

Significação social da psicologia

III — Porque se pratica a psicologia clínica? (*)

ROBERT FRANCK (**)

1. *Será na Psiquiatria que nós devemos procurar a significação social da Psicologia Clínica?*

A necessidade de compreender a significação social da Psicologia, bem como de explicar o seu desenvolvimento, levou-nos a uma observação circunstanciada das instituições onde ela obteve os seus maiores sucessos: a escola, a empresa e a instituição psiquiátrica.

Num primeiro artigo ⁽¹⁾, procurei mostrar, entre outras coisas, que a psicologia escolar não é, como poderia imaginar-se, um «corpus» de conhecimentos sobre a criança que um belo dia teria penetrado na escola, e que sobre ela teria começado a exercer uma influência crescente. Bem pelo contrário, a psicologia escolar nasceu da escola, fruto da sua própria organização em classes de idade, e a sua expansão ficou a dever-se às transformações estruturais desta instituição, re-

sultantes do crescimento considerável do número de alunos no ciclo secundário. Chegámos mesmo a uma conclusão mais radical: foi a própria instituição escolar que se psicologizou, nas suas estruturas como no seu pensamento, para responder a uma situação socioeconómica nova.

De maneira análoga, a psicologia industrial nasceu da empresa e das suas necessidades: foi o que tentei explicar num segundo artigo ⁽²⁾. O recrutamento e a gestão do pessoal psicologizaram-se porque as novas formas de organização do trabalho já não permitiam assegurar o recrutamento ou a integração das pessoas na instituição, graças às normas e valores tradicionais da empresa.

Será possível seguir uma metodologia idêntica para perceber a significação social da Psicologia Clínica? Tornar-se-á possível partir da instituição psiquiátrica para qualificar e explicar o seu desenvolvimento? As coisas são, neste caso concreto, menos claras. A psicologia clínica pratica-se, efectivamente e cada vez em maior escala, fora das instituições psiquiátricas; além disso, frequentes vezes no decurso da sua história, ela apa-

(*) Este texto é o terceiro de uma série de quatro artigos sobre a «Significação Social da Psicologia», que tem vindo a ser publicada na *Análise Psicológica*.

(**) Professor na Universidade Católica de Lovaina e no ISPA.

(1) «Significação Social da Psicologia — 1. A Psicologia Escolar», *Análise Psicológica* n.º 2-3, Série II, Lisboa.

(2) «Significação Social da Psicologia — 2. Porque se pratica a Psicologia Industrial?», *Análise Psicológica* n.º 4, Série II, Lisboa.

receu a opor-se no terreno teórico, ideológico e institucional à psiquiatria, ou, no mínimo, à abordagem neurológica da psiquiatria, bem como aos hospitais psiquiátricos. Significará, porventura, esta oposição que a psicologia clínica é completamente estranha e exterior à instituição psiquiátrica? Nesse caso, a presença mais ou menos importante, segundo as épocas e os lugares, de práticas psicoterapêuticas no seio dos estabelecimentos psiquiátricos deveria ser interpretada como o caso de uma intervenção — vinda do exterior — da psicologia numa parte do campo médico, uma espécie de cavalo de Tróia como que destinado a subverter a psiquiatria. E não é assim que a concebem aqueles que conferem um carácter quase militante à expansão das técnicas psicoterapêuticas nos hospitais?

Quando, porém, se investiga a história da psiquiatria, constata-se que a psicologia já está presente nos asilos desde a primeira metade do século XIX, e que uma abordagem não-médica da loucura aí ocupa um lugar importante. As práticas terapêuticas em psiquiatria vão buscar os seus critérios, as suas justificações e o seu fundamento teórico — pelo menos em boa parte — ao pensamento psicológico. Deste modo, tornava-se impossível fazer uma história da psiquiatria se quiséssemos abstrair da psicologia: essa história seria incompreensível. Poderíamos ainda acrescentar que a parte da psicologia que está presente no campo psiquiátrico concorre aparentemente para os mesmos efeitos sociais que a medicina psiquiátrica: pôr sob tutela categorias de populações cada vez mais numerosas. Robert Castel foi o primeiro a fazer luz sobre estes aspectos e é ainda o grande autor de referência. Todas estas razões nos levam a reconhecer que a psicologia clínica, com as suas múltiplas ramificações psicoterapêuticas — psicanálise incluída — faz parte integrante da psiquiatria, e que ela é um elemento constitutivo da instituição psiquiátrica. A extensão das práticas psicoterapêuticas para o exterior

dos hospitais psiquiátricos deveria então ser interpretada como uma expansão da própria instituição psiquiátrica, não se devendo, pois, confundir os limites de uma instituição com as paredes dos estabelecimentos onde ela tomou forma. Parece, deste modo, legítimo partir da instituição psiquiátrica quando pretendermos explicar os desenvolvimentos da psicologia clínica e quando quisermos definir a sua significação social.

Uma outra dificuldade, porém, surge então: como delimitar o lugar que a psicologia clínica ocupa no seio da instituição psiquiátrica? Após termos admitido que a psicologia clínica é uma parte constitutiva da psiquiatria, não podemos, por outro lado, esquecer que ela é apenas uma parte. Ora os estudos consagrados à história da psiquiatria não se preocupam, geralmente, em analisar e avaliar o papel específico da psicologia no seio do campo psiquiátrico. É isso que vamos tentar de seguida.

Vamos primeiramente tentar mostrar como e porquê a psicologia clínica emergiu da instituição psiquiátrica. Esta instituição desenvolveu — lenta e progressivamente — uma maneira de pensar psicológica em ruptura com a psicologia filosófica como a de Locke, Condillac e dos Ideólogos. A psicologia clínica é a primeira forma do pensamento psicológico moderno. Examinaremos, pois, quais as necessidades da instituição aos quais esta nova psicologia poderia responder e que poderiam explicar o seu aparecimento no campo psiquiátrico. Procuraremos, deste modo, delimitar e avaliar o lugar do pensamento psicológico no seio da instituição cuja ambição é, apesar de tudo e antes do mais, médica, e cuja prática — pela força das circunstâncias — se reduz, na enorme maioria das situações, à vigilância dos doentes. Feito isso, tentaremos explicar porque é que a psicologia clínica conheceu, desde 1960, um espectacular desenvolvimento, tanto fora como dentro dos hospitais psiquiátricos, com vista a determinar a significação social desta expansão.

A. COMO E PORQUÊ A PSICOLOGIA CLÍNICA EMERGIU DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA?

2. *Um curioso amálgama*

Não existe unidade no discurso psiquiátrico. A história da psiquiatria, desde a segunda metade do século XIX, é uma sequência de variações mais ou menos equilibradas entre três abordagens da doença mental que, apesar das suas divergências conceptuais e da diversidade das práticas que elas determinam, concorrem para definir os valores e as normas da instituição psiquiátrica. Trata-se da abordagem médica, da abordagem psicológica, mas também e talvez sobretudo da abordagem pedagógica da loucura. Estas três abordagens constituem um amálgama pragmático instável, sem unidade teórica possível hoje. E, apesar de tudo, importa acrescentar que, nos primeiros tempos da medicina mental, tinha-se conseguido uma síntese harmoniosa.

Aqueles que, em França, criaram os asilos, que trabalharam com ardor na sua propagação e que os dirigiram, eram médicos. Não há nisso nenhum motivo de admiração porquanto, com o século das Luzes, a loucura tinha-se tornado uma doença e objecto do saber médico. A loucura passou a ser atribuída pura e simplesmente a lesões do cérebro. Tornava-se, desse modo, conveniente entregar o cuidado dos loucos aos médicos. Mas, por outro lado, a opinião médica estava de acordo em que a loucura era incurável⁽³⁾. Nestas condições seria, de facto, oportuno abrir instituições especiali-

zadas de cuidados para loucos, e confiar a sua direcção a médicos? Os primeiros alienistas tiveram o cuidado de estabelecer que a loucura, contrariamente àquilo que se poderia crer, era mesmo curável⁽⁴⁾. Chegaram a essa conclusão ao constatarem o elevado número de curas que obtinham; mas essa conclusão foi igualmente, e sobretudo, o resultado do desenvolvimento de uma etiologia da loucura, que permitia pensar que ela era curável pela educação, e da procura de um princípio de inteligibilidade da loucura por parte da psicologia filosófica. Foi a síntese, assim realizada, do olhar médico, do olhar pedagógico e do olhar psicológico, que deu origem a esta «medicina especial» que, em breve, se viria a chamar «medicina psicológica» ou ainda «psiquiatria». Mas era igualmente esta síntese que, meio século mais tarde, se iria desfazer irremediavelmente.

3. *As causas da loucura são físicas e morais*

Qual era a etiologia da loucura, proposta em primeiro lugar por Pinel, e rapidamente partilhada pelos primeiros alienistas, que permitiu essa síntese? A loucura, afirma Pinel, pode ter causas físicas, directamente cerebrais (como um golpe violento sobre a cabeça), ou uma mal-formação do crânio; ou indirectamente cerebrais, isto é, que atingem o cérebro em virtude das ligações deste com os outros órgãos do corpo. Pode também ser causada pela hereditariedade. Por último, a loucura pode ter causas morais: quer se trate de paixões vivas e fortemente contrariadas ou prolongadas, quer de excres-

⁽³⁾ Podemos, inclusivamente, ser mais rigorosos: «incurabilidade de princípio, eventual curabilidade de facto: assim resumíamos, em última instância, como se recordam, o corpo de doutrina implícita que sustentava os processos antigamente postos em acção e que regulava a sua hesitação fundamental, a renúncia prévia e a necessidade sentida, apesar de tudo, de uma tentativa de tra-

tamento». Marcel Gauchet e Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain*, Ed. Gallimard, 1980, pp. 84-85.

⁽⁴⁾ «É a uma fórmula exactamente inversa que Pinel chega: curabilidade de princípio, eventual incurabilidade de facto», M. Gauchet e G. Swain, *op. cit.*, p. 85.

sos de todo o género, irregularidade dos costumes ou do modo de vida, quer ainda da educação no caso de ela ser demasiadamente permissiva ou, pelo contrário, excessivamente dura ⁽⁵⁾. As causas morais são numerosas e importantes na produção da alienação mental: Pinel atribui-lhes mais de metade dos casos.

Como agem estas causas morais? Elas agem, em primeiro lugar, sobre a circulação e sobre a respiração, mas mais ainda sobre as vísceras; isto corresponde perfeitamente à experiência que nos é familiar no momento em que sentimos uma emoção: o sangue que sobe ao rosto, a respiração ofegante e as contracções violentas do ventre. Por vezes acontece que as perturbações circulatórias, respiratórias e viscerais actuam de forma a progredirem até ao cérebro, pela via das «simpatias», gerando perturbações de cérebro, que se manifestam então sob a forma de perturbações das faculdades mentais.

Quanto à natureza destas perturbações da razão, ou quanto à natureza das diferentes formas de loucura, Paul Bercherie faz notar que elas não são, na ideia de Pinel ou de Esquirol, determinadas por causas específicas. É a constituição de cada indivíduo (a sua compleição física, o seu sexo, etc.) que o faz reagir de maneiras diferentes às perturbações do seu corpo, ou às agressões que lhe chegam do exterior.

