Psiquiatra com o paciente. A hipótese do conteúdo do delírio do, assim chamado, psicótico (Ver Capítulo 2) vale para o encontro em geral do Psiquiatra e seu paciente.

Deixo a palavra ao poeta que expressa com mais precisão e beleza a relação entre a paixão, a invenção e a ação:

> (....) compreender, isso equivale, pois, a pensar em se construir uma ciência dos valores da ação e uma ciência dos valores da expressão ou da criação das emoções – uma ética e uma estética – como se o palácio do seu pensamento parecesse imperfeito sem essas alas simétricas nas quais seu eu, todo poderoso e abstrato, pudesse manter cativas a paixão, a ação, a emoção e a invenção. (VALÉRY, 1970: 1238).

Neste ponto do trabalho refiro-me à noção de ética que adoto. Não é um conceito unívoco. As mudanças se sucedem desde as mais remotas eras ao nosso tempo e as variações são marcantes para cada campo específico do conhecimento e do saber. Entre as noções originária e atual do tema chega-se a diferenças que tocam as raias da contradição.

Os filósofos gregos subordinavam a ética à idéia de felicidade da vida presente e ao soberano bem. O sábio devia se bastar a si mesmo para ser feliz. A felicidade estava ao alcance de todo *homem racional*. Vejamos as inter-relações da idéia de ética com a doutrina da felicidade para os pós-socráticos. Platão e Aristóteles subordinam o bem, logo a felicidade, às circunstâncias exteriores – estando aí fundamentalmente implicada a fortuna. O homem deve livrar-se do fatalismo, dominar as paixões.

Hoje, 'a felicidade é pensada em termos da eficácia técnica, de consumo' (NOVAES, 1992: 8). As forças externas tudo controlam e dominam, em contradição com o 'homem livre' grego (*idem, passim*) – quando 'homem livre' queria dizer todo homem racional. Há entre as duas concepções uma verdadeira ruptura ou uma contradição. A técnica, no sentido atual do termo, trouxe o enfraquecimento no homem moderno da noção de ética. O avanço da técnica contemporânea abalou as conquistas do espírito, a ética passou a ser convencional (*ibidem*). A virtude que já foi uma qualidade natural, hoje não é mais que um hábito.

Na *Ética a Nicômaco*, Aristóteles (1973) define a natureza das ações de acordo com a virtude: as ações justas e moderadas são as realizadas por um homem justo e moderado. A *Ética a Nicômaco* é paradigmática de um pensamento grego. Temos para nosso tempo, pós-revolução francesa, um autor que pode também ser tomado como modelo *princeps* de uma teoria e de uma experiência éticas. Ética que se contrapõe certamente a Platão e a Aristóteles. Na contraposição nos propicia um entendimento novo que escapa à noção de bem supremo e felicidade. Encontramos na experiência literária do Marques de Sade, Donatien Alphonse François (1740-1814), a nova elaboração da ética do mal radical.

Para introduzi-lo, chamo como avalista Lacan. Entre os textos do Marques de Sade, Lacan (1998) privilegiou o estudo d' *A filosofia da alcova* (1969), como representativo da demonstração do oposto d' "o bem de cada um é sua felicidade".

Mas, antes de seguir na análise do texto de Sade, retorno a Pinel, num testemunho relatado no seu *Traité* (1809). Ali, encontra-se um exemplo da observação clínica, enriquecedora da perspectiva textual sadiana. No registro do caso de uma paciente encontramos o seguinte depoimento:

> (....) foi irredutível no seu projeto de buscar a morte numa abstinência total e só com grandes esforços conseguiu-se que ela sorvesse alguma água de uma mamadeira. "Goza o resultado de sua conduta", dizia ao marido que a visitara quatro dias antes de sua morte: "eis que os seus desejos se realizaram: estou para morrer" (PINEL, 1809, I: 75).

A paciente escolheu a própria morte para satisfazer marido a quem atribuía esse desejo. "Goza o resultado de sua conduta" é uma atribuição ao marido do que seria o bem para ela. Ela paga com a vida por supor que isso é a felicidade para o marido. Não está em questão para ela que "seu próprio bem é sua felicidade", levada às ultimas conseqüências.

Lacan (1998f) escreve *Kant com Sade* para fazer uma 'aproximação' do texto sadiano, *Filosofia da Alcova*, **com** o texto kantiano (1967, 1993) da mesma época. Escrito para a introdução das *Obras Completas do Marquês de Sade* – que não existiam na França até o ano de l956 –, o texto foi rejeitado e sua publicação em *Critique* (1962), da qual Georges Bataille era o editor, se tornou inacessível (MILLER, 1997: 159).

Nesse texto Lacan (1998f: 776) vai trabalhar a subjetividade através 'do que caminha nas profundezas do gosto'.

O gosto ou, como escreveu Lacan, 'as profundezas do gosto', remetem à terceira crítica kantiana (1993), ao estético, em sua *interseção* com a obra sadiana, que fornece uma leitura do *fantasma* extremamente original de 'onde se pode explorar a essência do fantasma' (MILLER, 1997: 156).

Kant (1967) formula as funções universais do juízo e as coloca servindo para todos: 'faça de tal forma que o que foi feito valha para qualquer um em relação a ti'. Aquele a quem dirijo esta formulação poderá dirigi-la em retorno a mim, como norma universal do juízo. Nesta universal está implicado o apagamento do objeto, marco da teoria kantiana. Para Sade, por outro lado, o mais profundo em cada sujeito é o objeto, do qual dependemos para construir o fantasma. No pólo oposto a Kant, Sade mostra a posição de gozo do sujeito como não recíproca, implicando o objeto que está escondido no texto kantiano. O sujeito está em dissimetria com o objeto que realiza seu gozo. Sade, em sua obra, põe em evidência o objeto que Kant fez todo esforço para velar.

Devo, no sentido ético da segunda crítica (Kant, 1967) como posição de inscrição subjetiva, retomar a posição explicitada acima das 'profundezas do gosto', ou seja, partir do fantasma para sustentar minha proposta de formação. Ela está vinculada a uma 'travessia do fantasma' (LACAN, 1985d) para cada um psiquiatra.

Sei, por outro lado, a dificuldade que se tem de situar o fantasma na ordem social – no caso, o fantasma do Psiquiatra e sua relação com o 'desejo de Psiquiatra' no processamento de sua **transmissão** ou formação. Os sintomas – em oposição ao fantasma – são bem mais fáceis de serem localizados como laço social, porque evidenciam neste laço a 'formação de compromisso', suporte da Cultura, essencialmente sustentação da face 'mal-estar'. A formação do Psiquiatra tem o intuito de retirá-lo do 'mal-estar' ético, por localizá-lo discursivamente no bem dizer de seu sintoma e na singularidade de seu fantasma. Ocupar o lugar de Psiquiatra sem usar este lugar para responder a um sintoma seu ou fazer de seu sintoma o lugar de sua prática.

A formação do Psiquiatra da maneira como é realizada hoje equivale a meu ver a um sintoma. É, no sentido freudiano (1990 [1920]), uma formação de compromisso, sobredeterminada. De um lado, o compromisso com a formação médica, excludente da subjetividade, de outro, a prática da Psiquiatria sem objeto ou com um objeto tomado emprestado de outros campos alheios. A formação atual é, em seu processamento, efeito da Repetição. É a maneira de criar um lugar profissional sintomático. Esse lugar é dependente da *norma* exterior ao campo da Psiquiatria.

O sintoma na organização social se espelha nos sintomas obsessivos da automatização de nossas atividades cotidianas. Os sintomas funcionam como uma ajuda nos trabalhos cotidianos pela suposta coletivização que aparentam. Ajuda fictícia, pois somos apenas impulsionados neles por uma repetição do que não 'sabemos'. Daquilo que 'não sabemos' porque pertence a uma ordem 'estranha/familiar' a nós (FREUD, 1990 [1919h: 215]), que especulariza a ignorância do que fazemos e porque fazemos.

É na distinção com a sintomatização que quero localizar meu dispositivo de formação do Psiquiatra Clínico Atual, distante da automatização, na qual a formação hoje se encontra. Proponho uma formação cujo alcance, para aquele que se forma, seja um tratamento de seu 'sintoma' como 'laço social'. Cabe a essa formação um aspecto ou espectro de proteção contra o mal-estar. Essa formação deve ter como princípio e método um *made in* da arte pela sua especificidade.

A contrário não se pode esquecer que os sintomas mesmo fazendo trabalhar, podem impedir completamente o trabalho. Os serviços mecanizados são essencialmente praticados a partir da Repetição. Este é um aspecto – tão bem relatado por Chaplin em *Tempos Modernos* – da produção universalizada, em série. Reporto-me também ao relato recente de um caso clínico de um residente[37], ainda inédito. Basta dedicar ao estudo e observação da Universidade e seu discurso, ou dispositivo, e a produção de sujeitos submetidos à sua norma. Pode-se pensar também nos impedimentos sintomáticos e lembrarmo-nos das

[37] Um paciente chega com a demanda de tratamento por "ser impulsionado a fazer gestos ou ações – desprovidos de sentido para ele – que ele não deseja e não sabe porque as faz". Depois de algumas sessões interrompe. Retorna um ano depois de interrompido o tratamento e informa que interrompera o atendimento porque conseguira um emprego numa companhia aérea que inviabilizara o horário disponível para o tratamento. Agora sua demanda "é fazer muito bem o ajuste dos parafusos que tem que fazer, não interromper o gesto do ajuste".

conhecidas inibições de produção nos lugares universitários ou na paralisação dos pianistas pela erotização das mãos no exercício do ofício.

Pode-se argumentar também, que os fantasmas podem existir na ordem social. Gostaria de deixar pontuado que o fantasma da ordem social pode ser identificado num preciso lugar: as utopias. Será essa a localização de nossa proposta? E neste caso poder-se-ia chamá-la também, por aproximação, de atópica?

Discutindo os 'espaços e sua relação com a subjetividade', encontro várias correlações que me ajudam a localizar o que proponho. Inicio relacionando a agorafobia do projeto psiquiátrico atual, enclausurado em sua Bastilha (metáfora utilizada por Lacan (1998f)), com a prisão de Sade nas tentativas de sua exclusão social. A utopia sadiana devia ser enclausurada para evitar a convivência com um lugar inimaginável pelo regime antigo ou pela Revolução. Quero dizer, metaforicamente deixar de fora todas as outras possibilidades para a formação do Psiquiatra, sem espaço para nada além de repetir o que lhe ensinam como saber médico.

Sade teve sua localização fantasmática situada com precisão no social – a Bastilha – e foi encarcerado nela, pelo menos por quatorze anos de sua vida (e depois esteve em Charenton, serviço psiquiátrico onde Esquirol iniciou a formação de psiquiatras). Foi preso primeiro pelo *status quo* pré-revolução francesa, e depois pelo *status quo* pós-revolução de 1789. O ódio pós-revolução queria com a demolição da Bastilha não deixar nada no lugar do antigo prédio do presídio (naquele momento revolucionário o prédio já não tinha nenhuma importância!). Essa paixão – o ódio à Bastilha – ainda pode ser vista no símbolo que foi construído em seu lugar: uma coluna fálica que impera solitária na Praça da Bastilha – cercada por uma grade.

'Do que caminha nas profundezas do gosto' é uma indicação de uma clínica da cultura dada por Lacan em uma de suas primeiras frases de *Kant com Sade*. A questão que fica, seguindo Kant, é como universalizar o estatuto do juízo do gosto?
O 'belo' seria então uma universalidade antecipada que não se pode, obviamente, demonstrar.

Um conceito, que participa da construção da obra de Kant (1967, Dialética, II, cap. 3, seç. 4, n. [A 597, B 625])[38], a 'condição de possibilidade', será utilizado para mostrar o autor de *Crítica da Razão Pura* como 'condição de possibilidade' da Psicanálise. Não podemos, no entanto, negar que no texto kantiano o objeto, fundamental no *corpus* freudiano, é escondido. Por outro lado, na obra do Marquês de Sade o objeto é evidente, em sua exposição constante num fantasma – é um dos sentidos da preposição 'com' do título de Lacan (1998f) *Kant com Sade*. A 'condição de possibilidade' para a Psicanálise, dada pela obra kantiana, é a noção de ética. As influências dela para a elaboração do campo freudiano devem ser acrescidas da 'condição de possibilidade' trazida por Sade –a apresentação do objeto. Freud (1990 {1950 [1892-99]})[39], a partir da carta do Equinócio, faz a sustentação de sua obra no objeto do fantasma.

Quero também encontrar uma condição de possibilidade para a interseção Psicanálise/Psiquiatria onde a Psicanálise ofereça meios à Psiquiatria para a transmissão de seu campo.

[38] "O conceito é possível todas as vezes que não se contradiz. É este o caráter lógico da possibilidade, e com isso o seu objeto é distinto do *nihil negativum*, mas não pode ser um conceito vazio". (...) "Esta é uma advertência a não deduzir imediatamente a possibilidade (real) das coisas da possibilidade (lógica) dos conceitos". Kant insistia na conexão do possível objetivo com a experiência (ABBAGNANO, 2000).

[39] Carta que Freud escreve a Fliess em 21 de setembro de 1897, descrendo da histérica. A partir daí monta sua teoria na noção de *fantasma*. Grande virada teórica de conseqüências incontáveis para a teoria psicanalítica.

3. **Psiquiatria Clínica: Profissão ou ofício**

> Tenho na cabeça, aqui, ou aqui – apalpa o crânio –, uma gaveta, um escaninho, que sempre receio olhar honestamente. Toda minha obra, tudo que faço, a torrente de artigos que mando para publicação – tudo isso é explicado pelo meu desejo de não saber o que há nesse escaninho. Eu o tapei, arrolhei com livros, para não ficar ocioso e pensar nele, não ser livre para ir até o mais fundo dele.
>
> (SAINT-JUST)

Neste capítulo trabalho um quiasma fundamental da tese 'produção-formação': produção de conhecimento e de bens, e a formação do Psiquiatra. A partir deste quiasma minha análise da formação leva à pergunta: a relação de produção predomina sobre a criação de relações?

O lugar a partir do qual está pensada a dimensão da 'loucura' – da alienação – o *American way of life*[40]**,** que define para a prática psiquiátrica oficial no seu código, está centrado na noção de transtornos (muito próximo da noção de comportamento) e não em conceitos. Cabe-me perguntar qual a consistência 'interna' ao campo da Psiquiatria para dar suporte a uma prática assim articulada. Servindo-se do que é, nesse código, descrito como loucura, qual é o seu reverso – ou o reverso da alienação?

Uma terceira via para *perlaborar*[41] essa situação é dada pela interpretação psicanalítica que, entre suas especificidades, usa um espaço não-euclidiano - isto é, distinto do espaço tridimensional, tais como o espaço topológico da banda de Möbius, o espaço de Riemman ou o espaço de Lobacevskij e Bolyai. Além disso, a terceira via implica necessariamente num distanciamento da frieza objetiva e da solidão do sujeito. A

[40] "American way of life" – Expressão onde se condensa a maneira da maioria americana eticamente pensar e se relacionar. O leitmotiv do texto lacaniano, na década de 50, foi a crítica a este estilo e suas conseqüências para a Psicanálise. Tomemos como exemplo, o que ele diz no seminário 7 – A Ética da Psicanálise (1988).

[41] Perlaborar, Reelaborar (Durcharbeiten) – Termo empregado por Freud (1990 [1914g: 145]) para designar um trabalho inconsciente. Sinônimo de trabalhar com cuidado. Permite integrar uma interpretação e superar resistências criadas por ela.

subjetividade não compromete o rigor da sua intervenção, pois se responsabiliza pelo respeito à "disparidade subjetiva" (LACAN, Seminário 1960-61).

A Psicanálise oferece o campo propício para este *encontro* com a Psiquiatria – o espaço não-euclidiano do inconsciente - instaurando a dimensão automática e a tíquica (*τυχύ* e *αυτόματον*, Introdução) na práxis desta. O campo em questão é o da linguagem se considerarmos que: "o inconsciente é estruturado como uma linguagem" (LACAN, 1998a).

A linguagem e seu campo, como pensados por Lacan, nos oferecem os meios para darmos fim à distinção loucura e sanidade. Esta forma de diferenciá-las desaparece por não ter mais uma sustentação positivista, nem uma judicação valorativa moral. Isso, aliás, já está minimamente proposto em Pinel e Esquirol (Capítulo 3) quando afirmaram que a "loucura" e o "estado de não loucura" têm um quiasma de tensão e diálogo, nomeado por eles 'divisão do eu'. Este quiasma permite uma interlocução entre os dois estados no que hoje chamamos funcionamento na estrutura. Logo, pode-se concluir, que a loucura não é mais sinônimo de defeito ou perda. O inconsciente existe para o psicótico e ex-siste para o neurótico, mas sempre presente, e "é estruturado como uma linguagem" na construção lacaniana. A estrutura em jogo é sempre a da relação S^1/S^2 (relação de significantes), seja como formulada inicialmente por De Saussure, ou como Lacan a inverteu e 'imergiu' num 'espaço riemanniano' (de uma geometria não-euclidiana). Para Lacan (1998a) a linguagem é a mansão do sujeito enquanto neurótico (ou perverso). *A contrario* o sujeito é habitado pela linguagem quando da instauração psicótica. Os neologismos do psicótico são modificações do código (lugar do Outro) ou da mensagem (criando uma sintaxe não reconhecida pela língua materna); enquanto os sonhos, os lapsos, os sintomas ou atos falhos (atos realizados) são formações de compromisso que respeitam a habitação na linguagem, para o neurótico.

A idéia de liberdade de pensamento imposta pela Revolução Francesa nos ajuda a evitar a idéia de identidade[42] - força motriz do idealismo absoluto e colonizador, culto da pureza e domesticação da alteridade – que está implícita na exclusão da loucura tomada como defeito ou perda. A frágil força da Bastilha – para voltar ao espaço agorafóbico discutido no Capítulo 2 – que se pretendeu usar para escapar do espaço aberto, a ágora, serve

[42] *Identidade* - Meyerson, em seu texto *A dedução relativista*, emprega identidade como sinônimo de absoluto ontológico (apud ROUDINESCO, 1998 e CANGUILHEM, 1994).

de meu exemplo da domesticação das diferenças. Na Bastilha ficava preso – recalcado, sintomatizado – o que não podia ser aceito pelo pensamento dominante ou pelo laço social.

3.1 Alienação – um conceito para a atualidade psiquiátrica

Vou tratar a Psiquiatria como ofício e distinguí-la de profissão. Assim, começarei pelo objeto definidor do ofício psiquiátrico: a alienação. A origem da alienação, enquanto conceito, remonta à Idade Média e tomou vários caminhos e um longo percurso. Não penso em refazê-lo todo, mas selecionar o que diz respeito a esta tese, voltado para o nosso tema, ou seja, refazer o percurso do conceito e como ele entrou no campo de um ramo recente do saber: a Psiquiatria, ou ainda, debater com alguns campos que o conceituaram e permitem uma discussão.

A palavra alienação em seu aspecto etimológico implica uma definição metafísica do vocábulo *Alienatus* - cujo sentido inicial é "aquele que não se pertence" (DUMAS, apud LALANDE, 1967).Outro aspecto que nos interessa é o ponto de vista jurídico onde a alienação é 'a venda ou cessão de um bem a outra pessoa' (LALANDE, 1967). Usando a retórica, metaforicamente, como referência a alienação diz respeito a um: 'estado em que se encontra quem pertence a outro' (LALANDE, 1967). Ao se aproximar de minha proposição pode ser definida como: "o termo mais geral para designar os transtornos profundos do espírito" (LALANDE, 1967).

No sentido corriqueiro atual significa a perda da posse de um afeto ou das faculdades mentais. Na Idade média, "era um grau de ascensão mística em direção a Deus" (Ricardo de S. Vitor, apud ABBAGNANO, 2000: 26), logo, a alienação era considerada um estado de êxtase. No *Contrato Social* (ROUSSEAU, I: 6) foi usada para indicar a cessão de direitos naturais à Comunidade:

> As cláusulas deste contrato reduzem-se a uma só a alienação total de cada associado, com todos os seus direitos, a toda a comunidade.

Hegel (1987, capítulo VIII: 1) empregou o conceito para definir o alheamento da

consciência de si mesmo, pelo qual ela se considera uma coisa. Esse alheamento é uma fase do processo que vai da consciência à autoconsciência:

> (....) de fato, nessa alienação ela (a autoconsciência) coloca-se a si mesma como objeto ou, por força da inscindível unidade do ser-para-si, coloca o objeto como si mesma, enquanto, pro outro lado, nesse ato está contido o outro momento do qual ela tirou e retomou em si mesma essa alienação e objetividade, estando no seu ser outra coisa como tal, junto a si mesma.

Em Karl Marx (1968 [1844, I: 22]), a alienação foi um conceito utilizado nos textos juvenis para descrever a situação do operário no regime capitalista. Para ele, Hegel confundiu objetivação – processo pelo qual o homem se coisifica, isto é, exprime-se ou exterioriza-se na natureza através do trabalho – com a alienação, processo pelo qual o homem se torna alheio a si, a ponto de não se reconhecer:

> O trabalho exterior, o trabalho em que o homem se aliena, é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de mortificação.

A definição de homem implica ou conceitua na linguagem filosófico-política os significados mais distintos para o conceito de alienação. Para a definição em que o homem é 'razão contemplativa' (Hegel) toda relação sua com um objeto qualquer é alienação. Tomando o homem como 'um ser natural e social' (MARX, 1968), alienação é refugiar-se na contemplação. Alienação é qualquer repressão ou diminuição do instinto para o homem considerado como instinto e vontade de viver. Se o homem é considerado racionalidade operante ou ativa, alienação é entregar-se ao instinto. Refugiar-se na fantasia é alienação para o homem considerado como razão (entendida de qualquer modo).

Pinel depois de organizar toda a patologia mental, ou mais precisamente as 'psicoses', através do que chamou 'mania', como um tipo de 'monopsicose', é que vai empreender um ensaio de classificação nosológica cujo primeiro esboço aparece na *Nosographie Philosophique*, publicado no ano VI, 1798 (POSTEL, 1998), recobrindo todo o campo do que passa a denominar da 'alienação mental'.

Em Psiquiatria, alienado ou alienação tomou uma conotação quase sempre pejorativa, o que reduz em muito o peso do conceito o peso do conceito. Esta postura foi iniciada por Pierre Janet e está em sua letra:

> (....) "alienado não é um termo da língua médica, nem da científica" (....) "é um termo da linguagem popular ou da polícia" (....) "alienado é um indivíduo perigoso para os demais ou para si mesmo sem ser legalmente responsável pelo perigo que cria (JANET, APUD LALANDE, 1967).

Passados setenta anos da assertiva de Janet, Lacan (1964, Seminário XI, capítulo XVI: 193 - 204) dá novo peso à alienação para a Psicanálise. Ele transmuta toda a sustentação de sua obra até então: as noções de metáfora e metonímia (advindas do campo da lingüística pela via de De Saussure e Jacobson). Ao fazer esta ruptura radical com o que vinha utilizando até aí para sustentar sua doutrina adere a um novo momento em seu construto. Abandonando os tropos metáfora e metonímia, a construção de Lacan passa a se referir ao inconsciente como fundamentalmente conseqüência das operações de "alienação e separação" que se tornam as operações constituintes do inconsciente freudiano. Para ele o campo freudiano, a partir daí, é montado nestes dois pilares o que passa a ser a marca de sua interpretação de Freud.

