

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Nicole Simquevits

APRESENTAÇÃO DE PACIENTES:
O que resta ao médico quando o corpo do doente escapa?

Porto Alegre
2020

Nicole Simquevits

APRESENTAÇÃO DE PACIENTES:

O que resta ao médico quando o corpo do doente escapa?

Trabalho apresentado como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof. Dr. Amadeu de Oliveira Weinmann

Porto Alegre

2020

AGRADECIMENTOS

Grata à minha mãe, Salete, e ao meu pai, Carlos, por me ensinarem a valorizar o cuidado para com o outro. Agradeço pelo apoio, por sempre estarem presentes na minha vida, pelas oportunidades que me proporcionaram, pelos incentivos e por sonharem junto comigo. E, principalmente, à minha mãe, grata pelas dulcinéias, pelos livros, pelas rosas e *per tutte le altre cose*.

Grata ao meu irmão, Daniel, pelos momentos preciosos em que encontramos cumplicidade e irmandade apenas pelo olhar. Grata ao apoio, incentivo e cuidado em todas as circunstâncias.

Grata ao meu orientador, Amadeu, por ter aceitado me orientar e ter me acompanhado durante o meu percurso na universidade, nas aulas, no PET e na pesquisa. Grata pela paciência, pela escuta sensível, pelo incentivo à escrita e pela mestria com que conduz o processo de aprendizagem.

Grata à UFRGS, pelo privilégio de me possibilitar vivenciar uma caminhada acadêmica rica em aprendizados e afetos. Em especial, aos professores e colegas que foram essenciais, pois marcaram significativamente o percurso da minha formação.

Grata à Claudia, cujo aprendizado foi para além da química. Gratidão pelas vezes em que tu apontaste possíveis erros laboratoriais em relação aos quais tu afirmavas que "o papel aceita tudo". Frase que, curiosamente, reencontro parafraseada em Charcot. E lembro que a tua transmissão é uma semente que germina e produz conhecimento.

Grata a todos amigos e amigas, em especial, Laura, Bruna, Évelin, Pâmela, Tatiane e Marlon. Quando a escrita desse trabalho se rompeu, e não me pareceu possível continuar, vocês me incentivaram a seguir em frente, me ajudando a perceber que era importante colocar no papel um pouco das angústias que encontrei no caminho. Grata pelos encontros e conversas nas mesas de bar, de sorveteria, de aula, de casa e de home office.

Grata pela oportunidade de ter participado do PET Psicologia, me possibilitou perceber a importância de um ensino pautado na indissociação entre ensino, pesquisa e extensão.

Grata à oficina de criatividade, em especial a Giselle, que me acolheu ainda no início dessa trajetória. Grata por me permitir fazer parte de um ponto de cor que se mostra como alívio frente à certas práticas psiquiátricas. O princípio do exercício da minha ética enquanto psicóloga começou a se articular a partir desse encontro.

Gratidão à Prefeitura de Porto Alegre, em especial à Equipe de Saúde Mental Adulto Leste/Nordeste. Sandro e Giselda, grata pela oportunidade de ter realizado um estágio tão rico

e com tantos aprendizados. Grata pela confiança e na aposta no meu trabalho. Grata por me permitirem ter tido um contanto mais próximo do SUS e me ajudarem a contribuir com ele nesse processo percebendo os potenciais e os desafios que se colocam tão frequentemente. Gratidão, Doris e Karina, pela possibilidade de realizar um trabalho articulado na interdisciplinaridade, por me mostrarem a esperança e a responsabilidade com o usuário mesmo frente à desmanches.

Gratidão à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS que tem me possibilitado tantos aprendizados. Grata pela aposta no meu trabalho! Grata pela oportunidade de ter me recebido como "curiosa", e depois como estagiária, bolsista e, mais recentemente, terapeuta de EIs. Gratidão sem fim!

Grata ao Núcleo de Ensino e Pesquisa em Extensão em Clínica das Psicoses pelos tantos aprendizados, pelas interlocuções de saber, pela aposta da construção de um trabalho conjunto pensado na singularidade de cada caso. Grata aos meus colegas e aos outros profissionais, em especial Deborah, Manoela, Marília e Luiz. Ao Luiz, principalmente, pela solicitude com que aceitou comentar meu trabalho, o que muito me honra.

Grata por ter tido pacientes que confiaram e valorizaram o meu trabalho.

Grata ao Rui, não imagino como eu seria se não tivesse te encontrado. Grata por me ensinar sobre implicação ética e cuidado. Marga, grata pelo acalento todas as vezes que a angústia eclodiu em lágrimas.

Grata Rute, pela escuta.

Grata à Rossana, que me ensinou que, quando as palavras faltam, os agradecimentos também podem ser lacônicos.

Grata àqueles que, por diferentes razões, não me acompanharam até o fim desse percurso. Em especial, a minha vó Tana.

*Madness! thou chaos of the brain,
What art, that pleasure giv'st and pain?
Tyranny of fancy's reign!
Mechanic fancy! that can build
Vast labyrinths and mazes wild,
With rude, disjointed, shapeless measure,
Fill'd with horror, fill'd with pleasure!
Shapes of horror, that would even
Cast doubt of mercy upon Heaven;
Shapes of pleasure, that but seen,
Would split the shaking sides of Spleen.
"O vanity of age! here see
The stamp of Heaven effaced by thee!
The headstrong course of youth thus run,
What comfort from this darling son?
His rattling chains with terror hear,
Behold death grappling with despair!
See him by thee to ruin sold,
And curse thyself, and curse thy gold!"*

(John Hoadly)

RESUMO

A apresentação de pacientes é um dispositivo que foi amplamente utilizado na psiquiatria clássica. No entanto, há poucas referências na literatura sobre esse tema. Ao fazer um resgate da história desse dispositivo, encontra-se um saber médico que busca controlar totalmente o corpo de um indivíduo a fim de saber sobre o mal que lhe atinge. Sem considerar que uma subjetividade possa se fazer presente, o médico fracassa em seu objetivo, pois há algo que escapa dele. Para (re)afirmar seu poder médico, expõe o paciente diante de um público. No decorrer das linhas desse trabalho, percorre-se um trajeto de busca minimamente compreender como a dor de alguém pode ter se tornado um espetáculo. Para isso, realiza-se uma investigação que tem como base visitar literaturas sobre a psiquiatria clássica e os grandes mestres desse período, Charcot e Clérambault. A prática desses médicos foi amplamente criticada, embora não necessariamente isso tenha ocorrido cronologicamente ao seu tempo. Apesar das críticas que são tecidas sobre esse dispositivo, ele foi importante para o desenvolvimento da psicanálise.

Palavras-chaves: apresentação de pacientes, lições clínicas, psiquiatria clássica, interrogatório clássico, saber médico, iconografia, Charcot, Clérambault, loucura.

ABSTRACT

The presentation of patients is a device that has been extensively used in classical psychiatry. However, there are few references in the literature about this subject. When retrieving the history of this device, there is a medical knowledge that seeks to totally control an individual's body in order to know about the evil that affects him. Without considering that a subjectivity can be there, the doctor fails in his objective because there is something that escapes to him. To (re)affirm his medical power, he exposes the patient in front of an audience. Throughout the lines of this paper, a path is made for try understand minimally how someone's pain may have become a spectacle. For this, an investigation is made that visit the literature about classical psychiatry and the great masters of this period, Charcot and Clérambault. The practice of these doctors was widely criticized, although this did not necessarily happen chronologically in their time. Despite the criticisms that are made about this device, it was important for the development of psychoanalysis.

Keywords: presentation of patients, clinical lessons, classical psychiatry, classical interrogation, medical knowledge, iconography, Charcot, Clérambault, madness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O Hospital de Bicêtre	12
Figura 2: O louco internado com outros tipos sociais	14
Figura 3: Pinel liberta o louco na Salpêtrière	16
Figura 4: Pinel liberta o louco em Bicêtre.....	16
Figura 5: William Norris no porão de Bedlam.....	18
Figura 6: Um exame público do paciente.....	25
Figura 7: Apresentação de pacientes numa aula de anatomia	27
Figura 8: A burguesia visita ao asilo e se diverte com o sofrimento do outro	29
Figura 9: A hereditariedade na busca do substrato orgânico da doença	32
Figura 10: A transformação de um retrato que elimina a subjetividade da paciente	36
Figura 11: O médico induz a doente a um estado hipnótico	40
Figura 12: O Hospital de Salpêtrière.....	42
Figura 13: A Salpêtrière de Charcot.....	44
Figura 14: A apresentação de uma feiticeira	46
Figura 15: A apresentação clínica de Charcot.....	48
Figura 16: A apresentação de uma histérica que é reduzida a um sintoma.....	54
Figura 17: Uma quase Augustine	56
Figura 18: Um quase rosto	58
Figura 19: Um manequim vivo apresentado por Clérambault	65
Figura 20: Os surrealistas criticam a prática alienista.....	71
Figura 21: O Palácio da Justiça de Paris onde fica a Enfermaria Especial	73
Figura 22: A primeira crítica da imprensa à apresentação de pacientes	86
Figura 23: A implicação do público na apresentação clínica.....	89
Figura 24: As mulheres massacradas na Salpêtrière	91
Figura 25: Um retrato no asilo	94
Figura 26: Onde está a alma?	96
Figura 27: Um grito que escapa	99
Figura 28: Um baile na Salpêtrière	112

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	APRESENTAÇÃO DE PACIENTES NA PSIQUIATRIA	13
2 1	A psiquiatria	15
2 2	A apresentação clínica	26
2 2 1	As apresentações de Charcot	43
2 2 2	As apresentações de Clérambault	66
2 3	As críticas que se tecem	87
2 3 1	Implicações éticas	90
2 3 2	Contexto histórico-político	100
3	CONSIDERAÇÕES	104
	REFERÊNCIAS	106
	ANEXOS	111
	Anexo A: O poema de Antonin Artaud	111
	Anexo B: A reportagem de <i>Le Monde illustré</i>	112
	Anexo C: A poesia dos laudos de Clérambault	113
	Anexo D: A crítica dos surrealistas aos alienistas	118
	Anexo E: A reportagem de <i>Le Fígaro</i>	120
	Anexo F: A reportagem de <i>Soir-Paris</i>	122

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho nasce do desejo de falar sobre as apresentações psicanalíticas de pacientes que ocorrem na Clínica de Atendimento Psicológico, órgão auxiliar do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No decorrer desse percurso, parti do princípio de que era necessário conhecer a história dessa prática. É sabido que Lacan a subverte da psiquiatria, mas a subverte de quê? De quem? Por quê?

Durante minha pesquisa bibliográfica, me senti impelida a explorar mais sobre a origem da apresentação clínica, sobre a exposição do paciente, sobre o papel do mestre, sobre a função da plateia, e, com isso... mudo de rumo.

Imersa numa leitura de Foucault, percebo o quanto a origem da apresentação de pacientes vai muito além da corrida nos leitos que tradicionalmente ocorre na medicina. Ela é bem anterior a esse formato, como é retratado na aula de anatomia na pintura de Thomas Eakins (1889). No contexto da psiquiatria, falar da apresentação de pacientes é falar do surgimento do próprio saber psiquiátrico.

Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (1977), questiona se a dor pode servir de espetáculo. Me deparo com essa pergunta em diversos momentos de minha escrita. E encontro, como resposta, apenas: sim. Observo isso no quadro de William Hogarth (1735), no poema de Antonin Artaud (1988), nos contos de Guy de Maupassant (2002), nas críticas de André Breton (2007), nas imagens que aqui se fazem presentes e em tantas outras obras que escapam do alcance dessa monografia.

Será que faço desse trabalho um espetáculo? Espero que não. Mas, se por acaso eu o fizer, espero que seja para refletir sobre isso.

Numa crítica contundente ao dispositivo da apresentação de pacientes, Vertzman (1996) coloca que não basta apenas criticá-lo e seguir fazendo uso dele. É preciso ir além, inventando novos meios de produzir tecnologias de saúde. Lacan não cria um novo dispositivo, mas, ao se apropriar desse instrumento da medicina, faz uma transgressão: desloca do olhar ao enfermo à fala do sujeito. Talvez essa transgressão tenha possibilitado que a psicanálise, ao fazer uso das transcrições das apresentações de paciente como método de transmissão de saber, pudesse se arriscar e perceber a possibilidade de invenção que a clínica das psicoses convoca.

A subversão da apresentação de pacientes que Lacan propôs coloca em cena uma possível articulação entre psiquiatria e psicanálise. Não muito longe do que Freud coloca que a única resistência da psiquiatria à psicanálise são os próprios psiquiatras.

O uso que faz desse dispositivo, sob o prisma psicanalítico, não ignora e nem soluciona as críticas que são anteriores a ele. Daí, talvez, o motivo por que ele é muitas vezes mal visto e criticado. Lacan (*apud* Allouch, 1999, p. 109) parece concordar ao afirmar: “aqui participam os que podem me perdoar”.

Se, na psiquiatria, as apresentações variavam conforme o estilo do mestre, condicionado ao saber e à ética de cada um, na psicanálise não é diferente. Lacan condiciona esse dispositivo à ética da psicanálise. Para isso, elimina-se o espetáculo, a teatralização. Dá-se lugar a uma entrevista, uma conversa. Não deixa de ser um desafio, pois abre-se a possibilidade para que o imprevisto surja. E, por vezes, pode até ser insuportável ao paciente – daí a imposição de que seja realizada uma única vez.

Assim como Lacan pede a indulgência do perdão, também o faço. Me afasto do meu objetivo inicial. E, com isso, “apresento” uma pesquisa que ainda não encerrou. A ideia de estudar com mais afinco o surgimento da apresentação de pacientes na psicanálise, bem como os seus efeitos, persiste. Aliado a isso, pretendo articular melhor o dispositivo da apresentação com as imagens que aqui se fazem presentes. Para o momento, “apresento-as” como ilustração nessa monografia.

Os recortes clínicos que se fazem presentes nesse trabalho elucidam um lado obscuro da nossa história. Eles, diferentemente das imagens, não estão no trabalho para ilustrar, mas para apontar como um tratamento dito clínico pode ignorar o sofrimento do sujeito. E, dito isso, “apresento” o percurso inicial da apresentação de paciente.

Figura 1: O Hospital de Bicêtre



Fonte: Planche 119: Vue de l'hôpital royal de Bicêtre (1740)
Jacques Rigaud (1680-1754)
Musée Carnavalet, Paris, França.

2 APRESENTAÇÃO DE PACIENTES NA PSIQUIATRIA

A apresentação de pacientes é uma prática antiga em medicina e em psiquiatria. Na medicina, é uma prática de ensino que pode se dar no formato de uma corrida de leitos, uma demonstração cirúrgica, uma aula prática, uma entrevista pública, etc. (Ferreira, 2013). Na psiquiatria, surge com a função de ilustrar uma patologia; para isso, tem-se uma clínica pautada no olhar (Bercherie, 1989; Porge, 2009).

Apesar dessa prática ser utilizada desde o século XIX, não há nos autores clássicos formulações sobre o tema nem elaborações sobre sua prática e seus efeitos. O material que se tem acerca desse tema se reduz “a referências causais, intuídos na entrelinha da forma como os autores costumavam expor suas teorias e, eventualmente, em algum relato de caso, o que também não era comum na época” (Ferreira, 2006, p. 17).

Em *O poder psiquiátrico*, Foucault trabalha aspectos do surgimento e da utilização da apresentação de pacientes. Considerando que se trata de uma prática contemporânea ao nascimento da psiquiatria (Quinet, 2001), esse capítulo visa compreender o contexto do surgimento da psiquiatria em 1793, quando Pinel assume suas funções em Bicêtre (Figura 1), para, a partir daí, pensar as apresentações clínicas.

Figura 2: O louco internado com outros tipos sociais



Fonte: A Rake's Progress, Plate 8, In the Madhouse (1735)
William Hogarth (1697-1764)
SCAD Museum of Art, Savannah, Estados Unidos.

2 1 A psiquiatria

Em *História da Loucura*, Foucault (2013) situa as condições que levam ao surgimento da psiquiatria. O filósofo destaca que, antes mesmo do surgimento da psiquiatria, o louco já se encontrava internado junto de outros tipos sociais considerados nocivos e perigosos para a sociedade (Figura 2). Eram internados aqueles que, por transgredirem as leis da razão e da moral, eram percebidos como indesejáveis (“desarrazoados”). E, portanto, recolhidos não em um estabelecimento médico, mas em uma estrutura “semijurídica” que decide, julga e executa.

Foucault (2013, p. 48) coloca que “o internamento dos alienados é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura”. Assim, não é por acaso que a psiquiatria surge em decorrência do longo processo de dominação da loucura (Ferreira, 2006). Esta teria esperado o aperfeiçoamento da psiquiatria para passar de uma existência obscura para a luz da verdade – onde pela primeira vez se pretende tratar a loucura segundo uma verdade que não tinha sido enxergada durante muito tempo: o louco como ser humano.

É nesse cenário que Pinel toma a decisão de tirar as correntes do alienado. O momento em que os alienados de Bicêtre e de Salpêtrière são libertados é eternizado por Müller (XIX) e Fleury (1795). Nas Figuras 4 e 5, os pintores revelam, a partir de olhares distintos, uma classe desafortunada da humanidade que é representada pela figura do louco. Fleury mostra em segundo plano o quiasma que opera em relação à loucura nesse período, onde a loucura é tida como um desarranjo, uma contradição no interior da razão.

O gesto que liberta o alienado o mantém aprisionado “de um modo mais real do que o poderia ser na cela ou pelas correntes, prisioneiro de nada além de si mesmo” (Foucault, 2013, p. 490). Enquanto parte da população que havia sido excluída nos asilos é reintegrada na sociedade para trabalhar, o alienado passa a ter esse espaço destinado exclusivamente para ele (Ferreira, 2006).

Nisso, há uma mudança na forma como a loucura era percebida, passando a ser vista menos em relação ao erro do que em relação à conduta regular e normal (Foucault, 1979). Não aparece mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de sentir e de ser. É em função disso que se estabelece uma terapêutica moral que busca “mostrar ao louco que a sua loucura é loucura e que ele está de fato doente” (Foucault, 2006, p. 220).

Figura 4: Pinel liberta o louco em Bicêtre



Fonte: Pinel fait enlever les fers aux aliénés de Bicêtre (séc. XIX)
Charles Louis Müller (1815-1892)
Académie Nationale de Médecine, Paris, França.

Figura 3: Pinel liberta o louco na Salpêtrière



Fonte: Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière (1795)
Tony Robert-Fleury (1837-1912)
Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, França.

O hospital psiquiátrico marca a possibilidade de descobrir a verdadeira doença mental, onde a loucura podia e devia explodir na sua verdade. É nesse momento que surge o médico como “mestre da loucura”, como alguém “que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem e que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente” (Foucault, 1979, p. 122).

Haveria, no médico, um olhar que descobria a verdade sobre a doença. Olhar que observaria a loucura. Olhar que a tomava como objeto, onde aquilo que é decifrado é destinado a melhor conhecer os outros (Foucault, 1977). Olhar que seria pura percepção. Olhar que iria despir subjetividades (Martins, 2009). Olhar que marcaria a função do hospital como um lugar de diagnóstico e de classificação (Foucault, 1979), a partir do qual a psiquiatria nasce decorrente de um processo que transforma o louco em doente mental (Ferreira, 2006).

Foucault (2006) aponta, em *O Poder Psiquiátrico*, que se exercia no hospital uma terapêutica sem medicina. Nisso, o médico aparece como uma marca de saber que lhe permite exercer um sobrepoder absoluto e identificar-se com o corpo asilar. De certo modo, ele é o princípio de vida do hospital. E, investido dessa autoridade, nada deve ser escondido dele (Pessotti, 1996, p. 173). O que ele próprio não vê, deve lhe ser relatado, de modo a garantir que, a cada instante, ele esteja onipresente no interior do asilo.

Pinel, ao retirar as cordas, as algemas e as correntes que prendiam os loucos, instituiu a observação clínica como forma de atentar como os pacientes se comportariam no que ele considerava como estado natural. Ele fez isso por entender que o desconforto e a violência dos métodos de constrição, impostos pela administração do asilo, impediam a manifestação natural dos sintomas da loucura de cada paciente (Pessotti, 1996). Um dos métodos de constrição é retratado na Figura 5. Nela, William Norris está acorrentado em uma barra de ferro. O quadro foi desenhado *in loco* em maio de 1814, quando Norris foi “descoberto” no porão de Bedlam, um conhecido manicômio inglês. Estima-se que ele tenha ficado acorrentado por cerca de 10 anos.

Ao libertá-lo, era deixado o corpo entregue a isso que era do natural para que o espírito perturbado pudesse ser reconduzido à razão (Bercherie, 1989). Destaca-se que nesse período acreditava-se que, no interior do asilo, a doença poderia permanecer pura. Diante disso, cabia ao médico interferir o mínimo possível. Na atualidade, isso perde a sua validade, pois torna-se conhecido que o hospital psiquiátrico cria uma doença institucional que se sobrepõe à doença inicial, deformando-a e fixando-a de maneira anormal.

Figura 5: William Norris no porão de Bedlam



Fonte: William Norris : An Insane American (1815)
George Cruikshank (1792-1878), depois de um desenho de George Arnald (1763 – 1841)
The British Museum, Londres, Inglaterra.

Tomado pela preocupação rigorosamente médica de diagnosticar e tratar a loucura, Pinel observou e registrou os comportamentos de seus pacientes cotidianamente. Com isso, introduziu o método clínico, implicado em realizar observações prolongadas, rigorosas e sistemáticas (Pessotti, 1996). É a partir disso que a história de vida do paciente passa a ser entendida como um importante recurso diagnóstico (Ferreira, 2006).

Em 1817, Esquirol, discípulo de Pinel, inicia as apresentações clínicas na Salpêtrière (Foucault, 2006). Excelente observador, realizou descrições clínicas muito mais complexas do que as de seu mestre, de tal forma que seu trabalho é marcado pelo aprofundamento clínico (Bercherie, 1989). Com as apresentações, a narração do paciente é colocada em evidência, de modo que o seu relato assume um lugar de suma relevância.

Isso se dá, pois é a partir do relato que se visa à intervenção corretiva, ou moral, e o diagnóstico. A fala do paciente, mesmo quando carregada de ideias delirantes, era acolhida. Não se rejeitava o seu relato, pois entendia-se que o delírio deveria contrapor a realidade (Ferreira, 2006).

Foucault (2006) situa que, no fim do século XVIII e no início do século XIX, a loucura era manipulada de tal forma que se buscava constituir em torno da doença um certo prolongamento dela mesma, deixando-a seguir em frente e seguindo-a numa espécie de mundo ao mesmo tempo fictício e real. Nele, a loucura caíria na armadilha de uma realidade que havia sido sorrateiramente induzida.

Mr..., 36 anos, de um temperamento melancólico, mas extremamente apegado ao estudo e sujeito a acessos de tristeza sem causa, às vezes passava noites inteiras em cima dos seus livros, e então era extremamente sóbrio, só bebia água e se privava de qualquer alimentação animal. Seus amigos lhe apontaram em vão o mal que faria desse modo à sua saúde, e sua governanta, insistindo veementemente em que ele seguisse um regime diferente, fez surgir nele, com sua insistência, a ideia de que ela queria tirar-lhe a vida. Ele chegou a se persuadir de que ela havia idealizado o plano de matá-lo com camisas envenenadas, a cuja influência ele já atribuía seus pretensos sofrimentos. Nada pôde dissuadi-lo dessa idéia sinistra. Tomaram então a decisão de fingir acreditar nele. Submeteram uma camisa suspeita a uma série de experiências químicas feitas em sua presença e rodeada de uma formalidade, cujo resultado foi manipulado de maneira que provasse a verdade de suas suspeitas. Submeteram a governanta a um interrogatório que, apesar dos seus protestos de inocência, pôde fazê-la culpada. Conseguiram contra ela um falso mandado de prisão, que foi executado na presença do doente por falsos oficiais de justiça, que fingiram levá-la para a prisão. Depois disso, organizaram uma consulta em devida forma, na qual uma junta médica insistiu na necessidade de diversos antídotos, que, administrados algumas semanas seguidas, persuadiram enfim o doente da sua cura. Receitaram-lhe então um regime e um modo de vida que o preservaram de recaídas. (Cox *apud* Foucault, 2006, p. 41-42).

O recorte de Cox demonstra o funcionamento da prática psiquiátrica. A partir da ideia delirante, se desenvolve uma espécie de labirinto de acordo com o próprio delírio, homogêneo à ideia errada, pelo qual o doente passaria. No fim desse labirinto, há uma saída de dois níveis

que vai efetuar a cura. De um lado, tem-se a saída no nível do delírio que, ao confirmá-lo, assegura ao doente que ele se livrou daquilo que, para ele, era causa de sua doença. Ao mesmo tempo em que suprime o que é causa no delírio, têm-se as condições para que o próprio delírio se liquide. Com isso, a cura está garantida.

O doente, ao acreditar que de fato seu delírio era verdade, se encontra com a possibilidade de aceitar uma intervenção médica. Ele recebe a medicação que é a medicação no delírio – que permite que ele escape do envenenamento – e a medicação do delírio – que acalma o seu humor. Foucault (2006, p. 44) relata que esse jogo da verdade no delírio e do delírio vai ser inteiramente suprimido na prática psiquiátrica que se inaugura no início do século XIX com Pinel. Emerge, daí, uma prática disciplinar que “vai varrer tudo isso e instaurar os elementos nucleares de todas as cenas psiquiátricas que vão se desenvolver em seguida”.

A partir daí, tem-se uma intervenção médica que, se não inexistente, é no mínimo bastante limitada (Ferreira, 2006). Vemos isso no recorte de uma cena no qual uma mulher recusa qualquer alimento por estar obstinada a morrer:

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 tua conduta”, dizia ao marido que a visitara quatro dias antes da morte: “Eis que os teus desejos se realizaram: estou para morrer” (Pinel *apud* Pessotti, 1996, p. 78).

Pinel, dedicado à observação e atento para o distúrbio no apetite, não se dá conta de que há, nessa busca pela morte, o propósito de vingar-se do marido que, segundo consta a narrativa, era o responsável pela sua ruína e pela sua loucura (Pessotti, 1996). O médico, com seu olhar que toma a doença como objeto, não percebe o que há ali do sujeito. Por não ser capaz de perceber, não pode curá-lo. Com isso, a concretização da vingança é inevitável.

Esse momento carece de produções teóricas sobre a cura. Embora se considere que a estruturar asilar possa funcionar como um corpo que cura por sua própria presença (Foucault, 2006), não há registros de uma sistematização da cura. Há descrições. Descrições de métodos de intervenção, marcados pela onipotência e pela enunciação. Pinel, ao relatar o caso de Jorge III, descreve uma das primeiras cenas da psiquiatria. Nela,

Um monarca [Jorge III, rei da Inglaterra; M.F.] entra em mania e, para tornar sua cura mais pronta e mais sólida, não faz nenhuma restrição às medidas de prudência daquele que o dirige [notem a palavra: é o médico; M.F.]; por conseguinte, todo o aparelho da realeza se desvanece, o alienado, afastado da família e de tudo o que o rodeia, é relegado a um palácio isolado e encerrado sozinho num quarto cujo chão e cujas paredes são forradas de colchões para que ele fique impossibilitado de se ferir. Aquele que dirige o tratamento lhe declara que ele não é mais soberano, que dali em diante deve ser dócil e submisso. Dois de seus antigos pajens, de uma estatura de Hércules, são encarregados de atender às suas necessidades e prestar-lhes todos os bons ofícios que sua condição exige, mas também de convencê-lo de que ele está sob a inteira dependência deles e que doravante deve obedecer-lhes. Eles observam com ele um tranqüilo

silêncio, mas em todas as ocasiões fazem que sinta o quanto eles lhe são superiores em força. Um dia, o alienado, em seu feroso delírio, recebe duramente seu ex-médico que o vem visitar, e o cobre de dejetos e imundices. Um dos pajens entra imediatamente no quarto sem dizer nada, agarra pela cintura o delirante, também reduzido a um estado de sujeira repugnante, derruba-o numa pilha de colchões, despe-o, limpa-o com uma esponja, troca suas roupas e, olhando para ele com altivez, afasta-se logo em seguida e volta para o seu lugar. Lições assim, repetidas a intervalos durante alguns meses e secundadas por outros meios de tratamento, produzem uma cura sólida e sem recaída (Pinel *apud* Foucault, 2006, p. 26).

A cena marca como a prática psiquiátrica se dava a partir das relações de poder. O método de intervenção utilizado busca ferir a afirmação de onipotência, submetendo o paciente à realidade (Ferreira, 2006). O paciente é descoroadado quando lhe advertem que ele não é mais o soberano. O mutismo dos pajens, agentes de poder, passa a ocupar o lugar vazio da coroa. Aquilo que marcava o seu poder é retirado de tal forma que não resta mais nada além dos colchões que o encerram e o reduzem “ao que ele é, isto é, ao seu corpo” (Foucault, 2006, p. 27).

No lugar do poder coroadado se instala o poder da disciplina, um poder anônimo, múltiplo, pálido, sem cor. Ele produz efeito apenas em seu alvo, de modo a tornar o paciente descoroadado “dócil e submisso”. Na cena, assim como se dá no asilo, o médico não está sempre presente. Por que precisaria estar se aquilo que ele não vê é visto pelos pajens que lhe contam, perpetuamente, o que se passa? Afinal, o poder psiquiátrico é validado pelo poder exercido pelo asilo e pela intervenção dita terapêutica que, além de funcionar como uma espécie de tratamento, dá sustentação a esse poder.

O tratamento de Jorge III teria produzido uma cura sólida e sem recaídas. No entanto, não há nada que possa valer como descrição, análise, diagnóstico ou conhecimento verdadeiro do que é a doença do rei. Diante disso, Foucault (2006) reitera que as marcas do saber médico, que caracterizam o asilo, não atuam visando constituir um saber psiquiátrico que se formularia numa teoria. A carência de um arcabouço teórico dá uma espécie de impunidade a esse discurso que o torna, ao menos nesse período, impenetrável.