Sublinhamos desde já que se os primeiros alienistas afirmam a existência de causas morais da loucura, eles reconhecem igualmente que ela deriva de causas físicas. E convém sublinhar também que, segundo eles, é agindo sobre o corpo que as causas morais podem produzir a loucura ⁽⁶⁾. Está, pois,

completamente fora de questão, para estes médicos, negar ou subestimar a parte do corpo na etiologia da loucura. Mas eles estão interessados também em fazer admitir que pelo menos uma parte (e uma parte, sem dúvida, considerável) das loucuras têm causas morais ⁽⁷⁾. Isso justifica amplamente que se abra «asilos», onde os loucos estarão ao abrigo das agressões morais que vêm do seu meio de vida habitual. O meio social e, em particular, a vida agitada que a Revolução Francesa engendrou, bem como as desordens resultantes do desmoronar dos poderes estabelecidos e da transformação das relações sociais de produção tradicionais ⁽⁸⁾, explicam, sem dúvida, numerosas perturbações mentais. As causas morais da loucura são igualmente causas sociais neste início do século XIX. A ideia, de resto, não é

“economia”, quer dizer, sobre o organismo considerado como um todo funcional, perturbando-os. (...) embora as causas morais sejam uma rubrica de causas físicas simpáticas». P. Bercherie, *op. cit.*, pp. 32-33.

⁽⁷⁾ «Importa, entretanto, notar que, para a alienação mental como para as outras neuroses, ele [Pinel] cita numerosas causas lesionais ao lado de alterações idênticas da função sem lesão perceptível: o importante é que a lesão não é constante e que ela representa, portanto, um elemento contingente.» P. Bercherie, *op. cit.*, pp. 28-29.

⁽⁸⁾ Girard escreve em 1846: «o movimento das ideias e as instituições políticas, ao tornarem dinâmicas as profissões anteriormente imóveis e estáveis, tiveram como resultado, a par de um grande bem, os excessos de uma concorrência ilimitada e um esquecimento daquilo que as antigas instituições tinham de bom na teoria e na prática. À falta de um regulador, a geração actual, que se encontra numa verdadeira época de transição e de organização, lançou-se na nova carreira que ela tinha criado e encontrou novas causas de infelicidade e de destruição. Muitas inteligências, sobre-excitadas por uma ambição sem freio, sem limites, gastaram-se pervertidas numa luta acima das suas forças que conduziu à loucura, encontraram num esquecimento da virtude ou numa educação insuficiente a causa deste acidente. Outras, pressionadas pela neces-

⁽⁵⁾ Cf. Paul Bercherie, *Les Fondements de la Clinique*, ed. La Bibliothèque d'Ornicar et Seuil, 1980, p. 32. Apoiar-me-ei, nas páginas seguintes, sobre a interpretação que Paul Bercherie propôs do pensamento de Pinel.

⁽⁶⁾ Segundo Pinel, as causas morais «agem pela acção que elas exercem sobre os órgãos da

nova: «a loucura, em conformidade com as ideias do século XVIII, é uma doença, não da natureza, nem do próprio homem, mas da Sociedade; emoções, agitação, alimentação artificial, são outras tantas causas admitidas por Tuke e pelos seus contemporâneos. Produto de uma vida que se afasta da natureza, a loucura não é senão da ordem das consequências»⁽⁹⁾. Foucault pretende dizer, neste texto, que a loucura, no séc. XVIII, não pode ter uma causa «natural» ou que não pode ter uma causa física? Seja qual for a ideia das causas que a provocam, a loucura é, nessa época e com toda a evidência, considerada uma doença do corpo. E se então se defende a hipótese de uma origem social e moral da loucura, não se visa contestar o carácter orgânico da loucura, tal como hoje acontece. Trata-se, por um lado, de justificar o isolamento dos loucos e o seu enclausuramento, mas pretende-se também, por outro lado, mostrar o bem fundado da sua entrega aos cuidados e à autoridade da medicina e dos médicos. Longe de oporem a abordagem moral e social da loucura à sua abordagem organicista, pensa-se, pelo contrário, que é exactamente sobre o corpo e finalmente sobre o cérebro do louco que as causas morais e sociais actuam.

4. A educação torna-se num tratamento médico

Mas se é verdade que as causas morais produzem a loucura ao actuarem sobre o

cidade, privadas do apoio protector das antigas corporações, sentiam-se demasiado fracas para resistir e o desencorajamento e a miséria conduziram-nas à «perda da razão». «Compte-rendu sur le service des aliénés de Fains en 1842, 1843, 1844, par Renaudin», *Annales médico-psychologiques*, 1846, t. VIII, p. 143. Citado por R. Castel, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Ed. de Minuit, 1976, pp. 120-121.

⁽⁹⁾ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Ed. Gallimard, 1972 (reed.), p. 492.

cérebro por intermédio das vísceras ou de outros órgãos, pode igualmente esperar-se, em boa lógica, curar a loucura por uma acção moral inversa, exercida (também ela) sobre o corpo⁽¹⁰⁾. A loucura é curável por um «tratamento moral» que de modo nenhum se opõe — como teríamos tendência para pensar no nosso tempo — ao tratamento físico, uma vez que ele próprio é um tratamento físico com meios morais⁽¹¹⁾.

Uma tal concepção do tratamento moral, que nos pode surpreender, torna-se perfeitamente compreensível se a reportarmos à antropologia materialista dos fins do século XVIII, aquela que é apresentada por La Mettrie e Cabanis, por exemplo; esta antropologia encontra os seus fundamentos nas filosofias empiristas e sensualistas, e está intimamente associada ao pensamento médico da época. La Mettrie é médico; ele recusa-se, contra o dualismo cartesiano, «a conceber como dual aquilo que é evidentemente uno», e afirma «a unidade material do homem»⁽¹²⁾; e Cabanis, igualmente médico, admira-se que se tenha «julgado conveniente traçar uma linha de separação entre o estudo do homem físico e o do homem moral»⁽¹³⁾. Numa palavra, esta antropologia é monista. «Os diversos estados da alma (são) sempre correlativos dos do corpo», explica La Mettrie. Estes estados da alma sofrem os efeitos de factores internos

⁽¹⁰⁾ Cf. P. Bercherie, *op. cit.*, pp. 34-35.

⁽¹¹⁾ E, de facto, o tratamento moral vai a par com o recurso aos meios físicos de intervenção sobre o corpo: purgas, sangrias, anti-espasmódicos, banhos frios ou tépidos podem igualmente voltar a trazer o louco à razão.

⁽¹²⁾ A. Vartanian, La Mettrie, *L'Homme-machine. A study in the origine of an idea*, Princeton University Press, 1960, pp. 184 e 185. Citado por Denise Leduo-Fayette, em «Cabanis et La Mettrie: consonances, dissonances», *Les Études Philosophiques*, PUF, Jan.-Março 1982, p. 71.

⁽¹³⁾ *Oeuvres de Cabanis*, PUF, «Corpus général des Philosophes français», 1956, I, p. 111. Citado por D. Leduo-Fayette, *op. cit.*, p. 71.

(a bília, o sangue, a febre, a hereditariedade...) ou de factores externos: o clima, a alimentação, as drogas... ou ainda a instrução! Se isto é assim, nada se opõe a que se assimile o tratamento moral a um tratamento médico.

Em que é que consiste este tratamento? Ele inspira-se directamente nas práticas em uso na educação. «Efectivamente, escreve Girard em 1843⁽¹⁴⁾, as casas consagradas ao tratamento da loucura têm muitas relações com as casas de educação (...). É preciso não esquecer que os alienados são crianças grandes (...).» De que educação se trata? Nos asilos como nas casas de educação, nesta época, é a razão que se trata de educar, ou de reeducar. Educação difícil, porque as desordens do espírito que afligem os loucos são mais graves e mais resistentes do que os erros de juízos e os desmandos das paixões que se corrigem nas crianças. Mas elas não são de outra natureza. Como voltar a pôr ordem nas ideias dos loucos? Como se faz com as crianças nas casas de educação, submetendo-as a uma vida bem regulada, impondo-lhes uma disciplina rígida, e oferecendo-lhes modelos a imitar. Eis como Parchappe⁽¹⁵⁾ descreve os meios de tratamento da loucura em 1841, no seu *Relatório sobre o serviço médico do asilo de alienados de Saint-You*: «A ordem e a regularidade em todos os actos da vida comum e privada, a repressão imediata e incessante das faltas de toda a espécie, e da desordem sob todas as suas formas, a imposição do silêncio e do repouso durante certos períodos determinados, a obrigatoriedade do trabalho para todos os indivíduos aptos, as refeições em comum, os recreios a horas fixas e de duração determinada, a interdição dos jogos que excitam as paixões e desenvolvem a preguiça, e, acima de tudo, a acção do médico que impõe a submissão, a afeição e o res-

peito pela sua intervenção incessante em tudo o que diz respeito à vida moral dos alienados: tais são os meios de tratamento da loucura (...).»

Vemos até que ponto a componente educativa ou pedagógica da psiquiatria é importante nesta primeira metade do século XIX. Mas, a bem dizer que esta abordagem pedagógica da loucura continuou viva — poderíamos dizer preponderante⁽¹⁶⁾ — nos hospitais psiquiátricos até há muito poucos anos, com os seus dois rostos, o do psiquiatra atento ao doente e um pouco paternalista por um lado, mas também o das repressões brutais que têm sido denunciadas, sem qualquer êxito, desde há mais de cem anos⁽¹⁷⁾. A violência nos hospitais explica-se pela promiscuidade, insuficiência de pessoal, poder desmesurado que os agentes terapêuticos detêm sobre os doentes na total ausência de controlos adequados, e pela natureza totalitária da instituição descrita por Jovin Goffman⁽¹⁸⁾. Podemos, entretanto, acrescentar que ela encontra o seu sentido e a sua legitimidade — ou o seu alibi — numa concepção educativa do tratamento, segundo a qual uma disciplina severa e punições de todas as espécies podem conduzir o louco — tal como a criança — à razão. É, sem dúvida, esta abordagem pedagógica da loucura — muito mais do que a sua abordagem organicista — que é combatida pela psicologia clínica e pelos psicoterapeutas, contrariamente àquilo que geralmente se

⁽¹⁴⁾ Citado por R. Castel, *op. cit.*, p. 244.

⁽¹⁵⁾ Citado por R. Castel, *op. cit.*, p. 124.

⁽¹⁶⁾ Certamente que a psiquiatria sempre foi concebida como um ramo da medicina, e jamais cessou de promover, no plano teórico, uma abordagem médica da loucura. Mas a prática quotidiana nos asilos e nos hospitais psiquiátricos foi igualmente sempre, e antes de tudo, uma prática de internamento regulada, de perto ou de longe, por princípios educativos mais ou menos autoritários ou liberais.

⁽¹⁷⁾ Cf. R. Castel, *op. cit.*, pp. 13 e 266-275

⁽¹⁸⁾ *Asiles — Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Ed. de Minuit, 1968.

pensa. Voltaremos a este assunto um pouco mais adiante.

5. *O tratamento moral, é ele próprio, também um tratamento psicológico?*

Queria, para já, sublinhar apenas que a pedagogia que informa o tratamento moral não é, de modo nenhum, uma psicopedagogia⁽¹⁹⁾, e que o tratamento moral é estranho, na sua primeira inspiração, a uma abordagem psicológica da loucura tal qual se pode entender hoje. Isto não é indiferente para nós, uma vez que nos interessa investigar o aparecimento da psicologia clínica na instituição psiquiátrica. Numerosas vezes se julgou reconhecer no tratamento moral uma primeira figura da abordagem psicoterapêutica da loucura, pelo menos na medida em que este tratamento se tornava individualizado⁽²⁰⁾. Não há, a meu ver, razão para uma tal ideia. O tratamento moral era sobretudo colectivo, uma vez que ele recorria a dispositivos institucionais aplicáveis a todos os loucos⁽²¹⁾. Mas podia ser igualmente acompanhada de intervenções

⁽¹⁹⁾ O tratamento moral inspira-se antes, pelo contrário, como se disse, nas casas de educação da época e no pensamento pedagógico que hoje designamos por «tradicional». Anotemos, de resto, que este mesmo ideal de educação presidirá igualmente à criação das novas prisões no decurso do século XIX.

