

Introdução à História da Psicopatologia:

I – Philippe Pinel (1.^a parte)

FREDERICO PEREIRA •

I

1. Os termos «científico», «ciência» e seus derivados, parecem por vezes ter virtudes de tipo mágico, ou exorcístico. Ouve-se frequentemente argumentar que tal discurso não é «científico» e que tal outro o será, sem que se tenha a preocupação prévia de delimitar o domínio do conceito de ciência. Ou então tenta-se proceder à sua delimitação por empréstimos epistemológicos, transpondo para o campo do que se convencionou chamar «ciências humanas» categorias que se revelaram funcionais no terreno de discursos de tipo físico-matemático.

Uma última possibilidade existe ainda, que é a de transformar reflexões epistemológicas de inspiração bachelardiana, por exemplo, ou a filosofia materialista dialéctica (de vulgata politzeriana ou, mais recentemente, althusseriana), em polícia de costumes científicos, que permitiria separar o trigo do joio em matéria de conhecimento.

Em todos esses casos, parece-nos existir uma atitude de base constante, que pontua por detrás de elaborações mais ou menos complexas: a ciência é rigor, exactidão, adequação ao objecto. Atitude de senso comum que se pode

envolver de papéis de celofane mais ou menos sofisticados.

E assim, talvez por ignorarmos o significado do termo «ciência», afirmamos que a Psiquiatria e a Psicopatologia não são essencialmente discursos científicos, mas sobretudo espaços de projecção de atitudes colectivas, de sistemas representativos de origem social, de ideologias oriundas da sociedade global, das suas classes constitutivas, das suas instituições¹.

Se assim for, torna-se dedutível que Psiquiatria e Psicopatologia constituam, por essência, discursos críticos. Que uma crise social — atinja ela as instituições ou seja de natureza axiológica — se produza, e de imediato profundas agitações se vão desenhar no interior desses discursos. Quando nós, membros da «sociedade civil», já não sabemos muito bem o que é o «louco», eis que psiquiatras e psicólogos deixam também de conseguir delimitar com firmeza o perfil desse personagem ... E que acontece então? Acontece que as reflexões, as inquietações sobre os conceitos nucleares da psi-

¹ Parece que assim caímos num relativismo histórico e sociológico extremo ou mesmo tropeçamos num neokantismo camuflado. Aceitamos a viabilidade de tal observação, mas defrontamos ao mesmo tempo sérias dificuldades em lhe responder. No fundo, entre o nosso sistema de «crenças científicas» e a nossa atitude face à História há talvez um hiato que não somos ainda capazes de ultrapassar.

* Psicólogo. Professor no I.S.P.A.

quiatria e da psicopatologia se vão multiplicar. O que é o louco? Questão que toma a forma de saber o que é o «normal», o que se quer significar quando se refere o «patológico».

2. No âmbito dessa questão, conhecidos trabalhos têm deixado marcas decisivas, como é o caso da obra de G. Canguilhem, ou de Kurt Goldstein, de R. Leriche, de Jaspers, ou ainda, indirectamente, de Von Weizsäcker; e, em tempos mais próximos de nós, devem-se referir os trabalhos das escolas antipsiquiátricas e da análise institucional.

Os próprios antropólogos procuraram em tempos contribuir para esclarecer a noção de «patológico», embora acabassem por nos arrastar para um terreno mais obscuro ainda, o do relativismo etnológico, de inspiração culturalista.

Também alguns filósofos se têm preocupado, de forma indirecta, com este assunto, como é o caso de G. Deleuze, por exemplo, que nos forneceu curiosas análises sobre um «patológico» carregado de virtualidades ... Acrescenta-se a este rápido e incoerente enumerar de algumas tomadas de posição sobre a noção de patológico, o estudo de M. Foucault, que quase inaugura uma corrente de opinião, e traz à superfície, de novo, problemas até então silenciados — embora levante algumas dificuldades, como as que provêm do desvanecimento da questão da evolutividade das noções, da ausência de uma problemática do Sujeito e da Praxis, etc.