A utilização desses conceitos constitui um passo adiante na formalização dos operadores lacanianos, até esse momento, conectados à fenomenologia e ao existencialismo (cito como exemplo: *palavra (fala) plena* em oposição à *palavra (fala) vazia*).[43]

3.2 O sujeito e a alienação: além da Psiquiatria

No capítulo XVI do Seminário de 1964, intitulado "Alienação", Lacan tece considerações sobre a constituição do sujeito, que posteriormente ficaram relegadas a um

[43] Fala plena e fala vazia - são conceitos encontrados no texto fundante do ensino, de mais um quarto de século de Lacan - "Função e Campo da Fala e da Linguagem" (LACAN, 1998, [1953]) – e se relacionam com as operações básicas da primeira ordem lógica: metáfora e metonímia.

plano secundário. Podemos explorar e desenvolver algumas delas, que nos auxiliarão em nossa argumentação:

1. a psicanálise deve constituir-se como uma ciência;
2. como uma ciência do inconsciente;
3. seu primeiro conceito, o inconsciente, deve ter uma formalização: "é estruturado como uma linguagem".

Desse corpo axiomático, diz ele, *"deduzi uma topologia"*. Assim procedendo, deu a ela o lugar de sustentação na constituição do sujeito do inconsciente. Em princípio, o sujeito é um conceito que parece escapar a qualquer definição topológica ou lógica. Entretanto, Lacan quer que sua topologia responda pelo sujeito e pelo ponto de vista dinâmico da Psicanálise freudiana. O que Freud sustentou em representações energéticas do século XIX é apresentado, agora, por Lacan com uma formalização da ciência do século XX.

Nessa nova conceituação é introduzida a noção de tempo. Quando se introduz o tempo num sistema formal lógico as dificuldades são iminentes. Hegel (FINK: 42) já tentara isto antes com sua lógica. Lacan a despeito das dificuldades anteriores estabelece uma função temporal na logicização das operações que constituem o sujeito. A função temporal explica o que em Freud (1990 [1912b:169]) era denominado 'a dinâmica da transferência'. Essa temporalidade está em jogo no processo de transmissão, principalmente como início e final de sua ordenação.

O *processo de análise,* condição *sine qua non* para a **transmissão**, a partir de 1964, é definido por Lacan em termos de 'alienação e separação'. O início do '*processo de* **transmissão**' se dá como alienação e seu final, assim como o definimos, é articulado à separação. Ao definir a categoria alienação necessito do conceito de sujeito conjugado a noção de *Outro* (grande outro), introduzida por Lacan em seu Seminário II (sessão de 25 de maio de 1955) para distinguir do *outro* (pequeno outro) – considerado alteridade especular. O *Outro* é definido no Seminário III de Lacan como:

> o **lugar** em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder se presentificar do sujeito.

Essa conceituação liga o lugar do *Outro* ao sujeito pela maneira como é definida a alienação. Isto implica que o sujeito só pode ser reconhecido no lugar do *Outro*. Para se reconhecer esta operação abandona-se a idéia do sujeito definido como consciência ou "consciência de si".

3.3 Alienação: O teatro e a Psicanálise – Sartre e Lacan

A peça de Jean Paul Sartre *Entre quatro paredes* (1977), já apresentara a oportunidade de afirmar que não podemos conhecer a nós mesmos como sujeitos ou que não existe autoconsciência, ou ainda que somos obrigados a nos conhecer por meio dos outros. A 'situação' da peça se desenrola entre três pessoas enclausuradas em uma sala. Todas cometeram um crime. Cada uma pode ver o inferno, a tormenta ou a lógica atormentadora em que os outros dois estão aprisionados, mas não admite para si mesmo que está em falta e é atormentado pela culpa, sem ser capaz de determinar sua origem. Cada um só pode saber em que sentido é culpado através dos outros dois.

No ápice da peça, um dos personagens, Garcin, conclui: *..."o inferno... São os outros"* (*idem*: 98). Isso para ressaltar nosso desconhecimento de nós mesmos como sujeitos, a não existência de autoconsciência e, ainda, que só nos conhecemos por meio dos outros!

Vejo na peça de Sartre uma correspondência com o texto de Lacan - até anterior a ela, já que a peça é de 1947 e este texto de 1945 – *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* (1998b [1945:197]). Enquanto Sartre nos demonstra pela via estética uma proposta lógica, Lacan constrói um enigma lógico, um sofisma, com o mesmo fim demonstrativo.

No texto de Lacan três pessoas condenadas à morte estão numa sala da prisão. Estão condenadas à morte, mas surge uma saída proposta pelo diretor da prisão.Na peça de Sartre elas estão mortas e condenadas. O diretor da prisão propõe:

> Cada um dos prisioneiros tem um disco nas costas, que pode ser preto ou branco. Existem ao todo três discos brancos e dois pretos. O diretor escolheu três discos, um para cada prisioneiro. Ninguém pode ver seu próprio disco, mas verá o disco dos outros dois condenados. Poderá ser libertado quem descobrir a cor de seu próprio disco. Não poderão falar entre si e o primeiro que atravessar a porta da sala e explicar com coerência sua escolha correta será o libertado.

Lacan reduz a bela metáfora sartreana do pecado original a um disco. O disco que cada um traz às costas. Com isso ele reduz a tese de Sartre, segundo a qual não podemos ter acesso direto à nossa própria culpa e estamos condenados a viver com nossas próprias más intenções, a: "não se poder ver o disco que se tem às costas" (LACAN, *idem*). Voltemos aos três prisioneiros do texto de Lacan e à sala onde se encontram. O que pode levá-los a decidir sobre a cor de seu disco? O enigma do sofisma pode ser solucionado assim: se um prisioneiro vir dois discos pretos terá o enigma resolvido – o seu é branco. Cada um vê o disco dos outros dois e observa seus movimentos. Por quê? Porque se um deles se dirigir à saída os outros dois vão saber que ele viu dois discos pretos logo seus discos têm que ser pretos. Eles também podem se dirigir para a porta e declarar que seus discos são pretos. Dentro desta situação e estrutura com os três prisioneiros produzem-se movimentos reveladores.

Aqui se encontra uma junção importante de minha tese: particular e coletivo se juntam na ótica de Lacan. Alcançada um a um, independentemente para cada indivíduo, a estrutura do cálculo é coletiva: só pode ser atingida através dos outros. Diz Lacan (*ibidem*): "a verdade só pode ser alcançada através dos outros". É uma resposta direta ao formulado por Sartre (*ibidem*: 98): "o inferno... São os outros".

As três pessoas condenadas e o disco faltoso, em Lacan, são elementos de uma mesma estrutura – capturados em seu inferno particular. O cálculo lhes é permitido porque um elemento está faltando – o falo. Ninguém o possui, mas, os três o levam em conta para definir sua posição particular. Esta contribuição da teoria metapsicológica permite elaborar, para nossa cultura, a precisa estrutura de pai, mãe e filho.

Posso concluir que se qualquer um deles cometer o erro de se admitir ser o que falta, todos ficarão presos em seus cálculos. Nenhum achará a saída. Se o pai calcular a partir de ser o pai, se a mãe pensar que é a mulher, se a criança produzir a partir da idéia que é o falo

da mãe, nenhum achará a saída e todos ficarão presos na *eterna repetição*. Por outro lado se admitirem que há um elemento que falta e definirem a partir dele suas posições, os três têm então a chance de alcançar um *valor de verdade* (Ver Introdução: 18-21). *Valor verdade* aqui tomado como *valor de desejo*. Este, na solução proposta pela psicanálise, é uma solução para o impasse da definição sexual que é um elemento faltoso no inconsciente: não há inscrição de homem e mulher no inconsciente. Existem invenções que tentam remediar a falta ou falha no inconsciente. A ligação entre o sujeito e o Outro é um elo que simultaneamente é uma cadeia de significantes e uma cadeia de cálculos que ilustra bem a dinâmica do tratamento. Posso afirmar também que através do reconhecimento e do cálculo de suas identificações o sujeito pode aliviar o sentimento de culpa que traz para o mundo: entre os homens, sob o céu, diante de deus e sobre a terra. É outra forma de tomarmos o *Geviert* – o 'quadripartite' (Ver Introdução: 18).

3.4. Psicanálise: alienação e cientificismo

A alienação – como sinônimo exato de alienação mental - pode ser temporalizada. O tratamento do sofrimento mental, encontramo-lo hoje – por motivos os mais diversos - alienado ao consenso, ao *marketing* dos laboratórios farmacêuticos e ao estilo universalizado de pensar da Psiquiatria atual – dependente da globalização. Em suma, completamente submetida à *era dos consensos*. A Psiquiatria atual está submetida ao maniqueísmo científico/não científico, tendo de saída o *parti pris* que ela é científica. Ela 'é científica' porque obedece às normas impostas pelo *modelo* da bioquímica, ou da fisiologia, ou da política, ou da genética etc., sem, pelo menos, se perguntar se seu objeto e os desses modelos são os mesmos, ou até pela validade de tais modelos. A uma ciência se pressupõe um campo, um método e uma prática próprios e a Psiquiatria não os tem – quando a referência é o modelo científico.

O cientificismo, em graus de sofisticação distintos, tem como projeto de consenso, para essa disciplina, provar que outra abordagem que não a científico- biologizante é fraudulenta. Freud, por exemplo, é uma fraude, porque não quantifica, não padroniza, não é refutável, não tem confiabilidade. Segundo os autores que se sustentam na cientificidade

atual (WEBSTER, 1999) a fraude de Freud foi tomada como genialidade e o engano de se pensar como ele hoje está apenso ao desconhecimento da ciência. Para sairmos do campo freudiano 'não científico' e nos introduzirmos na cientificidade, nos é oferecido um 'meio científico': a técnica moderna e a base de ciências científicas. Estas seriam a biologia, a neurofisiologia, a genética, resumindo a uma intervenção farmacológica entre outras tantas. As drogas passam a ser o protótipo de um campo psiquiátrico.

A *toda poderosa* indústria farmacêutica, globalizada, instituiu que o norte para qualquer angústia ou qualquer sobredeterminação que venha a ser dialeticamente posta para o sujeito, como questão, é fruto da depressão. Toda depressão, portanto deve ser tratada via **droga**. Do fumo ao suicídio, passando pelo delírio ou pela alucinação, ou seja lá qualquer outra possibilidade da existência do sujeito, são subseqüentes à depressão e devem ser tratadas como tal. Com *drogas*. Qualquer enfrentamento: com o real da vida, com a oposição de idéias, com a discordância de posições, debates, etc., devem ser evitados e a ética da convivência, desta posição, é a da pacificação – deve-se evitar litígios e o pacifismo do *pós-droga* é a forma de consenso para a vida. O padrão é ditatorial em nome da paz da convivência. Há uma tentativa de pacificar o mundo à força ou com as *drogas***.** Não haveria nesse mundo lugar para um pensamento dialeticamente sobredeterminado, contraditório e enriquecido. O *padrão saúde* transforma as formas de vida não-consensuais em crime hediondo – fumar, beber, ser reativo à pasmaceira psicossocial, ter eloqüência em posições e princípios, etc...

A citação, anteriormente usada, da constatação de Pinel – do caso clínico citado no *Traité* (1908, volume II: 75) – é uma bela e inusitada observação para os elementos disponíveis na epistemologia e na prática da época. De uma complexidade e precisão metodológicas válidas até os nossos dias. Nessa parte do *Traité*, Pinel está desenvolvendo o tema denominado 'Observação', no qual predomina a preocupação teórica e metodológica. É, sem dúvida, uma herança do iluminismo francês expresso pela 'Societé des observateurs de l'homme' (PESSOTTI, 1996: 76 *et passim*) da qual Pinel era membro.

Quando Pinel anota em seu tratado, textualmente: "goza o resultado de tua conduta", como uma fala pertinente da paciente, ele está marcando um lugar especial para o gozo como 'estrutura de cálculo coletiva' (MILLER, 1997: 153) de uma subjetividade. A

anorexia é um sintoma da paciente em que percebemos sua implicação ativa, na sua relação com o marido, e na qual ela se prendeu a ele até a morte – aqui no sentido o mais concreto possível. Mas não é só este o ponto no qual nos detemos nesta observação pineliana. Ou quando Kantzà (FERRO, APUD PESSOTTI, 1989) comenta o influxo psicopatológico francês da loucura - na tradição de Pinel e Esquirol – e seu tratamento, explicita duas posições importantes: o salto teórico da conceituação da loucura e a assunção desta teoria pelo médico em um determinado momento. O que estava em jogo no tratamento foi determinado pelos princípios adotados, o princípio pedagógico e o da autoridade moral. Diz textualmente Kantzá (APUD PESSOTTI, 1989) sobre o tratamento psiquiátrico, conseqüente à sua interpretação conceitual na obra de Pinel:

> (....) loucura, derivação aberrante da moral, é, portanto, análogo, no seu objetivo e no seu método, à pedagogia que guia e corrige os excessos das crianças. Num e noutro caso é indispensável uma autoridade única, uma pessoa que seja, em cada caso, o centro indiscutível: nasce o médico como objeto de *transfert* (...).

O tratamento proposto não é físico, é moral, pois exercido sobre o conhecimento – no nível das idéias e dos julgamentos, e está submetido à transferência, a um elemento decorrente da relação entre o médico e o paciente. Entendo que Kantzá determina aí, com razão, o nascimento da psicoterapia. A psicoterapia é filha direta da *observação***,** da presença do médico diante do alienado tentando por meios éticos marcar – como na observação de Pinel acima e como mostrarei a seguir – o lugar da fala e como essa é a expressão do sintomático.

Agora é Esquirol (PETRELLA, APUD PESSOTTII, 1996: 130) quem relata:

> Pinel conta que, quando era médico em Bicêtre, fez simular um tribunal, que julgou um melancólico que se considerava culpado. O estratagema foi eficaz ...

Submetido a um tribunal exterior, onde a 'autoridade' médica se faz presente – como mediação e disposição não punitiva - o paciente é liberto de sua melancolia cuja causalidade era atribuída a um julgamento ético de sua culpa. Uma fraqueza moral da paciente se dobra a um agente não punitivo externo – 'não internalizado', segundo a Psicanálise –, mas cuja função passa a ser similar a uma ética interna do paciente.

Posso aqui estabelecer uma ponte entre A criação freudiana e o ato de Pinel – que produz um efeito de internalização de um elemento ético não punitivo em oposição ao que operava no paciente. A diferença entre ambas está na adoção do *dispositivo* psicanalítico que acolhe sistematicamente a transferência e a perlabora. Esquirol (1989) se referindo ao acontecido em Bicêtre, o denomina um 'estratagema' e não uma metodologia sistemática. Em Freud a metodologia é instaurada, tem continuidade, ou seja, é parte ativa do tratamento, tem uma sustentação teórica, empírica e de pesquisa. A disposição freudiana da escuta se concretiza em um modelo de trabalho. No caso específico da Psicanálise o que está em jogo são as *pulsões* – parciais. A autoridade do psicanalista é dada pelo dispositivo e o paciente se dispõe a fazer tal atribuição.

O 'ato psíquico', como entendido por Pinel, nascido da experiência, vem *per se* realçar a afirmativa que não existe mais lesão orgânica, definitiva. O que acontece é um arranjo distinto, estrutural, do raciocínio ou da imaginação do sujeito denominado alienado. O que ocorreu com o alienado é que sua percepção sofreu uma modificação e houve – ou temporariamente está havendo - uma alteração no seu julgamento ou um erro na elaboração das suas idéias. Há em Freud uma diferença grande na maneira de abordar a questão. Não é mais de percepção que se trata, no entanto, e a exigência da presença do médico para instaurar-se o tratamento é uma exigência para a criação da transferência.

Locke, no *Essay Concerning Human Understanding* (1690 [1948]), define a questão da loucura como um desarranjo das idéias e sua conjugação com as fantasias. Continua ele, detalhando a assertiva, mesmo se a loucura parte de um princípio falso pode se tornar em seguida racional dependendo do rearranjo (embora ele não proponha um tratamento). E assim se expressa textualmente:

> Pois não me parece que os loucos hajam perdido a faculdade de raciocinar; mas que, tendo juntado inadequadamente certas idéias, elas se tomam como verdades e se enganam, exatamente como os que raciocinam sobre falsos princípios. Após haver convertido suas próprias fantasias em realidades graças à força da imaginação, eles deduzem delas combinações muito racionais.

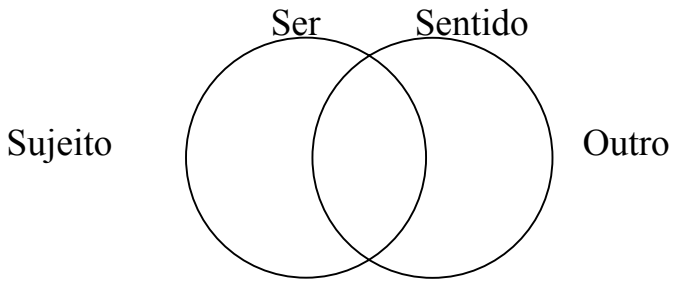
Pinel, na mesma direção, adota a posição de que o louco tem uma razão. Em certas

situações de vida, no entanto, comete enganos – perceptuais, de julgamento, por exemplo – e é aí que se insere a possibilidade do 'tratamento moral'. O entendimento de moral como 'psíquico' ou 'não-físico' tem para Pinel a conotação de ético.

A alienação é pensada na Psicanálise em sua articulação com as pulsões, pois essas necessariamente deixam um resto e nunca podem ser tratadas como um todo. Lacan (1991: 195) aponta para a busca do todo no discurso por ele definido como derrisório, ao se referir à fala de Aristófanes no Banquete (PLATÃO, 1991):

> O mito de Aristófanes ilustra a busca do complemento de maneira patética, e enganadora, articulando que é o outro, que é sua metade sexual, que o vivo procura no amor. Esta representação Mítica do mistério do amor a experiência analítica substitui pela procura, por parte do sujeito, não do complemento sexual, mas da parte para sempre perdida, dele mesmo, que é constituída pelo fato de ele ser apenas um vivo sexuado e não mais ser *imortal.*

O mito do todo, do completo, encobre o verdadeiro sentido da busca: há sempre um resto na representação sexual do sujeito no Outro, que é representada pela parcialidade pulsional, e mais precisamente pelos objetos parciais. As duas faltas – a do sujeito e a do Outro - localizadas no começo desta sessão do Seminário VIII se *recobrem*[44]. Para articular o sujeito e o Outro – onde está a 'parte para sempre perdida, dele mesmo,...'(*idem*) - Lacan dá uma figura que os liga: situando o ser de um lado e o sentido do outro:



[44] Recobrem – vide nota 9, sobre recobrimento.

A primeira falta se relaciona com o fato de que o sujeito não pode ser inteiramente representado no Outro, sempre há um resto que exprime o ser sexualmente definido do sujeito. Não se pode apresentar aí todo o sujeito. O caráter fundamentalmente parcial das pulsões introduz uma falta que Lacan designa marcando o sujeito com uma barra: $.

Uma vez constituído o sujeito, deve-se levar em conta o fato de haver um resto – um resto que está tanto dentro do sujeito quanto dentro do Outro, definido sexualmente. Tem-se dois modos de definir a falta do sujeito: um deles se deve à alienação, no momento em que o sujeito se identifica com um significante, ele é representado por um significante, ele 'é representado por um significante para um outro significante' (LACAN, 1998a).

Logo os dois modos de definir a falta do sujeito são: um, é a alienação, no momento em que o sujeito se identifica com um significante – ele 'é representado por um significante para um outro significante', e o outro, é a separação, quando o objeto constrói o fantasma, pela impossibilidade de ser total – e se tornar 'causa de seu desejo' (LACAN, 1985c).

Por exemplo, 'um menino de prata' representado como 'um menino que não é de todo bom falta pouco para ser de ouro', em relação ao discurso, ou melhor ainda, ao ideal de sua mãe. Logo 'menino de prata' funciona para o sujeito como uma linha mestra durante toda a vida deste. Ele é definido, se sente e se comporta assim. No momento em que o sujeito se identifica com esta denominação do Outro fica petrificado. É definido como se estivesse morto ou como se lhe faltasse a parte viva de seu ser que contém seu gozo.

Ao isolar-se uma das identificações do sujeito, necessita-se, em seguida encontrar a fantasia ($ ♦ a) que a acompanha, a fantasia que lhe traz algum gozo. É o objeto da fantasia que lhe proporciona algum gozo. O objeto 'a' (LACAN, Seminário X, 1962-3, 1985c) - é a outra parte do sujeito, ou seja, outra forma de definir sua falta – o seio, as fezes, a voz e o olhar.

Falta ao sujeito algo no que o representa (significante), falta-lhe um objeto. Quanto ao significante que o define – no caso acima do 'menino de prata' – esse deixa uma parte do sujeito de fora de uma definição total. Mesmo sendo "um menino de prata", é outras coisas também. Na segunda falta o sujeito tenta inscrever uma representação do gozo no interior do

Outro, no texto de sua fantasia e tenta definir a si mesmo através dessa fantasia. Com isso fica realçada a falta do gozo total, ou seja, todo gozo é parcial. A radical diferença entre prazer, Princípio do Prazer (FREUD (1990 [1920]), e gozo, Compulsão à Repetição (FREUD, *idem*), está na absorção do eu pelo primeiro e na expressão impossível do segundo pelo 'isso' (FREUD, 1990 [1923]).

Mesmo as abordagens do amor (oral, anal, escópica, invocativa) são derivadas da cadeia de significantes e aprende-se na própria análise que suas identificações são faltosas e a cadeia de significantes não é um novo nome para o sujeito, já que o *nome próprio* do sujeito falta sempre (KRIPKE, 1982). A representação e o amor estão interligados na obra freudiana de uma forma que me permite afirmar "ninguém é representado por seu amor" - 'Sobre a mais geral das degradações da vida amorosa' (FREUD, 1990 [1912]). Ninguém inscreve completamente seu amor no lugar do Outro. Portanto, temos que encontrar a outra falta, o resto – um fato autêntico como o amor está confrontado com o resto: algo que nos lembra sempre do fato que não estamos totalmente representados, de que existe um limite, que as representações são parciais[45].

Isso sempre lembra ao sujeito do gozo o que ele experimentou através de suas demandas orais, anais, ou seja, aquilo que tentou obter da mãe – seu olhar e voz – que não é ligado à necessidade e que mesmo assim ele deseja mais do que se possa pensar! Sua alienação está inscrita além de sua consciência (ou como queria Hegel (1987) 'consciência de si').

O sujeito está interpretado de saída: pelo seu nome próprio, pelo que esperam dele os pais, por sua identificação, por seu fantasma, por sua pulsão, pela forma de inscrever sua sexualidade. E uma interpretação que 'atinja' o sujeito passa por esses caminhos. Uma interpretação só serve na direção do sujeito quando marcada por seus traços primordiais. Pode-se pensar a interpretação aberta a todas as direções, mas é Lacan (1985c: 236) mesmo quem vai desfazer esse mal entendido ao afirmar:

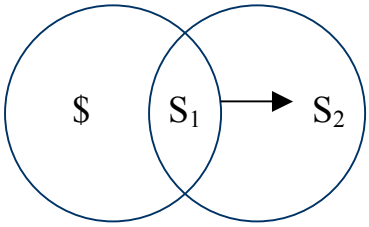
[45] Representações parciais – Não fosse nosso tema de trabalho a formação do Psiquiatra clínico, poderíamos desenvolver o tema da "perda" na vertente ecológica e tratarmos de um tema fundamental para esta, a do resto. Apoiaríamos nosso ponto de vista em Georges Bataille "A Noção de Perda" (Bibliografia) e em Badiou - "A Ecologia" em "Para um novo sujeito".

> Em conseqüência, é falso que se possa dizer (como foi dito por Laplanche) que a interpretação está aberta a qualquer sentido, sob o pretexto de que só se trata da ligação de um significante a outro.