⁽²⁰⁾ Cf. R. Castel, *op. cit.*, pp. 288-289, e, sobretudo, G. Swain, *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie*, Ed. Psycrat, 1978.

⁽²¹⁾ «Uma instituição de alienados», escreve Esquirol, «é um instrumento de cura; confiada a mãos hábeis, é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais». Citados por G. Swain, *op. cit.*, p. 12. R. Castel compara o tratamento moral, quando ele é colectivo e institucional, à psicoterapia institucional, o que é aceitável se pusermos entre parêntesis o pensamento psicológico que acompanha estas práticas, pois este pensamento é profundamente diferente num e noutro caso, como vamos ver em seguida.

individualizadas do médico junto dos doentes, caso a caso. O carácter individual não é, entretanto, um critério suficiente para avaliar a sua natureza: que haveria de psicológico na conversa singular entre o médico e o seu doente? Para o saber, teremos de traçar uma linha de demarcação clara entre a psicologia filosófica, que se apoiava no tratamento moral, e à qual recorriam (muito naturalmente) os primeiros alienistas, e a psicologia clínica que eles foram gradualmente introduzindo em sua substituição. E, para traçar esta linha de demarcação, não possuímos melhor análise do que aquela que fez Michel Foucault acerca da evolução do pensamento clínico em medicina, e compará-la com os primórdios da nova medicina mental.

a. *Antiga e nova clínica médica*

Foucault⁽²²⁾ situa o nascimento da medicina moderna nos últimos anos do século XVIII. Até essa altura, a clínica consistia em descrever os sintomas mórbidos e classificá-los em famílias, géneros e espécies, segundo o modelo botânico do herbário, e, mais geralmente, sob a forma de um quadro nosológico, como se fazia em história natural. A doença estava integralmente contida no sintoma. Ela tinha, bem entendido, a sua causa nos distúrbios da mecânica interna do corpo; mas a natureza da doença era inteiramente visível no sintoma, de maneira que, classificando os sintomas, se podia, nessa medida, classificar as doenças. E, para conhecer a doença, bastava conhecer o sintoma. Parece-me que podemos concluir que se a causa da doença, numa tal concepção da clínica, estava assim escondida no corpo e se, desse modo, era necessário encontrar

⁽²²⁾ Michel Foucault, *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, PUF, 1972 (1.^a ed. 1963).

a explicação no interior do corpo, a sua inteligibilidade ou o seu sentido, ao invés, aparecia de modo integral no sintoma. Por outras palavras, a inteligibilidade da doença não coincidia com a sua explicação causal; e não se tornava necessário procurar essa inteligibilidade no interior do corpo, ela era dada pelo sintoma.

É esta ligação estreita entre o sintoma e a natureza da doença que se vai desfazer, dando lugar aos desenvolvimentos da anatomia patológica e à clínica moderna. Para a clínica moderna, a verdade da doença já se não encontra inscrita no sintoma, ela está, de agora em diante, mergulhada no corpo e é necessário ir à sua procura no interior do corpo. Os sintomas continuam ainda a ser uma manifestação da doença à superfície do corpo, mas uma manifestação que se tornou precária e incerta. A abordagem clínica já não consiste somente em descrever e classificar os sintomas, mas em procurar a inteligibilidade no interior do corpo. É necessário compreender agora o visível a partir do invisível, é preciso tornar inteligível aquilo que apareceu à superfície do corpo, através daquilo que está escondido no interior do corpo.

Comparemos agora esta evolução da clínica médica com a constituição da nova medicina mental. É conhecido o programa de Pinel: «Porque é que não se podia transportar para esta parte da medicina, como para as suas outras partes, o método usado em todos os ramos da história natural?»⁽²³⁾. Trata-se do método nosográfico em uso na antiga medicina, que consiste em distribuir os sinais exteriores da doença nas diferentes categorias de um quadro, diferenciá-los e reagrupá-los em famílias, géneros e espécies. Mas, como sublinha Castel, Pinel e o

grupo da Salpêtrière colocavam-se assim «contrariamente ao desenvolvimento contemporâneo do saber médico»: este saber, na mesma época, transforma-se, «procura nos tecidos e nos órgãos o princípio de uma inteligibilidade subjacente à doença»⁽²⁴⁾. A nova medicina especial não procura no interior do corpo o princípio de inteligibilidade das diferentes espécies de loucura. É unicamente nesse sentido que ela não é organicista, e não no sentido em que ela contestaria a necessidade de uma acção sobre o corpo para o tratamento das loucuras. Ela supõe simplesmente que a inteligibilidade da doença se manifesta nos seus sintomas, à imagem da antiga medicina clínica, e pretende que, para conhecer as loucuras, basta proceder à descrição comparada das suas manifestações. O sentido de uma loucura reside nas suas manifestações, delírios, atitudes e comportamentos, e é, pois, sobre os sintomas de loucura que é necessário fazer incidir a análise. Por outro lado, o estudo das causas das loucuras não poderia ensinar nada de novo sobre a sua natureza, desde o momento em que se admite, como recordava Bercherie, que os diferentes tipos de loucura não são determinados por causas específicas. Existem simplesmente causas que predispõem para tal ou tal forma de loucura, como o sexo ou a constituição física. Trata-se pois, como se vê, de uma abordagem clínica da loucura, mas ainda da antiga clínica médica.

Porque é que Pinel se situa na contra-corrente do desenvolvimento do saber médico? E porque é que, ao fazê-lo, a sua abordagem teórica da loucura apareceu aos seus contemporâneos como inovadora?⁽²⁵⁾ O método clínico não era novo; o que era novo

⁽²³⁾ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2.^a ed., Paris, 1809, p. 136. Esta parte da medicina para a qual Pinel se propõe transportar o método da história natural é, evidentemente, a medicina mental.

⁽²⁴⁾ R. Castel, *op. cit.*, p. 112.

⁽²⁵⁾ G. Swain (*op. cit.*) juntou numerosos indícios históricos que mostram, de maneira convincente, que foi pelo seu valor teórico que o *Traité médico-philosophique* se impôs aos contemporâneos de Pinel.

era a sua aplicação à loucura⁽²⁶⁾. A novidade de Pinel, no plano metodológico, consistiu em afirmar que as manifestações da loucura não eram desprovidas de sentido, que elas eram inteligíveis exactamente pela mesma razão que os sintomas das outras doenças, e que se podia fazer a sua nosografia procedendo da mesma forma. E porque é que ele pretendia promover uma tal abordagem da loucura, contra a corrente da anatomia patológica? Porque ele estava convencido que as formas de loucura, na imensa maioria dos casos, são distúrbios funcionais do cérebro, eles próprios resultantes dos distúrbios funcionais de outros órgãos do corpo, e não a manifestação de lesões cerebrais⁽²⁷⁾. As desordens do espírito não são mais do que perturbações das funções do cérebro, ou seja, das funções mentais: sensibilidade, percepção, pensamento, memória, juízo, emoções e perturbações morais, imaginação, carácter⁽²⁸⁾. Como se vê, podemos explicar o programa de Pinel sem ser por um atraso epistémico do seu autor, ou por um preconceito centrado na antiga clínica médica; este programa decorre da hipótese decisiva de que ele se faz defensor, ou seja, que as doenças mentais são de natureza funcional. Se elas são efectivamente de natureza funcional, torna-se evidente que o estudo das doenças mentais tem como tarefa primeira descrever e classificar as diferentes espécies de perturbações funcionais do cérebro. A novidade de Pinel, para além de inaugurar uma descrição sistemática das manifestações da loucura e de estabelecer a respectiva possibilidade, foi também a de

fazer prevalecer a tese da sua natureza funcional. A anatomia patológica, como programa de investigação em medicina, não se desenvolveu, como é sabido, senão na sequência dos primeiros trabalhos de Pinel; mas é preciso não perder de vista que a explicação das doenças através das lesões orgânicas havia muito tempo era familiar à medicina. É, pois, com pleno conhecimento de causa que Pinel combate uma tal explicação, e lhe contrapõe a sua própria tese da natureza funcional das doenças mentais. «Um dos preconceitos mais funestos para a humanidade — escreve ele — e que é talvez a causa deplorável do estado de abandono no qual são deixados quase todos os alienados, é olhar o seu mal como incurável, e reportá-lo a uma lesão orgânica no cérebro ou em qualquer outra parte da cabeça. Eu posso assegurar que, na maior parte dos casos que tive ocasião de observar sobre a mania delirante tornada incurável ou que acabou numa outra doença funesta, os resultados da autópsia, comparados com os sintomas manifestados, provam que esta alienação tem, regra geral, um carácter *puramente nervoso*, e que ela não é o produto de nenhum vício orgânico da substância do cérebro, como o darei a conhecer na 51.^a secção.»⁽²⁹⁾

A tese da natureza funcional das doenças mentais abre igualmente uma nova via para a curabilidade da loucura: não se trata já de procurar um remédio para as lesões do cérebro, mas, mais modestamente, de exercer uma acção sobre o seu funcionamento. Esta maneira de pensar é plausível se for verdade que a perturbação se deve a outras acções exercidas sobre o corpo. A significação social da explicação funcional da loucura, com as perspectivas que ela abre para o seu tratamento, é evidente: é ela que justifica, por razões propriamente médicas, a

(26) «Pinel inicia aí a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenómenos que o constituem», P. Bercherie, *op. cit.*, p. 27.

(27) Ele classifica a alienação mental (mania, melancolia, demência e idiotismo) nas vesânicas (perturbações da função), ao lado da hipocondria, do sonambulismo e da raiva. Cf. P. Bercherie, *op. cit.*, pp. 29-30.

(28) Pinel vai buscar esta divisão à psicologia clássica, em particular à de Locke e Condillac

(29) Ph. Pinel, *op. cit.*, p. 154, citado por R. Castel, *op. cit.*, pp. 117-118 (sublinhado meu).

criação de asilos. Mas que ela revista uma significação social tão importante, não tira nada à consistência racional da tese segundo a qual as doenças mentais seriam de natureza funcional⁽³⁰⁾.

b. *Antiga e nova psicologia*

A psicologia à qual recorre Pinel é bem diferente daquela que nós hoje conhecemos: trata-se da psicologia dos Ideólogos. A inteligibilidade da loucura não deve ser procurada nas suas causas físicas, como acabamos de ver; mas ela não se encontra igualmente numa qualquer estrutura psíquica secreta do indivíduo, ou numa qualquer natureza psíquica interior, profundamente escondida nele. O princípio da inteligibilidade das manifestações de loucura encontra-se pura e simplesmente na razão. Uma vez que a loucura é uma questão de perturbações funcionais, torna-se indispensável partir do funcionamento normal do cérebro, tal como foi profusamente analisado pela psicologia filosófica, a fim de elaborar um tal estado. «Pinel recomenda, sem cessar, que se utilize, o mais possível, o trabalho dos psicólogos e, em particular, o de Locke e Condillac.»⁽³¹⁾

