

VI Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Sociedade – ESOCITE.COM / TECSOC

Grupo Temático: Estudos CTS, Práticas Psi e Modos de Produção de Subjetividades

Saber e política da psicanálise lacaniana nas instituições de formação de psicanalistas.

Maria Carolina de Araujo Antonio¹

Desde a sua invenção, a psicanálise conta com caráter extraoficial, não demandando qualquer regulação, sob a alegação de que tais procedimentos de controle se contrapõem ao seu campo de atuação: o inconsciente. Com isso, a profissão de psicanalista não é regulamentada juridicamente; o Estado não possui meios para intervir em sua atividade clínica e em seus critérios de formação profissional, e tampouco existe um conselho federativo que reúne os profissionais da área e estabelece critérios e regimentos². O próprio Freud (1992b) afirmou que, de um ponto de vista teórico, a psicanálise é um sistema de pensamento, e de um ponto de vista clínico, uma técnica única e específica de tratamento psíquico.

Por essa caracterização peculiar, Freud defendia a necessidade de institucionalização de contextos específicos de profissionalização, que dessem conta das particularidades da psicanálise como saber e prática terapêutica. Situando-a como disciplina à parte dos campos das ciências humanas ou médicas, determinou que seus princípios heurísticos e sua técnica clínica somente poderiam ser ensinados em instituições autônomas e independentes, fora do âmbito das universidades³. Deixou claros os parâmetros de autorregulamentação que as associações deveriam assumir, concebendo a formação de psicanalistas como decorrente de um processo chamado *tripé*

1 Doutora em Antropologia Social pela UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos, SP; professora adjunta da Universidade Norte do Paraná – UNOPAR. Email: carol_araujo13@hotmail.com

2 No Brasil, o psicanalista é considerado um profissional liberal, e seu ofício consta na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho (Portaria nº 397/TEM, de 9/10/2002, sob o nº 2515.50). Com isso, seu exercício não é proibido, mas também não é regulamentado.

*de formação: análise pessoal, supervisão*⁴, estudo teórico. Cada instituição se coloca como entidade autorizada a assegurar a legitimidade da teoria e da prática psicanalíticas nela produzidas e transmitidas, a definir quem pode ou não *se tornar analista* e a controlar a banalização e/ou deturpação de seus pressupostos terapêuticos. A descoberta da vocação profissional e a transmissão dos conhecimentos que orientam a técnica terapêutica devem ser simultâneas ao escrutínio de si, ou seja, à submissão do candidato à *análise*, de modo que construção da pessoa e a *formação* profissional tornam-se processos imbricados e indiscerníveis no interior da clínica e das instituições psicanalíticas.

Considerando esses parâmetros específicos, a partir de etnografia realizada em instituições de psicanálise lacaniana e da descrição e análise do processo de *formação* de psicanalistas, este presente trabalho apresenta parte de minha tese de doutorado que objetivou entender a relação entre produção de saber e construção da pessoa produzida na/pela teoria e prática da psicanálise lacaniana⁵. A pesquisa centrou-se mais nos lacanianos de Escola — como denomino os

3 A psicanálise se faz presente nos cursos de graduação em psicologia e medicina como disciplina constituinte do campo psicológico e psiquiátrico. Diante disso, as instituições psicanalíticas não consideram essa forma de ensino como *formação em psicanálise*. Apenas na França, na Universidade de Vincennes-Paris VIII, existe, desde 1968, um departamento de psicanálise voltado exclusivamente para o ensino da teoria e da prática psicanalíticas como uma graduação independente dos campos médico e psicológico.

4 Todas as palavras ou frases em itálico são categorias êmicas, enunciação de meus interlocutores de pesquisa e/ou produções bibliográficas recolhidas no trabalho etnográfico.

5 A etnografia foi realizada em dez meses de trabalho de campo — com permanência descontínua entre 2011 e 2013 —, dos quais passei sete na cidade de São Paulo e três em Buenos Aires, na Argentina. A instituição escolhida para a centralização da pesquisa foi a seção São Paulo da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-SP). Iniciei a pesquisa em fevereiro de 2011, quando fui morar em São Paulo para a realização de seis meses de trabalho de campo nessa instituição. Em março de 2012 dei início à parte complementar de minha etnografia: três meses de trabalho de campo em Buenos Aires, com observação participante na *Escuela de la Orientacion Lacaniana* (EOL) e no Instituto do Campo Freudiano (ICF) a ela vinculado, e o convívio com seus alunos e *membros*; também participei do VIII Congresso Mundial da AMP, realizado em abril daquele ano, que reuniu *membros* de todas as *Escolas* filiadas à AMP, além de contar com as conferências de Judith e Jacques-Alain Miller.

psicanalistas filiados ao modelo institucional ligado à Associação Mundial de Psicanálise⁶. As instituições lacanianas do tipo Escola me pareceram um contexto etnográfico privilegiado para a observação dos modos de construção dos referenciais teórico-metodológicos que orientam os psicanalistas lacanianos nas suas atribuições terapêuticas e a consequente normatização da subjetividade exigida de seus candidatos.

A proposta aqui é apresentar a relação estabelecida pelos interlocutores da pesquisa entre a construção do saber psicanalítico e a *política da psicanálise*. A problematização está no fato de que, se por um lado, a noção de política articulada pelos interlocutores da pesquisa apareceu como ações em defesa da especificidade do saber e da prática psicanalítica, ou seja, de seus pressupostos teóricos e *expertise*⁷ clínica que não só a diferenciam como a opõem à clínica médica fisicalista, por outro, a própria construção e transmissão institucional do conhecimento psicanalítico operacionalizadas pelos psicanalistas articulam dispositivos que reiteram este modelo de racionalidade e seus princípios hegemônicos.

A linha psicanalítica aqui descrita refere-se à criada pelo psiquiatra e psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981), cuja releitura da obra freudiana apresenta uma série de particularidades que, por si só, delimitaram meu objeto de pesquisa. Lacan inseriu elementos da filosofia hegeliana, da antropologia estrutural levi-straussiana e da linguística saussureana à teoria e à prática psicanalíticas. Aproximou-se do estruturalismo ao abrir mão da concepção de um sujeito da consciência como centro de toda experiência: em sua perspectiva, o sujeito é

⁶ Com a morte de Lacan, em setembro de 1981, os direitos autorais sobre toda a sua obra e a direção de sua instituição foram legados a seu genro, Jacques-Alain Miller, casado com sua filha Judith. Em sua administração, Miller assumiu postura controversa na *orientação lacaniana* ao colocar-se como líder do “*movimento de reconquista do Campo Freudiano iniciado por Lacan*”. Em 1992, fundou a Association Mondiale de Psychanalyse (AMP), de caráter internacional, que cria e associa várias *Escolas* lacanianas em diferentes países, dentre os quais a Argentina (EOL) e o Brasil (EBP). Termos como *Campo Freudiano* e *orientação lacaniana* foram apropriados por Miller e utilizados como signos de seu ensino da obra lacaniana, servindo de identificação de diferentes contextos institucionais do tipo *Escola* em diversos países. Em 1998, uma *cisão* na AMP, em razão de conflitos decorrentes da centralização de poder nas mãos de Miller, resultou na saída de vários de seus *membros*, que acabaram fundando outras associações lacanianas, ou que preferiram permanecer “*independentes*”, com uma visão crítica às associações psicanalíticas.

⁷ Rose (2011, p.24) define *expertise* como uma autoridade baseada na reivindicação da posse de um conhecimento verdadeiro e de uma técnica eficaz, capaz de “gerar grupos de pessoas treinadas e credenciadas reivindicando competência especial na administração de pessoas e relações interpessoais, e um corpo de técnicas e procedimentos reivindicando tornar possível a gerência racional e humana”.

determinado por uma estrutura transindividual, o inconsciente, *locus* da sua verdade, e constituído inteiramente pela linguagem que o estrutura como tal.

