

ESTRUTURA BÁSICA DA CLÍNICA: DA MEDICINA MODERNA À PSICANÁLISE

Maurício de Novais Reis¹

RESUMO

A clínica médica, desde seu nascimento, vem sofrendo modificações constantes em seu estatuto ontológico, *vide* regra constituído essencialmente pelo modelo biomédico fundamentado na medicina científica. Não somente em razão dos avanços tecnológicos que impulsionam a clínica para uma posição de segundo plano, na contemporaneidade, mas especialmente devido às subversões semânticas de seu significado originário. Desta forma, engendrando uma investigação arqueológica acerca da clínica médica e, por extensão, psiquiátrica, este artigo possibilita uma reflexão acerca das similitudes e distorções existentes entre a clínica médica e psicanalítica, constituindo, para além de uma arqueologia, uma cartografia dos saberes acerca da prática clínica psicanalítica que se constitui como modelo clínico próprio da contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: Clínica. Biomedicina. Psicanálise. Transferência. Medicina.

1

INTRODUÇÃO

Neste período pós-moderno no qual estamos forçosamente inseridos, tornou-se corriqueiro os indivíduos utilizarem palavras oriundas do vocabulário médico e científico nas fraseologias cotidianas, tendo em vista a facilidade com que as informações são transmitidas em decorrência dos avanços alcançados pelas comunicações com o advento dos aparatos tecnológicos e, especialmente, da expansão cultural provocada pela globalização. Assim, duas intervenções, explicativas, fazem-se necessárias no tocante à continuidade deste artigo. A primeira refere-se à pretensão do autor com esta escrita, o qual não pode, invariavelmente, ser a de esgotar a presente temática, mas simplesmente suscitar as dúvidas que tornarão este estudo viável, propiciando como finalidade provocar uma investigação rigorosa da temática supracitada. A segunda intervenção que deve ser realizada é referente à explicitação das origens etimológicas da palavra clínica a fim de que compreendamos as modificações ocorridas na linguagem no decurso dos tempos.

A palavra “clínica” deriva-se etimologicamente do vocábulo grego *kliné*, cujo significado corresponde a “procedimento de observação direta e minuciosa” (BARBIER, 1985, p. 45). Consoante com este significado, *klinike tekhné* surge para designar “prática à beira do leito”, ou seja, técnica de acompanhar um indivíduo à beira do leito. Pode-se conjecturar que *klinikos* guarda íntima relação com o que compreendemos como leito ou cama, uma vez que o tecido conceitual permite essa relevante análise na busca pela compreensão do significado.

Nesta perspectiva, urge compreendermos ainda os desdobramentos acerca da clínica, bem como suas implicações subjacentes no tratamento das afecções anatomofisiológicas e psicopatológicas. Neste sentido, particularmente, explicitados os sentidos etimológicos da palavra, passaremos obrigatoriamente às questões referentes à sua aplicabilidade prática no vocabulário sustentado na contemporaneidade.

¹ Maurício de Novais Reis. Psicanalista e pedagogo, especialista em Teoria Psicanalítica pela FACEL. Professor de Filosofia da rede estadual de educação da Bahia. mauricio74321@hotmail.com. (73)9 9928-0460

ESTRUTURA BÁSICA DA CLÍNICA MÉDICA

Clínica, portanto, refere-se à prática médica relacionada a acompanhar o paciente à beira do leito, à medida que o mesmo encontra-se acometido por doenças. Assim, o médico, fundamentado na sintomatologia, acompanha a evolução dos sintomas expressos pelo corpo do paciente. A partir da manifestação dos sintomas, o médico “enquadra” ou “encaixa” os sintomas no interior de uma estrutura casuística. Toda clínica começa, sobretudo, através de uma *semiologia*, isto é, a interpretação dos signos [elementos formadores da base de todas as ciências modernas], porque procura identificar os sinais que possuem valor clínico para a compreensão da patologia. Por isso Lacan referiu-se ao “sintoma com sua tradução como valor de verdade” (LACAN [1971/1972], 2001, p. 30).