A distinção estabelecida por Michel Foucault entre a antiga e a nova medicina clínica permite-nos traçar uma linha de demarcação clara entre a antiga psicologia clínica presente no seio da medicina mental nos seus começos, e a psicologia clínica que lhe sucederá. A antiga psicologia clínica consiste em observar, em descrever e em classificar comportamentos mórbidos conce-

bidos como alterações do funcionamento normal das faculdades do entendimento. E o tratamento que se inspira numa tal psicologia tem como primeiro objectivo combater estas alterações, e conduzir o doente a comportamentos normais, a ideias e sentimentos razoáveis. Como consegui-lo? Eis como Bercherie resume o pensamento de Pinel a respeito do tratamento moral: «Através de uma estratégia equilibrada de ameaças, de recompensas e de reconfortos, através da demonstração de uma grande solicitude a par de uma grande firmeza, o doente submeter-se-á progressivamente à tutela médica, à lei colectiva da instituição e ao “trabalho mecânico” (“Trabalho mecânico: lei fundamental de todo o hospício de alienados”, *Tratado*, 1.^a ed., Secção V, § 231, p. 224) e à “polícia interior” (Título da Secção V) que a regulam. A finalidade deste processo consiste em subjugar e dominar o alienado, colocando-o na estrita dependência de um homem que, pelas suas qualidades físicas e morais, esteja em condições de exercer sobre ele um domínio irresistível e a mudar o círculo vicioso das suas ideias» (1.^a ed., p. 58: seguem exemplos a ilustrar esta “verdade sensível”). Para obter este resultado, é necessário um comportamento que suscite o respeito do alienado e a sua desconfiança; e, para obter este “*transfert paternel*”, Pinel tem ideias muito assentes. Em primeiro lugar, embora se torne necessário intimidar frequentemente o alienado, através, por exemplo, de demonstrações de força (1.^a ed., p. 66: um “aparelho de repressão imponente”, quer dizer, numerosos e decididos enfermeiros), não deve ser empregue nunca a violência ou os métodos degradantes: a doçura e a compreensão são suficientes, na maioria dos casos (...). Por vezes será o sarcasmo, o medo, a confiança, um acordo com o alienado, a visita, não esperada e cuidadosamente calculada, de pessoas queridas, que determinarão o choque afectivo procurado e que retirarão brutalmente o sujeito do seu delírio. Outras

⁽³⁰⁾ Afasto-me, deste modo, da interpretação de Robert Castel, segundo a qual «a “escolha” deste corpo teórico aparece menos ditada pela sua “cientificidade” médica do que pela sua pertinência em dar forma a uma problemática social», *op. cit.*, p. 108.

⁽³¹⁾ P. Bercherie, *op. cit.*, p. 31.

vezes, a vida regular do asilo, o isolamento e o repouso, as "ocupações distraentes" (trabalho, passatempos favoritos após uma longa interrupção) são suficientes.»⁽³²⁾

É certo que este tipo de intervenções pressupõe que o doente tem ainda um nível de razão que lhe permita compreender aquilo que se espera dele: «A arte de procurar dar uma outra direcção à vontade exclusiva dos alienados, de raciocinar com eles e de lhes fazer sentir a sua dependência, escreve Pinel, pressupõe que eles não estão numa situação de completa ausência de razão.»⁽³³⁾ Gladys Swain tem, assim, razão em sublinhar que «aquilo que a psiquiatria descobre nos seus primórdios é que ela não actua junto de alienados totalmente fechados em si próprios, mas junto de alienados com os quais se pode estabelecer relação profunda, ou seja, uma relação que permite descobrir a via de saída possível para a alienação»⁽³⁴⁾. E cita, em seguida, Hegel: «Ter descoberto esse resto de razão nos alienados e nos maníacos, partir daí para o princípio da sua própria cura e ter conduzido o tratamento (trata-se, evidentemente, do tratamento moral) de acordo com esse princípio, é um mérito que pertence, em primeiro lugar, a Pinel, cujo tratado sobre esta matéria deve ser considerado como o melhor que possuímos.»⁽³⁵⁾ Mas a importância assim dada à comunicação entre o terapeuta e o seu paciente será, de facto, suficiente para concluir, como fez Swain, que o tratamento moral é uma primeira figura das psicoterapias como nós as entendemos hoje, como no caso da relação psicanalítica? Não será ela igualmente necessária no caso de uma concepção meramente educativa do

tratamento e inspirada nas antigas casas de educação, em que se usava quer a coerção, quer a persuasão, e em que se propunham, como exemplos e como modelos a seguir, agora as qualidades físicas e morais do médico, e anteriormente a vida dos santos e dos heróis? O argumento que Swain avança para aproximar o tratamento moral da relação analítica parece-me demasiado fraco. Ora vejamos: a comunicação entre o médico e o alienado no tratamento moral pressupõe, diz ela, que o alienado aceita, por sua vez, comunicar com o médico, e isso depende «do seu próprio querer». A partir daí «a situação determina uma renúncia de princípio do terapeuta ao controlo de um processo do qual, apesar de tudo, ele é o agente e o indutor (...). Ele não tem poder senão através do poder do alienado». Se bem entendo as coisas, é a isto que se reduz o argumento. Além disso, a força deste argumento encontra-se ainda extraordinariamente reduzida pela própria Swain: se o terapeuta não tem poder senão através do poder do alienado, entretanto um tal «equívoco, decisivo pelas suas consequências, escreve ela, será, na verdade, imediatamente recoberto, pelo mito de um possível *poder absoluto*, que se procuraria conquistar, sobre o espírito do alienado»⁽³⁶⁾.

Existe uma dimensão do pensamento psicológico contemporâneo, característica da maioria das correntes psicoterapêuticas, que está ausente da antiga psicologia clínica e do tratamento moral, e que permite estabelecer claramente a diferença entre elas. A análise do olhar clínico proposta por Foucault permite elucidar essa mesma dimensão. Ela consiste, em consonância com a nova clínica médica, em já não procurar a verdade da doença no sintoma. A natureza da doença já se não deixa ver nos sintomas; estes já não são considerados senão como manifestações obscuras e enganadoras, pelo

⁽³²⁾ *Idem*, p. 35.

⁽³³⁾ Ph. Pinel, *op. cit.*, 1.^a ed., p. 218. Citado por R. Castel, *op. cit.*, p. 246.

⁽³⁴⁾ G. Swain, *op. cit.*, p. 23.

⁽³⁵⁾ *Encyclopédie des sciences philosophiques*, t. III, «Philosophie de l'Esprit», Ed. Gallimard, 1970, p. 377.

⁽³⁶⁾ *Op. cit.*, pp. 97-98 e 99.

que se torna imprescindível procurar a sua inteligibilidade noutro lugar.

A anatomia patológica propõe-se encontrá-la no interior do corpo. De modo análogo, a psicologia contemporânea propõe-se procurar a explicação dos comportamentos visíveis numa qualquer natureza psíquica interior e invisível. Mas se o processo é análogo, a sua legitimidade é muito mais contestável. Com efeito, em medicina, a interioridade invisível do corpo, à qual se recorre para explicar os sintomas visíveis, pode tornar-se, por sua vez, visível, bastando para tal abrir o corpo e olhá-lo. Mas a natureza psíquica interior, pela qual se explicam os comportamentos visíveis, não se deixa encontrar abrindo o corpo, não está contida no coração, no ventre ou no cérebro, nem mesmo — tentativa mais recente — nas células. A interioridade do psiquismo não é senão uma interioridade metafórica, como é bem sabido. Daí resulta este mal-estar persistente em psicologia, que se cristaliza, de resto, no fantasma do mentalismo, sempre renascente, cada um evitando, entretanto, subscrevê-lo.

Seja como for, impõe-se verificar, na evolução da medicina mental, os momentos de ruptura entre um antigo e um novo pensamento psicológico. Tendo rompido com a antropologia monista que fundamenta a antiga psicologia clínica, a nova psicologia é acompanhada de uma nova representação do homem: a do homem dividido. Ele encontra-se dividido em duas partes: uma parte exterior e visível — as condutas observáveis — e uma parte interior e invisível — a sua natureza psíquica. Entre estas duas partes do homem, a psicologia estabelece uma dupla relação: em primeiro lugar, ela pretende poder conhecer inteiramente a natureza psíquica do homem a partir das suas condutas. Não que esta natureza se manifeste nelas imediatamente e com toda a clareza, como na antiga clínica; é preciso, para a conhecer, poder interpretar as condutas com a ajuda de um código teórico

construído para esse efeito. Torna-se, porém, necessário ser capaz, graças à interpretação, compreender a natureza psíquica na sua totalidade ao nível das condutas, uma vez que não podemos aceder à interioridade psíquica abrindo o corpo. Deste ponto de vista, vemos manifestar-se regularmente uma tendência para reduzir a distância entre a natureza psíquica e as condutas visíveis, pelo menos no plano metodológico. Em segundo lugar, a psicologia pretende poder explicar as condutas do homem a partir da sua natureza psíquica, e, deste ponto de vista, ela tende, pelo contrário, a atribuir à natureza psíquica do homem uma realidade autónoma, independente das suas condutas. Iremos prosseguir o exame desta nova maneira de pensar em psicologia no quarto artigo desta série; teremos, então, ocasião de sublinhar que essa maneira de pensar não é específica do campo psicoterapêutico, mas que ela é comum às diferentes correntes e aos diferentes campos de aplicação da psicologia, quer se trate, por exemplo, das variáveis inobserváveis de Tolman, dos esquemas interiorizados de Piaget, das aptidões que a psicomетria tenta medir, ou ainda das intervenções conduzidas no campo psicoterapêutico, no terreno escolar ou no seio das organizações; de tal modo que podemos afirmar que a maneira comum de pensar da psicologia moderna toma forma, pela primeira vez, no seio da instituição psiquiátrica.

Não nego que possa haver outras maneiras de pensar em psicologia, para além daquela que é comum e dominante e que eu defino aqui. Pode-se avançar contra-exemplos, e, para começar — porque é o mais simples — citemos o de B. F. Skinner, encarnadamente oposto a toda a explicação «mentalista» dos comportamentos. Mas será preciso, apesar de tudo, examinar cuidadosamente até que ponto é que as diferentes correntes comportamentalistas não conservarão, embora de forma atenuada, a referência a uma instância psíquica transcom-

portamental. Será igualmente interessante examinar, na hipótese inversa, até que ponto as correntes comportamentalistas reproduzem ou prolongam a antiga psicologia clínica, a dos primeiros alienistas. Se se quisesse, à viva força, fazer comparações, encontrar-se-iam, sem dúvida, mais pontos de semelhança entre o tratamento moral e as terapias de inspiração analítica. Estas têm o seu fundamento no conhecimento de uma instância psíquica invisível para conseguir a sua transformação, enquanto que o tratamento age directamente sobre o corpo e sobre os comportamentos no sentido de os conformar às normas da razão e da moral. É essa também a esperança de Skinner.

6. *Porque é que a psicologia mudou?*

Existem, porventura, loucuras sem delírio? Pinel já tinha encontrado exemplos. Ele criticava Locke, apesar da sua «justa admiração», por ter pressuposto sempre uma lesão intelectual, quer dizer, uma ideia delirante, como origem da loucura⁽³⁷⁾. Esses exemplos mostravam, pelo contrário, que podiam existir lesões da vontade distintas das do entendimento, «apesar de, por vezes, elas se encontrarem reunidas»⁽³⁸⁾. Tais exemplos, entretanto, constituíam fenómenos marginais que não ocupavam um lugar senão reduzido no pensamento psiquiátrico nascente. Deste modo, Robert Castel observa que «o espírito sem dúvida mais inovador da escola, Georget, escreverá ainda em 1820: “não há loucura sem delírio”»⁽³⁹⁾.

O que é que vai levar a medicina mental a conceder a estes casos marginais uma importância crescente, uma importância tal que a sua concepção da loucura será finalmente alterada? Ela será forçada a isso «a

partir do exterior», responde Castel, é a justiça que a vai obrigar a isso. A explicação proposta por Castel permite explicar simultaneamente, parece-me, a mudança a que foi submetido o pensamento psicológico, ou seja, permite explicar porque é que a psicologia clínica se transformou.