Ao longo da década de 1960, Lacan somou grande número de adeptos à *formação* em psicanálise, os quais foram atraídos pelas suas propostas “subversivas”, como as críticas que dirigia a psicanalistas filiados à IPA, que estariam centrados na chamada “psicologia do Ego”, além do apoio a movimentos de contestação da psiquiatria clássica e das condições a que estavam submetidos tanto pacientes quanto trabalhadores nos hospitais psiquiátricos. Com a proposta de uma *clínica da psicose*, ele fomentou a dicotomia entre a má psiquiatria, que reprime o sujeito ao generalizar um ideal de saúde mental, e a boa psicanálise, que promove a *subversão do sujeito* através da apreensão da *verdade de si*, que escapa às determinações sociais.

Nesse contexto, a psicanálise lacaniana busca relacionar reflexão crítica do social com autonomia pessoal. Os lacanianos, como passaram a ser chamados os psicanalistas seguidores de sua abordagem, defendem o entendimento da loucura como condição portadora de verdade e sentido, e fazem frente à psiquiatria médica, que a degrada em doença mental e busca eliminá-la ou com remédios, ou com tratamentos violentos, ou com o isolamento do paciente em instituições psiquiátricas. A psiquiatria tornou-se a expressão máxima do poder/saber repressivo, hegemônico e autoritário, e alvo de ataque dos lacanianos aliados a movimentos sociais de esquerda.

A abordagem lacaniana tem o mérito, dentro do campo da saúde mental, de produzir discursos contra a autoridade hegemônica dos saberes médicos e suas padronizações diagnósticas, que tornam as psicopatologias manipuláveis a partir de categorizações fisicalistas generalizantes. Com isso, sai em defesa radical da desmedicalização, pois concebe a pessoa como sendo determinada pelas relações sociais e pelos sistemas simbólicos, portanto não redutível ao materialismo neurológico. Tal posicionamento fornece subsídios para uma clínica crítica da razão médica, em que o paralelismo da terapêutica é colocado mais entre o mental e o social do que entre o mental e o orgânico.

A própria psicanálise, como experiência de subjetivação, é pensada pelos interlocutores como “política” no que se refere à defesa da *singularidade* de cada sujeito com seu desejo e seus *sintomas* e à crítica à medicina/psiquiatria fisicalista que submete os sujeitos/pacientes a técnicas de tratamento universalistas e a categorias generalizantes como “doença” e “saúde mental”. Entretanto, ao partir do pressuposto da pessoa como *sujeito desejante*, confundem social com psicológico e colocam o desejo individual como anterior à organização social. A crítica radical que dirigem aos postulados científicos se contradiz com a categorização de patologias e a comprovação das realidades psicológicas por meio de conceitos que sua prática terapêutica produz.

Xamanismo, feitiçaria, magia, ciência e lacanismo

Com o advento da clínica, o médico assumiu a responsabilidade de comprovar suas técnicas terapêuticas no interior daquela, e a autoridade para demonstrar, através da narração, a eficácia de tais técnicas (Foucault, 2011). Herdeiros dessa tradição, os interlocutores desta pesquisa produzem conhecimento e comprovam a eficácia terapêutica através de narrativas e descrições das *sessões analíticas*. Apesar de se afirmarem absolutamente diferentes de médicos e cientistas, utilizam muitos elementos herdados da clínica médica tradicional, como os chamados *casos clínicos* e a *apresentação de pacientes*, modalidades em que o trabalho de um psicanalista é apresentado à *comunidade analítica* e que permite visualizar como teoria e prática são *manejadas* na terapêutica, “comprovando” seus efeitos.

A observação que fiz nos seminários, jornadas, encontros e congressos da EBP-SP e da EOL, me possibilitou contato frequente com a apresentação de *casos clínicos*. Nessas apresentações são descritas as técnicas de cada *analista* para a *escuta* do inconsciente: *cortes*, *enigmas*, *pontuações*, interpretações que descrevem o modo como o *analista* estabelece o diagnóstico e dirigem a reflexão do *analisante* à narrativa e à imagem de si. Valoriza-se, nelas, uma espécie de “efeito surpresa” que seria articulado pelo *analista* ao longo da *sessão*, como se ele causasse certa perplexidade no *analisante* ao fazê-lo apreender uma dimensão de si que até então desconhecia ou não queria admitir. Assim, foi com a observação desses relatos que pude apreender a maneira como os *analistas* fazem com que os *analisantes* adiram às lógicas, categorias, classificações e significações da terapêutica lacaniana, como se a *verdade do sujeito* fosse construída a partir dos termos psicanalíticos. O princípio da autonomia do psicanalista na direção do tratamento (ele não precisa obedecer a padronizações e enquadramentos fixos) não anula a existência de técnicas que lhe são transmitidas para a condução da terapêutica. E isso fica particularmente materializado nas apresentações de *casos clínicos*, já que através deles se expõe uma *expertise*, uma tecnologia do cuidado no interior de uma *sessão analítica*.

Geralmente, os *casos clínicos* são apresentados nos congressos e jornadas, em grupos de trabalho divididos de acordo com temas específicos. A intenção é que cada apresentador mostre como determinado conceito ou teoria aparece no cotidiano da clínica de psicanálise. No XVIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano, realizado pela Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) em novembro de 2010, o tema trabalhado foi “A Clínica do Delírio Generalizado”, desenvolvido pelos apresentadores como uma nova orientação que deveria guiar o psicanalista no entendimento/atendimento das “*novas queixas e sofrimentos psíquicos que chegam à clínica como consequência da pós-modernidade*”. Ao longo do evento, essa noção de temporalidade foi repetida à exaustão por quase todos os apresentadores, no sentido de marcar a diferença em

relação à época de Freud, entendida como *modernidade*, e a atual, *pós-modernidade*, que exige reformulações teóricas e práticas no exercício clínico. O argumento principal era: se a clínica psicanalítica do século XIX foi regida pela *estrutura neurótica*, agora está direcionada pela *estrutura psicótica*; se antes o “normal” era ser *neurótico*, agora a *psicose* aparece na clínica com uma frequência que obriga os psicanalistas a se “*reposicionarem no tratamento*”.

Facilmente se observa de que forma a intimidade de um *analisante* acaba alocada em alguma classificação nosográfica geral. Nas *mesas de trabalho* os expositores versavam sobre o tema do *delírio generalizado*, com reflexões em torno da dificuldade em diagnosticar o que chamam de *novos modelos de subjetivação*, sendo estes algo como *neuróticos que deliram* ou *psicose ordinária*. Todos os expositores apresentam *casos clínicos* de *analisantes* que ilustram esse fenômeno atual. As apresentações têm como título o nome que atribuem ao *caso*, ou ao *analisante*, e descrevem uma situação clínica, o desenrolar das *sessões*, as falas daquele, as ações do psicanalista e o *estabelecimento do diagnóstico*. Falam do inconsciente como ente capaz de estabelecer associações, elaborar reflexões e agir por conta própria; enfim, literalmente concebem a pessoa como dual: um *sujeito do inconsciente* que habita o indivíduo e dotado de agência autônoma e determinante.

Os *casos* versam sobre tentativas de suicídio, transtornos alimentares, drogadição, alucinações, distúrbios sexuais — afecções consideradas, em grande parte dos *casos*, decorrentes do excesso ou da falta de afeto dispensado pela mãe na infância (“*relação mortífera da mãe com a criança*”, como diz um dos debatedores de uma mesa), ou resultantes de “problemas” no *complexo de castração*. Os psicanalistas colocam-se como detentores do saber sobre os indivíduos, capazes de *decifrar* o que seus *analisantes* pensam e sentem, mas pautados em esquemas generalizantes e universalizantes: é como se partissem de um universal para buscar sua incidência no particular, através da exemplificação de certas formulações genéricas no relato de um *caso clínico* específico. A ênfase que colocam na *singularidade de cada um em relação ao seu delírio* é submetida a uma assertiva universal e inescapável: a existência de uma *nova organização subjetiva na pós-modernidade*. Essa “condição atual dos sujeitos” é associada à noção de *responsabilização*, como se o objetivo da clínica atual fosse *levar o sujeito a se responsabilizar pelas consequências de seu sintoma, colocar-se como protagonista da própria vida*.