Duma forma grosseira, e se exceptuarmos o caso do trabalho de Foucault, é possível agrupar a maior parte destes estudos em dois campos: um, que releva de concepções «internalistas» da história do Saber, centrado na doença e na loucura enquanto tais; outro, marcado por concepções «externalistas», apostado em procurar definir a problemática que o «patológico» delimita em termos puramente sociológicos e por vezes culturalistas. Esta compartimentação das atitudes face ao problema não deixa de o complicar singularmente.

Mas maior complexidade ainda é introduzida pelo facto de, no campo polémico, as dis-

cussões tomarem por vezes o aspecto de uma batalha no terreno da etiologia, reduzindo uns o «patológico» a um determinismo orgânico, insistindo outros essencialmente nos poderes explicativos de uma determinação de raiz sócio ou psicogénica.

Curioso é que estas discussões não parecem contribuir eficazmente para esclarecer a questão da «natureza» do «patológico» ... Primeiro porque tomam muitas vezes a forma de «querelas de escola» — e das «querelas de escola pouco mais costuma resultar, como já dizia Ph. Pinel, do que jactância, conjecturas, disputas intermináveis»: razão circunstancial. Depois, por razões de maior importância, que se relacionam com o próprio dinamismo da noção de patológico ...

Dinamismo da noção de patológico que nos leva a situá-lo como se ele fugisse a todas as tentativas de apreensão estável, como se ele constituísse uma ideia (mais do que um conceito) indefinível, indeterminável, como se ele se envolvesse de uma opacidade que é a da própria Praxis, como se ele fosse, em última instância, uma vivência intransmissível ...

Claro que se pode levantar o problema de saber se é admissível jogar com categorias tão centrais para as nossas preocupações psicopatológicas em termos tão vagos, se esta repetição de um «como se» não será não só ineficaz, mas ainda contraproducente ...

Pensamos todavia que este tipo de raciocínio tem virtudes maiores do que todos os reducionismos, é preferível às tentativas de retirar à conduta a sua não-transparência, seja a partir de mecanismos anátomo-patológicos, seja a partir de referências de tipo bioquímico ou, mais recentemente, a partir de logaritmos na base dois ... Não que a anátomo-patologia não tenha realizado um formidável avanço na compreensão de determinantes cerebrais, que a neurofisiologia dinamizou, não que a teoria da informação e a teoria dos jogos não tenham permitido colocar em termos novos a questão da conduta humana. Mas o perigo reducionista espreita, se pretendermos erguer contributos deste tipo ao estatuto de Teoria Geral.

Perigo reducionista porque esses mesmos contributos, situando-se a um nível de complexidade inferior àquele que é próprio da conduta humana no seu conjunto, e feitos muitas vezes de modelos simplesmente analógicos, não podem atingir a compreensão global dos dinamismos dessa conduta. *Perigo reducionista porque, quando aplicados à Psicopatologia, eles tendem a isolar, a separar o Sujeito da Praxis, e a objectivar o indivíduo.*

É por isso que pensamos ser necessário restituir a Doença ao Sujeito, *desobjectivá-la*, para a pensar não só em termos fenomenológicos, mas ainda em termos tais que permitam a integração do campo das determinações objectivas no campo mais vasto da Praxis e da Vivência.

Ora isto implica que um resíduo de opacidade na conduta sobrar sempre, que o Saber psicológico não poderá jamais ser totalmente vitorioso. Afirmar banais, mas que exigem a introdução na Teoria da Psicopatologia não só da problemática da busca do seu objecto, mas também, e sobretudo, a do eterno limite dessa mesma busca. Dir-se-ia que à Teoria do Método é necessário acrescentar uma Teoria do Fracasso, articulável em redor da ideia de Sujeito em situação.

Regressando ao «patológico», gostaríamos de citar Garine, de Malraux, que nos indica de forma rigorosa este primeiro nível de opacidade da doença: «a doença não se pode saber o que é quando não se está doente; julga-se que a doença é coisa contra a qual se luta, como coisa estranha. Mas não: a doença somos nós, nós próprios». É que o doente, no fundo, é um sujeito isolado: um outro discurso se desenvolve ao lado ou aquém do discurso oficial pelo qual o doente se dirige ao *técnico de saúde*, um outro discurso inaudível, essencial todavia, que podemos referir mas não conhecer. Aperfeiçoaremos as nossas *técnicas de escuta* — mas deste discurso escapar-nos-á sempre um resto, que determina para o doente um nome, o seu nome próprio, que não um número ou uma entidade. Mas se este resto — produtor do perfil irredutível do doente — não se oferece,

então a que se articula ele? À estrutura do próprio Sujeito, à Praxis e portanto à História.

