



tempo brasileiro

**Biblioteca
Tempo Universitário
11**



**DOENÇA MENTAL
,
E PSICOLOGIA**

MICHEL FOUCAULT



BIBLIOTECA TEMPO UNIVERSITÁRIO — II

Coleção dirigida por EDUARDO PORTELLA

Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tradução de
LILIAN ROSE SHALDERS

Revisão Técnica de
CHAIM SAMUEL KATZ

capa de
MAURICIO JOSÉ MARCHEVSKY

TRADUZIDO DO ORIGINAL FRANCES
MALADIE MENTALE ET PSYCHOLOGIE
da PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, Paris

Direitos em língua portuguesa reservados às
EDIÇÕES TEMPO BRASILEIRO LTDA.
Rua Gago Coutinho, 61 Laranjeiras — ZC 01 — Tel.:225-8173
Caixa Postal nº 99 — End. Telegráfico: TEMBRAS

RIO DE JANEIRO — RJ — BRASIL

MICHEL FOUCAULT

DOENÇA MENTAL
E
PSICOLOGIA

tempo brasileiro
Rio de Janeiro — 1975

SUMÁRIO

<i>INTRODUÇÃO</i>	5
Capítulo I	6
MEDICINA MENTAL E MEDICINA ORGÂNICA	6
PRIMEIRA PARTE	16
AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOENÇA.....	16
Capítulo II.....	16
A DOENÇA E A EVOLUÇÃO.....	16
Capítulo III.....	27
A DOENÇA E A HISTÓRIA INDIVIDUAL.....	27
Capítulo IV.....	38
A DOENÇA E A EXISTÊNCIA.....	38
SEGUNDA PARTE	49
LOUCURA E CULTURA	49
Introdução.....	49
Capítulo V.....	52
A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL	52
Capítulo VI.....	61
A LOUCURA, ESTRUTURA GLOBAL.....	61
CONCLUSÃO	68

INTRODUÇÃO

Duas questões se colocam: sob que condições pode-se falar de doença no domínio psicológico? Que relações podem definir-se entre os fatos da patologia mental e os da patologia orgânica? Todas as psicopatologias ordenaram-se segundo estes dois problemas: há as psicologias da heterogeneidade que se recusam, como o fez Blondel, a ler as estruturas da consciência mórbida em termos de psicologia normal; e, ao contrário, as psicologias, analíticas ou fenomenológicas, que procuram apreender a inteligibilidade de toda conduta, mesmo demente, nas significações anteriores à distinção do normal e do patológico. Uma divisão análoga se faz igualmente no grande debate da psicogênese e da organogênese: busca da etiologia orgânica, desde a descoberta da paralisia geral, com sua etiologia sifilítica; ou análise da causalidade psicológica, a partir das perturbações sem fundamento orgânico, definidas no fim do século XIX como síndrome histérica.

Tantas vezes retomados, estes problemas, hoje, desagradam, e não haveria vantagens em resumir os debates que suscitaram. Mas podemos perguntar-nos se a confusão não provém do fato de que se dá o mesmo sentido às noções de doença, de sintomas, de etiologia nas patologias mental e orgânica. Se parece tão difícil definir a doença e a saúde psicológicas, não é porque se tenta em vão aplicar-lhes maciçamente conceitos destinados igualmente d medicina somática? A dificuldade em reencontrar a unidade das perturbações orgânicas e das alterações da personalidade não provém do fato de se acreditar que elas possuem uma estrutura de mesmo tipo? Para além das patologias mental e orgânica, há uma patologia geral e abstrata que as domina, impondo-lhes, à maneira de prejuízos, os mesmos conceitos, e indicando-lhes os mesmos métodos à maneira de postulados. Gostaríamos de mostrar que a raiz da patologia mental não deve ser procurada em uma "meta-patologia" qualquer, mas numa certa relação, historicamente situada, entre o homem e o homem louco e o homem verdadeiro.

Entretanto, um balanço rápido é necessário, ao mesmo tempo para lembrar como se constituíram as psicopatologias tradicionais ou recentes, e para mostrar de que preliminares a medicina mental tem que estar consciente para encontrar um novo rigor.

Capítulo I

MEDICINA MENTAL E MEDICINA ORGÂNICA

Esta patologia geral de que acabamos de falar desenvolveu-se em duas etapas principais.

Como a medicina orgânica, a medicina mental tentou, inicialmente, decifrar a essência da doença no agrupamento coerente dos sinais que a indicam. Constituiu uma *sintomatologia* na qual são realçadas as correlações constantes, ou somente freqüentes, entre tal tipo de doença e tal manifestação mórbida: a alucinação auditiva, sintoma de uma estrutura delirante; a confusão mental, sinal de tal forma demente. Constituiu, por outro lado, uma *nosografia* onde são analisadas as próprias formas da doença, descritas as fases de sua evolução, e restituídas as variantes que ela pode apresentar: haverá as doenças agudas e as crônicas; descrever-se-ão as manifestações episódicas, as alternâncias de sintomas, e sua evolução no decorrer da doença.

Pode ser útil esquematizar estas descrições clássicas, não só a título de exemplo, mas também para fixar o sentido originário de termos classicamente utilizados. Tomaremos, das obras antigas do começo deste século, descrições cujo arcaísmo não deve fazer esquecer que elas foram resultado e ponto de partida.

Dupré definia assim a *histeria*: "Estado no qual o poder da imaginação e da sugestibilidade, unido a esta sinergia particular do corpo e do espírito que denominei psicoplasticidade, resulta na simulação mais ou menos voluntária de síndromes patológicas, na organização mitoplástica de perturbações funcionais, impossíveis de distinguir das dos simuladores⁽¹⁾." Esta definição clássica designa então como sintomas superiores da histeria, a sugestibilidade, e o aparecimento de perturbações como a paralisia, a anestesia, a anorexia, que não tem, na ocorrência, fundamento orgânico, mas uma origem exclusivamente psicológica.

A *psicastenia*, a partir dos trabalhos de Janet, é caracterizada pelo esgotamento nervoso com estigmas, orgânicos (astenia muscular, perturbações gastro-intestinais, cefaléias); uma astenia mental (fatigabilidade, impotência diante do esforço, desespero em face do obstáculo; inserção difícil no real e no presente: o que Janet chamava

¹ DUPRÉ, *La Constitution Emotive* (1911).

`a perda da função do real`); enfim perturbações da emotividade (tristeza, inquietude, ansiedade paroxística) .

As *obsessões*: "aparecimento num estado mental habitual de indecisão, dúvida e inquietação, e sob a forma de acessos paroxísticos intermitentes, de obsessões-impulsões diversas" (2). Distingue-se da fobia, caracterizada por crises de angústia paroxística diante de objetos determinados (agorafobia diante dos espaços vazios), a *neurose obsessiva*, na qual estão sobretudo marcadas as defesas que o doente cria contra sua angústia (precauções rituais, gestos propiciatórios).

Mania e depressão: Magnan denominou "loucura intermitente" esta forma patológica, na qual vêm-se alternar, a intervalos mais ou menos longos, duas síndromes entretanto opostas: a síndrome maníaca, e a depressiva. A primeira compreende a agitação motora, um humor eufórico ou colérico, uma exaltação psíquica caracterizada pela verbosidade, a rapidez das associações e a fuga das idéias. A depressão, ao contrário, apresenta-se como uma inércia motora tendo com o fundo humor triste, acompanhada de hipo-atividade psíquica. Às vezes isoladas, a mania e a depressão estão ligadas mais freqüentemente por um sistema de alternância regular ou irregular, do qual Gilbert-Ballet traçou os diferentes perfis (3) .

A *paranóia*: num fundo de exaltação passional (orgulho, ciúme), e de hiperatividade psicológica, ve-se desenvolver-se um delírio sistematizado, coerente, sem alucinação, cristalizando numa unidade pseudo-lógica temas de grandeza, perseguição e reivindicação.

A *psicose alucinatória crônica* é, também, uma psicose delirante; mas o delírio é mal sistematizado, freqüentemente incoerente; os temas de grandeza acabam por absorver todos os outros numa exaltação pueril do personagem; enfim e sobretudo, ele é sustentado por alucinações.

A *hebefrenia*, psicose da adolescência, é classicamente definida por uma excitação intelectual e motora (tagarelice, neologismos, trocadilhos; maneirismo e impulsos), por alucinações e um delírio desordenado, cujo polimorfismo empobrece paulatinamente.

A *catatonia* é reconhecida devido ao negativismo do sujeito (mutismo, recusa de alimento, fenômenos chamados por Kraepelin "barreiras de vontade"), a sua sugestibilidade (passividade muscular, conservação das

² DELMAS, *La pratique psychiatrique* (1929).

³ G. BALLETT, *La psychose périodique*, *Journal de Psychologie*, 1909-1910.

atitudes impostas, respostas em eco), enfim às reações estereotipadas e aos paroxismos impulsivos (descargas motoras brutais que parecem extravasar todas as barreiras instauradas pela doença).

Observando que estas três últimas formas patológicas, que intervessem bastante cedo no desenvolvimento, tendem para a demência, isto é, para a desorganização total da vida psicológica (o delírio se esboroa, as alucinações tendem a serem substituídas por um onirismo desordenado, a personalidade soçobra na incoerência), Kraepelin agrupou-as sob a denominação comum de *Demência Precoce* (⁴). E esta mesma entidade nosográfica que Bleuler retomou, alargando-a no sentido de certas formas de paranoia (⁵); e deu ao conjunto o nome de esquizofrenia, caracterizada, de um modo geral, por uma perturbação na coerência normal das associações — como um fracionamento do fluxo do pensamento — e por outro lado, por uma ruptura do contato afetivo com o meio ambiente, por uma impossibilidade de entrar em comunicação espontânea com a vida afetiva do outro (autismo).

Estas análises têm a mesma estrutura conceitual que as da patologia orgânica: em ambas, mesmo métodos para distribuir os sintomas nos grupos patológicos, e para definir as grandes entidades mórbidas. Ora, o que se encontra por detrás deste método único, são dois postulados que concernem a natureza da doença.

Postula-se, inicialmente, que a doença é uma essência, uma entidade específica indicada pelos sintomas que a manifestam, mas anterior a eles, e de certo modo independente deles; descrever-se-á um fundo esquizofrênico oculto sob sintomas obsessivos; falar-se-á de delírios camuflados; supor-se-á a entidade de uma loucura maníaco-depressiva por detrás de uma crise maníaca ou de um episódio depressivo.

Ao lado deste preconceito de essência, e como para compensar a abstração em que ele implica, há um postulado naturalista, que considera a doença como uma espécie botânica; a unidade que se supõe em cada grupo nosográfico por detrás do polimorfismo dos sintomas seria como a unidade de uma espécie definida por seus caracteres permanentes, e diversificada em seus sub-grupos: assim a Demência Precoce é como uma espécie caracterizada pelas formas últimas de sua evolução natural, e que pode apresentar as variantes hebefrênicas, catatônicas ou paranóides.

⁴ KRAEPELIN — *Lehrbuch der Psychiatric* (1889).

⁵ E. BLEULER — *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911).

Se se define a doença mental com os mesmos métodos conceituais que a doença orgânica, se se isolam e se se reúnem os sintomas psicológicos como os sintomas fisiológicos, é porque antes de tudo se considera a doença, mental ou orgânica, como uma essência natural manifestada por sintomas específicos. Entre estas duas formas de patologia, não há então unidade real, mas semente, e por intermediário destes dois postulados, um paralelismo abstrato. Ora o problema da unidade humana e da totalidade psicossomática permanece inteiramente aberto.

*

E o peso deste problema que fez derivar a patologia para novos métodos e novos conceitos. A noção de uma totalidade orgânica e psicológica faz tábula rasa dos postulados que consideram a doença uma entidade específica. A doença como realidade independente tende a desaparecer, e renunciou-se a fazê-la desempenhar o papel de uma espécie natural com relação aos sintomas, e, com relação ao organismo, o de um corpo estranho. Privilegiam-se, pelo contrário, as reações globais do indivíduo; entre o processo mórbido e o funcionamento geral do organismo, a doença não se interpõe mais como uma realidade autônoma; não se a concebe mais senão como um corte abstrato no devir do indivíduo doente.

No domínio da patologia orgânica, lembremo-nos do papel desempenhado atualmente pelas regulações hormonais e suas perturbações, a reconhecida importância dos centros vegetativos, como a região do 3º ventrículo que comanda estas regulações. Sabe-se quanto Leriche insistiu sobre o caráter global dos processos patológicos, e sobre a necessidade de substituir uma patologia celular por uma patologia textrina. Selye, por seu lado, descrevendo as "doenças da adaptação", mostrou que a essência do fenômeno patológico devia ser procurada no conjunto das reações nervosas e vegetativas que são como que a resposta global do organismo ao ataque, ao "stress", proveniente do mundo exterior.

Na patologia mental, dá-se o mesmo privilégio a noção de totalidade psicológica; a doença seria alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento: só teria realidade e sentido no interior de uma personalidade estruturada. Neste sentido tentou-se definir as doenças mentais, segundo a amplitude das perturbações da personalidade, e daí chegou-se a distribuir as perturbações psíquicas em duas grandes categorias: *as neuroses* e *as psicoses*.

1) *As psicoses*, perturbações da personalidade global, comportam: um distúrbio do pensamento (pensamento maníaco que foge, flui, desliza sobre associações de sons ou trocadilhos; pensamento esquizofrênico, que salta, ultrapassa os intermediários e procede por saltos ou por contrastes) ; uma alteração geral da vida afetiva e do humor (ruptura do contato afetivo na esquizofrenia; colorações emocionais maciças na mania ou na depressão); uma perturbação do controle da consciência, da perspectivação dos diversos pontos de vista, formas alteradas do senso crítico (crença delirante na paranóia, na qual o sistema de interpretação antecipa as provas de sua exatidão, e permanece impermeável a qualquer discussão; indiferença do paranóide à singularidade de sua experiência alucinatória que tem para ele valor de evidência);

2) *nas neuroses*, pelo contrário, somente um setor da personalidade é atingido: ritualismo dos obsessivos com respeito a um objeto, angústias provocadas por tal situação na neurose de fobia. Mas o fluxo do pensamento permanece intacto na sua estrutura, mesmo se é mais lento nos psicastênicos; o contato afetivo subsiste, chegando a ser exagerado até a suscetibilidade nos histéricos; enfim, o neurótico, mesmo quando apresenta obliterações de consciência como o histérico, ou impulsos incoercíveis como o obsessivo, conserva a lucidez crítica com relação a seus fenômenos mórbidos.

Classificam-se, geralmente, entre as psicoses, a paranóia e todo o grupo esquizofrênico, com suas síndromes paranóides, hebefrênicas e catatônicas; entre as neuroses, a psicastenia, a histeria, a obsessão, a neurose de angústia e a de fobia.

A personalidade torna-se, assim, o elemento no qual se desenvolve a doença, e o critério que permite julgá-la; é ao mesmo tempo a realidade e a medida da doença.

Viu-se neste resumo da noção de totalidade um retorno a patologia concreta, e a possibilidade de determinar como um único domínio o campo da patologia mental e o da orgânica. Não é, na verdade, ao mesmo indivíduo humano na sua realidade que ambas se dirigem por vias diferentes? Através desta localização da noção de totalidade não convergem, ao mesmo tempo, pela identidade de seus métodos e unidade de seu objeto?

A obra de Goldstein poderia testemunhá-lo. Estudando, nas fronteiras da medicina mental e orgânica, uma síndrome neurológica como a afasia, ele recusa tanto as explicações orgânicas por uma lesão local, quanto as

interpretações psicológicas por um déficit global da inteligência. Mostra que uma lesão cortical pós-traumática pode modificar o estilo das respostas do indivíduo a seu meio; um dano funcional limita as possibilidades de adaptação do organismo e suprime do comportamento a eventualidade de certas atitudes. Quando um afásico não pode nomear um objeto que lhe é mostrado, apesar de poder reclamá-lo, se dele necessita, não é por causa de um déficit (supressão orgânica ou psicológica), que se poderia descrever como uma realidade em si; é que ele não é mais capaz de uma certa atitude face ao mundo, de uma perspectiva de denominação que, ao invés de aproximar-se do objeto para pegá-lo (*greifen*), distancia-se para mostrá-lo e indicá-lo (*zeigen*) (⁶).

Quer suas designações primeiras sejam psicológicas ou orgânicas, a doença concerniria de qualquer modo a situação global do indivíduo no mundo; em vez de ser uma essência fisiológica ou psicológica, é uma reação geral do indivíduo tomado na sua totalidade psicológica e fisiológica. Em todas estas formas recentes de análise médica, pode-se, então, ler uma significação única: quanto mais se encara como um todo a unidade do ser humano, mais se dissipa a realidade de uma doença que seria unidade específica; e também mais se impõe, para substituir a análise das formas naturais da doença, a descrição do indivíduo reagindo a sua situação de modo patológico.

Pela unidade que ela assegura, e pelos problemas que suprime, esta noção de totalidade tem todas as possibilidades para trazer a patologia um clima de euforia conceitual. É deste clima que quiseram aproveitar-se os que, de perto ou de longe, inspiraram-se em Goldstein. Mas a infelicidade quis que a euforia não estivesse do mesmo lado que o rigor.

Gostaríamos de mostrar, pelo contrário, que a patologia mental exige métodos de análise diferentes dos da patologia orgânica, e que é somente por um artifício de linguagem que se pode emprestar o mesmo sentido as "doenças do corpo" e as "doenças do espírito". Uma patologia unitária que utilizasse os mesmos métodos e os conceitos nos domínios psicológico e fisiológico é, atualmente, da ordem do mito, mesmo que a unidade do corpo e do espírito seja da ordem da realidade.

1) A *abstração* — Na patologia orgânica, o tema de um retorno ao doente para além da doença não exclui a perspectivação rigorosa que permite isolar, nos fenômenos patológicos as condições e os efeitos, os

⁶ GOLDSTEIN — *Journal de Psychologie* (1933) .

processos maciços e as reações singulares. A anatomia e a fisiologia propõem justamente a medicina uma análise que autoriza abstrações válidas sobre o fundo da totalidade orgânica. Certamente, a patologia de Selye insiste, mais que qualquer outra, na solidariedade de cada fenômeno segmentário com o todo do organismo; mas não é para fazê-los desaparecer em sua individualidade, nem para denunciar neles uma abstração arbitrária. É para permitir, pelo contrário, ordenar os fenômenos singulares numa coerência global, é para mostrar, por exemplo, como lesões intestinais análogas as da tifóide ocorrem num conjunto de perturbações hormonais, do qual um elemento essencial é um distúrbio do funcionamento córtico-suprarrenal. A importância atribuída em patologia orgânica à noção de totalidade não exclui nem a abstração de elementos isolados, nem a análise causal; ela permite, pelo contrário, uma abstração mais válida e a determinação de uma causalidade mais real.