A justiça avança duas condições para declarar a irresponsabilidade de um réu: a loucura ou o constrangimento exterior. E ela pede ao médico que faça uma peritagem acerca da loucura. O médico conhece o seu ofício: a loucura é uma perturbação do entendimento e manifesta-se, pois, através das ideias delirantes. Não existe loucura sem delírio. E, apesar de tudo, a justiça vai submeter aos peritos actos criminais acerca dos quais é impossível encontrar motivos razoáveis, cujos autores portanto não deliraram! Esquirol, em 1819, começará por afirmar que, sem dúvida, tais actos são acompanhados por um delírio parcial, limitado a um objecto particular e que deixa, de resto, intacta a faculdade do raciocínio: ele dá a esse delírio parcial o nome de monomania⁽⁴⁰⁾. Mas a evolução das ideias prossegue: é no quadro de uma discussão sobre as peritagens, e sempre tendo em vista, ainda, responder às expectativas da instância judiciária, que Georget acabará por admitir, na sequência de Pinel, a existência — lado a lado com as «lesões do entendimento ou do delírio» — de «lesões da vontade», ou ainda de um «estado de perversão das inclinações, das afeições, das paixões e dos sentimentos naturais»⁽⁴¹⁾. Em 1827, Esquirol é levado, por sua vez, a admitir: «eu observei loucuras sem delírio, eu tive que me submeter à autoridade dos fac-

⁽³⁷⁾ Cf. P. Bercherie, *op. cit.*, p. 31.

⁽³⁸⁾ Cf. R. Castel, *op. cit.*, p. 175.

⁽³⁹⁾ *Op. cit.*, p. 175.

⁽⁴⁰⁾ J. E. D. Esquirol, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXXIV, «Monomanie», retomado em *Des maladies mentales*, Paris, 1838, II, p. 98. Citado por R. Castel, *op. cit.*, p. 178.

⁽⁴¹⁾ E. G. Georget, *Considerations médico-légales sur la folie et sur la liberté morale*, Paris, 1825, p. 24, citado por R. Castel, *op. cit.*, p. 178.

tos. (...) Se, porventura, alguns alienados sofrendo de *monomania no domínio do raciocínio*, matam após terem premeditado e pensado maduramente o homicídio que vão cometer, existem outros monomaniacos que matam por um impulso instintivo. Estes últimos agem sem consciência, sem paixão, sem delírio, sem motivo; eles matam levados por uma impulsão cega, instantânea, independente da sua vontade; eles sofrem de um acesso de monomania sem delírio»⁽⁴²⁾. Em 1840, Marc fala de «actos instintivos, automáticos, não precedidos por qualquer tipo de raciocínio»⁽⁴³⁾. Assim se impõe progressivamente a noção de uma patologia da vontade ou do instinto, que não manifesta nenhum delírio ou sinal de ausência de razão: e, pouco tempo depois, surge a noção de permanência de uma natureza perversa que pode simular os sinais exteriores da normalidade. Daí em diante tornar-se-á necessário dar conta de numerosas desordens psíquicas que se escondem por detrás das aparências de um comportamento normal e razoável. O olhar clínico transforma-se: não se trata já de apreender a loucura na sua manifestação imediatamente visível do delírio, mas de inferir os distúrbios psíquicos de comportamentos que lhe mascaram a realidade, de construir o código que permitirá decifrar os comportamentos por detrás dos quais se dissimula uma natureza psíquica misteriosa e doente. E o tratamento moral, nestas condições, já não tem lugar. Para além destes comportamentos, é esta natureza psíquica interior que é necessário tratar.

A existência de crimes sem motivo e sem delírio será uma explicação suficiente que

justifique a transformação radical do pensamento em psicologia clínica? Não, se se trata de o explicar sem mais, através de alguns acontecimentos dispersos. Sim, se se admite que a questão é importante, ou seja, a aptidão da medicina mental para assegurar uma das suas principais funções sociais na época — a de distinguir os criminosos dos loucos, e permitir, desse modo, o internamento especializado. Sim, se se recordar que esta função social só será definitivamente reconhecida à medicina mental com a lei de 1838, e que existe, até essa data, uma grande concorrência entre médicos e agentes da justiça quanto às respectivas prerrogativas na imputação da responsabilidade dos réus. Sim, se subscrevermos as análises de Castel que mostram os laços estreitos que existiam entre a jovem medicina mental e o aparelho judiciário, no seio de uma instituição geral de tutela em formação, que os englobava a ambos. É para assegurar a sua legitimidade que a medicina mental tinha necessariamente de encontrar a razão destes factos dispersos, nem que, para tanto, tivesse de alterar radicalmente o seu discurso teórico. Mas podemos, apesar de tudo, acrescentar que esta alteração radical não se fez abruptamente, nem sequer se deram imediatamente conta dela os seus próprios autores e respectivos discípulos. Desse modo, o tratamento moral continuará a impor-se largamente, mesmo depois de 1860, até ao momento em que o desmoronamento teórico se tornou patente aos olhos de todos.

«Esta “pequena” questão da monomania, escreve Castel, transporta em si todo um futuro que é o nosso presente.»⁽⁴⁴⁾ Mais concretamente, ela «começa uma era da suspeição generalizada». Torna-se necessário procurar sinais de desordem escondidos por detrás das aparências de um comportamento razoável. «É o início de uma revira-

⁽⁴²⁾ J. E. D. Esquirol, «Mémoire sur la monomanie homicide», in *Des maladies mentales*, op. cit., II, p. 796. Citado por R. Castel, op. cit., p. 179.

⁽⁴³⁾ C. C. H. Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, Paris, 1840, citado por R. Castel, op. cit., p. 179.

⁽⁴⁴⁾ R. Castel, op. cit., p. 184.

volta de cujas consequências ainda não nos libertámos: é a normalidade que se torna suspeita de ser uma "aparência" e que vai ter de produzir as suas provas perante um tribunal de especialistas em patologia.»⁽⁴⁵⁾ Os limites entre o normal e o patológico esbatem-se, o que vai permitir, mais tarde, alargar indefinidamente as populações junto das quais se justifica uma intervenção médico-psicológica e extra-hospitalar. E, no plano teórico, a mudança de olhar clínico sobre a loucura abre duas vias de investigação: a primeira, sublinhada por Castel, é a via somática, com a «sequência das investigações sobre as degenerescências, as perversões constitucionais, as deficiências orgânicas, etc.»⁽⁴⁶⁾. A outra, acrescento eu, é a via psíquica, com a nova psicologia clínica.

7. *A síntese desmorona-se*

A síntese inaugurada por Pinel entre as abordagens médica, pedagógica e psicológica da loucura, desmorona-se assim lentamente, para dar lugar, a partir de 1860, a afrontamentos teóricos e institucionais cada vez mais vivos. Ela desmorona-se a partir do momento em que a clínica psicológica mudou, ou seja, a partir do momento em que ela postula, para além das palavras e dos comportamentos, uma natureza psíquica interior capaz de os explicar. O tratamento já não chega, pois, para corrigir uma tal natureza. É, no entanto, ele que, com os seus corolários teóricos, permitia, até então, justificar, de um ponto de vista médico, o internamento dos loucos nos asilos, e que assegurava a credibilidade de um tratamento colectivo e institucional para as dezenas de milhares de doentes internados e aos quais não era possível fornecer

cuidados individualizados. Não é possível continuar a acreditar nisso. Mas não é possível, igualmente, fechar os asilos, e o tratamento moral vai subsistir (sem fundamento médico, é evidente) sob a forma de um discurso pedagógico convencional que permitia regular as práticas de vigilância tendo em conta valores educativos e morais tradicionais. Quanto às abordagens médica e psicológica, impõe-se doravante escolher: os distúrbios psicopatológicos têm a sua sede no psiquismo ou no corpo? Uma e outra escolha, inconciliáveis, vão prevalecer alternadamente, segundo os lugares e os momentos, no decurso da história ulterior da psiquiatria.

B. PORQUE É QUE A PSICOLOGIA CLÍNICA CONHECEU UMA ESPECTACULAR EXPANSÃO DESDE 1960?

8. *A psiquiatria sai dos hospitais*

Como explicar o desenvolvimento dos discursos e das técnicas psicológicas no campo terapêutico desde o final dos anos cinquenta? Estamos a assistir a uma vitória da abordagem «psi» da loucura sobre a sua abordagem somática? E esta vitória poderia ser explicada pela carência do tratamento médico? Certamente que não. Porque é, de facto, a partir desses anos que se produz a grande penetração farmacológica na psiquiatria. O aparecimento das psicoterapias em psiquiatria coincide paradoxalmente com o da quimioterapia. Mas o paradoxo não acaba aqui: podemos constatar que as quimioterapias e as psicoterapias aparecem, frequentemente, lado a lado na intervenção terapêutica, e, hoje em dia, encontram-se quase metodicamente ligadas. Trata-se de um amálgama pragmático, e não do fruto de uma síntese teórica: a abordagem psicoterapêutica, de facto, continua

⁽⁴⁵⁾ *Idem*, pp. 187-188.

⁽⁴⁶⁾ *Idem*, p. 246.

a opor-se, nos terrenos teórico e ideológico, à abordagem organicista. Na prática quotidiana, porém, elas conjugam-se; e a sua ligação constitui, sem dúvida, uma condição favorável à expansão da psiquiatria fora dos muros do hospital. Se é verdade, de acordo com a hipótese que temos vindo a desenvolver, que a psicologia clínica faz parte integrante da psiquiatria, torna-se indispensável que procuremos a explicação do seu aparecimento partindo, uma vez mais, da psiquiatria. E, para começar, procuremos saber porque é que a psiquiatria se propagou fora dos hospitais, desde 1960. Tratar-se-ia de des-hospitalizar a doença mental e de descongestionar os hospitais super-povoados, procurando criar estruturas de tratamento no sector? É uma parte da explicação. A criação da psiquiatria de sector em França, por exemplo, respondia certamente a uma tal preocupação. Preocupação humanitária e, sem dúvida, também orçamental. A política de des-hospitalização em grande escala conduzida nos EUA pela Administração Kennedy, em todo o caso, visava explicitamente reduzir os custos dos hospitais do Estado. Entretanto, Robert e Françoise Castel e Anne Lovell⁽⁴⁷⁾ mostraram, de forma cabal, os limites desta política de des-hospitalização; e, sobretudo, mostraram que as novas estruturas extra-hospitalares passaram a cuidar principalmente de novas e diferentes categorias de populações. Assistiu-se, na realidade, a um duplo movimento: por um lado, o deslocamento da intervenção psiquiátrica para fora dos hospitais, no que respeita a uma parte das populações que, até aí, eram tratadas no hospital⁽⁴⁸⁾; e, por outro lado, a exten-

são da intervenção psiquiátrica a populações que antes não estavam psiquiatrizadas. O primeiro destes movimentos foi encorajado pelos progressos da quimioterapia, e pode ser explicado pela necessidade de responder às necessidades da própria instituição psiquiátrica: permitir, através do despovoamento dos hospitais, melhorar as condições terapêuticas de trabalho no seio dos estabelecimentos e restaurar, desse modo, a sua legitimidade médica, e, ao mesmo tempo, combater o crescimento insuportável dos orçamentos. Explica-se também, e, em particular tratando-se de iniciativas privadas, por razões de carácter humanitário. Mas, no que respeita à expansão massiva da intervenção psiquiátrica junto de novas populações, parece difícil encontrar a explicação na própria instituição psiquiátrica. Seria certamente forçado fazê-la depender de um qualquer zelo intempestivo e conquistador dos terapeutas.