A identificação dos sintomas enquanto signos pertencentes à determinada patologia resulta no que denominamos *diagnóstico*. No percurso entre a manifestação dos sintomas e a definição do diagnóstico pelo médico, acontece impreterivelmente o processo de observação, cujo *olhar* encontra espaço privilegiado no traçado de um prognóstico sobre a doença.

Para além da semiologia que busca identificar os signos de valor clínico da doença, formatando assim tanto o diagnóstico como o prognóstico do processo evolutivo dos sintomas, que são uma espécie de máscara com que as doenças aparecem, necessita-se evocar também outro elemento pertencente à clínica, cuja denominação refere-se especificamente a uma teoria da causa das patologias, que é a *etiologia*. Enquanto a sintomatologia refere-se à teoria da manifestação dos sintomas no corpo do paciente, a etiologia introduz uma investigação, fundamentada na sintomatologia, referente às causas das afecções. Como exemplo, podemos citar o estado de alteração da temperatura natural do corpo humano, provocando o aquecimento do corpo em descompasso com a sensação térmica do indivíduo. A esse aumento da temperatura corporal habituamo-nos a nomear de febre. A febre, neste sentido, embora configure um estado patológico do organismo, não pode ser identificada como etiologia, mas somente como sintoma de uma etiologia outra, a saber, infecção. Portanto, sendo a febre apenas um sintoma da infecção, os

médicos não raramente seguindo uma espécie de cartilha casuística, deduzem existir um processo infeccioso no corpo do paciente, provocado pela ação de bactérias ou vírus. No caso de confirmação de ação bacteriana através de exames clínico-laboratoriais, normalmente prescrevem-se antibióticos.

Adentramos, desta feita, à força do exemplo supracitado, no campo da *terapêutica*. Entende-se por terapêutica o conjunto de ações empreendidas pelo médico com o objetivo de promover a cura do paciente. A terapêutica envolve os procedimentos engendrados pelo clínico com o objetivo de combater a etiologia dos sintomas. Para tanto, tomaremos novamente o exemplo anterior a fim de explicar as condições terapêuticas. Em caso de uma criança em estado febril, por exemplo, é praxe os clínicos prescreverem um antibiótico associado a um medicamento para controlar a temperatura corporal, uma vez que o acometimento sintomático possibilita no indivíduo o risco de convulsões. Não fosse o risco de a temperatura corporal comprometer ainda mais a integridade do paciente infantil, o medicamento para combater a febre tornar-se-ia inteiramente desnecessário, uma vez que, eliminando a bactéria (que é a causa da doença) a febre conseqüentemente desapareceria.

A terapêutica define o campo de ação no interior da clínica médica moderna. Deve-se esclarecer que falamos de clínica médica moderna consoante os escritos foucaultianos relativos à temática abordada especialmente no livro *O Nascimento da Clínica*, o qual enquadra a clínica médica numa configuração nosográfica descritiva, fenomenológica, posição que impossibilita a elaboração de uma nosologia sem que se recorra a fenômenos específicos de manifestação e evolução dos sintomas. Isto significa simplificadaamente que, para a clínica médica moderna, o corpo que não manifesta fenômenos de anomalia ou crises, representados pelos sintomas, signos e sinais que constituem o campo da semiologia médica, expressos no corpo, não possui etiologia; portanto, *grosso modo*, a doença inexistente como quadro fenomenológico observável pela clínica médica num corpo que não expressa sinais patológicos.

Nesta perspectiva, recorreremos a Lucas Nápoli dos Santos, que preconiza:

A chamada medicina científica, no entanto, vai se constituir sob a égide do mecanicismo. E se o corpo humano é uma máquina, logo as doenças serão todos os fenômenos que podem vir a danificar esse aparelho. A medicina, portanto, será a disciplina cujo objeto será justamente isso que pode prejudicar ou inviabilizar o funcionamento da máquina. [...] A ideia de que para cada doença existe uma lesão corporal correspondente será um dos traços mais marcantes da biomedicina (SANTOS, 2013, p. 52, 53).