Esse tipo de apresentação norteia o espectador a encontrar elementos na narração do *caso* que o identifique à temática da mesa em que é apresentado — e tal exercício hermenêutico ocorria até mesmo comigo, que tentava buscar identificações de *histeria, neurose obsessiva, psicose* antes mesmo do desfecho do diagnóstico descrito pelo *analista*. Mas a contradição entre a noção de *singularidade*, que diz respeito ao conteúdo individual de cada *analisante*, e a universalização de

categorias, referente à própria técnica terapêutica, seus diagnósticos e nosografias, estava exposta no próprio discurso dos interlocutores. Ao mesmo tempo em que faziam uso de conceitos, categorias e classificações dos *casos clínicos* como referentes a *histéricos, obsessivos, psicóticos*, afirmavam a particularidade da técnica *analítica*: sem padronizações, sem modelos *a priori*, “*que leva em conta a variação, a diferença e a singularidade de cada sujeito; a psicanálise prefere a diferença do que o padrão, cada caso é um caso*” — como me disse o *analista* de um psicanalista da EBP, que conheci em uma Jornada da EBP-SP, em 2013.

Mesmo quando eles partiam de concepções do tipo “*corpo e sujeito não são separáveis como quer a medicina*”, a corporalidade permanecia entendida como ficção resultante de um conjunto de representações psíquicas que o sujeito constrói, reelabora, significa e experimenta de acordo com sua vivência dos *laços sociais*. Com isso, o corpo é pensado como metáfora do psíquico, suas funções orgânicas seriam determinadas pelas elaborações subjetivas, estando o *analista* autorizado a decifrar seu funcionamento. As incidências patológicas físicas — uma úlcera, bronquite alérgica ou dor de cabeça, por exemplo — se tornavam objetos de interpretação psicanalítica, como expressões de conflitos psíquicos. Essa “totalização” pretendida pela psicanálise (que recobre com seus aparatos epistemológicos corpo e alma do sujeito) é entendida como *somatização*, e, como coloca Cardoso (2003, p.25), “longe de superar a chamada dicotomia corpo/mente [...] a fortalece, porque, afinal, a unidade pretendida (que não é outra senão o indivíduo moderno) só pode ser construída sobre a base de uma ‘teoria do somático’”, que privilegia as emoções, o psíquico como origem hegemônica e dominante dos sofrimentos apresentados no corpo. Assim, se a medicina submete a subjetividade ao racionalismo pragmático biologizante, organicista e fiscalista do corpo, a psicanálise submete o corpo aos imponderáveis da mente, dos sentimentos, do inconsciente, de tal forma que o dualismo não é superado, mas radicalizado com a reversão dos termos, como se um fosse o avesso do outro. Com isso, a dicotomia “natureza e cultura” se desdobra em outra, “corpo e psíquico”, que se replicará em uma série composta por “objetividade e subjetividade”, “sociedade e indivíduo”, “razão e emoção”, “consciente e inconsciente”...

Entre o diagnóstico psiquiátrico e o psicanalítico apresentados no *caso clínico*, o que se tem são propostas diferentes de interpretação e tratamento: uma pela via fiscalista e medicamentosa, que busca separar/extirpar o delírio do sujeito à força; e uma pela via simbólica e interpretativa, que busca soldar o delírio à pessoa. Mas isso não é tudo. Se os *casos clínicos* constituem canal de transmissão da teoria e da prática clínica, a inescapável objetificação do sujeito que lhe serve de apanágio não se limita a esse tipo de *apresentação*.

Como um resquício intransponível da psiquiatria de que são herdeiros, os lacanianos da AMP fazem uso de um recurso de ensino e pesquisa ainda mais característico daquela: a

apresentação de pacientes. A primeira vez que ouvi sobre a prática da *apresentação de pacientes* foi na Argentina, com Consuelo: “*Lacan retoma esse método clássico da medicina e da psiquiatria, mas o faz à sua maneira*”, como técnica de ensino e transmissão do *modus operandis* de sua psicanálise. A *apresentação de pacientes* fazia parte, inclusive, do currículo do curso regular de *formação* da EOL. Interessada no assunto, descobri que a EBP também, em vários de seus Institutos do Campo Freudiano (ICF’s) e seções, fazia uso dessa prática no âmbito das atividades de *formação*. Na EBP-SP, por exemplo, ela ocorre como atividade integrante dos Seminários Clínicos, e foi viabilizada através de um convênio estabelecido entre o CLin-a paulistano e o Hospital Vera Cruz, centro de atenção psicossocial que oferece atendimento diurno e internação.

A *apresentação de pacientes* como modalidade de *transmissão* da psicanálise lacaniana foi retomada por Lacan no âmbito das atividades de ensino no Departamento de Psicanálise da Paris VIII, em 1976, com o auxílio de Miller, sendo as *apresentações* realizadas no Hospital Sainte-Anne. Com a criação dos ICFs, foi aberto espaço diferente da *Escola* e da universidade para a difusão da psicanálise lacaniana, e é nesse espaço exclusivo e privado que a prática de *apresentação de pacientes* ganhou maior relevância, já que protegida das críticas que lhe eram dirigidas pelo movimento da reforma psiquiátrica francês, principalmente no pós-68. A intenção, afirmava Lacan — que expôs no Seminário 3, dedicado às *psicoses* (Lacan, 1985b), muitas das reflexões retiradas das *apresentações* que realizou —, era fazer uma passagem entre o *dar-se a ver*, que a psiquiatria impunha aos *pacientes*, para um *fazer-se escutar*, que a psicanálise possibilitaria a eles. O psicanalista, *nas apresentações*, longe de demonstrar seu saber sobre algo, mostraria justamente o seu não saber, “*às custas de uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente*” (Lacan, 1998c, p.540).

Uma das psicanalistas responsáveis pela atividade no âmbito da EBP-SP, me explicou que, na *apresentação*, um *paciente* é escolhido pela equipe do hospital e a ele é feito o convite para participar da atividade. Aqui está, segundo ela, o primeiro diferencial da prática proposta pela *orientação lacaniana*: o *paciente* deve consentir em participar, e na psiquiatria clássica geralmente não havia convite ou concessão⁸. A escolha é sempre por *pacientes psicóticos*, desde que não estejam muito “*estridentes e comprometidos, para que possam sustentar o dispositivo*”. Os *participantes*, aqueles que assistem às *apresentações*, ocupam uma sala do hospital e recebem rápidas informações sobre o *paciente*, então este é convidado a entrar e a se sentar de frente para o psicanalista, que irá realizar o que chamam de *entrevista*. Ao *paciente* é colocada a liberdade de interromper a *apresentação*, e mesmo sair da sala, quando quiser. O psicanalista, *membro* bastante

8 Entretanto, como bem observa o professor Dr. Marcos Lanna (comun. pessoal), o convite é um dom, e o dom não exclui a dominação, ao contrário, a implica.

experiente tanto em clínica quanto em instituições psiquiátricas — sublinhou Denise —, vai conduzindo o *paciente* a falar por meio de questões e “*pontuações sutis*”, para que o “*paciente possa sustentar essas colocações*”. Os espectadores permanecem em silêncio até o final da *apresentação*, quando o *paciente* deixa a sala e tem início o debate sobre o *caso*.

A psicanalista contou, ainda, que, na maioria das vezes, a *apresentação* acontece de forma “*bem tranquila*”, mas “*tudo pode acontecer, não se pode garantir nada*”, e deu o exemplo do que ocorrera na última *apresentação*, em que a *entrevista* fora conduzida por um *membro* da *Escola francesa*, que estava no Brasil a convite da EBP para uma série de *seminários*. Por se tratar de uma situação atípica, já que necessário um intérprete — e, soube depois, por outras pessoas, que o francês tinha fisionomia nada comum para os parâmetros brasileiros —, o “*paciente começou a ficar muito paranoico*”. A *apresentação* foi suspensa e o público, orientado a sair da sala, para que o *surto fosse controlado*.