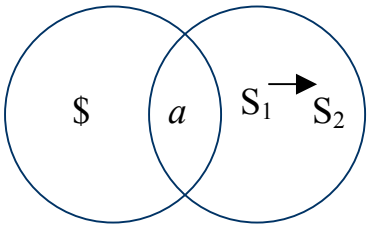
A epistemologia que sustentaria a afirmação de Laplanche não se coaduna com a sustentada por Lacan. A do primeiro é bem ao estilo Paul Feyerabend (1979) para quem *anything goes* (**'**qualquer coisa serve'). Minha posição distancia-se daquela de Laplanche: "Qualquer coisa que produzisse algum efeito, seria aceitável como interpretação" (APUD LACAN, 1985c).

A alienação, resumindo, quer dizer que o sujeito não tendo identidade, tem de identificar-se a algo. Ela esconde o fato de que o sujeito se define não apenas na cadeia significante, mas também por suas pulsões - em termos de seu gozo em relação ao outro. Gráfica e topologicamente Lacan propõe a seguinte apresentação:

Alienação:



Separação:



Freud não faz uma logicização como a acima indicada, mas me parece que esta operação lógica não é discordante com seu texto ou que sua sustentação epistêmica seja distinta. Para Freud (1990 [1925h], 19: 249) a alienação vela o fato de que o objeto de gozo está perdido. As duas formas, ou operações lógicas para Lacan (1985c), que produzem o

sujeito podem ser entendidas numa verticalidade. Primeiro a alienação, o fato de que o sujeito é produzido dentro da linguagem que o aguarda, e é inscrito no lugar do Outro. Segundo, que a divisão do sujeito se dá entre as pulsões parciais na medida em que sempre há perda. Podemos também dizer que o sujeito é fundamentalmente um objeto (vide acima) do gozo do Outro. Seu estatuto inicial é de *infans* **"**uma parte perdida do outro, Outro real: a mãe" (LACAN, Seminário VI). O início de sua vida é no lugar do objeto 'a'. Identifica-se, em seguida, com a parte perdida e ingressa na cadeia dos significantes ao "(....) assumir suas identificações primárias" (LACAN, Seminário IX).

A identificação primária é com o significante que determina o sujeito (significante-mestre). Noutro sentido sua identificação primária é como um objeto. É o que se poderia chamar a identificação completa: aquilo que ele foi no desejo do Outro, não apenas no nível simbólico do desejo, mas como substância real que implica o gozo. O meio que o sujeito encontra para recuperar sua perda, ou se identificar, está no desenvolvimento da cadeia significante[46].

Freud (1990{1900a [1899]}) quando se refere ao tema faz alusão explícita a um 'núcleo do ser' – *kern unseres wesen* – tema que foi retomado por Lacan: 'o *kern* do sujeito é um significante isolado – separado do sentido'. O significante no sentido é binário, representa algo fazendo sentido. O significante único – unário, já definido anteriormente – permanece como não-senso (1985c, capítulo XVI).

Daí, conclui-se que as identificações básicas não têm sentido, apenas são. Pode-se – e essa é a função cotidiana na prática psicanalítica – explorar os seus sentidos, mas sabe-se que no fim das contas as identificações não fazem sentido.

Penso no exemplo freudiano clássico, o Fetichismo (1990 [1927e: 141]), no qual a experiência clínica de Freud é conceitualmente elaborada com o fim de explorar as conseqüências desse sintoma. Tudo se passa como na seguinte historieta clínica:

[46] Cadeia significante – associação mínima de dois significantes que pode infinitivizar-se. Passando de Saussure – invertendo-o –, a Lévy-Stauss - deixando de lado sua idéia de estrutura completa e apenas permutativa – e indo Jacobson para modifica-lo – por meio de Poe - Lacan introduz a noção de cadeia significante na aproximação com a lingüística ou com teorias matemáticas (markovianas ou bernoullianos).

> Um homem para se interessar por uma mulher tinha que perceber nela um "certo brilho no nariz". Este sujeito tivera uma governanta inglesa, que era o fundamento desta especificidade – que podemos chamar de sintomática. Quando bem pequeno este menino ficou espreitando sua governanta – sem intenção sexual naquela época – que lhe impôs um mandato: seu nariz seria punido se ele tentasse olha-la sem permissão. Alemão e inglês se misturam na interpretação do jovem que transforma *glance* (olhar) em *glanz* (brilho) assim como olhar e nariz ficam superpostos e intermediadores da sua formulação final inconsciente. Olhar para a governanta – *glance* – é "traduzido" para o alemão por ressonância *glanz* (brilho). E o fato sexual – a escolha de seu objeto – ligado a nariz – podemos dizer é uma 'interpretação'. A governanta lhe dissera que seu nariz seria punido se ele a olhasse sem permissão.

Pode-se então dar sentido ao que, num primeiro nível não tem nenhum. Pode-se pensar até como uma impossibilidade toda a vida sexual de um homem ligada a uma transliteração, mas foi assim com este sujeito! Parece um total não-senso *glanz* ser o mestre de uma constituição subjetiva inconsciente. Além do mais quando determina que a mulher para ser desejada precisa ter um brilho no nariz: "*glanz auf der näse*". Mas, tem-se, por outro lado, que pensar essa particularidade se impondo a uma subjetividade e determinando as suas escolhas subjetivas à revelia do sentido.

Eis o que Freud chamou de "*kern*" e como pôde ser isolado como não-senso. Freud detecta no "*glanz*" (olhar) a história desse jovem em sua origem. O paciente foi um olhar (pulsão escópica). A sua relação com o Outro estava estruturada a partir de sua identificação com esse olhar, isto é, com uma pulsão parcial. Em outros termos, seu gozo fixou-se, de uma vez por todas, "dentro" daquele olhar. Essa era uma condição necessária para ele ter ereção. Aqui Freud nos ensina que o "*glanz auf der näse*" era um fetiche para esse sujeito. Uma pulsão parcial definia seu fetiche, além de condicionar uma significação para esse sujeito (Freud define para a significação de 'um elemento ausente' o falo - logo a significação é fálica).

Outra vertente a ser explorada nesse exemplo: "a interpretação não está aberta a todos os sentidos" (LACAN, 1985c: 236) é a pulsão parcial, que deve ser apontada - via seu objeto.

Se isso for 'explicado' ao paciente (semelhante a ensinado, ligado à pedagogia), terá como efeito a fixação nesse gozo, além de provocar nele a 'atuação'[47].

Fato importante na saúde coletiva, pois não se sabe o que há de 'escondido' nas subjetividades com as quais estamos lidando. Quero me opor à noção de pedagogia como formadora da subjetividade – de sérias conseqüências para a abordagem coletiva. Para lidar de uma maneira produtora de efeitos, o objeto deve ser trabalhado nas entrelinhas, ou seja, utilizando-se a cadeia significante do sujeito e a equivocação. Vou usar como avalista dessa posição Cícero, na Poética que afirma: "um conceito *tenta* capturar ou aprisionar um objeto" (APUD FELDSTEIN, 1977). Em Psicanálise não se captura o objeto, porém devemos visá-lo – ao usar os significantes é preciso ter um alvo, mas não atingi-lo diretamente. É a condição para que a coisa ande.

Lacan (Seminário XVII), chega a formalizar essa proposta em termos de discurso, fazendo um arranjo de quatro lugares para quatro elementos, que se inicia pelo discurso do inconsciente ou do mestre. No discurso do inconsciente – ou do mestre – o arranjo dos quatro elementos nos quatro lugares se dá assim:

$$\frac{S^1}{a} \quad \frac{S^2}{\$}$$

Essa é a correlação entre os elementos do discurso: S^1 – o significante mestre (que mantém sob a barra o objeto), está para o S^2 - o saber (que esconde o sujeito, como produto, sob si):

Agente	outro
Verdade	produto

No ensino de Lacan, para esse discurso, o produto corresponde ao que Freud (1990 {1900a [1899]}) chamava as "Formações do Inconsciente" – sem a formalização aqui

[47] Atuação – ação simbólica do sujeito que se opõe à alucinação, paixão do sujeito (LACAN, 1998 [1953-4])

apresentada. A fórmula implícita $S^1 \rightarrow S^2$, no numerador de um lado – na parte superior da equação - e o matema da fantasia na parte inferior, por outro : $ (sujeito) ♦ a (objeto) compõem o discurso do mestre, ou do inconsciente, dando origem à *alienação* do sujeito.

4. **A transmissão: procedimento, processamento e correlatos.**

> Quem perde a ocasião, é como o que solta da mão a ave que não voltará a apanhar.
>
> (São João da Cruz)

Aqui formulo o dispositivo necessário para a **transmissão** e produzo a conceituação final, reunindo os elementos desenvolvidos até este ponto. Explicito a localização da **transmissão** no campo preciso de interseção da Psiquiatria com a Psicanálise na prática hoje em funcionamento.

Inicio meu propósito pelo método da *aproximação*. Faço, tanto quanto possível, a distinção entre formas rituais de passagem e a **transmissão** e evidencio o distanciamento delas com a proposta de meu dispositivo de formação do Psiquiatra Clínico. Distingo a **transmissão** da iniciação e da repetição, pela identificação de registros distintos nela implicados. As fronteiras com a inscrição sintomática são abordadas como parte do processo de separação entre as diversas áreas correlatas, porém distintas e distinguíveis.

O contraponto com a *iniciação* serve para distingui-la da **transmissão** e para debridar as proximidades ao mostrar a especificidade da última. O estudo da primeira sendo mais abrangente, mais conhecido e mais divulgado que o da segunda provoca, às vezes, uma aproximação indevida entre elas pelo desconhecimento da última. Atribui-se elementos da iniciação à **transmissão** sem que haja justificativa para isto. Além disso, a abrangência da **transmissão** é bem menor que a da iniciação, pois é um dispositivo cuja validade se restringia à Psicanálise e agora estou pensando-o em sua aplicação na interseção dessa com a Psiquiatria Clínica.

Desenvolvo, daqui por diante, minha proposição a partir da premissa de que todo saber está submetido ou está ligado a uma 'estrutura necessária' (LACAN, Seminário XVII: 11) o *discurso* (Ver 4.2). Introduzo em relação ao saber três situações: o sabido, o não sabido e o não-Sabido. Estas três formas têm como referente a Psicanálise: o primeiro refere-se,

aproximadamente ao consciente, o segundo ao pré-consciente e o terceiro ao inconsciente – "o não-Sabido que sabe" (LACAN, Seminário XXIV), "uma forma de negação do sabido" (VICENS, Ornicar? 2: 247). Usamos a forma 'não-Sabido' como correspondente à expressão francesa '*à l'insu de'*, cuja tradução pode ser: 'sem que seja sabido de', 'mantendo-o na ignorância', 'sem ter consciência disto', 'pelas costas de'.

Lacan além de afirmar que 'O discurso ultrapassa em muito a palavra falada' (Seminário XVII: 11), visa em seu seminário formalizar um discurso sem palavras – o discurso do analista – e espera que 'subsista em relações fundamentais' (*idem*). Os discursos na construção de Lacan (*ibidem*), já explicitados anteriormente, são quatro e se registram nesta ordem: do mestre, da universidade, da histérica e do psicanalista. Na **transmissão** estarão em jogo os quatro discursos em formas e momentos distintos do processamento. Os quatro elementos fundamentais que giram nos quatro lugares fixos são:

o que sustenta o campo da Psiquiatria, ou seja, o lugar transmitido, o recalcado primário ou o forcluído, estabelecido como o primeiro significante cuja simbolização é (S^1);

a sua base (υποκηινενον – ypokeimenon), sua sintomatização, o sujeito expresso pelo matema ($);

o saber, ou seja, o conjunto dos significantes em jogo (menos o recalcado) denominado (S^2) e

o lugar do passante denominado, à semelhança do que fez Lacan em sua lógica, objeto (a) (p. 114, § 4º) – lugar de quem faz a passagem para aceder ao lugar de Psiquiatra Clínico (para além da pedagogia em jogo na questão, lugar da perda).

Ao concluir esta apresentação do capítulo 4 afirmo que o discurso não sendo doxa, estará em tensão com a ciência de seu tempo e submetido a ela, como já o afirmava, explicitamente, Lacan em Ciência e Verdade (1998: 869) ou como se expressa Balibar (1980):

> A ciência é o único pensamento para quem seus obstáculos internos podem tornar-se, no fim das contas, condições de possibilidade. É também a única que pode esperar encontrar *alhures*, deslocando-as, suas próprias condições de possibilidade externas e contingentes como "objetos" de pensamento necessários. Isso porque se *a ciência não é toda (pas tout)* ou *não é o todo (pas le tout)* – da experiência, da vida, do pensamento – pode-se dizer, entretanto que virtualmente *nada lhe é exterior*, na medida mesmo onde ela

> pode – mas, não de um só golpe, somente no "infinito do saber" – *exteriorizar tudo*, compreendido aí sua própria atividade.

4.1 Da iniciação e do rito

Deixo clara a intenção do capítulo ao distinguir a **transmissão** e a iniciação. Para tanto inicio pela definição da última que será por mim utilizada em várias ocasiões e é encontrada em Howlett (1977):

> (....) um ato ou uma pluralidade de atos e de palavras empregados nas chamadas práticas iniciáticas que possuem diversos lugares de eficiência.

Sabe-se da existência da iniciação desde os tempos primevos do registro da cultura. Assim como, tem-se conhecimento de seu caráter paradoxal. Apresenta-se sob as mais distintas formas rituais. Encontra-se, todavia um elemento de estrutura (um princípio) que identifica a sua homogeneidade, mesmo ela se apresentando sob os mais distintos aspectos. Desde a definição dada de *Iniciação* nota-se que a mesma aparenta estar em congruência com '(....) um ato ou uma pluralidade de atos'. Ao descreve-la, a dificuldade inicial é encontrar uma estrutura que possa ser responsabilizada por esse acontecimento tão importante na existência dos povos e culturas conhecidas. Uma estrutura na qual o 'sujeito da iniciação' acede a um lugar que ele ignora qual é, equivalente a um não-Sabido, do qual não tem consciência e que o mantém na ignorância.

Não se pode garantir para a *iniciação* uma 'realidade observável' (HOWLETT, 1977) ou mesmo seu lugar preciso. Ela não possui a clareza ilusória suposta a um esquema, nem um valor indizível de um mistério. Ela persiste em virtude de um *enigma* caminhando sob o *disfarce* sempre renovado, distante de uma resolução – é o que chamo Recalque, no sentido contido em Freud (1990 [1915d: 135]).

Para se referir a alguém em vias de passar pela iniciação, a expressão mais correta a ser usada é "sofrer uma *iniciação"*, pois "ninguém é sujeito de sua própria *iniciação*" (HOWLETT, 1977). Deve-se pensar então que quem passou por uma iniciação foi objeto dela.

Uma distinção de suma importância entre a **transmissão** e a *iniciação* localiza-se na diferença inicial e final do lugar do sujeito e do objeto. A **transmissão** para um sujeito é um ato, ou vários atos, e implica num anelo ativo deste – aqui denominado *passante* ou sujeito que a demanda. Para o passante o final da **transmissão** coincide com o ponto de partida da *iniciação*. Aquele que demanda a **transmissão** o faz a partir de seu lugar de sujeito e pode aceder, ou não, ao lugar de objeto – objeto causa do desejo. A distinção entre ser sujeito ou ser objeto do ato é de suma importância nesse momento. Na *iniciação* está em jogo ser objeto de um Outro ao qual o iniciante pergunta implicitamente: 'O que quer de mim a iniciação?' (*ibidem*). Na **transmissão,** o demandante explicita ativamente seu desejo de passar a uma outra condição subjetiva: a de um des-ser ou a do lugar de objeto ou ao lugar de um resto.

Para Howlett (1977) as formas mais conhecidas de *iniciação* podem ser assim classificadas:

1. Iniciações em seitas secretas – de difícil acesso de estudo;
2. Iniciações individuais – onde se visa um título num espaço social: adivinho, rei, ferreiro, chefe, curandeiro, etc;
3. Iniciações relacionadas com poderes místicos;
4. Iniciações da puberdade – que sancionam o acesso a uma classe de idade.

As formas de iniciação, por mais diferentes que sejam entre si, apresentam em comum um *princípio de iniciação* – a estrutura. Existe, sem dúvida, uma correspondência entre os 'diversos tipos de iniciação', porém uma é a 'reprodução deformada' da outra, dentro do elemento comum o *princípio de iniciação* (os mecanismos em jogo aparentam-se aos do inconsciente: condensação e deslocamento). Por exemplo, o rito de iniciação de uma sociedade secreta converte sua cerimônia em algo que tem a aparência de um rito pubertário para conferir-lhe um valor que seja aceitável pelos demais. Sua legitimidade está inteiramente ligada à do rito pubertário. A iniciação pubertária não pertence nem à escola nem à seita, nem aos ofícios, mas é, de alguma maneira, tocada por essas e pode constituir sua legitimidade, mas não se dedica a seus jogos que são secundários em relação ao que ela promove no sujeito a título de *lugar simbólico*.

Além das distinções, há algumas proximidades entre a **transmissão** e a iniciação. Uma muito importante é que em ambas não se encontra um vínculo com a pedagogia, aliás, contrariando uma idéia corrente entre os autores, segundo a qual 'a iniciação poderia ter um papel educativo'. Esse esquema educativo é contrário a todas as afirmações dos iniciados recentes. Os iniciados denotam uma decepção após a iniciação. As declarações de um jovem senufo após a cerimônia demonstram isto: "Certamente é preciso que os jovens senufos sejam idiotas para crer que nessa mascarada se inteiram de algo! Já se sabia tudo antes de começar!" (JAMIN, APUD HOWLETT, 1997). O "lugar de eficiência" não é pedagógico, mas de outra ordem.

Entre outras distinções observadas por mim nos dois processos, realço a relação mantida por ambos com o saber. Esse ponto é crucial. Por exemplo, assim se expressou o jovem senufo submetido (que sofreu a) à iniciação "Já se sabia tudo antes de começar". Na **transmissão** o passante 'não quer saber' (LACAN, 1970) do que se passou com ele até o momento em que, por um ato, se dispõe a demandar o processo de passagem em função de seu não-Sabido. O saber novo da **transmissão** – saber do não-Sabido – é um modo de inscrição do sujeito em uma comunidade, mas esse saber não é o da comunidade só tem *valor* para aquele sujeito – o saber está no lugar do produto no seu discurso – e corresponderá ao lugar da verdade na fórmula do discurso o elemento (a): ($/a), ou seja, o gozo estará sob a barra do sujeito (ver discurso do histérico). E ao demandar a passagem propiciará a passagem do elemento (a) ao numerador, como agente e transformando o discurso de histérico. O *valor* acima referido é um 'valor desejo', só para aquele sujeito, unicamente para sua singularidade. Durante a iniciação não se inteira ou se aprende algo, nem ninguém ensina nada, não se coloca um aluno diante de um mestre, estão frente a frente um sujeito e um agente da lei - ou mais precisamente, um sujeito e um objeto da mesma crença. Na **transmissão,** os membros do comitê (do júri) que farão a 'passe' (autorização) não ocupam uma função pedagógica ou de mestria. Pelo contrário, os membros deste júri serão testemunhas de uma formação psiquiátrica que dará mostras de um produto singular, o que permitirá a passagem. Caso contrário, a passagem não será reconhecida e não haverá 'passe'.

Os sujeitos buscam na iniciação um elemento de saber – seja ele técnico, filosófico, metafísico ou cosmológico. A decepção do iniciante se explica ao mesmo tempo por sua espera dissuadida ou decepcionada e pelo que pode proclamar a propósito de uma revelação sobre a qual está ainda se perguntando o que ela esconde (o recalcado). Na transmissão, o passante não busca o saber do recalcado – esse já foi buscado em sua análise – mas entabula com esse saber a construção de seu fantasma e sua travessia. Assim para a iniciação:

> Há uma palavra em suspenso que ressoa no indeterminado do que esconde. Essa palavra nada diz, só o segredo do secreto – o jogo do esconde-esconde. Seja qual for a forma do rito pubertário, a marca do mesmo se reitera em cada uma das ocorrências que se reduz sempre a uma mesma pergunta sobre a imposição da lei: "O que querem de mim os que me concedem o direito de receber a palavra que forma uma cadeia e que me encadeia?" (HOWLETT, 1977).

O que se impõe para a consideração dos ritos é a criação da figura da 'cadeia', pois esses ritos são considerados em seu desenvolvimento codificado (o que já defini, no capítulo anterior, como lugar do Outro). A iniciação não é um ato pontual, isolado e que passado por ele não se tem que voltar. Ela toma consistência por uma longa seqüência que escalona a existência do sujeito através de anos. O que a fundamenta é a *série*. Vários psicanalistas-antropólogos aí cometeram um engano ao fixar-se no ato pontual da circuncisão – Reik, Roheim, Bettelheim (HOWLETT, 1977). A transmissão é pontual, porém é o fim de um processamento onde ela representa a derradeira etapa, a passagem de um discurso a outro – do discurso histérico ao discurso do Psiquiatra (o qual Lacan denominava discurso do Analista).

Questão de primeira ordem na iniciação: a temporalidade. Há a especificidade de um tempo próprio marcado pelas diferentes formas de 'apropriação da palavra'. A palavra em causa na iniciação é irremediavelmente separada do sujeito – morre em uma temporalidade distinta, pois é atemporal. A relação 'temporalidade-morte da palavra' torna o rito proeminente. O rito passa a ter a função de pôr o sujeito em condições de viver a iniciação. O sujeito deve executar uma impossibilidade, o rito em si mesmo, ou se declara inoperante perante os pares. Daí o infinito, ou o indefinido, da iniciação no qual se vê uma aproximação com o que Freud (1990 [1937c: 211]) produziu em sua *Análise Terminável e Interminável* (para a qual Lacan propõe em seu comentário a tradução: *Análise Terminada ou Indefinida*). A iniciação toma a forma de um processo cujo fim está perdido, e cuja

inacessibilidade conduz o sujeito ao questionamento da possibilidade do término da iniciação. De forma oposta, o rito bloqueado e codificado leva o sujeito a cumprir em um movimento a operação ritual e à pergunta sobre seu fim. Esse fim remete à sua origem: o recurso ao mito é para aliviar a angústia sobre o 'por quê?'.

O rito fecha o mito. É o rito que dá legitimidade ao 'mito da iniciação'. Só o rito é capaz de dar segurança à palavra aberta pelo jogo da repetição. O rito é capaz de operar o ato impossível. Rito e mito tornam-se então correlatos. A defasagem entre ambos é a sustentação do princípio da repetição e da impossibilidade de acabar com a iniciação. Não há a *última palavra* na prática iniciática. A aparência ("*semblant*" como o denominou Lacan ao se referir ao lugar do psicanalista como objeto a) ocupa o lugar do impossível e torna possível um discurso que, em si mesmo, é insolúvel.

Os agentes do rito são portadores do 'discurso do mito'. Para esse discurso se fazer carne é necessário sua disseminação em um processo de mediação – o qual veicula a palavra mítica. Os iniciados inserem no fundo de si mesmos uma pergunta motivada por sua inserção em uma história que sendo outra não deixa de ser estranhamente a mesma.

