

## Da psicocracia à história (\*)

FREDERICO PEREIRA (\*\*)

### I

Não é inútil começar por referir as origens das observações que se seguem — origens que se poderiam condensar em duas grandes rubricas.

Em primeiro lugar, a constatação, bastante banal, relativa ao tão evocado princípio da objectividade, de que a Psicopatologia e a Psiquiatria se caracterizam por uma flacidez epistemológica notável, manifesta tanto na variedade dos seus modelos e teorias, como na multiplicidade dos seus empréstimos de outros ramos do conhecimento. Aos modelos herdados da neurologia — dos modelos organicistas clássicos ao próprio modelo jacksoniano organo-dinâmico — acrescentam-se, tão tranquila quanto aditivamente, os modelos *psiquistas*, de ordem psicanalística, fenomenológica ou moral, e ainda, mais recentemente, os modelos etológicos e comportamentais. Tal variedade levou certos autores, como Szass, a afirmarem mesmo parecer-se a psiquiatria mais com a religião e a política do que com a

ciência, e a considerarem, talvez com algum exagero, que as teorias psicopatológicas são quase tão numerosas quanto os sintomas que procuram tornar inteligíveis.

Mas, em segundo lugar, destaca-se também, embora de maneira menos evidente, que apesar desta fluidez teórica, apesar desta variedade de modelos e concepções, a Psicopatologia e a Psiquiatria mantêm, ao longo do seu desenvolvimento, certas *constantes essenciais*.

*Constantes ao nível das suas polémicas:* o debate organicismo/psiquismo é quase contemporâneo do nascimento da própria Psiquiatria; o mesmo acontece com o debate significação/ausência de sentido, tratamento moral/tratamento organobiológico e inclusive com a tão actual polémica treino/compreensão.

Mas sobretudo *constantes ao nível das suas relações com o Poder:* refiro-me concretamente ao permanente alargamento do domínio de competência do especialista em saúde mental, ao permanente alargamento do que é considerado codificável em linguagem psicológica e psiquiátrica — alargamento que de resto diz respeito não só à própria noção de doença, de perturbação psíquica ou do comportamento — e mais geralmente de *facto psicopatológico* —, mas também à progressiva anexação de terrenos

(\*) Trabalho efectuado a partir de uma comunicação apresentada ao Congresso Internacional «Aprendizagem e Desenvolvimento» (Set./Out.-1980), promovido pelo Instituto Piaget.

(\*\*) Professor no I. S. P. A.

não clínicos pela esfera dos discursos psiquiátrico-psicológicos.

É esta continuidade de «conquistas» do especialista em saúde mental que um breve *excursus* histórico poderá amplamente demonstrar.

## II

Se considerarmos o ano de 1803, data da publicação do *Tratado Médico-Filosófico* de Pinel, como momento inaugural da psiquiatria, pode dizer-se que, no início, o objecto do olhar do alienista era o grande louco delirante, cuja loucura se oferecia a qualquer percepção. Porém, muito rapidamente, o alienismo invade um novo território: o da loucura sem delírio visível, sem exaltação manifesta, e, nomeadamente, o da *monomania homicida*. Importantes modificações do olhar psiquiátrico e da clínica estão então em jogo, mas, acima de tudo, o que interessa sublinhar é que este investimento da monomania homicida se articula à *infiltração da esfera judiciária pelo alienista*, e à constituição progressiva de um lugar reservado para o especialista em saúde mental na administração da justiça — lugar definitivamente criado em França, por exemplo, pela lei de 13 de Fevereiro de 1810, cujo parágrafo 6.º diz explicitamente que «não há crime nem delito quando o inculcado está em situação de demência no momento da acção, ou a ela foi obrigado por uma força à qual não podia resistir».