Pode ser, pelo contrário, explicada se se aceitar, de acordo com a ideia de Robert Castel, situar a instituição psiquiátrica num quadro mais amplo — o de um conjunto de instituições e de processos de colocar sob tutela, característicos dos modernos estados industrializados, no qual o aparelho psiquiátrico, o aparelho judicial e os serviços humanitários e sociais ocupam funções complementares. A expansão psiquiátrica, após a Segunda Guerra Mundial, é correlativa da

⁽⁴⁷⁾ Françoise Castel, Robert Castel, Anne Lovell, *La société psychiatrique avancée, le modèle américain*, ed. Grasset, Paris, 1979.

⁽⁴⁸⁾ O sector de Anderlecht, na Bélgica, criado em 1961, revela-nos alguns aspectos significativos: enquanto que o número de internamentos de 1956 a 1960 era, em média, de 72, em 1961

só houve 39, e esse número continuou a baixar progressivamente até 16 em 1970 e manteve-se nesse valor até 1980. Em 1981 houve somente 8 e 5 em 1982. Quanto às hospitalizações, elas tinham também conhecido uma diminuição massiva graças ao sector; as hospitalizações — em secção aberta — elevavam-se, até 1979, entre 85 a 90 para uma população urbana de mais de cem mil habitantes, e já não eram mais do que 65 em 1980, de 46 em 1981, e de 50 em 1982. A este balanço interessante podemos juntar a diminuição nítida do tempo de hospitalização. Estes números ainda não foram publicados, tendo-nos sido amavelmente cedidos por Ivette Riga.

expansão dos serviços sociais, e da diversificação das formas de intervenção judicial. Pierre Lascoumes traçou um quadro muito sugestivo deste fenómeno sob o nome de «processo de cancerigenação»⁽⁴⁹⁾. Nesta perspectiva, não se tornaria necessário procurar, para a expansão da intervenção psiquiátrica a novas populações, uma explicação diferente daquela que pode explicar o aparecimento e a generalização de novas relações de tutela.

Porquê esta proliferação de formas diferentes de pôr sob tutela, e de que a intervenção psiquiátrica não seria mais do que uma sua componente particular? Poderíamos pensar que ela responde ao desaparecimento progressivo e acelerado, desde os anos cinquenta, das formas tradicionais de integração social. O movimento dos enclausurados, a comercialização das terras e a libertação dos servos, a industrialização e o nascimento do proletariado, a instauração da liberdade profissional e da livre empresa, o desaparecimento das corporações, o aparecimento dos estados-nação, a generalização da relação salarial nos sectores não-produtivos, a mobilidade profissional e a mobilidade social cada vez maiores, o desenvolvimento dos meios de transporte, a escolarização, a laicização, as guerras, a concentração dos capitais e o desaparecimento da pequena produção agrícola, das pequenas empresas e do pequeno comércio, o êxodo dos campos e a urbanização galopante, a atomização e o fraccionamento das famílias, pontuam a já longa história da desintegração lenta e progressiva das relações sociais tradicionais. Ela permitiu, por um lado, a crescente libertação dos indivíduos face às múltiplas formas tradicionais de coerção, e ela produziu, por outro lado, novas formas de controlo e de coesão social. O nascimento da psiquiatria asilar inscre-

ve-se neste movimento, como amplamente o demonstram as análises de Robert Castel. A expansão psiquiátrica extra-hospitalar dos últimos vinte anos nela se inscreve igualmente.

Hoje em dia há quem acuse R. Castel de combater o fenómeno «psi» em nome de uma «liberdade» cuja ideia parece antiquada e mítica. Poder-se-ia sonhar com uma sociedade onde fossem abolidos todos os processos de integração social, todo o controlo e toda a obrigação de se submeter a normas selectivas? Poder-se-iam condenar todas as formas de constrangimento sobre os indivíduos? Os constrangimentos sociais são indissociáveis de qualquer cultura e, sem dúvida, igualmente inerentes à socialização dos indivíduos e constitutivos da sua identidade. Isso é verdade. Mas é igualmente verdade que nem todas as formas de constrangimento são equivalentes. A liberdade reivindicada pelas revoluções burguesas europeias não era fantasmática nem vaga; ela significava muito especificamente a libertação de todas as formas de sujeição pessoal, características da ordem feudal. É também, precisamente, em nome dessa liberdade que se desenvolveram, desde os anos sessenta, as correntes críticas face à psiquiatria, em particular na França. Há fundamento para tais críticas, pois que a instituição psiquiátrica, se me não engano, é o único lugar das sociedades democráticas em que o poder pessoal e arbitrário pode ainda ser exercido de maneira legítima. Podemos encontrar tantas ou mais violências noutros lugares, mas então elas são ilegítimas e, por isso, é possível reprimi-las. A oposição à psiquiatria tomou, por vezes, aspectos esquerdistas, mas nem por isso ela deixou de ser inspirada por valores liberais. Por outro lado, se se admite que a psiquiatria, sob as suas formas hospitalar e extra-hospitalar, se inscreve num processo mais vasto — o da tutelarização crescente dos indivíduos — seria errado acusar o fenómeno «psi» como se ele contivesse em si

⁽⁴⁹⁾ Pierre Lascoumes, *Prévention et contrôle social*, ed. Masson, 1975.

mesmo a engrenagem da sua própria expansão. O último livro de Castel, *La gestion des risques*⁽⁵⁰⁾, confirma uma vez mais a hipótese teórica geral dos seus trabalhos, isto é, que a psiquiatria deve ser recolocada no quadro mais amplo das novas formas de controlo social, e do qual ela foi talvez o arquétipo até aos últimos anos.

Dito isto, não percam de vista o objectivo: não se trata de circunscrever a significação social da psiquiatria, mas a da psicologia clínica no seio da instituição psiquiátrica, no interior e também no exterior dos hospitais. Para o conseguir, convirá, porventura, retomar a tese do controlo social? Retomarei esse ponto um pouco mais adiante. Mas a hipótese do controlo social foi avançada com uma tal insistência no decurso dos anos setenta, que eu gostaria antes de lhe delimitar um pouco melhor o sentido. Esta hipótese já passou de moda? Tanto pior para a moda!

9. Pequeno parêntesis sobre o controlo social

De onde vêm os controlos, quem quer o controlo social? Habitualmente pensa-se nos governantes, ou nos funcionários do aparelho de Estado; e, além disso, podem evocar-se os grupos sociais, classes ou fracções de classes, cujos interesses o Estado objectivamente salvaguarda. De que valerá uma tal explicação?

No *Le Monde Diplomatique* de Julho de 1980, Robert Castel convida-nos a pô-la em questão. Ela explica-se, diz Castel, pelo facto de, na França, efectivamente, a medicina mental funcionar desde o séc. XIX como

um serviço público, colocado sob o controlo das instâncias administrativas e judiciais. Mesmo a psiquiatria de sector foi concebida no quadro de uma organização homogênea, impulsionada, financiada e supervisionada pela administração central. E, apesar de tudo, acrescenta Castel, é hoje necessário, sem dúvida, abandonar a hipótese de que a função de controlo assegurada pela medicina mental tem a sua origem no Estado. Porquê? Porque ela não permite dar conta da evolução dos factos. Em França como noutros países, multiplicam-se as associações de assistência terapêutica ou paraterapêutica, a partir de iniciativas privadas. Elas asseguram, incontestavelmente, um papel de normalização, de integração, de controlo, sem que, por isso, sejam inspiradas pelas instâncias estatais ou por grupos de interesses. Como explicar então esta expansão dos mecanismos de controlo social? O exemplo dos EUA é ainda mais flagrante. «Com frequência, o dinamismo e a diversidade destes grupos locais de ajuda mútua, de assistência e de intervenção preventiva — são motivo de admiração; citam-se esses casos como os expoentes mais representativos de uma democracia à americana. É, no entanto, necessário observar que se trata igualmente de extraordinários meios de controlo interiorizados e de pressões difusas. Eles contribuem, pelo menos, tanto para a manutenção do consenso ou do conformismo social como para desenvolver a iniciativa individual. E operam com uma singular eficácia. Seria necessária uma prodigiosa rede de regulações públicas para conseguir o resultado atingido quase espontaneamente pela conjugação de todos estes dispositivos instalados nos interstícios deixados pelo funcionamento dos diferentes organismos oficiais. Em último caso, poderia sustentar-se o paradoxo de que, se os EUA apresentam nos nossos dias a mais ampla e diversificada gama de instâncias tutelares e de controlo da doença mental, do desvio e da marginalidade, é precisamente porque um poder

⁽⁵⁰⁾ R. Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Ed. de Minuit, 1981.

centralizado não assumiu sozinho a respectiva responsabilidade»⁽⁵¹⁾.

Poderíamos aproximar esta interrogação formulada por Castel com a tese que Michel Foucault desenvolvia em 1976⁽⁵²⁾. «A análise, em termos de poder, não deve postular, como dados iniciais, a soberania do Estado, a forma da lei, ou a unidade global de uma dominação; elas não são mais que as suas formas terminais. O poder, acrescenta ainda, está em todo o lado; não quer dizer que ele englobe tudo, mas que ele vem de todo o lado. E “o” poder, naquilo que ele tem de permanente, de repetitivo, de inerte, de auto-reprodutor, não é senão o efeito de conjunto, que se desenha a partir de todas estas mobilidades, o encadeamento que se apoia sobre cada uma delas e procura fixá-las, por sua vez.» E Foucault conclui: «Partiríamos, assim, daquilo que poderíamos chamar os “focos locais” de poder-saber»⁽⁵³⁾.

Esta tese é importante, entre outras coisas, porque ela convida a avaliar o lugar e a significação destes «focos locais» nos jogos de poder e nas lutas sociais; mas ela seria, do mesmo modo, perigosa se nos levasse a pensar que os poderes políticos não são mais que um «efeito de conjunto» destes micro-poderes locais, e se desviasse a nossa atenção dos processos activos de coordenação, de centralização e de obstrução levantados pelos Estados modernos face a estes focos. Como assinala Castel, relativamente à medicina mental americana, se as intervenções do Estado raramente se mostraram fundadoras, «o seu papel nem por isso se mostrou menos essencial para sustentar e desenvolver estas iniciativas, para dificultar outras, por meio de regulações administrativas ou financeiras, tentando coordenar a acção de cada uma para poten-

cializar o efeito de todas num conjunto sincronizado»⁽⁵⁴⁾.

Seria um erro atribuir sempre a origem das práticas de controlo social a uma vontade do Estado ou dos grupos políticos que o gerem; mas isso não nos deve dispensar de estar atentos às mil e uma formas que esses grupos têm de teleguiar as referidas práticas. E, apesar de tudo, não podemos esquecer que existem igualmente formas de controlo social que são claramente instituídas pelo Estado; mas, inspirando-nos na tese de Foucault, importa sublinhar que elas não podem subsistir — na maioria das vezes senão sempre — sem se apoiarem em forças muito diversificadas e exteriores ao poder do Estado; este vai recrutar o pessoal empregado no interior dessas forças ao mesmo tempo que procura nesses grupos de pressão uma legitimação ideológica para os controlos que opera através de organizações e de pessoas privadas, etc.