Longe de ser uma prática pedagógica de utilização de imagens, a *iniciação* acondiciona um corpo na ordem de sua verdade, na origem do quê está articulado seu desejo. Uma palavra é entregue e só ela é legítima – a palavra que não suporta ser subvertida pelos insensatos ou pelos não iniciados. Disto resulta o controle pelos iniciados nessa codificação e tem como conseqüência o regime de segredo estabelecido por ela. Trata-se de uma palavra cujo efeito e emissão só se pode encontrar e emitir em um 'outro lugar' (aqui temos outra coincidência com o que Freud (1990 {1900a [1899]}) denominou em seu campo conceitual '*ein andere Schauplatz'* – uma outra cena). Não há nada a ocultar, a não ser o 'nada a dizer', o qual se abre à única pergunta que permanece em suspenso:

> Para que serve tudo isto? O que fazer de tudo isto? De onde me vem essa palavra que me pede silêncio? Essa palavra que se insinua como lugar fundamental de minha ancoragem simbólica? (HOWLETT, 1979).

O sujeito toca, no instante mesmo do terror e por meio da cenificação de seu corpo, ao mesmo tempo o extremo de um possível passado e de uma impossibilidade de dizer (cf.

discussão anterior entre 'dito e dizer', Capítulo 2). Essa cenificação parece concernir às relações mantidas entre a criança e sua mãe – é uma outra expressão do impossível do gozo articulado neste tempo-espaço de relação (não-relação). A questão atuada e atualizada no rito remete ao corpo como lugar do Outro, e por esse viés à morte. Aqui se encontra um entrelaçamento do corpo – como lugar do Outro – e da morte que nos permite encaminhar mais um pouco minha proposta de **transmissão** e seus paradoxos próprios. A palavra que é tomada pelo sujeito na passe ele se responsabiliza por ela como uma construção singular de sua história – de 'seu possível passado' – e a coloca como um dizer – em oposição à 'impossibilidade de dizer' da *iniciação*. Ela se projeta como um futuro desde o anterior de sua historicidade.

4.2 **Transmissão**/formação

O Psiquiatra é um especialista cuja história advém das mais diversas origens. A história da especialidade e do especialista se tomada linearmente, como o faz Franz Alexander, Psiquiatra e historiador magiar-americano, surge com '(....) os bruxos, passando pelos responsáveis por asilos até os médicos' (ALEXANDER, 1968).

Já tivemos oportunidade de realçar anteriormente as peripécias do aparecimento da profissão por outros vieses. O movimento de surgimento do Psiquiatra e da Psiquiatria, como hoje são entendidos, sendo correlato a questões internas ao saber médico, dependente da evolução da noção de profissão e incluído em projetos sócio-políticos.

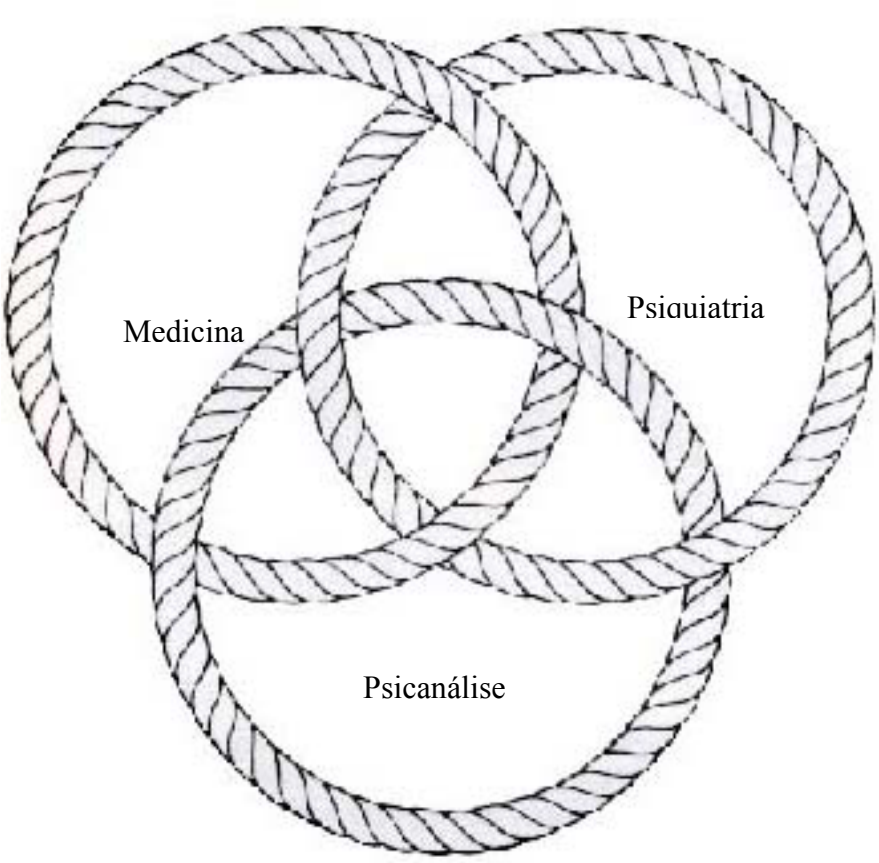
Utilizando-se Goldstein (1994: 27 a 208) como fonte, os avatares da 'criação dessa especialidade médica' são mais problemáticos do que o acima citado e encontram-se alinhavados a peripécias bem mais extravagantes. A leitura histórica da autora nos conduz do charlatanismo ao tratamento moral, da cientifização à Revolução francesa, da política dos 'patrões' à competição com a religião, da escolha do campo filosófico à disputa de fronteira com a magistratura, do sentimentalismo à quantificação e seus métodos, da fisiologia à legislação – numa riqueza de fontes e interpretações inestimáveis. Ela interrompe sua leitura histórica no século XIX (1876) quando supõe uma estabilização da profissão. Meu périplo

toma peso após a invenção da Psicanálise (em torno de 1900) e a viagem estabelecida pela autora de *Consoler et classifier* termina antes. Devemos, no entanto, considerar que a contribuição da autora nos seja extremamente útil quando trata dos primórdios e analisa o que denomina 'Especialização'. Tal capítulo da história da Psiquiatria e do surgimento da especialidade, na tese, são estudados como o 'processo de formação do Psiquiatra'.

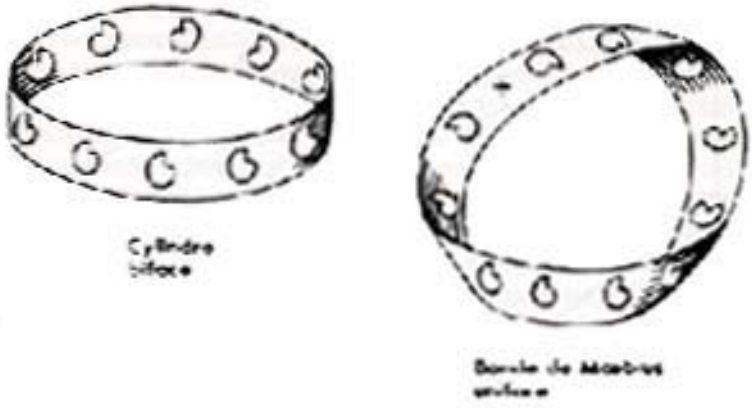
Para simplificar, no sentido de dirigir o olhar para o nosso interesse, nos dias atuais, a formação Psiquiátrica é exclusivamente médica, não se distinguindo em nada da formação da medicina geral. Encontra-se submetida a todas as normas curriculares, pedagógicas, práticas, de associação e deontológicas da formação do médico – seja ele laboratorista ou radiologista (discussão do Capítulo 2 e Regimento da Residência Médica da UERJ, MAR/2000).

Não se coloca para a formação do Psiquiatra hoje uma questão que é, para mim, fundamental, isto é, a da relação do campo da Medicina, do campo da Psiquiatria e do campo da Psicanálise. Na tese tal relação é elaborada como um entrelaçamento, como um tecido ou ainda como uma amarração de nó (GRANON-LAFONT, 1990: 125).

Na proposta do nó Borromeu (GRANON-LAFONT, 1990, 125 passim) há três dimensões que preservam sua singularidade. No caso de minha tese a da Medicina, a da Psiquiatria e a da Psicanálise. Há três dimensões em que há recobrimento de duas delas, na minha proposição: Medicina-Psiquiatria, Medicina-Psicanálise e Psiquiatria-Psicanálise. E finalmente há uma dimensão única em que as três se recobrem – é no espaço central do amarrramento. Esta é a figura topológica básica de minha proposta onde pode-se pensar os três campos Medicina, Psiquiatria e Psicanálise fazendo um amarramento em que só os três juntos permanecem em forma de borromeana. O desaparecimento ou a retirada de qualquer um deles desamarra o nó.


Medicina
Psiquiatria
Psicanálise

A urdidura e a trama também são passíveis de serem conceituadas num corpo topológico, a Banda de Möbius, ou na representação da operação de União de conjuntos, onde os dois campos fazem interseção (Ver Capítulo 1, Banda de Möbius, operação de união com interseção). Não basta para a contribuição da Psicanálise na formação do Psiquiatra a conceituação acima descrita, mas urge a operacionalização do conceito numa cena, numa práxis onde possamos fazer a mesma demonstração operacionalmente.



Ao terminar o curso universitário médico e ter a *garantia*[48] daí decorrente, o candidato à formação psiquiátrica submete-se ao exame para sua especialização ou sua residência (no caso da UERJ, onde leciono e provoco a **transmissão**, é um único concurso, sem distinção, para todos os residentes) junto com os outros futuros especialistas – do dermatologista ao ortopedista. Isso, só demonstra que os princípios reguladores dessa especialização são os mesmos para todas especialidades médicas, incluída aí a Psiquiatria.

Quanto à epistemologia, tais princípios estão vinculados ao conceito de Discurso Universitário, postos em jogo na formação médica e só a eles. Ou seja, os princípios regentes da Psiquiatria são os mesmos da Ortopedia! Todo dependente de um mesmo agente garante: o conhecimento pertencente ao *Discurso universitário* (S^2/S^1: a/\$) que os sustenta e os faz funcionar com seu agenciamento de saber-sabido.

[48] Garantia – no sentido de fiança, responsabilidade assumida pela instituição quanto aos direitos e privilégios do sujeito que recebeu o seu certificado de obediência a uma formação. A prática deste sujeito é garantida constitucionalmente.

Tomo a *garantia* como um ponto a ser destacado. Quando um médico exerce outra especialidade, que não a Psiquiatria, sua *garantia* é seu conhecimento médico universitário que o garante, seja do ponto de vista formal, seja do ponto de vista legal. O que ele aprendeu na faculdade, ele encontra – ou tenta encontrar – em sua experiência, com as variáveis de cada caso. Para o Psiquiatra o conhecimento universitário adquirido através da pedagogia é necessário, insisto, mas de forma alguma suficiente.

O Psiquiatra vai ter diante de si uma anatomia distinta da que aprendeu nas salas de dessecação, uma fisiologia que não é, exatamente, a que o ensino da faculdade lhe garante, uma patologia que não está em seus compêndios médicos, enfim é uma experiência clínica de outra ordem, com um sujeito e sua singularidade. O que não é da ordem do orgânico e acomete o corpo de carne com o qual o Psiquiatra tem a ver ele não conhece a partir de sua base cognitiva médica.

O Psiquiatra se defronta com um corpo que lhe apresenta sintomas e sinais distintos daqueles das outras especialidades acima expostas. E muito do aprendido na faculdade para lidar com tais sinais e sintomas, corretamente – diga-se de passagem – tem uma dimensão distinta. Durante o seu curso médico o Psiquiatra desconheceu um discurso cuja extensão sendo apenas derivada da anatomia e da fisiologia não se assemelha à especificidade de seu paciente. Os sinais e sintomas são efeito de outra dimensão que não corresponde aos manuais das cadeiras médicas. A anatomia e a fisiologia em causa são devidas, muitas das vezes às singularidades subjetivas. Não há superposição das disciplinas anatomia e fisiologia em sua materialidade e em sua representação no sujeito. Está em jogo um corpo possuidor de uma dimensão impossível de ser descrita nos compêndios puramente médicos (que visam uma universalidade), pois tal corpo foi construído pela história desse sujeito no nível pulsional, na dimensão desejante e na esfera gozosa de sua particularidade. Esse corpo de pulsão, de desejo e de gozo foi construído por uma história de prazeres, desprazeres, gozos e por conflitos únicos ou exclusivos de uma subjetividade.

O Psiquiatra encontra, comumente, uma ‘lesão’ que atinge um ‘espaço’, uma geografia alheia ao anatômico do Atlas médico. Por exemplo, uma paralisia (histérica) cuja anatomia é impossível de ser reconhecida no Atlas anatômico. Webster (1999), promove

uma longa discussão sobre este ponto nas mais de 500 páginas de seu "Por que Freud errou", muito útil para elaborar um roteiro daquilo a que o Psiquiatra não deve estar submetido, ou seja, aos enganos da epistemologia tecnológica. O Atlas médico não registra, ou não tem possibilidade de construir, um mapeamento *pulsional* (FREUD, 1989 [1915c: 105]) que é o dia-a-dia do trabalho do Psiquiatra Clínico, saiba ele isso ou queira ele ignorá-lo. Outro caso da mesma espécie é aquele no qual o paciente se queixa – e sente – uma dor em um órgão ou em um *aparelho* que à prospecção está hígido. Esta dor é uma demanda de uma ordem não registrada nos compêndios médicos. O paciente refere-se a uma versão individual da anatomia e da fisiologia vinculada a uma "história privada" (Ver Capítulo 1, Epistemologia). O paciente, em sua demanda, refere-se "a um órgão ou a um *aparelho* de linguagem" (MILLER, 1985). Se o Psiquiatra for 'garantido' só pelo ensino ministrado na Faculdade de Medicina estará impossibilitado de encaminhar tal demanda, pois a operação em questão só pode ser *garantida* por uma operação alheia ao conhecimento e está, isto sim, amparada na transferência (FREUD, 1990 [1912: 93]) a qual por sua vez não requer garantias do conhecimento. O estatuto da transferência é da ordem da suposição da qual deriva a categoria de 'ciência conjetural' (nota 49) aqui proposta para o campo psiquiátrico. A *garantia* da transferência é o desejo de quem a dirige. Requer-se para o trabalho do Psiquiatra um preparo cuja ética e estética diferem de um universal. Universal este, produtor de um campo de conhecimento cujo alcance não atinge o particular, como *Saber* não-sabido. Em certa medida, o particular se opõe ao conhecimento, aqui considerado como pertencente à ordem do universal.

Proponho que a 'teoria' de cada sujeito para seu sofrimento deva estar inserida na 'matéria do campo psiquiátrico'. Como isto pode ser estabelecido? Tal campo deve também ser o da formação do Psiquiatra Clínico em sua interseção com a Psicanálise. Quero dizer que à singularidade de cada sujeito doente corresponde à particularidade de cada formação do Psiquiatra. Como já afirmado anteriormente, o Psiquiatra Clínico deve, antes de tudo, ser clinicado para não injetar no sujeito em tratamento uma teoria do conhecimento trazida *a priori* por ele e com a qual o sujeito tenha pouco ou nada a ver.

O Psiquiatra e sua especialidade, nos moldes atuais, está submetido unicamente ao discurso da Universidade (S^2/S^1: a/\$). Enquanto na sua prática claramente são dois os discursos envolvidos: o da Universidade e o do analista (a/S^2 : $\$/S^1$). O primeiro sendo da

ordem de uma pedagogia (dependente do Discurso Universitário conforme explicitado) e o segundo dependente das formações do particular (dependente do discurso do Inconsciente anteriormente desenvolvido). Isto nos permitiria pensar, em sendo ela possível, numa ciência do particular. Prefiro *ciência conjetural*[49] (FINK, 1997: 69) como a hipótese feita por Lacan e a terminologia por ele adotada e desenvolvida no decorrer de sua obra. Para encaminhar tal proposta explicito agora o que foi dito anteriormente sobre a Banda de Möbius (rodapé 35 e figura p. 131) e a utilizo como meio de 'mostração', um esforço para lembrar o suporte espacial da 'contrabanda' (LACAN, APUD GRANON-LAFFONT: 29).

A duração da especialização é de, no mínimo, dois anos (refiro-me à UERJ) – dependendo da Universidade pode ter uma duração maior – seguindo um currículo através do qual o candidato terá oportunidade de acumular (no sentido escolástico) conhecimentos que possam torná-lo capaz de dominar um *savoir-faire*, para exercer dentro das normas exigidas, sua prática de especialista em Psiquiatria.

Trago à discussão a questão da técnica como foi sustentada em sua tese por Valadares (1995: 144):

> Com a técnica, entretanto, aprende o homem que o conforto, que precisa conseguir, não deve lhe retirar a coragem e o que lhe é anatômico, o que o ajuda a acolher, em seu corpo, as tensões, deve faze-lo, possibilitando no coração da invenção a sustentação da singularidade, dada na forma, na qualidade do acolhimento. A partir daí, aprende o sujeito que "amar é suportar", não o outro, mas toda a história de fantasmas que este outro o faz reviver e que nasce de seu interior. A invenção da técnica é o primeiro ato de ex-sistência, de projeção no mundo.

Sob a luz de tal discussão torna-se oportuna a crítica da formação do Psiquiatra como é hoje formalmente promovida. Ela é, essencialmente, voltada à formação de um 'operador de técnicas': semiológica, diagnóstica, de tratamento farmacológico e de 'manobras curativas' (entenda-se por isto: sugestão, a força operativa da posição do Psiquiatra ou os condicionamentos visados por sua abordagem). A partir deste objetivo atual

[49] Ciência conjetural – Foi Laplace (APUD CANGUILHEM, 1994: 416) o primeiro a usar o significante *'ciência conjetural'* em 1825, para se referir à medicina, onde o cálculo de probabilidades forneceria uma apreciação das vantagens e dos inconvenientes dos métodos quando se trata de reconhecer o melhor dos tratamentos em uso na cura de uma doença. Depois de Laplace foi Honoré de Balzac, segundo a mesma fonte, que utilizou essa denominação para a ciência médica em 1838 (no romance La Maison de Nucingen).

de formação fica esquecido o que tão bem nos lembrou Valadares (1995: 144) de Gil Vicente: “Nós somos a vida das gentes e a morte de nossas vidas”.

Para o médico completar sua formação formal como especialista – como Psiquiatra – resta sua inscrição na ‘associação profissional’ correspondente à especialidade, o que nos fez avivar acima a lembrança do nascimento destas. Através de uma prova de conhecimentos, e só isso, ele termina sua desejada formação. Nos dias atuais tal prova se torna cada vez mais exigente de conhecimentos técnicos. A associação pode ou não solicitar exame de proficiência na matéria (pode também exigir o curso de mestrado ou doutorado segundo a norma ou condição de avanço da especialidade médica na unidade da união onde foi solicitada a inscrição, porém tudo passa pela dimensão do discurso Universitário, do conhecimento cumulativo, escolástico, como já me referi anteriormente). Fica estabelecida a dependência da formação a um organismo de classe profissional (como já introduzido no Capítulo 2) e à organização do *metier*. Isso faz com que a formação seja submetida ao poder social e ao ethos (εθος, Capítulo 1), de uma norma profissional a qual é, também, uma instância do poder estabelecido.

Minha análise da situação indica que as exigências atuais são do *saber fazer e do reconhecimento de conhecimento* entre os pares (entenda-se aqui como instituição de classe), pontos a serem abordados a seguir. O *saber-fazer* é efeito de uma formação pela cumulação de conhecimentos. É uma aplicação correta, ou o mais próximo dela, do ‘já sabido’ ou do consagrado dentro de um campo ou de uma especialidade[50].

Do ponto de vista da deontologia médica o conhecimento e sua aplicação estão submetidos a um ethos corporativo, conforme ensina Durkheim (1983: 7): “Assim se formam focos de vida moral distintos, solidários.”, aqui desenvolvido, no Capítulo 1 parte 5 (1.5: 63). Por exemplo, não se pode aplicar um conhecimento que ainda não tenha tido re-conhecimento. A dominância do discurso pedagógico é absoluta. Quero dizer o

[50] A especialidade médica foi uma idéia que vigorou desde o século XI, quando Abu Ali at-Husain ibn Abdullah ibn Sina – Avicena, criou essa tradição, a partir do Hospital (Maristan) Azudi de Bagdá. Lá havia três (ou quatro) especialistas: o clínico geral, o cirurgião e o cuidador das pestes (Noah, 1995). Mas, já na China, sob Huang Ti, 2698 – 2598 a.C., o Imperador Amarelo, os ministros do imperador, sacerdotes-médicos, eram especialistas médicos e assim se apresentavam: Chiu Tai Chi, especialista em exame do pulso; Chi Pai, conhecedor dos efeitos das plantas; Yu Fu cirurgião habilidoso; Wu Hsien exercia encantamentos para curar doentes (LIMA, 1998). Tal divisão estava prevista na coluna diorita de Hamurabi. Nela se encontra a responsabilidade de cuidar dos loucos designada aos sacerdotes (THUILLIER, 1996).

conhecimento deve estar testado e ter uma margem de erro ou risco conhecida, compatível com a técnica aplicada. Este é um dos motes capitais da crítica de Webster (1999) à obra de Sigmund Freud, que desenvolve sua prática, teoria e pesquisa a partir da ética do desejo e não da deontologia médica – ponto cego na crítica citada. No caso de um serviço, por exemplo, usar uma técnica cujos riscos e proveito terapêutico são conhecidos, outro serviço não poderá utilizar outra técnica, se houver "risco" maior ou não haver o mesmo controle do primeiro ou até utilizar a mesma técnica sem as mesmas condições de controle. O que está em jogo não é o sujeito-praticante-poético ou o sujeito submetido a essa técnica, mas a técnica, ela mesma. O que me faz concluir que o sujeito deve estar de acordo com a aplicação da técnica mais do que a técnica de acordo com o sujeito. A beleza e os efeitos da criação cedem lugar pacificamente – segundo a deontologia da corporação – à repetição da mesma e inexpressiva ação técnica. Deixamos de ser 'a vida das gentes e a morte de nossas vidas' (GIL VICENTE, apud VALADARES, 1995) para privilegiar o ato precavido, enquanto prenúncio e anúncio da morte na pura repetição.

Com respeito à Psiquiatria, borda percorrida, pergunto-me sobre a particularidade (ou singularidade) da constituição e da produção subjetiva (sem me ater à discussão das 'modalidades subjetivas atuais', questão que mereceria um estudo à parte e que não será feito nesta tese, embora haja um intricamento com minha proposta). Esta particularidade subjetiva antecede a toda verificação de qualquer validade anterior de uma aplicação técnica. Minha proposta tem um estatuto que é antinômico ao Universal acima descrito para a formação do médico, em específico, do Psiquiatra. A meu ver a lida psiquiátrica é com a subjetividade e, portanto com uma especificidade, cujas normas do *saber-fazer* não correspondem universalmente – pois, o de que se trata aí é da ordem do particular (singular). Minha questão passa a ser: como trabalhar com uma garantia a partir do universal?

Aqui todo o aprendizado cumulativo, ou escolástico, de conhecimentos fica posto em cheque. O aprendizado pode até ser "exemplar", mas não mais que isto. Todo saber acumulado vale como 'referência' longínqua, mas não vale mais para cada caso, para ***o*** caso em questão. Outra vez a temporalidade entra em jogo. Manejo aqui um tempo futuro anterior, o tempo do 'só-depois'[51] (*Nachträglichkeit*, Freud (1990 {1950 [1895: 354]}),

[51] *Nacträglichkei*t - Tradução já consagrada em Português, para a idéia da temporalidade expressa pelo Inconsciente.

como o teorizou Freud e o consolidou Jacques Lacan (1998: 258,691, 853) com o conceito *après-coup*.

Não é o conhecimento médico que será aplicado do exterior. O *primum non nocere,* regra número um da deontologia médica, está descartada. Cabe ao Psiquiatra conduzir ou tratar o 'material' advindo do demandante, seu sofrimento, sua pergunta *odd*[52] (LACAN, 1988, 1998: 52, nota 43) – impar, único, sem paralelo, sem par.