Ora, a psicologia nunca pôde oferecer a psiquiatria o que a fisiologia deu a medicina: o instrumento de análise que, delimitando o distúrbio, permitisse encarar a relação funcional deste dano ao conjunto da personalidade. De fato, a coerência de uma vida psicológica parece assegurada de maneira diversa que não a coesão do organismo; a integração dos segmentos tende, neste caso, a uma unidade que torna cada um deles possível, mas resume-se e recolhe-se em cada um: é o que os psicólogos chamam, no seu vocabulário tomado à fenomenologia, a unidade significativa das condutas, que encerra em cada elemento — sonho, crime, gesto gratuito, associação livre — o comportamento geral, o estilo, toda a anterioridade histórica e as implicações eventuais de uma existência. A abstração não pode, então, fazer-se do mesmo modo em psicologia e em fisiologia; e a delimitação de um distúrbio patológico exige na patologia orgânica métodos diversos dos da patologia mental.

2) *O normal e o patológico* - A medicina viu esfumar-se progressivamente a linha de separação entre os fatos patológicos e os normais: ou melhor ela apreendeu mais claramente que os quadros clínicos não eram uma coleção de fatos anormais, de "monstros" fisiológicos, mas sim constituídos em parte pelos mecanismos normais e as reações adaptativas de um organismo funcionando segundo sua norma. A hipercalciúria, que segue uma fratura do fêmur, é uma resposta orgânica situada, como diz Leriche, "na linha das possibilidades texturais" (⁷): é o organismo reagindo de um modo ordenado ao dano patológico, e como para repará-lo.

⁷ LERICHE - *Philosophie de la Chirurgie*.

Mas, não o esqueçamos: estas considerações repousam numa planificação coerente das possibilidades fisiológicas do organismo; e a análise dos mecanismos normais da doença permite, de fato, melhor discernir o impacto do dano mórbido, e, com as virtualidades normais do organismo, sua capacidade de cura: do mesmo modo que a doença está inscrita no interior das virtualidades fisiológicas normais, a possibilidade da cura está escrita no interior dos processos da doença.

Em psiquiatria, ao contrário, a noção de personalidade torna singularmente difícil a distinção entre o normal e o patológico. Bleuler, por exemplo, tinha oposto como 2 pólos da patologia mental, o grupo das esquizofrenias, com a ruptura do contato com a realidade, e o grupo das loucuras maníaco-depressivas, ou psicoses cíclicas, com o exagero das reações afetivas. Ora, esta análise pareceu definir tanto as personalidades normais quanto as mórbidas; e Kretschmer pôde constituir, neste espírito, uma caracteriologia bipolar, comportando a esquizotimia e a ciclotimia, cuja acentuação patológica apresentar-se-ia como esquizofrenia e como "ciclofrenia". Mas, desde logo, a passagem das reações normais as formas mórbidas não depende de uma análise precisa dos processos; permite somente uma apreciação qualitativa que ocasiona todas as confusões.

Enquanto que a idéia de solidariedade orgânica permite distinguir e unir dano mórbido e resposta adaptada, o exame da personalidade antecede, em patologia mental, a análises semelhantes.

3) *O doente e o meio* — Finalmente, uma terceira diferença impede que se tratem com os mesmos métodos e que se analisem com os mesmos conceitos a totalidade orgânica e a personalidade psicológica. Ne nhuma doença, sem dúvida, pode ser separada dos métodos de diagnóstico, dos procedimentos de isolamento, dos instrumentos terapêuticos com os quais a cerca a prática médica. Mas a noção de totalidade orgânica ressalta, independentemente destas práticas, a individualidade do sujeito doente; ela permite isolar na sua originalidade mórbida, e determinar o caráter próprio de suas reações patológicas.

Do lado da patologia mental, a realidade do doente não permite uma abstração semelhante e cada individualidade mórbida deve ser entendida através das práticas do meio a seu respeito. A situação de internamento e de tutela imposta ao alienado desde o fim do século XVIII, sua dependência total com relação a decisão médica contribuíram, sem

dúvida, para fixar, no fim do século XIX, a personagem do histérico. Despojado de seus direitos pelo tutor e pelo conselho de família, recaindo praticamente no estado de menoridade jurídica e moral, privado de sua liberdade pelo médico todo-poderoso, o doente tornava-se o centro de todas as sugestões sociais: e no ponto de convergência destas práticas, apresentava-se a sugestibilidade, como síndrome maior da histeria. Babinski, impondo de fora a sua doente o domínio da sugestão, a conduzia a este ponto de alienação no qual, destruída, sem voz e sem movimento, estava preparada para receber a eficácia da palavra milagrosa: "Levanta-te e anda". E o médico encontrava o sinal da simulação no sucesso de sua paráfrase evangélica, já que a doente, seguindo a injunção ironicamente profética, levanta-se realmente e realmente andava. Ora, naquilo que o médico denunciava como ilusão, ele esbarrava de fato com a realidade de sua prática médica: nesta sugestibilidade, ele encontrava o resultado de todas as sugestões, de todas as dependências as quais estava submetido o doente. O fato das observações hoje não apresentarem mais milagres semelhantes, não anula a realidade dos sucessos de Babinski, mas prova somente que o rosto do histérico tende a desvanecer-se, a medida que se atenuam as práticas da sugestão que constituíam antigamente o meio do doente .

A dialética das relações do indivíduo e seu meio não se faz, então, no mesmo estilo em fisiologia patológica e em psicologia patológica.

*

Não se pode, então admitir prontamente nem um paralelismo abstrato, nem uma unidade maciça entre os fenômenos da patologia mental e os da orgânica; é impossível transpor de uma para outra os esquemas de abstrações, os critérios de normalidade ou a definição do indivíduo doente. A patologia mental deve libertar-se de todos os postulados de uma "metapatologia": a unidade assegurada por esta entre as diversas formas de doença é somente artificial; quer dizer que ela depende de um fato histórico, do qual já escapamos.

É preciso, então, dando crédito ao próprio homem, e não as abstrações sobre a doença, analisar a especificidade da doença mental, buscar as formas concretas que a psicologia pôde atribuir-lhe; depois determinar as condições que tornaram possível este estranho status da loucura, doença mental irreduzível a qualquer doença.

A estas questões procuram responder as 2 partes desta obra:

- 1) as dimensões psicológicas da doença mental;
- 2) a psicologia como fato de civilização.

PRIMEIRA PARTE

AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOENÇA

Capítulo II

A DOENÇA E A EVOLUÇÃO

Diante de um doente atingido profundamente, tem-se a impressão primeira de um déficit global e maciço, sem nenhuma compensação: a incapacidade de um sujeito confuso de localizar-se no tempo e no espaço, as rupturas de continuidade que se produzem incessantemente na sua conduta, a impossibilidade de ultrapassar o instante no qual está enclausurado para atingir o universo do outro ou para voltar-se para o passado e futuro, todos estes fenômenos levam a descrever sua doença em termos de funções abolidas: a consciência do doente está desorientada, obscurecida, limitada, fragmentada. Mas este vazio funcional é, ao mesmo tempo, preenchido por um turbilhão de reações elementares que parecem exageradas e como tornadas mais violentas pelo desaparecimento das outras condutas: todos os automatismos de repetição são acentuados (o doente responde em eco as perguntas que lhe são feitas, um gesto desencadeado susta-se e reitera-se indefinidamente), a linguagem interior invade todo o domínio de expressão do sujeito que prossegue a meia-voz um monólogo desordenado sem endereçar-se jamais a alguém; finalmente, por instantes, surgem reações emocionais intensas.

Não se deve então ler a patologia mental no texto demasiado simples das funções abolidas: a doença não é somente perda da consciência, entorpecimento de tal função, obnubilação de tal faculdade. No seu corte abstrato, a psicologia do século XIX incitava esta descrição puramente negativa da doença; e a semiologia de cada uma era muito fácil: limitava-se a descrever as aptidões desaparecidas; a enumerar, nas amnésias, as lembranças esquecidas, a pormenorizar nos desdobramentos de personalidades as sínteses tornadas impossíveis. De fato, a doença apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vem preenche-lo.

Que dialética vai explicar ao mesmo tempo estes fatos positivos e os fenômenos negativos de desaparecimento?

Inicialmente, pode-se notar que funções desaparecidas e funções exaltadas não são de mesmo nível: o que desapareceu, são as coordenações complexas, é a consciência com suas aberturas intencionais, seu jogo de orientação no tempo e no espaço, é a tensão voluntária que retoma e ordena os automatismos. As condutas conservadas e acentuadas são, ao inverso, segmentarias e simples; trata-se de elementos dissociados ^{que} se liberam num estilo de incoerência absoluta. A síntese complexa do diálogo é substituída pelo monólogo fragmentário; a sintaxe através da qual se constitui um sentido é quebrada, e só subsistem elementos verbais dos quais escapam sentidos ambíguos, polimorfos e lábeis; a coerência espaço-temporal que se ordena no aqui e agora desmoronou-se, e só subsiste um caos de aqui sucessivos e de instantes insulares. Os fenômenos positivos da doença se opõem aos negativos, como o simples ao complexo.

Mas também como o estável ao instável. As sínteses espaço-temporais, as condutas intersubjetivas, a intencionalidade voluntária estão incessantemente comprometidas por fenômenos tão freqüentes quanto o sono, tão difusos quanto a sugestão, tão costumeiros quanto o sonho. As condutas acentuadas pela doença tem uma solidez psicológica que não apresentam as estruturas abolidas. O processo patológico exagera os fenômenos mais estáveis e só suprime os mais lábeis.

Finalmente as funções patologicamente acentuadas são as mais involuntárias: o doente perdeu toda iniciativa, ao ponto de que a própria resposta induzida por uma pergunta não lhe é mais possível: ele só pode repetir as últimas palavras de seu interlocutor; ou quando consegue fazer um gesto, a iniciativa é tão logo substituída por um automatismo de repetição que a interrompe e sufoca. Digamos, então, resumindo, que a doença suprime as funções complexas, instáveis e voluntárias, exaltando as funções simples, estáveis e automáticas.

Ora, esta diferença de nível estrutural é duplicada por uma diferença no nível evolutivo. A preeminência das reações automáticas, a sucessão sempre interrompida e desordenada das condutas, a forma explosiva das reações emocionais são características de um nível arcaico na evolução do indivíduo. São estas condutas que dão seu estilo as reações da criança: ausência das condutas de diálogo, amplitude dos monólogos sem interlocutores, repetições em eco por incompreensão da dialética pergunta-resposta; pluralidade das coordenadas espaço-temporais, o que permite condutas ilhadas, nas quais os espaços estão fragmentados e os momentos

independentes, todos estes fenômenos que são comuns as estruturas patológicas e aos estágios arcaicos da evolução designam na doença um processo regressivo.

Se então, num só movimento, a doença ocasiona sinais positivos e negativos, se ela suprime e exalta, ao mesmo tempo, é na medida em que, retornando a fases anteriores da evolução, faz desaparecerem as aquisições recentes, e redescobre as formas de condutas normalmente ultrapassadas. A doença é o processo ao longo do qual se desfaz a trama da evolução, suprimindo inicialmente, e nas suas formas mais benignas, as estruturas mais recentes, atingindo em seguida, no seu término e no seu ponto supremo de gravidade, os níveis mais arcaicos. A doença não é então um déficit que atinge cegamente esta faculdade ou aquela; há no absurdo do mórbido uma lógica que é preciso saber ler; é a própria lógica da evolução normal. A doença não é uma essência contra a natureza, ela é a própria natureza, mas num processo invertido; a história natural da doença só tem que restabelecer o curso da história natural do organismo são. Mas nesta lógica única, cada doença conservará seu perfil singular; cada entidade nosográfica encontrará seu lugar, e seu conteúdo será definido pelo ponto onde pára o trabalho da dissociação; as diferenças de essência entre as doenças, é preciso preferir a análise segundo o grau de profundidade da deterioração, e o sentido de uma doença poderá ser definido pela estiagem em que se estabiliza o processo de regressão.

*

"Em toda loucura", dizia Jackson, "existe um dano mórbido de um número mais ou menos grande de centros cerebrais superiores, ou, o que é sinônimo, do nível de evolução mais elevado da infra-estrutura cerebral, ou, o que é ainda sinônimo, do substrato anatômico da base física da consciência... Em qualquer loucura, grande parte dos centros cerebrais superiores é colocada fora de funcionamento de um modo temporário ou permanente, por algum processo patológico" (⁸). Toda a obra de Jackson tendeu a dar importância ao evolucionismo em neuro e em psicopatologia. A partir das *Croonian Lectures* (1874), não é mais possível omitir os aspectos regressivos da doença; a evolução e doravante uma das dimensões através das quais tem-se acesso ao fato patológico.

Toda uma parte da obra de Freud é comentário das formas evolutivas

⁸ *Facteurs de la Folie, Selected Papers*. II, p 411 26

da neurose. A história da libido, de seu desenvolvimento, de suas fixações sucessivas é como a compilação das virtualidades patológicas do indivíduo: cada tipo de neurose é um retorno a um estágio de evolução libidinal. E a psicanálise acreditou poder escrever uma psicologia da criança, fazendo uma patologia do adulto.

1) Os primeiros objetos procurados pela criança são os alimentos, e o primeiro instrumento de prazer, a boca: fase de erotismo bucal durante a qual as frustrações alimentares podem estabelecer os complexos de desmame; fase também de ligação quase biológica com a mãe, na qual todo abandono pode provocar os déficits fisiológicos analisados por Spitz (⁹), ou as neuroses descritas por Gueux como sendo especificamente neuroses de abandono (¹⁰). Sechehaye chegou até a analisar uma jovem esquizofrênica na qual uma fixação nestes estágios muito arcaicos de desenvolvimento tinha conduzido, por ocasião da adolescência, a um estado de estupor hebefrênico no qual o sujeito vivia, destruído, na consciência ansiosamente difusa de seu corpo esfomeado.

2) Com a dentição e o desenvolvimento da musculatura, a criança organiza todo um sistema de defesa agressiva, que marca os primeiros momentos de sua independência. Mas é também o momento no qual as disciplinas — e, num grau maior, a disciplina esfínteriana — se impõem a criança, tornando-lhe presente a instância paterna sob sua forma repressiva. A ambivalência se instala, como dimensão natural da afetividade: ambivalência do alimento que só satisfaz na medida em que se o destrói no modo agressivo da mordida; ambivalência do prazer que é tanto de excreção quanto de introjeção; ambivalência das satisfações ora permitidas e valorizadas, ora interditas e punidas. É no cerne desta fase que se dá o aparecimento do que Melanie Klein chama os "bons" e os "maus objetos"; mas a ambigüidade latente de uns e de outros não está dominada ainda, e a fixação neste período descrita por Freud como "estágio sádico-anal" cristaliza as síndromes obsessivas: síndrome contraditória de dúvida, de interrogação, de atração impulsiva incessantemente compensada pelo rigor da proibição, de precauções contra si-mesmo, sempre voltada, mas sempre recomeçada, dialética do rigor e da complacência, da cumplicidade e da recusa, onde se pode ler a ambivalência radical do objeto desejado.

3) Ligada as primeiras atividades eróticas, ao refinamento das reações de equilíbrio, e ao reconhecimento de si no espelho, constitui-se uma

⁹ SPITZ — *O hospitalismo*.

¹⁰ G. GUEUX — *Les Névroses d'abandon*

experiência do "corpo próprio". A afetividade desenvolve então como tema maior a afirmação ou a reivindicação da integridade corporal; o narcisismo torna-se uma estrutura da sexualidade, e o corpo próprio um objeto sexual privilegiado. Qualquer ruptura, neste circuito narcisista, perturba um equilíbrio já difícil, como testemunha a angústia das crianças diante das fantasias castratórias das ameaças paternas. É nesta desordem ansiosa das experiências corporais que se precipita a síndrome histérica: desdobramento do corpo, e constituição de um *alter ego* no qual o sujeito lê, como espelho, seus pensamentos, desejos e gestos cujo duplo demoníaco o desapossa antecipadamente; fracionamento histórico que subtrai da experiência global do corpo elementos anestesiados ou paralisados; angústia de fobia diante de objetos cujas ameaças fantasmáticas visam para o doente à integridade de seu corpo (Freud analisou assim a fobia de um menino de 4 anos no qual o medo dos cavalos ocultava o pavor da castração)⁽¹¹⁾.

4) Finalmente faz-se a "escolha objetal", ao termino desta primeira infância: escolha que deve implicar, com uma fixação heterossexual, numa identificação com o pai do mesmo sexo. Mas a essa diferenciação, a assunção de uma sexualidade normal se opõem a atitude dos pais e a ambivalência da afetividade infantil: ela é, na realidade, nesta época ainda, fixada no modo de um ciúme inteiramente mesclado de erotismo de agressividade, a uma mãe desejada que se recusa ou pelo menos divide-se; e ela se decompõe em ansiedade diante do pai cuja rivalidade triunfante suscita, com o ódio, o desejo amoroso de identificação. É o famoso complexo de Édipo, no qual Freud acreditava ler o enigma do homem e a chave de seu destino; no qual é preciso sem dúvida encontrar a análise mais compreensiva dos conflitos vividos pela criança em suas relações com seus pais, e o ponto de fixação de muitas neuroses.

Em resumo, todo estágio libidinal é uma estrutura patológica virtual. A neurose é uma arqueologia espontânea da libido.

Janet retoma, ele também, o tema jacksoniano, mas num horizonte sociológico. A queda de energia psicológica que caracteriza a doença tornava impossíveis as condutas complexas adquiridas no decorrer da evolução social, e descobriria, como uma maré que se retira, comportamentos sociais primitivos, ou mesmo reações pré-sociais.

Um psicastênico não chega a acreditar na realidade do que o cerca;

¹¹ FREUD, *Cinq Psychanalyses* (p. 111).