Segundo Marcelo Veras e Vera Lopes Besset (2007), *membros* da EBP, o “*efeito de formação*” do *dispositivo* está na implicação de cada um presente na *apresentação*, por meio de sua observação e de sua *escuta*. Trata-se da inserção à *escuta analítica*, ou, na transmissão de uma tecnologia de cuidado, pois a *entrevista* visa, acima de tudo, “*buscar no próprio sujeito, em suas estratégias e sintomas, a chave para definir o diagnóstico do paciente*” (2007, p.136).

O fato é que o sujeito não escapa à objetificação, uma vez que é exposto como *caso* para demonstração. Se a psiquiatria o submete à observação autoritária do médico, a psicanálise lacaniana faz algo semelhante por meio da *escuta* do psicanalista. O que quero dizer é que a experiência sensível da qual ela faz uso (ver, escutar) não altera a lógica dessa prática: a exposição de um *paciente* fragilizado, tornado objeto de estudo e apreciação, permanece inalterada, assim como a finalidade de dar uma aula pública às suas custas. A “*função*” por trás desse meio de *transmissão* do saber aproxima prática lacaniana à psiquiátrica.

Para Foucault, o humanismo que reveste o nascimento do saber psiquiátrico esconde um cruel deslocamento da violência para a sujeição: ao serem libertados de suas algemas, os loucos contraíram uma dívida com o saber psiquiátrico, e a pagaram com a submissão a ele. A relação de troca estabelecida entre médico e paciente, de acordo com Foucault (2004), ocorreria nos seguintes termos: se o segundo fornecesse a confissão de sua loucura, o primeiro lhe entregaria o tratamento.

Como instrumento de produção do saber psiquiátrico, as *apresentações* introduzem um estatuto de confissão e de verdade ao tratamento, constroem as bases que conferem realidade científica à loucura. Assim, a primeira ação, no *dispositivo*, é questionar as razões pelas quais o sujeito está diante do psiquiatra, e transformá-las em *sintomas*, como um modo de tornar a loucura presente. O público confere maior autoridade às, e confiança nas palavras e ações do médico; este,

ao interrogar o *paciente*, mostra o seu conhecimento sobre os caminhos tomados pelo tratamento, e a forma como lida com a “doença” produz uma verdade que pode ser observada por todos. O paciente, por sua vez, ao ser exposto ao público, compensa o médico pelo esforço que este lhe dispensa no tratamento: “Al responder publicamente a las preguntas del médico, al dejarse arrancar a confesión final de su locura, o enfermo reconoce, acepta la realidad de ese deseo loco que esta en la raíz de su mal” (Foucault, 2007, p.221).

Segundo Stengers (2002), o saber científico se afirma como tal ao prestar-se à experimentação, colocar-se à prova, mesmo que a comprovação ocorra entre os próprios cientistas e colocada em seus próprios termos. A única garantia que os cientistas têm é que suas hipóteses ou resultados podem não ser aceitos por outros cientistas, ou que podem ser refutados futuramente. Esse é um ponto de distinção entre o saber científico e o psicanalítico: ao menos no campo institucional que observei, a comunidade de interesse preexiste a qualquer proposição, sendo o trabalho produzido pelos *membros* objeto de consenso de toda a *comunidade analítica*. Não há divergências sobre o conteúdo da criação, sobre seus postulados, a argumentação segue, invariavelmente, a mesma orientação.

Ao afirmar que sua teoria lhes permite encontrar, sempre, uma “razão inconsciente”, a qual é inacessível à racionalidade científica, os lacanianos imunizam seu saber e sua prática contra a refutação. Como não admitem transformações radicais em seus postulados, não são habituados ao debate das críticas que lhes são dirigidas por outros saberes, e evitam discutir aqueles fora de seus próprios termos. Como apontam Chertok e Stengers (1993), a “verdade” é relativa à experiência de análise, não pode ser questionada por instâncias externas, por saberes não analíticos, por critérios relativos à cura (uma vez que esta se refere ao campo da ciência, da razão).

Em geral, os interlocutores salientavam que não só a *formação do analista* e a transmissão da psicanálise ocorrem fundamentalmente na *análise*, mas, inclusive, a produção do saber psicanalítico. A *sessão analítica* é entendida como o local de encontro do sujeito com o *estranho* que o habita, o que resulta na produção de saber sobre o inconsciente. Com isso, a verdade psicanalítica é uma produção limitada à terapêutica. Assim, o problema moral da *apresentação de pacientes* e dos *casos clínicos* está na autoridade com que médicos transformam em objeto de observação um sujeito que vem ao hospital ou à clínica em busca de assistência: “Olhar para saber, mostrar para ensinar não é violência muda, tanto mais abusiva que se cala, sobre um corpo de sofrimento que pede para ser minimizado e não manifestado? Pode a dor ser espetáculo?”, pergunta Foucault (2011 p.95) — e eu acrescentaria: pode a sujeição de uns servir de meio para a produção de conhecimento de outros? Do ponto de vista dos interlocutores, não só pode como é o

que acontece. Lógica bastante similar à dos laboratórios: o sofrimento de certos seres é justificado pela necessidade de avanços científicos (Latour e Woolgar, 1997).

Ao se afirmarem como os detentores do saber sobre o inconsciente, os lacanianos de Escola apenas invertem a supremacia da consciência, da objetividade e da racionalidade, promovida pelo pensamento científico, para a da subjetividade e a da *singularidade*. A psicanálise atua como ciência através dos aparatos demonstrativos das técnicas e eficácias da terapêutica — *apresentações de pacientes, casos clínicos, testemunho do passe*, etc. —, mas, ao mesmo tempo, afasta-se daquela na construção de postulados universalizantes a respeito da “condição humana” pautados nas noções de *complexo de Édipo, castração, falta estrutural, objeto a, pulsão e sujeito desejante*, entre outras abstrações e categorizações subjetivantes. A ideia de que há descobertas em uma *sessão analítica* pressupõe afecções e verdades que já estão inscritas no sujeito e, portanto, podem ser desveladas; e tal ideia contrapõe-se à de invenção, que cria novas associações para os elementos, novas condições e experiências de humanidade. A “cura” psicanalítica refere-se, então, à reorganização do universo do *analisante* dentro dos códigos interpretativos fixados pela própria teoria. Nesse sentido, a terapêutica é uma forma de “sugestão” pautada por uma (mito)lógica (Lévi-Strauss, 2012).

Lévi-Strauss encontra uma mesma estrutura terapêutica entre o xamanismo e a psicanálise, estrutura pautada na narração de acontecimentos. O xamã, assim como o psicanalista, mobiliza uma estrutura simbólica na prática terapêutica a partir de mitos fundamentais, o que atribui sentido aos sintomas apresentados pelo paciente. O xamã tem acesso ao princípio ordenador da experiência coletiva, sendo essa *expertise* fundamental para que possa interferir no infortúnio do sujeito, o que ele faz através da interação com instâncias, elementos e seres que “causam” aquele. Assim, ele é como se ele curasse por meio da técnica da *ab-reação*, ou seja, da significação de um estado que se encontrava anteriormente não simbolizado. O psicanalista atua da mesma maneira, mas por meio da interpretação e simbolização da *ab-reação* feita pelo *analisante*. Tanto num caso como no outro, a terapêutica consiste na reprodução de um mito, na possibilidade dada ao doente/sujeito de vivenciar a repetição de uma experiência mítica evocada pelo xamã/*analista*. É a crença do xamã, ou do feiticeiro, compartilhada com todos que o rodeiam, que garante a eficácia de sua prática, já que põe a serviço da imaginação individual as ideias coletivas:

A crença do feiticeiro e a do público não são duas coisas diferentes; a primeira é o reflexo da segunda, já que a simulação do mágico só é possível em razão da credulidade pública. É essa crença, que o mágico partilha com todos os seus, que faz que nem sua própria prestidigitação, nem seus experimentos frustrados o façam duvidar da magia. [...] A magia é portanto, em conjunto, o objeto de uma crença *a priori*; trata-se de uma crença coletiva, unânime, e é a natureza dessa crença que faz a magia poder facilmente transpor o abismo que separa seus dados de suas conclusões. (Lévi-Strauss, 2003a, p.131)

Nesse contexto de análise, no clássico *Esboço para uma teoria geral da magia*, Mauss e Hubert (2003) definem a magia como “ambígua e indeterminada”, justamente por ser uma prática e um saber intermediários entre a religião e a ciência. O ritual mágico é produtor por excelência, e pode ser considerado como técnica na qual “se crê ou não se crê” (2003, p.126). A magia tem tal autoridade em relação ao seu saber e à sua prática que o resultado contrário do que se espera não abala a crença de que é depositária: “Mesmo os fatos desfavoráveis voltam-se a seu favor, pois sempre se pensa que são o efeito de uma contra-magia, de faltas rituais e, em geral, de que as condições necessárias das práticas não foram realizadas” (2003, p.127). Segundo os autores, o ato médico permanece cercado de prescrições religiosas e mágicas.