Ao Psiquiatra cabe trabalhar com um 'não-saber' – com uma *docta ignorantia* (CUSIUS, APUD VÉDRINE, 1995). Sua intervenção não pode ser medida ou referendada só pelas normas do conhecimento adquirido. Essa prática clínica incidirá sobre a 'exceção', ou mais precisamente sobre o particular. Aqui, de alguma forma, se chocam conhecimento e Saber. Além deles, mas fazendo sua mediação, está a *suposição* – no caso, suposição de Saber. É nesse ponto que coincido com Valadares (1995) quando desenvolve a técnica como arte, como criação. Criação e arte implicam necessariamente ato único. Como na passagem de aprendiz a mestre pela obra-prima: "que o aprendiz aspirante à mestrança devia submeter a um júri para ser admitido" (Koogan/Houaiss, 1999) o Psiquiatra deve apresentar sua demonstração de particularidade de percurso em sua formação .

O conhecimento é elemento do universal e compartilhado por uma comunidade que o acumulou. Essa comunidade pode dar seu re-conhecimento àquele que o solicita, no momento que o demandante se inscrever nela, através de uma instituição corporativa. Ao reconhecer a corporação – solicitar sua inscrição - está apto a ser reconhecido por ela, pelo mecanismo de identificação (FREUD, 1990 [1920g: 99]). O reconhecimento pela corporação é um jogo de espelho e de mutualidade. Nesta tese, o saber tratado e pensado pertence não à comunidade, mas ao inconsciente. O saber ao qual me refiro na tese é da ordem do particular (singular) e não há como compartilhá-lo. Quero dizer mais, não se tem como conhecê-lo, pois ele surge retroativamente, quando se produziu um caso e seu processamento se dá *só-depois*.

[52] *Odd* – o tradutor para o português refere-se a 'díspar', que não me parece preencher todo o sentido do termo inglês.

Uma questão a ser respondida nessa forma de produzir uma **transmissão** é: de onde virá o re-conhecimento para essa produção? Respondo, aproximativamente, com o já exposto no Capítulo 2 e reafirmo, categoricamente, que 'anything doesn't go', contra o que propõe Feyerabend (1979), e que poderia ser uma possível aparência de solução.

Mesmo que eu esteja propondo um estatuto de ciência para essa intervenção, a ciência em questão é *conjetural,* embora tenha um estatuto que se distancia do "anything goes" de Feyerabend (1979). Esse distanciamento se dá pelo apoio no *desejo*, função primordial dessa técnica-arte (VALADARES, 1995), para o qual propomos a condensação em uma única palavra 'artécnica'.

No conhecimento, então, encontram-se hoje *condição necessária* e *suficiente* para a prática e ensino psiquiátricos. Prática e ensino são superpostos ao conhecimento e à técnica médica – aqui no sentido matemático de *aplicação*. Na tese a *condição suficiente* requer outro caminho. Em minha proposta dou o passo da aposta na direção oposta. Para a prática psiquiátrica e, essencialmente, para o ensino, o modelo proposto é o da poesia, ou seja, a técnica enquanto criação.

Para advir como Psiquiatra Clínico é na **transmissão** que situo a *condição suficiente*. A *condição necessária* tem seu lugar na pedagogia e não pode ser deixada de lado, porém suas limitações restringem seu alcance no processo. Se a formação depende da, e somente da, **transmissão,** ela não pode ser da ordem de um *savoir-faire,* de um conhecimento e de sua técnica, mas de um Saber - Saber do particular. Nesse Saber está envolvida a subjetividade do sujeito em formação. Essa **transmissão** é da ordem de 'uma prática do real' com sua quota: "meios simbólicos, seu corpo e seu ser" (LACAN, 1998c).

Na formação médica e no conhecimento dela advindo estão as bases (legal e deontológica) para a prática de um *savoir-faire* psiquiátrico. Na formação específica aqui defendida, a **transmissão**, estão as condições para a prática de uma clínica do singular (*Klíne*, Capítulo 2): a das formações subjetivas (similares ao que Freud (1900a [1899]) descobriu como 'formação do inconsciente'). O Psiquiatra deve, antes de tudo, bem dizer ou cuidar de seus sintomas e fantasmas a fim de estar apto a cuidar dos sintomas e fantasmas de seu paciente. Vou complementar a discussão com duas questões fundamentais na proposta.

A primeira, conseqüência imediata do acima exposto, é mostrarmos que mesmo sem ser da ordem do universal minha proposta está viabilizada por um processo que lhe dará um mínimo exigível de re-conhecimento – o qual não implica a reciprocidade. Insisto na reciprocidade, pois ela é um fato indispensável na forma atual de ensino e na obtenção do título de Psiquiatra. O reconhecimento atual é dado pela via do chamado científico (ou seria só empírico?), no sentido de saber repetir uma experiência. Na minha proposta o reconhecimento teria outro formato, proposto pelo dispositivo da **transmissão**, que não implica numa prática 'selvagem', mas que considera a subjetividade do Psiquiatra, incluída em sua intervenção.

A segunda questão recai sobre a demonstração de um axioma proposto aqui: 'o desejo do psiquiatra é o elemento primordial de sua intervenção'. Como elemento da intervenção, o 'desejo' é fator de 'cura'. Logo o 'desejo' está implicado no dispositivo proposto como elemento constituinte do mesmo. O desejo não pode ser ensinado, educado, governado (FREUD, 1990 [1921c: 63]), nem treinado, como tal, mas pode ser posto em *ato* a partir do processo de **transmissão.** Posto em ato primeiramente, no tratamento do desejo do Psiquiatra Clínico em formação e depois nos efeitos obtidos no seu clinicar, com seu paciente.

Em continuidade ao desenvolvido até este ponto, prossigo apresentando princípios a serem acrescidos em minha argumentação.

Dentro do campo da linguagem estabeleço lugares e realizações simbólicas distintas a partir dos discursos que produzem. Simbólico aqui tomado no sentido de dialetizável, porque pertencente à linguagem, campo comum ao sujeito e ao Psiquiatra. Ao conceituar discurso, volto a utilizar os seguintes lugares necessários a sua articulação: agente, outro, verdade e produto. Assim sendo, chego à seguinte definição de discurso:

> É um arranjo de quatro lugares fixos e quatro elementos, sempre dispostos na mesma seqüência. Os lugares são: do **agente,** a causa; do **outro,** resposta ao agente; da **verdade** (Jacob (1994), Bachelard (1934)), sustentáculo de cada discurso, do **produto,** realização de cada articulação dos elementos nos lugares predeterminados. Cada um dos quatro arranjos possíveis é uma montagem única obedecendo a seqüência dos quatro elementos: o mestre, o saber, o objeto e o sujeito.

Seguindo a ordem acima exposta dos quatro elementos como agente, os discursos são denominados: do inconsciente, da Universidade, do analista e da histérica. A partir do primeiro discurso (o do inconsciente) os outros três serão obtidos apenas pela rotação da direita para a esquerda de 90º dos elementos mantendo-se fixos os quatro lugares (agente, outro, verdade e produto):

agente		outro
verdade		produto

$\underline{S^1}$	$\rightarrow$	$\underline{S^2}$
$		a

Discurso do Mestre
(ou Discurso do Inconsciente)

Se no discurso seguinte, ou por rotação de 90º, o sujeito ($) ocupa o lugar do produto, ao invés do lugar da verdade, tem-se o discurso universitário onde o inconsciente é sua verdade recalcada:

$\underline{S^2}$	$\rightarrow$	$\underline{S^1}$
a		$

Discurso Universitário
(ou Discurso do saber)

O processo proposto é dependente de uma *série*, e que, por sua vez, é dependente da *causa* (no caso o agente do discurso). Por ser em cadeia, este processo depende da serialidade. Em minha proposta a série é criada pela sucessão de sujeitos submetidos à passagem (**transmissão)**. Ao serem submetidos a essa passagem, os sujeitos mudam de tipo na série. Essa mudança viabiliza a criação do 'dispositivo de passe'.

Pequeno circunlóquio para definir o que chamo de *Tipo*. Aqui *Tipo* é usado, aproximativamente, a partir do conceito criado por Bertrand Russell (Jr, 1995). O sujeito ao buscar aceder ao lugar de Psiquiatra 'deve', no sentido de Kant (1957), se empenhar com um outro na procura de sua verdade. Sua definição como Psiquiatra só se dá pelo produto que realiza neste empenho. O outro em jogo também fez, no seu processo singular, a sua busca, quero dizer, a busca de seu desejo. Por isto mesmo, está em condições de marcar a diferença com o primeiro – sob transferência - sem ser mestre, histérico ou professor. Não quero dizer que o professor, o mestre e o histérico não tenham sua verdade – pois eles a têm -, mas quero dizer que essas verdades não se aplicam ao que é por mim desenvolvido como proposição de um dispositivo neste trabalho.

4.3 O processo de **transmissão**

Passo agora a descrever o processo de formação, via **transmissão**, a partir dos conceitos acima desenvolvidos. A descrição será encaminhada pelas respostas a serem dadas a algumas questões que se apresentam. Será no estilo atual de um serviço de Psiquiatria que realiza a formação do Psiquiatra hoje, que se desenvolverá o dispositivo de transmissão? Um serviço de Psiquiatria poderá adotar o dispositivo de **transmissão** com os recursos atuais utilizados na formação? Esse processo deverá ser normativizado pelos Conselhos de Medicina? E para esse fim o Conselho vai criar um processo específico para a Psiquiatria? Os meios atuais em prática bastam para fazê-lo funcionar? Da maneira como definimos a formação do 'Psiquiatra Clínico', existem meios ou condições dele obter o reconhecimento para sua prática – que só depende de um percurso pessoal? O que proponho é uma especificidade no próprio seio da Psiquiatria hoje, como especialidade?

À primeira pergunta podemos responder categoricamente que não, pois os serviços de Psiquiatria não estão voltados para tal modalidade de formação. Eles necessitariam de uma reformulação nas bases de seu método e de sua metodologia de trabalho para serem capazes de se 'aparelhar' para o que proponho. A formação dos psiquiatras que hoje são

orientadores não foi da mesma ordem da que propomos. Não excluo a formação como atualmente é feita, mas insistimos que ela é insuficiente para o nosso propósito. Persiste uma parte da questão que é: não estando preparados hoje, poderão com os recursos disponíveis se preparar?

À segunda questão posso, da mesma forma categórica, responder que sim. Cabe-me precisar os recursos. Têm-se nos serviços de formação psiquiátrica as condições necessárias. Trata-se de uma questão de rearranjo. Assim, os Psiquiatras que orientam a formação atual e se dedicam à Psicanálise poderiam fazer parte de um "comitê de aprovação" (ou "juri de acolhimento", no sentido acima citado, como na aceitação da obra prima) com meios e métodos a serem definidos para cada serviço, assim como os princípios a serem aplicados para a **transmissão**. A junção Psiquiatria e Psicanálise poderia se concretizar numa prática de **transmissão** desde que abordada de ângulo distinto do atual. Hoje o Psiquiatra que pratica a Psicanálise exerce duas ocupações distintamente e sem interseção entre si. Essa junção pode ser interna ao processo de **transmissão.** Os Psiquiatras que têm formação psicanalítica a fizeram independente do serviço que participam como professores de Psiquiatria ou de Psicanálise. Poderiam, no entanto, ser o ponto inicial de um 'comitê de aprovação' (ou, juri de acolhimento).

As Sociedades Psicanalíticas pensam sua formação a partir de um exercício de poder e exigem aos demandantes da formação realizarem-na a partir de análises com membros autorizados por elas – os chamados 'didatas'. Esses são a expressão maior do exercício de poder em funcionamento numa formação psicanalítica e só contribuem para os descaminhos da produção teórica e efetiva do campo psicanalítico. Esse exercício de poder poderia ter um deslocamento na formação do Psiquiatra Clínico, pois sua análise seria independente de instituições e não haveria necessidade de participarem de Instituições Psicanalíticas onde estivessem submetidos às normas burocráticas de poder dessas. Poderiam escolher suas análises independentes das regras das Sociedades, teriam o suporte clínico de seu trabalho nos serviços de Psiquiatria, bem como, o controle clínico de sua prática.

Os Conselhos de Medicina poderão ser acionados como forma de *reconhecimento* desde que aceitem a formação como uma especialidade dentro da Psiquiatria. Por certo isto implicaria para os Conselhos normas e/ou legislação específica. Ou, em sendo Psiquiatra

reconhecido pelos Conselhos, criarem-se os meios de agrupamento que propiciariam trocas científicas e de experiência entre os diversos serviços que tivessem adotado a especificidade em questão.

Para a última pergunta podemos responder que dentro da Psiquiatria haveria os que fazendo sua **transmissão** seriam reconhecidos como uma especificidade dentro da especialização. Por exemplo, dentro do Departamento de Psiquiatria haveria um "comitê", pelo menos, inicialmente para decidir sobre esta formação. A formação em Psiquiatria não sendo suficiente poderia criar uma sistemática para os que se dedicassem a essa especificidade. Além de Psiquiatras seriam 'Psiquiatras Clínicos' com uma capacitação a mais na formação exigida hoje pelas comissões de residência e especialização, as quais forneceriam os meios para reconhecimento.

Qualquer formação depende do percurso pessoal, mas minha proposição de trabalho visa definir normas para um reconhecimento da especificidade do percurso. Por esse dispositivo o proponente dará 'provas'[53] a partir de seu desejo e essas devem ser especificadas, pois, serão a confirmação da legitimidade do processo. Uma das 'provas' do percurso pessoal é que ele deve ser clinicado, submeter-se a tratamento. O Psiquiatra assim poderá, com clareza por em questão seu desejo e viabilizar sua prática nestes moldes. O tratamento do Psiquiatra será a primeira 'prova' de que seu desejo estará em jogo no tratamento que ele for posteriormente ensejar. Sua práxis deixa de ser uma repetição de seu sintoma, pois este pôde ser posto a prova no seu tratamento individual.

Quando feitas as provas – por exemplo o tratamento do Psiquiatra, ou qualquer outra – estaria descartado desse percurso o que fosse normativo. A maneira de processar a intervenção não seria Universal e para os que fizessem o percurso de formação (**transmissão**) estariam sempre em jogo as questões de sua singularidade. O encontro com a singularidade do percurso do candidato, pelo 'júri de acolhimento', é o que definiria sua aprovação. As provas são um testemunho aos pares de que o passante está subjetivamente clinicado a ponto de poder 'por em ato' seu desejo. As provas são do processamento dessa clínica e não uma maneira de reproduzir um ritual que o habilite. Continuo fiel à idéia de que

[53] Provas – "... e estão convidados todos aqueles que possam contribuir dando a essa formação a legitimidade da prova" (LACAN, Documentos para uma Escola", s/data).

os participantes do processo o façam buscando uma formação individual. A intervenção do 'júri', a partir das provas, não é igual para todos, pois aí também estaria em jogo a transferência entre o candidato e o 'júri de acolhimento'.

Os que buscam a formação de Psiquiatra clínico o fazem em nome próprio e, além disso, interferem nela – conforme propõe a ciência atual ou, pelo menos, como propõe a teoria quântica. O nome próprio (KRIPKE, 1982) é um x, e este x é uma incógnita na equação do candidato que demandou a aprovação pelo 'juri'. O x teria um 'valor desejo' autentificado ou não pelo acolhimento.

Lembro a experiência feita por dois físicos, em nome de uma ciência, da medida de *décalage* gravitacional em direção ao vermelho (quer dizer a luz caindo torna-se mais vermelha) – realizada por Pound e Rebka – entre o alto e a base do Jefferson Building da Universidade Harvard. Efeitos 'relativistas' observáveis puderam ser formulados com maior facilidade de cálculo matemático a partir de Roger Penrose e Stephen Hawkins (BALIBAR, 1993). O discurso da ciência propicia e sustenta então a 'subversão' também no campo do social. O sujeito está submetido ao discurso da ciência esteja ele consciente ou não disto. A 'revolução científica' de Galileu (APUD KOYRÉ, 1991: 18 *et passim*) introduz para os sujeitos e o laço social uma nova questão de descentramento do sujeito a qual só foi possível com a saída da terra do centro do Universo, como era pensado no anterior sistema ptolomaico. O centro do Universo sendo deslocado provocou 'um deslocamento da questão subjetiva' (FREUD, 1990 [1914c]) – em termos freudianos produziu-se um golpe narcísico. Meu exemplo para os nossos dias – mantidas as proporções, assim como, a proximidade histórica para avaliarmos devidamente o fato científico – ocorrido na década de sessenta, se assemelha em conseqüências ao que sucedeu com a revolução galilaica. Estamos historicamente muito próximos para ter toda a avaliação do acontecido e no dizer de Canguilhem (1994: 180-1) 'necessitamos dialetizar um conceito novo para não se desconfiar dele'. A mudança do discurso da ciência como 'ruptura' (BACHELARD, APUD CANGUILHEM, 1994: 182) entre l4 de setembro de 1959 e 14 de setembro de 1960[54]

[54] Em 14 de setembro de 1959 o planeta Vênus passou no ponto mais próximo de sua órbita da terra e os pesquisadores do Massachussets Institute of Technology (MIT) de Boston enviaram pela primeira vez um sinal de radar em direção ao planeta do qual recolheram o eco de seu retorno à terra. Naquele momento esta experiência pareceu não ter fornecido nenhum dado. Concluir-se-á alguns meses mais tarde que este fracasso aparente era devido a um simples erro de cálculo que não punha em questão o método. Apesar de tudo, pode-se dizer que 14 de setembro de 1959, marca o começo de nova era onde o conjunto do sistema solar tornou-se

ultrapassa um 'obstáculo' (ibidem: 180) ou uma resistência – tanto no sentido proposto por Bachelard em *Atividade racionalista contemporânea* (APUD CANGUILHEM: 180) como no de Freud (1990 [1892-99], carta de 27-09-1897). Produziu-se um 'ato epistemológico' (CANGUILHEM, 1994: 182)[55] que introduziu um conceito novo para o pensamento científico.

O processo de **transmissão** como formação é estabelecido por um *dispositivo* institucional. A instituição será responsável de sustentar uma formação e será sustentada pelo *funcionamento* que ela propõe e veicula. Quero dizer, essa experiência será, ou não, concretizável e concreta em seu funcionamento. Neste sofrerá as correções e as confirmações indispensáveis para confirmá-lo ou infirmá-lo.

4.4 Como se dá a **transmissão** enquanto dispositivo

A **transmissão** exige para seu processamento algumas condições tanto do lado do demandante, quanto do lado da instituição veiculadora dos passos necessários à concretização do projeto. A seguir preciso minha proposição no que diz respeito às condições para sua realização.

Do lado da instituição as exigências mínimas de funcionamento são: estar em condições de criar um sistema propiciador ou facilitador do transcorrer do percurso, ou seja, provocar o trabalho transferencial – transferência de trabalho; ser responsável por criar no espaço de formação meios práticos e teóricos de crítica; ter meios de manter o júri de entrada e de autorização; controlar a clínica do formando – quero dizer de sua prática e de seu tratamento; dar formação teórica suficiente para a produção e a crítica; fornecer casos

---

acessível a medidas de alta precisão. A medida do tempo que coloca um sinal de radar para atingir um objeto celeste e ao retornar permite uma determinação extremamente precisa da distância deste objeto à terra. A partir daí se tem meios de medir as ínfimas curvaturas do espaço-tempo previstas pela Relatividade Geral (Balibar, 1995).Não pensamos que nossa proposta seja sustentada ou mesmo sustentável por uma teoria social, no entanto pode haver, e me parece que há, no mínimo uma analogia com esta visão originalmente da Física da interveniência do sujeito que faz ou passa por uma experiência no resultado final.

[55] Ato epistemológico – Assim o define Canguilhem (1994), a partir de Bachelard – *Atividade racionalista da física contemporânea*: Corresponde a etapas em que o gênio científico aporta impulsões inesperadas ao curso do desenvolvimento científico.

clínicos a serem desenvolvidos e trazidos para controle; propiciar a apresentação pública do desenrolar do projeto; estimular a criação de pequenos grupos de trabalho visando a produção; incentivar a relação do trabalho de **transmissão** em todas suas dimensões, além dos muros institucionais; controlar a análise do candidato – que deverá faze-la segundo sua escolha, independente da instituição.

Do lado do proponente: apresentar na entrada uma demanda que possa ser ratificada pelo juri como demanda de **transmissão**; estar em tratamento; dispor-se a controlar sua produção teórica e clínica; participar de pequenos grupos de trabalho e da apresentação de resultados – com duração mínima de dois anos; manter um liame, além da instituição, no social, através de seu trabalho clínico e sua produção teórica; participar de um pequeno grupo e apresentar em nome próprio a produção deste trabalho; apresentar-se ao júri no final do processo a fim de falar de seu tratamento, de sua clínica e para obtenção de reconhecimento – dando com isto reconhecimento à instituição.

Seguindo a ordem expressa acima passo a desenvolver o que foi designado como 'exigências mínimas' para a instituição com a finalidade de clarear e definir o expresso.

Antes mesmo de desenvolver 'as exigências mínimas', da primeira assertiva, tenho pela frente o trabalho de conceituar a instituição suficiente e seus dispositivos de funcionamento para o cumprimento das exigências que lhe cabem na execução da formação. À instituição que veicula a **transmissão,** diz o primeiro preceito, é exigido 'provocar transferência de trabalho', ou seja, 'estar em condições de criar um sistema propiciador ou facilitador do transcorrer do percurso'. A fim de estar preparada para esta exigência, a instituição formadora de psiquiatras clínicos necessita de outras instâncias além do modelo atual. Não se conta com o dispositivo em funcionamento, preparado para tal fim. No entanto, para exercer sua finalidade devo acrescentar à instituição existente um sistema que não seja só de ensino, quero dizer, que tenha o processo de formação deslocado de seu centro pedagógico em favor da transferência. Talvez este seja um grande golpe narcísico tirar o Psiquiatra do centro da formação e colocar as formações do Inconsciente como a questão *princeps*. Para tanto a instituição – como lugar de suposição – deve ser capaz de provocar 'transferência de trabalho', é primeira função a ser perlaborada. Exercitar a 'transferência de trabalho' como um conceito e uma operação estendidos da definição freudiana de

transferência. Transferência ou trabalho de transferência é como a chamamos quando aplicada à prática psicanalítica, definida em Conferencias de introducción al psicoanálisis (FREUD, 1990 {1916-17 [1915-17: 392]}). A prática do tratamento psicanalítico é uma práxis da Psicanálise em intenção e o proposto por mim é uma prática em extensão. No processo psicanalítico a transferência é o suporte, o meio de produção das formações inconscientes e a suposição de saber ao lugar do psicanalista, enfim, é o motor e a resistência ao trabalho de análise. Este, em última instância, é um trabalho de transferência e sua dissolução. O que proponho, porém é uma transferência de trabalho é o trabalho na **transmissão** feito sob transferência e não como um treinamento ou como um condicionamento. Provocar transferência como trabalho é abrir para o dispositivo de formação um espaço que seja de suposição mais que cognitivo, de Saber mais que de conhecimento, do inconsciente mais que de conscientização. Para que tal espaço viceje numa instituição Universitária – dependente do discurso da Universidade – deverá haver a operação que vimos acima Canguilhem chamar de 'dialetizar o conceito para não se desconfiar dele' com o discurso da Psicanálise.