Ao crime, inicialmente fora da esfera psi- vem acrescentar-se também a sexualidade como novo território anexado — e às primeiras referências episódicas à vida sexual (onanismo, abusos sexuais, etc.) sucede-se um estado de coisas caracterizado, por um lado, pela psiquiatrização do prazer perverso e, por outro, pela afirmação cada vez mais clara de uma patogenia de ordem sexual.

Um outro momento fecundo do alargamento do campo psiquiátrico-psicológico corresponde à *histeria*. A histerica, considerada até Charcot como simples simuladora, é, de início, desrespeitada, desconsiderada, excluída do olhar médico. Como conta Freud, «dizia-se que na histeria tudo pode acontecer, e a histerica não encontrava credibilidade junto de ninguém». Mas a *simuladora* vê-se introduzida na Psicopatologia, abandonando o campo da pura simulação, no dia em que, como refere ainda Freud, «Charcot tomou, com toda a sua autoridade, o partido da autenticidade e objectividade dos fenómenos histéricos»<sup>(1)</sup>.

Fenómenos de aspecto eventualmente neurológico mas sem substrato lesional são assim arrancados ao domínio da *mentira* e inseridos na *ordem da doença* — evolução que mereceria mais amplos comentários, pois faz pensar que entre a mentira e a doença não há estado intermédio...

O problema da simulação não estava todavia inteiramente resolvido. Continuava a separar-se o campo das «verdadeiras perturbações mentais» do campo das «falsas perturbações», estas últimas correspondendo à imitação voluntária da doença. Separação que não dura muito, pois o próprio resíduo não psiquiatrizado da imitação da doença acaba por ser reconhecido, de alguma forma, como doença verdadeira. Exemplo disto, entre outros, poderá ser o *síndrome sinistrósico*. De facto, o sinistrósico, inicialmente visto como um simulador reivindicativo que exige ajuda médico-social para pseudo-perturbações orgânicas, rapidamente se transforma em paciente com perturbações pseudo-orgânicas de origem psicológica.

---

(1) Forma interessante, esta, de Freud, ao contar a entrada da histeria no reino do psicopatológico, pois nela se vê a relação estreita entre fenómenos político-institucionais — a autoridade de Charcot — e questões aparentemente só relacionadas com a esfera do saber — a histeria é simulação ou verdadeira doença?

A simulação é assim igualmente investida psicologicamente, num processo evolutivo cuja matriz se encontra *provavelmente* na própria noção de histeria.

Mas na histeria ainda, também o *corpo* se oferece pela primeira vez de maneira consistente a um olhar que dele faz expressão da vida psíquica. A histeria fornece assim naturalmente o paradigma do psicossomático, onde progressivamente se vêm alojar muitas das doenças ditas orgânicas. Com efeito, ao cortejo histérico das dores, paralisias, contracturas, anestésias, perturbações sensoriais, vêm-se acrescentar as mais discretas perturbações digestivas, as náuseas, as cólicas, as crises de urticária, os edemas, etc., declarados igualmente psicogénicos quando encontrados num contexto histérico, primeiro, e independentemente da histeria, depois, criando-se assim o novo reino da Psicossomática.

O corpo deixa assim de oferecer resistência à codificação psicológica, a não ser no que respeita ao seu próprio movimento — derradeiro reduto, nesta matéria, a ser, de resto, ele próprio investido: à descoberta da *Psicossomática* acrescenta-se então a da *Psicomotricidade*. Nada, agora, no que respeita ao corpo, pode ser dito opaco!

Vê-se, portanto, o campo de intervenção do especialista em saúde mental deslocar progressivamente os seus limites: finalmente, ele poderá tomar a seu cargo não só as doenças mentais em sentido estrito, mas também as perturbações pseudo-orgânicas e aquelas que, embora com uma nítida incidência biológica, são consideradas como sobredeterminadas psicologicamente.