é uma conduta, para ele, "demasiado difícil". O que é uma conduta difícil? Essencialmente uma conduta na qual uma análise vertical mostra a superposição de várias condutas simultâneas. Matar um animal na caça é uma conduta; contar, depois do fato, que se matou um animal, é uma outra conduta. Mas no momento em que se espreita, em que se mata, contar-se a si mesmo que se mata, que se persegue, que se espreita, para poder, em seguida, contar a epopéia aos outros; ter simultaneamente a conduta real da caça e a virtual do relato, é uma dupla operação. muito mais complicada do que cada uma das duas outras, e que só é mais simples aparentemente: é a conduta do presente, germe de todas as condutas temporais, na qual se superpõem e se imbricam o gesto atual e a consciência de que este gesto terá um futuro, isto é, que mais tarde poder-se-á narrá-lo como um acontecimento passado. Pode-se então medir a dificuldade de uma ação de acordo com o número de condutas elementares em que implica a unidade de seu desenvolvimento.

Tomemos por sua vez esta conduta do "relato aos outros", cuja virtualidade faz parte das condutas do presente. Contar, ou mais simplesmente falar, ou de um modo mais elementar ainda, dar uma ordem não é tampouco algo simples; significa, inicialmente, referir-se a um acontecimento ou a uma ordem de coisas, ou a um mundo ao qual não tenho acesso, mas que pode ser atingido por outro em meu lugar; é-me necessário então reconhecer o ponto de vista do outro, e integrá-lo ao meu; preciso então duplicar minha própria ação (a ordem dada) com uma conduta virtual, a do outro que deve executá-la. Mais ainda: dar uma ordem supõe sempre o ouvido que a perceberá, a inteligência que a compreenderá, o corpo que a executará; na ação de comandar está implícita a virtualidade de ser obedecido. Isto quer dizer que estas condutas aparentemente tão simples que constituem a atenção no presente, o relato, a palavra implicam todas numa certa dualidade, que é no fundo a dualidade de todas as condutas sociais. Se, então, o psicastênico acha tão árdua a atenção no presente, é devido às implicações sociais que obscuramente ela encerra; tornaram-se difíceis para ele todas estas ações que tem um contrário (olhar-ser olhado, na presença; falar-ser falado, na linguagem; crer-ser acreditado, na narrativa) porque são condutas que se desdobram num horizonte social. Foi preciso toda uma evolução social para que o diálogo se tornasse um modo de relação inter-humano; só tornou-se possível pela passagem de uma sociedade imóvel em sua hierarquia do momento, que só autoriza a palavra de ordem, a uma sociedade na qual a igualdade das relações permite e garante a troca virtual, a fidelidade ao passado, o

engajamento do futuro, a reciprocidade dos pontos de vista. E toda esta evolução social que restabelece o doente, incapaz de diálogo.

Cada doença, segundo sua gravidade, abole certas condutas que a sociedade em sua evolução tinha tornado possíveis, e as substitui por formas arcaicas de comportamento:

1) ao diálogo, como forma suprema da evolução da linguagem, substitui uma espécie de monólogo no qual o sujeito conta a si próprio o que faz, ou então no qual ele trava, com um interlocutor imaginário, um diálogo que ele seria incapaz de travar com um parceiro real, como o professor psicastênico que só podia proferir sua conferencia diante do espelho. Torna-se para o doente demasiado "difícil" agir sob os olhares do outro: eis porque tantos sujeitos, obsedados ou psicastênicos, apresentam, quando se sentem observados, fenômenos de liberação emocional, como os tiques, as mímicas, as mioclonias de toda espécie;

2) perdendo esta virtualidade ambígua do diálogo, e não mais apreendendo a palavra senão pela face esquemática que ela apresenta ao sujeito falante, o doente perde o domínio de seu universo simbólico; e o conjunto das palavras, dos signos, dos ritos, em resumo de tudo o que há de alusivo e referencial no mundo humano, cessa de integrar-se num sistema de equivalências significativas; as palavras e os gestos não constituem mais o domínio comum no qual se encontram as intenções de si próprio e dos outros, mas significações existindo por si mesmas, de uma existência maciça e inquietante; o sorriso não é mais a resposta banal a uma saudação cotidiana; é um acontecimento enigmático que nenhuma das equivalências simbólicas da polidez pode reduzir; no horizonte do doente ele se destaca, então, como o símbolo de não se sabe que mistério, como a expressão de uma ironia que se cala e ameaça. O universo da perseguição brota de todos os lados;

3) este mundo que vai do delírio a alucinação parece depender inteiramente de uma patologia da crença, como conduta inter-humana; o critério social da verdade ("acreditar no que os outros crêem") não tem mais valor para o doente; e neste mundo que a ausência do outro privou de solidez objetiva, ele faz penetrar todo um universo de símbolos, de fantasmas, de pavores; este mundo no qual apagou-se o olhar do outro torna-se permeável as alucinações e aos delírios. Assim, nestes fenômenos patológicos, o doente é remetido a formas arcaicas de crença, quando o homem primitivo não encontrava em sua solidariedade com o outro o

critério da verdade, quando projetava seus desejos e temores em fantasmagorias que teciam com o real as meadas indissociáveis do sonho, da aparição, e do mito.

No horizonte de todas estas análises, há, sem dúvida, temas explicativos que se situam por si mesmos nas fronteiras do mito: o mito, inicialmente, de uma certa substância psicológica ("libido", em Freud, "força psíquica", em Janet), que seria a matéria bruta da evolução, e que, progredindo no decorrer, do desenvolvimento individual e social, sofreria uma espécie de recaída, e voltaria, devido a doença, a seu estado anterior; o mito também de uma identidade entre o doente, o primitivo e a criança, mito através do qual se tranqüiliza a consciência escandalizada diante da doença mental, e consolida-se a consciência presa a seus preconceitos culturais. Destes dois mitos, o primeiro, porque científico, logo abandonado (de Janet, retém-se a análise das condutas, e não a interpretação pela força psicológica: os psicanalistas rejeitam cada vez mais a noção bio-psicológica de libido) ; o outro, pelo contrário, ético, porque justifica mais do que explica, permanece vivo ainda.

Entretanto, não há quase sentido em restituir uma identidade entre a personalidade mórbida do doente e a normal, da criança ou do primitivo. Das duas uma, com efeito:

— ou admite-se rigorosamente a interpretação de Jackson: "Imaginarei que os centros cerebrais dispõem-se em quatro camadas, A, B, C, D,"; a primeira forma da loucura, a mais benigna, será — $A + B + C + D$; "a totalidade da personalidade é de fato $+ B + C + D$; o termo — A é dado só para mostrar em que a nova personalidade difere da anterior" ⁽¹²⁾ ; a regressão patológica é assim somente uma operação subtrativa; mas o que se subtrai nesta aritmética, é justamente o termo último, que promove e arremata a personalidade; quer dizer que "o resto" não será uma personalidade anterior, mas abolida. Como, por meio disto, identificar o indivíduo doente às personalidades "anteriores" do primitivo ou da criança?

— ou, então, estende-se o jacksonismo, admitindo uma reorganização da personalidade; a regressão não se contenta com suprimir e liberar, ela ordena e coloca no lugar; como o diziam Monakow e Murgue a propósito da dissolução neuro-lógica: "A desintegração não é a inversão exata da integração... Seria absurdo dizer que a hemiplegia é um retorno ao estágio primitivo da aprendizagem da locomoção... A autoregulação tem um

¹² C. JACKSON — *Facteurs de la folie, tradi franc.* , p. 30.

papel aqui, de maneira que a noção de desintegração pura não existe. Este processo ideal está camuflado pela tendência criadora do organismo incessantemente em ação a restabelecer o equilíbrio perturbado (¹³).” Então, não se trata mais de personalidades arcaicas; é preciso admitir a especificidade da personalidade mórbida; a estrutura patológica do psiquismo não é originária; é rigorosamente original.

Não se trata de invalidar as análises da regressão patológica, mas é preciso somente libertá-las dos mitos dos quais nem Janet nem Freud souberam decantá-las. Seria inútil, sem dúvida, dizer, numa perspectiva explicativa, que o homem, adoecendo, volta a ser uma criança: mas do ponto de vista descritivo, é exato dizer que o doente manifesta, na sua personalidade mórbida, condutas segmentarias, análogas as de uma idade anterior ou de uma outra cultura; a doença descobre e privilegia condutas normalmente integradas. A regressão só deve então ser entendida como um dos aspectos descritivos da doença.

Uma descrição estrutural da doença deveria, então, para cada síndrome, analisar os sinais positivos e negativos, isto é, detalhar as estruturas abolidas e as estruturas realçadas. Não significaria explicar as formas patológicas, mas somente colocá-las numa perspectiva que tornasse coerentes e compreensíveis os fatos de regressão individual ou social relevados por Freud e Janet. Podem-se resumir assim as grandes linhas de uma descrição semelhante:

1) o desequilíbrio e as neuroses são apenas o primeiro grau de dissolução das funções psíquicas; o dano só atinge o equilíbrio geral da personalidade psicológica, e esta ruptura freqüentemente momentânea libera apenas os complexos afetivos, os esquemas emocionais inconscientes, constituídos no decorrer da evolução individual;

2) na paranóia, o distúrbio geral do humor libera uma estrutura passional que não é senão o exagero dos comportamentos costumeiros da personalidade; mas nem a lucidez, nem a ordem, nem a coesão do, fundo mental estão ainda atingidos:

3) mas com os estados oniróides, atingimos um nível no qual as estruturas da consciência já estão dissociadas; o controle perceptivo e a coerência do raciocínio desapareceram; e nesta fragmentação da esfera consciente, veem-se infiltrar as estruturas do sonho que, geralmente, são

¹³ MONAKOW & MURGUE, *Introduction biologique à la neurologie* (p. 178) .

liberadas apenas no sono. Ilusões, alucinações, reconhecimentos falsos manifestam no estado de vigília a desinibição das formas da consciência onírica;

4) a dissociação chega, nos estados maníacos e melancólicos, a esfera instintivo-afetiva; a puerilidade emocional do maníaco, a perda da consciência do corpo e das condutas de conservação, no melancólico, representam o lado negativo. Quanto as formas positivas da doença, elas aparecem nestes paroxismos de agitação motora ou de explosões emocionais durante os quais o melancólico afirma seu desespero, o maníaco sua agitação eufórica;

5) finalmente, nos estados confusos e esquizofrênicos, a deterioração toma o aspecto de um déficit capacitário; num horizonte no qual as referencias espaciais e temporais tornaram-se demasiado imprecisas para permitir a orientação, o pensamento, dividido, procede por fragmentos isolados, esconde um mundo vazio e negro de "síncope psíquicas", ou fecha-se no silêncio de um corpo cuja própria motricidade é tolhida pela catatonia. Somente continuarão a emergir, como sinais positivos, as estereotípias, as alucinações, os esquemas verbais cristalizados em sílabas incoerentes, e bruscas irrupções afetivas atravessando como meteoros a inércia demente;

6) e é na demência que se fecha o ciclo desta dissolução patológica; a demência onde pululam todos os sinais negativos dos déficits, e onde a dissolução tornou-se tão profunda que não há mais instância alguma para desinibir; não há mais personalidade, mas somente um ser vivo.

Mas uma análise deste tipo não poderia esgotar o conjunto do fato patológico. Ela é duplamente insuficiente:

a) negligência a organização das personalidades mórbidas nas quais são determinadas as estruturas regressivas; por mais profunda que seja a dissolução (excetuando-se o caso da demência), a personalidade nunca pode desaparecer completamente; o que a regressão da personalidade encontra, não são elementos dispersos — pois eles nunca o foram — nem personalidades mais arcaicas — pois não há retorno no desenvolvimento da personalidade, mas somente na sucessão das condutas. Por mais simples e inferiores que sejam, não se podem omitir as organizações através das quais um esquizofrênico estrutura seu universo; o mundo fragmentado que ele descreve está de acordo com sua consciência dispersa, o tempo sem futuro nem passado no qual

ele vive é o reflexo de sua incapacidade para se projetar num futuro, e para reconhecer-se num passado; mas este caos encontra seu ponto de coerência na estrutura pessoal do doente que assegura a unidade vivida de sua consciência e de seu horizonte. Por mais doente que esteja, este ponto de coerência não pode deixar de existir. A ciência da patologia mental só pode ser a ciência da personalidade doente;

b) a análise regressiva descreve a orientação da doença, sem determinar seu ponto de origem. Se ela fosse apenas regressão, a doença seria como uma virtualidade arrancada, em cada indivíduo, pelo próprio movimento de sua evolução; a loucura somente seria uma eventualidade, o tributo sempre exigido pelo desenvolvimento humano. Mas a noção abstrata de regressão não pode dar conta do fato de que uma pessoa esteja doente, e esteja doente, neste momento, desta doença, que suas obsessões tenham determinado tema, que seu delírio comporte tais reivindicações, ou que suas alucinações se extasiem no universo de certas formas visuais. Na perspectiva evolucionista, a doença não tem outro status senão o da virtualidade geral; não foram ainda distinguidas nem a causalidade que a torna necessária nem a que dá a cada quadro clínico sua coloração singular. Esta necessidade e suas formas individuais não devem ser exigidas de uma evolução sempre específica, mas da história pessoal do doente.

E, então, necessário conduzir a análise além; e completar esta dimensão evolutiva, virtual e estrutural da doença, pela análise desta dimensão que a torna necessária, significativa e histórica.

Capítulo III

A DOENÇA E A HISTÓRIA INDIVIDUAL

A evolução psicológica integra o passado ao presente numa unidade sem conflito, nesta unidade ordenada que se define como uma hierarquia de estruturas, unidade sólida que apenas uma regressão patológica pode comprometer; a história psicológica, pelo contrário, ignora uma junção semelhante do anterior e do atual; ela os situa um em relação ao outro, colocando entre eles esta distância que suscita normalmente tensão, conflito e contradição. Na evolução, é o passado que promove o presente e o torna possível; na história, é o presente que se destaca do passado, confere-lhe um sentido e torna-o inteligível. O devir psicológico é, ao mesmo tempo, evolução e história; o tempo do psiquismo deve ser analisado, concomitantemente, segundo o anterior e o atual — isto é, em termos evolutivos — mas também segundo o passado e o presente — quer dizer em termos históricos. Quando no final do século XIX, depois de Darwin e Spencer, ficou-se maravilhado em descobrir, no seu devir de ser vivo, a verdade do homem, imaginou-se que era possível escrever a história em termos de evolução, ou ainda confundir ambas em benefício da segunda: encontrar-se-ia, aliás, o mesmo sofisma na sociologia da época. O erro originário da psicanálise, e depois dela da maioria das psicologias genéticas, é, sem dúvida, não ter apreendido estas duas dimensões irreduzíveis da evolução e da história na unidade do devir psicológico⁽¹⁴⁾. Mas o gênio de Freud está no fato de ter podido, bastante cedo, ultrapassar este horizonte evolucionista, definido pela noção de libido, para aceder a dimensão histórica do psiquismo humano.

De fato, na psicologia analítica, é sempre possível separar o que vem de uma psicologia da evolução (como os *Três ensaios sobre a sexualidade*) e do que resulta de uma psicologia da história individual (como as *Cinco psicanálises* e os textos que com elas se relacionam). Falamos acima da evolução das estruturas afetivas tal como é detalhada pela tradição psicanalítica. Tomaremos agora da outra vertente da psicanálise o necessário para definir o que pode ser a doença mental quando se a encara sob a perspectiva da história individual⁽¹⁵⁾.

¹⁴ Em *Minha vida e a psicanálise*, FREUD cita a influência de Darwin na primeira orientação de seu pensamento.

¹⁵ Só falaremos brevemente da teoria psicanalítica, que deve ser exposta no seu conjunto por Boutonier numa obra desta mesma coleção. (Refere-se à coleção do original francês — N.T.)

Eis uma observação que Freud cita na *Introduction à la psychanalyse* (¹⁶): uma mulher de seus cinquenta anos suspeita que seu marido a engana com sua jovem secretária. Situação e sentimentos de uma extrema banalidade. Entretanto, este ciúme tem ressonâncias singulares: foi suscitado por uma carta anônima; conhece-se o seu autor que só agiu por vingança e que apenas alegou fatos inexatos; o sujeito sabe tudo isto, reconhece de bom grado a injustiça de suas acusações com relação a seu marido, fala espontaneamente do amor que ele sempre lhe dedicou. E, contudo, seu ciúme não chega a dissipar-se; quanto mais os fatos proclamam a fidelidade de seu marido, mais suas suspeitas se reforçam; seu ciúme cristalizou-se paradoxalmente em torno da certeza de não ser enganada. Enquanto o ciúme mórbido, sob sua forma clássica de paranóia, é uma convicção impenetrável que vai procurar sua justificação nas formas mais extremas do raciocínio, tem-se, nesta observação de Freud, o exemplo de um ciúme impulsivo que se contesta incessantemente seu fundamento, que tenta, a cada instante, negar-se, e vive no modo do remorso; eis aí um caso muito curioso (e relativamente raro) de ciúme obsessivo.

Na análise, revela-se que esta mulher está apaixonada por seu genro; mas experimenta tais sentimentos de culpa, que não pode suportar este desejo, e transfere para seu marido o erro de amar uma pessoa muito mais jovem. Uma investigação mais profunda mostra, aliás, que mesmo este amor pelo genro é ambivalente, e que esconde uma hostilidade ciumenta, na qual o objeto da rivalidade é a filha da doente: no cerne do fenômeno mórbido encontra-se, pois, uma fixação homossexual com relação a filha.

Metamorfoses, simbolismos, transformação dos sentimentos em seu contrário, disfarces das personagens, transferência de culpa, inversão de um remorso em acusação, eis todo um conjunto de processos que se denunciam como traços da fabulação infantil. Poder-se-ia facilmente aproximar esta projeção ciumenta da descrita por Wallon nas *Origines du caractere* (¹⁷): ele cita de Elsa Köhler o exemplo de uma menina de 3 anos que bate na sua companheirinha, e, desfazendo-se em lágrimas, corre para sua babá para ser consolada por ter apanhado. Nesta criança, como na obsedada da qual falávamos, encontram-se as mesmas estruturas de conduta: a indiferenciação da consciência em si impede a distinção entre o agir e o sofrer (bater -- apanhar; enganar — ser enganado) ; a

¹⁶ *Introduction à la psychanalyse*, p. 270.

¹⁷ *Les Origines du caractere chez l'enfant*, p 217. 41

ambivalência dos sentimentos permite, por outro lado, uma espécie de reversibilidade entre a agressão e a culpa. Tanto num caso como no outro encontram-se os mesmos traços de arcaísmo psicológico: fluidez das condutas afetivas, habilidade da estrutura pessoal na oposição eu-outro. Mas não se trata de confirmar mais uma vez o aspecto regressivo da doença.