Na segunda assertiva encontra-se 'ser responsável por criar no espaço de formação meios práticos e teóricos de crítica'. Neste ponto Kant pode nos auxiliar quando no prefácio à 2ª edição da Crítica da Razão Pura nos ensina:

> A tarefa da crítica é ao mesmo tempo negativa e positiva: negativa enquanto restringe o uso da razão e positiva porque nesses limites, a crítica garante à razão o uso legítimo de seus direitos.

Esta é uma tarefa da **transmissão**, pois é aspiração desta submeter todas as coisas à crítica da razão e não se recusar a submeter a própria **transmissão** à crítica para determinar seus limites e eliminar de seu âmbito falsos problemas. Esta crítica não age no vazio, nem precede o conhecimento, mas atua sobre as produções que se dispõe com o fim de determinar as condições de sua validade. Esta assertiva é conseqüência dos meios advindos das análises dos formandos e sua formação teórica, bem como, de sua experiência clinica particular e o expresso como universal. É uma forma de responsabilizar cada um por seu processo de **transmissão** de tal maneira que a formação de cada um esteja intricada com o discurso universitário na dialética com o discurso do não-saber. Só assim poderá ser dado um passo consistente na direção da particularidade, sem que haja com isso submissão ao selvagem.

Com respeito ao juri de entrada – e de autorização – cabe um pequeno desvio, pois essa instância ainda virá a ser inteiramente produzida, enquanto os itens anteriores funcionam, mesmo que parcialmente na formação atual, embora sem a dimensão aqui proposta. O juri é composto por 3 (três) membros da instituição com análise pessoal, reconhecidos por sua contribuição na formação e que sabidamente provocam transferência de trabalho. Após um certo período de funcionamento do processo, os 3 (três) membros do juri, devem eles mesmos ter se submetido ao juri de entrada e ao juri de autorização. A título precário, no inicio da experiência, devem compor o juri os professores que tenham provocado nos psiquiatras em processo de **transmissão** a transferência de trabalho e sejam escolhidos pelos psiquiatras em formação.

O controle é o próximo item a ser explorado em nossa formalização. A capital importância deste item nos remeterá primeiramente à Ata de Fundação da Escola freudiana de Paris (LACAN, S/ data), onde o autor se refere ao controle de uma forma imperativa aos membros de sua escola aos quais exige que se 'comprometerão a realizar uma tarefa submetida a um *controle* interno e externo'. Isto quer dizer que o controle é uma forma contínua de pertencer ao campo por ele proposto. Concordamos com tal afirmação se tomarmos como referencia o texto freudiano Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1990 [1912e: 107]). Durante a formação o processamento do demandante estará submetido a 'controle'[56] sistemático de seus pares, da comunidade científica em geral e de *tutti quanti*. O que é um *controle?* È uma análise 'segunda' ou em segundo grau. O controlador trabalha com o controlado sob transferência sobre os 'pontos cegos' (STEKEL, APPUD FREUD, 1990 [1912: 115]) do último – aquilo que é ainda para este uma resistência não analisada. Do ponto de vista da comunidade, o controle externo, vincula-se às demonstrações do candidato de seu percurso em trabalhos, cursos e atividades que mostrem ser de produção do percurso. Tudo o que foi aqui explicitado está sob a égide do desejo – desejo de Psiquiatra. Controle dá, conforme o senso comum, uma primeira idéia de autoritarismo. Pode-se, no entanto, afirmar que essa idéia inicial desaparece ao nos aprofundarmos em detalhes da proposta aqui explicitada, fundamentalmente ligada ao que defino como Ética do desejo, no Capítulo 1. O *controle*, chave mestra para a entrada no campo da **transmissão**, constitui-se fundamentalmente da observância da *produção* (cf.

[56] *Kontrollanalyse* – termo introduzido por Max Eitington, em torno de 1920 (apud LAPLANCHE, 1967).

discussão acima, da base de construção de um discurso, na qual a produção é um dos quatro lugares). Ou seja, aqui estará presente a produção de um discurso que será confirmado – ou não – pelos pares, pelo 'pequeno grupo' de trabalho, pelo responsável pelo 'pequeno grupo', por efeitos clínicos. Tais efeitos serão passíveis de observação no agente da produção, seja em seu trabalho clínico, por controle pessoal individual com outro membro já reconhecido por seu trabalho (controle interno), seja em sua produção escrita, seja no acompanhamento do ensino textual, seja na análise do formando, seja no pequeno grupo – definido em alguns princípios, por Lacan, como 'cartel' (Documentos para uma escola, s/data). O controle será exercido também pelos não pertencentes ao grupo de trabalho, mas que se dispõem a ser participantes da experiência, além do controle da comunidade em geral, na qual a *produção* causará efeitos e será seguramente divulgada e aprovada, ou não.

Entram no controle da *produção,* aqueles que mesmo exteriores ao trabalho – no sentido de não estarem se submetendo à **transmissão** – se autorizam a participar desta atividade, assim como toda a comunidade científica. E a isto chamaremos de *controle* externo à instituição de formação. O pequeno grupo de produção, o cartel, 'estabelece um laço social que, marcado pela ética do discurso do analista' (LACAN, Documentos para uma escola, s/ data: 11) trabalhará sempre sob a regência dessa ética, pois 'difere do grupo concebido pela via imaginária da hierarquia, do ideal e da chefia' (LACAN, Documentos para uma escola, s/ data: 11).

Sendo uma idéia pouco conhecida e pouco praticada cabe aqui evoluir a definição do pequeno grupo, o cartel. A **transmissão** constitui-se primordialmente sobre a estrutura do cartel, 'lugar de trabalho privilegiado, onde se impõe situar a ética (....)' (LACAN, Documentos para uma escola, s/ data: 13). Esse pequeno grupo terá de 3 (três) a 5(cinco) membros que se escolhem e escolhem o 'mais um'. 'Mais um' é uma função (vide rodapé 20 em 1.4). No dizer de Lacan (Documentos para uma escola, s/ data: 14) 'O lugar do 'Mais-um', se é qualquer um, deve ser alguém que, estimulando o trabalho e sua elaboração, se abstenha da mestria'. Deve-se também deixar claro que é na transferência à **transmissão** que se constitui a experiência do cartel, 'sendo que o 'Mais-um' deve ser escolhido dentre os seus membros' (LACAN, Documentos par uma escola: 14). Na organização do sistema da **transmissão** haverá uma coordenação de cartéis. Haverá um lugar de escuta na coordenação de Cartéis para os que não sigam essa norma, mas sustentam sua proposta de trabalho no

interior da **transmissão**. Para falar da posição do 'Mais-um' utilizamos um neologismo esta posição é 'éxtima' (LACAN, 1998: 238) ao grupo. 'Éxtimo' em *Função e Campo da Fala e da Linguagem* tem o sentido möbiano de ser interno e externo sincronicamente, é o íntimo exterior do texto freudiano sobre o Ominoso (FREUD, 1990 [1919h: 215]). O 'Mais-um' é o encarregado da seleção, da discussão e do destino do trabalho de cada um. Além destas funções acima, outra de capital importância é permitir que os quatro discursos (mestre, universitário, histérico e do analista) não fiquem cristalizados e recubram apenas um dos elementos do grupo, mas que circulem. A conseqüência maior dessa formação está na produção, onde sujeitos assim formados sejam capazes de intervir na doença mental, enquanto fato do particular, mas com inserção no coletivo e no público. Uma conseqüência ética do trabalho do pequeno grupo é que a produção embora realizada no cartel, sob transferência é de responsabilidade de cada um como autor.

Crendo ser este um trabalho que não se restringe à formação do Psiquiatra penso sua aplicação além da dimensão institucional onde foi desenvolvido e mais ainda além da fronteira do tratamento da doença mental. Sua validade se estende ao processo social de relações e de abordagem da inter-relação com outras clínicas médicas. Sua dimensão 'em extensão' prevê também sua aplicação na comunidade como uma forma de encontro com as questões sociais para as quais o Psiquiatra estará preparado e poderá dar sua contribuição. Cabe, portanto à instituição formadora o estímulo e a fomentação dessa participação além dos limites do hospital e da clínica psiquiátrica em termos restritos.

Como último ponto de compromisso do lado institucional cabe ressaltar sua participação na análise do candidato ao oferecer um dispositivo que chamarei de Diretório ao qual é dada a incumbência de promover um espaço propiciador da discussão e 'contra-análise' (LACAN, Seminário XXIV) no qual estarão sendo postas em questão e levados a termo exames e investigações sobre as análises a que estão se submetendo os candidatos. É um espaço também de questionamento da posição dos coordenadores, professores e Psiquiatras promulgadores do processo de **transmissão**. 'Contra-análise' tem o sentido preciso de analisar o encaminhamento de uma análise no seu processamento e suas conseqüências, tanto na subjetividade, como tal, mas também na prática do formando.

Do lado da Instituição pensamos o processo regulado pelos seguintes organismos:

1. A ‘comissão de transmissores’ ou os encarregados de fazer circular a transferência enquanto meio de formação do Psiquiatra. É composta por três Psiquiatras já submetidos ao processo e que se comprometem a garantir sua manutenção;
2. O ‘corpo didático’ responsável pelo ensino consagrado da Psiquiatria. O ensino da prática psiquiátrica como o exame clínico, as definições nosográficas, a doutrina do tratamento e suas variações, a casuística, a prospecção médica e a atualização da informação psiquiátrica;
3. O ‘grupo de inventário’ responsável por assegurar a exposição e a censura crítica das publicações consideradas autorizadas neste campo. Deverá cuidar da atualização dos princípios habilitados a dar à práxis psiquiátrica seu estatuto de ciência. Estará responsável pela ‘interseção em evolução’, ou seja, a contínua troca com as ciências humanas, ou não, que podem ser tocadas pelo projeto e que podem contribuir para o projeto. A práxis da teoria é solicitada principalmente para dar ao que chamamos, com Lacan, ciência conjetural um estatuto do particular na intervenção. Resumindo este item: comentário contínuo do movimento psiquiátrico; articulação com as ciências afins e a ética da Psiquiatria como práxis de sua teoria. O ‘grupo de inventário’ se responsabilizará pela produção escrita e a respectiva publicação de Revista da **Transmissão** como forma de submete-la à comunidade científica;
4. O ‘júri de entrada’ e ‘júri de confirmação’ tem a função de escutar os que demandarem sua entrada no processo, assim como terá a função de autorização para aqueles que tendo cumprido o processo por um período mínimo de três anos demandarem uma formalização de seu processo pela passe;
5. O ‘Diretório’, formado por três membros – sendo dois do corpo da formação e um membro do corpo de formandos –, terá a função de manter em contínua discussão as contra-análises.

Todas as funções devem circular entre os membros que propiciam a formação e a circulação, é um princípio de seu funcionamento. É uma das formas de descartar a mestria tal qual o cartel faz a circulação dos discursos entre seus membros.

Do lado do candidato à formação faremos o seguinte resumo de seus compromissos:

1. Apresentar ao ‘júri de entrada sua demanda de **transmissão**, demonstrando para isso o seu envolvimento desejante no pedido;
2. Ao se apresentar ao ‘juri de entrada’ dar demonstração de estar em análise e do encaminhamento da mesma;
3. Assumir os compromissos de controlar sua produção teórica e clínica, assim como, participar do ‘cartel’;
4. Participar ou se comprometer a participar do ‘Diretório’;
5. Comparecer ao júri de confirmação quando der por satisfatória sua formação, a fim de dar provas da mesma e fazer a passe.

O processo pelo qual passou, em sua formação, dará ao Psiquiatra a possibilidade de sustentação epistêmica da mesma e estará em condição de responder por e com seu desejo. Ao final da **transmissão** será responsável desejantemente pelo trabalho a que se dedica e poderá sustentar – como o exige a doença mental – ser co- partícipe dela em seu tratamento.

4.5 A sessão clínica na **transmissão**

A sessão clínica é um procedimento antigo e comum na medicina, em geral, e na Psiquiatria em particular, e seu formato depende do fim a que se destina. O fim é uma conseqüência epistemológica da sustentação do procedimento em cada escola – considerando-se não abusivo este significante para definir cada ensino. Seguindo-se, de bom grado, as informações contidas em Canguilhem (1994: 414), pode-se caracterizar as correntes de ensino na medicina, ou escolas médicas, em três categorias epistemológicas. Estas são definidas em conformidade com a sustentação adotada na maneira de ensino e pesquisa:

1. os empíricos;
2. os dogmáticos e
3. os metodistas[57].

Ao identificar o significado do processo de ensino presente na 'sessão clínica' de cada uma das correntes acima, farei a precisa distinção com a minha proposta para este dispositivo na **transmissão**, como parte da formação.

A sessão clínica em Psiquiatria quando formatada ao estilo dos empíricos tem a finalidade de aguçar a capacidade de observação e de repetição da experiência a fim de fazer o que é chamado 'um exercício contínuo da memória'. É de grande importância pedagógica como forma de ensino por repetição e condicionamento. Quanto ao efeito sobre o paciente me parece ser muito pequeno ou inexpressivo. Os pacientes são usados como amostragem de situações a serem observadas, pois se repetirão e, portanto, serão reconhecidas pelos médicos em formação. Os pacientes, em suma, são 'material de ensino' e nada mais do que isso. Sua doença, seu sofrimento são objeto de observação e cuidado com a finalidade de serem paradigmas para posterior aplicação na prática. Servem de comprovação da mestria. Sua utilidade principal é a confirmação do saber do mestre, ou como este usa a sessão clinica para corrigir os deslizes dos discípulos. O mestre usa a sessão clínica para ensinar os discípulos a identificarem o que têm diante deles – a doença.

Uma outra maneira de fazer a sessão clínica e que posso identificar como racional (ou dogmática) é aquela em que o apresentador a utiliza como uma maneira de buscar a analogia com a 'nosologia', da ordem do universal. Deve ser feito um estudo de caso, ou um diagnóstico, no qual estão contidos todos os outros casos do mesmo gênero. O caso servirá para mostrar como são todos os outros análogos – como se estes existissem. Os manuais são a fonte dos casos típicos e estes casos devem ser encontrados – mesmo em suas variações. As variações são apenas diferenças nas especificidades genéricas que serão sempre buscadas. O sujeito, o paciente, que as apresenta não é questão para a tarefa desse formato de sessão clínica.

[57] Os empíricos confiantes nos poderes da observação e da memória; os racionais ou dogmáticos confiantes no poder do "analogismo" aplicado na busca das causas escondidas e os metodistas que se satisfazem com a aparência.

No terceiro caso, a sessão clínica já contém o que é buscado e é questão apenas de realizá-la bem, para que o caso seja definido conforme o esperado. O que conta em cada caso é o que ele aparenta. Se o cenário da sessão está composto será então encontrado o que se apresenta como doença. O primordial é o método, o paciente é conseqüência.

Nestes formatos, a sessão visa a ensinar corrigir os tropeços do aprendiz. Os jovens em formação se esforçam para realizar uma boa *performance*. Os residentes apresentam a história, os exames pedidos, o diagnóstico, o tratamento, etc., dentro dos padrões oficiais e aguardam a aprovação de seu esforço, como a confirmação de que sua observação foi bem feita, que guardaram os ensinamentos e que reproduziram o método preconizado. A prática é um meio de aprendizado monitorado do já sabido e tem a comprovação da prática clínica. O aprendiz apresenta sua conduta e quer saber se ela foi conforme o modelo. Ele aguarda dos professores as sugestões, as críticas, as opiniões sobre seus acertos e tropeços no caso. Quer dizer, o caso está aguardando para ser bem captado e quem o atendeu é capaz de falar dele conforme o modelo prévio, já sabido. O aluno deve dominar o caso a partir da norma que o professor esforçou para ensinar-lhe, e repetir o melhor, pois aquilo é uma *verdade* catalogada.

Na sessão clínica que proponho, o formato se distingue pelo que nela é 'encontrado', pelo que nela há de 'encontro' (Ver Introdução: 23 *et passim*). A liberdade do candidato é seu aprisionamento no desejo, 'desejo de Psiquiatra'. O método é definido pela análise do aluno, por sua transferência e seu momento de elaboração. O aprendiz não tem que encontrar nada, a não ser escutar o discurso de seu paciente e saber pontuá-lo onde necessário. A questão da sessão coloca tanto o paciente, como o 'transmissor' e o aluno em cena. Ambos os lados – 'transmissor' e aluno de um lado e paciente do outro – são parte do processo que se passa naquele momento da sessão clínica.

Se a minha proposta quer que a **transmissão** avance além das fronteiras do hospital ou do encontro paciente-Psiquiatra em âmbito exclusivamente privado, a sessão clínica coloca em questão o processamento envolvendo o privado e o público. Se o paciente tem seu pedido de tratamento acolhido em uma instituição, esta faz parte de sua doença e está representada pelos Psiquiatras e *tutti quanti* o atendem e pretendem ser motivo de sua cura. A sessão clínica propicia, no particular, para cada paciente, a disposição e a disponibilidade

de escutá-lo e trabalhar o que se apresenta como a doença. A sessão clínica é o lugar da escuta e acolhimento do grito de socorro emitido pelo paciente. Quem se propõe a ser parte do processo da doença e de tratá-la deve estar atento à proposição clínica da escuta. É na audição do sofrimento do paciente que posso ter acesso ao desenrolar de seu pedido de ajuda e me colocar como meio de viabilizar essa cura. O público está em jogo no particular do sofrimento do paciente: primeiro porque para além do público que não suportou aquele convívio está o Hospital que representa o público e acolhe – ou deve acolher – o excesso (gozo, rodapé 5: 25) particular em jogo na doença mental. Este excesso (gozo) é o que deve ser marcado e interpretado em cada caso na sessão clínica. Particular e público se encontram no compromisso do Psiquiatra com o paciente na posição de quem pode conter o excesso do 'liame social' (rodapé 4: 23) das formações inconscientes ou do 'inconsciente a céu aberto' deste (LACAN, 1998: 537, 1985b).

As regras propostas para o funcionamento da sessão clínica que ocorre, desde 1994, na UDA Psiquiatria da FCM do HUPE deixam clara a intenção que a determina, preside e coordena. Consta do 'contrato' proposto para tal 'encontro' (p.23 *et passim*):

1. As sessões ocorrem em um local previamente determinado no serviço de Psiquiatria, em programa anualmente definido;
2. Sempre às 9:00 horas da manhã, uma vez por semana;
3. Com a presença dos alunos da residência, da especialização e dos analistas da Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano – as sessões são parte da formação dos analistas desta escola;
4. São convidados para a sessão pacientes internados no serviço e excepcionalmente do ambulatório aos quais é colocada a regra de tudo poderem falar, livremente sem restrição;
5. Os pacientes convidados para a sessão são escolhidos pelos residentes, pelos especializandos ou eles mesmos solicitam sua vinda;
6. O serviço não faz restrição à escolha de qualquer paciente;
7. A sessão, ao iniciar-se, não permite a entrada ou saída de quem já estiver na sala até o fim da sessão;
8. Apenas o responsável pela condução da sessão e o paciente falam enquanto durar a sessão;

9. Todos os presentes estão ali a título de 'morto'[58] e se comprometem com este princípio de participação;
10. A duração da sessão é variável e seu fim terá a anuência do paciente;
11. Após a sessão haverá discussão da mesma com os que estavam presentes ou que chegaram após seu término, com duração variável;
12. Após a sessão com o paciente, e sua saída da sala, podem sair ou entrar novos participantes que não estavam na primeira parte ou que saem, pois não querem participar da segunda parte – residentes, especializandos ou analistas;
13. Todos os presentes podem tomar e fazer uso da palavra para exercer comentários sobre a sessão ocorrida;
14. É feita a ata da primeira parte da sessão, após a saída do paciente, e da segunda parte, enquanto ocorrem as discussões, em livro reservado para tal fim na EBPMF;
15. São discutidas na EBPMF, em encontro dos analistas, as atas das sessões clínicas do HUPE para a qual são convidados os residentes e especializandos.

[58] Lugar do morto – Lacan (1998: 151: 591) propõe este conceito para designar o'lugar do analista' em oposição ao lugar do hipnotizador ou do sugestionador, no momento em que o Simbólico era a dominância de seu ensino – em oposição a Imaginário e Real. Morto, por aproximação, corresponde ao que Lacan definia nesse período como Simbólico.

5. **Conclusões**

A tese tem início a partir da elaboração da experiência realizada desde 1994, na UDA de Psiquiatria do HUPE, na formação de especializandos e residentes em Psiquiatria, conjugada com a formação contínua de psicanalistas na EBPMF, desde 1983. Psiquiatra e posteriormente Psicanalista tive nessa experiência a oportunidade de juntar as duas práticas e sua construção teórica, num objeto de interseção entre ambas. Esse objeto tornou-se o motivo desta elaboração como uma 'proposição'.

O princípio do qual parto para desenvolver o eixo fundamental do trabalho consiste em sustentar que o tema da formação psiquiátrica localiza-se entre a arte e a técnica. Considerando a primeira como sinônimo de 'criação *ex-nihilo*' (LACAN, 1988) e a técnica como uma forma de repetição, já descartada sua definição clássica como sinônimo de criativo, pós Platão (Fedro 270c, Górgias 501a).

Fazendo uma equivalência da Psiquiatria com o que Lacan (1998: 278, 285-91, 475, 495-501, 868-77) denominou 'ciência conjetural' ao se referir à Psicanálise, trabalho a operação de interseção entre as duas, demonstrando ser possível sustentar tal homologia. Mesmo mantendo áreas próprias, encontro entre elas regiões e fronteiras que se intersectam. O significante 'ciência conjetural' criado por Laplace (CANGUILHEM, 1994: 416) para se referir à Medicina me pareceu ser um fio a ser considerado em minha 'proposição' para demonstrar a interseção.

O significante 'proposição' (προτασις) é utilizado desde o título no intuito de configurar um 'enunciado declarativo' (ARISTOTELES, da Interpretação, 1: 16-19 APUD ABBAGNANO, 2000), um pensamento inerente ao ser verdadeiro ou falso. A discussão de 'proposição' se alonga, pois juntamos a afirmação de Canguilhem de estar 'no verdadeiro' é também estar 'no erro' (apud BALIBAR, 1993: 65 *et passim*) com a afirmação lacaniana (LACAN, 1974: 9):

> Eu digo sempre a verdade: não toda (pas toute), pois não se chega a dizê-la toda. Dizer toda a verdade é impossível, materialmente: as palavras faltam para isso. É mesmo por esse impossível que a verdade liga-se ao Real.

Lacan então enuncia que a verdade sendo 'não-toda', uma categoria lógica, aproxima-se da análise que Canguilhem faz da posição de Galileu. Para o epistemólogo francês na escrita de Balibar (*idem*: 66)

> Galileu tinha consciência de poder levar a termo uma prova fundada sobre a potência o cálculo que havia permitido enunciar a primeira lei da física matemática completa, "nas dimensões do universo". Fazendo isso, Galileu "assumia para ele, na sua existência de homem, uma tarefa infinita de medida e de coordenação de experiências que demanda o tempo da humanidade como sujeito infinito do saber'. Ele o imaginou e se imaginou sujeito da ciência. Ora, este segundo aspecto, esta tarefa infinita Galileu a imagina como *finita*: dito diferente, ao mesmo tempo que ele está 'na verdade' ele está também *no erro* porque ele se sustenta numa representação 'circunferencialista' do cosmos. Para Canguilhem 'estar no verdadeiro' é estar *em desequilíbrio* por relação ao tempo do verdadeiro: isso não é ser contemporâneo do verdadeiro ou estar presente no verdadeiro (na 'presença do verdadeiro'), mas é estar adiante e simultaneamente em retardo em relação a ele. E por essa via de conseqüência é estar também no não-verdadeiro: entre os dois – 'não dizer sempre a verdade', 'estar no verdadeiro'.