Destarte, a clínica empreende um desvio conceitual e metodológico de seu caráter primitivo, sustentado na prática hipocrática. Hipócrates sustentava a existência, nos homens, de quatro tipos de humores, os quais deviam coexistir numa relação de equilíbrio. O desequilíbrio dos humores geraria, além de doenças corporais, significativas modificações na personalidade do indivíduo². A medicina hipocrática postulava a ideia de que o corpo busca seus próprios meios de cura.

Todavia, no decorrer dos séculos, de Hipócrates a Galeno, e, posteriormente, até a modernidade, com a adoção do modelo biomédico cientificizado, a medicina paulatinamente foi perdendo sua sensibilidade clínica. Desviou seu olhar, iatrogenicamente, do indivíduo que sofre para a doença que o acomete. Assim, o olhar clínico passou a focar a doença como objeto de cuidado em lugar do indivíduo acometido por ela. Houve, portanto, além de um desvio ontológico, ético e teórico-metodológico. Santos (2013, op. cit. 59), por sua vez, leciona:

Na realidade, o que o médico tem diante de si são os fenômenos, manifestações, queixas, ou seja, eventos que são *anteriores* ao diagnóstico. Não são *manifestações* da doença, mas sim fenômenos que ensejam uma conceituação como a doença X, Y ou Z (*Op. cit.* p. 59).

A crítica do modelo biomédico fica por conta do esvaziamento da clínica segundo sua conceitografia original. A clínica médica moderna, nascida “nos últimos anos do século XVIII” (FOUCAULT, 1977, p. 10), fundamentada paradigmaticamente no modelo biomédico cientificista e mecanicista, renuncia definitivamente à clínica na medida mesma em que passa a “buscar a *doença no doente* e não a *tratar o doente* (SANTOS, *op.cit.*, 59)”. Soma-se a presente crítica à atualização dos saberes clínicos psiquiátricos fortemente entrincheirados, ainda hoje, no modelo biomédico reducionista, cujo horizonte de ação privilegia uma terapêutica puramente

² Os quatro humores defendidos por Hipócrates como sendo responsáveis, em última instância, pela saúde do indivíduo são: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra.

farmacológica em detrimento de uma terapêutica com enfoque integrador. A psiquiatria moderna, recorrendo à tradição biomédica, objetiva, na maioria das vezes, produzir uma terapêutica unicamente medicamentosa, que desconsidera inteiramente os avanços produzidos no campo das psicoterapias³.

DA MEDICINA À PSICANÁLISE

Agora que conhecemos os elementos estruturantes básicos da clínica médica, a saber, semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica, tornou-se estritamente necessário que discutamos os diferentes modelos clínicos sustentados, por um lado, através da prática médica e, por outro lado, pela experiência psicanalítica. Nesta empreitada que agora começa é imprescindível que busquemos também as origens da clínica psicanalítica, estabelecendo uma investigação arqueológica acerca das metodologias e procedimentos básicos que constituem a chamada clínica psicanalítica.

Empreenderemos uma investigação arqueológica no sentido etimológico da palavra. Arqueologia enquanto prática de investigação das origens e princípios que atribuem à psicanálise seu estatuto de autêntica clínica da pós-modernidade. Não obstante, seria extremamente limitado empreender uma investigação arqueológica sem se construir uma cartografia do estatuto situacional da psicanálise enquanto prática clínica.

Nesta perspectiva, entendemos indubitavelmente indispensável um levantamento do histórico da psicanálise como método terapêutico. A psicanálise é um método psicoterapêutico fundado por Sigmund Freud, médico neurologista e

³ Apesar de compor o campo das psicoterapias, a psicanálise difere essencialmente das psicoterapias em decorrência de seu estatuto ético. Desta maneira, a psicanálise rejeita terminantemente a ideia de reforço da personalidade, bem como da identificação do sujeito, uma espécie de reforma daquilo que o indivíduo é, na sua essência, seus traços próprios de personalidade e identidade. As psicoterapias, geralmente, engendram um discurso da evolução do ser através da identificação com um determinado discurso moral estruturado em torno de uma concepção homogeneizadora de sujeito. A psicanálise, por seu turno, sustenta, opostamente às psicoterapias, o discurso da individualidade, que insere o indivíduo na subjetividade, incentivando-o a sustentar o lugar do seu desejo à medida que o desejo surge camuflado pelos sintomas na relação transferencial. Ademais, a psicanálise sustenta a existência do inconsciente, da sexualidade e da transferência, pontos fundamentais da teoria freudiana que são rejeitados pela maioria dos modelos psicoterapêuticos (ROUDINESCO, 1998, p. 625).