Mais do que isso, são todas as condutas que acabam por ser investidas pelo especialista, que poderá então tomar a seu cargo as mais variadas situações, que vão dos problemas conjugais aos problemas de adaptação social. Aparecerão assim novos síndromas, como por exemplo, o *síndrome dos sujeitos recentemente promovidos*, de Y. Girard, a *neurose dos mal alojados*, de Peli-

cier — e várias novas profissões, como a de «counsellor», a de «terapeuta familiar», etc.

A questão que se pode levantar, claro, é a de saber se este alargamento é pertinente ou não, do ponto de vista clínico. Não é porém o objectivo, agora, discutir tal problema e isto tanto mais que me parece que é doutro ponto de vista que semelhante alargamento deveria, em primeiro lugar, ser interrogado: do ponto de vista sociológico. E as questões importantes aqui, são: *qual a sua eficácia social? A que pedidos dá ele resposta? Qual a lógica da difusão das ideias de natureza psicológica, quer ao nível das questões que os códigos psiquiátricos-psicológicos investem, quer ao nível da sua disseminação nos actores sociais?*

Problemas que, na sua generalidade, não poderiam ser agora abordados, limitando-me portanto a acrescentar, de maneira mais ou menos banal, que a generalização das ideias psicológicas e psiquiátricas tem como evidentes efeitos a escotomização de problemas de ordem propriamente social, mediante a centração, no indivíduo, das variáveis que, em última instância, produziriam as suas dificuldades — e mediante também, em versões mais modernistas e simultaneamente mais retrógradas, uma «naturalização» das chamadas perturbações mentais e dificuldades adaptativas. Este tipo de efeitos, tanto como a anexação de todas as condutas à jurisdição do especialista, são talvez mais claras no *domínio da infância*.

Aqui, como se sabe, a história começa verdadeiramente com a debilidade mental. O despiste de crianças débeis teria um efeito benéfico, ou mesmo filantrópico: mostrar aos professores e às famílias que se algumas crianças não aprendem tão rapidamente como outras, não é por preguiça, mas por incapacidade. Hoje, todavia, torna-se mais claro que o efeito *social* dominante da noção de debilidade mental, média e ligeira, é o de ignorar as contradições próprias dos sistemas escolares — particularmente os conflitos culturais que nele têm lugar — e aba-

ter sobre a criança a responsabilidade do seu próprio falhanço. E as versões mais modernistas dos discursos sobre o insucesso escolar, embora introduzam o social extra-escolar mais não fazem do que legitimar as concepções tradicionais da Psicologia Diferencial, através da naturalização da cultura e da linguagem próprias da escola, e a «deficientização» dos comportamentos que saem de tais padrões.

A defesa implícita dos aparelhos escolares e a patologização discutível das condutas infantis pelos discursos psiquiátrico-psicológicos dominantes não fica porém a este nível. Dificuldades escolares que, tradicionalmente, escapavam à codificação psicológica, vão nela ser introduzidas, nascendo assim novas perturbações infantis: dislexia, disortografia, perturbações do comportamento, etc. As dificuldades em abordar estas perturbações de um ponto de vista psicológico ou psiquiátrico tradicional, as contradições que caracterizam tais análises e a resistência de tais perturbações às formas de intervenção corrente, levaram ao seu investimento por um olhar de *tipo* psicanalítico, que as vai submeter, enfim, para além da testoscopia corrente, a uma verdadeira ediposcopia — acabando também, em muitos casos, por retomar ao nível individual e das características mais ou menos abstractas do meio familiar, problemas cuja dimensão é essencialmente grupal, cultural e política. Finalmente, uma vez *psicologizadas, psiquiatrizadas, psicanalisadas* as crianças com dificuldades escolares — cujo número, *paradoxalmente, teima em não diminuir* — são as *crianças ditas com problemas de adaptação social* que vão por sua vez ser anexadas por tais grelhas interpretativas.