Diz-se que cada período histórico tem as suas desorganizações psicológicas (porquê). Pode-se dizer que indivíduos com perturbações idênticas vivê-las-ão de forma radicalmente diferente em períodos históricos distintos. Assim, a vivência, profundamente subjectiva, liga-se também à História.

E se ligar as determinações objectivas ao indivíduo que as vive impede uma teorização geral do «psicopatológico» em termos meramente objectivos, ligá-las à Praxis impede que toda a teorização geral seja estável e definitiva. Porquê? Porque, como já se disse, ligar à Praxis significa articular à História, que aparece assim como um referencial necessário do Saber Psicopatológico. Esta articulação mostraria, evidentemente, não só a constante mudança dos objectos psicopatológicos, mas ainda a influência decisiva da História Social sobre a evolução do pensamento psiquiátrico. História Social no seu conjunto, e mais precisamente história das Instituições (a loucura liga-se a Hospitais, a Academias, a Universidades), história ideológica e cultural (a loucura articula-se à Perversão, à Penalidade, ao corte Animal/Homem, Natureza/Sociedade), história dos discursos Científicos (Vitalismo/Mecanicismo, Anátomo-Clínica e Anatomia Patológica, Teoria da Degenerescência e Contra-Evolução, etc.).

O simples enumerar destas várias regiões da História levanta de imediato o problema da sua unidade, isto é, de saber se elas definem um todo coerente, e se em cada uma delas é possível indicar uma coerência estrutural. Pela nossa parte, pensamos que não. O melhor, se há coerência, trata-se mais de uma coerência-limite do que de coerência por efeito de estrutura.

Assim, se mesmo na História se revelar ser impossível apreender até ao limite a problemática do «patológico» tal facto não é de espantar: o carácter praxístico da História implica-a como *poiesis*, ultrapassagem, mudança, diferença, movimento — negação. Não nos parece portanto ser o estável, o organizado — o estrutural — que nos permite que a inteligibilidade

dos «factos» advenha, mas sim o seu momento negativo. Mas aqui uma outra dificuldade surge: aceitando ser necessário inscrever a nossa reflexão no campo da História e aí no terreno da negação, levanta-se o simples problema de saber se isso é possível... E admitimos que não, que talvez se trate mais de um referencial permanente do que de um projecto... Seja como for, não deixa esse necessário-impossível de sublinhar de novo o facto essencial: o «patológico» foge a toda a tentativa de o fechar, de o isolar — de o *estabilizar* num qualquer reduccionismo.

Pode-se assim acrescentar que, em nossa opinião, o problema essencial de uma História da Psicopatologia não se condensa na questão de saber *o que é o «patológico»*, mas na de saber *qual a natureza do seu Devir*.

3. De forma excessivamente esquemática, este conjunto de afirmações reencontra uma afirmação já feita. O Ser da «doença mental» é indeterminável. O que pode ser parcialmente determinável é a forma como ela *aparece* aos discursos que sobre ela se constituem. O que tem duas consequências: primeiro torna a Psicologia um Saber provisório, e tanto mais provisório quanto se desenvolve sobre noções elas próprias em permanente movimento; segundo, faz da Psicopatologia um *Saber sempre clivado socialmente* (ou seja, não existe uma Psicologia «objectiva»).

4. Porém, finalmente, afirmar que o patológico é *aparecer*, põe desde logo outra questão: *aparecer de quê?* Questão que, parecendo reenviar-nos para o campo de um dualismo filosófico pré-fenomenológico, tem aqui um sentido não dualista: o «patológico», a «doença mental» não é *aparência* de um Ser privilegiado, mas expressão de um movimento. *O que aparece na representação da «doença mental» é o seu próprio processo de produção*. Tal é a resposta que nos parece mais adequada para a questão de saber o que «é» o «patológico», resposta cuja simplicidade paradoxal não é mais, evidentemente, do que simples *aparência*...