Considerando-se a fundação da Psiquiatria por Pinel, ela tem um século de antecedência ao início da Psicanálise. A Psiquiatria estabeleceu um campo de prática que posteriormente veio a ser visitado pela Psicanálise, acompanhada de seus conceitos fundamentais. No ano de 1802, encontra-se no Dicionário da Academia Francesa a palavra 'Psiquiatria' que se atribui a Johann Christian Reil (THUILLIER: 1996: 98 *passim*). Em 1817 Esquirol faz 'o primeiro curso clínico sobre as doenças mentais' (THUILLIER, 1996: 98) e estabelece a partir deste processo de formação do 'Hospício de Charenton' – antiga *Charité des Frères de Saint-Jean-de-Dieu* – o modelo da especialização em Psiquiatria. A formação do Psicanalista se constitui a partir da segunda década do século vinte no Instituto de Berlim sob os auspícios de Max Eitington a convite de Karl Abraham (JONES, 1979).

Para desenvolver a idéia de que o campo da práxis psicanalítica é psiquiátrico, mas que a Psicanálise trabalha dentro deste campo com princípios ou conceitos fundamentais próprios, parti de operações de conjunto que propiciassem essa demonstração. Uma maneira de dar possibilidades ao Psiquiatra de atuar dentro de seu campo com outros instrumentos além dos fornecidos pela formação médica foi penetrar no interstício da própria formação, denominando essa operação de **transmissão.** Esta como uma metapsiquiatria daria ao obscuro

objeto da Psiquiatria um estatuto epistemologicamente sustentável. O surgimento desse objeto no horizonte da Psiquiatria é o parceiro da operação de **transmissão**.

Alguns aspectos me pareceram de suma importância para desenvolver a idéia da **transmissão** e os alinhavo nos seguintes itens: a ética, o ofício, a profissão e a moral. Faço uma distinção entre a intervenção do Psiquiatra e a do Psicanalista a partir da ética do desejo. O Psicanalista estando atrelado ao desejo tem a função de construir sua operação a partir do discurso do paciente, tomando como parâmetro o desejo. O atrelamento ao desejo faz da operação psicanalítica uma 'obra-prima' pela qual o psicanalista é inteiramente responsável. A intervenção do Psiquiatra aproxima-se de uma ob-repção, no sentido que se ampara na deontologia assegurada pelo grupo profissional médico e deixa a responsabilidade de sua atuação à corporação.

Com a finalidade de escapar à submissão corporativa proponho um estatuto de pós-profissão para a Psiquiatria. Com isto ela poderia viabilizar um estatuto de 'ofício', ao modelo das profissões liberais.

Na tese faço um pequeno passeio pela noção anglo-saxônica de profissão. Mostro que para alcançar este estatuto a Psiquiatria passou por, pelo menos, três fases (GOLDSTEIN, 1997: 69-97): a burocrática – a polícia da saúde dos insensatos; a submetida à teoria médica geral; a medicina como antropologia e a especialização. A Psiquiatria percorreu o que a autora de *Consoler et classifier* (99-209) detecta como o período do charlatanismo – ou dos *concierges*, o período da 'cientização' ('scientisation') e finalmente o período dos patrões (*'pattrons')*, encarnados fundamentalmente por Pinel e Esquirol.

Mesmo após a chegada à terceira etapa de seu caminho a Psiquiatria não conseguiu opor claramente o 'conhecimento científico' ao 'conhecimento vulgar' (CANGUILHEM APUD BALIBAR, 1993: 58) no interior de sua prática. Daí o pejorativo utilizado por Goldstein 'scientisation' ('cientização'). Canguilhem chega textualmente a afirmar que 'um conhecimento que não é científico não é um conhecimento e que 'conhecimento científico' é um pleonasmo, tal como ciência e verdade' (APUD BALIBAR, 1993: 59). A Psiquiatria tendo dificuldade de aceder ao estatuto espistemológico de ciência encontra também dificuldades para estabelecer o reconhecimento de seu especialista. Aproximo-me ainda de

Canguilhem citado por Balibar (1993: 60) quando cita o exemplo do uso político da neurofisiologia, que se superpõe ao uso da 'Psiquiatria oficial', e afirma que:

> (....) para uma ciência qualquer, à diferença das não-ciência ou das pseudo-ciências, que chamam atenção imediatamente por sua anistoricidade ou repetição, sua própria *história* é constitutiva da cientificidade. Mais precisamente, o que é constitutivo, são as formas históricas sucessivas sob as quais as condições de objetividade, inseparavelmente teóricas e experimentais, conceituais e instrumentais, se organizam em sistemas progressivos, indefinidamente substituíveis uns pelos outros em uma ordem de objetividade'.

A 'História da Formação Psiquiátrica' (Ver Capítulo 2) corrobora, do meu ponto de vista, com o texto de Canguilhem na medida que entendo a formação psiquiátrica como uma 'repetição' do modelo esquiroliano de 1807, sem amparo epistemológico. Não fez história constitutiva de seu processamento de formação. Além de ser também Repetição no sentido freudiano, como um sintoma a ser perlaborado (FREUD, 1990 [1914g: 145]). Penso que a **transmissão** como elaborada na tese contribui com uma saída simbólica para a repetição identificada. Neste ponto, me detenho em mostrar que as modificações sofridas nos últimos cinqüenta anos pela Psiquiatria que passou, pouco a pouco, a ser submissa às intempéries norte-americanas (DSM), fizeram definhar a clínica e se submeteram a questões políticas alheias ao objeto da Psiquiatria.

Denomino Psiquiatra Clínico ao especialista que passa pelo caminho proposto pela **transmissão**, mas vejo-me constrangido a reconhecer que este é um significante usado atualmente pela Psiquiatria para o seu especialista. Clínico na tese é usado no sentido do retorno à origem hipocrática da κλιηε e no sentido freudiano de 'encontro' (automático identificado à Recordar e tíquico na similaridade com o Repetir) . O sentido do retorno a Hipócrates é o retorno ao sentido hipocrático.

Junto com a construção do conceito de **transmissão,** garimpo elementos fundamentais para a compreensibilidade do mesmo em construções conceituais como a Alienação. O estatuto semântico do termo é percorrido em momentos importantes da junção da clínica com a ciência do direito. É a origem jurídica de alienado (*allienatus*) que nos permite fazer uma ponte com a construção formalizada de alienação por Lacan (1998: 143, 1985). Neste ponto, acrescento à discussão a produção teatral de Sartre (1977) e proponho

uma discussão desta com a obra lacaniana (1998 [1945: 150]). Por estar apresentando meu trabalho à ENSP, este aspecto é de primordial importância já que realça a estrutura do cálculo subjetivo como coletiva. Sartre expõe, pela via estética, uma proposta lógica do 'pecado original' e como somos incapazes de autoconsciência de nossa culpabilidade. Já o texto lacaniano organiza 'seu enigma' em forma lógica, como um sofisma, tendo a mesma finalidade. Sartre trabalha o 'pecado original' que Lacan transforma em 'disco faltoso' – a noção de falta em Lacan é central em sua construção como a noção de 'perda' em Bataille (1967). Só alcançamos a verdade através dos outros. A definição do lugar de sujeito e da operação clínica possível de elaborá-la, depende do lugar do outro. Entra em jogo a questão do particular e do coletivo, posta para a Saúde Coletiva. Uma operação, a **transmissão,** é tomada como a equação para a preparação do Psiquiatra Clínico também sem sua função coletiva.

Percorro a dimensão hegeliana da 'bela alma', contrária ao argumento de que estamos todos envolvidos com o que acontece no mundo em que vivemos, e, além disso, utilizo a literatura de Henry James, *A volta do Parafuso*, para transitar do particular ao coletivo na doença mental e sua 'atribuição projetiva' como forma de coletivizar a insuportabilidade da consciência de culpa individual. A estrutura do 'cálculo subjetivo' é demonstrada como sendo coletiva e só pode ser alcançada através do outro. Lugar de desconhecimento e de horror, a consciência de culpa, quer que o outro seja a solução simbólica de seu drama, ou aparece como pura atuação inconseqüente ao atribuir ao outro sua culpa, levando muitas vezes ao desatino mortal. A inocência já não existe na cultura (FREUD, 1990 [1930 a]) e estamos envolvidos, todos no projeto coletivo. Resta saber como. Aqui tenho uma 'proposta regional' (BACHELARD, 1977) de solução com a implicação do Psiquiatra na elaboração simbólica deste enigma da consciência de culpa para a Doença Mental.

A proposição vai se chocar também com a *affirmative action* (ação positiva) que é uma forma de criar culpados. Penso que a 'ação positiva' cria um sistema de cálculo coletivo cuja fórmula me parece errônea: 'Sofro logo culpo' (FINKIELKRAUT, APUD ROUDINESCO, 2000).

Os itens discutidos no último capítulo destinaram-se a distinguir minha proposta, do ponto de vista epistemológico, da iniciação e do rito em dois sentidos principais. Primeiro, na

iniciação há a manutenção de uma história coletiva mítica e se sustenta no rito e segundo, quanto à ação. 'Sofre-se' o rito iniciático, que é compulsório e dele não se sai sabendo mais do que quando se entrou. Na **transmissão** há o compromisso com a evolução histórica do Saber, e depois ela é um acontecimento dependente de uma 'demanda do passante'. No rito o passante está diante de um agente da lei, na **transmissão** a idéia de chefia está descartada e ao passar, o passante coloca o juri no lugar de aprender o que foi aquela passagem para a Psiquiatria como a construção de um novo saber.

Discuto a respeito da distinção entre conhecimento e saber[59]. Enquanto o conhecimento é cumulativo no sentido escolástico do termo, representa a biblioteca da humanidade; o saber toma três dimensões: saber sabido, saber não sabido e saber não-Sabido.

Minha posição é discutida intuitivamente, sem toda a formalização apresentada por Kripke (1982) ou Hintikka (1962), por exemplo. O saber sabido é semanticamente inatacável, transmite também conhecimentos, mas está em tensão com as outras formas de saber (saber não sabido e saber não-Sabido) nas quais aparecem os tropeços, as rupturas e os lapsos, além ou aquém da língua, com reações sintáticas cristalizadoras de verdades insuspeitadas pelo sujeito falante.

Na fenda entre os saberes, denominada por Freud (1990 [1915: 153]) o Inconsciente, no sentido substantivo, está localizado o sujeito. A distinção entre o não sabido e o não-Sabido está na diferença dos processos envolvidos: falta, para o não sabido e negação, para o não-sabido.

A linha divisória entre os três, nesta tese, é a **transmissão**. Entre o não sabido e o sabido está a aprendizagem. Do não sabido ao sabido está o caminho do aprendiz ao mestre. É uma aprendizagem inscrita, memorizada, seja pelo trabalho, seja pelo estudo. Entre o não-sabido e o sabido não há aprendizagem. Há um encontro, há um descobrimento de um saber já sabido, sabido pelo Inconsciente. Antecedendo à aprendizagem está o não sabido; precedendo a retirada do véu, localiza-se o não-sabido, o saber anterior. O saber, às vezes de graves conseqüências, não é um efeito de trabalho, não é o saber científico, nem o saber universitário, menos ainda o saber lógico que chamamos de conhecimento – pode até ser

[59] Saber – vem do latim *sapio*. Poderíamos traduzir não-sabido por insípido. -

presenteado. Do saber não-Sabido ao conhecimento de sua existência há uma mudança de território, mas não há acumulação.

Quando uma resistência do Inconsciente se desprende e é enucleada, perde o que tinha de saber secreto, algo imprevisto converte-se em uma nova evidência. Torna-se um conhecimento enunciável, não ocorre acumulação, mas substituição, isto é, perda. Não há capitalização dos saberes, o que se observa é a mudança do mundo. No mundo anterior reinava uma verdade e no seguinte o sujeito está regido por outra verdade.O segundo mundo torna o primeiro mundo caduco e o sujeito o abandona com desgosto. O trabalho de passagem do não-Sabido ao sabido, mediante substituições e perdas, faz-se não com a temporalidade linear de uma aprendizagem, nem com a temporalidade da regressão, mas com uma temporalidade de repetições, com perlaboração (*durcharbeitung*, *working-through*). O peso para aquele que escuta alguém no juri de passagem, não vem dele, mas daquele que fala: é o que Freud chamou transferência (1990 [1916-7: 392]). Antes que se soubesse sobre o saber Inconsciente houve quem o soubesse, os artistas, os que interpretam. Reconheciam-se com um saber que os distinguia, que não lhes havia sido ensinado e foram reconhecidos pelo social, pelos outros, através de seu liame de criação. Na **transmissão** o dispositivo cria uma via propiciadora para a interpretação. É a abertura de um espaço para se dizer a palavra que se tem que dizer, num momento preciso, sem premeditá-la, sem ter a mínima idéia de onde vem isso e aonde isso vai levar. Quem fala é o primeiro a ser surpreendido pela própria palavra, e o que vier em continuação mostra que era exatamente isso o que haveria de ser dito. Isso é talento? É ofício? De onde vem? Vem de um saber, saber não-sabido, saber do Inconsciente. A produção da interpretação vem da mobilização de um saber não-Sabido.

Afirmo também, que a Pedagogia não é suficiente, embora seja necessária. A pedagogia só pode se manter no pólo antitético da **transmissão,** pois sua função é repassar o sabido. Ao Psiquiatra que demanda a **transmissão** cabe cuidar de seu Inconsciente e pacificá-lo na medida em que é com este saber que estará lidando em sua prática. O artista se angustia quando se pergunta: ‘onde achei isso que os demais nem sequer procuram?, como ninguém me ensinou isso?, de onde me vem isso? O Psiquiatra pode ter a **transmissão,** como um dispositivo de pacificação dessas perguntas ao encontrar no juri um lugar de escuta para elas.

O cunho testamentário de minha tese se expressa no esforço realizado para formalizar uma experiência de formação pela qual passei, sem ter encontrado o respaldo teórico ou prático, mas que agora, deixo formulado sob o formato e os princípios da **transmissão**.

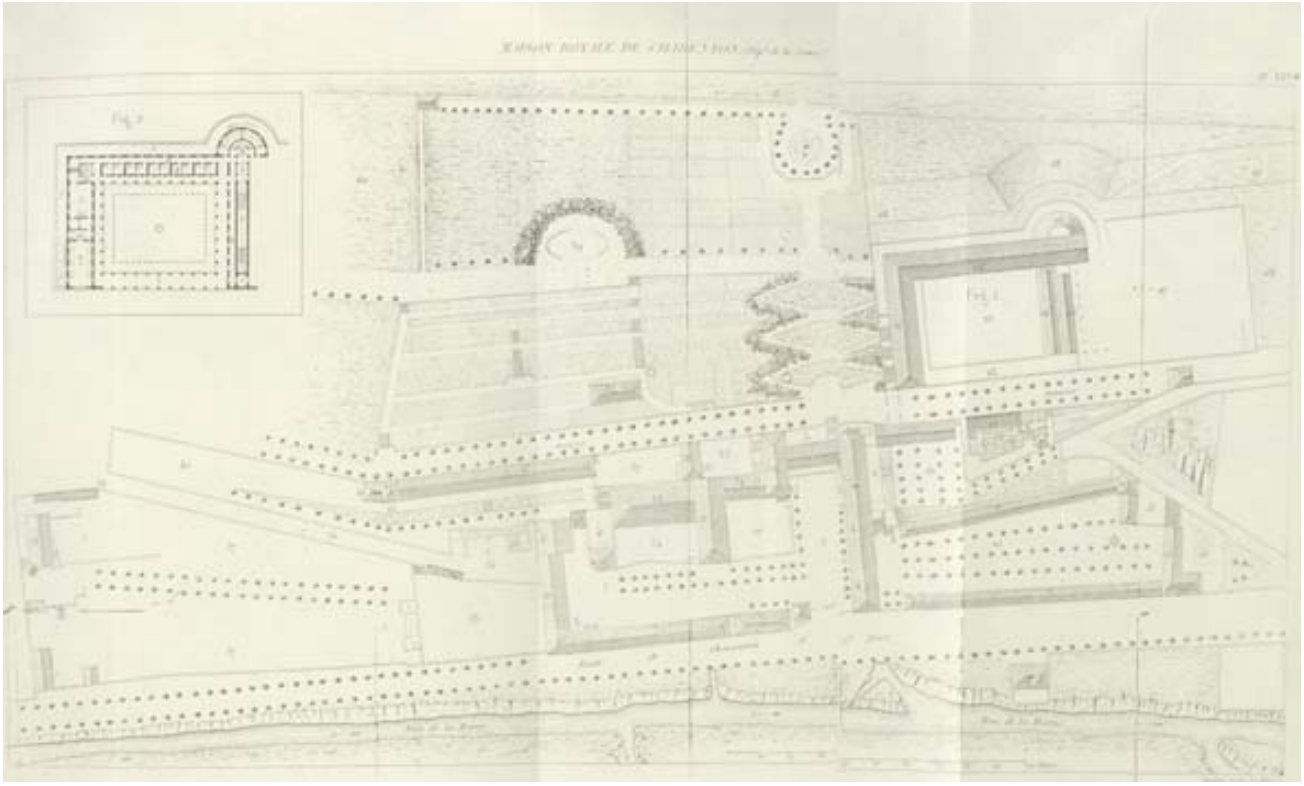
6. **Anexos**

Charenton – planta baixa.

Jean Ciudad Huarte (1529-1588) criou a ordem de São João de Deus e um Hospital para os loucos em Granada. Esta ordem em 1641 funda o Hospital de Charenton.

Aí esteve internado o Marques de Sade.

Esquirol após a defesa de sua tese de 1805 em Toulouse: *Les passions considerées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliènation mentale*, vai para Paris. Chefiou o hospital por quinze anos (1825-1840). Em 1817 criou em Charenton o primeiro curso de formação para Psiquiatras.



Hipócrates (460 -377 a.C.).

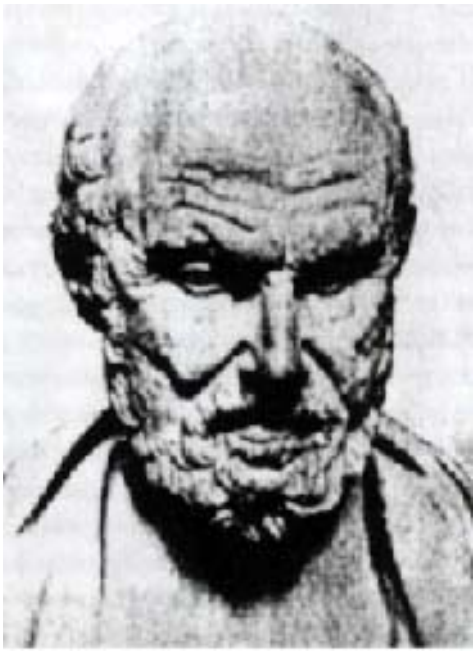
Filho de um sacerdote de Asclépios, aluno de Demócrito e de Górgias. Fixou-se em Cós. O século de Péricles produziu também o 'pai da medicina', assim chamado por ter se esforçado em dar uma explicação natural e coerente às doenças.

A classificação psiquiátrica que deixou estava contida praticamente em duas ordens: a mania e a melancolia.

Ainda com respeito a sua contribuição à Psiquiatria:

dessacralisou a epilepsia: 'essa doença não é nem sagrada nem divina'; analisou os sintomas do *delirium tremens*; das loucuras puerperais; estudou as fobias e descreveu a melancolia (dos cavaleiros scythos).

Hipócrates percebeu que uma doença intercorrente – o impaludismo –, podia trazer a cura em certos casos de loucura (vinte séculos antes desta idéia receber o Prêmio Nobel de 1927).



25 de agosto de 1793. Em plena comuna insurreiconal Pinel foi nomeado médico dos alienados de Bicêtre (ant. Bissestre, corruptela de Winchester, título do bispo proprietário do local). Depois de abandonar a batina, em 1773 recebeu seu diploma em Toulouse e agora lhe é oferecida a oportunidade da dar aplicação às convicções filantrópicas.Seu primeiro projeto foi de suprimir o uso das correntes. Em pleno Terror se apresenta diante da Comuna de Paris para reclamar a 'abolição do tratamento monstruoso'. Couthon visita Bicêtre.

Convencional Couthon – Desgraça a você, se você nos engana e entre os loucos estão escondidos inimigos do povo. Levado nos braços a inspeccionar as celas recebeu injúrias e impropérios dos presos. Volta-se a Pinel:

Convencional Couthon – Cidadão, você é louco de desejar desacorrentar semelhantes anormais?

Pinel – Cidadão, eu tenho a convicção que estes alienados são intratáveis porque estão privados de sua liberdade e de seu ar.

Convencional Couthon – Bom, sendo assim faça o que você quiser, mas eu temo que você seja vítima de sua presunção.

À saída de Couthon, Pussin, o fiel companheiro de Pinel, liberta os doze primeiros loucos das correntes. Esta idéia se torna lei em 30 de junho de 1838.

Sigmund Freud (1856-1939) – o Pai da Psicanálise.

Após a invenção da Psicanálise (o termo aparece pela primeira vez em 1896), a teoria, a pesquisa e a prática do Campo Psiquiátrico sofreram sua influência indelével.

Estampada não só na área psiquiátrica a Psicanálise tornou-se um aporte indispensável a qualquer pensador do Público e do privado em nossos dias.

Os 125 anos de nascimento de Freud, na República Tcheca, foram lembrados por este selo comemorativo na República da Áustria, onde viveu por 80 anos.

Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840).

Em 1820 substituiu Pinel na Salpêtrière. Era o discípulo preferido do fundador. Em 1825 substitui Royer-Collard na direção de Charenton. Criou os quartos para os doentes mentais em lugar das celas carcerárias.

Pensava que os doentes agitados e os pacíficos coabitando seria fonte de retroalimentação dos delírios respectivos.

Sofisticou a classificação nosológica de Pinel e deu sustentação teórica distinta à sua criação.

Jacques Marie Émile Lacan (1901-1981)

Personagem de destaque neste século de Psicanálise. Tendo feito sua formação na IPA é excluído em 1964 e funda sua própria instituição, a Escola Freudiana de Paris. Deu à obra de Freud uma sustentação espistêmica compatível com o pensamento do século XX, abandonando as velhas metáforas da ciência do século XIX.

Quando dissolve sua Escola, em 1980, tem o mesmo peso que a IPA. Escreveu uma série de textos que foram reunidos nos Écrits (1966).

Seu ensino é fundamentalmente falado, foram 26 Seminários de 1953 a 1980. Destes seminários, poucos estão transcritos e os demais só podem ser adquiridos como produções 'piratas'.

Ao por ele denominado campo freudiano, aportou conceitos próprios: em 1953 o Real, o Simbólico e o Imaginário, no Seminário X (A Angústia, 62-3) o 'objeto a' (objeto causa do desejo) que no Seminário XX é o 'mais gozar', o gozo, o Nome do Pai, o *après-coup*, o grande Outro, a fórmula do fantasma ($ ♦ a), o grafo do desejo.

Fez uma homologia entre a Psicanálise e a Matemática (Topologia) e sob este ponto de vista sua produção tem três tempos: o dos matemas (até os anos sessenta), o dos grafos (anos sessenta) e o dos nós (anos setenta).

Dividia seus seguidores em leitores (os que o leram e não seguiram os seminários) e ouvintes (os alunos que assistiram os seminários).

Hospital Sainte-Anne

Aí Lacan praticou e depois fez numerosos seminários.

Construído por Haussmann para os alienados do Sena, em 1867.