Jorge III só pode ser curado, pois foi submetido a uma força que não era a do poder real. O doente é tomado como um complicador, um percalço a ser excluído, a fim de poder chegar na forma transcendente da doença (Martins, 2009). Assim, não há de se tratar a loucura, mas de suprimir os seus sintomas. Para isso, faz-se uso da terapêutica moral. Nessa busca pela enunciação da verdade, não pretende a verdade do sujeito ou de sua loucura, mas a verdade coincidente com a realidade (Ferreira, 2006).

Aqui, podemos tomar um recorte da terapia do sr. Dupré. Foucault (2006) considera esse um dos casos mais complexos da literatura psiquiátrica francesa. Quem deu esse exemplo

foi Leuret, psiquiatra que, apesar de definir a terapia clássica de maneira bastante precisa e meticulosa, foi amplamente criticado por fazer uso de uma punição abusiva.

Dupré afirmava que Paris não era Paris, que o rei não era o rei, que ele é que era Napoleão e que Paris era, na verdade, a cidade de Langres disfarçada de Paris por certo número de pessoas. Só há um jeito, segundo Leuret, é simplesmente levar seu paciente para visitar Paris. De fato, ele organiza, sob a direção de um interno, um passeio por toda a Paris. Mostra-lhe os diferentes monumentos de Paris e lhe diz: “O senhor não está reconhecendo Paris? – Não, não estou, responde o senhor Dupré, estamos na cidade de Langres. Imitaram várias coisas que há em Paris.” O interno finge não saber o caminho, pede a Dupré para guiá-lo até Place Vendôme. Dupré se orienta muito bem, e o interno então lhe diz: “Estamos de fato em Paris, tanto que o senhor sabe muito bem chegar à Place Vendôme! – Não, estou reconhecendo Langres, disfarçada de Paris.” Levam Dupré de volta ao hospital de Bicêtre e o doente se recusa a reconhecer que visitou Paris; e, “como ele persistisse em sua recusa, é posto no banho e derrama-se água fria em sua cabeça. Então, ele admite tudo o que se quer”, que Paris é de fato Paris. Mas é só ele sair do banho que “volta às suas idéias loucas. Despem-no de novo, repete-se a afusão: ele torna a ceder”, reconhece que Paris é Paris. No entanto, mal está vestido, “sustenta que é Napoleão. Uma terceira afusão o corrige; ele cede e vai se deitar” (Foucault, 2006, p. 196).

Leuret percebe que esse exercício não basta e passa, então, a outra abordagem:

Após algumas palavras sobre o passeio da véspera, interrogo-o. ‘Seu nome? – Usei outro; meu nome verdadeiro é Napoléon-Louis Bonaparte. – Sua profissão? – Tenente reformado do 19º. regimento de infantaria de linha; mas vou lhe dar uma explicação. Tenente quer dizer chefe do exército. – Onde o senhor nasceu? – Em Ajaccio, ou, se preferir, em Paris. – Vejo por este certificado que o senhor foi alienado, em Charenton. – Não fui alienado em Charenton. Estive nove anos no meu castelo de Saint-Maur.’ Insatisfeito com as respostas dele, mando levarem-no ao banho; debaixo da ducha, apresento-lhe um jornal e mando que ele leia em voz alta; obedece; interrogo-o e certifico-me de que compreendeu a leitura. Então, depois de ter perguntado bem alto se o reservatório da ducha estava bem cheio, mando trazerem ao sr. Dupré um caderno no qual peço-lhe que dê, por escrito, resposta às perguntas que vou lhe fazer. ‘Seu nome? – Dupré. – Sua profissão? – Tenente. – Seu local de nascimento? – Paris! – Quanto tempo esteve em Charenton? – Nove anos. – E em Saint-Yon? – Dois anos e dois meses. – Quanto tempo o senhor ficou na seção de alienados, em tratamento, em Bicêtre? – Três meses; faz três anos que sou alienado incurável. – Onde o senhor foi ontem? – À cidade de Paris. – Urso fala? – Não’.

(Foucault, 2006, p. 197)

Durante a transição do século XVIII para o século XIX, a mudança mais significativa da psiquiatria foi a exclusão da verdade das questões relativas à loucura (Ferreira, 2006). Isso se deu de tal forma que o doente não tinha outra saída a não ser reconhecer-se enquanto louco. É nesse contexto que Dupré é levado para visitar Paris. Não se espera que ele tenha a revelação de que Paris estava ali e de que ele estava, de fato, em Paris. No entanto, espera-se que ele enuncie a verdade. Mesmo que a coisa não seja percebida, mesmo que ele diga sob a coerção da ducha, ainda assim, espera-se (Foucault, 2006).

Dizer algo que seja da verdade tem uma função. Com isso, o que se quer é que o doente possa vincular essa verdade com a sua própria história, a ponto de se reconhecer numa identidade constituída por um certo número de episódios de sua existência, que submete-o à

inflexibilidade da sua doença real. Confessando, ele reconheceria sua loucura e conseguiria desfazer-se dela. É em razão disso que, a cada instante, o médico impõe ao doente o reconhecimento de que ele se chama Dupré, que está em Paris, que ele esteve em Charenton.

O paciente é submetido a essa realidade. E, se isso não ocorre, é preciso puni-lo. O castigo, carregando consigo uma utilidade terapêutica, atua como remédio (Ferreira, 2006). Ele também revela o jogo de poder que se faz presente nesse contexto, onde a demonstração de força do médico não coloca espaço para o compartilhamento, a reciprocidade, a troca. A linguagem não circula livre de um personagem ao outro (Foucault, 2006).

O método terapêutico exercido pretende reformar os costumes do paciente. Observa-se isso quando, de acordo com Foucault (2006), Leuret considera que está na hora de exigir uma resolução decisiva de Dupré e pede que o paciente escreva a história de sua vida¹. O que lhe é pedido não é a verdade do que ele poderia dizer sobre si mesmo, mas é o enunciado de verdade de uma loucura que aceita se reconhecer em primeira pessoa sob o prisma da realidade administrativa e médica do poder asilar. Se quiser se curar, o paciente precisa se identificar com esse *corpus* biográfico. Antonin Artaud poematiza como se dá essa identificação no poema “Eu, Antonin Artaud” (1988), disponível no anexo A. O poeta e teatrólogo articula a arte com sua experiência de vida, produzindo um teatro das “imagens indestrutíveis” que se fazem presentes no hospital psiquiátrico.

Nesse contexto, o interrogatório surge como uma técnica que, operando com o poder médico, obtém do paciente a enunciação da verdade que é esperada (Ferreira, 2006). O interrogatório é um exercício de poder que tem a função de exercer um lugar de produção de verdade (Foucault, 2002). O médico faz uso dele munido de observações detalhadas de tal forma que sabe tudo sobre o seu paciente. Ele procura colocar o enfermo em um ponto do qual ele não poderia escapar de seus próprios sintomas e acabasse por confessar: “Sim, sou louco!”. Para tanto, o interrogatório tinha como objetivo atualizar a crise. Com ela, demonstrava-se a verdade da doença, uma verdade que não poderia ser encontrada, mas que deveria ser suscitada.

A partir do recorte das cenas de Cox, Pinel e Leuret, é possível notar que aconteceram mudanças na prática psiquiátrica. Com isso, o relato passa a ser uma peça essencial no uso da psiquiatria. Ele se constitui a partir de um olhar voltado para aquilo que o paciente tem a dizer. Deste modo, a verdade biográfica é extraída quase como uma verdadeira confissão para o uso de diferentes procedimentos. Foucault (2006) questiona como que o relato da própria vida pôde

¹Leuret, ao receber o escrito biográfico de seu paciente, liberta-o. Considera que Dupré ainda está doente, mas que, naquele momento, não precisa mais do asilo.

se tornar uma peça essencial nos procedimentos de apropriação e de disciplinarização dos indivíduos. É uma pergunta que fica em aberto.

Figura 6: Um exame público do paciente



Fonte: Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière (1795)
Tony Robert-Fleury (1837-1912)
Hôpital Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, França.

2.2 A apresentação clínica

O interrogatório, em alguns momentos, precisava de uma revigorada. É nesse momento que o corpo clínico da instituição e os estudantes entram em cena. Isso se dá de forma bastante precipitada em relação ao surgimento da própria psiquiatria (Foucault, 2006), considerando que esta surge em 1793 e que essa prática inicia em 1817 (Ferreira, 2007). Observa-se, assim, que elas são contemporâneas. No quadro de Fleury é possível observar que tão logo o paciente é libertado das correntes, tão logo ele já é, de alguma forma, examinado publicamente. A Figura 6 faz um recorte do quadro original com o objetivo de atentar-se a isso.

O surgimento dessa prática – chamada de apresentação clínica ou apresentação de paciente(s) – está intrinsecamente relacionada aos hospitais, onde o modo de ensinar e dizer se tornou a maneira de aprender e ver (Foucault, 1977). Nesse sentido, observa-se que o modelo de formação dos alienistas, no século XIX, seguiu a mesma tradição da clínica médica que se consolidou no final do século anterior. Nela, o estudante deveria estar ao lado do mestre para seguir os seus passos no dia a dia. (Ferreira, 2002). Assim, a prática da apresentação de pacientes não se restringiu à psiquiatria. Seu exercício faz parte da tradição do ensino médico, como na aula de anatomia retratada por Thomas Eakins (1889) na Figura 7.

Em cada especialidade médica, a apresentação de pacientes exige diferentes técnicas de investigação e de intervenção (Ferreira, 2013). Na medicina geral, o exame prescinde da participação do sujeito, pois tem seu olhar voltado para a superfície do órgão profundo e lesionado de um corpo que pode ser apalpado, tocado, visto e ouvido. Na neurologia, a técnica requer um pouco mais da participação do paciente, pois procura-se obter, por meio de injunções, respostas decifráveis clinicamente no nível do corpo do sujeito. Na psiquiatria, as técnicas de exame são substituídas pelo interrogatório que busca tão somente responder o questionamento: “ele é louco?” (Foucault, 2006, p. 395).

Na dupla ausência de um corpo e de uma cura, a apresentação clínica atua como uma espécie de rito que, de forma solene, marca o que acontece no interrogatório. Nesse contexto, Foucault (2006, p. 358) observa que “a apresentação clínica diante dos estudantes é, no interrogatório privado do doente pelo médico, o que a missa cantada é em relação à missa comum”. Essa *Missa sollemnis* vai atualizar o papel do alienista, marcando-o como médico pelo simples fato de que há, diante dele, um público. Se falta um corpo que possa ser visto e ouvido, surge um corpo institucional.

Figura 7: Apresentação de pacientes numa aula de anatomia



Fonte: The Agnew Clinic (1889)
Thomas Eakins (1844-1916)
University of Pennsylvania, School of Medicine, Philadelphia, Estados Unidos.

Na presença dos que assistem ao interrogatório, o lugar do enfermo se consolida e a palavra do médico adquire peso (Ferreira, 2006). Com isso, o médico passa a atuar em um duplo registro: de um lado, é aquele que examina o doente; de outro, é aquele que ensina. O médico é, ao mesmo tempo, aquele que cuida e aquele que detém a palavra do mestre (Foucault, 2006). Esse duplo registro faz com que essa prática se constitua, para além do ensino, em um importante instrumento clínico (Ferreira, 2007).

Para garantir a manutenção do saber médico e do poder psiquiátrico, é preciso que, pelo menos de tempo em tempo, a apresentação clínica seja realizada de forma institucional (Foucault, 2006). Na literatura, é frequente encontrar autores que comparem essa prática com o teatro. Veras (2009) parece corroborar isso ao apontar que, tal como ocorre no teatro, o público sabe da responsabilidade do seu silêncio. Se a apresentação clínica pode gerar uma sensação de desconforto, há uma tentativa de negá-la. Por intermédio da racionalidade médica, busca-se “introduzir uma experiência de domínio sobre a *coisa* da loucura” (Ferreira, 2002, p. 14). Retirado da tríade paciente-médico-público, o doente é tratado como um elemento que fala sem interlocução (Veras, 2009).

Treinado para investigar e intervir, o olhar clínico transforma o paciente que busca assistência em objeto. E objeto relativo, pois o que nele é decifrado é destinado a melhor conhecer os outros. A partir daí surgem alguns questionamentos: “Olhar para saber, mostrar para ensinar não é uma violência muda, tanto mais abusiva que se cala, sobre um corpo de sofrimento que pede para ser minorado e não manifestado? Pode a dor ser espetáculo?” (Foucault, 1977, p. 95).

Pode e deve. Hogarth (1735) denuncia o olhar da burguesia perante o louco, pois essa faz do asilo uma ocasião social para se divertir com o sofrimento do outro (Figura 8). Nesse sentido, a reportagem de *Le Monde illustré*, publicada em 22 de março de 1890, evidencia como isso se dá na Salpêtrière: em um baile público com os pacientes (Anexo B). Foucault (1977) parece considerar essa denúncia, pois responde que há um contrato oculto e estranho estabelecido silenciosamente entre o hospital, em que se tratam os doentes economicamente desfavorecidos, e a clínica, em que se formam médicos. A história dos sofrimentos a que o doente está reduzido é necessária, pois ensina os males que ameaçam os seus semelhantes. Seu mal é, assim, transformado em experiência para os outros.

Figura 8: A burguesia visita ao asilo e se diverte com o sofrimento do outro



Fonte: A Rake's Progress, Plate 8, In the Madhouse (1735)
William Hogarth (1697-1764)
SCAD Museum of Art, Savannah, Estados Unidos.

O enfermo pode se curar ou perecer, mas em um ou outro caso a doença pode esclarecer o médico. A possibilidade de encontrar a cura está justamente no contato esclarecido com aquele que intervém com seu saber, seus recursos e sua piedade. O paciente poderia não se oferecer como objeto de instrução. No entanto, isso faria dele um ingrato que “teria usufruído das vantagens que resultam da sociabilidade, sem pagar o tributo do reconhecimento” (96).

A apresentação clínica marca um interessante efeito produzido no paciente. Falret, considerado um dos percursores desse dispositivo, observa que:

Muitas vezes, o relato da doença, feito em todos os seus desenvolvimentos, impressiona vivamente os alienados, que testemunham eles próprios a sua verdade com visível satisfação e se comprazem em entrar em maiores detalhes para completar o relato, surpresos e gloriosos, de certo modo, por terem cuidado deles com interesse bastante para conhecer toda a sua história (Falret *apud* Foucault, 2006, p. 251)

Ao deparar-se com a dedicação do médico e um público interessado, o paciente aparenta estar mais propenso a falar de bom grado e a responder as questões que lhe são feitas. Como foi descrito em “1 1 A Psiquiatria”, o médico conduz o interrogatório munido de observações detalhadas. Com a apresentação clínica, é possível obter informações que, até então, eram desconhecidas. Nela, o paciente não diz só o que quer, mas responde às perguntas.

Acreditando que suas respostas não informam verdadeiramente o médico, o paciente não deve se dar conta de que se depende dele para alcançar informações. Isso é fundamental – não para deixar um saber do lado do enfermo, mas para que sua fala seja utilizada para sustentar o saber do médico (Ferreira, 2006). A importância em sua palavra está em tomá-la como “significante no interior de um campo de saber já inteiramente constituído no espírito médico” (Foucault, 2006, p. 230-231). Com isso, o interrogatório substitui, discretamente, as informações do doente e proporciona ao médico uma ascendência sobre o enfermo.

Há diversos modos de conduzir uma apresentação de pacientes. Isso se dá, pois ela não é uma prática homogênea, tendo “tantos senhores quanto diversidades de abordagens psiquiátricas” (Ferreira, 2007, p. 296). Leuret, por exemplo, inventou um interrogatório muito mais sutil. Fazendo uso do silêncio, ele não diz nada. Ele deixa o paciente falar, pois acredita que, sem interrompê-lo com uma série de perguntas, se chegaria à confissão focal da loucura. Falret corrobora isso ao afirmar que, ao não ver o médico preocupado em controlar tudo nele, o enfermo não ficaria tão desconfiado e se mostraria como é. Com isso, o médico poderia “estudá-lo mais facilmente com maior sucesso” (Falret *apud* Foucault, 2006, p. 379).

Griensinger ilustra o interrogatório por meio do silêncio:

Dir-se-ia que ela ouvia... dei uns cem passos sem falar nada, sem parecer fixar minha atenção nela... parei de novo... e fitei-a atentamente, tomando o cuidado de manter minha figura imóvel e sem deixar transparecer nem sequer alguma curiosidade. [...] Estávamos assim havia mais de meia hora, entreolhando-nos, quando ela murmurou algumas palavras que não entendi; ofereci-lhe meu caderno, no qual ela escreveu” (Griensinger *apud* Foucault, 2006, p. 378).

Falret coloca que o alienista pode exercer uma posição mais ativa. Para conhecer a fonte de todas as manifestações da doença, o médico não deve reduzir seu dever de observador ao papel passivo de secretário do doente (Bercherie, 1989). Ele deve mudar seu papel de observador passivo, buscando provocar e fazer brotar manifestações que jamais apareceriam espontaneamente. Diante disso, ele afirma:

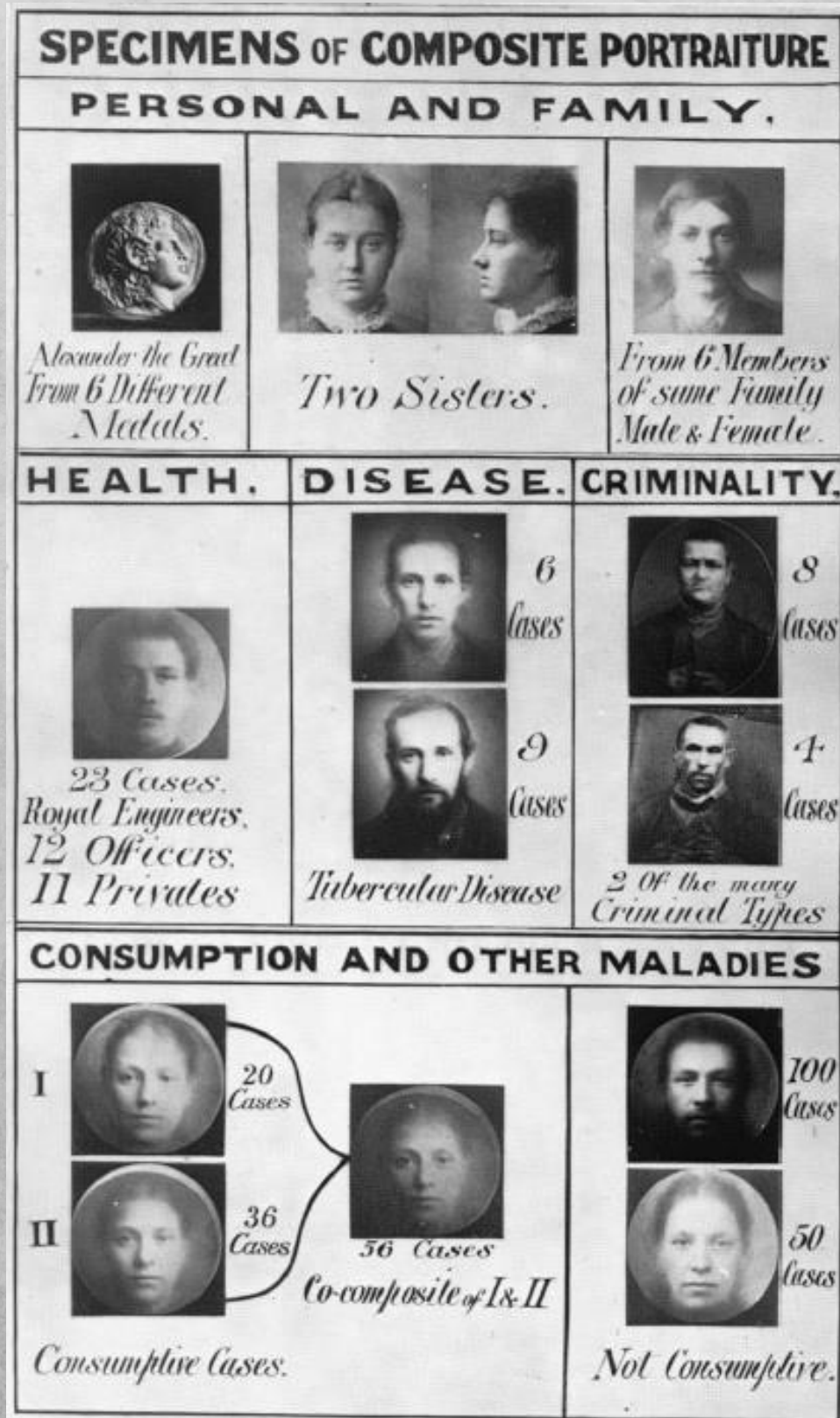
Às vezes é preciso conduzir com habilidade a conversa sobre certos temas que se supõe tenham relação com as idéias ou os sentimentos doentios; essas conversas calculadas agem como pedras de toque, pondo a nu as preocupações mórbidas. Uma grande experiência e muita arte costumam ser necessárias para observar e interrogar convenientemente certos alienados (Falret *apud* Foucault, 2006, p. 249).

Se o modo de conduzir o interrogatório não tem êxito e o paciente se recusa a falar, isso não é visto como um empecilho para realizar a apresentação clínica. O médico, fazendo uso de suas observações, contará o conjunto de vida do enfermo aos estudantes. Será feita uma anamnese geral tão aprofundada que o paciente verá, diante de seus próprios olhos, desenrolar a história de sua vida. Observa-se que todas as informações que são obtidas sobre o paciente são anotadas num registro que contém todos os detalhes sobre o andamento da doença. Considera-se que “esse registro é um verdadeiro caderno de observações de que se faz, no fim de cada ano, um esmiuçamento estatístico, que é uma fonte de documentos preciosos” (Moreau de Tours *apud* Foucault, 2006, p. 250).

A amplitude do questionário ao qual o paciente é submetido tem como objetivo suprimir a ausência de um corpo patológico. Como não se encontra no doente um substrato orgânico para a sua doença, busca-se encontrar, no nível da família, acontecimentos patológicos que, independente da sua natureza, se referirão à existência de certo substrato material patológico. Tais informações também estão presentes no registro do paciente, como pode ser observado na Figura 9.

Dessa forma, a hereditariedade é uma maneira de dar corpo à doença no nível do corpo individual. Para isso, inventa-se “uma espécie de grande corpo fantasmático que é o de uma família afetada por um grande número de doenças” (Foucault, 2006, 351-352). Se a doença se transmite é porque possui um suporte material e se esse pode ser alcançado, então se tem o substrato orgânico da loucura. Esse substrato constituiria o verdadeiro corpo da doença.

Figura 9: A hereditariedade na busca do substrato orgânico da doença



Fonte: Specimens of Composite Portraiture (1883)
Francis Galton (1822-1911)
Inquiries into Human Faculty and its Development, Londres, Inglaterra.

O interrogatório busca saber quais são os episódios pelos quais a loucura se anunciou antes de existir realmente como loucura. Com isso, procura-se mostrar que ela existia antes de ser considerada como doença. Mesmo quando marcada por uma subtaneidade ou sinais que ainda não fossem a loucura propriamente era preciso apontar que eram condições de possibilidade da loucura. Os sinais que, embora não fossem propriamente patológicos, tinham uma relação de tal. Isso fez com que fosse possível apresentá-los como marcas de disposição de uma doença.

Nesse cenário, observa-se que a apresentação se constituiu em um instrumento clínico tão importante que foi exercido por grande parte dos chefes de serviço, mesmo aqueles que não estavam envolvidos com o ensino (Ferreira, 2002). De modo que, no período dos anos 1830-1835, tanto a psiquiatria clássica alemã quanto a francesa fizeram uso dessa prática para constituir a clínica dos fenômenos com os quais se deparavam (Quinet, 2001).

Dentre as intervenções que ocorriam no hospital psiquiátrico, a apresentação de pacientes foi a que mais aproximou a atuação médica de um trabalho clínico. Marcada pela articulação entre a pesquisa e a clínica², colocava o médico no exame direto do paciente (Ferreira, 2002). Investigativo, o alienista buscava saber de todos os detalhes do caso para descrever síndromes e entidades nosológicas e, com isso, elaborar um bom diagnóstico e avaliar um prognóstico (Bercherie, 1989).

A vocação didática da apresentação clínica surge frente à demanda de transmissão da psiquiatria. O ensino estava invariavelmente atrelado à dimensão clínica, pois servia como um dispositivo de investigação diagnóstica (Ferreira e Santiago, 2019). O estudante desenvolveria a perícia clínica por intermédio da observação e do exame, aprendendo a detectar os mínimos sinais e a catalogá-los (Ferreira, 2013).

A presença *in loco* da audiência impede que o espectador seja totalmente passivo (Veras, 2009). O médico faz uso disso e mostra ao doente que ele tem à sua volta pessoas que estão dispostas a escutá-lo. Eventualmente, o doente pode recusar a palavra do médico; contudo, ele não pode deixar de constatar que aquilo que ele recusa é efetivamente ouvido, e ouvido com respeito pelo público. Foucault (2006) aponta que a presença de ouvintes tem efeito de ampliar o poder da palavra do médico, dando-lhe mais autoridade.

Tal qual o interrogatório, a apresentação clínica se consolida a partir de um olhar que busca a enunciação da verdade do paciente (Ferreira, 2006). O médico não apenas interroga,

²Observa-se que é uma articulação um tanto difusa, pois o emprego correto da pesquisa, marcada pela observação prologada, exige alguma convivência e certa interação com o paciente. Isso torna o trabalho diagnóstico prócio de ser confundido com a intervenção clínica.

mas mostra ao doente que ele conhece a sua doença, que sabe coisas sobre ela, que dela pode falar e fazer uma exposição teórica diante dos seus alunos. Desta forma, o diálogo do médico com o doente muda de natureza, pois o doente compreenderá que “algo como uma verdade aceita por todos está se formando no interior da palavra do médico” (Foucault, 2006, p. 233).

A lei da identidade pesa sobre o doente e ele se vê obrigado a reconhecê-la em tudo que é dito sobre ele. Respondendo, publicamente, às indagações do médico, arranca-se a confissão final de sua loucura. O doente passa a reconhecer e aceitar que a realidade desse desejo louco está na raiz de sua loucura. Nesse contexto, nota-se que a apresentação clínica é o grande portador do poder psiquiátrico. O médico se constitui como mestre – e mestre do saber –, de modo que sua palavra aparece possuindo um poder maior do que a palavra de qualquer um.

Diante do coro e do corpo dos estudantes, o papel do médico se atualiza. Na falta de um corpo doente se constitui essa espécie de corporeidade institucional caracterizada pelos estudantes que, em torno do mestre, ouvem o que doente tem a responder. A dimensão magistral da palavra do médico constitui o seu poder, aumenta o seu prestígio e torna o que ele diz um pouco mais verdadeiro. Qualificado pela marca do saber, o espaço funciona como um corpo que cura por sua própria presença, seus próprios gestos e sua própria vontade.

Na prova de fazer existir um saber médico, busca-se transcrever a demanda como doença. Ao existir uma doença, ou eventualmente uma não-doença, se tem motivos para um possível internamento ou intervenção psiquiátrica. Podendo decidir o destino do paciente, o médico coloca:

[...] você está aqui, seja por vontade própria, seja trazido por outra pessoa, mas você vem aqui porque há em torno de você e a seu respeito queixas, um mal-estar; você disse isso, você fez aquilo, você se comporta assim ou assado. Eu não o interrogo de modo algum sobre a verdade desses fatos, não quero saber em termos de asserção se aquilo de que o acusam, ou se os mal-estares que você sente são verdadeiros ou não – não sou um juiz de instrução –, mas estou disposto a isentá-lo da responsabilidade, jurídica ou moral, pelo que você fez ou pelo que acontece com você, ou pelos sentimentos que você tem, com uma condição no entanto: que você assuma subjetivamente a realidade disso tudo, que você me restitua todos esses fatores como sintomas subjetivos da sua existência, da sua consciência. Quero encontrar todos esses elementos, mais ou menos transformados, pouco importa, no seu relato e nas suas confissões, como elementos do seu sofrimento, como força de um desejo monstruoso, como marcas de um movimento irresistível, em suma, como sintomas. Aceito que os motivos pelos quais você está aqui já não imprimam em você uma marca jurídica ou moral de responsabilidade, mas só realizarei essa subtração, só removerei essas marcas da sua cabeça se você, precisamente, os fornecer a mim, sob uma forma ou outra, com sintomas. (Foucault, 2006, p. 354-355)

O pedido pelo sintoma não é para que o médico saiba que doente o paciente é. Seu pedido carrega uma demanda muito mais obscura e sobrecarregada, pois é nessa busca pelo sintoma que ele se faz médico. A histérica é precisamente quem revela isso. Diante do médico,

ela diz: “É graças a mim, mas somente graças a mim que o que você faz comigo – me internar, me receitar drogas, etc. – seja efetivamente um ato médico, e eu te entronizo como médico na medida em que te forneço sintomas” (Foucault, 2006, p. 350).

Com isso, observa-se que o lugar do médico não está garantido. O doente, representado pela figura da histérica, carrega um prodigioso sobrepoder. O médico deve fazer uso de suas observações como uma forma de contrabalançar o efeito da acusação que lhe é feita. O público, presente na cena, reafirma o lugar do médico e do paciente. Com o seu olhar, reforça o médico como figura de poder. Isso é fundamental, pois, como Grasset (*apud* Pessotti, 1996) aponta, ninguém – nem mesmo o próprio médico – consegue tratar a enfermidade sem absoluta confiança e autoridade.

O interrogatório tem como horizonte encontrar o que seria o âmago da loucura. Para isso, busca encontrar uma espécie de foco da loucura que corresponderia ao foco de uma lesão patológica. Esse buscaria a forma extrema, irrecusável, da loucura. Há uma busca pela atualização desse foco delirante, que é obtida sob a forma de confissão quando o paciente, sob a coerção do interrogatório, pronuncia: “Sim, eu acredito ser Napoleão!”, numa alusão à terapia de Dupré (Foucault, 2006, p. 356).