Destas precisões acerca da origem do controlo social podemos tirar, pelo menos, duas conclusões. Em primeiro lugar, podemos concluir que as duas interpretações opostas — em torno das quais se polarizam, a maior parte das vezes, as análises do controlo social — não são exclusivas uma da outra. Conhecemos estas duas interpretações: a primeira, de inspiração assumidamente organicista e funcional, reconhece, nos processos de controlo social, modos de regulação das relações sociais, inerentes a qualquer sociedade e indispensáveis à sua sobrevivência, e igualmente necessários à socialização dos indivíduos, ou mesmo até à constituição da sua identidade. A proliferação, nas sociedades industriais modernas, de formas novas de integração social, fruto de iniciativas privadas, como resposta à destruição crescente dos laços sociais tradicionais, ilustra e con-

⁽⁵¹⁾ R. Castel, «Interrogations» in *Le Monde Diplomatique*, Julho de 1980, p. 36, Paris.

⁽⁵²⁾ Michel Foucault, *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.

⁽⁵³⁾ *Op. cit.*, pp. 121, 122-123 e 130.

⁽⁵⁴⁾ Artigo citado.

firma esta interpretação, quer se trate de associações de assistência, de movimentos ou de centros psicoterapêuticos. Mas, dito isto, a segunda interpretação conserva toda a sua pertinência — aquela que denuncia, nas formas de regulação social, instrumentos (potenciais ou reais) de dominação, servindo os grupos dominantes; estes, ao controlarem os aparelhos do Estado, podem, com efeito, financiá-los com a finalidade de os reforçar, bem como de os coordenar numa gestão centralizada, com vista a inclui-los numa política voluntarista de controlo social.

Resta-nos acrescentar que a avaliação política das formas de regulação social, nestas condições, não pode ser feita de maneira global, mas conduzida com discernimento, caso a caso, vendo em que medida e de que modo cada uma delas se encontra verdadeiramente comprometida e submetida a fins que a ultrapassam. Por outras palavras, e como segunda conclusão, é imperativo diferenciar as diversas formas de integração ou de controlo social, não as meter todas no mesmo saco. Isto quer dizer, no que aqui nos preocupa — a significação social da psicologia clínica — que tem pouco interesse perguntar se a psicologia clínica intervém nos processos de normalização e de integração — o que parece evidente e, em si, não é criticável. Seria preferível que a psicologia clínica marginalizasse os indivíduos ou que lhes conservasse a sua marginalidade? Deveríamos, pelo contrário, interrogarmo-nos sobre *qual a maneira* pela qual a psicologia clínica contribui para os processos de normalização e de integração⁽⁵⁵⁾, quais

(55) A maneira, por exemplo, como a psicologia clínica intervém no trabalho social, corre o risco puro e simples (por vezes? frequentemente?) de entravar os esforços de reinserção social dos assistidos. Deveríamos regozijar-nos com isso? Ler, a este propósito, Christine Decumont, Evelyn Termol, Maggy Tilman, *Interventions éducatives et enjeu social*, Dissertação de fim de curso, F. O. P. E. S., Universidade de Lovaina, Setembro de 1972.

os seus efeitos sociais específicos, e a quem tudo isso aproveita.

10. A tutela

Qual é a natureza da relação de tutela, inaugurada há perto de dois séculos com a medicina mental, tendo conhecido uma formidável expansão desde há uma trintena de anos?

«Quando os homens, escreve Cabanis, atingem a idade em que as suas forças bastam à sua própria existência, quis a natureza que eles não mais fossem submetidos a qualquer autoridade coerciva. A sociedade deve respeitar e cumprir esta sábia disposição enquanto os homens gozam das suas faculdades racionais, quer dizer, enquanto elas não forem alteradas a ponto de comprometer a segurança e a tranquilidade de outrem ou de os expor a si próprios a verdadeiros perigos. Ninguém tem o direito, nem mesmo a sociedade no seu conjunto, de atentar, sob qualquer forma, contra a sua independência»⁽⁵⁶⁾.

Como vemos, apenas a loucura obriga a fazer excepção à abolição revolucionária das formas de sujeição pessoal características da ordem feudal: inventa-se, nesse caso, a instituição de tutela. Todos os homens que dispõem das suas faculdades racionais devem ser livres, todos têm capacidade jurídica e são iguais perante a lei, todos se definem pela autonomia da sua vontade, fundamento da relação contratual. Só o louco constitui excepção, porque ele perdeu a razão. O louco... e, evidentemente, o indivíduo menor, a criança. O tutor tem o poder de go-

(56) «Relatório ao Conselho de Paris, de 6 de Agosto de 1791 sobre a situação dos alienados da Salpêtrière», citado por A. Tuetey, *L'Assistance publique a Paris sous la révolution, documents inédits*, t. III, pp. 489-506, Paris, 1898. Citado por R. Castel, «L'ordre psychiatrique», *op. cit.*, pp. 49-50.

vernar a pessoa, e de *administrar os seus bens, protege-a* pela via da *representação* e deve *responder pelas faltas* do menor.

O campo de aplicação da relação de tutela, como medida judicial, é, no início, fortemente restrita (menores órfãos de pai ou de mãe, e pessoas atingidas por interdição causada por *imbecilidade*, por *demência* ou por *furor*). Mas, para além da sua aplicação judicial, a relação de tutela no seu conteúdo (governar, proteger pela via da representação, responder por faltas e administrar os bens) estender-se-á, em seguida, a outras categorias de populações: «é a matriz, como diz Castel, de toda a política de assistência»⁽⁵⁷⁾. A relação de tutela é o complemento e o inverso da relação contratual: a independência é reivindicada com força por todos os homens capazes de se dirigirem a si próprios. O louco, infelizmente, não é capaz de tal. Mas todos aqueles que necessitam de assistência não dão, eles também, testemunho da sua menor capacidade de a si mesmos se dirigirem? Bem entendido que não se trata de lhes interditar a capacidade jurídica; mas, pelo menos, convirá — no que respeita ao tipo de assistência que eles requerem — proporcionar-lhes protecção, guiá-los, descarregá-los das suas responsabilidades e representá-los. Para além do seu quadro jurídico estrito⁽⁵⁸⁾, a tutelarização (cujas modalidades concretas podem variar segundo as necessidades e a melhor inspiração do educador, do terapeuta ou do assis-

tente social) fundamenta-se na incapacidade, permanente ou temporária, do assistido. Qual incapacidade? Esta pode ser de natureza diversa: em primeiro lugar, como já vimos, a incapacidade da razão, ou loucura; mas também a incapacidade de agir com honestidade, qualquer coisa como uma enfermidade criminal⁽⁵⁹⁾; ou a incapacidade de encontrar trabalho e de atender às suas necessidades; ou a incapacidade de educar os filhos; ou a incapacidade de se desenvolver com os serviços da administração; ou a incapacidade de efectuar certos gestos ou movimentos como resultado de deficiências físicas, ou como resultado de certas doenças, ou ainda devido à idade; ou a incapacidade de estabelecer relações satisfatórias com o seu semelhante, etc.

Todos estes incapazes devem ser protegidos pela via da *representação*, *devem ser responsabilizados e governados*. No fundo, a relação de tutela que é instituída para a assistência a todas estas espécies de incapacidades consiste essencialmente em substituir a vontade do assistido pela do tutor, em todos os aspectos em que aquele se mostra incapaz de se autodirigir; numa palavra, é querer em seu lugar.

Poderia, então, a assistência tomar formas diferentes das da tutela? Sim, pode; pode tomar a forma de um serviço concebido sob a forma de um acompanhamento técnico. O fornecimento de muletas, a distribuição de refeições quentes ao domicílio a pessoas idosas, um serviço de consulta jurídica — são desse tipo. Elas preservam a

⁽⁵⁷⁾ *Op. cit.*, p. 49.

⁽⁵⁸⁾ Este quadro foi ainda mais alargado, em França, através da Lei n.º 68/5 de 3 de Janeiro de 1968, que reformulou a legislação acerca dos incapazes maiores; esta prevê a abertura de uma tutela quando um maior tem necessidade de ser representado, permanentemente, nos actos da vida corrente. Não se questiona já se o maior perdeu a razão, ou se ele se encontra atingido por imbecilidade, demência ou fúria; deixa-se ao perito o cuidado de determinar os critérios segundo os quais avaliará a necessidade do maior ser representado.

⁽⁵⁹⁾ «Estas prisões, escreve Cabanis, poderão facilmente converter-se em enfermarias do crime: aí se cuidará dessa espécie de doença com a mesma segurança de método e a mesma esperança de sucesso que dos outros distúrbios do espírito», in «Opinião de Cabanis, deputado de Paris, sobre a necessidade de reunir num só sistema comum a legislação das prisões e as dos socorros públicos», *Corps Legislatifs, Conseil des Cinq-Cents*, 7 messidor, ano VI, p. 6, citado por R. Castel, *op. cit.*, p. 40.

inteira autonomia da vontade do assistido. A assistência psiquiátrica em meio aberto poderia, também, ser concebida segundo o modelo da assistência, com a condição de não respeitar apenas a dimensão médica, ou, mais precisamente, químico-terapêutica. Mas aqui já as coisas se complicam: a intervenção médica, quando se trata do generalista e, mais ainda, do médico hospitalar, está associada ao «poder médico» frequentemente denunciado desde há uma dezena de anos, e que se explica pela dependência do doente face ao médico, a fim de recuperar a saúde; o exercício deste poder continua, entretanto, a ser estranho ao tratamento, e é a esse título que se pode denunciá-lo e combatê-lo. Não é o caso desta «medicina especial» que se chama psiquiatria: ela reúne, num amálgama, uma abordagem organicista e químico-terapêutica com uma abordagem educativa e uma abordagem psicoterapêutica do paciente. Estas últimas não são metamorfoses de um poder abusivo do médico, ultrapassando o seu papel e as suas competências — são partes constitutivas do próprio tratamento. O «tratamento moral» ou educativo, recordemo-lo, era a arte de governar o doente, de organizar a sua vida quotidiana no asilo, de fazer dobrar a sua vontade e de a conformar à vontade racional e esclarecida do médico. O tratamento moral é o arquétipo da relação de tutela. Se ele perdeu a sua credibilidade como tratamento em meados do século XIX, subsistiu sob a forma de um discurso pedagógico convencional, regulando as práticas de vigilância nos asilos e nos hospitais. Mas a dimensão educativa e tutelar do tratamento psiquiátrico, pela qual a vontade do terapeuta se substitui à do paciente, não desapareceu entretanto: ela reaparece com as psicoterapias. Como muito bem explicam Laplanche e Pontalis⁽⁶⁰⁾, designa-se por *psi-*

coterapia «todo o método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilizam (...) a relação do terapeuta com o doente: a hipnose, a sugestão, a reeducação psicológica, a persuasão, etc.; e, nesse sentido, a psicanálise é uma forma de psicoterapia». A utilização e a distribuição do poder na relação do terapeuta com o paciente varia segundo os métodos e as escolas teóricas, mas é, evidentemente, ao perito que pertence o poder de fixar os limites do poder de cada um. Não há, porém, nenhuma coerção em tudo isto — dir-se-á, e com razão: se o paciente se quiser subtrair à tutela do seu terapeuta, vai-se embora. E é verdade, mas isso nem sempre é simples quando se tem necessidade de ajuda e quando se tem dificuldade em se «aguentar» a si próprio. Por outro lado, reconhecer uma forma de tutela nas relações psicoterapêuticas não equivale a denunciá-la: pode haver aspectos positivos, por vezes, em alguém se confiar à vontade de outrem, em se deixar governar e guiar por uns tempos, em se desresponsabilizar. Mas isso torna-se evidentemente mais suspeito no interior do hospital psiquiátrico, devido aos constrangimentos institucionais, explícitos e implícitos, que aí se podem exercer. Seja como for, não percamos de vista a enorme diferença que tínhamos detectado entre o «tratamento moral» e as psicoterapias. Enquanto o «tratamento moral» toma, como normas de intervenção e de governo, a razão e os valores morais (aos quais todo o homem deve conformar a sua vontade), as psicoterapias tomam, por norma de intervenção e de governo, a natureza psíquica do indivíduo. Certamente que se espera sempre, na sequência da terapia, reconduzir o paciente aos comportamentos razoáveis e ao respeito dos valores recebidos, mas não é isso que regula e determina a natureza da intervenção e a escolha dos procedimentos; aquilo que os determina é o conhecimento (psicológico ou analítico) da estrutura psíquica do paciente.