psiquiatra austríaco, que objetiva não somente o desenvolvimento de uma teoria acerca do funcionamento psíquico normal e patológico através de um método de investigação dos processos mentais, mas principalmente uma terapêutica que tenha como finalidade a obtenção da cura de psicopatologias de ordem neurótica e psicótica mediante esse método de investigação amparado pela relação transferencial (ABBAGNANO, 2007, p. 807).

Desta maneira, podemos afirmar que a clínica psicanalítica é herdeira da clínica médica, tendo em vista que Freud era médico. Contudo, podemos ademais afirmar que a clínica psicanalítica é uma variação da clínica médica, devido às diferenças encontradas no exame das duas estruturas clínicas. Calligaris sustenta, neste sentido, que a “clínica psicanalítica não é uma clínica descritiva, nem fenomenológica, mas é uma clínica estrutural, na medida em que o diagnóstico se estabelece na transferência” (CALLIGARIS, 1989, p. 9). Já a clínica médica, e por extensão a psiquiátrica, estabelece-se numa clínica descritiva e fenomenológica, isto é, fundamentada na descrição dos fenômenos ocorridos no corpo do paciente.

Quanto a essa diferenciação, constata-se a manutenção dos elementos da clínica, porém, instalando-os em posições peculiares a cada prática clínica. Se na clínica médica o diagnóstico é construído sobre a observação da manifestação dos sintomas no corpo do paciente, segundo uma cartilha semiológica casuística, estatisticamente organizada em que fomenta um padrão de interpretação baseado na quantidade de casos de configuração análoga, na clínica psicanalítica o diagnóstico é construído a partir do discurso do paciente; discurso no qual o paciente expõe seus conflitos intrapsíquicos e solicita, assim, uma interpretação do analista⁴. Neste quesito, embora muitos insistam equivocadamente inexistir

⁴ O vocábulo “casuística” refere-se, no interior da semiologia médica, à semelhança encontrada entre os variados “casos” clínicos sobre as quais se constitui o diagnóstico no modelo biomédico. Portanto, a partir dos sintomas manifestados no corpo do paciente o médico pode construir uma hipótese de diagnóstico com base na quantidade de casos semelhantes conhecidos. Neste respeito, torna-se indispensável enfatizar uma diferença fundamental entre a semiologia médica e a semiologia psicanalítica, uma vez que na psicanálise a semelhança dos “casos”, ou dos sintomas, não configura uma determinada etiologia. Para a psicanálise, os sintomas, embora apresentem manifestações de semelhança entre si, não retira do indivíduo, no interior da clínica psicanalítica, a originalidade de sua subjetividade. Pode, inclusive, acontecer de pacientes que apresentam sintomas análogos não

diagnóstico na clínica psicanalítica, este é construído na peculiaridade de cada caso. O conjunto de sintomas observados pelo analista não pode ser assentado como estatística nos manuais clínicos com vistas a constituir-se uma cartilha metodológica, uma vez que a psicanálise tem como escopo realizar uma clínica do sujeito que fala⁵. A semiologia psicanalítica, por sua vez, estrutura-se sobre os significantes constituídos pelo ‘inconsciente do paciente estruturado como linguagem’ (LACAN, [1964]1985, p. 25).

Enquanto a clínica médica desvia seu o *olhar* do sujeito para a doença, negligenciando, frequentemente, o lugar do discurso do paciente na elaboração da cura, a clínica psicanalítica, por seu turno, indaga do sujeito acerca de sua história, posicionando-o no lugar do discurso. Serge Leclaire (1989, p. 20) leciona acerca da posição do psicanalista frente à demanda discursiva do sujeito, num estado de “atenção equiflutuante”, acolhe o dito do analisando⁶ expresso iminentemente através da semântica cadeia significante “sem a preocupação de saber se vai reter alguma coisa”. Na prática clínica psicanalítica, o indivíduo é sujeito ativo do tratamento, porque a experiência clínica passa, impreterivelmente, pelo discurso do paciente. Discurso este que possibilita uma elaboração sobre a própria história do sujeito.