Para Nathan (2012), entretanto, crença e eficácia simbólica não são categorias “boas para se pensar” as terapêuticas, sejam as tradicionais e/ou não ocidentais, sejam as produzidas no contexto ocidental. De acordo com o autor, as psicoterapias ocidentais modernas, entre elas a psicanálise, sobrepõem doença e sujeito como se fossem uma coisa só: não há sintoma sem a pessoa nem pessoa sem o sintoma. Já nas terapêuticas não ocidentais, o que se coloca em operação é a disjunção entre doença e pessoa: a doença é resultado da agência de outros seres e deve ser separada do sujeito. Por isso, elas estabelecem uma série de dispositivos de proteção do sujeito contra infortúnios e doenças, como os amuletos, os tabus, as simpatias e mesmo a prece. Nessa linha, a lógica das terapêuticas tradicionais, pelo fato de considerarem o universo como múltiplo, povoado de seres com as mais diversas formas e agências, não deve ser restringida a uma concepção simplista de crença. Ninguém crê em nada, salienta Nathan, uma vez que a cura é um ato de criação: criação de relações com seres múltiplos que povoam múltiplas dimensões da realidade.

Nessa perspectiva, Nathan e Stengers (2012) consideram um tanto enganadora a afirmação, bastante disseminada, principalmente por psicanalistas, de que a medicina moderna é uma técnica de cuidado que ignora a escuta do paciente. Os curandeiros tradicionais tampouco escutam o “paciente”: por meio de divinações, criam meios para significar o infortúnio, diferentemente da técnica diagnóstica presente nas terapêuticas ocidentais modernas, que partem da escuta da queixa e da observação do doente para enquadrá-lo em uma patologia. A distinção estaria entre terapêuticas voltadas à divinação e terapêuticas voltadas ao diagnóstico. Este se define como um mecanismo que estabelece os limites de uma afecção dentro de um quadro clínico determinado; aquelas criam, a partir da experiência de cada “paciente”, novas estratégias de reconhecimento e comunicação com outros universos, já que a doença/infortúnio depende dessa criação para sua cura/resolução, o que acaba por estabelecer grupos de pertencimento para o doente: em vez de isolá-lo em si mesmo, restauram suas relações com outros seres/entidades/coisas. As psicoterapias ocidentais se opõem às tradicionais por se pautarem na

noção de indivíduo como ser único, responsável por si mesmo, por seus desejos, e que, sozinho (já que nem o psicanalista sabe sobre o seu inconsciente), deve buscar em si mesmo as soluções e o alívio para os seus sofrimentos. Nathan (2012) aponta que categorias psicopatológicas como histeria e neurose obsessiva são disjuntivas: o modo de relação com os outros é que é considerado a causa do problema, não a solução.

Assim, enquanto no xamanismo, na feitiçaria, ou nas terapêuticas tradicionais o tratamento visa a reconciliação, no plano social/cosmológico, do sujeito com outros seres e entidades, na psicanálise a terapêutica inculca um processo de individuação pelo qual o sujeito é levado a (re)conhecer uma esfera de si anterior às determinações do *Outro*, buscando sua *singularidade* e autonomia ante os *laços sociais*.

A incorporação da linguagem psicanalítica facilita a constituição da autorreferência do *analisante*, que se acostuma a buscar sua participação nos eventos que lhe acometem — se o indivíduo sofre um acidente que poderia ter evitado, é possível dizer que ele, inconscientemente, conspirou contra si, e ver, nos resultados do acontecimento, os “ganhos secundários” que obtém em favor de seus *sintomas* (Antonio, 2010). Figueira (1981) chama isso de “determinismo da psicanálise”, que visa, por mecanismos próprios de explicação e responsabilização do sujeito, “afugentar” o acaso. O inconsciente, da maneira como entendido pelos meus interlocutores, funciona como mecanismo cosmológico que age em ocasiões definidas e submetido a um saber específico. A determinação de que os fatos só podem ser explicados mediante a consideração do inconsciente é efeito de uma produção teórica inculcada como terapêutica — terapêutica que visa estabelecer uma experiência subjetiva particular e específica segundo modelos pré-estabelecidos.

Assim, o inconsciente pode ser definido de maneira análoga às determinações invisíveis que atravessam os seres e que cada cultura ou cada grupo social operacionaliza à sua maneira em diferentes rituais de cura: por exemplo, pode-se acreditar que a depressão é uma doença hereditária, um castigo de Deus, a praga de um vizinho, efeito da má alimentação ou questões inconscientes que estão se manifestando. O ponto em questão é: no pensamento psicanalítico só há conteúdo inconsciente *recalcado* provocando sofrimento psíquico se a pessoa confere sentido a esse sistema de explicação e nele acredita, assim como se dá com a noção de castigo da religião ou de encosto, no candomblé. Pode-se dizer, então, que o inconsciente psicanalítico só pode existir na forma como psicanalistas e *analisantes* o concebem.

A psicanálise, segundo os interlocutores, tem a particularidade de ser de difícil definição: é uma teoria, mas não é ciência; é terapêutica, mas não é psicoterapia; tem explicação para todo e qualquer evento psíquico, mas não é padronizada. Sua eficácia é atestada por seus próprios adeptos, sejam *analistas* ou *analisantes*. O lacanismo constitui um bom exemplo desse “caráter camaleônico” da psicanálise: na busca de opor-se à biologia, à medicina, à química... mistura

filosofia, antropologia, sociologia, linguística... Ao longo do trabalho de campo, os interlocutores se esforçavam em apresentar argumentos que destacassem a distinção de seu saber e de sua prática em relação aos outros saberes.

Esse estado de exceção levou os psicanalistas, independente de sua abordagem, a defender o estatuto diferencial da psicanálise em relação ao campo das ciências biológicas, físicas e humanas. Nesse esforço, em vez de buscar uma definição clara, objetiva e consensual sobre o que, de fato, é a psicanálise, limitam-se à produção crítica de argumentos que visam indicar o que não é psicanálise. Aliada a isto está a postura de desqualificar o que não é reconhecido como saber psicanalítico, algo semelhante ao apontado por Stengers (2002) na postura dos cientistas, que têm interesse de criar uma assimetria radical, que retira daquele que não é considerado cientista a possibilidade de contestar a legitimidade ou a pertinência do saber científico. Através de uma retórica “autoelogiosa” de seus postulados, os interlocutores produziam uma perspectiva de superioridade da psicanálise lacaniana em relação a outros saberes psi.

Parafraseando Latour e Woolgar (1997) quando da construção de seu objeto de investigação em um laboratório de neurociência, quem pode falar o que é a psicanálise, conhecendo-a em detalhe e de primeira mão? A resposta: os próprios psicanalistas e seus *analistas*. Também falam de psicanálise professores universitários, médicos, psicólogos, os meios de comunicação de massa, só que falam de longe ou sob a mediação dos psicanalistas. Mas para falar de modo legítimo sobre a psicanálise, só *analistas* e *analistas*, afirmam os psicanalistas — e essa assertiva permite que ignorem questões e considerações sobre ela vindas de outros campos do saber. Latour e Woolgar observaram esse tipo de posicionamento nos cientistas em relação à ciência, mas podemos deslizar facilmente tais reflexões para os lacanianos de Escola, já que se assumem como uma espécie de “poder paralelo” ao científico, com seus próprios regimes de verdade, lógica, racionalidade e autoridade:

Os próprios cientistas fazem suas ciências, seus discursos sobre a ciência, sua ética, suas políticas da ciência e, quando são de esquerda, suas críticas e autocríticas da ciência. Os outros ouvem. O ideal político e epistemológico é que não haja uma palavra da metalinguagem da ciência que não seja tomada dos próprios cientistas. (Latour e Woolgar, 1997, p.25)

Observando as intrincadas e complexas relações entre construção de modelos de subjetivação, Estado, medicina científica e indústria farmacêutica, pode-se afirmar a contribuição dos estudos sobre saúde, doença e práticas terapêuticas para a constituição tanto do campo de estudos antropológicos sobre a pessoa quanto da “ciência”.