Filantropia, sem dúvida, aqui também, mas sobretudo necessidade imperiosa de variáveis intermédias de tipo psicológico, para que a intervenção judiciária, a baixo nível de criminalidade, se possa processar sem sobressaltos. E assim vai aparecer um cortejo de caractereopatas, de sociopatas, de

psicopatas, etc., que, primeiro serão «debilizados», e depois avaliados à luz da ediposcopia, com consequente culpabilização e desvalorização do meio próximo. E isto de forma tanto mais grave quanto, a este nível, *a investigação psicológica impede o menor e a sua família de inserirem o seu próprio discurso no processo de investigação judiciária ou psico-judiciária*. De facto, como refere Meyer, se é possível para um pai demonstrar que alimenta bem o seu filho, ou, para o filho, de demonstrar que não roubou tal ou tal bicicleta, é já impossível demonstrar-se que se é um bom pólo de identificação ou que se «liquidou devidamente o seu Édipo». O que revela que, por detrás de uma eventual filantropia, se esconde em última instância *a colagem deste tipo de análise ao Poder*, o que, por outro lado, mostra também *os riscos de alargar a estrutura conceptual da Psicanálise a lugares que não são aqueles onde tradicionalmente se exerce*.

Eis, portanto, em suma, que *tudo*, no adulto como na criança, se tornou pretensamente «legível» por múltiplas e sucessivas grelhas psicológicas e psiquiátricas. E tudo, de facto, porque também fenómenos socio-culturais, históricos e políticos, mitos, práticas rituais, fenómenos literários e artísticos, etc., vão ser introduzidos à compreensão psicológica, graças sobretudo a uma interpretação com *aspirações* freudianas, que desemboca, assim num *totalitarismo conceptual alheio às dimensões básicas da teoria e da prática propriamente psicanalíticas*.

### III

Este breve *excursus* histórico é talvez suficiente para demonstrar a ausência de limites de pertinência dos discursos psiquiátrico-psicológicos, e a total codifiabilidade em tais termos de tudo e de qualquer coisa. É este tipo de factos, assim como a relação por vezes estreita entre as práticas psicoló-

gicas e o Poder, que é aqui designado por psicocracia.

Ora esta psicocracia é inquietante, tanto para aqueles que dela são as vítimas directas, como para a própria psicologia e psiquiatria. *Torna-se portanto urgente compreender a situação actual*, urgência tanto maior quanto o papel dos *psi*- se vai tornando também menos claro.

A questão que então se levanta, é: *como compreender?*

Julgou-se, de início, que tal compreensão passava pela análise detalhada dos conceitos de normal e patológico, ou seja, por uma elucidação *conceptual*. Mas tornou-se também rapidamente visível que a explicitação de tais noções implícitas é incapaz de dar ao campo clínico um corpo coerente. É que qualquer *fenomenologia do patológico*, da inadaptação, supõe uma delimitação prévia das condutas consideradas patológicas ou inadaptadas — havendo assim uma evidente circularidade em tal tentativa de determinação, pois o movimento de definição nada mais faz que restituir os critérios que constituíram o próprio projecto.

Sendo assim, dever-se-á pura e simplesmente abandonar as preocupações respeitantes às noções de normal ou patológico? A resposta não pode ser positiva, pois se tal acontecesse, os discursos psicopatológicos entrariam em deriva, objectivável numa atitude empirista radical. Uma exigência compreensiva mantém-se, que pode todavia tomar várias formas — uma das quais, mais frequente, consiste numa análise de temáticas actuais na matéria, que se pode chamar *exame do estado da questão*.