5. Vê-se talvez melhor agora o interesse da História para a Psicopatologia: ela é o *meio* no qual se realiza esse processo de produção, e portanto o pano de fundo de toda a reflexão epistemológica, em nosso entender necessariamente genética.

E, para além disso, a História tem ainda um outro motivo de interesse: manifesta o caminhar da verdade relativa no interior do erro, detendo assim as potencialidades de uma espécie de laboratório onde o pensamento psicopatológico se exerce, se corrige ou se cristaliza no preconceito. Permitindo a análise da formação das noções que constituem o discurso psicopatológico, ela fornece-nos um referencial de vigilância, contém as raízes da vigilância teórica (e não um receituário «epistemológico»), é, por excelência, antidogmática e crítica.

E a vigilância e a crítica exercem-se onde, senão no Actual?

Falar de História não é, portanto, falar só do passado: é também, bem ou mal, agir sobre o presente.

II

Uma vez feitas estas observações introdutórias, podemos começar a falar de Philippe Pinel, objecto central deste trabalho. Porque Pinel e não Broussais, por exemplo, ou Morel, ou qualquer outro? Porque, embora seja sempre difícil assinalar períodos inaugurais, é possível ver na obra de Philippe Pinel a primeira expressão acabada do pensamento psiquiátrico. Claro que antes de Pinel a medicina já se ocupava de loucos, mas nunca de forma tão sistemática. Sobretudo, o pouco que se dissera sobre loucos integrava-se na problemática do ontologismo, metafísica que em medicina se pode qualificar de nominalista.

Antes de Pinel havia loucos, internavam-se loucos, utilizava-se os loucos de forma «ergoterápica», julgando-se regularizar o mercado pela produção asilar. Mas sobre loucos não se teciam discursos especializados. Assim, Pinel, com o seu *Tratado da Mania*, é o primeiro psiquiatra. O estudo da sua obra é assim do má-

ximo interesse para uma história da psiquiatria e da psicopatologia, quer por ser inevitavelmente uma obra representativa (M. Foucault vê mesmo nela, exageradamente a nosso ver, um modelo de toda a psiquiatria), quer por ser uma obra de transição, com características próprias que se desvanecem no ulterior discurso psiquiátrico, a começar pelo próprio Esquirol.

Primeiro psiquiatra, Pinel é portanto um psiquiatra singular: dupla perspectiva que deve estar presente, em filigrana, na análise do seu trabalho.

Esta análise pode desdobrar-se num conjunto de registos, ligados, directa ou indirectamente, à problemática psiquiátrica: doença e loucura; a exigência metodológica; relação com ciências auxiliares; relação com a categoria de indivíduo; observador e observado; doença e Moral; Instituição. É de alguns destes registos que propomos ocupar-nos esquematicamente.

1. Antes porém de entrarmos na análise do trabalho de Pinel, será talvez conveniente precisar rapidamente algumas características da ideologia médica dominante durante o século XVIII.

O traço mais marcante desta medicina setecentista reside sem dúvida na sua incapacidade em estabelecer uma qualquer movimentação de pensamento entre o Abstracto e o Concreto. Acreditava-se então — projecto dogmático — que o Real *esconde*. O quê? A realidade do Objecto. Qual então o lugar de uma adequação entre a Essência e a Aparência? Um lugar vazio, evidentemente.

Qual o estatuto da experiência? Um estatuto negativo. Onde buscar a Verdade? Na herança cultural, no dogmatismo da Teoria, do Escrito. De *certa forma*, como se vê no século XVIII, tal como hoje em certos casos, acreditava-se ser a marcha do saber um exercício de estilo e uma questão de palavras.

A Medicina Clássica desenvolvia-se no sentido de uma Essencialidade absoluta, a Transcendência do Mal afirmando-se em relação à variabilidade dos seres que ele vinha pertur-

bar. Não é o doente (variável) que está em causa: é a Doença (Invariante).