O importante aqui é que esta regressão tem na doente de Freud um sentido bastante preciso: trata-se para ela de escapar a um sentimento de culpa; foge de seu remorso de amar demasiadamente sua filha forçando-se a amar seu genro; e escapa da culpa que este novo amor ocasiona, reportando sobre seu marido, por uma espécie de projeção em espelho, um amor paralelo ao seu. Os processos infantis de metamorfose do real tem, então, uma utilidade: constituem uma fuga, uma maneira vantajosa de agir sobre o real, um modo mítico de transformação de si mesmo e dos outros. A regressão não é uma queda natural no passado; é uma fuga intencional fora do presente. É mais um recurso do que um retorno. Mas só se pode escapar do presente colocando outra coisa em seu lugar; e o passado que vem a tona nas condutas patológicas não é o solo originário ao qual se retorna como a uma pátria perdida, é o passado fatício e imaginário das substituições.

— Ora uma substituição das formas de comportamento: as condutas adultas, desenvolvidas e adaptadas, se desvanecem diante das condutas infantis, simples e inadaptadas. Como com a famosa doente de Janet: à idéia de que seu pai possa ficar doente, ela manifesta as formas paroxísticas da emoção infantil (gritos, explosão motora, queda) , porque recusa a c o n d u t a adaptada que seria encarar o fato de cuidar dele, prever os meios de uma cura lenta, organizar-se uma existência de enfermeira;

— ora uma substituição dos próprios objetos: às formas vivas da realidade, o sujeito substitui os ternas imaginários de seus primeiros fantasmas; e o mundo parece abrir-se para os objetos arcaicos, as personagens reais desvanecerem-se diante dos fantasmas paternos; como acontece com estes doentes fóbicos que se chocam, diante de cada conduta, contra os mesmos medos ameaçadores; a personagem mutiladora do pai, ou a mãe captadora delinea-se sob a imagem estereotipada do animal terrificante, por detrás do fundo difuso de angústia que submerge a consciência.

Todo este jogo de transformações e repetições manifesta que, nos

doentes, o passado só é invocado para substituir a situação atual; e que só é realizado na medida 'em que se trata de irrealizar o presente.

Mas que vantagem pode haver em repetir uma crise de angústia? Que sentido há em reencontrar os fantasmas terrificantes da vida infantil, em substituir os distúrbios maiores de uma afetividade ainda mal regulada pelas formas atuais de atividade? Por que fugir do presente, se é para reencontrar tipos de comportamento inadaptados?

Inércia patológica das condutas? Manifestação de um princípio de repetição que Freud extrapola na realidade biológica de um paradoxal "instinto da morte", que tende ao imóvel, ao idêntico, ao monótono, ao inorgânico, como o instinto da vida tende a mobilidade sempre nova das hierarquias orgânicas? Isto significa, sem dúvida, dar aos fatos um nome que, unindo-os, recusa qualquer forma de explicação. Mas há no trabalho de Freud e da psicanálise com que explicar esta irrealização do presente de modo diverso que o da repetição pura e simples do passado.

O próprio Freud teve oportunidade de analisar um sintoma em formação. Tratava-se de um garoto de 4 anos, o pequeno Hans (¹⁸), que tinha um medo fóbico de cavalos. Medo ambíguo, já que ele procurava todas as oportunidades para vê-los e corria a janela logo que ouvia uma carruagem; mas, terrificado, gritava de pavor logo que percebia o cavalo que viera olhar. Medo paradoxal, além disso, já que temia ao mesmo tempo que o cavalo o mordesse, e que o animal, caindo, morresse. Desejava ou não ver cavalos? Receava por si próprio ou por eles? As duas coisas, sem dúvida. A análise mostra a criança no ponto nodal de todas as situações edípicas: seu pai empenhou-se em prevenir nele *uma* fixação demasiado forte pela mãe; mas o agarramento com ela só se tornou mais violento exasperado ainda mais pelo nascimento de uma irmã, se bem que o pai tenha sido sempre para o pequeno Hans um obstáculo entre sua mãe e ele. É neste momento que se forma a síndrome. O simbolismo mais elementar do material onírico permite adivinhar, na imagem do cavalo, um substituto da "imagem" paterna; e na ambigüidade dos pavores da criança, é fácil reconhecer o desejo da morte do pai. O sintoma mórbido é, de modo imediato, satisfação de um desejo; não tendo consciência de que deseja a morte de seu pai, o menino vive esta morte no modo imaginário da morte de um cavalo.

Mas este simbolismo, e aí está o ponto importante, não é somente a

¹⁸ *Cinco psicanálises*

expressão mítica e figurada da realidade; desempenha um papel funcional em relação a esta realidade. Indubitavelmente, o medo de ser mordido pelo cavalo é uma expressão do receio de uma castração; ele simboliza a interdição paterna de todas as atividades sexuais. Mas este medo de ser ferido é duplicado pela obsessão de que o cavalo possa cair, ferir-se e morrer: como se a criança se defendesse de seu próprio medo, pelo desejo de ver seu pai morrer, e cair assim o obstáculo que o separa de sua mãe. Ora, este desejo assassino não aparece imediatamente como *tal* no fantasma da fobia: ele só se apresenta aí sob a forma disfarçada de um medo; a criança teme tanto a morte do cavalo quanto seu próprio ferimento. Ela se defende contra seu desejo de morte e dele afasta a culpa, vivendo-o no modo de um medo equivalente ao que sente por si mesmo; receia por seu pai o que teme para si; mas seu pai só tem que recear o que ele receia desejar contra ele. Ve-se, então, que o valor expressivo da síndrome não é imediato, mas que se constitui através de uma série de mecanismos de defesa. Dois destes mecanismos participaram neste caso de fobia: o primeiro transformou o medo por si mesmo em desejo assassino contra aquele que suscita o medo; o segundo transformou este desejo em medo de vê-lo realizar-se.

A partir deste exemplo, pode-se então dizer que a vantagem encontrada pelo doente em irrealizar seu presente na sua doença tem por origem a necessidade de se defender contra este presente. A doença tem como conteúdo o conjunto das reações de fuga e de defesa através das quais o doente responde a situação na qual se encontra; e é a partir deste presente, desta situação atual que é preciso compreender e dar sentido as regressões evolutivas que surgem nas condutas patológicas; a regressão não é semente uma virtualidade da evolução, é uma consequência da história.

Esta noção de defesa psicológica é capital. É em torno dela que girou toda a psicanálise. Investigação do inconsciente, pesquisas dos traumatismos infantis, liberação de uma libido suposta por detrás de todos os fenômenos da vida afetiva, esclarecimento das pulsões místicas como o instinto da morte, a psicanálise foi apenas isto durante muito tempo; mas ela tende cada vez mais a conduzir sua pesquisa em direção aos mecanismos de defesa, e a admitir finalmente que o sujeito só reproduz sua história porque responde a uma situação presente. Anna Freud fez um inventário destes mecanismos de defesa (¹⁹): além da sublimação considerada como uma conduta normal, ela encontra nove procedimentos com os quais o doente se defende,

¹⁹ Anna FREUD. *Le moi et les mécanismes de defense*, p. 39.

e que definem por suas combinações os diferentes tipos de neurose, recalque, regressão, formação reativa, isolamento, anulação retroativa, projeção, introjeção, auto-referencia, transformação no seu contrário.

— O histérico usa, sobretudo o recalque; ele subtrai ao consciente todas as representações sexuais; rompe por medida de proteção a continuidade psicológica, e nestas "síncope psíquicas" aparecem a inconsciência, o esquecimento, a indiferença que constituem seu aparente "otimismo"; rompe também a unidade do corpo para dele apagar todos os símbolos e todos os substitutos da sexualidade: daí as anestésias e as paralisias pitiáticas;

— ao contrário, o obsedado defende-se, sobretudo pelo "isolamento"; separa a comoção conflitual de seu contexto; dá-lhe símbolos e expressões sem relação aparente com seu conteúdo real; e as forças em conflito fazem surgir bruscamente condutas pulsionais, rígidas e absurdas, no interior de um comportamento adaptado: testemunha disto aquela doente de Freud (²⁰), que sem saber porque, sem que pudesse justificar-se a si própria por nenhum sentimento de precaução ou de avareza, não podia deixar de anotar todos os números de cédulas que lhe passavam pelas mãos. Mas esta conduta, absurda no seu isolamento, tinha um sentido se fosse recolocada no seu contexto afetivo: ela correspondia ao desejo que a doente tinha experimentado de assegurar-se do amor de um homem confiando-lhe como garantia uma moeda; mas todas as moedas se parecem... ; se, pelo menos, ela tivesse podido dar-lhe uma cédula que pudesse ser reconhecida pelo seu número... E ela tinha-se defendido deste amor que julgava culpado isolando a conduta de suas justificações sentimentais;

— delirando, ao mesmo tempo perseguido e perseguidor, denunciando no coração dos outros seus próprios desejos e ódios, amando o que quer destruir, identificando-se com o que odeia, o paranóico caracteriza-se sobretudo pelos mecanismos de projeção, introjeção o auto-referência. É Freud o primeiro (²¹) a mostrar no ciúme paranóico o conjunto destes processos. Quando o paranóico reprova seu companheiro por enganá-lo, quando sistematiza em torno desta infidelidade todo um conjunto de interpretações, não faz senão censurar no outro o que censura em si mesmo; se acusa sua amante de engane-o com um amigo, que ele próprio sente precisamente este desejo; e se defende deste desejo

²⁰ *Introduction à la psychanalyse*, pi 286.

²¹ *Cinq psychanalyses*: "Le Président Schreber", p. 301.

homossexual transformando-o em relação heterossexual, e projetando-o no outro, sob a forma de uma reprovação de infidelidade. Mas por uma projeção simétrica, que tem, ela também, o sentido de uma justificação e de uma catarse, ele acusará de desejo homossexual aquele mesmo que ele deseja, e por uma inversão do afeto, vangloriar-se-á de um ódio mítico que justificam a seus olhos as assiduidades do seu rival. Não sou eu que te engano, és tu que me trais: não sou eu que o amo, é ele que me deseja e me persegue; não tenho amor por ele, mas semente ódio: tais são os mecanismos com os quais um paranóico, defendendo-se de sua homossexualidade, constitui um delírio de ciúme.

A iteração patológica do passado tem, então, agora um sentido; não é o peso de um "instinto da morte" que a impõe; a regressão faz parte destes mecanismos de defesa ou melhor é o recurso aos conjuntos de proteção já estabelecidos. A forma iterativa do patológico é apenas segunda em relação a sua significação defensiva.

O problema nodal permanece: de que se defende o doente quando, criança, instaura formas de proteção que fará ressurgir nas repetições neuróticas de sua vida adulta? Qual é este perigo permanente que, tendo surgido na aurora de sua vida psicológica, delinear-se-á constantemente no seu universo, ameaça de mil aspectos de um perigo que permanece idêntico?

Ainda neste caso a análise de um sintoma pode servir-nos de fio condutor. Uma garota de 10 anos comete um furto (²²): apodera-se de uma barra de chocolate sob os olhos da vendedora que a repreende e ameaça contar a história a mãe da menina. Roubo cuja forma impulsiva e inadaptada denuncia logo como neurótico. A histeria do sujeito mostra claramente que este sintoma situa-se no ponto de convergência de duas condutas: o desejo de reaver uma afeição materna que lhe é recusada, e cujo símbolo é, aqui, como bem freqüentemente, o objeto alimentar; e por outro lado, o conjunto das reações de culpa que seguem o esforço agressivo para captar esta afeição. Entre estas duas condutas, o sintoma vai aparecer como um compromisso; a criança dará curso livre a suas necessidades de afeição cometendo o furto, mas liberará suas tendências a culpa, cometendo-o de maneira a que seja surpreendida. O comportamento de roubo inábil revela-se como urna destreza da conduta; sua imperfeição é um estratagema: compromisso entre duas tendências contraditórias, é uma maneira de dominar o conflito. O mecanismo patológico é, pois, proteção contra um

²² A. FREUD, *O tratamento psicanalítico das crianças*.

conflito, defesa diante da contradição que suscita.

Mas todo conflito não provoca uma reação mórbida e a tensão que ocasiona não é forçosamente patológica; é mesmo provavelmente a trama de toda vida psicológica. O conflito que o compromisso neurótico revela não é simplesmente contradição externa na situação objetiva; mas contradição imanente, na qual os termos se misturam de tal forma que o compromisso, longe de ser uma solução, é em última instância um aprofundamento do conflito. Quando uma criança rouba para recuperar uma afeição perdida, e acalma seus escrúpulos deixando-se surpreender, está claro que o resultado de seu gesto, trazendo a punição desejada, retirar-lhe-á mais ainda a afeição que ele lamenta, aumentará nele os desejos captadores que seu roubo simboliza, e satisfeito um instante, aumentará conseqüentemente os sentimentos de culpa. Experiência de frustração e reação de culpa estão assim ligadas, não como duas formas de conduta divergentes que se partilham o comportamento, mas como a unidade contraditória que define a dupla polaridade de uma única e mesma conduta. A contradição patológica não é o conflito normal; este devasta do exterior a vida afetiva do sujeito; suscita nele condutas opostas, o faz oscilar; provoca ações, depois ocasiona o remorso; pode exaltar a contradição até à incoerência. Mas a incoerência normal é, a rigor, diferente do absurdo patológico. Este é animado interiormente pela contradição; a coerência do ciumento para convencer sua mulher de infidelidade é perfeita; perfeita também a coerência do obsedado nas precauções que toma. Mas esta coerência é absurda porque ela aprofunda, desenvolvendo-se, a contradição que tenta superar; quando uma doente de Freud retira de seu quarto, numa preocupação obsessiva, todos os pêndulos e relógios cujos tique-taques possam perturbar seu sono, defende-se, ao mesmo tempo, contra seus desejos sexuais e os satisfaz miticamente: afasta de si todos os símbolos da sexualidade, mas também da regularidade fisiológica que poderia perturbar a maternidade que ela deseja: ao mesmo tempo que satisfaz seus desejos de modo mágico, aumenta realmente seus sentimentos de culpa ⁽²³⁾. Até onde o indivíduo normal experimenta contradição, o doente faz uma experiência contraditória; a experiência de um abre-se sobre a contradição, a do outro fecha-se sobre ela. Em outros termos: conflito normal, ou ambigüidade da situação; conflito patológico, ou ambivalência da experiência. ⁽²⁴⁾

Assim como o medo é reação ao perigo exterior, a angústia é a dimensão

²³ *Introduction à la psychanalyse*, P. 287.

²⁴ É esta unidade contraditória da conduta e da vida afetiva que se chama, a partir de Bleuler, "ambivalência".

afetiva desta contradição interna. Desorganização total da vida afetiva, ela é a expressão maior da ambivalência, a forma na qual se termina, pois que é a experiência vertiginosa da contradição simultânea, a prova de um mesmo desejo de vida e morte, amor e ódio, a apoteose sensível da contradição psicológica: angústia da criança que descobre pela mordida que o erotismo da absorção está carregado de agressividade destrutiva, angústia ainda do melancólico que, para arrancar da morte o objeto amado, identifica-se com ele, torna-se o que ele foi, mas acaba por sentir-se a si próprio na morte do outro, e se pode reter o outro na sua própria vida reunindo-se a ele na morte. Com a angústia estamos no cerne das significações patológicas. Sob todos os mecanismos de proteção que singularizam a doença, revela-se a angústia e cada tipo de doença define uma maneira específica de reagir a ela: o histérico recalca sua angústia e a oblitera encarnando-a num sintoma corporal; o obsedado ritualiza, em torno de um símbolo, condutas que lhe permitem satisfazer os dois lados de sua ambivalência; quanto ao paranóico, ele se justifica miticamente atribuindo aos outros projetivamente todos os sentimentos que trazem em si sua própria contradição; distribui para o outro os elementos de sua ambivalência, e mascara sua angústia sob as formas de sua agressividade. E a angústia também, como prova psicológica da contradição interior, que serve de denominador comum e que dá uma significação única ao devir psicológico de um indivíduo: ela foi experimentada pela primeira vez nas contradições da vida infantil e na ambivalência que elas suscitam; e sob seu impulso latente erigiram-se os mecanismos de defesa repetindo ao longo de uma vida seus ritos, precauções, suas manobras rígidas logo que a angústia ameaça reaparecer.

Pode-se, então, dizer, de certo modo, que é através da angústia que a evolução psicológica transforma-se em história individual; de fato, é a angústia que unindo o passado e o presente situa-os um em relação ao outro e confere-lhes uma comunidade de sentido; a conduta patológica tinha-nos parecido ter, paradoxalmente, um conteúdo arcaico e uma inserção significativa no presente; é que o presente, prestes a suscitar a ambivalência e a angústia, provoca o jogo da proteção neurótica; mas esta angústia ameaçadora, e os mecanismos que a afastam foram há muito tempo fixados na história do sujeito. A doença desenvolve-se, então, no estilo de um círculo vicioso: o doente se protege por meio de seus atuais mecanismos de defesa contra um passado cuja presença secreta faz surgir a angústia; mas, por outro lado, contra a eventualidade de uma angústia atual, o sujeito se protege apelando para proteções outrora instauradas no decorrer

de situações análogas. O doente defende-se com seu presente contra seu passado, ou protege-se de seu presente com a ajuda de uma história finda? É preciso dizer, sem dúvida, que é neste círculo que reside a essência das condutas patológicas; se o doente está doente, é na medida em que a ligação do presente com o passado não se faz no estilo de uma integração progressiva. Certamente, todo indivíduo sentiu angústia e erigiu condutas de defesa; mas o doente vive sua angústia e seus mecanismos de defesa numa circularidade que o faz defender-se contra a angústia com os mecanismos que lhe estão ligados historicamente, que, por isso, exaltam-no ao máximo, e ameaçam incessantemente fazê-la ressurgir. Em oposição à história do indivíduo normal, esta monotonia circular é o traço da história patológica.

A psicologia da evolução, que descreve os sintomas como condutas arcaicas, deve, então, ser completada por uma psicologia da gênese que descreve, numa história, o sentido atual destas regressões. É preciso encontrar um estilo de coerência psicológica que autorize a compreensão dos fenômenos mórbidos sem tomar como modelo de referência estágios descritos a maneira de fases biológicas. É necessário encontrar o centro das significações psicológicas a partir do qual, historicamente, ordenam-se as condutas mórbidas.