As conclusões a que se chegaria, com tal exame, não seriam porém excessivamente esclarecedoras. Poder-se-ia descobrir, por exemplo, que para além das ideias clássicas relativas ao assunto, as temáticas actuais se podem agrupar em *positivas* e *negativas*, as segundas impedindo a loucura de aceder a um estatuto antropológico qualquer, as pri-

meiras generalizando-a ao ponto de lhe atribuir virtudes quase mágicas.

a) No campo das temáticas negativas, chega-se, por exemplo, à ideia de que se o psicopatológico existe, ele não é mais do que a *expressão* da existência de um corpo socialmente encarregado da terapia mental, e não a expressão de uma verdadeira perturbação. Seriam os *psi*- que engendrariam a doença mental, e no limite, existiriam doentes mentais porque existem terapeutas e não o inverso. Ideia que, não sendo inteiramente arbitrária, pode parecer pouco convincente, e que, por outro lado, sobretudo, transforma a loucura em simples *expressão*, aparição no indivíduo de qualquer coisa que lhe seria inteiramente exterior. *Deste ponto de vista*, estas teses aproximam-se das teses organicistas clássicas, que vêem na loucura apenas a expressão de um defeito de ordem cerebral.

Outra forma de abordar a questão consiste em afirmar a loucura como um *mito*, cuja realidade não é mais que a de uma perturbação semântica generalizada.

Finalmente, pode ainda dizer-se que as perturbações psicológicas não são mais do que a expressão ou o resultado de conflitos sociais e institucionais.

No primeiro caso, a loucura não existe; o seu Ser é pura aparição, não dela própria mas de um corpo social privilegiado; no segundo ela não tem também realidade, pois mais não é que consequência de incapacidades de comunicação; no último, enfim, se ela existe, o seu sentido é-lhe completamente exterior.

Noutro extremo, a loucura é considerada de maneira *positiva*. Mas é então para dela fazer um impossível modelo: ela é então tudo, e é a partir dela que o mundo se torna inteligível. Funda-se, por exemplo, uma esquizoanálise, e ao cibernantropo funcionando segundo uma lógica formal, opõe-se um esquizantropo, funcionando segundo uma lógica binária, maquínica. Ao totalitá-

rio que impede que o Sujeito advenha, opõem-se partes de máquinas, submáquinas, ditas desejantes, e o Sujeito — seja ele alienado — deixa de ter sentido.

De nada, o patológico torna-se tudo, de não verdade torna-se verdade, de não ser, torna-se fundamento de ser.

O carácter diverso deste tipo de teses, e aquilo para que apontam, mostra-nos também que a *elucidação conceptual* que se procurava é inatingível pelo mero estudo do *estado da questão*.

b) Outra via possível, então, é a de recuar no tempo, analisando as sucessivas reflexões sobre os conceitos de normal e patológico, capazes de ajudar nas buscas actuais de esclarecimento. Trata-se, no fundo, de desdobrar historicamente, as análises do tipo anterior.

Descobrir-se-ia assim, por exemplo, uma linha de desenvolvimento das discussões relativas ao normal e patológico, que coloca no seu centro a própria noção de normal, de que sublinha a relatividade. Afirma-se o carácter estatístico da normalidade, e indica-se que, se por acaso, um carácter raro no humano se tornasse comum, as nossas ideias sobre a normalidade mudariam paralelamente. Argumento lógico este, mas cuja aplicação ao contexto da loucura pode parecer de valor duvidoso, pois esquece, como sublinha Ey, que uma comunidade de loucos é um conjunto de loucos e não, só pelo seu carácter comunitário, uma microsociedade normal; pois esquece também este facto simples de que o louco é mais do que uma minoria reduzida à unidade.

A crítica de um normal estatístico era portanto simplista. Enriqueceu-se porém com os dados da antropologia cultural — que nos faziam ver que comportamentos nas nossas sociedades considerados anormais, inadaptados, eram, noutras culturas não só normais, mas ainda desejáveis. Nesta época de relativismo culturalista afirmava-se que a loucura não é mais que uma invenção

social, uma figura ideológica. Descobriu-se mais tarde que este relativismo era em parte expressão de um etnocentrismo disfarçado, que consistia em identificar dois comportamentos exteriormente semelhantes (mas diferentes no que respeita à sua dinâmica interna e significação social), em examinar condutas de outras culturas à luz de categorias próprias da nossa (R. Bastide).