Os lacanianos de Escola alocam a psicanálise como não sendo nem ciência, nem magia, nem religião, nem filosofia. Entretanto, a crítica radical que dirigem aos postulados científicos se contradiz com a categorização de patologias e a comprovação das realidades psicológicas que sua teoria e sua prática terapêutica produzem. A contradição está na afirmação de que seu saber é um regime de verdade não científico, mas que opera nos mesmos termos e bases que a ciência. O que quero com essa problematização é apontar que a psicanálise aparece como um híbrido de xamanismo, magia, ciência, feitiçaria, medicina, religião — todos, domínios de enunciação e produção de verdades. Eis, portanto, o principal objetivo da psicanálise: levar os sujeitos à apreensão da *verdade de si*, acessível apenas pela *experiência analítica* e compreensível apenas no sistema simbólico por esta articulado, o que lhe confere autoridade e eficácia. A maneira como os interlocutores criam uma concepção específica de *causa política*, reitera a tentativa de produção de enunciados hegemônicos para a prática psicanalítica no campo da saúde mental, é o que problematizaremos a seguir.

Política da Psicanálise

É muito comum encontrar trabalhos que associam psicanálise a despolitização, como se ela fizesse a mediação entre alienação social e busca de soluções privadas, concepção baseada na valorização da esfera individual em detrimento da social (Castel, 1978; Figueira, 1981; Velho, 1986). Há importantes filósofos, sociólogos e psicanalistas que buscam dar conta das complexidades da articulação da psicanálise com a política, e grande parte dessas discussões tem como objetivo analisar os fenômenos políticos à luz da psicanálise (Badiou, 1994; Rouanet, 2001; Safatle, 2006; Zizeck, 2010; Dunker, 2012). Entretanto, meu interesse aqui está na consideração da *política* como categoria nativa, acionada pelos interlocutores de acordo com o campo de significação, intencionalidades e agenciamentos a que se propõem. Posso afirmar que a psicanálise lacaniana, conforme as orientações de Jacques-Alain Miller, articula a *política* com a necessidade de maior visibilidade social, sem a qual a interlocução com setores externos à *comunidade analítica* seria enfraquecida e colocaria em risco a produção de demanda à terapêutica frente aos avanços da biotecnologia no campo dos saberes psi. O foco está, portanto, na relação institucional estabelecida entre clínica e *política*, relação calcada na produção e na atualização de modelos de subjetivação que se coadunam com o contexto de socialidade em que a psicanálise se insere.

A terapêutica psicanalítica é definida por seus adeptos como experiência que privilegia a liberação do reprimido, a sexualidade, a fala livre. Nessa perspectiva, meus interlocutores estabeleciam relação intrínseca entre revolução política e revolução subjetiva: para além de uma

leitura psicanalítica da política, a própria *experiência analítica* é entendida como “política” em si mesma, nos termos de uma *política da enunciação* que resulta na *subversão do sujeito*⁹.

Mas, embora Lacan tenha alinhavado à sua psicanálise um viés de crítica social, nela a noção de “política” só aparece, de fato, na relação que ele estabeleceu entre “política” e conceitos clínicos, no sentido de que o efeito político da psicanálise depende daquilo que ocorre em uma *sessão de análise* (Checchia, 2012). Castel (1978) aponta uma contradição fundamental entre a afirmação de uma *política da psicanálise* e a exigência ética de *neutralidade* do psicanalista na clínica: como uma prática pode ser *política, subversiva*, ao mesmo tempo que *neutra*? Pelo método da *associação-livre*, ou seja, “*falar tudo que lhe vier à cabeça*”, a terapêutica trabalha com o princípio de que, por parte do *analista*, nenhum julgamento/questionamento será atribuído ao que o *analysante* fala na *sessão*. Nela, opera-se com o dualismo interioridade/exterioridade, sendo a primeira uma essência que deve ser buscada, acessada por meio do afastamento das interferências das problemáticas externas/sociais. Ao partir do pressuposto da impossibilidade de cura e transformação social, a psicanálise *neutraliza* tanto o *analista* quanto o *analysante*; e, ao levar este último à observação do social pela ótica individual, ela naturaliza as contradições sociais como problemáticas a ele particulares. Quando se trata do compromisso social da psicanálise, os interlocutores jamais mencionavam a prática da psicanálise em si, mas aquilo que se produz a partir da *experiência analítica* como consequência indireta, ou seja, não há uma psicanálise de esquerda, por exemplo.

Diante da necessidade de defesa de seus postulados e da construção de distinção de seu saber em relação à ciência e aos demais saberes psi, os lacanianos de Escola mobilizam a

9 Segundo Russo (2012), a ideia de que a difusão da “cultura psicanalítica” decorre de uma despolitização dos sujeitos — o que coloca a terapêutica no mesmo patamar de práticas e experiências individualizantes e libertadoras como as drogas, o movimento *New Age* e as mídias de massa —, simplifica e reduz tanto a cultura psi quanto os movimentos de contracultura. Se antes o posicionamento político estava centrado na luta de classes, no final dos anos 1960 a esquerda também se voltou para outras minorias (o louco, o índio, o negro, a mulher, a criança). Esse modo de entender e fazer política articulava a concepção de sujeito “voltado a si mesmo” com uma atitude reflexiva de sua condição social. Em um cenário como o das ditaduras militares, ao menos nos casos brasileiro e argentino, as atitudes cotidianas, as escolhas mais íntimas e as relações sociais corriqueiras tornaram-se palco de militância política, o que favoreceu uma associação da psicanálise com a subversão (Plotkin, 2001; Russo, 2012).

categoria de “política” como uma militância em causa própria, ou *em prol da causa analítica*, articulando clínica e reflexão crítica, ou *subversão subjetiva* à subversão “política”, e é nesse enlace que está a relação entre construção da pessoa e produção de conhecimento. Eles transformam concepções como *causa analítica* e *sujeito desejante* em fundamento de sua militância política. A *política da psicanálise* concerne à *aplicação* dos postulados psicanalíticos não apenas na clínica particular, mas principalmente no atendimento clínico público, nos centros de assistência de saúde mental. Com isso, a problematização está no que entendem como *subversão* e em qual o potencial transformador que estão evocando.

Os interlocutores pensavam a “ação política” como operadora de assimetria entre a psicanálise e outros saberes psi, entre a psicanálise e a ciência, entre a psicanálise lacaniana e outras abordagens psicanalíticas. Essas redes de assimetria eram significadas como posicionamentos políticos que o psicanalista deve assumir, e que sempre apareciam conjugados à necessidade de distinção, de produção de diferenças e segmentaridades. Nesses termos, a noção de “política” está atrelada à cooptação de adeptos para o que chamam de *causa analítica*, como coloca a psicanalista Maria Teresa Lamberte (1999, p.133): “*Existe uma política da psicanálise. [...] O coletivo necessário à psicanálise — espaço de interlocução e formalização da clínica de cada analista — só se torna viável a partir de sua própria política*”.

E de fato, foi a partir da postura crítica assumida pelos psicanalistas lacanianos que se fomentou, no país, um discurso contra as ortodoxias médica e psiquiátrica nas instituições asilares de saúde mental, o qual envolveu diretamente muitos deles no processo de desinstitucionalização e na formulação de políticas públicas voltadas ao atendimento alternativo a pacientes/usuários dessas instituições, caso da criação de terapias comunitárias e dos Caps (Figueiredo, 2000). Nas *Escolas*, a transmissão da psicanálise orienta-se pela distinção criada na atuação profissional dos *membros* no campo da saúde mental: com a proposta de levar atendimento psicanalítico a pessoas que não teriam condições financeiras e sociais de procurá-lo, os psicanalistas estabelecem diferenciação entre *psicanálise pura*, a oferecida em clínicas particulares, e *psicanálise aplicada*, terapia oferecida em centros de atendimento gratuito ou no atendimento via convênios de saúde.