A partir dessa confissão, o médico cancela o doente como um indivíduo que fala. Sua confissão não informa, verdadeiramente, o que ele diz. Na falta de ser ouvido, ele é fixado nos limites de uma nosografia que se transforma na fronteira de sua identidade (Mannoni, 1971). Diante disso, encontra-se um apontamento bastante incômodo:

Os loucos do século XIX, como eram? O que diziam? Como percebiam os tratamentos que sofriam? A resposta, honesta, é: não se sabe. É certo que Pinel e seus seguidores mais fiéis registravam falas e reações emocionais dos pacientes. Mas, quanto mais o manicômio se afastava do ideal pineliano, menos valor tinham a opinião, as falas ou as emoções do louco.” (Pessotti, 1996, p. 13-14).

O médico da psiquiatria clássica não demonstra esforço em apreender algo da subjetividade do paciente (Ferreira, 2006). Isso pode ser observado na Figura 10. Nela, é criada uma gravura a partir da fotografia de uma paciente. O olhar do médico manipula a fotografia, eliminando as pregas da cortina ao fundo, retirando a estampa do vestido floral e mudando a postura da paciente. O médico manipula a imagem, tornando o vestido em um “uniforme” e endireitando a postura da paciente (Didi-Huberman, 2015). A fotografia, bem como a apresentação de paciente, é conduzida para confirmar a certeza de um saber. Para isso, busca-se anular o sujeito (Martins, 2009).

Figura 10: A transformação de um retrato que elimina a subjetividade da paciente



Fonte: DIDI-HUBERMAN, Georges. Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015, p. 66.

Inscrito no quadro de uma doença melancólica, o sujeito é “manobrado, captado no campo da visão” (Lacan, 1964/2008, p. 91). E nessa captura, o paciente, despido de sua subjetividade, serve para munir a observação e a análise sistemática dos fenômenos (Bercherie, 1989). O tratamento, como já foi colocado, busca que o paciente reconheça a sua doença. Isso ocorre pela via da confissão – como ocorre com Jorge III e com Dupré – e pela atualização da própria crise.

A crise, entendida como o momento em que a natureza profunda da doença sobe à superfície e se deixa ver, é um movimento em certo sentido autônomo que pode ocorrer sem a presença do médico. Entretanto, se este quisesse inserir sua ação terapêutica, precisaria que ela ocorresse em sua presença. Para isso, deveria reunir em torno dela conjunções que lhe fossem favoráveis e prepará-la, isto é, invocá-la e suscitá-la (Foucault, 2002).

O interrogatório se sustentava na produção de crise. Pressionava o paciente de tal forma que tornava visíveis fenômenos como delírios e alucinações (Ferreira e Santiago, 2019). Situava o sujeito em uma espécie de ponto de estrangulamento no qual ele se via obrigado a revelar sua realidade delirante. Sem mais poder escapar de seus sintomas ou se esgueirar por entre eles, o paciente é obrigado a assumir: “sou aquele para quem foi constituído o hospital psiquiátrico, sou aquele para quem é necessário haver um médico; sou doente” (Foucault, 2006, p. 356).

A fala que é extraída do paciente tem como base a premissa de que, ao dizer a loucura, ele se livra dela. Nesse sentido, o interrogatório oscila entre uma confissão religiosa que faz perdoar e uma expectoração que expulsa a substância morbífica da loucura. Nesse contexto, Foucault (2006) aponta que o movimento pelo qual o doente é curado da loucura é aquele pelo qual o médico garante que o que ele faz é um ato médico.

O diagnóstico que se obtém do paciente não abre espaço para qualquer perspectiva nova. Isso se dá de tal forma que o médico não julga útil comunicá-lo. Seu diagnóstico é, portanto, destinado aos outros. Estabelecer um diagnóstico psiquiátrico desloca o doente de sua posição de indivíduo e sujeita-o a um sistema de leis e de regras (Mannoni, 1971). Tal qual as portas de uma prisão, espera-se que as portas do asilo se abram e uma reparação seja feita no doente. O que não se efetua de fato. As correntes são abertas, mas não as portas do asilo. Destituído de sua razão e tendo sua alteridade somada ao negativo, o louco é excluído de qualquer interlocução e, com isso, excluído da sociedade.

Georges conta sua experiência:

O que é terrível é a entrada no asilo quando se tem dezoito anos, a entrada de um rapaz de espírito são. O horror que representa tal coisa não pode ser descrito. Os gritos e a miséria, acaba-se não

escutando mais nada. Alguns tornam-se como as paredes, perdem a palavra. Todo mundo aqui está condenado a perder a palavra (Georges *apud* Mannoni, 1971, p. 33).

Seu relato denuncia a experiência sofrida de ter sua palavra desqualificada, desprovida de sua subjetividade. É interessante ressaltar que o asilo, por intermédio do psiquiatra, não cria a loucura, mas ele é, junto com a sociedade, responsável pela maneira como ela se cristaliza. Na cena da apresentação psiquiátrica, o médico perpetua isso ao introduzir o estudante em uma clínica voltada mais para o olhar do que para a escuta.

Há outro sistema para se obter provas na prática psiquiátrica: o magnetismo e a hipnose. O primeiro, em sua ruína, é transformado de tal forma que leva ao surgimento do segundo (Roudinesco, 1989a). Caracterizados como uma prática terapêutica fundada na onipotência do olhar, ambos tentam reforçar ainda mais o poder médico no interior do asilo psiquiátrico.

O magnetismo, presente nos hospitais psiquiátricos nos anos de 1820-1825, foi utilizado essencialmente como uma espécie de deslocamento da crise (Foucault, 2006). O magnetizador impõe, com uma força similar ao magnetismo físico, sua vontade, influenciando nos pensamentos e nas ações do magnetizado (Caballo, 2007). Dessa forma, o efeito do magnetismo proporciona um domínio, e um domínio absoluto, sobre o doente.

No fim do século XVIII, o magnetismo confia ao próprio doente o que era tarefa do médico na crise clássica. Colocado num estado adormecido, o doente responde questões sobre sua doença, opina sobre seu estado e indica uma linha de conduta terapêutica e prognóstica. Foucault (2006) exemplifica:

– Quem adormeceu? – O senhor. – Por que você vomitou ontem? – Porque me deram caldo frio. – A que horas você vomitou? – Às quatro horas. – Você comeu depois? – Sim, senhor, e não vomitei o que comi. – Que acidente a tornou doente pela primeira vez? – É que eu fiquei com frio. – Faz muito tempo? – Mais de um ano. – Você não levou um tombo? – Levei sim, senhor. – Nesse tombo, você caiu de barriga? – Não, caí de costas, etc. (Georget *apud* Foucault, 2006, p. 369)

Pétrolline, interrogada pelo alienista Georget, acrescenta: “o que me adoeceu foi que eu caí dentro d’água e, se o senhor quiser me curar, também vai ter de me jogar dentro d’água” (Foucault, 2006, p. 369). Para curá-la, Georget a faz cair num pequeno lago. No entanto, sua cura não é efetiva³, pois suas prescrições não tinham sido pontualmente seguidas. Pétrolline não havia caído em um lago qualquer, mas nas águas do Canal de l’Ourcq.

³Pétrolline não pede efetivamente a cura, mas a repetição de seu trauma.

Isso ocorre, pois há sempre lacunas e enigmas que ele deixa de perceber (Didi-Huberman, 2015). Contudo, isso não impede que Pétrolline seja considerada manipuladora e, Georget, a vítima inocente e ingênua de sua manobra. Ao confiar ingenuamente seu poder e saber médico à “lucidez” do doente, o magnetizador depara-se com o motivo pelo qual essa prática é abandonada. Tal experiência reafirma que, no funcionamento da instituição, o poder e o saber médicos só podem caber ao médico (Foucault, 2006).

Diferente do magnetismo, a hipnose põe seus efeitos unicamente na vontade do médico. Sem nenhum intermediário ou suporte material, ele pode conduzir os efeitos próprios da hipnose. Isso é possível, pois o médico, fazendo uso da sugestão, neutraliza a vontade do doente e deixa o campo absolutamente aberto à sua vontade (Roudinesco, 1989a). A partir dessa neutralização, o médico dá uma ordem. O efeito disciplinar desta faz com que a ação hipnótica adquira importância (Ferreira, 2006). Como é retratado na Figura 11, o médico induz o doente a um estado hipnótico que possibilita fabricar um sintoma ou comportamento.

Com apenas uma ordem, o médico se assenhora do doente. O célebre corpo do enfermo que estava, até então, ausente, surge. Isso ocorre, pois o hipnotizador exerce um domínio sobre o corpo do doente. Esse domínio é capaz de determinar a contratura ou a paralisia de um músculo, exercitar ou anular a sensibilidade e debilitar ou avivar as faculdades intelectuais ou morais. No nível dos músculos, dos nervos e das funções elementares, pode-se intervir, efetivamente, no corpo (Foucault, 2006).

A hipnose domina o corpo do doente de uma forma muito mais aperfeiçoada que o interrogatório. Isso favorece que ela seja utilizada como um instrumento pelo qual é possível apreender o funcionamento do corpo do doente. Ao encontrar esse corpo que tanto lhe escapava, o médico percebe que não se trata simplesmente de um corpo “com órgãos e tecidos, mas um corpo com funções, desempenhos, comportamentos” (Foucault, 2006, p. 373). Descobre-se o corpo neurológico. E, diante dele, busca-se inscrever a loucura no interior de uma sintomatologia médica geral que até então era mantida à margem.

Destaca-se que o ensino médico se dá pela dissociação da teoria e da prática. A primeira, ensinada na faculdade e a segunda, no interior do hospital psiquiátrico⁴. No entanto, no período de 1865-1866, o ensino da medicina na França sofre uma importante modificação. Com a aprovação do ensino por meio de cursos livres, a especialidade médica passa ser lecionada em cursos abertos aos estudantes externos ao hospital (Ferreira, 2013).

⁴Voltada para residentes e assistentes dos médicos.

Figura 11: O médico induz a doente a um estado hipnótico



Fonte: Hypnotic séance (1887)
Sven Richard Berg (1858-1919)
Nationalmuseum, Estocolmo, Suécia.

Essa abertura, favoreceu que o rito da apresentação se desse de modo quase público (Foucault, 2006). O paciente, convocado para a apresentação clínica, é uma ilustração viva que demonstra com seu sintoma a disciplina lecionada (Leguil, 1993). Ele é, também, apresentado a um público estranho quantas vezes fosse o desejo do mestre. Dois grandes nomes da psiquiatria clássica, Charcot e Clérambault, realizaram apresentações nesse formato.

Figura 12: O Hospital de Salpêtrière



Fonte: Planche 122: Vue de l'hôpital royal de la Hospital de Salpêtrière (1740)
Jacques Rigaud (1680–1754)
Musée Carnavalet, Paris, França.

2 2 1 As apresentações de Charcot

Um dos protagonistas da apresentação de pacientes é Jean-Martin Charcot. Neurologista, Charcot sustenta seu trabalho na prática clínica. Para isso, toma como premissa que “la théorie, c’est bon, mas ça n’empêche pas d’exister”⁵ (Freud, 1893/1977, p. 23). Observador, investiga a neurofisiologia ao seu limite. E, com isso, depara-se com o campo do psiquismo. Apesar de sua resistência, esse campo insiste em se colocar como uma possível fonte de respostas (Ferreira, 2013).

Algumas literaturas garantem que é por acaso que Charcot se aproxima do psiquismo. Isso teria se dado devido à evacuação de um dos prédios da Salpêtrière (Figura 12), o que teria acarretado que os loucos fossem separados dos epiléticos não-alienados e das histéricas. Isso teria se dado, pois essas duas categorias apresentavam crises convulsivas. Dada essa semelhança, considerou-se lógico reuni-las e criar um setor especial: o setor dos epiléticos simples (Roudinesco, 1989a). Num acaso administrativo, é confiado a Charcot esse novo setor. Ali, ele confronta-se com “mulheres infernais, que mostravam os seios pendurados e os vestidos abertos, contorciam-se e, como uma grande manada de vítimas oferecidas, arrastavam atrás dele um longo mugido” (Didi-Huberman, 2015, p. 37).

Diante dessa cena, Charcot é identificado com Dante em sua descida ao inferno. Didi-Huberman aponta que o desenho “Le Préau des femmes à la Salpêtrière”, de Daniel Vierge (1887), não engana à semelhança de Salpêtrière com o inferno (Figura 13).

Tal como o personagem, o mestre:

Como quem é acordado bruscamente
E com o olhar repousado, a volver
Em torno atento, buscava os sinais
Do lugar que eu queria reconhecer

É que estava nas bordas abissais
Desse profundo fosso doloroso
Que acolhe o eco de infinitos ais

Tão escuro era aquilo e nebuloso
Que, por mais que eu fincasse o olhar a fundo,
O que eu visse restava duvidoso.
(Alighieri, 2010, p. 43)

⁵Em tradução: “Teoria é bom; mas não impede as coisas de existirem”.

Figura 13: A Salpêtrière de Charcot



Fonte: Le Préau des femmes à la Salpêtrière (1887)

Daniel Vierge (1851-1904)

DIDI-HUBERMAN, Georges. Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière.

Rio de Janeiro: Contraponto, 2015, p. 36.

Charcot se viu adentrando em um “museu patológico vivo”. As quatro ou cinco mil mulheres lhe serviram de material de estudo (Didi-Huberman, 2015). Por intermédio de seu olhar, a neuropatologia adquire uma riqueza de formas (Freud, 1893/1997). Inaugura-se um modo de classificação que diferencia a crise histérica da epiléptica. Voltado quase que exclusivamente para a mais enigmática das enfermidades nervosas, para cuja avaliação a medicina, até então, não havia encontrando um ângulo de enfoque, Charcot abandona a definição que via a histeria como uma doença do útero. Coloca-a no moderno campo da neurose, remontando-a a uma origem traumática dotada de um vínculo com o sistema genital e demonstrando a existência da histeria masculina que, até então, achava-se que não existia (Roudinesco, 1989a).

Se antes se acreditava que na histeria qualquer coisa era possível, Charcot muda isso. Seu trabalho restaura uma dignidade, pois o mestre joga todo peso de sua autoridade a favor da autenticidade e objetividade dos fenômenos histéricos. Freud (1893/1997) associa Charcot com o mito de Adão que, diante de todas criaturas do Paraíso, precisa distingui-las e nomeá-las. Observando os “tipos clínicos”, Charcot percebe que não se trata, necessariamente, de um doente simulador. Recuado o temor de ser enganado pelo paciente, abre-se caminho para questionar qual método de investigação pode levar a uma rápida solução do problema. Com isso, Freud dirá que o neurologista repete, ainda que em menor escala, o ato de “libertação” de Pinel.

Para explicar que a histeria não é uma doença do século industrial, Charcot dedica-se a estudar obras pictóricas de períodos anteriores. A partir de sua investigação, considera que as crises de possessão e êxtases que são conhecidas desde a Antiguidade servem para provar que a histeria é a mesma por toda a parte (Roudinesco, 1989a).

Na antiguidade, a figura da histérica evoca uma visão de pesadelo não muito distante do inferno de Alighieri. Isso é representado na Figura 15. A mulher, na condição de feiticeira, dá ouvido aos antigos deuses pagãos, os mesmos deuses que foram expulsos pela Igreja. Durante os séculos dos leprosos (XIV), dos epilépticos (XV) e dos sífilíticos (XVI), a feiticeira cura os males e consola os enfermos. No século industrial, quando a ciência tenta triunfar sobre a doença, recai para a feiticeira as enfermidades do mundo. Do paraíso ao inferno, ela que era terapeuta, agora é enferma. Ela só sai dessa condição quando o homem, ao fazer uso da sua racionalidade adquirida, lhe retira esse status. No entanto, ela segue condicionada ao seu olhar. Tal como ocorre com o alienado liberto por Pinel, esse olhar segue a aprisionando de um modo mais real e, por vezes, mais cruel que uma corrente.

Figura 14: A apresentação de uma feiticeira



Fonte: Examination of a witch (1853)
Tompkins Harrison Matteson (1813–1884)
Peabody Essex Museum, Salem, Estados Unidos.

Charcot percebe que os fenômenos histéricos se repartem em elementos típicos ou em variações acidentais e, com isso, afirma que a neurose histérica não é – como até então se pensava – um Prometeu que se apresenta sob mil formas e das quais não pode apreender nenhuma delas. Assim, a histeria ocorre:

[...] conforme certas regras bem determinadas, comuns à prática hospitalar e à da vida civil, válidas para todos os tempos, para todos os países, em todas as raças, regras cujas próprias variações em nada afetam a universalidade, já que essas variações, por mais numerosas que possam parecer, estão sempre ligadas, logicamente, ao tipo fundamental (Charcot *apud* Allouch, 2007, p. 47)

A partir do “material permanente” de que dispõe, Charcot funda, na Salpêtrière, uma cadeira clínica das doenças nervosas. Nela, os pacientes internados são selecionados, a partir de consultas realizadas semanalmente, para serem apresentados (Freud, 1886/1997). Adepto de uma clínica fundamentada na teatralização dos sintomas, Charcot busca transformar o saber em algo que possa ser visto (Ferreira, 2013). Ele inova ao fazer uso de aparelhos de projeção durante suas aulas. Suas fotografias fornecem uma documentação espetacular sobre as angústias com quais se depara (Roudinesco, 1989a). Tais registros compõem a *Iconographie Photographique de la Salpêtrière* (IPS), publicada por Bourneville e Regnard, entre 1875-1880, em Paris.

Sempre preocupado em cativar o olhar do público, Charcot dá às suas aulas um aspecto cênico. Faz isso com o objetivo de extrair delas um melhor efeito (Ferreira, 2006). Uma de suas aulas é eternizada, em 1887, por André Brouillet (Figura 15). Em “Une leçon clinique a la Salpêtrière”:

[...] vemos Charcot apresentar um caso de grande histeria a uma plateia composta de médicos famosos ou escritores de renome. Atrás dele, Babinski, o favorito, com sua barba e bigode. Ele está segurando uma mulher desmaiada, prestes a cair numa maca, que usa uma longa saia escura. Ela tem os olhos revirados e o punho esquerdo retorcido para trás. Seu corpete branco, sob o qual adivinhamos um espartilho afrouxado, deixa entrever seios carnudos. Talvez se chame Blanche, aliás Rosalie. Era muito jovem quando de sua chegada à Salpêtrière, e Charcot a admirava. Foi apelidada de rainha das histéricas [...] (Roudinesco, 1989a, p. 55-56).

A partir disso, é possível imaginar como essa aula se dá.

Figura 15: A apresentação clínica de Charcot



Fonte: Une leçon Clinique a la Salpêtrière (1887)
Pierre André Brouillet (1857-1914)
Université Paris Descartes, Paris, França

[...] Eram levadas para o anfiteatro três ou quatro mulheres coreicas ou histéricas, paramentadas a contragosto com chapéus de plumas, e as discussões e as medidas deslocavam-se então por aquele *frisson* pitoresco, cujo controle era bem diferente do exigido por uma trepidação insana de todos os corpos. Era quase uma crítica da arte. E os corpos, justamente, estavam ali, sobre o estrado, como os pobres remanescentes de um conceito, de um nome próprio – Parkinson, ou outro –, de um diagnóstico, de uma frase que lhes revirava tudo acima do crânio, sem que elas de nada soubessem (Didi-Huberman, 2015, p. 330).

Suas aulas ocorrem duas vezes na semana. Nas sextas-feiras⁶, suas lições demonstram, experimentalmente, provas da teoria lecionada. Para isso, faz uso de recursos visuais – como projeções, cartazes, moldes, estatuetas e quadro negro – e da apresentação clínica (Ferreira, 2013). Seguindo a tradição anatomopatológica comparativa, suas aulas encantam o público pela perfeição de sua forma (Freud, 1886/1977). Charcot as prepara como verdadeiras cenas teatrais: redige, previamente, o texto de suas conferências, adiciona monólogos, observações, decorações, exibe seus doentes, tomando-os como uma ilustração viva. (Quinet, 2001; Roudinesco, 1989a).

Utilizando a hipnose, convoca suas pacientes a produzirem sintomas. Assim, faz da hipnose uma área de fenômenos, submetendo-a a descrição científica (Freud, 1886/1997). Discrimina os sintomas, nomeando-os e classificando-os, produzindo um saber que permite dominar, ainda que não em sua totalidade, a histérica. O faz com muito rigor. Freud (1893/1997) relata que, se, em outras ocasiões, o mestre borbulha vivacidade e bom humor, nas apresentações ele parece sério, solene e, até mesmo, parece tornar-se mais velho. Sua voz assume um som opresso, fazendo com que quase seja possível “entender que forasteiros maliciosos criticassem toda a exposição como sendo teatral” (p. 28).

Em seu anfiteatro, escolhe apresentar pacientes cujos casos já haviam sido previamente estudados. Ele tem por hábito fazer vir, simultaneamente, pacientes com a mesma afecção. Ou, então, doentes com diferentes tremores ou distúrbios motores para mostrar as características dessemelhantes (Quinet, 2001).

Ele se senta junto a uma mesa vazia e manda vir prontamente o doente a ser estudado. Este é completamente despido. O interno lê uma observação, o professor escuta atentamente. Segue-se um longo silêncio, durante o qual ele olha e tornar a olhar o paciente, tamborilando na mesa com uma das mãos. Os espectadores, amontoados de pé, aguardavam, ansiosos, uma palavra que os esclareça. Charcot permanece calado. Depois disso, ordena que o doente execute um movimento, manda-o falar, pede que examinemos seus reflexos, que exploremos sua sensibilidade. E vem novamente o silêncio, o misterioso silêncio de Charcot. Por fim, ele manda vir um segundo doente, examina-o como o anterior, solicita um terceiro e, sempre sem dizer palavra, compara-os entre si.

Essa observação minuciosa, sobretudo visual, está na origem de todas as descobertas de Charcot. O artista que nele caminha de mãos dadas com o médico não fica alheio a esses achados.

⁶A maioria das literaturas aponta que essas aulas ocorriam na sexta-feira; Freud (1886/1977), entretanto, em “Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim”, sugere que elas teriam acontecido nas segundas-feiras.

Soa o meio-dia, ele se levanta. Algumas instruções a seus internos e, em passos curtos, acompanhado por sua equipe, ele se dirige a seu veículo, dá um tapinha amistoso nos cavalos do landau de aluguel e faz uma rápida saudação aos que o cercam. E vai embora. (Guillain *apud* Didi-Huberman, 2015, p. 44)

As aulas de sexta-feira são abertas a um público diverso que vai desde médicos até escritores, artistas e estudantes interessados em acompanhar as novas descobertas e as pesquisas realizadas na Salpêtrière (Ferreira, 2013). Por vezes, Charcot encoraja o público a participar da apresentação. Faz isso, dizendo: “por favor, senhor, aqui, por exemplo, sim, o senhor aí, pode vir, ordene-lhe alguma coisa, sim, qualquer coisa” (Quinet, 2001, p. 85). Isso faz com que, para muitos de seus críticos, sua prática seja vista como não sendo muito diferente do procedimento que os hipnotizadores de feiras circenses utilizam.

Dentre seu público, destaca-se Guy de Maupassant. Crítico de Charcot, o escritor considera que todos os grandes homens, como Napoleão I e Robespierre foram históricos. Maupassant propõe uma concepção de histeria que pertence menos ao saber médico que a ele, pois considera-a como uma neurose capaz de atingir qualquer um. Diante disso, observa-se que ele, de algum modo, antecipa as teorias de Freud.

O encontro do escritor com o neurologista permite que Maupassant invente uma nova forma de narração. Entre o conto e o documentário, nasce *O horla* (2002), considerado um dos mais encantadores retratos sobre a vivência íntima da loucura. Sua obra faz pender para o lado do próprio sujeito as grandes alucinações que perturbam o olhar clínico. Roudinesco (1989a) aponta que aquilo que é transmissível em *O horla* também o é no saber médico, pois é por “contato” que o mestre inicia o discípulo. Já em *Magnetismo* (2002), Maupassant compara Charcot com Donato, o famoso magnetizador das feiras circenses. Ambos seriam semelhantes aos contadores de histórias de Edgar Poe, que acabam enlouquecendo ao refletir sobre os casos de loucura. O narrador revela que gostaria de ouvi-los falar de outra coisa, além do percurso pelo desconhecido que é explorado a cada dia e que nem sempre pode ser visto.

As aulas de terça, “*leçons du mardi*”, não seguem nenhuma preparação prévia. Elas se dão no improviso. Isso se dá, pois os enfermos apresentados são desconhecidos para Charcot. Os assistentes do serviço fazem uma lista dos casos típicos ou difíceis (Ferreira, 2013). O neurologista “encontra essa lista pronta e escolhe imediatamente, entre os casos julgados mais interessantes, à primeira vista, certo número de doentes que lhe fornecerão uma parte dos elementos de sua aula” (Charcot *apud* Didi-Huberman, 2015, p. 443). Assim, abre-se espaço para o encontro com o inusitado, com o inesperado da clínica. Freud (1886/1997) elogia esse momento, pois possibilita percorrer os caminhos do raciocínio do mestre, sendo possível

acompanhar quando ele fica indeciso, a maneira como aborda uma infinidade de problemas e os vence.

Charcot conduz a apresentação clínica da mesma forma como habitualmente faz na clínica particular. A diferença está não só pela presença da plateia⁷, mas também por pensar em voz alta, permitindo que se acompanhe o rumo de sua conjectura e investigação, Charcot torna claro os fundamentos em que se baseia (Freud, 1892-94/1997). Alguns pacientes demonstram interesse em serem apresentados, pois reconhecem ali a oportunidade de serem submetidos a um exame cuidadoso e minucioso que dificilmente receberiam em outra situação (Ferreira, 2013).

Freud compreende que se trata de um momento especial, pois:

Era nessas ocasiões que, fascinados tanto pelo talento artístico do narrador como pela inteligência penetrante do observador, ouvíamos atentamente as pequenas histórias que mostravam como uma experiência clínica tinha levado a uma nova descoberta; era então que, em companhia de nosso mestre, éramos conduzidos da consideração de um quadro clínico, relativo a uma doença nervosa, para o debate de algum problema fundamental da doença em geral; era também nessas ocasiões que todos víamos, a um só tempo, o mestre e o médico dando lugar ao sábio, cuja mente aberta absorveu o grande e variegado panorama das realizações do mundo e que nos proporciona um vislumbre de como as doenças nervosas não devem ser consideradas uma extravagância da patologia, mas sim um componente necessário de todo o conjunto (Freud, 1892-94/1997, p. 194).

Charcot não tem medo de se expor. Diante de um caso completamente desconhecido, ele demonstra todas as causalidades e erros que podem acontecer em uma primeira investigação. Colocando sua autoridade de lado, admite, em um caso, que não pode chegar a um diagnóstico e, em outro, que é enganado pelas aparências (Freud, 1893/1997). Ele não estranha quando uma operação falha, pois compreende que “as coisas do organismo não são tão precisas como as coisas da mecânica” e que as experiências feitas em público tendem a não ser “tão bem-sucedidas como as que são feitas em laboratório” (Charcot, 1887-88/1999, p. 167).

Charcot adota a posição de Claude Bernard. Nela, considera que não se deve subordinar a patologia à fisiologia. É necessário primeiro compreender o problema tal como ele é observado para, então, fornecer uma explicação fisiológica (Roudinesco, 1989a). O olhar do médico, tributário ao nascimento da clínica médica, é marcado por uma clínica da observação. Atuar de outra forma poderia levá-lo a perder o doente de vista e a descaracterizar a doença. Charcot não se arrisca. Silenciosamente, prefere o olhar à fala, fazendo da apresentação o seu ensino (Quinet, 2001).

⁷Destaca-se que nas *leçons du mardi* somente médicos participam.

“vê como entras e a quem tua fé creditas,
 Não te engane a amplitude desta entrada”.
 Então meu Mestre: “Por que ainda gritas?”

Não impeças a sua fatal jornada,
 Pois lá, onde se pode o que se quer,
 Isto se quer e não peças mais nada”.

Os tristes sons começo a perceber
 Do lugar aonde eu vim, onde queixume
 E muito pranto vêm me acometer;

Vim a um lugar mudo de todo lume
 Que muge como mar que, em grã tormenta,
 De opostos ventos o conflito assume.
 (Alighieri, 2010, p. 50)

Na descida ao inferno, Charcot, por mais revolucionário que tenha sido – afinal, é ele quem tira a histeria do saber psiquiátrico –, não escapa de ser incluído no rol dos psiquiatras clássicos (Ferreira, 2013). Ele liberta a histérica na medida em que reconhece que suas dores são reais. No entanto, patologiza-a. A partir do momento em que a histérica fornece os seus sintomas, permitindo que o neurologista faça um diagnóstico diferencial, ela não é mais vista como louca dentro do hospital. E esse, por sua vez, passa a não ter direito de ser nada além de um asilo (Foucault, 2006).

Da mesma forma que o corpo do doente escapa do psiquiatra, a histérica – por intermédio da simulação – é capaz de resistir ao poder do médico. Isso se dá, pois ao recusar fornecer os sintomas, o médico já não pode ser neurologista diante dela. Assim, ele seria mandado de volta ao estatuto da psiquiatria e à obrigação de responder à incontornável pergunta: “Ele é louco?”. É diante disso que se firma um pacto: Charcot liberta a histérica do estigma da loucura⁸ e ela, por sua vez, fornece o seu sintoma e o faz o mais notório dos médicos clássicos.

Freud presencia esse acordo, assistindo o espetáculo onde sedução e conhecimento transformam a dor e o sofrimento. Depara-se com contorções, paralisias, espasmos e tantos outros fenômenos evidenciáveis no corpo que fazem parte do exercício clínico das doenças nervosas. E, nesse mesmo palco, testemunha a ruptura: o corpo da histérica, não muito diferente do louco, insiste em escorregar das mãos do médico (Martins e Poli, 2010). Diante de um

⁸Até então, a histérica era desacreditada. Falret (*apud* Foucault, 2006, p. 399) revela o que se pensava dela: “A vida das histéricas não passa de uma perpétua mentira; elas afetam ares de piedade e devoção, e às vezes conseguem fazer-se passar por santas, mas se abandonam em segredo às mais vergonhosas ações, mas fazem em seu lar, com o marido e os filhos, as cenas mais violentas, nas quais dizem coisas grosseiras e às vezes obscenas”.

sintoma que revela que não é apenas ilustração e que reafirma que é vivo, a taxonomia charcotiana se desarticula. Teoria é bom, mas não impede que a histérica se rebelde.