A prática clínica médica sustenta-se no procedimento da terapêutica baseada na prescrição medicamentosa, ancorada na eficiência farmacológica das substâncias curativas. Segundo a interpretação do médico acerca da semiologia, isto é, os sinais ou fenômenos apresentados pelo corpo do paciente é que a

apresentarem etiologias análogas. Por isso não se fala em “casuística” na experiência clínica psicanalítica, embora se relate casos clínicos.

⁵ Embora nos meios psicanalíticos seja comum a circulação de relatos clínicos, estes não possuem estatuto de cartilha casuística de semiologia psicanalítica. Os casos clínicos relatados pelos psicanalistas, incluindo aqueles relatados por Freud, revestem-se de importância teórico-metodológica na perspectiva de socializar os saberes adquiridos através da experiência clínica e não porque configuram uma espécie de “receita” de como os psicanalistas devem agir caso encontrem situações análogas às relatadas.

⁶ Lacan utiliza o termo “analisando” no lugar de “paciente”, usualmente utilizado por Freud. Na sua concepção, a palavra “paciente possui uma conotação passiva”. Assim, para Lacan, o vocábulo “analisando” insere radicalmente o sujeito no campo da ação. Não é o analista quem faz a análise, mas o sujeito à medida que encadeia os significantes fundamentais de sua história (PFEIL, 2015, p. 183).

terapêutica será ministrada. A etiologia médica é reconhecida através desses sinais manifestados através da sintomatologia. Reconhecida a etiologia, ou seja, as causas do adoecimento do corpo do paciente, o médico (e por extensão o médico psiquiatra) prescreve a medicação apropriada segundo a “leitura” semiológica dos sintomas apresentados pelo corpo do paciente⁷.

Todavia, um questionamento torna-se essencial: ainda existe uma clínica médica na pós-modernidade? Questionamento interessante, este, em tempos em que não existe mais a figura do clínico que “se assenta à beira do leito do doente” para acompanhar a evolução dos sintomas. Tempos são estes em que o discurso do paciente torna-se cada vez mais desnecessário em virtude das descobertas empreendidas no campo científico. Os médicos não mais interrogam os pacientes acerca dos sintomas; os médicos “solicitam exames laboratoriais, clínicos”, emudecendo definitivamente os pacientes. O paciente pós-moderno sequer precisa falar sobre os seus sintomas, porque os aparelhos tecnológicos conseguem detectar, mensurar e rastrear cada sinapse empreendida pelos seus neurônios. A fala do paciente tornou-se desnecessária em razão das transformações no modelo clínico. Por isso o questionamento torna-se essencial. Existe clínica sem que alguém esteja à beira do leito acompanhando a evolução dos sintomas? Existe clínica quando ninguém interpreta os sinais do corpo, expressos pela sintomatologia e entendidos com base na semiologia médica? Existe clínica onde o diagnóstico é elaborado pela frieza de uma maquinaria eletrônica?

Não existe a menor sombra de dúvida de que essa maquinaria eletrônica desempenha uma importante tarefa na contemporaneidade, postas as condições de vida na sociedade pós-moderna. Outrossim, não existe qualquer questionamento acerca do papel que a farmacopeia exerce no tratamento de doenças somáticas. Dado que “*Phármakon* designa na mesma palavra o remédio e o mal” (LAURENT,

⁷ “O melhor aliado do médico é o medicamento, o do analista, o sintoma. [...] o sintoma diz algo que não é dito de nenhuma outra forma.” (*op. cit.* 2015, p. 55). Nesta perspectiva, o sintoma opera como instrumento de transferência, constituindo uma mensagem acerca do sofrimento do analisando. Mas não somente isto. O sintoma autoriza o acesso ao inconsciente, posto que a própria transferência, instalada no interior do tratamento psicanalítico, configura-se, ela mesma, como resposta sintomática do desejo do sujeito.