Descobrir a cada passo o Invariante exige a redução fenomenológica do Variável — para que o Mal seja definido e apreendido como pura essência. Essência cujo traço dominante é, como se pode esperar, *um nome*, o nome de uma classe de que se ignoram os suportes materiais. Nesta actividade reside o essencial do trabalho médico do século XVIII: *nomear é desvendar ao rigor de uma percepção a Verdade de um Objecto reduzido*. E se a Verdade advém pela classe, a explicação é excluída como suporte central de entendimento. Nomear e não explicar, portanto. Razões para essa atitude? O Tempo está ausente, a percepção médica, neste período, é meramente espacial, não há genealogia, não há distância lógico-temporal numa série de acontecimentos, como sublinhou Foucault. Há só a essência dos acontecimentos: a Classe Nosológica. A isso chamar-se-á ontologismo.

Se assim é, um problema se põe: qual o lugar do doente, que parece ser o objecto de toda a Medicina? Um lugar vazio, também. A Medicina Clássica via no indivíduo doente o negativo da doença, o *variável* que é urgente *reduzir*, expulsar do espaço perceptivo.

E o Médico? Não é ele próprio um *variável*? Decerto que sim, e a Medicina Clássica vai igualmente omiti-lo, afogá-lo. O Médico, detentor do Saber, não deve intervir, deve deixar a Doença chegar à sua maturidade, ao período das suas manifestações em que ela está mais próxima da Classe a que pertence.

O primeiro papel da Medicina é, portanto, o de neutralizar o doente e o próprio médico.

A este duplo afogamento vem acrescentar-se a ideia de *meio natural*. A doença — que deve ser pura — não o pode ser senão no seu meio natural. Este meio não é o hospital: «Nenhuma doença de hospital é pura» (Dupont de Nemours); o meio natural da doença é a família.

Tais são três dos traços dominantes da Medicina Clássica: neutralização do doente; neu-

tralização do médico; reenvio do doente para o espaço natural da doença, a família — tudo isto associado a um empolamento discursivo.

Nos finais do século XVIII, todavia, vai-se activar uma polémica que se revelará da máxima importância: a polémica entre «expectantes» (médicos que se recusam a intervir na marcha natural da doença) e «actuates», o que põe pelo menos em causa o dogma da «redução do variável». Por outro lado o «espaço natural» da doença cede terreno ao espaço social cristalizado em torno de Instituições, a burguesia ascendente exigindo uma intensa e extensa reflexão institucional aos seus homens políticos (cf. por exemplo, o relatório de La Rochefoucault-Liancourt e do Comité de Mendicidade à Assembleia Constituinte). A resultante é uma retomada e reorganização da ideologia hospital que, reabilitando a «Prática», vai dar um último golpe, mais tarde, nas concepções esclerosadas da Medicina Clássica.

Acrescente-se de passagem que é agora que a noção de «patológico» nasce verdadeiramente — pois que até ao fim do século XVIII o Mal era apreendido em si, não se opondo explicitamente a nada. O «patológico» não estava ainda formulado enquanto ideia charneira, e a doença não se situava em oposição clara à saúde. É no fim do século XVIII que a ideologia médica, a socialização da consciência médica, vão organizar um «normal» que será estrutura dominante na definição do «patológico». A doença deixa agora de ser uma essência autónoma para advir aquilo que se opõe à saúde, dotada de virtudes axiológicas, não só no campo médico, mas também político e social. É a idade do Médico-magistrado, que se perfila em filigrana até aos nossos dias. Esta remodelagem das concepções médicas introduz, como se vê, o normativo na experiência clínica.

2. É numa situação deste tipo que Pinel acede ao horizonte médico europeu. Face ao nominalismo clássico, poder-se-ia condensar o significado da renovação pineliana dizendo que ela introduz no mundo médico um *empirismo*

ponderado. Pinel, que politicamente não é um burguês revolucionário do século XVIII (o que se traduz filosoficamente pela sua resistência em aceitar um empirismo integral, ou um rousseauísmo mesmo disfarçado), não é também um ideólogo da estabilidade do Novo Regime, como vão ser todos os médicos, em particular os *psiquiatras*, especialmente a partir de 1830. A sua posição política, a sua atitude intermédia, traduz-se na ponderação do seu empirismo. Daí que Pinel, partindo da experiência, procure *teorizar*. Filosoficamente, aproxima-se de Mirabeau, quando este afirma que a «experiência — que não se adquire à força de agir — será sempre um guia infiel se a teoria não a esclarecer». Politicamente, poderá talvez admitir-se uma certa proximidade com um homem como Montesquieu ... Poder-se-ia assim demonstrar que as concepções pinelianas em matéria médica e psiquiátrica ocupam uma posição de charneira, de transição — e traduzem discursivamente as particularidades sociológicas gerais do Novo Regime no seu início.