Na tentativa de tentar subordiná-la ao seu saber, instaura-se uma “trama apertada cujas malhas estreitas, impenetráveis, não poderiam ceder o menor lugar às criações da fantasia e do capricho” (Richer *apud* Allouch, 2007, p. 57). Com isso, Charcot inaugura o quadro. E, como é sabido, um quadro não possui um ser, possui quase seres. Numa linguagem-quadro, faz um “retrato” da doença, na medida em que expõem, visualmente, a sua história (Didi-Huberman, 2015).

Quando Charcot estabelece um quadro da neurologia, ele atribui um estatuto preciso à histeria (Roudinesco, 1989a). Ele tem a função primordial de preencher a lacuna entre o que é afirmado e o que é dado a ver. Assim, o que está em jogo não é o estabelecimento de um diagnóstico, mas sim sua mostração. Se, ao final da apresentação clínica, não houver um quadro, propriamente, espera-se existir, no mínimo, o suficiente para excluir a simulação (Allouch, 2007).

No inferno do “museu patológico vivo”, Charcot realiza seu sonho de ser pintor. O que ele desenha a partir do caso é como um alfabeto do visível do corpo. Tal como ocorre no interrogatório, o quadro culmina na observação, no ato de vigilância. Ver tudo é equivalente a saber tudo. E é por isso que o mestre considera que a descrição ideal é aquela que faz o olho discorrer. A partir do relato de Guillain⁹ (*apud* Didi-Huberman, 2015), percebemos que Charcot faz isso muito bem, pois não apresenta seu paciente pela palavra e, sim, pelo olhar.

Na busca por quadros vivos que permitam aguçar o diagnóstico diferencial, Charcot objetifica de forma violenta seu paciente. Quem entra em cena não é aquele que (su)porta o sintoma, mas o próprio sintoma. Com isso, o médico não parece se preocupar com uma “cura” da histeria, mas em dar continuidade a sua pesquisa (Ferreira, 2013). Nesse contexto, o doente fabrica, mostra e exprime sua enfermidade, enquanto o médico vai descobrindo-a (Roudinesco, 1989a).

O interesse pela narrativa do paciente é restringido pela busca dos dados que circunscrevem o quadro clínico da melhor maneira possível (Ferreira, 2013). Fazendo uso da hipnose, Charcot reproduz *in locu* as crises da histérica (Martins, 2009). Seu ideal anátomo-clínico leva o neurologista a tratar o corpo da histérica como o corpo morto da medicina (Mannoni, 1989). Atônito, seu público assiste à dramatização histérica ser reduzida a um sintoma corporal (Figura 16).

⁹Ver página 50.

Figura 16: A apresentação de uma histérica que é reduzida a um sintoma



Fonte: GONÇALVES, Tatiana Fecchio da Cunha. A representação do louco e da loucura nas imagens de quatro fotógrafos brasileiros do Sec. XX: Alice Brill, Leonid Streliaev, Cláudio Edinger, Cláudia Martins. 2010. 319f. Dissertação (Doutorado em Artes) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

Se a histérica não consegue responder o que possui, o médico – por intermédio da hipnose – sente estar segurando nas mãos a razão pela qual a enfermidade ocorre (Allouch, 2007). Se, no interrogatório, o psiquiatra pede que o paciente fale, aqui o pedido é outro. O neurologista exige ao paciente: “Obedeça às minhas ordens, cale-se e seu corpo responderá” (Foucault, 2006, p. 396). Assim, a fala que suscita na crise não é levada em consideração (Mannoni, 1989).

O paciente mostra que, ao mesmo tempo em que o médico coloca as mãos nele, é ele quem domina a relação. Ali, ele é rei. O neurologista não se dá conta, pois, sem conseguir desviar seu olhar – olhar que fotografa movimentos, detalha gestos e decifra espasmos –, não é capaz de perceber que ele próprio está capturado e preso ao quadro (Ferreira, 2013). Ironizando, a histérica aponta uma falha em seu saber. Faz isso, dizendo:

Pois bem, vocês querem que meu corpo fale! meu corpo falará e eu lhes garanto que nas respostas que ele dará haverá muito mais verdade do que vocês podem imaginar. Não, claro, que meu corpo saiba mais do que vocês, mas porque nas injunções de vocês há algo que vocês não formulam, mas que eu ouço, certa injunção silenciosa à qual meu corpo responderá (Foucault, 2006, p. 396).

Charcot, orientado para a precisão diagnóstica, mantém distância de tudo que é revelado como perturbador. Ao fazer uso da ciência, protege-se dos efeitos de verdade que ela pode produzir (Mannoni, 1989). Com isso, se elide não apenas a subjetividade do paciente, mas a sua própria. Isso ocorre, pois a manifestação subjetiva não é considerada um fenômeno de si (Ferreira, 2013).

A histérica, a despeito da ordem que recebe de se calar, fala. No interior da crise, ela fala – tanto pela voz quanto pelo corpo – e, com isso, atualiza sua história. Ela não fala a pedido de Charcot, mas apesar dele (Ferreira, 2013). Uma de suas pacientes, Augustine, denuncia que ele está muito mais interessado em sua investigação do que em ajudá-la. Ela pronuncia: “Você disse que me curaria, me disse que faria de mim outra pessoa. Você queria que fracassasse.” (Mannoni, 1989, p. 15).

Não é de todo verdade que Charcot não se interessa pela cura. Ele tem esperança de encontrá-la tanto que se confronta com a difícil questão: “Um dia ela ficará curada, mas quando?” (Didi-Huberman, 2015, p. 148). Ele espera, observa e fica na expectativa. No entanto, parece que é exigido demais desse homem que liberta a histérica do estigma que fez com que ela, por muito tempo, fosse abandonada à própria sorte. Diante dessa exigência demasiada indaga-se: por que essa responsabilidade pesa tanto?

Figura 17: Uma quase Augustine



Fonte: DIDI-HUBERMAN, Georges. Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015, p. 128.

Sem ter outros caminhos disponíveis para percorrer, Charcot segue investigando. Afinal, “para aprender a curar, é preciso aprender a conhecer” (Tourrette *apud* Didi-Huberman, 2015, p. 461). Em sua pesquisa, Charcot – assim como seus assistentes, residentes e colegas – vai testando os limites do campo da investigação. Depara-se com um hipnotizado que, diferentemente do que se pensava, não é um puro autômato. No laboratório neurologista, conduzem-se algumas experiências. E percebem que, quanto mais ordena que o hipnotizado faça coisas que a ele são repugnantes, mais ele escapa do controle do médico. Ballet, colega de Charcot, relata numa apresentação clínica:

eu não reproduzirei na sua frente, por razões que os senhores vão compreender. Mas já a fiz em diversas ocasiões, no relativo isolamento do consultório. Ordenei à doente (pois, notem, era de uma doente que se tratava) que beijasse uma das pessoas presentes. Ao despertar, os instintos de pudor se rebelaram nessa jovem honesta e casta; ela acabou por me obedecer (em parte, porque contive o ato quando estava prestes a ser executado), mas depois de opor uma enorme resistência à tentação sugerida (Ballet *apud* Didi-Huberman, 2015, p. 474).

Se, até então, não se havia comprovado os abusos médicos, agora não resta dúvidas. Charcot segue com sua descida ao inferno.

“Ó tu que para este inferno foste eleito,
Se puderes”, falou “me reconhece,
Pois que foste, antes que eu desfeito, feito.”

“A angústia”, respondi, “que te envilece
Talvez tua imagem borre à minha mente,
Como se nunca visto eu te tivesse,

Mas dize quem és tu que em tão dolente
Sítio metido estás, para tal pena
Que, se há maior, não há tão deprimente.
(Alighieri, 2010, p. 56)

Eternizada pelas lâminas da *Iconographie Photographique de la Salpêtrière* (Figura 17), Augustine é mais ou menos parecida com qualquer pessoa. No registro de Bourneville e Regnard, o mais íntimo de sua história é exposto em observações, cenários, medidas e registros. Colocada no quadro, exposta, ela não é nada senão “um quase, um quase rosto, quase corpo, quase história” (Didi-Huberman, 2015, p. 129). Até seu nome permanece como um quase: é quase Augustine, quase Louise, quase X., quase L., quase G. Ela parece de certo modo semelhante ao paciente retratado por Cricca (2008) cujo rosto quase não conseguimos ver (Figura 18). Essa fotografia desperta um incômodo que leva a refletir sobre a posição desse sujeito (Gonçalves, 2010).

Figura 18: Um quase rosto



Fonte: Facelles (2007)
CRICCA, Claudio.

Retirada do site Claudio Cricca Photography, disponível em: <http://www.claudiocricca.com/faceless/>.

Augustine quase é tantas. E quase não é nenhuma. No seu retrato, essa dimensão também se faz presente. Olhá-lo é quase contemplar um destino. Isso se dá, pois esse retrato “apresenta *ao vivo* um atraso em relação a morte” (p. 158). O espectador que o vê tende a considerar que ela está morta há muito tempo, pois seu rosto é passado e sua morte é iminente. Assim, como poematiza Artaud (1988), Augustine parece revelar que a colocam num determinado lugar que não permite que ela seja nada além de “uma viva morta, uma morta viva, uma morta sempre viva”.

Fora das lâminas da Iconografia, mas ainda em Salpêtrière, Augustine parece também exercer uma quase função de enfermeira. Sob os cuidados de Charcot, ela é fotografada não só vestida com a camisola que é comum aos internos, mas também com o uniforme de auxiliar de enfermagem. Especula-se que esta seja sua recompensa por ser “dócil” na apresentação clínica. Isso se dá de tal forma que ela é considerada por Charcot um exemplo muito regular e muito clássico de todo um conceito da histeria (Mannoni, 1989).

Na apresentação de pacientes, ela diz:

Eu te confio segredos. [...] As palavras vão embora, os textos ficam... [...] Escute, tudo isso não passa de roletas que não valem nem... Isso não significa nada. [...] É assunto resolvido, em suma. [...] Acho que você está tentando arrancar isso de mim... [...] Por mais que você diga sim, eu digo não. (Didi-Huberman, 2015, p. 125).

Se há uma questão de que Augustine tenha sido enfermeira ou não, é inegável seu papel como doente. Aqui, o quase desaparece. Ela confia no mestre e reafirma o acordo que é estabelecido entre médico e histérica. Augustine confia em Charcot e, por isso, fabrica seu sintoma, permitindo que ele possa descobri-lo (Roudinesco, 1989a). Ela acredita que ele sabe tudo sobre os seus sentidos. Sobre esses, aliás, acredita não saber de nada. O neurologista, por sua vez, não acredita e acredita em seu encanto.

Estabelece-se uma dialética de sedução e de dominação. O médico agradece pela confiança, pois é a partir dela que tira todo o seu ensinamento. Nesse jogo que se estabelece, Charcot atravessa o inferno. Segue caminhando, sem jamais parar sua travessia até que, finalmente, parece chegar ao paraíso. Ao encantar Augustine e tantos outros pacientes, Charcot assume a identidade simbólica da onipotência (Didi-Huberman, 2015). O ensino também é marcado por essa fantasia, pois o público se fascina com ele.

Os olhos da histérica – que confia – e do público – que é impressionado – são cobertos por poeira. A mestria com que faz o olhar ficar turvo faz do neurologista um mestre. Ele conduz sua apresentação clínica de tal forma que é como se fosse necessário coçar os olhos, limpando-os para ter certeza daquilo que é visto. Assim, o mestre tenta compartilhar com os presentes a

“satisfação de ver alguma coisa nova – isto é, reconhecê-la como nova” (Freud, 1893/1997, p. 22).

Como é esperado de uma boa apresentação clínica, uma crise é produzida. Atento ao risco da simulação, Charcot busca evitá-la. Esse risco o ameaça, pois a histérica, ao fazer uso da simulação, coloca em questão seu saber médico (Foucault, 2006). Na tentativa de controlá-la e dominá-la, o mestre busca se prevenir. Faz isso confundindo seus pacientes de tal forma que impossibilita qualquer ato de simulação¹⁰. Em alguns casos, mantém alguns doentes sob constante observação, vigiando-os dia e noite. Isso ocorre com Justine Etcheverry, uma das históricas preferidas de Charcot. Ela é uma das pacientes que mais participou das apresentações clínicas, servindo de ilustração para diferentes fases do estudo do neurologista (Ferreira, 2013).

Charcot (*apud* Didi-Huberman, 2015, p. 145) supõe que “a histérica sabe esperar a hora da crise”, sabendo, inclusive, jogar com essa espera na dor extrema.

“Dize logo”, do Mestre foi a proposta:
 “Não sou aquele, não sou aquele quem tu crês”.
 E essa mesma então foi minha resposta.

Com isso, essa alma mais torceu os pés,
 E entre suspiros disse, em voz de pranto:
 “O que queres de mim, tu que me vês?”

Se saber quem eu sou te importa tanto
 Que até aqui caminhaste, eu te direi
 (Alighieri, 2010, p. 135)

Augustine tem quinze anos e meio quando ingressa na Salpêtrière. Internada por apresentar paralisia, contraturas e anestésias que afetavam a metade direita do seu corpo, ela é rapidamente incluída na *Iconographie Photographique de la Salpêtrière* como histeroepiléptica. Isso significa que, tão logo se dá sua admissão no hospital, tão logo ela já é vista como uma das “incuráveis” do “museu patológico vivo” de Charcot.

A menina descreve para Bourneville – considerado o braço direito de Charcot entre os anos 1870-1880 – a “cena primária” que teria acarretado na manifestação de sua enfermidade. Esta, também chamada de “traumática”, refere-se ao conceito formulado pelo neurologista, referente à teoria da relação casual entre o “choque nervoso” e os sintomas neurastênicos ou histéricos.

Como é esperado de um bom observador, o médico registra o que lhe é contado:

¹⁰Nota-se que Charcot não toma como hipótese que o efeito da sugestão possa levar a uma simulação.

Durante as férias também ela tinha a oportunidade de ver, na casa em que seus pais trabalhavam, um senhor C. [que era o dono da casa; M.F.], que era amante da sua mãe. Esta obrigava Louise a beijar esse senhor e queria que o chamasse de pai. Vindo definitivamente para Paris, Louise foi colocada [logo depois do seu tempo no convento, quer dizer aos 13 anos; M.F.] na casa de C., a pretexto de aprender a cantar, costurar, etc. Ela dormia num quatinho isolado. C., que estava estremeado com a esposa, aproveitava as ausências dela para tentar ter relações com Louise, que tinha 13 anos e meio (Charcot *apud* Foucault, 2006, p. 414).

O relato segue:

C., depois de lhe encher os olhos com toda sorte de promessas, de lhe oferecer vestidos bonitos etc., ao ver que ela não queria ceder, ameaçou-a com uma navalha; aproveitando-se de seu pavor, obrigou-a tomar um licor, despiu-a, jogou-a na cama e teve relações completas. No dia seguinte, L. não se sentia bem; havia perdido um pouco de sangue, sentia dor na região genital e não conseguia andar. No outro dia, ela desceu e, como se recusasse a dar um beijo em C., como era de costume, e tendo empalidecido completamente ao vê-lo, a sra. C. desconfiou. Durante a refeição, C. não parou de lhe lançar olhares ameaçadores, para lhe impor silêncio. Prosseguindo o mal-estar [da menina], acreditou-se que se tratava do primeiro surgimento das regras. L. voltou para a casa dos pais. Vomitava, sentia dores na barriga. Um médico foi chamado e, sem nenhum exame, também acreditou na chegada da menstruação. Dias depois, deitada em seu quarto, L. sentiu medo ao ver os olhos verdes de um gato que a olhava; soltou gritos, a mãe foi vê-la e a encontrou terrivelmente assustada e sangrando pelo nariz. Depois eclodiram os *ataques...* (IPS *apud* Didi-Huberman, 2015, p. 219).

Bourneville não acredita em seu relato logo de cara, questiona se ele é verdadeiro. Afinal, Charcot podia ter reconhecido o sintoma histérico, mas o sujeito simulador continua existindo. Era preciso provas de que Augustine fala a verdade. E, diante desse relato, algumas dificuldades surgem: verificar um passado absoluto e um estupro antigo. Tal como ocorre no interrogatório, o *corpus* biográfico do paciente é levado em consideração. A despeito das dificuldades apresentadas, Augustine tranquiliza seu médico por apresentar uma cena muito precisa e coerente, possibilitando que seu relato seja tomado como prova de realidade.

Durante as sessões de hipnose e as apresentações clínicas, Charcot pede que Augustine se contorça e alucine (Mannoni, 1989). E, com pesar, ela atende a ordem.

Porco! Porco!... Vou contar ao papai... Porco! Que você é pesado!... Você está machucando [...]. O C. me disse que ia me matar... O que ele me mostrou, eu não sabia o que aquilo queria dizer... Ele abriu as minhas pernas... Eu não sabia que era um bicho que ia me morder (IPS *apud* Didi-Huberman, 2015, p. 223)

Augustine reencena sua violação. O neurologista pede que ela produza mais e mais sintomas, pois segue tentando encontrar as leis e as regularidades da histeria (Ferreira, 2013). A menina tenta dizer que ela não está no hospital para ficar revivendo um momento tão sofrido, mas para ser tratada, ajudada. Charcot não a escuta. Ela denuncia que ele havia prometido ajudá-la dizendo: “Você faz de mim o que bem entende... Não adianta dizer sim, eu digo não” (Mannoni, 1989, p. 15).

Charcot tem dificuldade de sustentar a situação (Didi-Huberman, 2015). Ele não pode impedir que essas “atitudes ingratas” ocorram, pois é ele quem pede por mais e mais sintomas e crises. Augustine entrega ao neurologista o que ele quer, mas faz isso precipitando toda a sua vida individual, toda a sua sexualidade, todas as suas lembranças. No entanto, vai reatualizar sua sexualidade com os internos e com os médicos do hospital (Foucault, 2006). É nesse contexto que, mesmo sendo tão doloroso reviver o momento de seu abuso, Augustine atende o pedido do médico. O faz, especialmente, na busca de manter acesso o interesse dele (Ferreira, 2013).

E segue produzindo sintomas dos quais não pode se curar.

Diga-me!... Quer fazer o favor de me dizer! Malcriado! Que nojento você é. Você acredita mais nesse rapaz do que em mim... Eu juro que esse rapaz nunca pôs as mãos em mim... Eu não correspondia aos carinhos dele, a gente estava no mato... garanto que eu não queria... Chame eles (fisionomia imperativa)! E então? (Olha bruscamente para a direita)... Mas não é o que o senhor contou para ele!... Antonio, repita o que ele disse... que ele tinha me tocado... Mas eu não quis. Antonio, você está mentido!... É verdade, tinha uma cobra na cueca dele, ele queria enfiá-la na minha barriga, mas ele nem me tirou a roupa... vamos a acabar com isso... A gente estava num banco... O senhor me beijou mais de uma vez, eu não beijava o senhor; eu sou lunática... Antônio, você está rindo (Charcot *apud* Foucault, 2006, p. 415)

Repetindo incessantemente o que ocorreu, ela segue reconvocando a sua ocorrência. Bourneville registra que, “dirigindo-se a um dos assistentes, ela se inclinou bruscamente para ele e disse: ‘Beije-me... Dê-me... Olhe, tome a minha...’ e seus gestos acentuavam mais a significação de suas palavras” (Didi-Huberman, 2015, p. 224). Charcot não pode impedir que isso se produza. Com isso, resta apenas desviar seu olhar e não dizer nada. Ou, então, dizer que ele está longe de acreditar que a lubricidade está sempre em jogo na histeria (Foucault, 2006).

Em seu corpo, Augustine oferece ao médico aquilo que ele deseja saber. Mas, para não correr o risco de perdê-lo, exalta este saber, transformando-o (Mannoni, 1989). Diante disso, a menina combina em um só movimento o seu sofrimento como vítima e o ato agressivo, encenando o corpo que sofre e o corpo que violenta. Como um quase ser preso no quadro, a histérica não tem um papel próprio e, com isso, assume todos os quase papéis. (IPS *apud* Didi-Huberman, 2015).

A histérica parece responder ao pedido de fornecer a crise dando exatamente aquilo que o médico exige. No entanto, ela vai além. Ao fornecer a causa dos sintomas, permitindo que o mestre funcione como médico, ela dá a ele toda a sua vida. Ela se estende contando sobre essa ao mesmo tempo em que gesticula e reatualiza sua vida incessantemente no interior da crise (Foucault, 2006). Ela sabe que Charcot não considera a manifestação da subjetividade como

um elemento de investigação (Ferreira, 2013). Ao expor algo que escapa do mestre, ela finalmente encontra uma maneira de fazê-lo calar. E faz isso dizendo:

se você quer tornar natural a sua hipnose; se você quer que cada uma das injunções que me faz provoque sintomas que sejam tais que você consiga considerá-los naturais; se você quer se servir de mim para denunciar os simuladores, pois bem, você será obrigado a ver e a ouvir o que eu tenho vontade de dizer e o que tenho vontade de fazer! (Foucault, 2006, p. 418-419)

Assim, Charcot – que tudo vê – é obrigado a desviar seu tão refinado olhar quando a doente expõe sua subjetividade fazendo aquilo que ele pede sem perceber. A histérica revela que, diferentemente do que pode aparentar em algum momento, ela não é um objeto, ela não é autômato e, muito menos, um sintoma. Ela desmascara o médico apontando seu fracasso em produzir um saber que dê conta de considerar a sua subjetividade (Ferreira, 2013).

Não vendo e não dizendo o que lhe escapa, o interesse do neurologista segue incessante. Ao acreditar somente na eficácia da sugestão, na medida em que esta permanece sendo um instrumento de comprovação da existência da histeria, encerra-a no quadro de um fenômeno sobrenatural que ainda não é explicado pela ciência. Estimulado em produzir o seu saber, ele acaba por petrificar a cena de tanto pedir que a histérica a exhiba. Com isso, ela cai para um lugar de objeto de verificação (Mannoni, 1989). Sem que um afeto possa pairar e libertar Augustine da ordem da qual ela é prisioneira, ela reconhece seu estuprador entre os espectadores da apresentação clínica. Tomada por um pânico absoluto, ela tem 154 ataques em um único dia (Didi-Huberman, 2015).

Esgotada na violência a que é submetida, o estado de Augustine se agrava. Presa em sua cela, ela é abandonada, ninguém espera mais nada dela. Charcot não a chama para protagonizar suas lições clínicas, pois ela já não é mais uma de suas favoritas. O mestre perde interesse nela. Augustine está fadada ao desaparecimento. Como um quase ser, um quase rosto, um quase corpo, uma quase história não é de se espantar que isso ocorra. No entanto, contra todas as previsões, em um último sobressalto, ela escapa da morte (simbólica) que tanto a espera. Augustine rasga sua camisa de força e foge da Salpêtrière disfarçada de homem (Mannoni, 1989).

A demanda excessiva do médico parece ter levado a uma série de curas, e curas súbitas¹¹. Isso também ocorre com Blanche, Justine e outros pacientes (Ferreira, 2013). Talvez seja justamente esse excesso que leva o paciente a uma recusa de continuar encarnando o papel

¹¹Destaca-se que Charcot mantém sua posição nosográfica, sublinhando que curas “milagrosas” podem ocorrer, uma vez que os histéricos são sujeitos afetados por uma doença “especial”.

de ator e mártir de seus sintomas (Mannoni, 1989). Talvez com isso o percurso de Charcot ao paraíso tenha se interrompido, pois um incêndio é deflagrado na cena teatral que é preparada com tanto esmero. Talvez isso tenha feito com que o mestre, tão querido, ficasse marcado pela extrema objetificação e violência. Talvez tenha sido por isso que Foucault considerou que a histórica resistiu ao livre progresso do poder psiquiátrico. E, talvez, seja possível encerrar esse subtópico com uma lembrança:

Querida Rosalie, você é um personagem magnífico, e todos os historiadores da psicanálise deveriam glorificar seu nome! Blanche, duas vezes Blanche, você é a mulher sufocada sob uma máscara mortuária, e leva nos sinais de seu patronímico a lembrança de um homem. Será ele o rosto imberbe de Charcot, assim em redundância com sua lenda, ou o vestígio secreto de uma infância? Talvez você se chamasse Marie, Geneviève, Joséphine, Madeleine, Marguerite, Emma ou Augustine. Era roupeira, sem dúvida, filha de alcoólatra ou amante de algum operário anônimo por quem desafiava o olhar dos sábios. Seu pai vinha da Suíça ou de outro lugar, sua mãe era louca ou miserável, sua irmã chamava-se Blanche ou Charlotte e você, como Charcot, foi acusada de inventar seus sintomas. Disseram que seu mestre era um charlatão, senil, dissoluto ou ingênuo, e disseram que você era cúmplice de suas vilanias. Ainda hoje ousam pretender que o homem da Salpêtrière “inventou” a histeria manipulando você. O tribunal das ciências julgou-a simuladora ou dividida, e você resgatou seu suposto crime através da submissão à lei implacável dele. Seu corpo, cem vezes desmembrado, assemelha-se à histeria incessantemente revisada, e sob sua saia oculta-se a figura de um grande homem, ele próprio maldito. Entre Charcot e Freud, sua doença pavorosa testemunhou a violência de uma descoberta em que a carne mutilada acompanhou a aventura dos heróis deste mundo (Roudinesco, 1989a, p. 58).

Apesar se ter tomada pelo quase, a histórica não é um quase ser. Esquecer disso é ignorar todo o sofrimento que lhe foi impingido.

Figura 19: Um manequim vivo apresentado por Clérambault



Fonte: ARNOUX, Danielle; CLÉRAMBULT, Gaëtan Gatin De; ÁLVAREZ, José María. O grito da seda – Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista muito louco. Belo Horizonte: Grupo Autêntica, 2012, p. 85.

2 2 2 As apresentações de Clérambault

Gaëta Gatian de Clérambault é um protagonista tardio na apresentação de pacientes. Considerado o último dos grandes clássicos, ele é contemporâneo a um período de virada na história, pois a psiquiatria clássica, iniciada com Pinel, começa a se transformar na psiquiatria moderna (Ferreira, 2006). As concepções clássicas cedem espaço para abordagens psicanalíticas, de um lado, e neurofisiológicas, de outro (Perreira, 1999).

Clérambault sustenta apresentações clínicas com a mesma vivacidade e investigação que caracteriza o interrogatório clássico de seus antecessores (Ferreira, 2013). Reconcilia-se com a cena da Salpêtrière, resgatando o ensino de Charcot e transpondo a paixão histórica para o registro das psicoses (Roudinesco, 1989b). Embora chegue tarde demais à cena da psiquiatria clássica, isso não o impede de realizar uma observação clínica marcada pela acuidade, onde a exatidão é levada ao extremo (Harari, 2006).

Seu olhar preciso se faz presente em diferentes esferas de sua vida. Encantando pela cultura árabe, especialmente pelo drapeado, desde que se engajara no exército do Marrocos durante a Grande Guerra, Clérambault inova no exercício médico ao estudar a arte de pregar tecidos, de atá-los e de fazê-los cair voluptuosamente sob o corpo (Roudinesco, 1989b). O olhar sensível-sensual do esteta é articulado à acuidade do observador clínico que analisa o drapeado como se estudasse um corpo biológico (Girard, 2000), dividindo seu estudo em “anatomia descritiva, anatomia comparada, organografia e fisiologia” (Arnoux, 2012, p. 100).

Clérambault acredita não poder se basear em outras disciplinas, pois “os Pintores não analisam, os Arqueólogos esperam a morte das coisas antes de se interessarem por elas, e os Orientalistas se entregam à linguística, ao folclore e à epigrafia, etc.” (Clérambault *apud* Arnoux, 2012, p. 92). Ao considerar que em tais disciplinas o método já está constituído, percebe nas Ciências Biológicas a possibilidade de uma inovação. O drapeado a comporta, pois obedece às leis mecânicas e biológicas, admite métodos gerais e variantes e é suscetível de classificação à maneira dos seres vivos.

Assim, o alienista cria figurinhas de cera vestidas com tecido, fotografa e produz manequins com o objetivo de extrair o esquema de construção do drapeado (Ferreira, 2006). Realiza, também, ciclos de conferências na Escola de Belas Artes sobre a vestimenta árabe. Em uma dessas conferências, apresenta modelos drapeados não só a partir de manequins de madeira, mas, também, de manequins vivos (Figura 19). Arnoux (2012, p.101) aponta que “essa encenação dos manequins vivos não deixa de evocar a apresentação de doentes que ocupa um lugar essencial na prática do alienista”.

Se um modelo é drapeado várias vezes, decompondo seus movimentos, e o paralelismo dos gestos ajuda na compreensão da ação, o mesmo se dá na clínica. Isso ocorre, pois Clérambault compreende que, tanto no drapeado como no psiquismo, o estudo das superfícies fornece o segredo das estruturas profundas. Assim, no fio incandescente, inquebrantável da pesquisa encontra-se a busca pela estrutura (Harari, 2006). O olhar do artista que penetra, atravessa, transpassa a imagem atento à construção do drapeado é indissociável do olhar clínico calcado no rigor lógico e na perspicácia da observação (Girard, 2000).

Tal comparação se faz presente em diversos momentos da literatura. Isso se dá, pois o segredo de uma dobra, que se estende à uma significação simbólica do movimento do véu sobre os ombros, é correspondente à busca pela compreensão da estrutura, do núcleo dos mecanismos geradores da psicose (Ferreira, 2006). A fórmula do drapeado também é passível de comparação com os laudos emitidos por Clérambault na Enfermaria Especial. Estes, marcados por uma descrição clara, precisa e sucinta, que reúne em alguns signos pertinentes a trajetória de um tecido, o triunfo do signo sobre a coisa mais ou menos assinalado (Rubens *apud* Harari, 2006).