Por outro lado, o relativismo cultural permitia criticar etiquetas apressadas, mas impedia de aceder a uma visão positiva sobre o patológico.

Tudo leva a crer, portanto, que tal como acontecia com o exame do estado da questão, também a via do relativismo não responde às buscas de esclarecimento sobre os conceitos-chave da Psicopatologia.

O estudo dos pensamentos coerentes especificamente exercidos sobre a matéria poderiam parecer mais ajustados a esses objectivos de esclarecimento. Ver-se-ia igualmente que os resultados seriam decepcionantes.

Considere-se, por exemplo, o caso do clássico Goldstein, que nos diz ser o patológico limitação do meio, ou o de Canguilhem, que no-lo apresenta como desobediência à normatividade da vida, normatividade responsável pela desvalorização da existência para dele permitir a correcção.

Várias observações se poderiam fazer a este respeito destas ideias. Em relação a Goldstein dir-se-ia, em primeiro lugar, que se toda a doença é de facto limitação do meio, não é evidente que o psicopatológico em si o seja. Por outro lado, o facto é que Goldstein olha a doença já determinada, procurando a seguir atingir o que nela é essencial. Os problemas de uma fenomenologia do patológico, já referidos, ressaltam aqui também. Objecções semelhantes se poderiam levantar a Canguilhem, a Leriche e muitos outros.

Mais ainda, se as primeiras correntes de opinião referidas excentravam a problemá-

tica da «doença mental» e nos apontavam a chave da sua inteligibilidade num alhures mais ou menos distante, as teses que, com brevidade excessiva, acabam de ser analisadas realizam um pouco a operação inversa — esquecendo de sublinhar que a loucura é também um fenómeno social, mais que não seja por estar inserida numa praxis que a anima e pela qual o sujeito doente atribui sentido ao seu mundo. Poder-se-ia dizer que às primeiras concepções, *externalistas*, se opõem estas últimas, *internalistas*. Ora nem umas nem outras podem esgotar a problemática da loucura, na medida em que ela aparece, como indica Ey, como uma perturbação global do Ser, que o atinge em todos os seus extractos, o da sua temporalidade, o da sua mundanidade, e o da sua actualidade — perturbação que não é só interior a cada uma destas modalidades, mas que se joga também ao nível das suas relações funcionais. Na realidade, o social e o individual, o objectivo e o subjectivo aparecem nesta dinâmica subjectiva/objectiva do Sujeito constituindo o seu mundo dentro das possibilidades do mundo constituído. Não há portanto lugar para separar estas duas dimensões, e para centrar a análise numa ou noutra dentre elas. Ambas estão simultaneamente em movimento, fundando assim uma dimensão que se poderia qualificar de *praxística*.

Talvez então uma tal grelha de análise nos permitisse ir mais longe numa fenomenologia do facto patológico — porém cedo se encontrariam, para além dos já referidos, novos obstáculos a uma tal empresa.

Refiro-me, concretamente, ao carácter eminentemente histórico das representações do psicopatológico, ao carácter eminentemente histórico do olhar clínico, igualmente. Esta historicidade impede uma determinação definitiva das noções de Psicopatológico ou de inadaptado, e sobretudo levanta obstáculos de grande peso a qualquer versão naturalista da patologia mental e comportamental. Mais globalmente, tal historici-

dade — que se revela no próprio *aparecer* da doença mental e nas representações sábias ou colectivas que dela se têm — impede a determinação precisa do que a chamada doença mental é.