Mas passemos agora ao estudo mais detalhado da obra de Pinel, segundo os registos acima indicados.

DOENÇA E LOUCURA

A associação destes dois termos provém do facto de nos parecer difícil ou impossível compreender as noções de patológico presentes na obra de Pinel se nos referirmos somente às suas ideias e práticas sobre a loucura. Mais precisamente parece-nos impossível apreender o que é a loucura para Pinel sem a integrar no quadro mais vasto do que então era significado pelo termo «doença».

De facto, estamos convencidos que o aparecimento na cena teórica da noção de «alienação mental» implica uma reorganização das concepções clássicas sobre as doenças orgânicas, e portanto uma reestruturação das ideias dominantes no século XVIII sobre o «facto patológico».

Concretamente, parece-nos ser possível afirmar o seguinte: a loucura torna-se um facto positivo, porque a doença se transforma em

facto natural. E é porque Pinel põe em questão o «facto patológico» que é conduzido a pôr em causa a loucura clássica.

A representação da loucura aparece assim carregada de uma certa duplicidade: por um lado ela é o que se manifesta em/por um certo número de práticas que poderiam ser as de um *sage* ou de um filósofo; mas por outro lado ela é um objecto médico, integrado portanto no espaço que a percepção médica define, e no conjunto das práticas discursivas específicas que constituem o Saber médico.

Compreende-se então que a Psiquiatria tenha sido levada a «organizar» a alienação mental: é que esta constitui-se enquanto *doença* — e uma «doença» para a nossa consciência ocidental é, antes de tudo, um *facto orgânico*.

Sendo assim, ver nas concepções de Pinel um mero reflexo das ideias de um *sage* ou de um moralista é reduzir a um único aspecto a sua prática de alienista. Evidentemente, a Medicina comporta sempre uma parte de *sageza*, ou de moral, mas ela não pode ser *sageza* ou moral senão em segundo grau. Para o limiar do século XVIII a alternativa era clara: ou ficar amarrado a um discurso pré-positivo sobre o Mal, ou desenvolver uma espécie de naturalismo médico. É isto que explica que o que diremos a seguir, embora se aplique directamente à *Nosografia Filosófica*, se repercute também sobre qualquer análise do *Tratado da Mania*.

O objectivo de Pinel, tal como ele o formula, mostra-nos bem a especificidade da sua obra relativamente à Medicina Clássica: ele quer «afastar, por uma espécie de abstracção, os conhecimentos vagos e superficiais, ou melhor, a gíria científica da Medicina humoral e popular» (Pinel, ano VI) — e isto porque estas «falsas aparências» da «ciência médica» não oferecem mais do que «instabilidade, jactância, conjecturas, disputas intermináveis, rivalidades cheias de dissensões e azedumes, motivos enfim de escárnio e divertimento».

Pinel quer nada mais nada menos que elevar a Medicina ao nível dos *outros ramos da História Natural*.

Projecto ambicioso, entre outros? Não, pois ele articula-se desde logo à definição daquilo que caracteriza a verdadeira medicina, como se pode ver ao longo da *Nosografia Filosófica* e da *Medicina Clínica*..

Eis algumas dessas características: «método hipocrático, marcha rigorosa da observação, constituições epidémicas observadas e descritas com exactidão, estudo aprofundado das leis da economia animal, abjuração de todo o espírito de sistema, atenção extrema em bem determinar os caracteres da doença assim como a sucessão dos seus períodos e fases, sagacidade profunda, habilidade para beneficiar dos esforços conservadores e dos recursos salutareis da natureza, distinção severa entre as doenças que é perigoso querer curar e aquelas que exigem um rápido socorro». Tal é o programa. Não porém, repetimos, um programa a mais no seco e prolífero clima médico do século XVIII, pois para além de se precisar as características da «verdadeira medicina», forjam-se as armas metodológicas que permitiriam levá-lo a bom termo. Pinel sabe, com efeito, que afirmações de carácter geral sem um suporte metódico capaz de as traduzir num terreno concreto, são afirmações sem interesse, sem sentido, e muitas vezes meros malabarismos palavrosos.