Ora, este posto para o qual convergem as significações, acabamos de vê-lo, é a angústia. A história psicológica do doente constitui-se como um conjunto de condutas significativas, que erigem mecanismos de defesa contra a ambivalência das contradições afetivas. Mas na história psicológica o status da angústia é ambíguo: é ela que se encontra sob a trama de todos os episódios patológicos de um sujeito; ela os apavora incessantemente; mas é porque já se encontrava aí que estes episódios sucederam-se, como tentativas para escapar-lhe; se ela os acompanha, é porque os precedeu. Por que tal indivíduo só encontra, numa situação, um conflito superável, e tal outro uma contradição na qual se encerra de modo patológico? Por que a mesma ambigüidade edipiana será ultrapassada por um, enquanto que desencadeará no outro a longa seqüência dos mecanismos patológicos? Eis aí uma forma de necessidade que a história individual revela como um problema, mas não chega a justificar. Para que uma contradição fosse vivida no modo ansioso da ambivalência, para que, a propósito de um conflito, um sujeito se encerrasse na circularidade dos mecanismos patológicos de defesa, foi preciso que a angústia já estivesse presente, angústia esta que transformou a ambigüidade de uma situação em ambivalência das reações. Se a angústia preenche a história de um

indivíduo, é porque ela é seu princípio e seu fundamento; logo de início, ela define um certo estilo de experiência que marca os traumatismos, os mecanismos psicológicos que eles desencadeiam, as formas de repetição que eles afetam no decorrer dos episódios patológicos: ela é como um *a priori* de existência.

A análise da evolução situava a doença como uma virtualidade; a história individual permite encará-la como um fato do devir psicológico. Mas é preciso agora compreendê-la na sua necessidade existencial.

Capítulo IV

A DOENÇA E A EXISTÊNCIA

A análise dos mecanismos da doença pára diante de uma realidade que os ultrapassa, e que os constitui na sua natureza patológica; por mais exaurida que seja, ela leva a encarar a angústia como o elemento mórbido último, e como que o cerne da doença. Mas para compreendê-la um novo estilo de análise se impõe: forma de experiência que vai além de suas próprias manifestações, a angústia não pode nunca deixar-se reduzir por uma análise de tipo naturalista; consolidada no cerne da história individual, para dar-lhe, sob suas peripécias, uma significação única, ela também não pode esgotar-se numa análise de tipo histórico; mas a história e a natureza do homem só podem ser compreendidas tendo-a como referência.

É preciso, agora, colocar-se no centro desta experiência; é somente compreendendo-a do interior que será possível enquadrar no universo mórbido as estruturas naturais constituídas pela evolução, e os mecanismos individuais cristalizados pela história psicológica. Método que nada deve tirar das "Naturwissenschaften"⁽²⁵⁾, de suas análises discursivas e sua causalidade mecânica; método que não deverá também jamais voltar-se para a história biográfica, com sua descrição dos encadeamentos sucessivos e seu determinismo em séries. Ao contrário, deve apreender os conjuntos como totalidades cujos elementos não podem ser dissociados, por mais dispersos que estejam na história. Não basta dizer que o medo da criança é a causa das fobias no adolescente, mas é preciso reencontrar, sob este medo originário e sob estes sintomas mórbidos, o mesmo estilo de angústia que lhes confere sua unidade significativa. A lógica discursiva não cabe aqui: ela se embaraça nos labirintos do delírio e esgota-se seguindo os raciocínios do paranóico. A intuição vai mais depressa e mais adiante quando consegue restituir a experiência fundamental que domina todos os processos patológicos (por exemplo, no caso da paranóia, a alteração radical da relação viva com o outro). Ao mesmo tempo que desdobra sob uma única visão as totalidades essenciais, a intuição reduz, até extenuá-la, esta distância de que é feito todo conhecimento objetivo: a análise naturalista encara o doente com o distanciamento de um objeto natural; a reflexão histórica guarda-o nesta alteridade que permite explicar, mas raramente compreender. A intuição, penetrando na consciência mórbida, procura ver o mundo patológico com os olhos do próprio doente: a verdade que busca

²⁵ Ciências da natureza. No alemão, no original. (N. do T.) 55

não é da ordem da objetividade, mas da intersubjetividade.

Na medida em que compreender quer dizer, ao mesmo tempo, reunir, apreender de pronto, e penetrar, esta nova reflexão sobre a doença é, antes de tudo, "compreensão": foi este o método usado pela psicologia fenomenológica

Mas será possível compreender tudo? A característica da doença mental, em oposição ao comportamento normal, não é exatamente de poder ser explicada, mas resistir a qualquer compreensão. O ciúme não é normal mesmo quando compreendemos seus exageros, e não é mórbido quando "não compreendemos mais" suas reações mesmo as mais elementares? Deve-se a Jaspers (²⁶) o mérito de ter mostrado que a compreensão pode estender-se muito além das fronteiras do normal e que a compreensão intersubjetiva pode atingir o mundo patológico na sua essência .

Indubitavelmente, há formas mórbidas que ainda são e permanecerão opacas a compreensão fenomenológica. São os derivados diretos dos processos cujo próprio movimento é desconhecido da consciência normal, como as irrupções na consciência de imagens provocadas por intoxicações, como estes "meteoros psíquicos" que só podem explicar-se por uma ruptura do tempo da consciência, pelo que Jaspers denomina uma "ataxia psíquica"; finalmente são estas impressões que parecem tomadas de uma matéria sensível totalmente estranha a nossa esfera: sentimento de uma influência por campos de forças ao mesmo tempo materiais e misteriosamente invisíveis, experiência de uma transformação aberrante do corpo.

Mas aquém destes limites longínquos da compreensão, a partir dos quais abre-se para nós o mundo estranho e morto do insano, o universo mórbido permanece penetrável. E por esta compreensão, trata-se de restituir, ao mesmo tempo, a experiência que o doente tem de sua doença (a maneira pela qual ele se vive como indivíduo doente, anormal, ou sofredor), e o universo mórbido para o qual se abre esta consciência de doença, o mundo a que visa e que ao mesmo tempo constitui. Compreensão da consciência doente, e reconstituição do seu universo patológico, tais são as duas tarefas de uma fenomenologia da doença mental.

A consciência que o doente tem de sua doença é rigorosamente original. Nada mais falso, sem dúvida, que o mito da loucura, doença que se ignora; o distanciamento que separa a consciência do médico da do doente não é

²⁶ K. JASPERS, *Psicopatologia geral*. 56

medido pela distância que separa o conhecimento da doença e sua ignorância. O médico não está do lado da saúde que detem todo o conhecimento sobre a doença; e o doente não está do lado da doença que tudo ignora sobre si mesma, até sua própria existência. O doente reconhece sua anomalia e dá-lhe, pelo menos, o sentido de uma diferença irreduzível que o separa da consciência e do universo dos outros. Mas o doente, por mais lúcido que seja, não tem sobre seu mal a perspectiva do médico; não toma jamais este distanciamento especulativo que lhe permitiria apreender a doença como um processo objetivo desenrolando-se nele, sem ele; a consciência da doença é tomada no interior da doença; está consolidada nela, e, no momento em que a percebe, exprime-a. A maneira pela qual um sujeito aceita ou recusa sua doença, o modo pelo qual a interpreta e dá significação a suas formas mais absurdas, tudo isto constitui uma das dimensões essenciais da doença. Nem destruição inconsciente no interior do processo mórbido, nem consciência lúcida, objetiva e desinserida deste processo, mas reconhecimento alusivo, percepção difusa de um cenário mórbido no fundo do qual se destacam os temas patológicos, tal é o modo de consciência ambígua, cuja reflexão fenomenológica deve analisar as variações (²⁷).

1) A doença pode ser percebida com um status de objetividade que a coloca a uma distância máxima da consciência doente. No seu esforço para vencer-la e não se reconhecer nela, o doente lhe confere o sentido de um processo acidental e orgânico. É nos limites de seu corpo que o doente mantém sua doença: omitindo ou negando qualquer alteração da experiência psicológica, ele só dá importância e, finalmente, só percebe e tematiza os conteúdos orgânicos da sua experiência. Longe de ocultar sua doença, ele a exhibe, mas somente nas suas formas fisiológicas; justifica-se aí o médico ver, na objetividade que o doente confere a seus sintomas, a manifestação de distúrbios subjetivos. E esta preeminência dos processos orgânicos no campo de consciência do doente e na maneira pela qual ele apreende sua doença que constitui a gama dos sinais histéricos (paralisias ou anestésias psicógenas), sintomas psicossomáticos, ou finalmente preocupações hipocondríacas que se encontram tão freqüentemente na psicastenia ou em certas formas de esquizofrenia. Elementos da doença, estas formas orgânicas ou pseudo-orgânicas são, para o sujeito, modos de apreensão da sua doença.

2) Na maior parte dos distúrbios obsessivos, em muitas paranóias e certas

²⁷ Foi nesta perspectiva que WYRSCH estudou a esquizofrenia (*Die Person des Schizophrenen*).

esquizofrenias, o doente reconhece que o processo mórbido incorpora-se a sua personalidade. Mas de um modo paradoxal: ele reencontra na sua história, nos conflitos com seu ambiente, nas contradições de sua situação atual, as premissas da doença; descreve sua gênese; mas, ao mesmo tempo, vê no começo da doença a explosão de uma existência nova que altera profundamente o sentido de sua vida, com o risco de ameaçá-la. Disso são testemunhas os ciumentos que justificam sua desconfiança, suas interpretações, suas sistematizações delirantes com uma gênese minuciosa de suas suspeitas e que parecem diluir seus sintomas ao longo de sua existência; mas reconhecem que desde tal aventura ou tal ressalto de sua paixão, sua existência fica inteiramente transformada, sua vida fica envenenada e não podem mais suportá-la. Vêm no seu ciúme mórbido a verdade mais profunda de sua existência e também a infelicidade mais radical. Eles a normalizam referindo-a a toda sua vida anterior; mas dela se destacam isolando-a como uma desordem brutal. Apreendem a doença como um destino; ela só termina sua vida rompendo-a^a

3) Esta unidade paradoxal não pode ser sempre mantida: os elementos mórbidos destacam-se então de seu contexto normal, e, fechando-se sobre si mesmos, constituem um mundo autônomo. Mundo que tem para o doente muitos sinais da objetividade: é promovido e freqüentado por forças exteriores cujo mistério faz com que escapem a qualquer investigação; ele se impõe a evidência, resiste ao esforço. As alucinações que o assaltam lhe dão a riqueza sensível do real; o delírio que une os elementos deste assegura-lhe uma coerência quase racional. Mas a consciência da doença não se desvanece nesta quase objetividade; permanece presente, pelo menos de maneira marginal: este mundo de elementos alucinatórios e de delírios cristalizados só faz justapor-se ao mundo real. O doente jamais confunde a voz de seu médico e as vozes alucinatórias de seus perseguidores, mesmo quando seu médico não é para ele senão um perseguidor. O delírio mais consistente só aparece, no máximo, ao doente tão real quanto o próprio real; e neste jogo de duas realidades, nesta ambigüidade teatral, a consciência da doença revela-se como consciência de uma outra realidade .

Esta oposição ao mundo real, ou melhor, a irreduzível justaposição destes dois mundos reais, o doente está pronto para reconhecê-la: um alucinado pergunta a seu interlocutor se ele não ouve, como ele, as vozes que o perseguem; intima-o a render-se a esta evidência sensível; mas se lhe é oposta uma negação ou uma ignorância maciça dos fatos que invoca, ele acomoda-se bastante bem, e declara que, nestas condições, é o único a ouvi-las. Esta singularidade da experiência não invalida para ele a certeza que o

acompanha; mas ele reconhece, aceitando-o, afirmando-o mesmo, o caráter estranho e dolorosamente singular de seu universo; admitindo dois mundos, adaptando-se tanto ao primeiro quanto ao segundo, ele manifesta no fundo de sua conduta, uma consciência específica da sua doença.

4) Finalmente, nas formas últimas da esquizofrenia e nos estados de demência, o doente é absorvido pelo mundo da doença. Apreende, entretanto, o universo que deixou como uma realidade longínqua e velada. Nesta paisagem crepuscular, na qual as experiências mais reais — os acontecimentos, as palavras ouvidas, o ambiente — tomam um aspecto fantasmático, parece que o doente conserva ainda um sentimento oceânico da sua doença. Está submerso pelo universo mórbido e tem consciência disto; e, pelo que se pode supor segundo o relato dos doentes curados, a impressão permanece sempre presente na consciência do sujeito, tanto que a realidade só é apreendida disfarçada, caricaturada e metamorfoseada, no sentido restrito do termo, no modo do sonho. Séchehayé, que cuidou e curou uma jovem esquizofrênica, recolheu as impressões que sua doente experimentara no decorrer de seu episódio patológico: "ter-se-ia dito, narra ela, que minha percepção do mundo me fazia sentir de um modo mais agudo a estranheza das coisas. No silêncio e imensidade, cada objeto delineava-se nitidamente, destacado no vazio, no ilimitado, separado dos outros objetos. Por ser sozinho, sem ligação com o que o cercava, ele se punha a existir... Eu me sentia rejeitada pelo mundo, fora da vida, espectadora de um filme caótico que se desenrolava incessantemente ante meus olhos, e do qual não conseguia participar". E um pouco mais adiante, acrescenta: "As pessoas me aparecem como num sonho; não consigo mais distinguir seu caráter particular"⁽²⁸⁾. A consciência de doença só é então um sofrimento moral imenso, diante de um mundo reconhecido como tal por referência implícita a uma realidade tornada inacessível.

A doença mental, quaisquer que sejam suas formas, os graus de obnubilação que comporta, implica sempre numa consciência da doença; o universo mórbido não é jamais um absoluto no qual se aboliriam todas as referências ao normal; pelo contrário, a consciência doente desdobra-se sempre, por si mesma, numa dupla referência, quer ao normal e ao patológico, quer ao familiar e ao estranho, seja ainda ao singular e ao universal, seja, finalmente, a vigília e ao onirismo.

Mas esta consciência doente não se resume na consciência que ela tem da sua doença; dirige-se também a um mundo patológico, cujas estruturas

²⁸ SÉCHEHAYE. *Journal d'une schizophrène*, pi 50 e 56.

teriam de ser estudadas agora, completando assim a análise noética pela análise noemática.

Minkowski estudou as perturbações nas formas temporais do mundo mórbido. Analisou, em particular, um caso de delírio paranóide, no qual o doente sente-se ameaçado por catástrofes que nenhuma precaução pode conjurar: a cada instante a iminência renova-se, e o fato de que a infelicidade apreendida não se tenha jamais produzido não pode provar que não se produzirá durante os instantes seguintes. Ora, a catástrofe pela qual ele se sente ameaçado é de perecer esmagado por tudo o que no mundo é resíduo, cadáver, detrito. Entre este conteúdo do delírio e o tema ansioso da iminência catastrófica, é fácil ver uma relação significativa: o pavor dos "restos" manifesta, no sujeito, uma incapacidade de conceber como uma coisa pode desaparecer, como o que não é mais pode não permanecer ainda. A acumulação do passado não pode mais, para ele, liquidar-se; e, correlativamente, o passado e o presente não conseguem antecipar o futuro; nenhuma segurança adquirida pode servir de garantia contra as ameaças que ele contém; no futuro, tudo é absurdamente possível. No seu entrelaçamento delirante, estes dois temas revelam assim uma perturbação maior na temporalidade; o tempo não se projeta mais nem passa; o passado se acumula; e o único futuro que se abre só pode conter como promessa o esmagamento do presente pela massa incessantemente mais pesada do passado ⁽²⁹⁾ .

Cada distúrbio comporta assim uma alteração específica do tempo vivido. Binswanger, por exemplo, definiu, na *Ideenflucht*, a perturbação temporal da existência maníaca: o tempo aí torna-se, por fragmentação, momentâneo; e, sem abertura sobre o passado e o futuro, ele turbilhona sobre si próprio, procedendo ora por saltos, ora por repetições. É sobre o fundo da temporalidade assim perturbada que se deve compreender a "fuga das idéias", com sua alternância característica de repetições temáticas, e de associações descontínuas e ilógicas. O tempo do esquizofrênico é, ele também, irregular, mas é rompido pela iminência do Repentino e do Terrificante, a qual o doente só escapa através do mito de uma eternidade vazia; a temporalidade do esquizofrênico se divide, assim, entre o tempo fragmentado da angústia e a eternidade, sem forma sem conteúdo, do delírio ⁽³⁰⁾.

2) O espaço, como estrutura do mundo vivido, pode prestar-se as mesmas análises.

²⁹ MINKOWSKI, *O tempo vivido*. 62

³⁰ BINSWANGER, *Der Fall Jurg Zund*, Schweizer Archiv. F. Neur., 1946.

Às vezes, as distâncias desmoronam-se, como no caso dos delirantes que reconhecem aqui pessoas que sabem estar em outra parte, ou os alucinados que ouvem suas vozes, não no espaço objetivo no qual situam-se as fontes sonoras, mas num espaço mítico, numa espécie de quase-espaço onde os eixos de referência são fluidos e moveis: eles ouvem aqui perto deles, em volta deles, neles, as vozes dos perseguidores, que eles situam, ao mesmo tempo, para além das paredes, bem para lá da cidade e das fronteiras. Ao espaço transparente no qual cada objeto tem seu lugar geográfico, e onde as perspectivas articulam-se, substitui-se um espaço opaco no qual os objetos misturam-se, aproximam-se e distanciam-se numa mobilidade imediata, deslocam-se sem movimento e ligam-se finalmente num horizonte sem perspectiva; como diz Minkowski, "o espaço claro" esfuma-se num "espaço obscuro", o do medo e da noite, ou antes, misturam-se no universo mórbido, ao invés de se distribuírem, como o fazem no mundo normal ⁽³¹⁾ .

Em outros casos, o espaço torna-se insular e rígido. Os objetos perdem o índice de inserção que marca também a possibilidade de utilizá-los; oferecem-se numa plenitude singular que os destaca de seu contexto, e afirmam-se no seu isolamento, sem vínculo real nem virtual com os outros objetos; as relações instrumentais desapareceram. Roland Kuhn estudou, neste sentido, os delírios de "limites" em certos esquizofrênicos: a importância dada aos limites, as fronteiras, aos muros, a tudo o que enclausura, fecha e protege é função da ausência de unidade interna na disposição das coisas; é na medida em que estas não "se mantêm" ligadas que é preciso protegê-las do exterior e mantê-las numa unidade que não lhes é natural. Os objetos perderam sua coesão e o espaço, sua coerência; como no caso do doente que desenhava incessantemente o plano de uma cidade fantástica cujas fortificações infinitas só protegiam um aglomerado de edifícios sem significação. O sentido da "utilidade" desapareceu do espaço; o mundo dos "Zuhandenen" ⁽³²⁾ , como diria Heidegger, não é mais, para o doente, senão um mundo dos "Vorhandenen" ⁽³³⁾ .