▲ SAINTE-ANNE - Le quartier des fous (*div. estampes*)

▼ SAINTE-ANNE - Le quartier des filles (*BN, Estampes*)

7. Bibliografia

ABBAGNANO N. Dicionário de Filosofia. 3ª e 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000. 1 Volume vols. Translation of: A BOSSI; I CASTILHO.

ALEXANDER FG, SELESNICK ST. História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: IBRASA; 1968. Translation of: A Arruda.

ANDERSON P. As Origens da Pós - Modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. Translation of: M Penchel.

ARISTÓTELES. Categorias. Lisboa: Guimarães & Cia. Editores; 1982. Translation of: SP Ferreira.

ARISTÓTELES. A Ética. Rio de Janeiro: IBRASA; 1971a. Translation of: CM Fonseca.

ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. São Paulo: Abril S/A Cultural e Industrial; 1973a. Translation of: L Vallandro; G Bornhein.

ARISTÓTELES. Metafísica. 2ª ed. Coimbra: Atlântida Biblioteca Filosófica; 1969. Translation of: V Cocco.

ARISTÓTELES. Organon. Lisboa: Guimarães Editores Ltda.; 1985. Translation of: P Gomes.

ARISTÓTELES. Poética. São Paulo: Victor Civita; 1973b. Translation of: Ed Souza.

ARISTÓTELES. A Política. Rio de Janeiro: Edições de Ouro; 1971b. Translation of: NS Chaves.

BACHELARD G. Le Rationalisme Appliqué. Paris: P.U.F.; 1949.

BADIOU A. Ética - Um ensaio sobre a consciência do mal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995. Translation of: A Trânsito.

BADIOU A. Para uma nova teoria do sujeito. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. Translation of: EXd Silva.

BALIBAR É. Science et vérité dans la philosophie de Georges Canguilhem. In., translator and editor Geoges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences, Bibliothéque du Collège international de philosophie. Paris: Albin Michel; 1993.

BALIBAR F. Einsten. 1ª ed. ed. Paris: Seuil; 1995.

BARBER B. Some problenms in the sociology of professions. Dardalus: Fall; 1963.

BATAILLE G. A parte maldita. Rio de Janeiro: Imago; 1970. Translation of: LMP Vassalo.

BAUMAN Z. O Mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Translation of: M Gama.

BERCHERIE P. Le Phénomene Pinel. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

BERCHERIE P.Le Sujet et la Folie. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

BERCHERIE P. Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989. Translation of: V Ribeiro.

CAIRUS. H. Tese de Doutorado ao Departamento de Letras. Rio de Janeiro: UFRJ; 1999.

CANGUILHEM G. Du cerveau au savoir. Paris: Hermann; 1985.

CANGUILHEM G. Études d'histoire et dephilosophie des sciences. Pe Controverses, editor. Paris: Librairie Philosophique J. VRIN; 1994. (Pe Controverses editor).

CANGUILHEM G. Georges Canguilhem. Philosophe, historien des sciences. Paris: Albin Michel; 1992. (Bibliothèque du Collège International de philosophie).

CANGUILHEM G.Le Role de L'Épistemologie dans l'histographie scientifique contemporaine, in Ideologie et rationalitá dans l'histoire des sciences de la vie. In., translator and editor. Paris: Vrin; 1977a.

CANGUILHEM G.Le rôle de l'epistemologie dans l'historiographie scientifique contemporaine. In., translator and editor IDEOLOGIE ET RATIONALITÉ DANS L'HISTOIRE DES SCIENCES DE LA VIE. PARIS: VRIN; 1977b.

CANGUILHEM G. O Normal e o patológico. 3ª ed. F Universitária, editor. Rio de Janeiro: Forense; 1990. Translation of: MTRdC-LOFB Leite. (F Universitária editor. Coleção Campo Teórico).

CANGUILHEM G.Sur l'Historie de la folie en tant qu'événement. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

CARVALHO CD. Obra Reunida. Rio de Janeiro: José Olímpio; 1995.

CASTEL R. L'Ordre Psychyatrique: L' âge d'or d'alienisme. Paris: De Minuit; 1976. Translation of: MTdC Albuquerque.

CHANGEUX J-P.Determinisme génétique et modulation epigénétique de reseaux des neurones. In: A Lichnerowicz, editor, translator and editor L'Idée de Regulation dansles sciences. Paris: Maloine/Doin; 1977.

CHANGEUX J-P. editor Le ceveaux humain Paris: Seuil; 1978.

CHANGEUX J-P. Conversación. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

CHANGEUX J-P. Matéria e Pensamento. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 1996. Translation of: LP Rouanet.

CID-10. Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID - 10. Porto Alegre; 1993. Translation of: PD Caetano.

CULLEN W. Élements de Mèdicine Pratique (Des Vesanies). Paris; 1782. 8 vols. Translation of: P Pinel.

DELAY J. Allocution finale du colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en Psychiatrie. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

DESANTI J-T. Galileu e a nova concepção da natureza. In. AG-MHCL-NC Pereira, translator and editor De Galileu a J.-J. Rousseau. Vol. 2. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1995.

DESCARTES R. Discurso del Método y Meditaciones Metafísicas. Colección Austral,6 ed. Buenos Aires: Espasa-Calpe; 1937. 198 p. Translation of: MG Morente.

DESCARTES R. Los principios de la filosofia. Buenos Aires: Editorial Losada S.A.; 1951. Translation of: G Halperin.

DUMAS.Vocabulário Técnico y Crítico de la Filosofia. In. O Caletti, translator and editor. 2ª edn. Buenos Aires: 'El Ateneo'; 1966.

DURKHEIM E. Lições de Sociologia. A moral, o Direito e o Estado. São Paulo: da Universidade de São Paulo; 1983. Translation of: JBD Penna.

DURKHEIM É. A divisão do trabalho social. Lisboa: Presença; 1984. 2 vols.

ESQUIROL JÉD. Des maladies mentales. C Insania, editor. Paris: Frénésie Éditions; 1989. 2 vols. (C Insania editor. Les Introuvables de la Psychiatrie).

.Estatutos, Regimentos e Regulamentos da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

FEIERABEND P. Against Method; 1979.

FELDSTEIN R.Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conseitos fundamentais da psicanálise. In. DD Estrada, translator and editor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.

FOUCAULT M. A arqueologia do saber. Petrópolis: Vozes Ltda.; 1969. Translation of: LFB Neves.

FOUCAULT M. As palavras e as coisas. Lisboa: Portugália; 1966. Translation of: AR Rosa.

FOUCAULT M. Histoire de la Sexualité. La Volonté de Savoir. Paris: Éditions Gallimard; 1976.

FOUCAULT M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva; 1989. Translation of: JT Neto.

FOUCAULT M. Microfísica do Poder. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979. Translation of: R Machado.

FOUCAULT M. Nietszche, Marx, Freud. Anagrama, editor. Porto; 1980. Translation of: JL Barreto. (Anagrama editor. BNC-Biblioteca Nova Crítica).

FOUCAULT M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense - Universitária; 1977a. Translation of: R Machado.

FOUCAULT M. Resumo dos Cursos do Collège de France (1970 - 1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997. Translation of: A Daher.

FOUCAULT M. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes Ltda.; 1977b. Translation of: L Vassalo.

FREUD S. Análisis terminable e interminable. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1937. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1909 (1908). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1916-17. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1912. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. ?Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1919 (1918)-a. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Duelo y Melancolía. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1917 (1915). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. El creador y el fantaseo. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1908 (1907). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. El interés por el psicoanálisis. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1913. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. El malestar en la cultura. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1930 (1929). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. El método psicoanalítico de Freud. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1904 (1903). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. El Porvenir de una ilusión. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1927a. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. EL problema económico del masoquismo. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1924. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. El yo e el ello. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1923. XXIV vols. 1990 p. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Esquema del psicoanálisis. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1940 (1938)-a. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Fetichismo. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1927b. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1911. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Inhibición, síntoma y angustia. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1926 (1925). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Interpretación de los sueños. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1900 (1899). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Introducción del narcisismo. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1914a. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. La escisión del yo en el proceso defensivo. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1940 (1938)-b. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. La Negación. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1925. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. La Represión. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1915a. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Las Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1910a. XXIV vols. 1990 p. Translation of: J L.Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Las resistencias contra el psicoanálisis. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1925 (1924)-a. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Lo inconciente. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1915b. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Lo Ominoso. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1919. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Los orígenes del Psicoanalisis (correspondencia con Fliess y "Proyecto de psicología"). 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1950a (1887-1902). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Más allá del principio de placer. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1920. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Moisés y la religión monoteísta. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1939a (1934-38). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Nota sobre la "pizarra mágica". 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1925 (1924)-b. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1933a (1932). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Nuevos camiños de la terapia psicoanalítica. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1919 (1918)-b. XXIV vols. Translation of: J L.Etchevrerry. (Obras Completas).

FREUD S. Proyecto de psicología. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1950 a (1895). Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S.Psicologia de las masas y análisis del yo. Cap. IV: El Trazo Unário. In. JL Etcheverry, translator and editor Obras Completas. 1990 edn. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1921c.

FREUD S. Psicopatologia de la vida cotidiana. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1901c. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. ? Pueden los legos ejercer el análisis ? Epílogo. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1927c. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Pulsiones y destinos de pulsión. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1915c. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Recordar, repetir y elaborar. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1914b. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Sobre el psicoanálisis. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1913 (1911). XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Sobre el Psicoanalisis "silvestre". 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1910b. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Sobre la sexualidad feminina. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1931. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. 1990 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1912-13. XXIV vols. Translation of: JL Etcheverry. (Obras Completas).

FREUD S. Tres ensayos de teoría sexual. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1905. XXIV vols. Translation of: JL Etchevery. (Obras Completas).

GARCIA C. Crítica da razão biologicista, 2000. Instituto Basaglia, Belo Horizonte; 2000. 15 p.

GASSET OY. Em torno a Galileu. Esquema das Crises. Petrópolis: Vozes; 1989. Translation of: LFA Esteves.

GOLDSTEIN J. Consoler et Classifier. L'essor de la psychiatrie française. Paris: Intitut Synthélabo; 1997. Translation of: F Bouillot. (Les Empêcheurs de Penser en Rond).

GORDON N. O Físico. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 1988. Translation of: AS Rodrigues.

GRANON-LAFONT J. A Topologia de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1990. Translation of: LCM-E Cardoso.

GUZE DWG-SB. Diagnóstico da Doença Mental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. Translation of: JA Cunha.

HANS LA. Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

HEGEL. G.W.F. La phénomenologie de l'esprit. Paris: Aubier; 1987. 2 vols. Translation of: J Hippolyte. (philosophie de l'esprit).

HEIDEGGER M.La Chose. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

HEIDEGGER M. O ser e o tempo. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1990. 2 vols. Translation of: MdS Cavalcante. (PENSAMENTO HUMANO).

HEIDEGGER M. Sobre a técnica, versão mimeografada; s/d. Translation of: J Valadares.

HEIDEGGER M. Chemins qui ne mènent nulle part: nrf: Gallimard, 1962. Translation W Brokmeier ed. F Fédier.

HINTINKKA J. Knowledge and bileif. Ithaca and London: Cornnel University Press; 1962.

HIPPOCRATE. L'Art de la Médicine. Paris: GF Flammarion; 1999. Translation of: JJ-C Magdelaine.

HOMERO. A Ilíada. Mira-Sintra: lb; s/d.-a. Translation of: C Franco. (livros de bolso europa-américa).

HOMERO. Odisséia. Mira-Sintra: lb; s/d.-b. Translation of: C Franco. (livros de bolso europa-américa).

HOWLETT MV.El concepto de iniciación. In. A Vicens, translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

HUNTER IM-R. Three hundred years of Psychiatry. 1535 - 1860. London: Oxford University Press; 1963.

JACOB F. La logique du vivant. Paris: Gallimard; 1970.

JACOB F. O Rato, a mosca e o homem. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 1998. Translation of: MdMS Guimarães.

JAMES H. Os inocentes. A volta do parafuso. 7 ed. São Paulo: Ed. Cipione; 1997. 93 p. Translation of: C Lopes.

JANET P.Les Médications Psychologiques. In. O Caletti, translator and editor Vocabulário técnico y crítico de la filosofia. 2ª edn. Vol. I. Buenos Aires: "El Ateneo"; 1966.

JEANNEROD M.Psychanalyse et science(s). In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

JONES E. Vida e Obra de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1970. Translation of: MAdM Mattos.

JUNIOR MC, BRASIL IEAD.Teoria dos Tipos e Interpretação. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

KANT E. Crítica da Faculdade do Juízo. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1993. Translation of: V Rohden; A Marques.

KANT E. Crítica da Razão Prática. Rio de Janeiro: Edições de Ouro; 1967. Translation of: A Bertangnoli.

KANT E. Crítica da Razão Pura. 3ª ed. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbekian; 1994. Translation of: MPd Santos; AF Morujão.

KANTZÁ. G.Trattamento morale ed instituzione asilre. Influssi francesi sulla psicopatolgia: Le traduzione di Pinel e di Esquirol. In., translator and editor Pasioni della Mente e della Storia. Protagonisti, Teorie ed Vicendi della Psichiatria Italiana tra '800 e 900'. Milano: Vita e Pensiero; 1989.

KATZ CS, DÓRIA FA, LIMA LC. Dicionário Básico de Comunicação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

KOYRÉ A. Estudos da História do Pensamento Filosófico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1991a. Translation of: MdL Menezes.

KOYRÉ A. Estudos de História do Pensamento Científico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1991b. Translation of: M Ramalho.

KRIPKE S. La logique des noms propres (Naming and Necessity). Paris: Les Editions de Minuit; 1982. Translation of: P Jacob; F Recanati.

KUHN T. The Structure of Scientific Revolutions. II ed. Chicago: University Press; 1970.

KUTCHINS SK-H. Aimez-vouls le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo; 1998. Translation of: O Ralet; D Gille. (Les Empêcheurs de penser en rond).

LABORIT H."Entretitien avec Henri Laborit". In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

LACAN J. Ata da Fundação da Escola Freudiana de Paris e Nota anexa. PcinL Freudiana, editor; s/d.-a. Translation of: L Freudiana. (PcinL Freudiana editor).

LACAN J.A ciência e a verdade. In. V Ribeiro, translator and editor Escritos. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998j; p. 869-92.

LACAN J.A coisa freudiana. In. V Ribeiro, translator and editor Escritos. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998i; p. 402-35.

LACAN J.De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In. V Ribeiro, translator and editor Escritos. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998g; p. 537-90.

LACAN J.A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In. V Ribeiro, translator and editor. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998c; p. 591-652.

LACAN J.Função e Campo da Fala e da Linguagem. In. V Ribeiro, translator and editor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998a; p. 238-324.

LACAN J.Kant com Sade. In. V Ribeiro, translator and editor. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998f; p. 776-806.

LACAN J. Le Savoir du Psychanalyste. Hôpital Sainte-Anne; 1971.

LACAN J. O Aturdito. Me português, editor. Rio de Janeiro: Circulação interna da Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano; s/d.-b. Translation of: IEAd Brasil. (Me português editor).

LACAN J. O Mito Individual do Neurótico. Lisboa: Assírio e Alvim Cooperativa Editora e Livreira; 1987. Translation of: B Cardoso; Outros...

LACAN J. O seminário sobre "A carta roubada". In. V Ribeiro, translator and editor Escritos. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998h; p. 13-68.

LACAN J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In. V Ribeiro, translator and editor Escritos. Vol. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998b; p. 197-213.

LACAN J. Principes concernant l'accesion au titre de psychanalyse dans l'École freudienne de Paris. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

LACAN J. A psicanálise e seu ensino. In. V Ribeiro, translator and editor. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998k; p. 438-60.

LACAN J. Seminário Livro 1, Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1979. Translation of: B Millan.

LACAN J. Seminário Livro 10, L'Angoisse: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-c.

LACAN J. Seminário Livro 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985c. Translation of: MD Magno.

LACAN J. Seminário Livro 12, Problemes cruciaux pour la psychanalyse: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-d.

LACAN J. Seminário Livro 13, L'object de la psychanalyse: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-e.

LACAN J. Seminário Livro 14, La Logique du Phantasme: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-f.

LACAN J. Seminário Livro 15, L'Acte Psychanalytique: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-g

LACAN J. Seminário Livro 16, D'un Autre à l'autre: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-h.

LACAN J. Seminário Livro 17, L'Envers de la psychanalyse. Paris: Editions du Seuil; 1991b. (Champ Freudien).

LACAN J. Seminário Livro 18, D'un discours qui ne serait pas du semblant: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-i.

LACAN J. Seminário Livro 19, ... Ou pire: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-j.

LACAN J. Seminário Livro 2, O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985a. Translation of: MCL Penot.

LACAN J. Seminário Livro 20, Mais Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985d. Translation of: MD Magno.

LACAN J. Seminário Livro 21, Les non-dupes errent: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-k.

LACAN J. Seminário Livro 22, R.S.I. Bilíngüe Português / Francês ed. E Pirata, editor: Gordo e o Magro; s/d.-l. (E Pirata editor).

LACAN J. Seminário Livro 23, Le Sinthome: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-m.

LACAN J. Seminário Livro 24, L'insu qui sait de l'une-bévue s'aile à mourre: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-n.

LACAN J. Seminário Livro 25, Le moment de conclure: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-o.

LACAN J. Seminário Livro 26, La Topologie et le temps: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-p.

LACAN J. Seminário Livro 3, As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985b. Translation of: APd Menezes.

LACAN J. Seminário Livro 4, A relação de objeto: Edição pirata; s/d.-q.

LACAN J. Seminário Livro 5, Les formations de l'inconscient: Texto mimeografado em Francês; s/d.-r.

LACAN J. Seminário Livro 6, Les désir et ses interpretations: Texto mimeografado em francês; s/d.-s.

LACAN J. Seminário Livro 7, A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1988. Translation of: A Quinet.

LACAN J. Seminário Livro 8, Le transfert. Paris: Éditions du Seuil; 1991. (Champ Freudien).

LACAN J. Seminário Livro 9, L'Identification: Texto Mimeografado em Francês; s/d.-t.

LACAN J. Shakespeare, Duras, Dedekind, Joyce. Lisboa: Assírio e Alvim Cooperativa e Livraria; 1989. Translation of: J Martinho.

LACAN J.Situação da Psicanálise e a formação do psicanalista em 1956. In. V Ribeiro, translator and editor. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998e; p. 461-95.

LACAN J. Télévision. Paris: Éditions du Seuil; 1974.

LACAN J.Variantes do tratamento padrão. In. V Ribeiro, translator and editor. 1ª edn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998d; p. 325-64.

LALANDE A. Vocabulário técnico y crítico de la filosofia. 2ª ed. Buenos Aires: Libreria " El Ateneo" Editorial; 1967. Translation of: O Caletti.

LANTERI-LAURA G. La Psiquiatria Fenomenológica. Buenos Aires: Editorial Troquel; 1965. Translation of: RG Aguirre.

LIMA DRA. História da medicina e da psiquiatria na antigüidade. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

LOCKE J. Essay concerning human understanding, (1690). New York: Appleton, Century, Crofts; 1948.

MACHADO MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão [Sociologia]. Rio de Janeiro: Cândido Mendes; 1996. 215 p.

MACHADO R. O saber e a ciência. Rio de Janeiro: Graal; 1981.

MILLER J-A. Esquizofrenia y paranoia. In: Manantial, editor. DS Rabinovich, translator and editor Psicosis y Psicoanalisis. Buenos Aires: Manantial; 1985.

MILLER J-A. Lacan Elucidado; Palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.

MOORE. W. E. The Professions. Roles and Rules. New York: Russel Sage Foundation; 1970

NETO MRL, Motta Td, Wang Y-P et al. Psiquiatria Básica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

NOVAES A. Organização Ética. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura; 1992.

OHAYON A. L'Impossible rencontre. Psychologie et Psychanalyse en France, 1919 - 1969. Paris: La Decouverte; 1999.

PARSONS. T. "The Professions and Social Structure". Essays in Sociological Theory. New York: Free Press; 1964.

PENROSE R. The new mind concerning computers minds and the laws of Physics. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

PESOTTI I. Os Nomes da Loucura. 1ª ed. São Paulo: editora 34; 1999. 261 p.

PESSOTTI I. A Loucura Através dos Séculos. São Paulo: 34 Editora; 1994.

PESSOTTI I. Século dos Manicômios. São Paulo: 34 Editora; 1996.

PINEL P. Nosographie Philosophique, où la méthode de l'analyse appliqué à la médecine. Paris: J. A. Brosson; 1798 - An VI.

PINEL P. Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale. 2ª ed: J.A. Brosson; 1809.

PLATÃO. Banquete. 5ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1991. Translation of: JC Souza; J Paleikat; JC Costa.

PLATÃO. Diálogos: Fédon - Sofista - Político. Rio de Janeiro: Edições de Ouro; s/d. Translation of: J Paleikat; JC Costa.

PLATÃO. Górgias (270 B a D). Lisboa: Guimarães Editores Ltda; s/data. Translation of: P Gomes.

PONTALIS JL-J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 1ª Ed ed. Paris: Presses Universitaires de France; 1967.

POSTEL J. Genèse de la Psychiatrie. 1ª ed. Le Plessis-Robinson: Sinthélabo; 1998. (Collection Les empêcheurs de penser en rond).

ROSSEAU J-J. Do Contrato Social. São Paulo: Abril Cultural; 1973. Translation of: LS Machado. (Os Pensadores).

ROUDINESCO E. Por que a Psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000. Translation of: V Ribeiro.

ROUDINESCO E, PLON M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Translation of: V Ribeiro.

SADE MD. A filosofia da alcova ou Escola de libertinagem. Brasília, D.F.: Companhia Editora de Brasília; 1969. Translation of: A Costa.

SAINT-JUST LD.The Goncourt Journal 1851-71. In., translator and editor| Book Title|. Edition edn|. Vol. Volume|, Series Title|. City|: Publisher|; Year|; p. Pages|.Ye

SANTOS M. Território e Sociedade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.

SARTRE JP. Entre Quatro Paredes. São Paulo: Abril S.A. Cultural e Industrial; 1977. Translation of: Gd Almeida.

SAUSSURE FD. Curso de Linguística Geral. São Paulo: Cultrix Ltda.; 1995. Translation of: A Chelini; JP Paes; I Blikstein.

SHOLWATER E. Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Culture. New York: Columbia University Press; 1997.

SWAIN G. Chimie, cerveau, esprit et societé (1987). In., translator and editor Dialogue avec l'insensé. Paris: Gallimard; 1994.

THUILLIER J. La Folie. G Schoeller, editor. Paris: Robert Laffont; 1996. (G Schoeller editor. Bouquins).

THUILLIER J. Les dix ans qui ont change la folie. Paris: Laffont; 1981.

VALADARES JDC. Espaço ambiente e Situação do sujeito [Psicanálise & Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1994. 158 p.

VALÉRY P. Ouevres Completes. Bdl Pléiade, editor. Paris: Gallimard; 1970. (Bdl Pléiade editor).

VÉDRINE H. A nova imagem do mundo: de Nicolau de Cusa a Giordano Bruno. In: PD Quixote, editor. A Gaspar; MHC Lopes; NC Pereira, translator and editor História da Filosofia. Lisboa; 1995.

WEBSTER R. Porque Freud Errou: ciência, pecado e psicanálise. Rio de Janeiro: Record; 1999. Translation of: A Porto.

WILENSKY. H. L. "The Professionalization of Everyone?". In: TF Press, editor, translator and editor The Sociology of Organizations: Basics Studies. New York; 1970.

ZIZEK S. Eles não sabem o que fazem. O sublime objeto da ideologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1992. Translation of: V Ribeiro.

ZIZEK S. Hegel, o mais sublime dos histéricos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991. Translation of: V Ribeiro.