Pinel forja portanto armas do método que lhe atribuem uma pertinência programática que os seus predecessores não tiveram. Entre elas destacam-se a Análise e a Observação.

O MÉTODO ANALÍTICO

É da aplicação do espírito da Análise, praticado já pela História Natural, que Pinel faz depender o rigor do Saber médico. Não se trata no entanto de uma aplicação por *placage*: ela só é admissível se se fundamentar na caracterização aproximada do objecto na qual se realiza. Desta forma, a Análise tendo por finalidade introduzir uma distribuição metódica no objecto, põe-se a questão de saber se este objecto é ou não refractário a essa finalidade, se há compatibilidade ou não entre o método e a entidade conceptual sobre a qual ele ope-

rará. Questão à qual Pinel responde, afirmando a adequação, a não refração do objecto ao método, pois se este «supõe uma ordem permanente», a doença «tem justamente esta estabilidade se não perturbarmos a marcha da Natureza».

De facto, ao longo da *Nosografia* e da *Medicina Clínica*, perfila-se esta ideia de que as doenças seriam modificações passageiras nas funções vitais, modificações manifestadas por sinais exteriores, «com uma constante uniformidade para os traços principais, e variedades inumeráveis para os traços acessórios». Estes sinais exteriores formariam nas suas várias combinações quadros destacáveis mais ou menos distintos e fortemente acentuados.

Entende-se agora a forma como Pinel ultrapassou a Medicina Clássica, e resolveu o problema da adequação do Abstracto e do Concreto, da Essência e do Variável. Não se atinge o Estável por esquecimento ou colocação entre parêntesis do Imediato, mas pela *Análise que permite revelar o Invariante no próprio tecido do objecto de percepção*. A Classe não domina por um qualquer poder dogmático, ela é determinante porque no fundo pode ser *extraída* das múltiplas manifestações da doença no indivíduo doente.

Mas se pode ser *extraída*, é porque *está* no objecto de percepção — e se *está aí*, um problema se levanta, relativo ao estatuto da sua Visibilidade. Se a Classe (ou, simplificando, categoria nosológica) é percepto, como articular a sua constância à permanente mutação do percepto que se diz ser ela? E para resolver esta contradição na estratégia perceptiva é necessário organizar de forma nova o Visível; mais precisamente, é necessário que o Visível deixe de ser pura Superfície, para adquirir o Volume onde advenha a Perspectiva.

É no campo desta nova estratégia perceptiva que a ideia de *traços principais* toma significado; é para resolver a contradição entre um Visível-Superfície, e um Visível-Classe (volume) que é urgente, que se constrói a noção de *traço principal*.

Mas para que remete afinal essa noção?

Ao contrário do que algumas citações de Condillac poderiam fazer crer, um «traço principal» não se confunde com aquilo a que se poderia chamar traço dominante. Muito mais do que isso, ele é um ponto organizador que, cruzando-se com outros, define um conjunto central em cuja vizinhança elementos acessórios podem vir modular o quadro clínico. Nisto reside uma das rupturas de Pinel com o espírito botânico: o *découpage* do objecto obedece a uma lógica, e não se confunde com o que se oferece de imediato à percepção. Há decerto combinação e recombinação de sinais, organização de sintomas — mas só de alguns sinais e de alguns sintomas.

É talvez possível afirmar que, pela primeira vez na Medicina, e de forma clara, o Visível se divide em dois domínios distintos: *um, do pertinente, outro, do não pertinente*.