Girard (2000) aponta que há nos escritos clínicos do alienista uma oscilação entre a tentativa de informar, objetivamente, e a subjetividade literária. Algumas frases de seus laudos podem ser declaradas como versos clássicos. Isso se dá, pois é possível descobrir em seu texto aliterações, retóricas e versos alexandrinos e octossilábicos (Anexo C) que habitam o ritmo da frase e impõem, implicitamente, uma pulsão que anima para além de seu significado (Maurel, 2000).

Se sua paixão pelo drapeado é eternizada pelos registros fotográficos, o mesmo não ocorre na apresentação de pacientes. Diferente de Charcot, Clérambault não faz uso de recursos visuais: não há nenhum desenho ou fotografia de pacientes ao longo de sua obra. O que se encontra é uma descrição precisa do paciente, de sua história de vida, de suas vestimentas, de sua postura, de suas relações afetivas, de sua personalidade, de seus sintomas e de suas expressões (Girard, 2000). Sua descrição tão minuciosa, tão bem detalhada faz às vezes de uma imagem como se desenhasse o enfermo para o público, presente nas apresentações clínicas, ou para o leitor de seus artigos (Ferreira, 2006).

No estudo das vestimentas árabes e no exercício médico, o olhar é marcado por uma exatidão que é levada ao extremo. Clérambault, da mesma forma que seus antecessores, exerce uma clínica pautada no olhar que atravessa o sujeito. Curioso, estudioso, dogmático, obstinado e impetuoso, o alienista tem como paixão a busca ardente pela verdade (Harari, 2006).

Aos 55 anos, problemas de visão começam a assolá-lo. Apesar do relativo sucesso da cirurgia que elimina a catarata de seus olhos, sua visão não é mais a mesma. Em *Lembranças de um médico operado de catarata*, Clérambault relata:

Uma folha de papel perfeitamente retangular nunca me parece bem cortada, torna-se um trapezoide com margens curvas mudando de forma constantemente, de acordo com a posição. Perdi não o sentido, mas a percepção do ângulo reto e da linha reta. Conforme os incidentes do olhar, um círculo torna-se uma elipse ou volta a ser circular.

O fato de que, usando óculos, vejo aumentados e aproximados os objetos colocados à minha frente tem por consequência restringir meu campo de visão, de maneira que os objetos colocados lateralmente, ou mesmo em posição anterolateral e que, sem meus óculos, seriam enxergados, me são invisíveis; minhas mãos batem neles e causam acidentes. Da mesma maneira, esbarro, com frequência, o pé na base das cadeiras ou das mesas, ou em objetos apoiados na parede como uma bengala, uma tábua, uma escada (Clérambault *apud* Arnoux, 2012, 145-146).

Impulsionado pela perda da visão, Clérambault entra em sofrimento. E, com isso, toma a difícil decisão de “parar a máquina antes da quebra” (Harari, 2006, p. 21). Para aquele que fez do olhar o veículo de seu prazer e a fonte de suas descobertas, ficar cego era uma das piores coisas que poderia lhe ocorrer. Decidido a privar-se, definitivamente, não só do olhar, mas também de sua vida, ele se suicida enquanto contempla a si mesmo uma última vez no espelho. Deixa atrás de si uma vida marcada pela pulsão escopofílica que lhe permitiu ver o invisível da psicose e a etnografia de um vestuário que cobria o corpo das mulheres norte-africanas (Arnoux, 2012).

A perda de sua visão não foi o único motivo que teria acarretado a morte do alienista. Isso soma-se, também, às críticas constantes da imprensa e de seus colegas. Embora suas apresentações clínicas fossem bastante procuradas, havia muitas críticas referentes ao seu ensino e à sua personalidade. Clérambault, descendente direto do filósofo Descartes e do poeta Vigny, exigia de seus alunos nada menos do que absoluta adoração, submissão e fidelidade (Roudinesco, 1989b). Sua didática, vista como atrasada para a época, era marcada pelo uso de métodos bastante questionáveis, que evidenciavam o abuso do poder médico (Ferreira, 2013).

Lacan (1955-56/1988), que foi aluno de Clérambault, coloca que, a despeito das críticas que são tecidas ao último mestre clássico, é preciso estabelecer uma perspectiva justa que considere a influência de suas descobertas. Considerando-o como o seu único mestre na observação de doentes (Lacan, 1998b), Lacan destaca o valor clínico do ensino do alienista. Clérambault assinala síndromes clínicas que integraram coisas preciosas ao patrimônio da experiência psiquiátrica. Coisas que nunca tinham sido vistas antes dele e que jamais foram retomadas depois (Lacan, 1955-56/1988).

Desse modo, seguimos alinhavando a escrita do papel que Clérambault exerceu na cena da psiquiatria clássica.

Eu continuava bordando; minhas mãos finalmente estavam suaves o suficiente para usar o fio de seda sem que ele agarrasse a cada volta. Quando começara a contar a história, eu parara de prestar atenção ao que fazia, mas o trabalho não tinha parado. O trabalho de costura, fosse cardar, fiar, tecer ou bordar, era um ofício dos olhos (Johnston, 2015, posição 1583-1586)¹².

A carreira psiquiátrica de Clérambault está marcada pelas condições em que se davam suas observações. Chefe da Enfermaria Especial de Alienados da Prefeitura de Polícia de Paris, seu trabalho clínico se desenrola nesse lugar único e mítico entre todos os outros da psiquiatria francesa (Bercherie, 2009). Isso se dá, pois trata-se de um local que acolhe urgências psiquiátricas médico-legais trazidas por representantes da ordem pública (Girard, 2000).

Detidos pela polícia, encaminha-se à Enfermaria Especial sujeitos suspeitos de terem cometido um ato delituoso em decorrência de algum problema psiquiátrico (Ferreira, 2006). Ali, os delirantes são compelidos a confessar o segredo de sua trama persecutória (Arnoux, 2012). A partir disso, busca-se separar o alienado de outros desviados que perturbam a ordem pública: delinquentes, criminosos, prostitutas, deficientes, vagabundos, etc. (Bercherie, 2009).

Como o funcionário da polícia carece de formação especializada, não estando preparado para escutar os signos da loucura, entra em cena a figura do alienista. Este, ao fazer os primeiros exames dos sujeitos recolhidos, elimina o policial da primeira abordagem da manifestação da loucura. No entanto, ressalta-se que quem decide, primeiramente, o internamento do delirante é o policial, pois é ele quem decide se vai encaminhá-lo ou não ao especialista da Enfermaria Especial (Arnoux, 2012).

A função do alienista nesta instituição é responder à pergunta: “ele é louco ou não?”. É necessário saber disso, pois o Artigo 24 da lei de 30 de junho de 1838 estabelece que o alienado não pode ser misturado nem mantido preso com condenados (Bercherie, 2009). Assim, é preciso definir um diagnóstico para, posteriormente, decidir o encaminhamento dos pacientes. Clérambault observa os doentes, diagnosticando-os e fornecendo atestados à autoridade administrativa, que permitem que ele seja transferido para o hospital psiquiátrico, o cárcere ou deixado livre para retornar às ruas (Roudinesco, 1989b).

A Enfermaria Especial recebe diariamente 20 pacientes. No entanto, seu fluxo anual é de quase dois mil enfermos. Isso ocorre, pois o fluxo de pacientes tende a aumentar em épocas

¹²Livro virtual.

de agitação social e a diminuir nos tempos de guerra. A desproporção entre a capacidade da enfermaria e o fluxo de enfermos condiciona estritamente o trabalho: é preciso estabelecer um diagnóstico rápido (Bercherie, 2009). Ernest Dupré¹³ (*apud* Arnoux, 2012, p. 25) aponta a seriedade dessa tarefa: “Precisamos ser rápidos em nosso procedimento, sem nunca esquecer, não obstante, que é preciso ir direto ao que interessa e fazê-lo bem”. Com isso, fica evidente que a Enfermaria Especial visa ao diagnóstico em detrimento do tratamento.

A primeira função da prática de Clérambault é designar e internar os loucos perigosos (Harari, 2006). O destino do paciente costuma ser decidido já na primeira consulta. No entanto, a necessidade de convocar testemunhas, de elaborar o laudo ou de prologar a observação faz com que o paciente permaneça alguns dias na instituição. Estima-se que um enfermo fica, em média, quatro dias nesse órgão da Prefeitura de Polícia de Paris (Bercherie, 2009).

Minucioso e detalhista, Clérambault debate, longamente, com o paciente, dedicando a ele uma a duas horas por dia. Faz observações clínicas detalhadas e precisas que sustentam uma descrição semiológica tanto do ponto de vista da biografia do paciente, fornecida por algum familiar ou conhecido, quanto dos eventos de vida, relatados pelo próprio paciente (Girard, 2000). Não costuma deixar o enfermo partir sem ter uma ideia precisa e clara do caso e de seu diagnóstico (Harari, 2006). Com um rigor clínico excepcional, orienta-se pela questão da periculosidade, buscando desmascarar uma simulação, reconhecer uma psicose não desencadeada e fazer um cálculo da probabilidade de reincidência ou do risco de passagem ao ato (Ferreira, 2013).

A limitação no tempo impede Clérambault de ter um contato maior com o paciente (Harari, 2006). Talvez seja em função disso que ele entende que, clinicamente, o interrogatório não termina nunca (Clérambault *apud* Arnoux, 1908). O volume expressivo de casos que transitam nessa instituição faz da Enfermaria Especial um “posto de observação absolutamente único”¹⁴ (Girard, 2000, p. 13). Clérambault serve-se dela pra construir sua teoria.

O último dos mestres clássicos pertence a uma categoria de alienistas que tem como missão o enclausuramento dos loucos (Ferreira, 2006). Isso num momento em que, pela primeira vez, busca-se primeiramente tratá-los. A posição de Clérambault como médico-chefe reflete uma postura doutrinária, representando a função repressora do aparelho de Estado (Roudinesco, 1989b). Ou, como Foucault (2006) aponta, um espaço extra-asilar onde o poder psiquiátrico funciona ainda hoje.

¹³Psiquiatra que exerceu o cargo de médico-chefe antes de Clérambault.

¹⁴Todas as traduções de obras publicadas em língua estrangeira são de responsabilidade da autora.

Figura 20: Os surrealistas criticam a prática alienista

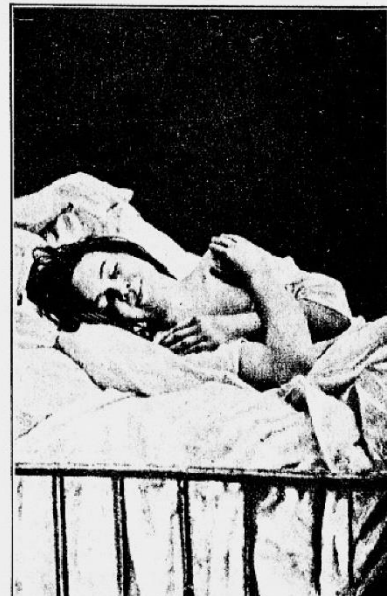
LE CINQUANTENAIRE DE L'HYSTÉRIE

(1878-1928)

NOUS, SURRÉALISTES, TENONS A CÉLÉBRER ICI LE CINQUANTENAIRE DE L'HYSTÉRIE, LA PLUS GRANDE DÉCOUVERTE POÉTIQUE DE LA FIN DU XIX^e SIÈCLE, ET CELA AU MOMENT MÊME OU LE DÉMEMBRÉMENT DU CONCEPT DE L'HYSTÉRIE PARAÎT CHOSE CONSOMMÉE. NOUS QUI N'AIMONS RIEN TANT QUE CES JEUNES HYSTÉRIQUES, DONT LE TYPE PARFAIT NOUS EST FOURNI PAR L'OBSERVATION RELATIVE A LA DÉLICIEUSE X. L. (AUGUSTINE) ENTRÉE A LA SALPÊTRIÈRE DANS LE SERVICE DU D^r CHARCOT LE 21 OCTOBRE 1875, A L'ÂGE DE 15 ANS 1/2, COMMENT SERIONS-NOUS TOUCHÉS PAR LA LABORIEUSE RÉPUTATION DE TROUBLES ORGANIQUES, DONT LE PROCÈS NE SERA JAMAIS QU'AUX YEUX DES SEULS MÉDECINS CELUI DE L'HYSTÉRIE ? QUELLE PITTÉ ! M. BABINSKI, L'HOMME LE PLUS INTELLIGENT QUI SE SOIT ATTAQUÉ A CETTE QUESTION, OSAIT PUBLIER EN 1913 : « QUAND UNE ÉMOTION EST SINCÈRE, PROFONDE, SECOUR L'ÂME HUMAINE, IL N'Y A PLUS DE PLACE POUR L'HYSTÉRIE ». ET VOILA ENCORE CE QU'ON NOUS A DONNÉ A APPRENDRE DE MIEUX. FREUD, QUI DOIT TANT A CHARCOT, SE SOUVIENT-IL DU TEMPS OÙ, AU TÉMOIGNAGE DES SURVIVANTS, LES INTERNES DE LA SALPÊTRIÈRE CONFOUDAIENT LEUR DEVOIR PROFESSIONNEL ET LEUR GOUT DE L'AMOUR, OÙ, A LA NUIT TOMBANTE, LES MALADES LES REJOIGNAIENT AU DEHORS OU LES RECEVAIENT DANS LEUR LIT ? ILS ÉNUMÉRAIENT ENSUITE PATIEMMENT, POUR LES BESOINS DE LA CAUSE MÉDICALE QUI NE SE DÉFEND PAS, LES ATTITUDES

PASSIONNELLES SOI-DISANT PATHOLOGIQUES QUI LEUR ÉTAIENT, ET NOUS SONT ENCORE HUMAINEMENT, SI PRÉCIEUSES. APRÈS CINQUANTE ANS, L'ÉCOLE DE NANCY EST-ELLE MORTE ? S'IL VIT TOUJOURS, LE DOCTEUR LUY S'A-T-IL OUBLIÉ ? MAIS OÙ SONT LES OBSERVATIONS DE NÉRI SUR LE TREMBLEMENT DE TERRE DE MESSINE ? OÙ SONT LES ZOUAVES TORPILLÉS PAR LE RAYMOND ROUSSEL DE LA SCIENCE, CLOVIS VINCENT ?

AUX DIVERSES DÉFINITIONS DE L'HYSTÉRIE QUI ONT ÉTÉ DONNÉES JUSQU'A CE JOUR, DE L'HYSTÉRIE, DIVINE DANS L'ANTIQUITÉ, INFERNALE AU MOYEN-ÂGE, DES POSSÉDÉS DE LOUDON AUX FLAGELLANTS DE N.-D. DES PLEURS (VIVE MADAME CHANTELOUVE!), DÉFINITIONS MYTHIQUES, ÉROTIQUES OU SIMPLEMENT LYRIQUES, DÉFINITIONS SOCIALES, DÉFINITIONS SAVANTES, IL EST TROP FACILE D'OPPOSER CETTE « MALADIE COMPLEXE ET PROTÉIFORME APPELÉE HYSTÉRIE QUI ÉCHAPPE A TOUTE DÉFINITION » (*Berheim*). LES SPECTATEURS DU TRÈS BEAU FILM « LA SORCELLERIE A TRAVERS LES ÂGES » SE RAPPELLENT CERTAINEMENT AVOIR TROUVÉ SUR L'ÉCRAN OU DANS LA SALLE DES ENSEIGNEMENTS PLUS VIFS QUE CEUX DES LIVRES D'HIPPOCRATE, DE PLATON OÙ L'UTÉRUS BONDIT COMME UNE PETITE CHÈVRE, DE GALIEN QUI IMMOBILISE LA CHÈVRE, DE FERNEL QUI LA REMET EN MARCHÉ AU XVI^e SIÈCLE ET LA SENT SOUS SA MAIN REMONTER JUSQU'A L'ESTOMAC; ILS ONT VU GRANDIR, GRANDIR LES CORNES DE LA



LES ATTITUDES PASSIONNELLES EN 1878

A Enfermaria Especial, ao não fornecer assistência psiquiátrica, convive com a repressão, contribuindo para o aprisionamento da loucura (Bercherie, 2009). Isso se dá de tal forma que, em 1897, passam por esse órgão 3.448 pacientes. Desses, 2.316 são remetidos à internação. O encontro de André Breton com Nadja, uma jovem que perambula em estado de decadência pelas ruas de Paris, faz aticar um olhar crítico a essa instituição (Arnoux, 2012). Nadja, encaminhada para Sainte-Anne, é uma das tantas pacientes que sofrem a repressão do Estado.

Breton, que havia estudado medicina e se interessado pela psiquiatria antes de se afastar, irrevogavelmente, desta, não era leigo no assunto. Ele escreve *Nadja* (1928/2007), um romance que alude o encontro que teve com Nadja, abordando, inclusive, a internação da jovem que a separa definitivamente dele. A partir dessa obra, Breton critica indiretamente a figura de Clérambault e, assim, o surrealismo deflagra uma série de ataques contra os alienistas.

Nota-se que anos antes, em 1924, os surrealistas publicaram o Manifesto Surrealista. No artigo “*Le cinquantenaire de l’hysterie*” (Figura 20), inauguram a tessitura das críticas à prática alienista. Nesse contexto, Aragon e Breton (1924, p. 22) afirmam que o médico “quer precisar do que não pertence a ele”¹⁵. E com isso, questionam a ciência médica que toma o paciente como fenômeno patológico para construir o seu saber. Os surrealistas compreendem que, a despeito que o alienista pensa, o automatismo mental pode ser uma forma de expressão que propicia o surgimento da linguagem e do inconsciente (Harari, 2006). Clérambault, contemporâneo de Freud, ignora a psicanálise e a corrente psicodinâmica. Permanecendo alheio às questões renovadoras que se colocam sobre a prática psiquiátrica, ele representa “o arquétipo do psiquiatra fiador e guardião da ordem estabelecida, cuja função é sinalizar e internar loucos perigosos” (Girard, 2000, p. 14).

No alto da Torre da Ponta do Palácio da Justiça de Paris (Figura 21), Clérambault reivindica seu pertencimento a uma sociedade científica dedicada à vertente da psiquiatria clássica. Ali, realiza algumas de suas apresentações clínicas e busca um ideal de clínica pura (Girard, 2000). Tal ideal remonta ao *Nascimento da Clínica*, quando Foucault (1977) aborda que o clínico se ordena em função de um olhar que não se contenta em constatar, pois está sempre em busca da descoberta. Clérambault relembra bem esse médico, não só pela busca minuciosa de uma organogênese no drapeado que alia a arte à medicina, mas também ao próprio exercício de sua prática clínica.

¹⁵O artigo completo encontra-se no Anexo D.

Figura 21: O Palácio da Justiça de Paris onde fica a Enfermaria Especial



Fonte: Paris en 1650 - Palais de Justice et Seine (1850)
Israël Silvestre (Français, 1621-1691)
Musée Carnavalet, Paris, França.

O alienista, assim como Charcot, exerce uma observação clínica com muita acuidade (Harari, 2006). Sem clientela particular, o último dos mestres clássicos aperfeiçoa seu olhar de águia na Enfermaria Especial (Roudinesco, 1989b). Como a tarefa principal não é exercer uma orientação terapêutica, mas tomar uma decisão, Clérambault é incumbido de determinar a que grupo de desviados o paciente pertence (Girard, 2000). Para isso, manipula e observa o doente sem precisar se preocupar com os efeitos de suas ações.

Perante o paciente, busca descobrir o momento evolutivo que este se encontra e qual o seu desenvolvimento posterior (Artaux, 2012). Investiga o agudo, o momentâneo, distinguindo o perene do estrutural (Pereira, 1999). Com isso, Clérambault leva o interrogatório ao limite. Sem escutar realmente o que o paciente diz e sem julgá-lo, constata e obtém confissões à maneira de um confessor genial (Roudinesco, 1989b). Após o interrogatório, expede certificados com o laudo da avaliação psiquiátrica do doente a ele confiado (Pereira, 1999).

Em seu trabalho preciso, o alienista fascina os que o cercam pela elaboração de sua obra e por exercer uma prática clínica que leva o culto do olhar ao paroxismo (Roudinesco, 1989b). Bercherie (1989, p. 284-285) parece ratificar isso ao afirmar que o mestre possui “um estilo lapidar e fascinante de concisão e eficácia, um verdadeiro talento de observação analítica, a predileção e o talento para as grandes sínteses e as visões de conjunto, uma cultura psiquiátrica enciclopédica e constantemente presente no espírito”.

O intenso fluxo de pacientes e o polimorfismo psicopatológico que o alienista se depara na Enfermaria Especial influencia, significativamente, o desenvolvimento de sua teoria clínica, a partir da qual dá valiosas contribuições à psiquiatria. Livre para realizar uma prática eminentemente criativa, pois não precisa se preocupar mais do que encaminhar o doente, Clérambault faz do seu local de trabalho um verdadeiro observatório (Girard, 2000).

Arnoux (2012) compara o alienista com um artista. Como Leonardo da Vinci que inventa uma máquina de voar, ele estuda as enfermidades de seus pacientes com um método mecânico. Exerce seu trabalho com grande sensibilidade e perícia, pois encontra-se diante de uma sintomatologia discreta que dificulta um diagnóstico claro (Ferreira e Santiago, 2019).

Aqui, o artista e o clínico se unem, no drapeado e na psiquiatria há uma mesma preocupação: a busca pela estrutura. Isso se dá, pois o mesmo olhar clínico que busca descobrir a trama do tecido da vestimenta árabe, também investiga os mecanismos geradores da psicose (Ferreira, 2013). Partindo da “imagem” alucinatória, Clérambault vai até o núcleo de sua formação. Para isso, interroga, incessantemente, os pacientes sobre tal imagem, por vezes finge ver suas visões a fim de estimular confidências (Tisseron, 2000). Detalhista e minucioso, o

alienista atribui suma importância às imagens, interessando-se pelo momento em que elas surgem e pelo estatuto originário delas (Ferreira, 2006).

O interesse do alienista pela sensorialidade situa-o numa vertente de investigação contemporânea. Isso faz com que ele, embora anacrônico para o seu tempo, seja ainda atual. Tisseron (2000, p. 118) aponta que aquilo que “podia passar por reflexo de um estilo, se impõe hoje como uma intuição clínica notável”. Isso se dá, pois essa intuição interroga sobre o lugar que a sensorialidade adquire para o doente. Esse questionamento possibilita encontrar não só a sua significação no mundo interno do paciente, mas também sua riqueza e sua complexidade para ele.

Percebendo que a imagem parece, de algum modo, atuar como intermediária entre a sensação e o pensamento verbal, Clérambault examina o limite do sentimento de realidade e do sentimento de irrealidade. Ao investigar o sentimento de que há algo prestes a surgir, fazendo irrupção no real, dedica-se ao estudo do desencadeamento da psicose (Ferreira, 2006). Na busca de esclarecer os mecanismos geradores, o alienista estabelece a distinção entre psicose e fenômenos psicóticos. Notoriamente dedicado à pesquisa, Clérambault não permite que seus colegas entrevistem antes dele o *présomé* – nome dado ao ingressante da Enfermaria Especial que ainda não teve sua alienação autenticada pelo certificado médico. Assim, Clérambault dedica-se de maneira especial aos pacientes novos, principalmente, àqueles cuja psicose não se desencadeou (Arnoux, 2012).

Se, na maioria dos casos, uma pessoa é encaminhada para uma instituição de tratamento devido ao adiantado estado de evolução do quadro, na Enfermaria Especial isso é diferente. Ali, não se acolhe a loucura deflagrada, mas casos sem diagnóstico claro. Sendo, portanto, diferente do hospital psiquiátrico onde não se tem a oportunidade de recolher os fenômenos iniciais de maneira precisa, pois esses são só investigados muitos anos depois que da deflagração da loucura. Clérambault encontra esses fenômenos iniciais em primeira mão. (Ferreira, 2006). Pela especificidade de ser um serviço de urgências psiquiátricas, a Enfermaria Especial permite ao alienista investigar uma patologia que, até então, nunca havia sido observada no doente (Arnoux, 2012).

Reconhecer essa patologia inaugural exige sensibilidade clínica e perícia. Assim, Clérambault observa, interroga, pesquisa e avalia o paciente que circula pela instituição. Percebe que certos fenômenos discretos e sutis podem subsistir durante anos sem deflagrar uma psicose. Interessado por esses sintomas menos evidentes, afirma ser possível reconhecer o momento inicial da psicose (Ferreira e Santiago, 2014). Neste momento, a atividade mental é experimentada pelo sujeito no registro de uma estranheza e de uma xenopatía. Essa atividade

que se autonomiza no sujeito torna-se estranha a ele. Dissociando-se do Eu, um paciente pode relatar: “minha língua adota o pensamento de outrem” (Clérambault, 1920/1999, p. 6).

Clérambault compreende que os fenômenos sutis e abstratos que podem, muitas vezes, passar despercebido constituem a estrutura basal dos diferentes tipos de psicose (Arnoux, 2012). Com isso, distingue a psicose, como base, núcleo da doença, de fenômenos psicóticos. Percebe que os fenômenos mais exuberantes, como delírios e alucinações, são, na realidade, secundários (Ferreira, 2006). Diante dessas considerações, o alienista fornece uma classificação coerente do campo das psicoses. E propõe defini-la a partir da síndrome de automatismo mental (Roudinesco, 1989b).

Em “Um caso de psicose alucinatória” (1909/1999), Clérambault realiza um dos seus primeiros esforços para descrever essa síndrome. No entanto, já utiliza esse conceito em seus laudos psiquiátricos desde 1905. Clérambault (1924/2006, p. 70) coloca que “esses laudos, ao passar pelo serviço de admissão e pelo serviço clínico, difundiram-se nos asilos”. Em 1920, diante da Sociedade Clínica Médica, realiza uma apresentação de pacientes. O artigo “Automatismo mental e cisão do Eu” (1920/1999) descreve esse momento em que Clérambault apresenta de forma minuciosa três casos clínicos visando descrever o quadro do automatismo mental e demonstrar sua presença como base dos delírios de perseguição.

Clérambault sugere que a descrição do automatismo mental permite inverter a concepção clássica das psicoses. Isso se dá, pois “a ideia que domina a psicose (aquela em torno da qual se elabora o romance) não é o que a gera; o ponto de partida (base, núcleo) está num fenômeno de automatismo (intuição, eco do pensamento, enunciação de gestos, etc.)” (Arnoux, 2012, p. 91). Desta forma, o conceito elaborado define algo que percorre a história do alienismo, pois se observava uma desordem no vínculo entre o enunciado e a enunciação (Harari, 2006). Isso é percebido quando o paciente fala de si em terceira pessoa ou quando aponta que há outro que fala pela sua língua (Clérambault, 1920/1999).

Ao considerar que “o delírio não é mais do que uma superestrutura”, Clérambault (1920/1999) estabelece a noção de grande estrutura. Inscrevendo o termo automatismo mental na psiquiatria, tira da marginalidade aspectos clínicos sutis da alucinação que, no estado avançado da psicose, costumam ser negligenciados pelo paciente em favor de outros mais inquietantes (Ferreira, 2006). O alienista, no entanto, não consegue – e nem pretende – articular esses fenômenos com o sujeito que os produz e do qual é, também, vítima. Com isso, a ideologia mecanicista do alienista mostra o seu limite ao deixar o sujeito de lado (Arnoux, 2012).

Isso pode ser percebido quando uma paciente diz ao médico: “Mostram-me as minhas lembranças” (Clérambault *apud* Tenório et al., 2017, p. 228). Ao não conseguir evocar uma

memória, a paciente pede para que outro faça isso para ela. Sua fala revela um pedido de que seja confirmada como sujeito, pois, até então, ela não é retratada de forma muito diferente de Augustine. Ela também é vista como “um quase, um quase rosto, quase corpo, quase história” (Didi-Huberman, 2015, p. 129). O interrogatório produz um efeito de exclusão, de modo que o significante opera produzindo o sujeito como excluído (Tenório et al., 2017).

Na elaboração de sua obra, Clérambault tem o cuidado de demonstrar o caráter fundamentalmente anideico de como o automatismo mental se exprime e dos fenômenos que se manifestam na evolução da psicose (Lacan, 1955-56/1988). O médico entende que essa síndrome é fundamental na estrutura de um grande número de psicoses (Clérambault, 1920/1999). Atento à precisão do diagnóstico, ressalta que não se pode estabelecê-lo baseado em um único sintoma. E acrescenta:

Todo sintoma contém margem para erros. Nossas fórmulas são específicas apenas à medida que um sintoma clínico pode sê-lo; e se muitos casos diferentes apresentarem fórmulas idênticas, será uma curiosidade interessante que não impedirá, no entanto, que as fórmulas sejam muito úteis para estabelecer o diagnóstico e chegar a uma convicção caso formem um conjunto concordante (Clérambault, 1921/1999, p. 155).

Diligente em diferenciar se o comportamento do paciente se dá por um automatismo mental ou por um fenômeno psicótico, o alienista preocupa-se também em diferenciar a paranóia da psicose passional (Ferreira e Santiago, 2014). Considera isso de fundamental importância, pois compreende que “diferentes pontos de partida têm repercussões no tom psíquico geral e na expansão do delírio” (Clérambault, 1921/1999, p. 151). Ele entende que os distúrbios psíquicos e sensoriais se impõem à mente do enfermo de maneira abrupta, isto é, “automática”.

Os distúrbios, ao surgirem de fora, nada têm a ver com as ideias enunciadas pelo sujeito (Roudinesco, 1989b). A linguagem é, assim, entendida não como uma faculdade do ser, mas como um câncer que possui o sujeito, despedaçando-o. Arnoux (2012) assinala que, nesse ponto, a constatação de Clérambault articula-se com as elaborações de Freud e com os desenvolvimentos teóricos de Lacan.