Eric Laurent, *membro* da *Escola* francesa, publicou, na década de 1990, um texto considerado leitura básica na convocação dos *membros da Escola* à *militância* em defesa da particularidade do atendimento psicanalítico nas instituições públicas de saúde mental, e nele apareceu, pela primeira vez, o conceito de *analista cidadão*. Entre outras coisas, Laurent chama a atenção para a necessidade de que o psicanalista tome partido contra formas normativas e padronizantes de assistência. Tal debate por parte dos lacanianos de Escola decorre de um contexto maior: a reforma psiquiátrica brasileira.

Os psicanalistas lacanianos assumiram papel importante na reforma psiquiátrica brasileira, tanto no movimento de contestação da hegemonia do saber médico quanto no auxílio à formulação de novas políticas de assistência. Muitos *membros* da EBP atuaram ativamente na reforma¹⁰, inspirados na experiência engajada dos colegas da *Escola* italiana, como me disse um *membro* da EBP-SP. Eles se colocavam criticamente em relação à psiquiatrização e à medicalização de distúrbios psíquicos, e chamavam a atenção para a necessidade do envolvimento de todos os atores do campo da saúde mental nas reformulações dos modos de cuidado dos, e de atenção aos usuários.

Apesar da sua intervenção ter sido responsável por flexibilizar a autoridade do psiquiatra e estender os poderes de *escuta analítica* a outros atores, eles não deixaram de se remeter a uma modalidade de intervenção que exige uma competência especializada e que tem princípios particulares de atendimento e de interpretação dos distúrbios psíquicos. A *psicanálise aplicada* nos Caps, como descrevem os lacanianos da AMP, é uma versão reelaborada daquela *manejada* na clínica privada. Os profissionais dos Caps envolvidos no atendimento — ou seja, a equipe composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos —, são treinados para a *escuta analítica* e para o *manejo* da relação *transferencial* e *contratransferencial* no atendimento ao usuário, mas a autoridade da interpretação e da ação terapêutica permanece nas mãos do psiquiatra-psicanalista, que, nesse contexto, além dos usuários, controla também a subjetividade dos integrantes da equipe.

De acordo com a etnografia realizada por Sartori (2010) em um Caps de Campinas, nele, 60% dos profissionais eram orientados por sua *formação* em psicanálise laciana na condução de seu trabalho. As reuniões da equipe eram chamadas de *supervisão de caso clínico*, e realizadas junto a um *supervisor*, intercaladas entre um *supervisor* fixo e um convidado, conforme o *caso* abordado na reunião. Os *supervisores*, “Em sua maioria, são médicos ou psicólogos, mas necessariamente psicanalistas” (2010, p.69). Nas reuniões, cada integrante da equipe era *escutado* pelo psiquiatra-psicanalista no relato que elaborara sobre um *caso* determinado, no qual misturavam-se a descrição da *história de vida* do usuário e os sentimentos/afecções/emoções/impressões suscitados no profissional ao longo do atendimento; o

10 Campinas e Belo Horizonte são referência, segundo os interlocutores da pesquisa, no que tange às reformulações nos serviços públicos de atendimento psicológico/psiquiátrico no Brasil. Muitos *membros* da EBP-SP se referiam a Campinas como exemplo da conjunção de psicanalistas lacanianos com a reforma psiquiátrica. Em Buenos Aires, muitos *membros* falavam da admiração pela reforma psiquiátrica brasileira e do orgulho de ter colegas da instituição envolvidos no movimento.

supervisor pontuava as interferências que a sua subjetividade implicava à assistência, ou *escuta*, do usuário, e orientava os caminhos a seguir e as ações terapêuticas que deveriam ser efetuadas.

Orientados pela proposição de Lacan referente à *clínica da psicose* — concepção que ele criou em contraposição à preferência de Freud pelo atendimento clínico psicanalítico das *neuroses* —, a *subversão* no atendimento estaria em dar ao usuário o direito à palavra, uma vez que a terapêutica deve partir da estruturação da linguagem, dos encadeamentos significantes e da atribuição de sentido à *fala do psicótico*. Assim, a proposta é introduzir, no lugar da postura distanciada do psiquiatra, a intersubjetividade de todos os trabalhadores da instituição com o usuário.

Nessa perspectiva, toda a equipe de atendimento deve incorporar as categorias de significação da tecnologia psicanalítica de cuidado. A *política da psicanálise* concerne à *aplicação* dos postulados psicanalíticos não apenas na clínica particular, mas principalmente no atendimento clínico público, nos centros de assistência de saúde mental. Ainda que o atendimento psicanalítico dispensado à população nesses centros, caso dos Caps, sofra adequações e seja diferenciado daquele dispensado na clínica particular, a *ética da psicanálise* permanece inalterada e é pulverizada para outros atores da equipe de atendimento, que são treinados para a *escuta* do inconsciente. Por exemplo, a demanda por incluir socialmente o usuário, defesa básica do movimento de reforma psiquiátrica, é vista pelos psicanalistas como noção que deve ser problematizada: ele deve assimilar sua condição de desamparo intransponível e incurável, e tal assimilação é a condição para torná-lo *responsável por si mesmo*, livre de qualquer tutela. Percebe-se que a ideia de *responsabilização*, da maneira como concebida pelos lacanianos de Escola, sofre uma torção de sentido: ao invés de promulgar um sujeito livre, portanto responsável por si, a *ética da psicanálise* concebe que primeiro ele deve ser/tornar-se *responsável* pelos *seus sintomas*, para, depois, aceder à liberdade. Enquanto o louco/paciente/usuário dos serviços de saúde mental não for considerado passível de *responsabilização*, a liberdade lhe será negada, ou vigiada e controlada pelo psicanalista.

A ênfase na responsabilidade é justificada pelos interlocutores como resultante da reorganização da relação entre família, unidade de atendimento e Estado que a assistência nos Caps traz à tona. A internação em hospitais psiquiátricos exigia outra relação de responsabilização, não por parte do usuário ou da família, mas do Estado e do médico psiquiatra, e dos técnicos a ele subordinados, no controle do doente/doença mental. Já nas “novas” modalidades trazidas pela desinstitucionalização e pela criação de hospitais-dia, a relação entre a família e os trabalhadores das unidades de assistência se intensificou, uma vez que dividem os encargos/responsabilidade pelos cuidados e controle do usuário.

Com isso, é como se os psiquiatras e o Estado tivessem sua carga de responsabilização diluída pelas redes/setores de atendimento e pela difusão de técnicas de *escuta* terapêutica entre todos os técnicos envolvidos no cuidado, o que otimiza o atendimento, do ponto de vista dos profissionais psi, e enxuga os gastos e investimentos do Estado em políticas sociais. Assim, a noção de *responsabilização* torna-se importante para a observação da relação estabelecida entre o conjunto dos saberes do campo da saúde mental e sua operacionalização no interior das políticas governamentais.

Podemos pensar o deslocamento do poder sobre o usuário/paciente/louco, que antes estava restrito aos hospitais psiquiátricos e aos médicos, e que agora deve ser internalizado pelo próprio sujeito, que precisa saber se controlar e se fazer produtivo para ter acesso à liberdade vigiada dos programas assistenciais. Nesse aspecto, o modelo liberal da clínica (Foucault, 2011) aparece intrinsecamente ligado às concepções de *cidadania*, *autonomia*, *singularidade* e *responsabilização* dos usuários. O governo de si (Foucault, 2010c) expõe uma lógica de dominação ainda maior e mais incisiva sobre os pacientes das terapêuticas psi.