2004, p. 34), tais questionamentos acerca da clínica e da terapêutica adquirem um valor superior, se não na reflexão do que configura clínica, pelo menos no sentido de exercitar a racionalidade ontológica. Portanto não se questiona aqui a eficácia da farmacopeia sobre o corpo biofisiológico, aplicada segundo a posologia especificada conforme estudos farmacológicos sobre os efeitos das substâncias aplicadas a fenômenos patológicos. Pelo contrário, os questionamentos que surgem dizem respeito antes à aplicabilidade da farmacopeia e da clínica médica na ordem do simbólico. O questionamento que nos assalta apresenta-se exatamente no ponto em que a clínica médica (incluindo a psiquiátrica) diverge da psicanalítica na relação clínico-paciente. A relação estabelecida entre o clínico e o paciente constitui-se condição essencial para o sucesso da terapêutica. Todavia, a relação médico-paciente apresenta o entrave no lugar do discurso, enquanto que a relação analista-paciente proporciona a entrada do paciente no campo da linguagem, campo no qual esse constrói o seu discurso e elabora o seus conflitos intrapsíquicos, protagonizando um discurso próprio e rejeitando o “discurso do mestre”; rejeição esta representada pelo silêncio do analista (LACAN, 1998, p. 245). A clínica psicanalítica propicia ao paciente as condições necessárias para reconciliar-se com sua história.

A medicina, tomando o caráter científico que ostenta hodiernamente, passou a renunciar à clínica arremessando-a no almoxarifado das recordações hipocráticas. Por isso, o psicanalista Christian Dunker argumenta que a psicanálise opera o ofício de guardião da clínica, cuja função é lembrar à medicina que ainda existe clínica, e, principalmente, como se exerce a clínica na contemporaneidade (DUNKER, 2012).

A psicanálise, para Lacan, constitui uma subversão da clínica. Conservando os elementos básicos da clínica, conforme descritos anteriormente, a psicanálise os transforma completamente ao passo que o fundamento da clínica psicanalítica é a linguagem, uma vez que é no *setting* analítico que o psicanalista desenvolve sua clínica, baseada na escuta da linguagem do paciente à medida que este adquire estatuto de sujeito do seu desejo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de clínica abordado no presente artigo, desde o seu nascimento à pós-modernidade, representada especialmente neste período pela prática psicanalítica da escuta, constitui-se resultado de uma arqueologia dos saberes médicos e psicanalíticos sustentados eminentemente na experiência relacional entre aquele que pratica a clínica e o paciente. Nesta relação entre clínico-paciente, a medicina sustenta a relevância do olhar do clínico sobre as afecções apresentadas sintomaticamente pelo organismo do paciente. Seguindo a lógica da prática clínica médica, o corpo acometido pela doença manifesta sinais que devem passar, impreterivelmente, pelo crivo da interpretação clínica, o qual se convencionou denominar de semiologia médica.

Uma vez interpretados os sinais advindos do corpo enfermo, que se manifestam através de alterações paradigmáticas designadas de “crises” ou “fenômenos” que caracterizam a medicina moderna como uma ciência das classes patológicas, portanto, classificatória das patologias existentes, torna-se indispensável estabelecer, à guisa desta conclusão, as similaridades e especificidades de cada clínica, posto que em determinado ponto da história suas similaridades tornam-se diametralmente divergentes.

À medida que a clínica médica desvia seu olhar do corpo do paciente, constituinte de “espaço” privilegiado da doença, direcionando-o às afecções como seu objeto de investigação essencial prioritariamente ancorado no modelo biomédico contemporâneo, anatomoclínico, pela natureza da estrutura investigativa, o presente artigo aponta peremptoriamente as dessemelhanças estruturais da prática analítica. A clínica psicanalítica, diferentemente, não se constitui uma clínica do olhar, mas uma clínica da escuta.

Na posição de clínica da escuta, a psicanálise sustenta a mesma estrutura elementar da clínica médica, a saber, semiologia, diagnóstica, etiologia e terapêutica; todavia, embora herdeira da clínica médica (e psiquiátrica), a psicanálise opera um distanciamento epistêmico-metodológico daquela, uma vez que se configura no lugar da escuta, espaço que privilegia o discurso do sujeito articulado mediante seu desejo. A escuta, portanto, no âmbito da clínica

psicanalítica, privilegia o paciente. Os elementos fundamentais da clínica operam enquanto matrizes estruturantes do tratamento, porém sem interferir na expressão do sujeito diante da construção semântica da sua existência.