Ao considerar que o Automatismo Mental ocorre independentemente da intencionalidade do sujeito, Clérambault toma a ausência total de organização temática dos fenômenos como prova de que o automatismo ocorre fora da consciência. Ele, como eminente psiquiatra clássico, considera que tudo aquilo que não é consciente ou controlado conscientemente não pode ser outra coisa senão o resultado de um processo orgânico (Ferreira,

2006). Sem ter acesso à lesão orgânica, o mestre toma o discurso do paciente como um corte histológico que é capaz de revelar os mecanismos de formação da psicose (Girard, 2000).

O caráter mecânico que caracteriza o automatismo faz com que o médico sustente uma concepção constitucionista que faz com que ele seja visto como retrógrado. No entanto, é na descrição que ele faz do automatismo mental que se encontra o verdadeiro alcance de sua obra. Ao nomear a síndrome destaca, como traço essencial, que o sujeito não é agente de tais fenômenos. Com isso, aponta que há algo estranho que ocorre ao sujeito, acometendo-o de forma intrusiva (Ferreira, 2006).

Clérambault não está apenas atrasado em relação ao seu tempo, mas também avançado em relação aos seus contemporâneos. Isso se dá, pois ele apreende na estrutura do automatismo mental uma nova organização do saber. Numa posição paradoxal, ignora, soberbamente, as teses vienenses, ao mesmo tempo em que constrói uma doutrina das psicoses que aparenta estar mais próxima da psicanálise do que da psiquiatria (Roudinesco, 1989b). O caráter com que o médico define o automatismo mental coincide com o caráter do significante. Em certa medida, parece antecipar o ensino de Lacan, propondo que há algo na ordem do significante que parece ser independente da produção de significado (Ferreira, 2006).

O último dos mestres clássicos antecipa seu tempo de maneira absolutamente original, pois elabora construções acerca de um tema que, até então, faltava à psiquiatria: a linguagem. Lacan (1955-56/1988, p. 14) retrata que Clérambault desenvolveu “uma obra que, independentemente de suas visadas teóricas, tem um valor clínico concreto”.

Girard (2000) aponta que o corte histológico de Clérambault não corresponde a uma lesão anatomopatológica nem ao desenvolvimento de quadros clínicos. O que ele descreve e desdobra como um corte histológico é o discurso do paciente. Ao considerar que a visibilidade se detém no sintoma, estabelece uma histologia suposta, imaginária e inferida. Nesse sentido, Clérambault aponta para uma ruptura com o saber médico. Pois ele, diferentemente dos outros mestres clássicos, não busca por lesões da matéria cerebral que, supostamente, determinam as distorções.

Por compreender que a lesão orgânica está no discurso do paciente, Clérambault se afasta do modelo psiquiátrico que faz uso da prova de realidade. Ele não busca provocar a crise em seus pacientes. Nem por isso sua prática é vista como menos questionável ou condenável. Afinal, como exemplar mestre clássico, ele segue com o uso do interrogatório. E, da mesma forma que estuda o drapeado, apresentando-o em suas aulas na Escola de Belas Artes, Clérambault observa, interroga, pesquisa, avalia e apresenta os pacientes.

No interrogatório, pede que eles contem a história de suas vidas e confessem o segredo de sua trama persecutória.

Ela contou a história aos poucos; isto é verdade. A história vinha até ela como lã não tingida, que podia fiar, ou em fios que podia tecer ou bordar. Ela não a contava todas as noites, e nem sempre para a mesma pessoa. Às vezes, contava só para si mesma, usando as ferramentas e a força que recebera dos outros (Johnston, 2015, posição 3405-3408).

Internado, o paciente deve, a qualquer custo, confessar. O alienista, mais do que escutar com brandura e perguntar deveria *manoeuvrer les malades* (“manejar os doentes”). Com o objetivo de extrair, a qualquer custo, uma confissão do paciente, Clérambault compreende que é preciso:

[...] provocar no sujeito um estado mental no qual estará pronto a monologar e a discutir, a partir do qual nossa tática será nos calar, ou contradizer [...]. Esses enfermos não devem ser interrogados, mas manejados, e para manejá-los existe apenas um meio: desconcertá-los (Clérambault *apud* Arnoux, 2012, p. 28).

Assim, busca primeiro desalojar o sintoma antes de cuidar da pessoa do doente (Roudinesco, 1989b). Adotando uma posição ativa próxima à recomendada por Fahret, leva ao extremo a indicação de “não se converter em secretário do alienado”. E, com isso, explora ao máximo o método da apresentação clínica, fazendo uso de métodos de manipulação que “acionam” o doente e impressionam a audiência fervorosa que o assiste (Bercherie, 2009, p. 11).

Encurrala o paciente, antecipando o que é presente em seu delírio – do qual faz questão de definir a “fórmula de cada entidade” –, sem duvidar de pressioná-lo. Tem com isso o objetivo de superar a reticência natural do paciente (Ferreira, 2006). Aproveita-se do silêncio, da espera, tecendo comentários à queima-roupa, obtendo a confissão ao mesmo tempo em que faz comentários dogmáticos, digressões eruditas e críticas ferozes de seus adversários científicos ao público (Bercherie, 2009).

Sua intenção é revelar a posição do doente frente à crença delirante. Para isso, faz uso de todos os recursos de que dispõe: não permite que outras pessoas entrevistem o paciente (Arnoux, 2012); finge ver as suas visões (Tisseron, 2000); ou, então, passa horas dentro da cela confundindo o alienado (Bercherie, 2009). Em sua intervenção, interessa-se em investigar o quanto a certeza delirante está funcionando. Buscando delimitar o ponto de partida do delírio, isola a argumentação que o paciente faz do postulado fundamental (Ferreira e Santiago, 2014). E, com isso, alcança uma clínica psiquiátrica cuja perícia constitui sua matriz estrutural.

Utiliza esses recursos de manipulação, pois o que guia sua investigação é o elemento da periculosidade. Assim, compreende que está livre de se preocupar com o efeito de suas práticas sobre o paciente ou sobre o tratamento deste. Preocupado em prever um prognóstico de risco, suas deduções precisas possibilitaram um grande acerto na definição do diagnóstico (Ferreira, 2006).

Bercherie (2009) considera que Clérambault leva a prática da apresentação clínica à perfeição. Outros, no entanto, apontam os abusos que se fazem presentes no estilo do interrogatório adotado pelo alienista. Entre esses, destacam-se alguns membros da equipe de Clérambault e jovens discípulos, como Henry Ey e Lacan. Nesse sentido, observa-se que:

Os métodos de interrogatório, que se orgulham às vezes de trazer percepções preciosas para a psiquiatria, não tem, na realidade, se não escassas vantagens, ao lado de inconvenientes muito sérios. O de mascarar os fatos não reconhecidos não nos parece menor do que impor ao sujeito a confissão de sintomas conhecidos (Lacan, 1979, p. 193).

Ao longo de sua obra, Lacan (1955-56/1988) aponta que um tratamento mal dirigido pode acarretar sérios efeitos ao sujeito psicótico. Deste modo, observa-se que a apresentação clínica de Clérambault, aliada ao interrogatório, pode causar mais estragos do que benefícios ao paciente.

Seguimos alinhavando o trabalho clínico e as apresentações de pacientes de Clérambault.

E havia algo mais naquela visão, algo ao fundo. Deixei de prestar atenção à minha respiração e mergulhei nela. Ouvei um som rítmico e reconfortante. Era o tear em que o tecido fora feito. Eu não sabia quem tinha feito o tecido [...], mas podia sentir suas mãos indo para frente e para trás, a forma como os dedos separavam os fios da urdidura para formar um padrão na trama (Johnston, 2015, posição 3405-3408).

O ensino clínico de Clérambault se sustenta no interrogatório. A partir dele, ensina uma clínica da investigação, da minúcia, do interesse no particular. A apresentação de pacientes permite que o médico coloque ao alcance do público o funcionamento mecânico dos fenômenos psicóticos (Ferreira e Santiago, 2019). Para isso, tem-se um olhar que atravessa o fenômeno psicótico, buscando na fala do paciente a apreensão da loucura (Ferreira, 2006).

Nessa clínica, importa diferenciar o fenômeno psicótico da psicose, verificar se a reação do paciente se dá por uma interpretação ou por uma imaginação e distinguir um perseguidor-perseguido não amoroso de um erotômato convertido em perseguidor. O alienista, ao afirmar que “uma fórmula clínica não vale senão por suas condições de apresentação” (Clérambault, 1921/1999, p. 154), demonstra que é pelo detalhe do caso que se chega ao diagnóstico

diferencial e ao prognóstico do paciente. E, com isso, realiza uma apresentação clínica marcada pelo vigor e caráter investigativo tão característico da psiquiatria clássica.

Clérambault realiza apresentações clínicas nas reuniões da Sociedade Clínica de Medicina, uma agrupação de médicos exclusivamente clínicos, que se reúnem no anfiteatro do Serviço de Admissões de Sainte-Anne nas segundas-feiras. Ali, é realizada uma apresentação de paciente e, em seguida, é feito um debate sobre o caso. A associação, por ter natureza essencialmente clínica, exclui qualquer exposição doutrinária, bibliográfica e controversia (Girard, 2000).

O alienista também realiza apresentações na Enfermaria Especial todas as sextas-feiras, durante os anos de 1920 a 1934. Em seu local de trabalho, apresenta lições clínicas de acordo com a grande tradição de apresentação de enfermos. Diante do caráter médico legal da instituição, o público é restrito a estudantes de medicina e de direito.

Ressalta-se ainda que, em *Definição de automatismo mental*, Clérambault (1924/2006, p. 70) relata demonstrar “quase diariamente tais concepções [do automatismo mental] a colegas e aos internos do asilo”. Considerando que a base de sua obra psiquiatra surge a partir de comunicações orais articuladas com a apresentação clínicas, pode-se, talvez, supor que o alienista realizou outras apresentações clínicas na Enfermaria Especial.

Como o ensino de Clérambault se dá forma fundamentalmente oral, suas apresentações clínicas servem de base para seus artigos e intervenções nas sociedades médicas. Em 1942, amigos e alunos e reúnem esses escritos e publicam o compêndio póstumo *Oeuvres Psychiatriques* (Girard, 2000). Nos artigos, as apresentações ilustram o desenvolvimento teórico ou aspectos inusitados de um caso, servindo como parâmetro para repensar a teoria e para colocá-la em questão. Isso faz com que, diferente de outros médicos clássicos, seja possível encontrar várias referências sobre as suas apresentações (Ferreira, 2006).

No interrogatório, Clérambault compreende que o paciente pode negar seus sentimentos e tentar convencer o médico de que seus atos, mesmo que sejam condenáveis, não são motivo para internação (Ferreira e Santiago, 2014). A fim de evitar esse risco, o médico busca revelar a verdade da posição, da crença delirante do paciente. Interessado na confissão da posição do doente de dentro de sua loucura, considera necessário não se ater aos fatos, uma vez que o paciente sempre pode negá-los, mas “aos pontos de vista do doente que transparecem nas fórmulas específicas” do automatismo mental (Clérambault, 1921/1999, p. 147).

Clérambault realiza um interrogatório meticuloso que busca não proferir informações ao paciente. Evitando sugestioná-lo, permite que o paciente tenha o máximo liberdade possível para derivar sua fala. O médico aponta como deve se conduzir o interrogatório:

Convém falar por frases curtas, não solicitando nunca determinada resposta, mas apenas uma espécie de relato; um procedimento útil para provocar certas expressões clássicas ou para extrair-lhes manifestações inéditas consistente em dar a impressão de ter encontrado uma contradição entre duas das declarações do paciente e solicitar-lhe que as concilie; a rapidez, o imprevisto, a engenhosidade das respostas assim provocadas constituem informações de grande valor; obtém-se, assim, às vezes verdadeiros desabados (Arnoux, 2012, p. 67).

Sabendo que o paciente nem sempre confessa abertamente a sua crença, Clérambault compreende que não basta apenas interrogá-lo, é preciso também manipulá-lo, manobrá-lo. Fazendo com que a emoção escape a qualquer tentativa do enfermo de ocultá-la. Em cada entrevista, o médico realiza uma leitura estrutural, na qual busca destacar o que faz traço do caso. Como os casos são “por essências individuais”, as manobras para ativar a emoção do paciente mudam de acordo com cada caso (Ferreira, 2006).

Clérambault faz Léontine, uma paciente de 28 anos, confrontar um capitão que a persegue. Na apresentação de pacientes, perseguidor permanece em silêncio. A paciente o censura por não revelar ao público que ele a persegue e que deseja casar com ela. Clérambault descreve como conduz o interrogatório:

“Gostaria de se casar com ele?”, a doente nega embora se mostre radiante; em seguida, alega apenas precisar conhecer melhor seu caráter antes de concordar e, além do mais, argumenta não caber às mulheres declarar-se antes dos homens.
Gostaria de ser sua amante? De forma alguma. No entanto, objetamos, não se pode conhecer um homem sem se ter vivido com ele. Numa série de respostas graduais (que seria longo demais detalhar aqui), acaba aceitando a idéia de um “casamento de experiência”, a ser legalizado mais tarde. Já no dia seguinte sairão em busca de uma casa e de mobília. Sai indignada com o silêncio do oficial, mas, solicitada de novo, escreve uma carta em que repete que no dia seguinte ela e o capitão buscarão uma casa para abrigá-los durante o período de experiência (Clérambault, 1921/1999, p. 149)

O médico manipula o interrogatório de tal forma para que Léontine pense que o oficial tem interesse nela. Isso é feito apenas com o objetivo de extrair da paciente falas que comprovem que ela possui sentimentos pelo seu perseguidor. Diante do oficial, a paciente não consegue conter sua emoção e demonstra seu interesse amoroso. E, com isso, constata-se que não é ele quem persegue, mas sim, a paciente.

Mesmo quando essa manobra não dá certo e o paciente não confessa abertamente sua crença, Clérambault busca revelá-la a partir de sinais discretos, pois compreende que cada sorriso, expressão ou olhar do paciente carrega um ponto inconfessável. Assim, o que é negado explicitamente pelo paciente é confessado implicitamente pelos sinais que ele revela (Ferreira, 2006). Diante disso, o médico destaca a importância de “acionar” a esperança do paciente (Clérambault, 1921/1999).

Com um diálogo de aparência difuso, mas repleto de centros de atração para as ideias, Clérambault conduz o sujeito a um estado de espírito que o leva a monologar e a discutir. Sua tática consiste em calar-se ou contradizer o paciente com o propósito de parecer incapaz de compreendê-lo completamente. Ao adotar essa postura, o médico acredita que o sujeito permite expressar-se, deixando escapar fórmulas das quais pensa que o médico não percebe (Ferreira e Santiago, 2014).

Com um olhar que não cessa em se aperfeiçoar, Clérambault possui uma vontade feroz de extorquir confissões. Ele arranca de seus pacientes aquilo que deseja fazer revelar (Roudinesco, 1994). Para produzir um estado de confiança no paciente, promete ajudá-lo no que for necessário para alcançar uma reivindicação delirante. Uma vez produzido esse estado de confiança, Clérambault os manipula, provoca e engana (Ferreira, 2006).

Ele reconhece a importância da plateia da apresentação de pacientes. Quando a resistência do paciente exige manobras drásticas, Clérambault não teme em fazer uso do público para enganar o paciente, jogando com sua confiança. Um exemplo bem lúcido disso é a apresentação de Lea Ana, 53 anos, que se acredita amada pelo rei da Inglaterra.

Encaminhada à Enfermaria Especial por ter feito um escândalo em via pública e ter agredido dois policiais, Lea Ana admite para Clérambault com relativa facilidade sua paixão, pois pensa que o rei é em parte responsável por sua detenção. No entanto, ao ser apresentada na Sociedade Clínica Médica, a paciente se recusa a repetir tudo o que já havia contado. Diante disso, Clérambault maneja a situação:

A ponto de liberá-la, nos ocorre por em jogo certos subterfúgios que sempre nos deram resultados com esse tipo de paciente. Sugerimos que talvez sua internação obedeça a causas que lhe escapam, que teria que se perguntar porque hoje havia sido convocada perante uma espécie de comité, esse comité que é composto por gente eminente, há de ter também um certo crédito fora da França, que se então ela quiser apresentar algum pedido, este é o melhor momento de fazê-lo oralmente, ou melhor ainda, por escrito. Caso contrário, ela poderia deixar passar uma oportunidade excepcional de fazer-se escutar e que antes do fim da sessão é preciso que nos entregue uma carta que transmitiremos ao personagem que ela sabe.

Neste ponto, ela fica radiante ainda que queira parecer incrédula. Discute acerca da necessidade de escrever a uma muito elevada pessoa a quem não nomeia; diante de nossas reprovações por ter abusado da arte de fazer esperar um homem apaixonado, como linda modista parisiense que é, responde com veemência que ela nunca zombou do alto personagem em questão, esse personagem se equivoca se crê nisso e nós também; seu único erro foi não compreender.

A fazemos vislumbrar a possibilidade que temos de lhe organizar uma entrevista; mas, falamos, que dois medos nos impedem. A partir desse momento, o diálogo é o seguinte:

D. – Para começar, temo que na presença do alto personagem, você não domine o seu rancor e o aranha.

R. – Jamais. Vou colocar minhas mãos assim, nas costas, e você poderá ficar atrás de mim para contê-las.

D. – Temo também o contrário, que você não saia demasiadamente rápido da reserva, de um modo que convém, se ele a perdoar.

R. – Pois não. Eu acompanharei o ritmo dele.

D. – Temo que você pule em seu pescoço.

R. – Ainda assim você pode me deter.

D. – Mas, o que diriam as princesas?

R. – O lugar delas não é esse.

D. – Você me disse que se interessava pelo assunto.

R. – Esse assunto só diz respeito a nós dois, a ele e a mim.

D. – Você nunca mais irá vagar ao redor de Buckingham?

R. – Não fui mais que discretamente. Eu também tive meus méritos.

Sai prometendo nos entregar dentro de um quarto de hora uma carta destinada ao Rei, carta cujo texto transcrevemos:

“A Sua Majestade, Rei Jorge V, Rei da Inglaterra.

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

L. Ana B., no hospital Sainte-Anne. Paris, 20 de dezembro de 1920” (Clérambault *apud* Bercherie, 2009, p. 31-32).

Para conduzir sua observação minuciosa dos fenômenos e examinar detalhadamente as emoções causadas, Clérambault não hesita em utilizar métodos abusivos e enganadores (Ferreira e Santiago, 2014). Ele manipula a paciente, finge compartilhar de seu delírio e, com isso, vence a resistência. Aciona o elemento da esperança, prometendo intermediar seu contato com o rei. Embora ela não admita com todas as palavras na apresentação, sua carta é a prova irrefutável de que acredita que o médico, bem como os que ali estão presentes, possam ajudá-la (Ferreira, 2013).

O relato de Clérambault, bem como a carta produzida por Lea Ana, é a prova palpável de como o médico ilustra sua doutrina sem se preocupar minimamente com o tratamento da paciente. Ele considera Lea Ana incurável de tal forma que, após extorquir sua confissão, manda interná-la em Sainte-Anne (Roudinesco, 1989b). Ele compreende que isso é justificável, pois é o único modo de saber “quais desejos e impulsos é capaz uma vez emocionado, o que vai lhe acontecer, infalivelmente, uma vez que esteja livre” (Clérambault *apud* Ferreira e Santiago, 2014, p. 210).

Sua apresentação clínica, embora não provoque crises, segue alguns princípios do interrogatório clássico. Como consta a tradição, Clérambault vai para a entrevista sabendo todos os detalhes do caso do paciente, ele faz uso desse saber prévio para manipular o paciente, fazendo-o revelar os pontos que ele quer exhibir. A presença do público reafirma o lugar de seu saber/poder médico. Embora o médico dê a palavra ao paciente, ele jamais o escuta. Afinal, como bom mestre clássico, compreende que o saber está do seu lado de modo que sabe tudo o que se passa com o paciente (Ferreira, 2013).

No entanto, diferencia-se dos seus antecessores clássicos, por não obrigar o paciente a participar da apresentação clínica contra a sua vontade. Isso é percebido quando ele relata que

o paciente estava “inteirado de que seria apresentado diante de um grupo de médicos caso desejasse” (Clérambault *apud* Ferreira, 2006, p. 103). No entanto, destaca-se que Clérambault faz uso da manipulação para induzir o paciente a aceitar o convite. O paciente acredita que será levado a falar frente a um grupo que pode interceder a seu favor. Isso faz com que o poder deste médico não opere necessariamente pela estrutura asilar, mas a partir de um poder pessoal que é capaz de influir na vida do paciente.

Em seu anacronismo paradoxal, Clérambault produz saber num período em que a psiquiatria clássica entra em decadência. Seu saber é aplicado, posto à prova e recriado na apresentação. Sua investigação, marcada por uma grande precisão diagnóstica, articula a clínica e o ensino, mantendo a vivacidade e o dinamismo que caracterizam a psiquiatria clássica (Ferreira e Santiago, 2014). E, como médico desse período, aliado com sua despreocupação com o tratamento do paciente, não se preocupa com o efeito de suas intervenções no sujeito.

Figura 22: A primeira crítica da imprensa à apresentação de pacientes



Fonte: Figaro: journal non politique. 1873-04-01. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k274823g/f1.item.zoom>

2.3 As críticas que se tecem

A principal crítica que se faz à apresentação de pacientes diz respeito à exposição a qual o paciente é submetido. Isso pode ser visto no artigo publicado no diário parisiense *Le Fígaro*, em 1º de abril de 1873, cuja primeira página é apresentada na Figura 22¹⁶. Goudemand (2007) sintetiza a denúncia do artigo:

Assistimos, ontem, no Asile Sainte-Anne, a cenas de uma tristeza repugnante: estamos falando do curso da clínica das doenças mentais, curso que se inaugurou nesse estabelecimento onde não se teme de expor os loucos em espetáculos de um grupo de curiosos. Esses fatos são da mais rigorosa exatidão.

O Dr. Dagonet tomou por objeto a monomania e apresentou aos assistentes seis alienados deste gênero de doença. Estes, extremamente impressionados, reagiram de maneira incorreta, inconsequente ou violenta às questões que lhe foram colocadas. Esses cursos são públicos e têm lugar todos os domingos às nove da manhã. Se o Senhor Jules Simon, ministro da Instrução Pública o ignora, nós lho alertamos (Goudemand, 2007, p. 242).

A reportagem compara o dispositivo da apresentação a um processo judicial. Assim, os pacientes estariam no banco dos réus e teriam de se defender e se justificar:

- Vejamos, vejamos, meu amigo, perguntou o professor; diga-nos o que você está sentindo?
- Eu te digo todos os dias.
- Você tem que repetir para esses senhores.
- Eles não precisam saber, respondeu ele com voz sombria e com um movimento de impaciência bem marcante. Você teria feito melhor se me deixasse no meu canto!
- [...]
- O último é um jovem homem com a tez colorida, os olhos brilhantes, a testa descoberta e cabeça erguida. Seu nome é Boisseau. É impossível para o professor fazê-lo pronunciar uma única palavra. Ele, então, tenta fazê-lo mostrar a língua, batendo ligeiramente sobre os seus lábios:
- Vamos, vamos, diz ele, ponha a língua para fora rápido!
- Mas o paciente se recusa com energia, e vemos lágrimas de vergonha escorrerem pelo seu rosto. Um movimento de pena se manifesta no auditório.
- Vamos! É bom!... Fala o professor buscando amenizar o incidente doloroso (Le Fígaro, 1873, p. 3).

Na época, o meio alienista se surpreendeu com a explosão da imprensa, pois essa prática ocorria há mais de meio século em Bicêtre e na Salpêtrière. Destinado a responder às acusações concernentes à “exibição de loucos” frente a “uma reunião de curiosos”, o *Anais Médico-Psicológicos* explica que o público era constituído unicamente por médicos, residentes e estudantes franceses e estrangeiros. No que se referia ao sigilo, um dos médicos, inadvertidamente, divulgou o nome dos pacientes (Goudemand, 2007).

¹⁶Nota-se que a referida reportagem não se encontra na primeira página do jornal, mas na página 3. A versão completa desse artigo encontra-se disponível no Anexo E.

Há um recorte de uma apresentação clínica que, embora tenha ocorrido um século depois desse período, pode servir para explicar a incompreensão dos alienistas frente à crítica que havia sido feita a eles. Tal recorte evidência como a psiquiatria entendia – e explicava – a exposição do paciente frente a um público.

Em primeiro lugar a paciente sabe que está se tratando em uma instituição de ensino, com alunos cuja função é aprender. Em segundo lugar, na minha concepção, quanto mais oportunidades a paciente tiver de falar sobre seu sofrimento, melhor ela se sentirá. Em terceiro lugar, a única maneira que vocês têm para aprender será escutando ao vivo o que os pacientes falam. Finalmente [aí o professor já estava apelando], quem sabe vocês possam fazer um vínculo com alguns destes pacientes e serem um instrumento de ensino e tratamento (Vertzman, 1996, p. 117)

Sabe-se que a apresentação clínica provoca um desconforto. Esse desconforto surge frente à estranheza das manifestações da loucura e à sensação de estar em um cenário no qual alguém é exibido para outros (Ferreira e Neto). Ferreira (2002) explica que isso ocorre, pois o que é subjetivo, o que não possui uma objetividade, sempre cria um mal-estar.

Isso se dá devido a um quarto elemento que não está posto na tríade paciente-médico-público, o inconsciente. Sua irrupção não segue o cálculo coletivo e sim os descaminhos da contingência (Veras, 2009). Por mais que o médico tente impedir isso de correr, e faz isso colocando toda angústia do lado do paciente, sempre há algo que escapa. O corpo neurológico, assim como o corpo que é interrogado, insiste em escorrer do médico (Foucault, 2006).

Esse desconforto que a exposição suscita não pode ser abordado exclusivamente pela superfície, enquanto um fenômeno isolado. Para entendê-lo é preciso compreender o contexto ao qual o dispositivo está inserido (Martins, 2009). Desta forma, para entender as críticas que são feitas e que vão levar a psiquiatria a abrir mão desse dispositivo – deixando-o quase cair em esquecimento – é preciso olhá-lo a partir de dois ângulos. Esses referem-se à ética e ao contexto histórico-político no qual as apresentações clínicas estão inseridas.

Figura 23: A implicação do público na apresentação clínica



Fonte: Une leçon Clinique a la Salpêtrière (1887)
Pierre André Brouillet (1857-1914)
Université Paris Descartes, Paris, França.

2 3 1 Implicações éticas

A presença *in loco* da audiência (Figura 23) impede que o espectador seja totalmente passivo. Isso faz com que ver uma apresentação de pacientes tenha uma implicação ética (Veras, 2009). O público tem uma responsabilidade e o médico sabe disso. Ao conduzir a apresentação, o mestre incide o público a exercê-la, dizendo: “essa dor, eu os farei, por assim dizer, pôr o dedo nela, dentro de um instante; farei com que os senhores reconheçam todas as suas características” (Didi-Huberman, 2015, p. 27).

O público trava um contato com um sujeito em sofrimento a partir da posição de puro observador (Verztnan, 1996). De forma violenta, seu olhar atravessa o paciente, despe-o de subjetividades, buscando pelas marcas da loucura (Martins, 2009). No ensino de um saber sobre a doença, não há lugar para a produção de uma fala significativa do sujeito (Ferreira, 2002). Assim, não há uma abertura para que além do corpo físico se desenvolva um corpo discursivo (Manonni, 1971)

Enquanto a clínica do olhar existir, não haverá diálogo. Objetivada, não há para a loucura uma linguagem autônoma, pois sua verdade é envolvida num discurso que permanece exterior a ela mesma (Foucault, 2013). Pessotti (1996, p. 14) parece corroborar isso quando confidencia que, “no teatro do manicômio, o louco não foi o herói, nem o vilão, nem um protagonista: foi, talvez, um figurante”. O louco é, assim, excluído de qualquer interlocução.

A alteridade do louco – assim como do migrante, do índio, do negro e de outros – é tomada pelo negativo. Recusado em sua diferença, o louco é destituído de sua razão. Ele torna-se mero objeto de captação de sinais-sintomas que comprovam a sua não existência compartilhada (Ferreira, 2002). Não foi por acaso que a Europa foi violenta com o louco. A Figura 24 retrata uma cena violenta, ocorrida em 1792, durante a Revolução Francesa. Nesse período ocorreram massacres em casas de força para “purgar a nação”. Na Salpêtrière, morreram 35 mulheres. A gravura “Terrible massacre de femmes dont l’histoire n’a jamais donné l’exemple” (anônimo, 1792) retrata a cena do massacre.

Considerando que a apresentação clínica tem uma implicação ética, observa-se que ela traz consequências não só para o paciente, mas também para todo o serviço (Verztnan, 1996). Sob um olhar crítico, Ferreira (2002, p. 17) salienta que esta prática “favorece a alienação de todos os envolvidos, o doente, o aluno e o professor, à medida que aborda um objeto de estudo sem nenhum compromisso ético (ou até mesmo terapêutico) com o sujeito em sofrimento”.

Figura 24: As mulheres massacradas na Salpêtrière



Fonte: Terrible massacre de femmes dont l'histoire n'a jamais donné l'exemple (1792)

Anônimo

Gallica, Paris, França.

Em *O Alienista*, Machado de Assis (2009) corrobora com isso ao fazer uma crítica à adesão incondicional à ciência. O autor nos apresenta um certo médico, o Dr. Simão Bacamarte, que quer dividir a cidade entre loucos e não loucos. Para isso, ele constrói um asilo no qual abriga aqueles que são tidos como loucos. Entregue de corpo e alma ao estudo da ciência, Bacamarte produz uma tese e cria categorias de classificação para delimitar quem ficaria preso e quem ficaria solto.

Assim, estabelece-se um dualismo que só encontra dois caminhos: a razão ou a loucura; a ciência ou a ignorância; o médico que cura ou o alienista que aprisiona. Trata-se de um jogo dual que não admite arestas, dobras ou falhas (Santos e Menegotto, 2020). Machado faz, assim, uma análise precisa e contundente do que foi a prática psiquiátrica do século XIX¹⁷ (Lima, 2009). Bacamarte não abre espaço para o duvidoso. Isso se dá de tal forma que, quando ele descobre a cura da loucura e libera os “hóspedes” do asilo, ele se vê diante de uma cena estranha.