A razão deve englobar a desrazão, e dessa forma o conflito deixa de ser articulado a uma ordem exterior ao indivíduo e passa a ser associado à sua interioridade; ele é imanente à sua organização psíquica. Esse parece ser um dos movimentos de redução do social operados não só pela psicanálise, mas por todas as terapêuticas psi. A psicanálise rompe com o caráter absoluto e fixo da dualidade normal-patológico, borra o limite entre uma condição e outra, e, com isso, a longo prazo, a patologia, sempre *latente*, assegura a passagem da repressão à intervenção preventiva.

Assim, estabelece-se um paradoxo fundamental no discurso dos lacanianos de Escola sobre o tratamento da loucura: embora sejam críticos da concepção normatizante e universalizante de “saúde mental”, que não leva em conta as *singularidades* de cada sujeito, impõem uma *loucura* de maneira não menos determinista, normativa e genérica: se não existe a “normalidade”, existe a “loucura” em todos — e a *loucura de cada um* só pode ser diagnosticada e apreendida por psicanalistas lacanianos. Com isso, a postura contra conceitos médicos e a centralização do atendimento coaduna-se com a defesa da prática da *escuta singularizada*, que só eles são capazes de entender, avaliar e legitimar. Ao livrar o paciente das grades do manicômio, a psicanálise laciana, por meio de um modelo de encarceramento tão rigoroso quanto o primeiro, propõe encerrá-lo em si mesmo. É como se desviasse o foco do coletivo para a estratificação do *sintoma* como afecção individual, encapsulado no *paciente*: “A psicanálise já não escutaria os sofrimentos, mas os elaboraria, estabelecendo a articulação do que os ordena e regula” (Chertok e Stengers, 1993, p.9).

Desse modo, a *política da psicanálise*, da forma como manejada pela *comunidade analítica*, convoca a uma militância crítica não em relação à submissão dos *pacientes/usuários* à autoridade e hegemonia de um saber e uma prática no atendimento aos usuários de serviços públicos de saúde mental, mas a uma autoridade e hegemonia que não é a sua. A mobilização *política* não visa à transformação radical dos modelos de atendimento nos serviços públicos de saúde mental. Ao submeter o louco à *escuta* clínica, buscam incutir noções de *responsabilização e cidadania* — que remetem à imbricação entre ideologias liberais e individualistas — como modelo de controle e submissão dos *pacientes/usuários* a um quadro fixo de diagnósticos e tratamentos.

O sujeito reflexivo, produto da terapêutica, não toma o sofrimento como uma causa externa a ser extirpada; toma-o como uma parte de si mesmo que desconhecia, e “*se reconhecer no próprio sintoma, entender que ele é parte de você, isso faz uma revolução na cabeça e na vida da pessoa. Essa é a política da psicanálise*”, definiu Alejandra. Nessa *política da psicanálise* destacam-se princípios liberais que atualizam processos de individuação (Simondon, 1992) implicados na terapêutica. Portanto, a *política da psicanálise* não diz respeito apenas ao indivíduo e sua *experiência analítica*; também diz respeito a como essa experiência produz uma visão de mundo e um ethos que a coadunam com o contexto social em que a psicanálise está inserida.

Nessa perspectiva, Deleuze e Guattari (2006) problematizam o aforismo de Lacan “*Não digo ‘a política é o inconsciente’, mas simplesmente ‘o inconsciente é a política’*”¹¹, e chamam a atenção para os sentidos da “politização lacaniana”. Para os autores, essa afirmação é a expressão máxima da pretensão à universalidade dos preceitos psicanalíticos, e legitima a opressão explícita do sujeito através da ligação entre política e inconsciente: “É uma espécie de prestidigitação em que a subversão do Sujeito supostamente dotado de saber torna-se submisso perante uma nova trindade transcendental da Lei, do Significante, da Castração” (2006, p.290). Segundo Lézé (2010), por mais crítica e subversiva que se pretenda, a psicanálise lacaniana resvala no arcaísmo que sustenta sua teoria originária, pautada na castração. E, com isso, a teoria e a prática lacanianas passam de revolucionárias e subversivas a reacionárias e conservadoras, pois produzem regimes de enunciação que impõem, aos sujeitos, a reorganização subjetiva de acordo com seus próprios preceitos.

A patologização da loucura é uma questão que tanto a psicanálise quanto a psiquiatria ignoram, talvez porque se trate de uma problemática essencialmente social, que exige medidas transformadoras, em vez de reformadoras. O social, na visão dos interlocutores, está englobado

11 Frase presente no Seminário 14, intitulado A Lógica da Fantasia (1966-1967), ainda não publicado.

pelo individual, e o indivíduo é o seu limite de atuação — e é a partir dessa concepção que eles estabelecem a sua visão crítica da sociedade.

Referências Bibliográficas

- ANTONIO, Maria Carolina A. [2010] *A metonímia do desejo: estudo etnográfico da clínica lacaniana em Londrina-Pr*. 122f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- BADIOU, Alan. [1994] *Para uma nova teoria do sujeito*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- CARDOSO, Marina.[2003] Antropologia das emoções ou 'somatização' da teoria social? Em defesa da sociologia. *Olhar*, São Carlos, v. 9, p.17-29.
- CASTEL, Robert. [1978] *O psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- CHECCHIA, Marcelo. A. [2012] *Sobre a política na obra e na clínica de Jacques Lacan*. 363f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CHERTOK, Léon; STENGERS, Isabelle. [1993] *O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier a Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- FOUCAULT, Michel. [2007] *El poder psiquiátrico*. 1.ed., 1.reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel. [2011] *O nascimento da clínica*. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense.
- DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. [2006] Deleuze e Guattari explicam-se. In: DELEUZE, Gilles. *A ilha deserta e outros textos*. São Paulo: Iluminuras. p.277-292.
- DUNKER, Christian I. L. [2012] *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*. São Paulo: Annablume.
- FIGUEIRA, Sérvulo A. [1981] *O contexto social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- FIGUEIREDO, Gabriel. [2000] Reforma psiquiátrica: reflexões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 1, p.35-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000100010&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 12 dez. 2013.
- FOUCAULT, Michel. [2004] *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- FOUCAULT, Michel. [2010c] *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud (1992b)
- LACAN, Jacques. [1985] *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- LACAN, Jacques. [1998] De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. p.537-590
- LATOURET, Bruno; WOOLGAR, Steve. [1997] *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- LEVI-STRAUSS, Claude. [2012] O feiticeiro e sua magia. In: _____. *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac & Naify. p.237-264.
- LEVI-STRAUSS, Claude. [2003] *As estruturas elementares do parentesco*. 3.ed. Petrópolis: Vozes.
- LÉZÉ, Samuel. [2010] *L'autorité des psychanalystes*. Paris: PUF.
- LAMBERTE, Maria Tereza M. R. [1999] Política da psicanálise. In: POLLO, Vera; SCHERMANN, Eliane. (org.) *Comunidade analítica de escola: a opção de Lacan*. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora. p.132-136.
- MAUSS, Marcel; HUBERT, Henri. [2003] Esboço de uma teoria geral da magia. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify. p.47-182.
- NATHAN, Tobie. [2012] Manifeste pour une psychopathologie scientifique. In: _____. STENGERS, Isabelle. *Médecins et sorciers*. Paris: La Découverte. p.7-114.
- NATHAN, Tobie. STENGERS, Isabelle. [2012] *Médecins et sorciers*. Paris: La Découverte.
- ROUANET, Sergio Paulo. [2001] *Teoria crítica e psicanálise*. 5.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- SAFATLE, Vladimir. [2006] *A paixão do negativo: Lacan e a dialética*. São Paulo: Ed. Unesp.
- SARTORI, Lecy. [2010] *O manejo da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial*. 158f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

- SIMONDON, Gilbert. [1992] The genesis of the individual. In: CRARY, Jonathan; KWINTER, Sanford. (ed.) *Incorporations – Zone 6*. New York: Zone Books. p.297-319.
- STENGERS, Isabelle. [2002] *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Ed. 34.
- VELHO, Gilberto. [1986] *Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração*. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- VERAS, Marcelo; BESSET, Vera Lopes. [2007] Apresentação de pacientes: a clínica lacaniana na saúde mental. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 48, p.130-137.
- ZIZECK, Slavoj. [2010] *Como ler Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.