### III

Claro que resta ainda saber se tem algum sentido procurar o Ser da Loucura. E, de facto, se se entender por isso um núcleo estável e trans-histórico, de onde derivaria na loucura tudo o resto, a resposta não parece poder ser positiva. Mas há outra maneira de conceber o Ser da Loucura: *como série das aparições que a manifestam* — e neste sentido tal indagação é possível e justificável. Ora, a procura da série das manifestações, no que respeita à loucura, envia-nos precisamente para o terreno da *História*. Terreno, decerto modo mais confortável, do ponto de vista ontológico, do que o terreno clínico, pois aí pode dizer-se, sem grandes hesitações, que o *aparecer* da doença mental esgota inteiramente o seu Ser. Com efeito, ao contrário do que se passa na esfera clínica, onde um *resto*, por detrás do *aparecer*, persiste sempre em existir, para a visão histórica este resto não existe: *a loucura é aqui definida como o conjunto sucessivo das formas de a pensar, descrever, o conjunto sucessivo dos diferentes modos de relação ao «doente» — ou seja, a «doença mental» não é mais do que o seu próprio processo de produção enquanto conceito*.

Evidentemente que apesar das diferenças entre atitude histórica e atitude clínica, esta última não pode deixar de beneficiar da primeira, mais que não seja porque no fundo toda a meditação sobre a loucura é, ao mesmo tempo meditação sobre o Homem — de cuja essência, precisamente, faz parte o facto de não poder meditar autenticamente sobre si próprio suprimindo a sua relação à história (G. Lanteri-Laura). Por outro lado, a interrogação histórica é, em si mes-

mentos que o constituem.

Enfim, uma terceira razão para a atitude histórica é de ordem mais geral. É que a ideia de que a reconstituição do processo histórico de onde se engendram as questões é necessária para esclarecer a situação actual provém também, talvez, da sensibilidade ao fim de uma época (G. Swain).

De facto, assiste-se hoje, cada vez mais, a uma generalização indefinida, a uma espécie de «socialização» dos discursos psiquiátrico-psicológicos, a que corresponde a disseminação no tecido social das grelhas de codificação próprias de tais discursos. Mas esta disseminação, ao mesmo tempo que é condição de Poder, funciona também como factor limitante, pondo, no extremo, a existência dos especialistas em causa. Poder-se-ia então falar de *fim de uma época* na medida em que os discursos psiquiátrico-psicológicos exigem, para o seu desenvolvimento, condições que são simultaneamente condições da sua própria limitação. A não ser, claro, que ocorram profundas mutações qualitativas, de que se ignora a natureza, mas de que se pressente a articulação em redor do esbatiamento da ideia de especialista em saúde mental e da noção de gestão colectiva da saúde.

Mas em qualquer dos casos, este fim de uma época interroga-nos de duas maneiras: 1.º — qual o estatuto da nossa linguagem, dos nossos conceitos e das práticas actuais?; 2.º — uma vez que as problemáticas da chamada doença mental são cada vez mais investidas pelos mais diversos agentes sociais, qual o estatuto do personagem médico-psicológico e a origem do seu Poder? Pois, como mesmo muitos psiquiatras acenam, está um pouco no ar do tempo a

tando, o próprio poder psiquiátrico e psicológico interroga-se sobre os seus fundamentos — inseparáveis das suas origens...

Por outro lado, e de maneira mais geral ainda, há a referir esta tomada de consciência do homem contemporâneo da sua inserção na História, da sua solidariedade com toda a cadeia dos tempos (para empregar esta expressão de Ariès). E embora esta consciência tenha parecido por momentos perigar — centrando-se então o interesse mais em rupturas e discontinuidades (M. Foucault) e falando alguns de novo eleatismo (H. Lefebvre) — a verdade é que a sensibilidade aos laços históricos entre tempos diversos se manteve (como o prova de resto o recente impulso inovador da história das mentalidades e da psico-história).

É esta solidariedade entre tempos históricos que permite afirmar, com G. Swain, que, em Psicopatologia e Psiquiatria, *o desvio pela História não traduz uma tentativa de fugir às perplexidades do presente pelo recurso ao passado, nem uma fuga às dificuldades actuais pela busca de outra paisagem*. Antes traduz a intuição de que as atitudes, concepções e problemas actuais devem ao passado mais do que parece à primeira vista, e que a inteligibilidade destas concepções, atitudes e problemas não pode advir sem a compreensão do seu *processo de formação*.