O alienista precisa de um doente para se constituir como médico. Na falta de pacientes, Bacamarte pergunta a si mesmo se eles estariam mesmo loucos. Aflito, acaba por reconhecer que a loucura está nele mesmo. A partir dessa cena, surge o questionamento: Poderia um médico, e um médico da loucura, recusar a ver na loucura a derrelição de sua própria imagem?

Didi-Huberman (2015) sinaliza que essa recusa certamente se dá. Em termos existenciais e epistemológicos isso é vital, pois a psiquiatria se recusa a ser uma consciência dilacerada. No entanto, sabe-se que o hospital psiquiátrico, em sua condição de instituição total, é muitas vezes adoecedor. Pessotti (1996) corrobora com essa ideia ao apontar que, no período de 1874-1880, 13 de 83 funcionários do manicômio de Roma adoeceram. Esses funcionários não demonstravam ter qualquer disposição hereditária para o surgimento de uma ‘lesão mental’. Tais dados parecem confirmar que o asilo imprime a marca da institucionalização e da alienação em todos os envolvidos.

Outro fato que parece corroborar com essa discussão é o suicídio de Clérambault. Este foi amplamente explorado pela imprensa (Arnoux, 2012). Isso pode ser percebido no artigo publicado pelo diário parisiense *Paris-Soir*, em 09 de dezembro de 1934, disponível no Anexo F. Na reportagem, Clérambault é visto como “um alienista que enlouquece” (Barotte, 1934, p. 7). Sua morte levanta inevitáveis questões sobre o estado de sua saúde mental. De modo que se

¹⁷É curioso observar que nem Machado de Assis escapou das lentes do saber psiquiátrico. Após a publicação de sua obra, em 1882, alguns psiquiatras brasileiros a estudaram com o objetivo de investigar a relação desta com a saúde do autor.

questiona se seria “um ato de loucura” (Álvarez e Estévez, 1999, p. 457) e se o convívio com alienados poderia transformar o alienista em um deles.

Nesse sentido, a obra de Heckel (1914) parece corroborar com essa indagação. *Aus einem irrehaus* (Figura 25) apresenta quatro homens diferenciados entre si no interior do Hospital de Arles de Van Gogh. Um deles olha para fora da tela com olhos vazios; atrás dele, um homem gesticula sozinho; próximo, um homem se esconde; e, ao seu lado, outro homem caminha curvado. Todos aparentam, de algum modo, estar angustiados. De alguma forma, eles se parecem. Seriam pacientes?

Estima-se que Heckel, que atuou como médico no hospital psiquiátrico, seria o homem sentado na cadeira ao fundo (MacGregor, 1992). Desta forma, o médico estaria presente na imagem. E poderia, inclusive, ser confundido com um paciente. Nesse sentido, *Aus einem irrehaus* parece contribuir para pensar como a institucionalização e a alienação ocorrem na instituição total.

A apresentação de pacientes tem uma função didática que permite que o estudante aprenda a perícia clínica. No início de seus estudos, o estudante acha-se aberto a todas as experiências. No entanto, preceitos científicos são inculcados nele pelo mestre (Manonni, 1971). Uma cena da apresentação de pacientes exemplifica como isso ocorre:

Eram todos estudantes de medicina, que nunca imaginaram a existência de sofrimentos semelhantes aos que haviam presenciado nas últimas semanas. Alguns, não nos iludamos, simplesmente olhavam o relógio à espera do fim da aula. Se interessavam por pessoas que viviam de modo mais compreensível e formulavam pedidos mais claros de ajuda. Eis que, num momento ritual, adentram juntos, professor e paciente, para travarem o diálogo capaz de fazer brotar as mais estranhas artimanhas que a mente humana era capaz de produzir. Bem conduzida, tal interlocução garantia que se pusesse à mostra, de forma inquestionável, a extensa lista de sintomas com os quais os alunos haviam travado contato, superficialmente, na aula teórica. Para espanto de todos, o “maluco” não era tão doido assim. Falava frases aparentemente coerentes e apenas frequentava assiduamente o botequim, além de possuir muitas dúvidas quanto à fidelidade de sua esposa. Quando se tocava neste ponto ele chegava a se irritar um pouco, mas nada que se sobressaísse no conjunto de seu discurso. Possuindo o honesto objetivo de ensinar e verificado que muito pouco acerca da natureza humana havia se manifestado até então, o professor continuava a interrogar o paciente sobre sua relação com a suposta mulher “traidora”. Foi-lhe perguntado sobre particularidades de sua vida íntima, sobre os homens dos quais desconfiava e, finalmente, sobre a regularidade de suas relações sexuais. Neste momento tenso, uma aluna interrompe a entrevista e diz, com voz ofegante: “Professor o senhor não vê que isso é uma pergunta muito delicada para se fazer aqui? O paciente está muito encabulado e ficando agressivo...”. O professor não se abala e retruca, na frente do paciente: “Para se fazer omelete é preciso quebrar os ovos. Todos aqui somos, ou seremos, médicos” (Vertzman, 1996, p. 115-116).

Figura 25: Um retrato no asilo



Fonte: Aus einem Irrenhaus (1914)
Erich Heckel (1883-1970)
Kunstmuseum Gelsenkirchen, Gelsenkirchen, Alemanha.

A cena descrita demonstra uma experiência um tanto constrangedora para a estudante. O mal-estar surge frente à sensação de estar numa cena em que alguém é exibido para os outros (Ferreira, 2002). Colocado como objeto, o paciente nada mais é do que um serviçal para o próprio ensino, um instrumento de aprendizagem. Isso gera uma consequência que é a cristalização da identidade de doente mental. Vertzman (1996) aponta que o aluno passa a ver o paciente como um ser que vaga indefinidamente com seus sintomas.

Ferreira (2002) considera que não há ganho na apresentação de pacientes, pois o uso dessa prática poderia potencializar a fabricação de um estereótipo que coloca o doente em categorias bastante definidas. Deste modo, uma pequena parte do que pode ser o sujeito recebe o estatuto de verdade última. Mannoni, por intermédio da fala de uma aluna, aponta como esse processo vai se dando:

– No comêço, [...] a palavra *louca* me causava um transtôrno qualquer, esta palavra que afirma o verdadeiro. Sonhava com ela. Agora, tenho feito os meus progressos, a coisa não me transtorna mais em nada. Quando um alienado fala, chego ràpidamente a classificá-lo em tal ou qual categoria nosográfica. O saber sôbre a moléstia, isso protege a gente (Mannoni, 1971, p. 29).

Para poder exercer sua atividade de médica, a estudante precisa aprender a construir um diagnóstico que desloca o doente de sua posição de indivíduo, sujeitando-o a um sistema de leis e regras. O conhecimento ocupa um lugar que tem por função obstruir qualquer relação à verdade como causa. Diante disso, não é permitida qualquer perspectiva para o doente.

Mannoni (1971) aponta que o êxito de um tratamento depende da possibilidade de permitir que o indivíduo coloque em palavras a sua doença. Se a única resposta que ele encontra é o silêncio do médico, não resta ao paciente outro remédio senão desaparecer enquanto indivíduo que fala no âmago de uma classificação nosológica. Objetivado de tal forma, corre-se o risco de quase esquecer que ele não é, de fato, um ser inanimado¹⁸.

O olhar clínico que violentamente atravessa o paciente passa a ser da alçada da “bela sensibilidade” ou de um “exercício dos sentidos” (Didi-Huberman, 2015). Esse olhar traz consequências ao paciente. Perante essa afirmação, Vertzman (1996) coloca que o estudante não deve ser o receptor passivo dos ensinamentos que lhe são transmitidos. Ao invés de produzir uma descrição diagnóstica, ele deveria apostar na existência de outros enunciados. Se isso não ocorre, tem-se o risco de dizer ao paciente que ele pode falar de seu sofrimento sem que isso possa gerar qualquer efeito terapêutico (Ferreira, 2002).

¹⁸Na ótica organicista, o paciente é tratado como um corpo físico ou anatômico, isto é, um corpo morto. Tal afirmação é feita ao considerar que anatomia é a dissecação do corpo humano que já não carrega mais vida, pois está morto.

Figura 26: Onde está a alma?



Fonte: The Anatomy Lesson of Dr. Nicolaes Tulp (1932)
Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606-1669)
Mauritshuis Museum, Den Haag, Países Baixos.

Vertzman (1996) aponta que o ensino da psiquiatria deveria implicar em um compromisso com o alívio do sofrimento. No entanto, na psiquiatria clássica isso parece não ocorrer. Marcada pela busca de um corpo que possa ser tratado, ela parece não conseguir efetivamente proporcionar um tratamento eficaz (Didi-Huberman, 2015). Afinal, esse corpo neurológico ainda segue tentando escapar do médico (Foucault, 2006).

Talvez a apresentação de pacientes, que surge tão precocemente, tenha sido tal como uma criança com um brinquedo novo.

A criança vira e revira o brinquedo, o qual arranha, sacode, atira nas paredes, joga no chão. De quando em quando, precisa recomeçar seus movimentos mecânicos, às vezes em sentido inverso. A maravilhosa vida cessa. A criança, assim como o povo ao situar as Tulherias, faz um esforço supremo, e por fim entreabre o brinquedo, é mais forte que ele. Mas onde está a alma? (Didi-Huberman, 2015, p. 29).

Talvez a psiquiatria clássica, curiosa demais, não tenha conseguido impedir sua prática mortífera de gerar sofrimento ao paciente. Ela, assim como a criança, queria apenas saber (Figura 26). Se errava ao despir o sujeito de sua subjetividade, tomando-o quase como um brinquedo, isso não era sua culpa. Ela era, inocentemente, condicionada a um saber que não poderia operar de outra forma (Ferreira, 2006).

Em meados do século XX, a criança cresce. Atingindo a adultez, a psiquiatria já não apresenta mais progresso de seus conhecimentos semiológicos ou nosológicos. O mestre fracassa e a prática que era a menina de seus olhos perde seu lugar dinâmico de invenção como instrumento clínico (Ferreira, 2007). Esse rito, tão caro para a psiquiatria, passa a ser reduzido a um dispositivo essencialmente de ensino. O mestre segue ilustrando aquilo que anima saber, mas já não faz mais prova de confrontação como fazia (Leguil, 1993).

O paciente, por intermédio da figura da histérica, segue resistindo ao livre progresso do poder médico. Seu corpo tenta da mesma forma que o corpo da anatomia patológica escapar do médico (Foucault, 2006). No entanto, o paciente revela que não é apenas um corpo. Ele continua sendo bastante humano apesar de toda objetificação (Ferreira, 2002). O mestre fracassa, pois, embora a loucura mude de forma, ele nunca conseguiu curá-la inteiramente. Ele diz que o paciente é louco, mas o que é mesmo loucura?

Talvez o mestre nunca tenha conseguido responder a essa questão. Ou pior, talvez nunca tenha parado para refletir sobre ela. O médico desse período alienado à linguagem recostura pontos de certeza adotando o cogito cartesiano “Penso, logo sou” (Martins, 2009). O homem, agora, era sujeito e objeto de seu conhecimento. Talvez isso tenha se dado, pois seu exercício estava pautado no olhar. Ele desqualificava a fala do paciente da mesma forma que a própria

psiquiatria (Ferreira, 2006). E, sendo contemporâneo a ela, não conhecia outras formas de operar. Talvez enquanto o fenômeno do olhar existir, não seja possível estabelecer um diálogo (Foucault, 2013). Talvez, então, seja preciso inventar outras formas de cuidado (Vertzman, 1996).

Figura 27: Um grito que escapa



Fonte: Skrik (1893)
Edvard Munch (1863-1944)
National Gallery and Munch Museum, Oslo, Noruega.

2 3 2 Contexto histórico-político

O final do século XIX é marcado por uma modificação do ensino médico. Com o surgimento das primeiras especialidades médicas, a apresentação de pacientes passa a ser vista como um instrumento de ensino das doenças mentais. No entanto, figuras ligadas ao imperador observaram que não havia um estabelecimento voltado verdadeiramente para esse ensino. Para atender a essa demanda, foi criado Sainte-Anne, considerado o “*foyer de la science aliéniste*”¹⁹ (Goudemand, 2007).

Nesse momento em que a apresentação clínica é formalizada como uma prática didática, surgem as primeiras críticas contrárias. Um exemplo é o artigo publicado pelo diário parisiense *Le Fígaro* em 1873 que aponta que há no asilo uma “exposição dos loucos” frente a um “grupo de curiosos”. Embora o jornal faça uma crítica contundente, não há de fato uma preocupação quanto à exposição dos pacientes, pois é divulgado o nome de um dos pacientes apresentados²⁰ (Ferreira, 2006). Isso parece dar uma pista de que não se tratava de uma crítica aos alienistas, mas de um ataque ao imperador. Afinal, *Le Fígaro* é um jornal republicano e, portanto, mais desfavorável ao imperador.

Le Fígaro tem repercussão e a Prefeitura de Paris intervém suspendendo as apresentações clínicas por dois anos (Goudemand, 2007). Passado esse intervalo, retoma-se essa prática. Agora, efetivamente marcada pelo ensino, pois já não se encontrava nenhuma descoberta nova no campo psiquiátrico. Sem oferecer mais nenhuma contribuição no campo da clínica, o método descritivo atinge o seu limite (Leguil, 1993). Com isso, o saber psiquiátrico perde seu caráter de investigação que até então era marcado pelo cruzamento entre aquilo que investiga, aquilo que encontra e o que consegue transmitir (Ferreira, 2007).

Ao chegar ao máximo de acuidade possível, a observação clínica perde a esperança de resolver os problemas encontrados (Bercherie, 1989). Isso se dá, pois embora tivesse chegado à uma metodologia frutífera para a descrição, não consegue encontrar a essência, o fenômeno material que justifica a loucura. Assim, o terreno da *tique*, do achado, da retificação de uma pesquisa é abandonado e o saber psiquiátrico cai em descrédito (Leguil, 1993).

A concepção organicista ganha força na metade do século XIX, transformando o tratamento manicomial. Calcada na crença de que somente por meio do sofrimento físico se poderia atuar, terapeuticamente, sobre o cérebro doente, essa concepção trata o paciente como

¹⁹“Teatro da ciência alienista”, em tradução livre.

²⁰Como pode ser observado na página 86.

um corpo físico ou anatômico, pois não cogita possível existir ali um corpo discursivo (Ferreira, 2002). Com o advento do pós-guerra, o uso de intervenções violentas se torna insustentável.

Começam a surgir movimentos humanitários que questionam as instituições, os manicômios e suas práticas de tratamento. Tais críticas denunciam um tratamento que se dá quase como uma caricatura encenada de *O ser e o nada* de Sarte. Desta forma, uma consciência subjuga a liberdade em sua relação com outrem (Leguil, 1993).

Dentre os movimentos que surgem, destaca-se a antipsiquiatria. Buscando destituir o valor do saber e do poder médico, a antipsiquiatria questiona a função médica de produzir a verdade da doença (Ferreira, 2007). Para isso, reavalia o conceito de loucura e a ideia de doença mental. O doente, por intermédio da figura do louco, passa a ser visto como mestre de uma verdade que denuncia a mentira da alienação cotidiana da fala (Leguil, 1993). A doença mental já não é mais entendida como um problema dentro do homem, mas como uma manifestação da problemática entre os homens.

A segregação do louco no asilo ou no hospital psiquiátrico se dá devido ao incômodo que ele causa ao contestar a ordem. Nesse sentido, podemos observar a figura da histérica que, ao fornecer seu sintoma ao médico, questiona o seu poder (Ferreira, 2006). Ela denuncia que o médico só se constitui como tal na medida em que ela mostra a ele qual é o seu sintoma. Ao fazer essa denúncia e ao não revelar totalmente aquilo que se passa com ela, a histérica resiste ao livre progresso do poder psiquiátrico (Foucault, 2006).

Os representantes da antipsiquiatria veem a apresentação clínica como um instrumento de abuso de poder. Reconhecem-na de tal forma que a escolhem como paradigma para demonstrar o ápice do poder psiquiátrico. Para isso, usam a figura de Charcot que havia ficado conhecido por suas célebres apresentações. Nota-se que a antipsiquiatria surge por volta de 1960 e Charcot faz suas apresentações mais famosas em 1885-1887. Charcot é, assim, bem anterior a ela. A antipsiquiatria, ao marcar o abuso e a objetificação que ocorrem nessa prática, contribuirá para que se pense na apresentação clínica como um dispositivo unicamente didático – ideia que ainda hoje habita o imaginário daqueles que a utilizam e daqueles que a condenam (Ferreira, 2007).

O segundo movimento que surge é o psiquiátrico-institucional. Esse toma a figura do louco como mestre de uma verdade que revela o absurdo de uma sociedade em impasse. Assim, a loucura é vista como puro efeito social. A apresentação clínica perde sua função, pois, ao privilegiar a separação dos sujeitos, “instala o doente em um quadro preservado, encarregado de promover a contestação dos avanços da sociedade técnica” (Leguil, 1993, p. 96). O que se

busca não é mais identificar a loucura na verdade isolada do sujeito, mas possibilidades de encontrar novas vias de comunicação (Ferreira, 2006).

O terceiro movimento entende a figura do louco como mestre da verdade de uma desordem da razão. É preciso corrigi-la, biologicamente, por intermédio da psicofarmacologia (Leguil, 1993). Instaura-se, assim, uma ‘clínica da medicação’ (Ferreira, 2007). Por intermédio dela, o psiquiatra imagina poder compreender os fenômenos da loucura (Foucault, 2006). Ao reconhecer na loucura uma doença que se passa pela fala, o médico se dirige ao doente com o objetivo de fazê-lo calar, pois a desordem não se encontra somente nos atos e no movimento, mas também no que se diz e se permite pensar (Leguil, 1993).

Babinski, considerado o sucessor de Charcot, rebela-se contra o mestre clássico e rechaça o procedimento da apresentação de pacientes, introduzindo outra interrogação à psiquiatria clássica. Ele propõe reduzir a verdade da doença à sua realidade estrita. O rigor é mantido, incidindo na redução da doença estritamente a seu mínimo: encontrando signos necessários e suficientes para que seja possível diagnosticar e intervir para fazer desaparecer o sintoma (Ferreira, 2006).

Surge uma psiquiatria biologicista que vai suplantará a psiquiatria clássica (Ferreira, 2013). Essa considera que são necessários poucos parâmetros para atender a uma necessidade que, em última instância, visa à medicação (Ferreira, 2013). São estabelecidas categorias diagnósticas rígidas que tem como objetivo ampliar o alcance do diagnóstico (Ferreira, 2002) Para isso, fazem uso de uma lógica classificatória que visa à universalização. Essa se encontra representada pelos manuais de classificação como DSM e CID (Martins, 2009). Tais manuais atuam por intermédio de um modelo operacional que tem como base uma ‘resposta padrão’ que busca preencher a ausência de signos e exames na psiquiatria (Ferreira, 2007).

Essa lógica classificatória, orientada por um saber pré-existente do doente, não se interessa por aquilo que o paciente pode apresentar de particular. A psiquiatria não demonstra mais interesse pela história de vida do paciente, pelos detalhes do caso nem pela precisão do diagnóstico. Com isso, parece abrir mão da própria clínica, pois compreende o doente como aquele que é preciso fazer calar. Isso se dá, pois há uma tentativa de aprender o real. Aquilo que escapa do modelo da universalização, da quantificação, é visto como perturbador (Ferreira, 2013). É no contexto disso que se escapa, daquilo que não se cala que *Skrik* (Munch, 1893) foi escolhido para abrir esse tópico (Figura 27).

O diagnóstico passa, assim, a ser uma ordinária convenção de cunho pragmático (Ferreira, 2002). As rígidas categorias diagnósticas atuam como amarras de contenção, tanto para a fala daqueles que são ditos como doentes quanto para aqueles que são ditos clínicos

(Martins, 2009). Tais amarras não buscam exprimir ou descrever a essência do sofrimento humano. Tampouco buscam especular sobre suas possíveis causas (Ferreira, 2002). Sem mais se debruçar sobre os fenômenos do *tique*, o psiquiatra passa a encontrar a resposta de suas perguntas em protocolos estabelecidos (Ferreira, 2013).

Para essa clínica emergente é supérfluo diferenciar uma ideia delirante de uma deliróide, uma alucinação verdadeira e uma pseudo-alucinação, pois os medicamentos antipsicóticos atuam sobre essas da mesma forma (Ferreira, 2002). Esse empobrecimento clínico contribui para que a apresentação de pacientes seja reduzida a um dispositivo essencialmente de ensino – um ensino universitário, pois o desinteresse pela clínica, pela precisão diagnóstica e pela particularidade do caso impede considerá-lo como instrumento de ensino da clínica (Ferreira, 2013).

Por não ser uma prática homogênea, a apresentação clínica opera como um dispositivo de aplicação prática de uma determinada teoria, seguindo os preceitos éticos e ideológicos daquele que a utiliza (Ferreira, 2007). Se esta é a psiquiatria biologicista, então a apresentação, marcada pela crítica de seus opositores e pelo empobrecimento do saber psiquiátrico, está ameaçada de cair no esquecimento. Isso se dá na medida em que ela é reduzida a uma demonstração de quadros e sintomas (Ferreira, 2013). Assim, resta somente o instrumento pelo qual o poder psiquiátrico exerce seu poder. Esse e outros instrumentos – tal como o interrogatório, a hipnose e a droga – serão apenas elementos, marcas com as quais o poder psiquiátrico ainda hoje consegue ser encontrado dentro do hospital psiquiátrico e de outros espaços (Foucault, 2006).

3 CONSIDERAÇÕES

Na apresentação de pacientes da psiquiatria clássica, o paciente é tomado como um objeto que é explorado em busca da origem orgânica da loucura. Essa prática demonstra-se extremamente favorável ao ensino e à clínica. No entanto, algumas questões ficam em aberto: Ela foi favorável para o paciente? Quais foram os seus efeitos para ele? Nenhum psiquiatra clássico disse nada sobre isso. E isso é evidente pelos relatos de Cox, Pinel, Falret, Georget, Charcot e Clérambault apresentados no decorrer deste trabalho.

Os psiquiatras clássicos despiram o paciente de suas subjetividades, sem se importarem com o sofrimento do paciente. Pinel libertou o doente das correntes; Charcot, a histérica da simulação; Clérambault, o paciente de repetir incansavelmente a crise. Todos de alguma forma libertaram o paciente, mas nem por isso ele foi verdadeiramente libertado. A quantidade de pacientes encaminhados pela Enfermaria Especial em 1897 aponta isso. O paciente seguiu aprisionado, enclausurado, segregado. *Nadja* (Breton, 1928/2007) serve para criticar o quanto a liberdade de um sujeito pode ser efêmera.

Posto isso, será que o fato de a loucura mudar de forma tantas vezes não seria um dos efeitos da apresentação? Será que essas mudanças não são a tentativa do paciente libertar-se? Afinal, é assim que a histérica escorrega das mãos do mestre neurologista. Há como libertar o paciente sem oportunizar uma escuta? Sem possibilitar que o sujeito surja?

Por mais que o paciente responda aquilo que o médico quer, ele não pode confessar aquilo que nem ele mesmo sabe. Afinal, como Freud (1917/1977, p. 178) diz o sujeito “não é o senhor da sua própria casa”. No exemplo dado sobre o magnetismo nessa monografia, o médico depara-se com isso, mas ele, inocentemente, considera ter sido enganado de forma proposital pela paciente. A apresentação psiquiátrica não parece produzir efeitos benéficos para o paciente. Lacan (1955-1956/1988) corrobora com isso ao afirmar que, após algum tempo, esse exercício tornar-se insuportável para o paciente.

Talvez efeitos da apresentação de paciente tenham ocorrido para aqueles que estavam no papel de público. Um exemplo é Freud que, após ter tido contato com Charcot, desenvolve a psicanálise (Martins e Poli, 2010). Lacan (1998a) afirma que o encontro com Clérambault possibilitou a ele uma mudança de rumo que o aproximou da psicanálise.

Será que, para esses psicanalistas, a apresentação não teve como efeito a necessidade de escutar o sujeito? De tirar o sujeito da posição de objeto, rompendo com a clínica do olhar?

Alguns autores apontam que Charcot, limitado pelo seu saber médico, não poderia ir além de onde foi sem romper, efetivamente, com esse saber. Em uma conversa com Freud,

Charcot diz que é evidente que há algo da subjetividade que era colocado em questão. Freud questiona porque o mestre nunca falou sobre isso. Na transição de um saber, Charcot não pode avançar mais do que avançou sem romper com seu saber. Saber esse que Freud rompe. A partir da psicanálise, o psicanalista escuta o paciente no “teatro privado” de seu consultório (Quinet, 2001). O olhar não impera mais.

Lacan, a partir do encontro com Clérambault, contribui para o desenvolvimento da clínica das psicoses.

Vertzman (1996) coloca que, para transformar o modo estigmatizado com o qual o paciente é visto, não basta apenas eliminar o seu problema. Assim, é preciso transformar a forma como ele é ensinado. Esse é o achado fundamental de Lacan. Pois, ao entrar no hospital psiquiátrico e fazer a apresentação psicanalítica de pacientes, modifica o dispositivo da psiquiatria. Submete-o à ética da psicanálise, de acordo com a qual todos – paciente, psicanalista e público – estão implicados.

Se a apresentação psicanalítica tem efeito, é porque ela é um dos tantos dispositivos criados para o tratamento do sujeito psicótico. O atendimento psicoterápico, as oficinas, a relação com a instituição e com demais oficinados, possibilita que se escute o paciente de outro lugar, permitindo que ele fale e seja escutado e construa ele próprio um saber sobre si.

Freud foi influenciado por Charcot; Lacan, por Clérambault. Diante disso, penso que outra questão que a apresentação de pacientes coloca é: o que fazemos com aquilo que nos é transmitido? Questão que perpassa a atualidade desta prática. Estamos livres de colocar o paciente como objeto apenas por possuímos uma posição psi? Penso que não. E nisso reside a importância desse trabalho, não só em remontar a origem de um importante dispositivo clínico, mas para, a partir dele, podermos refletir sobre os efeitos de nossas práticas.

REFERÊNCIAS

- ALLIGHIERI, Dante. **A Divina Comédia – Inferno**. São Paulo: Editora 34, 2010.
- ALLOUCH, Jean. – **Alô, Lacan? – É claro que não**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- ALLOUCH, Jean. A histeria em suma. *In: A clínica do Escrito*. Rio de Janeiro: Cia do Freud, 2007, p. 39-59.
- ÁLVAREZ, José María; ESTÉVEZ, Francisco. Último lamento de Clérambault. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 19, n. 71, p. 457-466, 1999. Disponível em: <http://222.revistaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15660/15519>. Acesso em 30 nov. 2020.
- ARNOUX, Danielle; CLÉRAMBAULT, Gaëtan Gatin De; ÁLVAREZ, José María. **O grito da seda** - Entre drapeados e costureirinhas: a história de um alienista muito louco. Belo Horizonte: Grupo Autêntica, 2012
- ARTAUD, Antonin. **Eu, Antonin Artaud**. Lisboa: Hiena Editora, 1988, p. 105-110.
- BAROTTE, René. Le docteur Logre, le nouveau directeur de l’Infirmierie Spéciale, nous parle du docteur de Clérambault son éminent prédécesseur. *In: Paris-soir*. 1934-12-09, p. 7. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k7638372p/f7.item.zoom>
- BERCHERIE, Paul. **Automatismo mental – Paranoia**. Buenos Aires: Polemos, 2009
- BERCHERIE, Paul. **Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989
- BRETON, André. **Nadja**. São Paulo: Cosac Naify, 2007. (Publicado originalmente em 1928).
- BRETON, André; ARAGON, Louis. Le Cinquantenaire de l’Hysterie. *In: BRETON, André. La Révolution Surréaliste*, Paris: Gallimard, 1924, p. 20-22.
- CABALLO, Vicente E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Editora Santos, 2007.
- CHARCOT, Jean-Martin. A grande histeria ou hístico-epilepsia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 3, p. 166-172, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n3/1415-4714-rlpf-2-3-0166.pdf> Acesso em: 16 de out. 2020. (Publicado originalmente em 1887-1888).
- CLÉRAMBAULT, Gaëtan Gatin De. Automatismo mental e cisão do Eu (apresentação de pacientes). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1, p. 158-168, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n1/1415-4714-rlpf-2-1-0158.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020. (Publicado originalmente em 1920).

- CLÉRAMBAULT, Gaëtan Gatian De. Definição de automatismo mental. *In: HARARI, Angelina. Clínica Lacaniana da Psicose*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p. 67-70. (Publicado originalmente em 1924).
- CLÉRAMBAULT, Gaëtan Gatian De. Os delírios passionais: erotomania, reivindicação, ciúmes. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1, p. 146-155, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n1/1415-4714-rlpf-2-1-0146.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020. (Publicado originalmente em 1921).
- CLÉRAMBAULT, Gaëtan Gatian De. Primeira concepção de um automatismo mental gerador de delírio: “Um caso de psicose alucinatória”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1, p. 156-157, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n1/1415-4714-rlpf-2-1-0156.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020. (Publicado originalmente em 1909).
- DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.
- FERREIRA, Ademir Pacelli. O ensino da psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo v. 5, n. 4, p. 11-29, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142002000400011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2020.
- FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos. **A apresentação de pacientes: (Re)descobrimo a dimensão clínica**. 2006. 169f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos. **A apresentação de pacientes: Dispositivo e discursos**. 2013. 139f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos. Apresentação de pacientes: (re)descobrimo a dimensão clínica. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 295-310, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982007000200010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2020.
- FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos; SANTIAGO, Jesús. Apresentação de pacientes: Clérambault, mestre de Lacan. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 2, p. 204-217, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000200204&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 out. 2020.
- FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos; SANTIAGO, Jesus. As apresentações de paciente sob a lógica dos discursos. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 111-122, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982019000100111&script=sci_arttext. Acesso em: 29 set. 2020.