Portanto, considerando os pontos de divergências e convergências apresentados pelas duas formatações clínicas, percebe-se o descolamento evidente, porque, embora a estrutura clínica psicanalítica conserve os mesmos elementos, estes se apresentam numa perspectiva indubitavelmente diferente. No campo epistemológico, a clínica psicanalítica opera a partir da escuta e não do olhar, provocando uma diferenciação de pressuposto, uma vez que os signos manifestam-se na fala do paciente, não no seu corpo. No campo metodológico, a clínica analítica opera uma posição de valorização da história do sujeito, bem como seus desejos e fantasias, versões acerca de sua existência; reconciliação com sua própria história. Nesta perspectiva, antes de constituir-se uma crítica ao modelo biomédico e, especialmente, à clínica psiquiátrica, este artigo buscou constituir um espaço de reflexão acerca das formatações clínicas contemporâneas abordando a estrutura das mesmas e apontando, no interior da estrutura, as evidentes divergências.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BARBIER, René. *Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. *Estrutura do Tratamento Psicanalítico*. Conferência do Fórum do Campo Lacaniano de Natal – FCL, 26 e 27 de outubro de 2012.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

LACAN, Jacques [1964]. *O Seminário, livro XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, Jacques [1971-1972]. *O Saber do Psicanalista*. Publicação Interna da Associação Freudiana Internacional. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2001.

LAURENT, Éric. Como engolir a pílula? In: *Ornicar? 1: De Jacques Lacan a Lewis Carrol*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

LECLAIRE, Serge. *Psicanalisar*. 2ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 1986.

PFEIL, Cláudio. *Diário de um Analisando em Paris*. 3. ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ROUDINESCO, Elisabeth. PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, Lucas Nápoli dos. *A Doença como Manifestação da Vida: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde*. Curitiba: Prismas, 2013.

BASIC STRUCTURE OF THE CLINIC: IN MODERN MEDICINE TO PSYCHOANALYSIS

ABSTRACT

Since its birth, the medical clinic, undergoing constant changes in its ontological status, which was essentially basically the biomedical model in scientific medicine . This is not only explained by technological advances that puts the clinic in the background, but also and especially by reversing its original definition. So, having generated an archaeological investigation around the medical clinic and psychiatric extension, this work provides a reflection on the similarities and existing distortions between psychoanalytic clinical component from archeology, mapping of knowledge about the practice of the clinic s is constituted as own model in the contemporary era.

KEYWORDS: Clinic. Biomedicine. Psychoanalysis. Transfer. Medicine.

LA STRUCTURE DE LA CLINIQUE : DANS LA MEDICINE MODERNE AU LA PSYCHANALYSE

RÉSUMÉ

Depuis de sa naissance, la clinique médicale, subit de manière constante des modifications de son statut ontologique, qui fut essentiellement constitué du modèle biomédical fondamentalement au niveau de la médecine scientifique. Ceci n'est pas seulement expliqué par les avancées technologiques qui fait passer la clinique au second plan, mais également et surtout par l'inversion de sa définition originelle. Ainsi, ayant engendré une investigation archéologique autour de la clinique médicale et par extension psychiatrique, cet écrit permet une réflexion autour des similitudes et distorsions existantes entre la clinique psychanalytique constituant depuis une archéologie, une cartographie des savoirs autour de la pratique de la clinique qui s'est constitué comme modèle propre à l'ère contemporaine.

MOTS-CLÉS : Clinique. Biomédecine. Psychanalyse. Transfert. Médecine.

Recebido em: 09-09-2016

Aprovado em: 07-10-2016

© 2016 Psicanálise & Barroem revista

<http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/>

revista@psicanaliseebarroco.pro.br

Programa de Pós-Graduação em Memória Social — UNIRIO.

Memória, Subjetividade e Criação.

<http://www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php>