3) Não só o meio espaço-temporal, o "Umwelt" ⁽³⁴⁾ é perturbado, nas suas estruturas existenciais, pela doença mas também o "Mitwelt" ⁽³⁵⁾,

³¹ MINKOWSKI, *O tempo vivido*. 63

³² "Zuhandenen": "utensílios";

³³ "Vorhandenen": "o simplesmente dado";

³⁴ "Umwelt": "mundo circundante";

³⁵ "Mitwelt": "mundo participante" — Em alemão no original — termos técnicos da filosofia heideggeriana, tradução de Emmanuel Carneiro Leão. (N. do T.)

o universo social e cultural. O outro deixa de ser para o doente o parceiro de um diálogo e o cooperador de uma tarefa; não mais se apresenta a ele sobre o fundo das implicações sociais, perde sua realidade de "socius", e torna-se, neste universo despovoado, o Estranho. É a esta alteração radical que se refere a síndrome tão freqüente da "desrealização simbólica do outro": sentimento de estranheza diante da linguagem, o sistema de expressão, o corpo do outro; dificuldade em aceder até a certeza da existência do outro; peso e distanciamento de um universo inter-humano no qual as coisas expressas congelam-se, onde as significações têm a indiferença maciça das coisas e os símbolos adquirem a gravidade dos enigmas: e o mundo rígido do psicastênico e da maior parte dos esquizofrênicos. A doente de Séchehaye descreve assim um de seus primeiros sentimentos de irrealidade: "Encontrava-me no Patronato; vi subitamente a sala tornar-se imensa, como iluminada por uma luz terrível... Os alunos e as professoras pareciam marionetes que evoluíam sem razão, sem objetivo... Ouvia as conversas, mas não apreendia as palavras. As vozes pareciam-me metálicas, sem timbre e sem calor. Volta e meia, uma palavra destacava-se do conjunto. Ela se repetia no meu cérebro, como ressaltada, absurda". A criança tem medo, a monitora intervém, tranqüiliza-a: "Ela me sorri gentilmente... Mas seu sorriso em vez de me tranqüilizar, aumenta ainda mais minha angústia e minha confusão, pois percebo seus dentes brancos e regulares. Estes dentes cintilavam sob o brilho da luz, e, logo, embora sempre semelhantes a si próprios, ocuparam toda a minha visão, como se toda a sala só fosse dentes, sob uma luz implacável (³⁶)".

E no outro pólo da patologia, há o mundo infinitamente fluido do delírio alucinatório: tumulto sempre recomeçado por pseudo-reconhecimentos, no qual cada um dos outros não é um outro, mas o Outro maior, incessantemente reencontrado, incessantemente procurado e achado; presença única de mil rostos do homem odiado que engana e que mata, da mulher devoradora que trama a grande conjuração da morte. Cada rosto, estranho ou familiar, é somente uma máscara, cada propósito, claro ou obscuro, esconde somente um sentido: a máscara do perseguidor e o sentido da perseguição.

Máscaras da psicastenia, máscaras do delírio alucinatório: é na monotonia das primeiras que começa a se perder a variedade dos rostos humanos; é sob os perfis inumeráveis das segundas que se encontra, única, estável e carregada de um sentido implacável, a experiência delirante do alucinado.

³⁶ *Journal d'une schizophrène*, p. 6 e 7.

4) Finalmente, a doença pode atingir o homem na esfera individual onde se desdobra a experiência de seu corpo próprio. O corpo deixa, então, de ser este centro de referência em torno do qual os caminhos do mundo abrem suas possibilidades. Ao mesmo tempo a presença do corpo no horizonte da consciência altera-se. As vezes, espessa-se até tornar-se como peso e imobilidade de uma coisa; tende a uma objetividade na qual a consciência não pode mais reconhecer seu corpo; o sujeito não se sente apenas como cadáver ou máquina inerte, cujos impulsos emanam de uma exterioridade misteriosa. Eis o que declarava uma doente, observada por Minkowski: "Um dia em cada dois, meu corpo fica duro como madeira. Hoje, meu corpo está espesso como esta parede; ontem, a todo instante, tinha a impressão de que meu corpo era água preta, mais preta que esta chaminé... Tudo é negro em mim, de um negro espumoso, como sujo... Meus dentes são de uma espessura, como o lado de uma gaveta ... Dir-se-ia que meu corpo é espesso, colado e deslizante como este soalho ⁽³⁷⁾."

As vezes, também a consciência plena do corpo, com sua espacialidade e esta densidade onde se inserem as experiências proprioceptivas, acaba por extenuar-se até só ser consciência de uma vida incorporeal, e crença delirante numa existência imortal; o mundo do corpo próprio, o "Eigenwelt", parece esvaziado de seu conteúdo, e esta vida, que não é mais do que consciência de imortalidade, esgota-se numa morte lenta que ela prepara pela recusa de qualquer alimento, de qualquer cuidado corporal, de qualquer preocupação material.

Binswanger observou uma doente, Ellen West, em quem se pode encontrar esta perturbação do Eigenwelt, e em quem se vê, ao mesmo tempo, desfazerem-se as formas de inserção no mundo. Ela não reconhece mais este modo de existência que, no interior do mundo, se orienta e se move segundo os caminhos virtuais que são traçados no espaço; não sabe mais estar "em equilíbrio no chão"; ela é tomada entre o desejo de voar, de planar numa jubilação etérea, e a obsessão de ficar cativa de uma terra lamacenta que a oprima e paralise. Entre a mobilidade alegremente instantânea e a angústia que enterra, o espaço selido e firme do movimento corporal desapareceu; o mundo tornou-se "silencioso, glacial e morto"; a doente sonha seu corpo, como uma fluidez grácil e etérea, cuja inconsistência libera de toda materialidade. sobre este fundo que se manifesta a psicose e que se destacam os sintomas (medo de engordar, anorexia, indiferença afetiva) que a levarão, por uma evolução mórbida de

³⁷ In AJURIAGUERRA e HECAEN, *As alucinações corporais* 66

mais de treze anos, ao suicídio (³⁸).

Poder-se-ia ser tentado a reduzir estas análises a análises históricas, e a perguntar-se se o que chamamos de universo do doente não é apenas um corte arbitrário em sua história, ou, pelo menos, o estado último no qual culmina seu devir. De fato, se Rudolf, um doente de Roland Kuhn, ficou durante muitas horas junto ao cadáver de sua mãe, quando ainda era apenas uma criança, e ignorava a significação da morte, não é esta a causa de sua doença; estes longos contatos com um cadáver não puderam entrar em comunidade de sentido com uma necrofilia ulterior e finalmente uma tentativa de assassinato, que na medida em que se constituiu um mundo onde a morte, o cadáver, o corpo rígido e frio, o olhar glauco tinham um status e um sentido; foi preciso que este mundo da morte e da noite tivesse um lugar privilegiado em face do mundo do dia e da vida, e que a passagem de um a outro, que provocara nele outrora tanto pasmo e tantas angústias, o fascine ainda ao ponto de que queira forçá-lo pelo contato com cadáveres e pelo assassinato de uma mulher (³⁹). O mundo mórbido não é explicado pela causalidade histórica (refiro-me a da história psicológica), mas esta sô é possível porque este mundo existe: é ele que promove o vínculo do efeito e da causa, do anterior e do ulterior.

Mas seria preciso interrogar-se sobre esta noção de "mundo mórbido" e sobre o que o distingue do universo constituído pelo homem normal. Sem dúvida, a análise fenomenológica recusa uma distinção a priori entre o normal e o patológico: "A validade das descrições fenomenológicas não está limitada por um julgamento sobre o normal e o anormal (⁴⁰)." Mas o mórbido manifesta-se no decorrer da investigação, como caráter fundamental deste universo. É na realidade, um mundo cujas formas imaginárias, e até oníricas, sua opacidade a todas as perspectivas da intersubjetividade, denunciam como um "mundo privado", como um *idionkósmon*; e Binswanger lembra a propósito da loucura, o dito de Heráclito a propósito do sono: "Os que estão acordados tem um mundo único e comum (*ena kai koinon kósmon*) ; o que dorme volta-se para seu próprio mundo (*eis idion apostrefe sthai*)" (⁴¹). Mas esta existência mórbida é marcada, ao mesmo tempo, por um estilo muito particular de abandono ao mundo: perdendo as significações do universo, perdendo sua temporalidade fundamental, o sujeito aliena esta existência no mundo onde resplandece sua

³⁸ BINSWANGER, Der Fall Ellen West, *Archiv. Schw. 1. Neur.*, 1943.

³⁹ R. KUHN, Mordversuch eines depressiven Fetichisten, *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948.

⁴⁰ R. KUHN, *ibid.*

⁴¹ BINSWANGER, Traum und Existenz, *Neue Schweizer Rundschau*, 1930.

liberdade; não podendo deter-lhe o sentido, abandona-se aos acontecimentos; neste tempo fragmentado e sem futuro, neste espaço sem coerência, ve-se a marca de uma destruição que abandona o sujeito ao mundo como a um destino exterior. O processo patológico é, como diz Binswanger, um "Verweltlichung". Nesta unidade contraditória de um mundo privado e de um abandono à inautenticidade do mundo, está o cerne da doença. Ou, para empregar um outro vocabulário, a doença é, ao mesmo tempo, retirada da pior das subjetividades, e queda na pior das objetividades.

Mas seria, talvez, tocar aí num dos paradoxos da doença mental que forcem a novas formas de análise: se esta subjetividade do insano é, ao mesmo tempo, vocação e abandono no mundo, não é ao próprio mundo que seria preciso perguntar o segredo de seu status enigmático? Não há na doença todo um núcleo de significações que releva do domínio no qual ela apareceu — e inicialmente o simples fato de que ela aí é caracterizada como doença'?

SEGUNDA PARTE

LOUCURA E CULTURA

Introdução

As análises precedentes fixaram as coordenadas com as quais as psicologias podem situar o fato patológico. Mas se mostraram as formas de aparecimento da doença, não puderam demonstrar-lhe as condições de surgimento. O erro seria crer que a evolução orgânica, a historia psicológica, ou a situação do homem no mundo pudessem revelar estas condições. Sem dúvida, é nelas que a doença se manifesta, é nelas que se revelam suas modalidades, suas formas de expressão, seu estilo. Mas é noutra parte que o desvio patológico tem, como tal, suas raízes.

Boutroux dizia, no seu vocabulário, que as leis psicológicas, mesmo as mais gerais, são relativas a uma "fase da humanidade". Um fato tornou-se, há muito tempo, o lugar comum da sociologia e da patologia mental: a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal. A doente de Janet que tinha visões e apresentava estigmas, teria sido, sob outras condições, uma mística visionária e taumaturga. O obsedado, que se move no universo contagioso das simpatias, parece, nos seus gestos propiciatórios, reencontrar as práticas do mágico primitivo: os ritos com que cerca o objeto de sua obsessão adquirem um sentido, para nós, mórbido nesta crença no tabu com cuja potencia equivoca o primitivo quer, normalmente, conciliar-se e assegurar-se a cumplicidade perigosamente favorável.

Entretanto, esta relatividade do fato mórbido não é imediatamente clara. Durkheim pensava explicá-la com uma concepção, ao mesmo tempo, evolucionista e estatística: considerar-se-iam como patológicos, numa sociedade os fenômenos que, afastando-se da média, marcassem as etapas superadas de uma evolução anterior, ou anunciassem as próximas fases de um desenvolvimento que mal se esboça. "Se se concorda em denominar tipo médio o ser esquemático que se constituiria reunindo num só todo, numa espécie de universalidade abstrata os caracteres mais freqüentes da espécie..., poder-se-á dizer que qualquer afastamento deste plano da saúde é um fenômeno mórbido"; e completa este ponto de vista estatístico, acrescentando: "Um fato social só pode ser dito normal para uma determinada sociedade em relação a uma fase igualmente determinada do

seu desenvolvimento" (Regras do método sociológico). Apesar das implicações antropológicas muito diferentes, a concepção dos psicólogos americanos não está afastada da perspectiva durkheimiana. Cada cultura, segundo Ruth Benedict (⁴²), elegeria algumas das virtualidades que formam a constelação antropológica do homem: tal cultura, a dos Kwakiutl, por exemplo, toma por tema a exaltação do eu individual, enquanto que a dos Zuni o exclui radicalmente; a agressão é uma conduta privilegiada em Dobu, reprimida entre os Pueblo. Daí cada cultura formará da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela negligencia ou reprime. Lowie, estudando os Índios Crow, cita um deles que possuía um conhecimento excepcional das formas culturais de sua tribo; mas era incapaz de enfrentar um perigo físico; e nesta forma de cultura que só oferece possibilidade e valoriza apenas condutas agressivas, suas virtudes intelectuais levavam-no a ser encarado como um irresponsável, um incompetente e finalmente um doente. "Assim como são favorecidos", diz Benedict, "aqueles cujos reflexos naturais são mais próximos dêste comportamento que caracteriza sua sociedade, encontram-se desorientados aqueles cujos reflexos naturais caem neste arco de comportamento que não existe na sua civilização". A concepção de Durkheim e a dos psicólogos americanos tem em comum o fato de que a doença é encarada sob um aspecto ao mesmo tempo negativo e virtual. Negativo, já que é definida em relação a uma média, a uma norma, a um "pattern", e que neste afastamento reside toda a essência do patológico: a doença seria marginal por natureza, e relativa a uma cultura somente na medida em que é uma conduta que a ela não se integra. Virtual, já que o conteúdo da doença é definido pelas possibilidades, em si mesmas não mórbidas, que nela se manifestam: para Durkheim, é a virtualidade estatística de um desvio em relação a média, para Benedict, a virtualidade antropológica da essência humana; nas duas análises, a doença ocorre entre as virtualidades que servem de margem a realidade cultural de um grupo social.

É deixar de lado, sem dúvida, o que há de positivo e de real na doença, tal como se apresenta numa sociedade. Há, de fato, doenças que são reconhecidas como tais, e que têm, no interior de um grupo, status e função; o patológico não é mais então, em relação ao tipo cultural, um simples desvio; é um dos elementos e uma das manifestações deste tipo. Deixemos de lado o caso célebre dos Berdache, entre os Dakota da América do Norte; estes homossexuais têm um status religioso de sacerdotes e

⁴² *Pad des de cultura.*

mágicos, um papel econômico de artesãos e criadores, ligados a particularidades de sua conduta sexual. Mas nada indica que haja a seu respeito, no grupo, uma consciência clara da doença. Pelo contrário, encontra-se esta consciência ligada a instituições sociais muito precisas. Eis, segundo Callaway, como se chega a xamã. entre os Zulu: "no começo", aqueles que está em vias de tornar-se xamã "tem aparência robusta, mas com o tempo torna-se cada vez mais delicado... ; não pára de se queixar... Sonha com todas as espécies de coisas e seu corpo está enlameado... Tem convulsões que cessam durante algum tempo quando é borrifado com água. A primeira falta de atenções, verte lágrimas, em seguida chora ruidosamente. Um homem prestes a tornar-se adivinho é uma grande causa de distúrbios". Seria, então, falso dizer que as condutas características do xamã são virtualidades reconhecidas e validadas entre os Zulu, qualificadas, ao contrário, como hipocondria ou histeria entre os Europeus. Aqui, não só a consciência de doença não é exclusiva do papel social, mas ainda o requer. A doença, reconhecida como tal, ve-se conferir um status pelo grupo que a denuncia. Disso, encontrar-se-iam também outros exemplos no papel desempenhado, ainda recentemente, nas nossas sociedades, pelo idiota da aldeia e pelos epiléticos.

Se Durkheim e os psicólogos americanos fizeram do desvio e do afastamento a própria natureza da doença, é, sem dúvida, por uma ilusão cultural que lhes é comum: nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. As análises de nossos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, então, antes de tudo, uma projeção de temas culturais. Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros; e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas: que os coloca no centro de sua vida religiosa como é freqüentemente o caso dos primitivos, ou que procura expatriá-los situando-os no exterior da vida social, como faz nossa cultura.

Duas questões se colocam então: como chegou nossa cultura a dar a doença o sentido do desvio, e ao doente um status que o exclui? E como, apesar disso, nossa sociedade exprime-se nas formas mórbidas nas quais recusa reconhecer-se?

Capítulo V

A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL

Foi numa época relativamente recente que o Ocidente concedeu a loucura um status de doença mental.

Afirmou-se, afirmou-se até demais que o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um "possuído". E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas. Assim, teria sido necessário esperar a objetividade de um olhar médico sereno e finalmente científico para descobrir a deterioração da natureza lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais. Interpretação que repousa num erro de fato: que os loucos eram considerados possuídos; num preconceito inexato: que as pessoas definidas como possuídas eram doentes mentais; finalmente, num erro de raciocínio: deduz-se que se os possuídos eram na verdade loucos, os loucos eram tratados realmente como possuídos. De fato, o complexo problema da possessão não releva diretamente de uma história da loucura, mas de uma história das idéias religiosas. Por duas vezes, antes do século XIX, a medicina interferiu no problema da possessão: uma primeira vez de J. Weyer a Duncan (de 1560 a 1640), e isto a pedido dos Paramentos, dos govêrnos ou mesmo da hierarquia católica, contra certas ordens monásticas que prosseguiram as práticas da Inquisição; os médicos foram, então, encarregados de mostrar que todos os pactos e ritos diabólicos podiam ser explicados pelos poderes de uma imaginação desregrada; uma segunda vez, entre 1680 e 1740, a pedido de toda a Igreja católica e do governo contra a explosão de misticismo protestante e jansenista, desencadeada pelas perseguições do final do reinado de Luis XIV; os médicos foram então convocados pelas autoridades eclesiásticas para mostrar que todos os fenômenos do êxtase, da inspiração, do profetismo, da possessão pelo Espírito-Santo eram devidos somente (no caso dos heréticos, é claro) aos movimentos violentos dos humores ou dos espíritos. A anexação de todos estes fenômenos religiosos ou para religiosos pela medicina é, assim, apenas um episódio lateral em relação ao grande trabalho que definiu a doença mental; e sobretudo, ela não é resultante de um esforço essencial para o desenvolvimento da medicina; é a própria experiência religiosa que, para se apoiar, apelou, e de modo secundário, para a confirmação e a crítica médicas. Estava escrito que uma crítica semelhante seria, mais tarde, feita pela

medicina a todos os fenômenos religiosos, e voltada, as custas da Igreja católica que a tinha, entretanto, solicitado, contra toda a experiência cristã: para mostrar ao mesmo tempo, e de modo paradoxal, que a religião depende dos poderes fantásticos da neurose, e que aqueles que a religião condenou eram vítimas, concomitantemente, de sua religião e de sua neurose. Mas esta reviravolta data apenas do século XIX, isto é, de uma época em que a definição da doença mental em estilo positivista já tinha sido alcançada.