- FOUCAULT, Michel. A lição dos hospitais. *In: O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977, p. 71-98.
- FOUCAULT, Michel. **As verdades e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: NAU, 2002.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FREUD, Sigmund. Charcot. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 3, 1977. (Publicado originalmente em 1893).
- FREUD, Sigmund. Prefácio e notas de rodapé à tradução de *Leçons du Mardi*, de Charcot. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 1, 1977. (Publicado originalmente em 1892-1894).
- FREUD, Sigmund. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 1, 1977. (Publicado originalmente em 1886).
- FREUD, Sigmund. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 17, 1977. (Publicado originalmente em 1917).
- GIRARD, Martine. Gaëtan Gatian de Clérambault: fragmentos escogidos para un recorrido histórico. *In: GIRARD, Martine et al. Clérambault maestro de Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000, p. 10-62.
- GONÇALVES, Tatiana Fecchio da Cunha. **A representação do louco e da loucura nas imagens de quatro fotógrafos brasileiros do Sec. XX**: Alice Brill, Leonid Streliaev, Cláudio Edinger, Cláudia Martins. 2010. 319f. Dissertação (Doutorado em Artes) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.
- GOUEMAND, Maurice M. Os loucos como espetáculo. *In: Psicose: aberturas da clínica* Libretos: Porto Alegre. 2007.
- HAHARI, Angelina. Entrevista psiquiátrica versus apresentação de pacientes. *In: Clínica laciana da psicose: de Clérambault à inconsistência do Outro*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006, p. 35-50.
- JOHNSTON, Emily Kate. **As mil noites**. Rio de Janeiro: Intrínseca. 2015
- LACAN, Jacques. A linha e a luz. *In: O Seminário, Livro 11*. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 93-105. (Publicado originalmente em 1964).

- LACAN, Jacques. **De las psicosis paranoica en sus relaciones com la personalidad**. México: Siglo Veintiuno, 1979.
- LACAN, Jacques. De nossos antecedentes. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a, p. 69-76.
- LACAN, Jacques. Formulações sobre a causalidade psíquica. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b, p. 152-194.
- LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 3**. As psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. (Publicado originalmente em 1955-1956).
- LE FIGARO. Les Fous Donnés en Spectacle. *In: Le Fígaro*, 1873-04-01, p. 3. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k274823g/f3.item.zoom>
- LEGUIL, François. Sobre as apresentações clínicas de Jacques Lacan. *In: Lacan, você conhece?*. Cultura Editores Associados: São Paulo, 1993.
- LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Machado de Assis e a psiquiatria: um capítulo das relações entre arte e clínica no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 641-654, 2009.
- MACGREGOR, John Monroe. **The discovery of the art of the insane**. New Jersey: Princeton University Press, 1989.
- MANNONI, Maud. **O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- MANNONI, Maud. **Um saber que não se sabe**: a experiência analítica. Campinas: Papirus, 1989.
- MARTINS, Cristiane Juguero. **Apresentação de pacientes**: A clínica entre o espetáculo das imagens e o trânsito das palavras. 2009. 82f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- MARTINS, Cristiane Juguero; POLI, Maria Cristina. Freud apresenta o homem dos ratos: imagens sob o prisma psicanalítico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 309-322, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922010000800007&script=sci_arttext. Acesso em: 16 out. 2020.
- MAUPASSANT, Guy de. **Contos fantásticos**: Horla e outras histórias. Porto Alegre: L&PM, 2002.
- MAUREL, Henri. El texto de de Clérambault: una lengua, una grafia, um estilo. GIRARD, Martine et al. **Clérambault maestro de Lacan**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000, p. 63-88.
- PEREIRA, Marcos Eduardo Costa. O “automatismo mental” e a “erotomania”, segundo Clérambault. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1,

p. 141-145, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n1/1415-4714-rlpf-2-1-0141.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PORGE, Érik. A apresentação de paciente: uma clínica da apresentação. *In: Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje*. Campinas: Editora da Unicamp. 2009, p.223-236.

QUINET, Antônio. A apresentação de pacientes de Charcot a Lacan. *In: Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 83-90.

ROUDINESCO, Elizabeth. **História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos**. Volume 1: 1885-1939. Rio de Janeiro: Zahar, 1989a.

ROUDINESCO, Elizabeth. **História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos**. Volume 2: 1925-1985. Rio de Janeiro: Zahar, 1989b.

ROUDINESCO, Elizabeth. Mestres em Psiquiatria. *In: Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994, p. 37-43

SANTOS, Camila Backes dos; MENEGOTTO, Lisiane Machado de Oliveira. A razão/desrazão no alienista: um ensaio em literatura e psicanálise. **Diaphora**, v. 9, n. 1, p. 77-83, 2020.

TISSERON, Serge. Actualidad de de Clérambault: de la sensación a la imagen y a la palabra. GIRARD, Martine et al. **Clérambault maestro de Lacan**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000, p. 113-125

VERAS, Marcelo Frederico Augusto dos Santos. **A Loucura Entre Nós: Teoria Lacaniana das Psicoses e a Saúde Mental**. 2009. 291 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VERZTMAN, Júlio Sérgio. Será possível transformar a prática do ensino prático? *In: FIGUEIREDO, Ana Cristina Figueiredo; SILVA FILHO, João Ferreira da* (1996). **Ética e saúde mental**. Topbooks: Rio de Janeiro

ANEXOS

Anexo A: O poema de Antonin Artaud

Eu, Antonin Artaud

Quem sou eu?
 De onde venho?
 Sou Antonin Artaud
 e basta que eu o diga
 Como só eu o sei dizer
 e imediatamente
 hão de ver meu corpo atual,
 voar em pedaços
 e se juntar
 sob dez mil aspectos
 diversos.
 Um novo corpo
 no qual nunca mais
 poderão esquecer.

Eu, Antonin Artaud,
 sou meu filho,
 meu pai,
 minha mãe,
 e eu mesmo.
 Eu represento Antonin Artaud!

Estou sempre morto.

Mas um vivo morto,
 Um morto vivo.
 Sou um morto
 Sempre vivo.
 A tragédia em cena já não me basta.
 Quero transportá-la para minha vida.

Eu represento totalmente a minha vida.

Onde as pessoas procuram criar obras
 de arte, eu pretendo mostrar o meu espírito.
 Não concebo uma obra de arte
 dissociada da vida.

Eu, o senhor Antonin Artaud,
 nascido em Marseille
 no dia 4 de setembro de 1896,
 eu sou Satã e eu sou Deus,
 e pouco me importa a Virgem Maria.

ARTAUD, Antonin. **Eu, Antonin Artaud**. Lisboa: Hiena Editora, 1988, p. 105-110.

Anexo B: A reportagem de *Le Monde illustré*

Um baile na Salpêtrière

Todos os anos, no dia de *Mi-Carême*, uma festa de dança e à fantasia é oferecida aos moradores da Salpêtrière, e algumas pessoas são convidadas para esse fantástico espetáculo.

É esse baile bizarro que nosso desenho representa. Eles estão todos atingidos por uma maldade terrível, essas infortunas criaturas parecem se divertir. No baile deste ano, eles eram quase trezentos fantasiados, uns de cavaleiros de todas as épocas e de todos os países, outros de “Loucura” (Ó ironia!), Espanhóis, Suíços, etc.

As danças eram precedidas de um desfile formado por pares de casais sortidos que todos faziam com muita compostura.

O espetáculo é, claro, muito interessante, mas ao mesmo tempo muito doloroso, porque, se todas essas pobres mulheres, aproveitando uma curta trégua, parecem esquecer seu mal, esse está à espreita e, de um instante a outro, as colocará na cama, contorcidas em crises terríveis que as tornará iguais à bestas furiosas.

Figura 28: Um baile na Salpêtrière



Fonte: LE MONDE ILLUSTRÉ. Un bal à la Salpêtrière. In: **Le Monde illustré**, 1890-09-22, p. 3. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k62288934/f3.item.texteImage.zoom>

Anexo C: A poesia dos laudos de Clérambault

Aliteraões, retórica

Para Valéry, contemporâneo de Clérambault, a poesia é “hesitação entre o som e o sentido”. A aliteração é um dos instrumentos concretos dessa hesitação. Graças a conjugação eufônica de sonoridades repetitivas, permite sacrificar, se necessário, inclusive a inteligibilidade. Jakobson estima que a aliteração, caso particular de "superposição da similaridade sobre a contiguidade", confere a poesia “sua essência inteiramente simbólica, complexa, polissêmica”.

Se considerarmos que a aliteração é de certo modo um eco, como podemos ser surpreendidos ao ouvir ressoar tantas vezes no texto que estamos examinando? Este eco não é "neutro". Esfregando consoantes ou repetindo sílabas, ele se direciona para o registro *tátil* do ouvido. Em nada pode surpreender que Clérambault, entusiasta da poesia, tenha se servido desta figura retórica até convertê-la em uma constante de seu estilo.

Temos registros de muitos exemplos a este respeito: “*pullulent à la lumière*” [enxame na luz]; “*fouillis et grouillement*” [desordem e enxame]; “*inflation d l’influx*” [inflação do influxo]; “*comme les seconds, suivi de souvenir*” [como os segundos, seguindo de memória]; “*majoration péjorative*” [majoritariamente pejorativo]; “*embryon de branche*” [embrião de ramo]; “*électrisation életive*” [eletrificação eletiva]; “*contacts clitoridiens et cutanés*” [contatos clitorianos e cutâneo]; “*retentissement de contacts*” [repercussão de contatos]; “*appétition impérieuse*” [apetência imperiosa]; “*affinités infinitésimales simultanées*” [afinidades infinitesimais simultâneas]; “*latence et subtilité des atteintes*” [latência e sutileza das afecções]; “*le délirant sera, suivant les cas, impétrant ou protestataire*” [o delirante será, segundo os casos, impetrante ou protestante]; “*agrégats affectifs abolis (amours anciennes)*” [agregados afetivos abolidos (amores antigos)]; “*le delirant interprétatif erre dans le mystère, inquiet, étonné et passif... il ne délire que dans le domaine de son désir*” [o delírio interpretativo deambula no mistério, inquieto, espantado e passivo ... ele delira apenas no domínio do seu desejo]; “*ils défilent à distance, limitant leur mimique au geste convenu; impersonnels, schématiques, semblables entre eux, vus pour ainsi dire de profil comme dans une longue frise monotone faite de la seule répétition d’une même figure*” [desfilam à distância, limitando sua mímica ao gesto combinado; impessoais, esquemáticos, semelhantes entre si, vistos por assim dizer então de perfil como em um longo friso monótono feito da única repetição da mesma figura].

Notemos os jogos sonoros e os ecos em espelho da sílaba ri/ir: *o-ri-gine, ir-ritation, dé-ri-vation, ir-radiation*. “*Leur origine est une irritation locale, leur extension est le résultat d’une dérivation irradiante*”. [Sua origem é uma irritação local, sua extensão é o resultado de uma derivação irradiante]: IR- | -RI.. || ..RI- | IR. Mais adiante, “*l’irritation supposée irradie*”... [a irritação suposta irradia]; “*des dérivations irradiées aboutissent à des constructions automatiques*” [derivações irradiadas desembocam em construções automáticas]. Outra modalidade de **aliteração em espelho**: “*teneur neutre*” [tenor neutro].

Sem intenção de classificar as aliterações, discernimos a especificidade relativa do *cri* [grito] **acumulativo**, em c e em r, as vezes o silvo das designações passionais:

les quérulants, les récriminateurs et vindicatifs de tout genre, et d’autres cas encore que créent les circonstances [querulantes, recriminadores e vingadores de todos os gêneros, e outros casos mais que criados pelas circunstâncias], *met en jeu les sentiments sociaux du sujet... l’animosité se dépensera en réclamations dispersées et agressions épisodiques, mais non, sauf exception, en quérulance suivie* [põe em jogo os sentimentos sociais do sujeito... a animosidade se desenrola em reclamações dispersas e agressões episódicas, mas não, salvo exceção, em querelância sustentada].

[...] Não podemos abordar aqui um estudo retórico preciso. O estilo de Clérambault da fé de um conhecimento de tal magnitude e de um manejo tão afortunado desta disciplina que, ao ler certas passagens sobre as psicoses passionais, bem pode ocorrer que saboreamos uma condensação estranha de Boseut e Chateaubriand.

Entre os procedimentos a que recorre Clérambault com frequência, indicaremos os grupos ternários de nomes, predicados, verbos. Essas estruturas triádicas outorgam à frase um equilíbrio sonoro a que o pensamento deve se conformar para não correr perigo de inflação ou abuso. Com frequência, em nosso autor, a busca do terceiro término facilita os descobrimentos e completa refinadamente a expressão; de modo que a aliteração e a estruturação ternária não só “inspiram” Clérambault na beleza de seu estilo, mas ainda por cima, graças a certa dificuldade do trabalho de escrita, o ajudam a conceber. Damos alguns exemplos, começando pelas tríadas de adjetivos:

[causas] “profundas, constantes e indefinidamente crescentes”; [imagens] “planas, aéreas e transparentes”; “lógica nova, estranha, irrefutável”; [postulado] “primário, fundamental, gerador”; casos “raros, complexos e ambíguos”; “espontâneos, autônomos e parasitários”; [casos autônomos] “mais puros, mais veementes e mais duráveis”; “temáticas, afetivas e objetivadas”, etcetera.

Tríadas nominais:

“geometria, suavidade, arranhão”; “redes, inscrições e decorações”; “raciocínios, quimeras, atos”; “seleção, amplificação, deformação”; (dominantes da Segunda Personalidade): Animalidade, vaidade, hostilidade; “despertar de noções esquecidas, reunião barroca de conceitos, despertar de conglomerados afetivos abolidos”; “atitudes, talentos, vícios”; “Orgulho, Desejo e Esperança”; “o arbitrário, o neoformado, o específico”; “de fios curtos, de redes, de remendos inteiramente costurados”

Verbos:

“se multiplicam, se amplificam, se intensificam”; “um... vivifica e... engendra”; “não os interrogar, mas manobra-los, e, para isso, sacudi-los”; “engloba, exalta e se anexa”; desperta, mobiliza, utiliza”.

Os advérbios também se agrupam em três:

“subsidiariamente, secundariamente, fragmentariamente”

Mais eficaz que a retórica, a poesia inspira secretamente a escrita da obra. Necessariamente secreto, já que os melhores mestres proíbem qualquer conluio formal da poesia e da prosa. Sabemos pelos biógrafos que Clérambault havia feito versos em sua juventude. No momento de redigir escritos médicos, evita a rima; porém sua caneta não esquece os ritmos poéticos.

Poesia implícita

Algumas das frases de Clérambault poderiam ser declamadas como versos clássicos. Como nos períodos de Bossuet, é fácil descobrir no texto de Clérambault versos alexandrinos escondidos, octossílabos furtivos, hemistíquios aparentemente tão inesperada e neutra como o automatismo mental. Eles não habitam menos o ritmo da frase e a escandem com uma pulsação implícita que vivifica para além de seu significado.

Recordamos que esta “prosa cadenciada” a que Molière deu o seu nome em *El enfermo imaginário*, é definida por Cleanto disfarçada nos seguintes termos: “Não escutareis cantar se não prosa cadenciada, ou maneiras de versos livres, tais como a paixão ou a necessidade podem encontrar duas pessoas que dizem as coisas por si mesmas e falam no ato”. Autorizados por este tempo clássico, vamos a descrição das psicoses passionais:

“*Notre Sujet étant au stade du Dépit*” (12 sílabas)

“*croît haïr, mais l’espoir inconsciemment subsiste*” (12)

[Estando nosso Sujeito no estágio do Desdém/crê odiar, mas a esperança inconscientemente subsiste]

...
*“C’est selon nous, une grave imprudence (12)
 de libérer, avant plusieurs années d’Asile (12)
 un passionnel; et, dans les cas les moins aigus, (12)
 et il est encore nécessaire...” (8)*

[É, a nosso ver, uma grave imprudência/libertar, antes de vários anos de Asilo/um passional; e, nos casos menos agudos/também é necessário...]

Em outro lugar, estrofe de dez octossílabos:

*[crédulité] “que l’on doit savoir exploiter (8)
 dans leurs acquiescements tacites (8)
 dans leur animation subite (8)
 à telle ou telle évocation, (8)
 enfin dans les effets mimiques, (8)
 toujours empreints d’hypertonus” (8)*

[credulidade] “que se deve saber explorar/em suas aquiescências tácitas/em sua animação súbita/antes desta ou daquela evocação,/por fim nos efeitos mímicos,/sempre marcado pela hipertonia”]

Os “fenômenos parciais” do automatismo mental estão representados por ritmos curtos, primeiro de cinco sílabas, que vão se amplificando até chegar no alexandrino final:

*“les mots explosifs, (5)
 les mots déformés, (5)
 les mots biscornus, (5)
 les kyrielles de mots, (7)
 les jeux syllabiques variés (8)
 et les intonations bizarres. (8)
 ces jeux syllabiques ou verbaux (8)
 ont constamment deux caractères, (8)
 le goût du saugrenu et le sens harmonique (12)*

[as palavras explosivas,/as palavras deformadas,/as palavras extravagantes,/a sequência de palavras,/os jogos silábicos variados/e as entonações caprichosas./Estes jogos silábicos ou verbais/tem constantemente duas características,/o gosto do peculiar e o sentido harmônico]

...
 [a ideiação mecanicamente elaborada no subconsciente]
*“ne se relevant à la conscience (9)
 que par ses résultats ultimes, (8)
 agencés et organisés, (8)
 souvent imprévus em nature (8)
 et importuns em qualité” (8)*

[não se revela à consciência/se não por seus resultados últimos,/arranjados e organizados,/frequentemente de imprevista natureza/e importunos em qualidade]

(a emoção faz ferverilhar as alucinações:)
*“Elle favorise surtout (8)
 les plus frustes d’entre elles: (8)
 non-sens, vulgarités variées (8)
 phrases thématiques sommaires, (8)
 conseils impulsifs, impulsions. (8)
 Parfois une émotion heureuse (8)
 Supprime pour un temps les hallucinations” (12)*

[Ela favorece sobretudo/o mais difuso deles:/sem sentidos, vulgaridades variadas/frases temáticas sumárias./conselhos impulsivos, impulsos./Às vezes uma emoção feliz/Suprime por um tempo as alucinações]

Cada uma dessas estrofes poderia ser facilmente decorada: sua cadência dispõe também de uma função mnemotécnica.

Concluiremos lembrando uma bela máxima clínica, cujo poder formal talvez se deva ao fato de ser divisível em quatro versos cujo "pé métrico" corresponderia ao "*péon IV*" dos Antigos (3 curtos + 1 longo):

*“Certains silences
ont comme un timbre
que l’aliéniste
doit reconnaître”*

[Certos silêncios/tem como um timbre/que o alienista/deve reconhecer]

Além de sua forma, o conteúdo desta mensagem nos ensina que qualquer tentativa de se aproximar do alienista Clérambault por sua linguagem, sua grafia e seu estilo, será insuficiente. Descrever a entonação de sua palavra não nos faz ouvir o timbre dos silêncios.

Fonte: MAUREL, Henri. El texto de de Clérambault: una lengua, una grafia, um estilo. GIRARD, Martine et al. **Clérambault maestro de Lacan**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000, p. 78-88.

Anexo D: A crítica dos surrealistas aos alienistas

O cinquentenário aniversário da histeria (1878-192)

Nós surrealistas gostaríamos de comemorar aqui o cinquentenário da histeria, a maior descoberta poética do final do século XIX, e isso ao mesmo tempo que o desmembramento do conceito de histeria que parece ser consumido. Nós que nada amamos esses jovens histéricos, de quem o tipo perfeito que nos é fornecido pela observação relativa da deliciosa X. L. (Augustine) que entrou no serviço de Charcot na Salpêtrière, em 21 de outubro de 1875, com a idade de 15 anos e meio, como seríamos afetados pela laboriosa refutação dos problemas orgânicos, o julgamento nunca estará nos olhos dos médicos da histeria? Que pena! Babinski, o homem mais inteligente que foi atacado por esse questionamento, ousa publicar em 1913: “Quando uma emoção é sincera, profunda, agita a alma humana, não há mais espaço para a histeria”. E veda novamente aquilo que nós buscamos aprender melhor. Freud, que tanto deve a Charcot, lembra-se da hora em que, no testemunho dos sobreviventes... os internos da Salpêtrière confundem o seu dever profissional com o gosto de amar onde, na caída da noite, juntam-se com os pacientes do lado de fora ou os recebem em suas camas? Eles enumerariam pacientemente, em seguida, para as necessidades da causa médica que não os defende, as atitudes passionais são ditas patológicas por eles, e, mais uma vez, nós somos tão humanos, tão preciosos. Após cinquenta anos, a escola de Nancy está morta? Se ela ainda viver, o médico Luys terá esquecido? Mas onde estão as observações de Néri sobre os tremores da terra de Messina? Onde estão os rápidos soldados para Raymond Roussel da ciência, Clovis Vincent?

As várias definições de histeria que foram dadas até o dia de hoje, da histeria, divina na antiguidade, inferna na idade média, possuída de Loudun aos flagelantes prantos dos antigos (Viva Madame Chantelouve!), definições míticas, eróticas ou simplesmente líricas, definições sociais, definições de conhecimento, é muito fácil de contrastar essa “doença complexa e proteiforme chamada de histeria que escapa de qualquer definição” (Bernheim). Os espectadores do belo filme “A feiticeira através da idade” certamente se lembram de ter encontrado na tela ou dentro sala de aula, mais vívido que nos livros de Hipócrates, de Platão, onde o útero salta tal qual uma “pequena cabra, de Galeno que imobiliza a Cabra, de Fernel que o coloca em funcionamento no século XIV” e o sente sob sua mão que sobe até o estômago; eles viram crescer, crescer os chifres da cabra até ficar aqueles chifres do diabo. Ao seu ver, o diabo é deficiente. As hipóteses positivistas compartilham essa herança. A crise da histérica assume as despesas da própria histeria, com sua aura deslumbrante, seus quatro períodos cujo

o terceiro nos mantém iguais aos quadros vivos mais expressivos e mais puros, sua deliberação simples na vida normal. A histeria clássica de 1906 perde seus traços: “a histeria é um estado patológico que se manifesta por transtornos que são possíveis de serem reproduzidos por sugestão, em alguns certos sujeitos, com uma exatidão perfeita e que são suscetíveis de desaparecer sobre a influência da persuasão (contra sugestão) sozinha” (Babinski)

Não vemos nesta definição o momento do instante do tornar-se histeria. O movimento dialético que nasceu continua seu curso. Dez anos mais tarde, sob o disfarce deplorável do pitiatismo, a histeria tende a reassumir seus direitos. O médico está surpreendido, ele quer precisar do que não pertence a ele.

Portanto, propomos, em 1928, uma nova definição de histeria:

A histeria é um estado mental mais ou menos irreduzível caracterizada pela subversão das relações que são estabelecidas entre o sujeito e o mundo moral no qual ela acredita estar praticamente recuperada, para além de qualquer mecanismo delirante. Esse estado mental é fundado na necessidade de uma sedução recíproca, que explica os milagres altamente aceitos da sugestão (ou contra sugestão) médica. A histeria não é um fenômeno patológico e pode, em todos os aspectos, ser considerada em como um meio supremo de expressão.

BRETON, André; ARAGON, Louis. Le Cinquantenaire de l’Hysterie. *In*: BRETON, André.

La Révolution Surréaliste, Paris: Gallimard, 1924, p. 20-22. Disponível em:

<https://www.lettresvolees.fr/eluard/documents/Revolution-surrealiste11.pdf>.

Anexo E: A reportagem de *Le Fígaro*

Os loucos fazem um espetáculo

Assistimos, ontem, no Asilo Sainte-Anne, a cenas de uma tristeza repugnante: estamos falando das aulas da clínica das doenças mentais, curso inaugurado nesse estabelecimento, onde não se teme expor os loucos ao espetáculo de uma reunião de curiosos. Aqui está um resumo do ocorrido de ontem, professado pelo Dr. Dagonet; todos os detalhes são da mais rigorosa exatidão.

O Dr. Dagonet considerou a monomania como tema. Ele primeiro apresentou aos assistentes três alienados afetados por esse gênero de doença.

O primeiro, um alsaciano de cerca de cinquenta anos, deu apenas explicações confusas e defendia seu corpo:

– Vejamos, vejamos, meu amigo, perguntou o professor; diga-nos o que você está sentindo?

– Eu te digo todos os dias.

– Você tem que repetir para esses senhores.

– Eles não precisam saber, respondeu ele com voz sombria e com um movimento de impaciência bem marcante. Você teria feito melhor se me deixasse no meu canto!

Vamos para o número 2, um jovem de 27 anos que acredita ser perseguido por 40.000 inimigos. Ele conta numa grande conversa e de uma maneira forte todas as maldades que teve de suportar. Segundo ele, o próprio Timothée Trimm escreveu sobre ele em uma coluna no *Petit Journal*.

O nº 3 é afetado por uma monomania religiosa; ele está convencido de que um demônio está alojado em sua cabeça; é um homem de olhar profundo e melancólico, que possui uma grande barba. Ele entrou em Sainte-Anne em dezembro passado, após a morte de sua esposa.

– Não é o demônio que te incomoda, disse o professor, é a doença.

– Oh! Não, é o diabo.

– Que diabo?

– O grande, o mestre de todos, como diria o *líder do bom Deus*.

E vendo que ele disse algo estúpido, ele ri.

– O que o diabo diz para você?

– Ele me fala mal do bom Deus.

– Claro! (Risada geral)

Os guardas levam esses três loucos que, alguns momentos depois, são substituídos por três outros.

O primeiro, um homem chamado Chauffard, parece passar por grande sofrimento; ele treme como se estivesse com febre e mantém a cabeça constantemente inclinada para o peito. O professor só consegue extrair palavras incoerentes dele.

O segundo, chamado Bégué, é um ex-soldado confinado em Sainte-Anne desde 1º de março de 1872. Ele parece estúpido e responde os questionamentos que lhe são endereçados com monossílabos.

– Por que você está tão triste?

– Eu penso no imperador!

O professor se volta para o público:

– *Felizmente existem apenas os loucos...*

(Algumas risadas e palmas.)

O último é um jovem homem com a tez colorida, os olhos brilhantes, a testa descoberta e cabeça erguida. Seu nome é Boisseau. É impossível para o professor fazê-lo pronunciar uma única palavra. Ele, então, tenta fazê-lo mostrar a língua, batendo ligeiramente sobre os seus lábios:

– Vamos, vamos, diz ele, ponha a língua para fora rápido!

Mas o paciente se recusa com energia, e vemos lágrimas de vergonha escorrerem pelo seu rosto. Um movimento de pena se manifesta no auditório.

– Vamos! É bom!... Fala o professor buscando amenizar o incidente doloroso.

Eles são levados de volta para os seus quartos.

Essas aulas são *públicas* e acontecem todos os domingos às nove da manhã. Se o Sr. Jules Simon ignora, nós o advertimos.

Fonte: LE FIGARO. Les Fous Donnés en Spectacle. In: **Le Fígaro**, 1873-04-01, p. 3.
Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k274823g/f3.item.zoom>.

Anexo F: A reportagem de *Soir-Paris*

O doutor Logre, o novo diretor da Enfermaria Especial, nos fala do doutor de Clérambault, seu eminente antecessor

O doutor Logre sucede o falecido doutor de Clérambault na direção da Enfermaria Especial da Prefeitura de Polícia. Nenhuma escolha poderia ser melhor. Por muito tempo, o doutor Logre foi médico-chefe adjunto deste serviço e, além disso, foi um aluno eminente do grande Dupré, conhecido por suas obras científicas e literárias e considerado um dos mais eminentes mestres da Psiquiatria francesa.

O doutor Logre, rejeitando gentilmente as nossas felicitações, não encontrou palavras senão para homenagear a memória dos seus antecessores, removida de todo afeto, nas trágicas circunstâncias que conhecemos:

– Clérambault, disse ele, merece um lugar entre os maiores. Com a descoberta do automatismo mental, ele preencheu uma lacuna profunda. Depois de Dupré, Babinski, Séglas, ele mostrou o caminho para a jovem escola contemporânea. Ele previu a feliz união da medicina geral e nossa ciência psiquiátrica.

» Mas ninguém mais do que ele foi invejado e caluniado. Ele tinha o aspecto ríspido dos tímidos e, no entanto, ninguém, com seus pacientes, era mais paciente, mais humano. Quantas vezes o surpreendemos dando dinheiro, do próprio bolso, em segredo, àqueles que sabia serem os mais infelizes!

» Eu sei, ele foi injustamente acusado de complacência: é uma calúnia terrível! Muitas pessoas, veja, que ignoram perfeitamente a medicina mental são levadas a considerar os loucos da razão como pessoas normais.

» Uma consciência rara, continua o Doutor Logre, dirigiu a vida de Clérambault; vida perfeitamente normal e bela até o fim, até o trágico suicídio. »

O Dr. Logre, especificando para nós as circunstâncias da morte de seu eminente colega, disse novamente:

– Clérambault se suicidou. Um alienista que enlouquece, que assunto de drama misterioso! A história cresce, se repete ...

» Na realidade, Clérambault, que estava ficando cego, se matou como um soldado que sabe que está mortalmente ferido, morrendo no campo de batalha. Isso é um ato de loucura? Não podemos dizer isso, apesar de nossa ciência. Não sabemos se o suicídio de um homem normal é um ato de insanidade.

» O que todos sabemos é que este gesto trágico não diminui a grandeza do homem. Temos o direito de manchar a memória de Clérambault que se suicidou e que morreu ao lado do manequim que usava para fazer seus estudos artísticos?

» Quando eles empurram a calúnia tão longe, são os homens que merecem pena, disse para concluir, o doutor Logre. »

Fonte: BAROTTE, René. Le docteur Logre, le nouveau directeur de l'Infirmierie Spéciale, nous parle du docteur de Clérambault son éminent prédécesseur. In: **Paris-soir**. 1934-12-09, p. 7. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k7638372p/f7.item.zoom>.