⁽⁶⁰⁾ Jean Laplanche e J. B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, p. 359, P. U. F., 1967.

11. *A função social da psicologia clínica hoje*

a) *Primeira hipótese*

Chegados a este ponto, podemos avançar uma primeira hipótese quanto ao papel *social* da psicologia clínica no seio da instituição psiquiátrica: ela procurou um fundamento novo, uma legitimidade nova, para a tutela exercida pelo psiquiatra sobre o doente. Os valores morais tradicionais bastavam, até cerca de 1950, para guiar o exercício do poder de tutela dos médicos psiquiatras sobre os alienados e para alicerçar a sua autoridade. Eles bastavam também para fundamentar a organização coerciva da vida no hospital e as medidas repressivas necessárias à manutenção da disciplina e da boa ordem nos serviços. No dia em que, como por todo o lado, de resto, sofreram um abalo, a tutela psiquiátrica encontrou um novo fôlego procedendo à sua psicologização.

Esta hipótese oferece a vantagem de explicar porque é que o lançamento das psicoterapias, e, em particular, o da psicanálise, se produziu tão tardiamente nos estabelecimentos psiquiátricos, ou seja, cerca dos anos cinquenta, ao passo que a psicologia clínica, enquanto forma de pensamento e de abordagem das doenças mentais, tomava corpo, como vimos, desde meados do século XIX, e a psicanálise encontrava adeptos entre os psiquiatras desde o início do século XX. Por outro lado, é necessário sublinhar claramente que a psicologização da psiquiatria não se reduz ao uso mais frequente das técnicas terapêuticas, paralelamente à prescrição de medicamentos; ela manifesta-se igualmente pela expansão de um discurso psicopatológico comum, de inspiração marcadamente psicanalítica, mas frequentemente selvagem e bastante pouco polido, centrado nos doentes, tanto dentro do gabinete, como fora, e que serve para justificar as disposições institucionais que é

necessário tomar autoritariamente a seu respeito (ou que pode servir igualmente — conforme o caso — para criticar as que são tomadas pelos colegas...). Este discurso alimenta também as entrevistas que o médico concede ao doente, ele dá uma forma e um conteúdo novo às relações humanas que a relação de tutela comporta. Pois, como falar ao doente se já não se pode fazê-lo como um bom pai de família? E que dizer-lhe, se já não se pode dar-lhe bons conselhos, inspirados na moral e nos bons costumes? De futuro falar-se-á com ele como perito, falar-se-lhe-á dele, daquilo que ele é, da sua natureza psicológica, para explicar, justificar e fazer valer os conselhos que se lhe prodigalizam⁽⁶¹⁾.

Numa palavra, aquilo que se psicologizou em psiquiatria foi o exercício do poder de tutela; poder que o psiquiatra assume no próprio acto do tratamento, mas que ele exerce também cada vez que é chamado a tomar medidas institucionais relativamente aos pacientes que lhe estão confiados, e quando ele dirige a gestão de um serviço. E é necessário deixar de crer que a psicologização da psiquiatria, desde há cerca de trinta anos, teria consistido em substituir a abordagem organicista das doenças mentais por uma abordagem psicológica, e em substituir os tratamentos médicos por tratamentos psicológicos. Estas duas abordagens e estas duas espécies de tratamentos são usadas em proporções variáveis. Pelos psiquiatras, certamente, há um século; e elas não são, de modo algum, exclusivas uma da outra, mas complementares, como a prática o demonstra. E se foi dado um maior destaque às psicoterapias no seio do próprio tratamento desde há trinta anos — apesar da persistente incerteza dos seus resultados e apesar das

⁽⁶¹⁾ Do mesmo modo e pelas mesmas razões, se têm vindo a psicologizar os conselhos e as recomendações dos trabalhadores sociais, dos educadores e dos pais.

descobertas dos sucessos da quimioterapia — é precisamente porque o tratamento psiquiátrico não consiste somente em cuidar do doente, pois que deve igualmente governá-lo.

Não é possível, no entanto, ignorar as polémicas que opuseram, durante muito tempo, os «psi» aos organicistas; como explicá-las se o fulcro da questão não era a eficácia dos cuidados, nem a abolição da quimioterapia em favor das psicoterapias? Podemos, certamente, ver aí reflectidas as manifestações de um conflito aberto pelos novos profissionais psicoterapeutas não-médicos contra os psiquiatras. Mas é igualmente necessário reconhecer que as oposições não recobrem — a não ser de modo muito imperfeito — as clivagens profissionais: muitos médicos converteram-se em defensores da abordagem «psi». Eis ainda uma outra explicação: uma abordagem exclusivamente médica, organicista e quimioterapêutica, das doenças mentais reduz, enfraquece e ameaça o espaço não-médico da psiquiatria, a relação de homem com homem que ela comporta, que não é outra senão a função de tutela que ela exerce. Trata-se menos, no que respeita à abordagem «psi», de contestar a eficácia da medicina biológica, do que negar a sua pretensão à exclusividade, e de preservar, assim, na psiquiatria, um lugar para o governo dos homens, um governo humano, esclarecido e técnico, evidentemente.

Mas, para dizermos a verdade, o movimento «psi» é menos dirigido contra o organicismo do que contra a forma autoritária, moral e repressiva de governo da psiquiatria; e é isso que explica a sua tonalidade militante e assumidamente progressista. Uma parte, inclusivamente, da oposição ao organicismo e, mais ainda, à dimensão médica da psiquiatria, pode ser analisada como uma oposição ao poder tradicional dos médicos sobre os doentes, sendo o organicismo tomado como um símbolo privilegiado desse poder. O movimento «psi» milita contra as

formas tradicionais de tutela, e contra os abusos que as acompanham, o que só pode constituir motivo de regozijo; mas podemos, igualmente, observar que ele chega no momento exacto. Ao psychologizar a tutela psiquiátrica no preciso momento em que ela se esvaziava dos seus valores, das suas normas e da sua dignidade, ele dá-lhe um novo fôlego, uma nova legitimidade, novas razões, novos critérios, e garante-lhe a permanência futura.

b) Segunda hipótese

Aquilo que acabamos de afirmar tanto é válido para a psiquiatria hospitalar como para a psiquiatria extra-hospitalar. Mas, quanto à função social da psicologia clínica no seio da psiquiatria extra-hospitalar, podemos acrescentar uma segunda hipótese. A psicologia clínica desempenha um papel essencial na psiquiatrização crescente de categorias novas da população ao abolir as fronteiras entre o normal e o patológico. Para beneficiar da tutela psiquiátrica, enquanto se tratava apenas de medicina — mesmo que fosse uma medicina especial — era necessário ser-se doente, muito ou pouco. Mas se todos os nossos comportamentos se explicam através da estrutura particular da nossa natureza psíquica, então qualquer desvio, qualquer incapacidade para se comportar adequadamente, qualquer dificuldade em se sentir feliz, pode tirar proveito de uma ajuda psicoterapêutica profunda ou ligeira. Mas não nos equivoquemos: a psicologia clínica, enquanto modo de intervenção psiquiátrica, não é a causa da expansão desta. Situámo-la a sua causa noutra quadrante: ela reside na transformação da vida social, na desintegração das relações sociais tradicionais, na atomização dos indivíduos. A expansão dos serviços de assistência social, públicos ou privados, com as múltiplas formas de tutela que ela promove, é uma resposta a esta evolução his-

tórica das sociedades industriais, e a intervenção psiquiátrica em meio aberto é apenas uma das formas desta assistência. O papel da psicologia clínica neste quadro consiste em estender esta intervenção psiquiátrica a todos aqueles que, sem serem doentes, se sentem mergulhados na confusão.

c) Terceira hipótese

Mas o facto surpreendente é, em primeiro lugar, o de a psicologia clínica não se exercer somente no interior dos serviços psiquiátricos de assistência; e é ainda mais surpreendente que ela fique apenas entre as mãos dos psicoterapeutas, sejam eles médicos ou não. Gradualmente, todos os profissionais da assistência começam a socorrer-se, cada um a seu modo, do discurso da psicologia clínica, ou mesmo a improvisar acções terapêuticas, com ou sem formação contínua e estágios de todas as espécies. Estaremos em presença de algum misterioso contágio, ou será isto devido ao prestígio da psicologia, ou a hegemonia conquistadora dos «psi»? Podemos avançar uma outra explicação — e seria esta a minha terceira hipótese — quanto à função social da psicologia clínica hoje: foi a tutela — «matriz de toda a política de assistência», como diz Castel, forma social predominante, é certo, de todas as formas de assistência — que se psicologizou.

Em lugar de pensar que a psicologia clínica foi exportada, a partir da psiquiatria, para outras formas de assistência, diríamos, antes, que foi a instituição da tutela — instituição na qual o aparelho psiquiátrico, o aparelho judicial e os serviços humanitários e sociais desempenham funções complementares — que se psicologizou progressivamente desde há uma trintena de anos, a começar pela assistência psiquiátrica. Foi a tutelarização crescente das populações que levou à psicologização da tutela. Porquê?

Porque, como já tínhamos observado nos casos da instituição escolar e da empresa, uma instituição desenvolve uma maneira de pensar psicológica a partir do momento em que lhe começam a faltar as razões e as normas para fundamentar as formas da sua organização ou os seus modos de gestão. A assistência orienta-se hoje para populações cada vez mais numerosas e diversificadas, cujas necessidades são complexas e mal definidas. Quando se tratava dos loucos, dos menores ou dos pobres, a *incapacidade* que justificava o governo da tutela estava claramente identificada. Mas a partir do momento em que a tutela, impulsionada por políticas de prevenção cada vez mais refinadas, se estende a novas categorias de populações, a que incapacidades se pode recorrer? Estas vão ser localizadas na natureza psíquica dos indivíduos. E que remédios, que soluções vão ser propostas àqueles que, não estando atingidos por qualquer invalidez caracterizada e cuja situação social não é notoriamente alarmante, sofrem pelo facto de não encontrarem no seu meio de vida os apoios aos quais cada um de nós tem necessidade de recorrer quando enfrenta qualquer dificuldade? Nas escolas sociais, na Bélgica, o ensino da metodologia do trabalho social encontra-se num impasse⁽⁶²⁾, em virtude de não conseguir propor, aos estudantes, métodos de intervenção específicos do trabalhador social junto destas novas populações: e podemos constatar que este ensino se orienta «muito naturalmente» para técnicas de intervenção de inspiração psicoterapêutica.

Se esta terceira hipótese é exacta, o movimento de psicologização não parte da psiquiatria em direcção a novas formas de

⁽⁶²⁾ Esta questão foi estudada por Yves Van de Vloet e Christian Van Uffel, em *Travailler le social: pour une méthodologie du positionnement*, Memorando de fim de curso, Universidade de Lovaina, Junho de 1983.

assistência; parte, pelo contrário, da instituição da tutela (em crescimento), a qual se vê constrangida a psicologizar as suas diferentes formas de assistência. E, em vez de explicar a psicologização da assistência

pela influência da psiquiatria e da sua componente psicoterapêutica, torna-se imprescindível explicar a expansão e a psicologização da psiquiatria extra-hospitalar através da expansão da assistência.