De fato, antes do século XIX, a experiência da loucura no mundo ocidental era bastante polimorfa; e sua confiscação na nossa época no conceito de "doença" não deve iludir-nos a respeito de sua exuberância originária. Sem dúvida, desde a medicina grega, uma certa parte no domínio da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia e as práticas que a ela se relacionam. Sempre houve, no Ocidente, curas médicas da loucura e os hospitais da Idade Média comportavam, na sua maior parte, como o Hôtel-Dieu de Paris, leitos reservados aos loucos (frequentemente leitos fechados. espécies de jaulas para manter os furiosos). Mas isto era somente um setor restrito, limitado às formas da loucura que se julgavam curáveis (frenesis, episódios de violência, ou acessos "melancólicos"). De todos os lados, a loucura tinha uma grande extensão, mas sem suporte médico.

Esta extensão, entretanto, não provém de medidas estáveis; varia com as épocas, pelo menos em suas dimensões visíveis: ora permanece implícita e como a tona, ou, ao contrário aparece, emerge largamente e integra-se sem dificuldade a toda a paisagem cultural. O fim de século XV é certamente urra destas épocas em que a loucura renova-se com os poderes essenciais da linguagem. As últimas manifestações da idade gótica foram, alternadamente e num movimento contínuo, dominadas pelo pavor da morte e da loucura. A dança ,Macabra representada no cemitério dos Inocentes, ao *Triunfo da morte* cantado nos muros do Campo Santo de Pisa, sucedem as inumeráveis danças e festas dos Loucos que a Europa celebrará de tão bom grado durante todo o Renascimento. Há as festas populares em torno dos espetáculos dados pelas "associações de loucos", como o Navio Azul em Flandres; há toda uma iconografia que vai da Nave dos loucos de Bosch, a Breughel e a Margot a Louca; há também os textos sábios, as obras de filosofia ou crítica moral, como a *Stultifera Nazis de Brant* ou o *Elogio da Loucura* de Erasmo. Haverá, finalmente, toda a literatura da loucura: as cenas de demência no teatro elizabetiano e no teatro francês pré-clássico participam da arquitetura dramática, como os sonhos e, um pouco mais tarde, as cenas de confissão: elas conduzem o drama da ilusão a

verdade, da falsa solução ao verdadeiro desfecho. São uma das molas essenciais deste teatro barroco, como certos romances que lhes são contemporâneos: as grandes aventuras das narrativas de cavalaria tornam-se voluntariamente as extravagâncias de espíritos que não mais dominam suas quimeras. Shakespeare e Cervantes no fim do Renascimento são testemunhas do grande prestígio desta loucura cujo reinado próximo tinha sido anunciado cem anos antes, por Brant e Bosch.

Isto não quer dizer que o Renascimento não cuidou dos loucos. Pelo contrário, foi no século XV que se viu abrirem-se na Espanha inicialmente (em Saragossa), depois na Itália, os primeiros estabelecimentos reservados aos loucos. São aí submetidos a um tratamento, sem dúvida, em grande parte inspirado da medicina árabe. Mas estas práticas são localizadas. A loucura e no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar. Há na França, no começo do século XVII, loucos célebres com os quais o público, e o público culto, gosta de se divertir; alguns como Bluet d'Arbêre escrevem livros que são publicados e lidos como obras de loucura. Até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência.

Nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão.

Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração". E com este espírito que o governo abre, em Paris, o Hospital geral, com Bicetre e la Salpêtrière; um pouco antes são Vicente de Paula tinha feito do antigo leprosário de Saint-Lazare uma prisão deste gênero, e logo depois Charenton, inicialmente hospital, alinhar-se-á nos modelos destas novas instituições. Na França, cada grande cidade terá seu Hospital geral.

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte

da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência; as numerosas fundações de que ele se beneficia provam-no. Mas é um sistema cujo ideal seria estar inteiramente fechado sobre si mesmo: no Hospital geral, como nas Workhouses, na Inglaterra, que lhe são mais ou menos contemporâneas, reina o trabalho forçado; fia-se, tece-se, fabricam-se objetos diversos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permita ao hospital funcionar. Mas a obrigação do trabalho tem também um papel de sanções e de controle moral. É que, no mundo burgues em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade. A categoria comum que grupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas (seja por sua culpa ou acidentalmente). A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade e indica o aparecimento no mundo moderno de um corte que não existia antes. O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social.

Este fenômeno foi duplamente importante para a constituição da experiência contemporânea da loucura. Inicialmente, porque a loucura, durante tanto tempo manifesta e loquaz, por tanto tempo presente no horizonte, desaparece. Entra num tempo de silêncio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem; e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma. Impossível, pelo menos até Freud que, pioneiro, reabriu a possibilidade para a razão e a desrazão de comunicar no perigo de uma linguagem comum, sempre prestes a romper-se e a desfazer-se no inacessível. Por outro lado, a loucura, no internamento, criou parentescos novos e estranhos. Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper. Não nos espantemos que se tenha desde o século XVIII descoberto uma espécie de filiação entre a loucura e todos os "crimes do amor", que a loucura tenha-se tornado, a partir do século XIX, a herdeira dos crimes que

encontram, nela, ao mesmo tempo sua razão de serem, e de não serem crimes; que a loucura tenha descoberto no século XX, em seu próprio centro, um núcleo primitivo de culpa e de egressão. Tudo isto não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também.

* * *

O internamento não conservou mais do que um século sua função primeira de manter silenciosa a loucura. A partir do meio do século XVIII, a inquietude renasce. O louco faz sua reaparição nas paisagens mais familiares; novamente, é encontrado fazendo parte da vida cotidiana. O Neveu de Rameau é testemunha disto. É que nesta época, o mundo correcional no qual a loucura, esta presa no meio de tantos erros, pecados e crimes começa a se deslocar. Denúncia política das seqüestrões arbitrárias; crítica econômica das fundações e da forma tradicional da assistência; pavor popular por estas casas, como Bicetre ou Saint-Lazare, que adquirem o valor de focos do mal. Todo o mundo reclama a abolição do internamento. Restituída a sua antiga liberdade, que vai tornar-se a loucura?

Os reformadores de antes de 1789 e a própria Revolução quiseram ao mesmo tempo suprimir o internamento como símbolo da antiga opressão e restringir na medida do possível a assistência hospitalar como sinal da existência de uma classe miserável. Procurou-se definir uma fórmula de socorros financeiros e de cuidados médicos com os quais os pobres pudessem beneficiar-se na sua própria casa, escapando assim ao pavor do hospital. Mas os loucos têm isto em particular: restituído; à liberdade, podem tornar-se perigosos para sua família e o grupo no qual se encontram. Daí a necessidade de contê-los e a sanção penal que se inflige aos que deixam errar "os loucos e os animais perigosos".

É para resolver este problema que as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão.

Indubitavelmente o internamento torna então uma nova significação: torna-se medida de caráter médico. Pinel na França, Tuke na Inglaterra e

na Alemanha Wagnitz e Riel ligaram seus nomes a esta reforma. E não há histeria da psiquiatria ou da medicina que não descubra nestes personagens os símbolos de um duplo advento: o de um humanismo e o de uma ciência finalmente positiva.

As coisas foram inteiramente diferentes. Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento: pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco. O asilo ideal que Tuke montou perto de York é considerado como a reconstituição em torno do alienado de uma quase-família onde ele deverá sentir-se em casa; de fato, ele é submetido, por isso mesmo, a um controle social e moral ininterrupto; a cura significará reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar. Utilizar-se-ão para consegui-lo meios tais como as ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, em resumo, tudo o que poderá ao mesmo tempo *infantilizar e culpabilizar* o louco. Pinel, em Bicetre, utiliza técnicas semelhantes, depois de ter "libertado os acorrentados" que aí se encontravam ainda em 1793. Certamente, ele fez ruir as ligações materiais (não todas entretanto), que reprimiam fisicamente os doentes. Mas reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais .

Mas há mais. Apesar da extensão muito grande das medidas de internamento, a idade clássica tinha deixado subsistirem e desenvolverem-se até um certo ponto as práticas médicas referentes a loucura. Havia nos hospitais ordinários seções reservadas aos loucos, era-lhes aplicado um tratamento, e os textos médicos dos séculos XVII e XVIII procuravam definir, sobretudo com a grande multiplicação dos vapores e das doenças nervosas, as técnicas mais apropriadas para a cura dos insanos. Estes tratamentos não eram nem psicológicos nem físicos: eram ambos ao mesmo tempo — a distinção cartesiana da extensão e do pensamento não tendo afetado a unidade das práticas médicas; submetia-se o doente a ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras; era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação.

Ora, estas técnicas que a fisiologia da época justificava foram retomadas por Pinel e seus sucessores num contexto puramente repressivo e moral. A ducha, não refrescava mais, punia; não se deve mais aplicá-la quando o doente está "excitado", mas quando cometeu um erro; em pleno século XIX ainda, Leuret submetirá seus doentes a uma ducha gelada na cabeça e empreendera neste momento, com eles, um diálogo durante o qual forçá-los-á a confessar que sua crença é apenas delírio. O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. O século XIX aperfeiçoa o sistema dando-lhe um caráter estritamente punitivo: a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu. Emprega-se também uma gaiola móvel que gira sobre si mesma segundo um eixo horizontal e cujo movimento é tanto mais vivo quanto esteja mais agitado o doente que aí é preso. Todos estes jogos médicos são as versões asilares de antigas técnicas fundadas numa fisiologia atualmente abandonada. O essencial é que o asilo fundado na época de Pinel para o internamento não representa a "medicalização" de um espaço social de exclusão; mas a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham algumas um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica.

Ora, é a partir deste momento que a loucura deixou de ser considerada um fenômeno global relativo, ao mesmo tempo, por intermédio da imaginação e do delírio, ao corpo e a alma. No novo mundo asilar, neste mundo da moral que castiga, a loucura tornou-se um fato que concerne essencialmente a alma humana, sua culpa e liberdade; ela inscreve-se doravante na dimensão da interioridade; e por isso, pela primeira vez, no mundo ocidental, a loucura vai receber status, estrutura e significação psicológicos. Mas esta psicologização é apenas a consequência superficial de uma operação mais surda e situada num nível mais profundo — uma operação através da qual a loucura encontra-se inserida no sistema dos valores e das repressões morais. Ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco, minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro. Não nos surpreendamos, conseqüentemente, se toda a psicopatologia — a que começa com Esquirol, mas a nossa também, for comandada por estes três temas que definem sua problemática: relações da liberdade com o automatismo; fenômenos de regressão e estrutura infantil das condutas; agressão e culpa. O que se descobre na qualidade de

"psicologia" da loucura é apenas o resultado das operações com as quais se a investiu. Toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a "filantropia" do século XIX enclausurou-a, sob os modos hipócritas de uma "liberação".

* * *

Dir-se-á que todo saber está ligado a formas essenciais de crueldade. O conhecimento da loucura não constitui exceção. Mas, sem dúvida, esta relação é no seu caso singularmente importante. Porque foi ela inicialmente que tornou possível uma análise psicológica da loucura; mas sobretudo, porque foi ela que secretamente fundou a possibilidade de toda psicologia. Não se deve esquecer que a psicologia "objetiva", "positiva" ou "científica" encontrou sua origem histórica e seu fundamento numa experiência patológica. Foi uma análise dos desdobramentos que ocasionou uma psicologia da personalidade; uma análise dos automatismos e do inconsciente que fundou uma psicologia da consciência; uma análise dos déficits que desencadeou uma psicologia de inteligência. Ou seja, o homem só tornou-se uma "espécie psicologizável" a partir do momento em que sua relação com a loucura permitiu uma psicologia, quer dizer a partir do momento em que sua relação com a loucura foi definida pela dimensão exterior da exclusão e do castigo, e pela dimensão interior da hipoteca moral e da culpa. Situando a loucura em relação a estes dois eixos fundamentais, o homem do começo do século XIX tornava possível urna tomada sobre a loucura e através dela uma psicologia geral.

Esta experiência da Desrazão na qual, até o século XVIII, o homem ocidental encontrava a noite da sua verdade e sua contestação absoluta vai tornar-se, e permanece ainda para nós, a via de acesso à verdade natural do homem. E compreende-se, então, que esta via de acesso seja tão ambígua e que, ao mesmo tempo, enseje reduções objetivas (segundo a inclinação de exclusão) e solicite incessantemente a chamada para si (segundo a inclinação da hipoteca moral). Toda a estrutura epistemológica da psicologia contemporânea consolida-se neste acontecimento que é aproximadamente contemporâneo da Revolução, e que concerne a relação do homem consigo próprio. A "psicologia" é somente uma fina película na superfície do mundo ético no qual o homem moderno busca sua verdade — e a perde. Nietzsche, a quem se fez dizer o contrário, tinha-o visto muito bem.

Conseqüentemente, uma psicologia da loucura pode ser apenas derrisória, e entretanto toca no essencial. Derrisória pois que, querendo fazer a

psicologia da loucura, exige-se da psicologia que ela atente contra suas próprias condições, que retorne ao que a tornou possível que contorne o que é para ela, e por definição, o insuperável. Nunca a psicologia poderá, dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia. E, contudo, uma psicologia da loucura não pode deixar de ir ao essencial, já que se dirige obscuramente para o ponto onde suas possibilidades se estabelecem; quer dizer que ela sobe sua própria corrente e encaminha-se para estas regiões onde o homem relaciona-se consigo próprio e inaugura a forma de alienação que o faz tornar-se homo psychologicus. Levada até sua raiz, a psicologia da loucura, seria não o domínio da doença mental e conseqüentemente a possibilidade de seu desaparecimento, mas a destruição da própria psicologia e o reaparecimento desta relação essencial, não psicológica porque não moralizável, que é a relação da razão com a desrazão.

É esta relação que, apesar de todas as misérias da psicologia, está presente e visível nas obras de Hölderlin, Nerval, Roussel e Artaud, e que promete ao homem que um dia, talvez, ele poderá encontrar-se livre de toda psicologia para o grande afrontamento trágico com a loucura.

Capítulo VI

A LOUCURA, ESTRUTURA GLOBAL

O que acaba de ser dito não vale como crítica a *priori* de qualquer tentativa para cercar os fenômenos da loucura ou para definir uma tática de cura. Tratava-se somente de mostrar entre a psicologia e a loucura uma relação tal e um desequilíbrio tão fundamental que tornam vão cada esforço para tratar o todo da loucura, sua essência e natureza em termos de psicologia. A própria noção de "doença mental" é a expressão deste esforço condenado de início. O que se chama "doença mental" é apenas loucura alienada, alienada nesta psicologia que ela própria tornou possível.

Será preciso um dia tentar fazer um estudo da loucura como estrutura global — da loucura liberada e desalienada, restituída de certo modo a sua linguagem de origem.

Pareceria, sem dúvida, inicialmente que não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são tratados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente também como pessoas comuns. Há algo neles que fala da diferença e chama a diferenciação. Evitemos dizer que é a primeira consciência, obscura e difusa, daquilo que nosso espírito científico reconhecerá como doença mental; é somente o vazio no interior do qual se estabelecerá a experiência da loucura.

Mas sob esta forma puramente negativa trama-se já uma relação positiva, na qual a sociedade engaja e arisca seus valores. Assim o Renascimento, depois da grande obsessão da morte, o medo dos Apocalipses, e as ameaças do outro mundo, experimentou neste mundo um novo perigo: o de uma invasão surda, vinda do interior, e, por assim dizer, de uma fenda secreta da terra; esta invasão, é a do Insano que coloca o Outro mundo no mesmo nível que este e de modo chão; de tal maneira que não se sabe mais se é o nosso mundo que se desdobra numa miragem fantástica, se é o outro, ao contrário, que toma posse desse, ou se finalmente o segredo de *nosso* mundo era de já ser, e sem que o soubéssemos, o *outro*. Esta experiência incerta, ambígua, que faz habitar a estranheza no próprio seio do familiar, toma em Bosch o estilo do visível: o mundo povoa-se em todos os seus moluscos, em cada uma de suas ervas, de monstros minúsculos, inquietantes e derrisórios que são, ao mesmo tempo, verdade e mentira, ilusão e segredo, Mesmo o Outro. O *Jardim das Delícias* não é a imagem

simbólica e composta da loucura, nem a projeção espontânea de uma imaginação em delírio; é a percepção de um mundo suficientemente próximo e distante de si para ser aberto a absoluta diferença do Insano. Diante desta ameaça, a cultura do Renascimento experimenta seus valores e os engaja no combate de um modo mais irônico que trágico. Também a razão se reconhece como desdobrada e desapossada de si mesma: ela se acreditava sábia, é louca; acreditava saber, ignora; acreditava-se escorreita, delira; o conhecimento introduz-se nas trevas e no mundo interdito, quando se pensava ser conduzido por ele a luz eterna. Esboça-se todo um jogo que dominará o Renascimento: não jogo cético de uma razão que reconhece seus limites, mas jogo mais duro, mais ariscado, mais seriamente irônico de uma razão que joga sua partida com o Insano.

No fundo destas experiências muito gerais e primitivas, formam-se outras já mais articuladas. Trata-se das valorizações positivas e negativas, das formas de aceitação e recusa que concernem as experiências de que acabamos de tratar. Está claro que o século XVI valorizou positivamente e reconheceu o que o XVII ia menosprezar, desvalorizar e reduzir ao silêncio. A loucura no sentido mais amplo situa-se aí: neste nível de sedimentação nos fenômenos de cultura em que começa a valorização negativa do que tinha sido apreendido originalmente como o Diferente, o Insano, a Desrazão. Ai, as significações morais se engajam, as defesas atuam; barreiras elevam-se, e todos os rituais de exclusão organizam-se. Estas exclusões podem ser segundo as culturas de diferentes tipos: separação geográfica (como nas sociedades indonésias onde o homem "diferente" vive só, as vezes, a alguns quilômetros do povoado), separação material (como nas nossas sociedades que praticam o internamento) ou simplesmente separação virtual, apenas visível do exterior (como no começo do século XVII na Europa) .