*Quer dizer, em suma, que a inteligibilidade da loucura e da inadaptação não pode tomar corpo somente no interior dos discursos psicopatológicos e psiquiátricos, e que a loucura como a inadaptação convidam a uma reflexão antropológica que as transcende enquanto objectos imediatos de um olhar actual.*



#### IV

Da *Psicocracia à História*, então, porque essa reflexão antropológica se exerce sobre a sucessiva série das manifestações da loucura e das suas codificações pelos discursos, e porque tal exercício, *chamando a atenção para a relatividade do saber psicopatológico, o limita inevitavelmente nas suas tentações, em última instância políticas, e o impede de se transformar em mero aparato de cobertura a uma qualquer tecnologia de gestão da doença.*

#### RÉSUMÉ

*L'auteur essaye de mettre en évidence l'élargissement progressif des domaines de compétence de savoirs psychiatrico-psychologiques. Il attire l'attention sur les dangers qui en découlent soit au niveau théorique soit au niveau pratique.*

#### REFERÊNCIAS

- PH. ARIÉS — *Histoire des Populations Françaises*, Paris, Plon.  
 G. CANGUILHEM — *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF.  
 G. DELEUZE, F. GUATARRY — *L'Anti-Oedipe*, ed. Minuit.  
 H. EY — *La Conscience*, Paris, PUF.  
 M. FOUCAULT — *L'Archéologie du Savoir*, Paris, Gallimard.  
 K. GOLDSTEIN — *Le Structure de l'Organisme*, Paris, Vrin.  
 G. LANTERI-LAURA — *Phénoménologie de la Subjectivité*, Paris, PUF.  
 R. LERICHE — *Philosophie de la Chirurgie*, Paris, Plon.  
 H. LEFEBVRE — *Position: Contre les Technologies*, Paris, Plon.  
 PH. MEYER — *L'Enfant et la Raison d'État*, Paris, Points.  
 P. PINELL e M. ZAFIROUPOLOS — *Insucesso Escolar e Análise do Pobre*, An. Psic., II, 2.  
 G. SWAIN — *Le Sujet de la Folie*, Paris, Privat.  
 T. SZASZ — *The Myth of Mental Illness* (trad. franc., Paris, Payot).

**MORAES**  
editores

#### DA NOSSA COLECÇÃO PSICOLOGIA E PEDAGOGIA DESTACAMOS:

ALFRED BRAUNER

**Crianças Inadaptadas**

DIDIER ANZIEU • Outros

**Psicanálise e Linguagem**

ANTOINE LÉON • Outros

**Manuel de Psicopedagogia  
Experimental**

HENRI WALLON

**Do Acto ao Pensamento**

JEAN VIAL

**A Pedagogia: Para Quem?  
Para Quê?**

JOEL CLERGET

**Ser Pai, Hoje**

JORGE CORREIA JESUINO, ORLANDO PEREIRA  
• LUIS JOYCE MONIZ

**Desenvolvimento Psicológico  
da Criança**

1.º volume; 2.º volume { tomo I  
tomo II

**A Criança e o Mundo (Antologia)**

MARY HIGGINS • CHESTER RAPHAEL (org.)

**Reich Fala de Freud**

THESI BERGMAN • ANNA FREUD

**A Criança, a Doença, e o Hospital**

#### MORAES EDITORES

Rua do Século, 34, 2.º - 1200 Lisboa

Telef. 325391-327717-320836

LIVRARIA - Largo do Picadeiro, 11 - 1200 Lisboa

Telef. 323468

Distribuidora - DIGLIVRO - Rua das Chagas, 2 - 1200 Lisboa