Estas táticas de partilha servem de quadro a percepção da loucura. O reconhecimento que permite dizer: este é um louco, não é um ato simples nem imediato. Repousa, de fato, num certo número de operações prévias e sobretudo neste recorte do espaço social segundo as linhas da valorização e da exclusão. Quando o médico acredita diagnosticar a loucura como um fenômeno de natureza, é a existência deste limiar que permite portar o julgamento de loucura. Cada cultura tem seu limiar particular e ele evolui com a configuração desta cultura; a partir dos meados do século XIX, limiar de sensibilidade a loucura baixou consideravelmente na nossa sociedade; a existência da psicanálise é testemunho deste abaixamento na medida em que ela é tanto o efeito quanto a causa do fato. É preciso notar que este limiar

não está necessariamente ligado a acuidade da consciência médica: o louco pode ser perfeitamente reconhecido e isolado, sem receber por isso um status patológico preciso, como foi o caso na Europa antes do século XIX.

Finalmente, ligada no nível do limiar, mas relativamente independente dele, a tolerância a própria existência do louco. No Japão atual, a proporção de loucos reconhecidos como tais por seu ambiente é sensivelmente a mesma que nos Estados Unidos; mas aqui a intolerância é grande, no sentido de que o grupo social (essencialmente a família) não é capaz de integrar ou simplesmente aceitar a pessoa desviada; a hospitalização, a estada numa clínica ou simplesmente a separação da família são logo necessárias. Ao contrário, no Japão, o meio é muito mais tolerante e a hospitalização está longe de ser a regra. Uma das numerosas razões que fazem baixar o número de entradas nos asilos europeus durante as guerras e crises graves, é o fato de que o nível das normas integradoras do meio sofre uma forte baixa, e este torna-se naturalmente mais tolerante do que ordinário, quando é mais coerente e menos acossado pelo acontecimento.

É no solo constituído por estes quatro níveis que uma consciência médica da loucura pode finalmente desenvolver-se. A percepção da loucura torna-se, então, reconhecimento da doença. Mas nada a engaja ainda necessariamente a ser diagnóstico da doença "mental". Nem a medicina árabe, nem a da Idade Média, nem mesmo a medicina pós-cartesiana admitiam a distinção entre as doenças do corpo e as do espírito; cada forma patológica referia-se ao homem na sua totalidade. E a organização de uma psicopatologia supõe ainda toda uma série de operações que, por um lado, permitem a divisão entre a patologia orgânica e o conhecimento das doenças mentais, e, por outro lado, definem as leis de uma "metapatologia" comum aos dois domínios cujos fenômenos ela rege abstratamente. Esta organização teórica da doença mental está ligada a todo um sistema de práticas: organização da rede médica, sistema de detecção e profilaxia, forma da assistência, distribuição dos cuidados, critérios de cura, definição da incapacidade civil do doente e de sua irresponsabilidade penal; em resumo, todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco.

Mas isto é ainda apenas a medida de todas as distâncias tomadas por uma sociedade com relação a esta experiência maior do Insano que, progressivamente e graças a divisões sucessivas, torna-se *loucura*, *doença* e *doença mental*. Seria preciso também mostrar o movimento contrário; isto é, aquele através do qual uma cultura chega a exprimir-se, positivamente, nos fenômenos que rejeita. Mesmo silenciada e excluída, a loucura tem valor

de linguagem e seus conteúdos adquirem sentido a partir daquilo que a denuncia e repele como loucura. Tomemos o exemplo da doença mental com as estruturas e perfis que nossa psicologia acredita reconhecer nela.

A doença mental situa-se na evolução, como uma perturbação do seu curso; por seu aspecto regressivo. ela ocasiona condutas infantis ou formas arcaicas da personalidade. Mas o evolucionismo engana-se ao ver nestes retornos a própria essência do patológico, e sua origem real. Se a regressão a infância se manifesta nas neuroses, é somente como um efeito. Para que a conduta infantil seja para o doente um refúgio, para que seu reaparecimento seja considerado como um fato patológico irreduzível, é preciso que a sociedade instaure entre o presente e o passado do indivíduo uma margem que não se pode nem se deve transpor; é preciso que a cultura somente integre o passado forçando-o a desaparecer. E nossa cultura tem bem esta marca. Quando o século XVIII, com Rousseau e Pestalozzi, preocupou-se em constituir para a criança, com regras pedagógicas que seguem seu desenvolvimento, um mundo que esteja a sua altura, ele permitiu que se formasse em torno das crianças um meio irreal, abstrato e arcaico, sem relação com o mundo adulto. Toda a evolução da pedagogia contemporânea, com o irrepreensível objetivo de preservar a criança dos conflitos adultos acentua a distância que separa, para um homem, sua vida de criança de sua vida de homem feito. Isto significa que, para poupar a criança conflitos, ela a expõe a um conflito maior, a contradição entre sua infância e sua vida real (⁴³). Se se acrescenta que, nas suas instituições pedagógicas, uma cultura não projeta diretamente a sua realidade, com seus conflitos e suas contradições, mas que a reflete indiretamente através dos mitos que a perdoam, justificam-na e idealizam-na numa coerência quimérica; se se acrescenta que numa pedagogia uma sociedade sonha com sua idade de ouro (lembrem-se daquelas de Platão, Rousseau, da instituição republicana de Durkheim, do naturalismo pedagógico da República de Weimar), compreende-se que as fixações ou regressões patológicas só são possíveis numa certa cultura; que se multiplicam na medida em que as formas sociais não permitem liquidar o passado, e assimilá-lo ao conteúdo atual da experiência. As neuroses de regressão não manifestam a natureza neurótica da infância, mas denunciam o caráter arcaizante das instituições que lhe concernem. O que serve de paisagem a estas formas patológicas, é o conflito, no seio de uma sociedade, entre as formas de educação da criança, onde ela esconde seus

⁴³ E talvez nesta heterogeneidade, e na margem que separa estas duas formas de vida, que se encontra a rala do fenômeno descrito por Freud, como fase de latência., e ligado por ele a uma suspensão mítica da libido.

sonhos, e as condições que faz aos adultos, onde se leem pelo contrário seu presente real, e suas misérias. Poder-se-ia dizer o mesmo para o desenvolvimento cultural: os delírios religiosos, com seu sistema de asserções e o horizonte mágico em que sempre implicam, oferecem-se como regressões individuais em relação ao desenvolvimento social. Não é que a religião seja por natureza delirante, nem que o indivíduo reúna-se, para além da religião atual, as suas mais suspeitas origens psicológicas. Mas o delírio religioso é função da laicização da cultura: a religião pode ser o objeto de crença delirante na medida em que a cultura de um grupo não mais permite assimilar as crenças religiosas ou místicas ao conteúdo atual da experiência. A este conflito e a exigência de superá-lo, pertencem os delírios messiânicos, a experiência alucinatória das aparições, e as evidências do apelo fulminante que restauram, no universo da loucura, a unidade destruída no mundo real. O horizonte histórico das regressões psicológicas está então num conflito de temas culturais, marcados cada um por um índice cronológico que denuncia suas diversas origens históricas.

A história individual, com seus traumatismos, e seus mecanismos de defesa, sobretudo com a angústia que a obseda, pareceu formar uma outra dimensão psicológica da doença. A psicanálise colocou na origem desses conflitos um debate "metapsicológico", nas fronteiras da mitologia ("os instintos são nossos mitos" dizia o próprio Freud) , entre o instinto da vida e da morte, entre o prazer e a repetição, entre Eros e Tanatos. Mas é erigir em forma de solução o que se afronta no problema. Se a doença encontra um modo privilegiado de expressão neste entrelaçamento de condutas contraditórias, não significa que os elementos da contradição se justapõem, como segmentos de conflitos, no inconsciente humano, mas somente que o homem faz do homem uma experiência contraditória. As relações sociais que uma cultura determina, sob as formas da concorrência, exploração, rivalidade de grupos ou lutas de classe, oferecem ao homem uma experiência de seu meio humano que obseda incessantemente a contradição. O sistema das relações econômicas liga-se aos outros, mas pelos vínculos negativos da dependência; as leis de coexistência que o unem a seus semelhantes num mesmo destino opõem-no a eles numa luta que, paradoxalmente, é apenas a forma dialética destas leis; a universalidade dos vínculos econômicos e sociais permite-lhes reconhecer no mundo uma pátria e ler uma significação comum no olhar de todo homem, mas esta significação pode ser também a da hostilidade, e esta pátria pode denunciá-lo como um estrangeiro. O homem tornou-se para o homem tanto a imagem de sua própria verdade quanto a eventualidade de sua morte. Só no imaginário

pode encontrar o status fraternal onde suas relações sociais encontrarão sua estabilidade e coerência: o outro se oferece sempre numa experiência que a dialética da vida e da morte torna precária e perigosa. O complexo de Édipo, centro das ambivalências familiares, é como que a versão reduzida desta contradição: este ódio amoroso que a liga a seus pais, a criança não o traz como um equívoco de seus instintos; ela o encontra somente no universo adulto, especificado pela atitude dos pais que descobrem implicitamente na sua própria conduta o velho tema que a vida das crianças é a morte dos pais. E muito mais: não foi por acaso que Freud, refletindo sobre as neuroses de guerra, descobriu para duplicar o instinto da vida, no qual se exprimia ainda o velho otimismo europeu do século XVIII, um instinto da morte, que introduzia pela primeira na psicologia o poder do negativo. Freud queria explicar a guerra; mas é a guerra que se sonha neste redemoinho do pensamento freudiano. Ou melhor, nossa cultura fazia, nesta época, de um modo claro para si mesma, a experiência de suas próprias contradições: era preciso renunciar ao velho sonho da solidariedade e admitir que o homem podia e devia fazer do homem uma experiência negativa, vivida no modo do ódio e da agressão. Os psicólogos deram a esta experiência o nome de ambivalência e viram aí um conflito de instintos. Mitologia sobre tantos mitos mortos.

Finalmente, os fenômenos mórbidos pareceram, na sua convergência, designar uma estrutura singular do mundo patológico: e este mundo ofereceria, ao exame do fenomenólogo, o paradoxo de ser, ao mesmo tempo, o "mundo privado", inacessível, para o qual o doente se retira para uma existência arbitrária de fantasias e delírio — e, ao mesmo tempo, o universo de constrangimento ao qual ele está dedicado no modo do abandono; esta projeção contraditória seria um dos movimentos essenciais da doença. Mas esta forma patológica é apenas secundária em relação a contradição real que a suscita. O determinismo que a subentende não é a causalidade mágica de uma consciência fascinada por seu mundo, mas a causalidade efetiva de um universo que não pode, por si mesmo, oferecer uma solução as contradições que suscitou. Se o mundo projetado na fantasia de um delírio aprisiona a consciência que o projeta, não significa que ela própria se deixe prender aí, não significa que ela se despoje de suas possibilidades de ser; mas é que o mundo, alienando sua liberdade, não pode reconhecer sua loucura. Abrindo-se sobre um mundo delirante, não é por um constrangimento imaginário que a consciência mórbida se liga; mas sofrendo o constrangimento real, ela escapa para um mundo mórbido no qual encontra, mas sem reconhecê-lo, este mesmo

constrangimento real: pois não é querendo escapar-lhe que se ultrapassa a realidade. Fala-se muito da loucura contemporânea, ligada ao universo da máquina, e ao esmaecimento das relações afetivas diretas entre os homens. Este vínculo não é falso, sem dúvida, e não é por acaso que o mundo mórbido toma tão freqüentemente, hoje em dia, o aspecto de um mundo onde a racionalidade mecanicista exclui a espontaneidade contínua da vida afetiva. Mas seria absurdo dizer que o homem doente maquiniza seu universo porque projeta um universo esquizofrênico no qual se perde; falso mesmo pretender que ele é esquizofrênico porque ai está, para ele, o único meio de escapar ao constrangimento do seu universo real. De fato, quando o homem permanece estranho ao que se passa na sua linguagem, quando não pode reconhecer significação humana e viva nas produções de sua atividade, quando as determinações econômicas e sociais o reprimem, sem que possa encontrar sua pátria neste mundo, então ele vive numa cultura que torna possível uma forma patológica como a esquizofrenia; estranho num mundo real, é enviado a um "mundo privado", que objetividade nenhuma pode mais garantir; submetido, entretanto, ao constrangimento deste mundo real, ele experimenta este universo para o qual foge, como um destino. O mundo contemporâneo torna possível a esquizofrenia, não porque seus acontecimentos o tornam inumano e abstrato, mas porque nossa cultura faz do mundo uma leitura tal que o próprio homem não pode mais reconhecer-se aí. Somente o conflito real das condições de existência pode servir de modelo estrutural aos paradoxos do mundo esquizofrênico.

Resumindo, pode-se dizer que as dimensões psicológicas da doença não podem, sem algum sofisma, ser encaradas como autônomas. Certamente, pode-se situar a doença mental em relação a gênese humana, em relação a história psicológica e individual, em relação as formas de existência. Mas não se deve fazer destes diversos aspectos da doença formas ontológicas se não se quer recorrer a explicações míticas, como a evolução das estruturas psicológicas, a teoria dos instintos ou uma antropologia existencial. Na realidade, é somente na história que se pode descobrir o único a priori concreto, onde a doença mental toma, com a abertura vazia de sua possibilidade suas figuras necessárias.

CONCLUSÃO

Propositalmente, não evocamos os problemas fisiológicos e anátomo-patológicos que concernem a doença mental; como também os das técnicas de cura. Não significa que sua análise psicopatológica seja, de fato ou de direito, independente; as descobertas recentes sobre a fisiologia dos centros diencefálicos e seu papel regulador na vida afetiva, as luzes trazidas sem cessar desde as primeiras experiências de Breuer e Freud pelos desenvolvimentos da estratégia psicanalítica bastariam para provar o contrário. Mas nem a fisiologia nem a terapêutica podem tornar-se os pontos de vista absolutos a partir dos quais a psicologia da doença mental possa transformar-se ou suprimir-se. Desde que há 140 anos Bayle descobriu as lesões específicas da paralisia geral e encontrou muito constantemente um delírio de grandeza nas fases iniciais de sua sintomatologia, não se sabe porque é precisamente uma exaltação hipomaniaca que acompanha semelhantes lesões. E se o sucesso da intervenção psicanalítica faz apenas uma única e mesma coisa com a atualização da "verdade" da neurose, ela só a descobre no interior do novo drama psicológico em que a engaja.

As dimensões psicológicas da loucura não podem então ser reprimidas a partir de um princípio de explicação ou de redução que lhes seria exterior. Mas elas devem situar-se no interior desta relação geral que o homem ocidental estabeleceu há praticamente dois séculos consigo mesmo. Esta relação vista sob o ângulo mais agudo, é esta psicologia na qual ele colocou um pouco de seu espanto, muito do seu orgulho, e o essencial de seus poderes de esquecimento; sob um ângulo mais amplo, é a emergência, nas formas do saber, de um *homo psychologicus*, encarregado de deter a verdade interior, descarnada, irônica e positiva de qualquer consciência de si e de todo conhecimento possível; finalmente recolocada na abertura mais ampla, esta relação é a que o homem substituiu a sua relação com a verdade, alienando-a neste postulado fundamental que é ele próprio a verdade da verdade.

Esta relação que funda filosoficamente toda psicologia possível só pode ser definida a partir de um momento preciso na história de nossa civilização: o momento em que o grande confronto da Razão e da Desrazão deixou de se fazer na dimensão da liberdade e em que a razão deixou de ser para o homem uma ética para tornar-se uma natureza. Então a loucura tornou-se natureza da natureza, isto é processo alienando a natureza e encadeando-a no seu determinismo, enquanto que a liberdade tornava-se, ela também, natureza da natureza, mas no sentido de alma secreta, de

essência inalienável e da natureza. E o homem, em vez de ser colocado diante da grande divisão do Insano e na dimensão que ele imagina, tornou-se no nível de seu ser natural, *isto e aquilo*, loucura e liberdade, recolhendo, pelo privilégio de sua essência, o direito de ser natureza da natureza e verdade da verdade.

Há uma boa razão para que a psicologia não possa jamais dominar a loucura; é que ela só foi possível no nosso mundo uma vez a loucura dominada e já excluída do drama. E quando, através de clarões e gritos, ela reaparece como em Nerval ou Artaud, em Nietzsche ou Roussel, é a psicologia que se cala e permanece sem palavras diante desta linguagem que toma o sentido das suas palavras desta dilaceração trágica e desta liberdade de que somente a existência dos "psicólogos" sanciona para o homem contemporâneo o pesado esquecimento.

ALGUMAS DATAS NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

- 1793: PINEL é nomeado diretor das Enfermarias de Bicetre.
- 1822: Tese de BAYLE, Recherches sur les maladies mentales (definição da paralisia geral).
- 1838: Lei sobre os alienados.
- 1843: BAILLARGER funda as Annales médico-psychologiques.
- 1884: JACKSON, Croonian Lectures.
- 1889: KRAEPELIN, Lehrbuch der Psychiatrie. 1890: MAGNAN, La folie intermittente.
- 1893: BREUER e FREUD, Estudos sobre a histeria. 1894: JANET, L'automatisme psychologique.
- 1909: FREUD, Análise de uma fobia num menino de 5 anos.
- 1911: FREUD, Observações psicanalíticas sobre uma autobiografia de um caso de paranóia.
- 1911: BLEULER A demência precoce ou o grupo das esquizofrenias.
- 1913: JASPERS, Psicopatologia geral.
- 1921: FREUD, Para além do princípio do prazer.
- 1926: PAVLOV, Lições sobre a atividade do córtex cerebral.
- 1928: MONAKOW e MURGUE, Introdução biológica à neurologia e à psicopatologia
- 1933: L. BINSWANGER, Ideenflucht.
- 1936: Egas MONIZ pratica as primeiras lobotomies. 1938: CERLETTI começa a praticar o eletrochoque.

Coleção DIAGRAMA

- 1 — ORIGEM DO PENSAMENTO: HERACLITO / *Fragmentos* (introdução, tradução e notas de EMMANUEL CARNEIRO LEÃO)
- 2 — JOSE GUILHERME MERQUIOR / *O estruturalismo dos pobres e outras questões*
- 3 — LOUIS ALTHUSSER / *Aparelhos ideológicos de estado*
- 4 — EMMANUEL CARNEIRO LEÃO e FÁBIO PENNA LACOMBE / *Existência e psicanálise*
- 5 — IURI TINIANOV / *O problema da linguagem poética I: o ritmo como elemento construtivo do verso*
- 6 — IURI TINIANOV / *O problema da linguagem poética II: o sentido da palavra poética*
- 7 — EDUARDO PORTELLA / *Vanguarda e cultura de massa.*