Para os Nosologistas, tratava-se também de classificar, *mas num espaço onde tudo é classificável*. Entrando, por excepção, um pouco no pormenor, podemos indicar que uma «febre ardente», para os Nosologistas era uma entidade, enquanto que para Pinel não era mais do que uma febre gástrica complicada por uma febre adinâmica; ou que febre e flegmasia eram uma e a mesma coisa para os Nosologistas, só porque coexistem sempre, enquanto que Pinel acentua as diferenças entre ambas, etc. Onde os Nosologistas viam unidade por constância ou simultaneidade, Pinel revela que se trata de composição ou de diferença. Extraordinária operação mental esta, que vem pôr o Visível-Imediato em questão, para alçar ao primeiro plano um Visível-Construído.

Entre a Medicina Clássica e a Medicina Clínica há portanto mais do que uma diferença de detalhe: é o próprio princípio classificatório que difere nos dois casos. Decerto que médicos eminentes como Sauvages, Cullen, Vogel, Selle, Nietzki, Van-Denhenveuil, desenvolveram enormes esforços para distribuir todas as doenças conhecidas em Classes, Ordens, géneros e espécies, mas os resultados obtidos foram sempre «uma extrema sobrecarga do quadro, uma significação arbitrária e vacilante dos quadros constituídos, afecções sintomáticas sendo to-

madras por doenças primitivas, o que provocava uma multiplicação excessiva de umas e de outras por complicação infinita das doenças, e uma espécie de impossibilidade de obter um conjunto regular que se apoie em alguns pontos fundamentais».

A razão de ser de tais resultados residia sobretudo na falta de aplicação da Análise e numa *concepção erudita e metafísica da Medicina*. O hábito de pôr questões e de as resolver no «pó dos gabinetes» característico dos Clássicos, é assim violentamente criticado por este novo espírito médico.

Percebe-se, nesta base, a ironia jocosa com que Pinel refere o médico inglês Pitcairn, que, numa carta dirigida em 1712 a Duverney, se propunha resolver o problema seguinte: «uma doença sendo dada, encontrar-lhe o remédio». Pode parecer-nos absurda esta ironia, mas a verdade é que a extraordinária claridade intelectual do médico francês lhe permitia ver que o estado do conhecimento na sua época não tornava possível responder a essa questão, a não ser pela verbosidade gratuita. Mas não é só por isso que a questão de Pitcairn é submetida à ironia: é também porque ela não tinha lugar no corpo de uma medicina positiva. O que revela ainda que o centro do conhecimento médico, nos finais do século XVIII, não poderia deixar de ser a construção de um edifício coerente — e por aí se tinha de começar. E construir um edifício coerente, é criar uma linguagem comum, é *ordenar* o objecto do conhecimento. De certa forma, entre Pitcairn e Pinel há um abismo: o abismo que separa o «sábio» do «cientista». O «sábio» levanta questões que não sabe resolver porque se esqueceu de pensar nos instrumentos dessa resolução; o «cientista» só se coloca questões com sentido, questões para que se pode prever uma resposta possível. Para o «sábio» a questão vale por si; para o «cientista» ela só tem sentido quando integrada no campo de uma hipótese e de uma resposta potencial.

Assim, percebe-se que o rigor científico de Pinel não poderia deixar de o fazer sorrir face à verbosidade sapiente de um Pitcairn.

Mas mais do que isso, esse sorriso revela que a medicina positiva se opõe de maneira frontal à terapêutica actuante, o que se compreende, se pensarmos que fundar uma Nosografia, com o seu correlato semiológico, exige estabilidade das afecções, e portanto não-intervenção. Agir sobre a doença é afastá-la da Observação, é comprometê-la enquanto objecto do conhecimento por uma relação não ponderada. Entre Observação e tratamento há um corte — de tal forma que se usaram já formas demasiado complicadas de terapia, «sacrificasse a observação e a vista vai repousar-se ... noutros factos em que o médico não foi mais do que o intérprete e ministro da Natureza».

As exigências da Observação associa-se portanto uma concepção naturalista que, embora diversa da de um Rousseau, está intensamente marcada pelo optimismo burguês. É esta concepção que permite *não agir para melhor observar*.

Vê-se, consequentemente, que a Medicina Positiva envolve também uma *reorganização da relação à prática*. Esquematizando, pode dizer-se que a prática médica deixa de ser uma estrita técnica de cura, para se transformar em fonte fundamental do conhecimento. Aqui, igualmente o hiato entre Teoria e Prática, presente na Medicina Clássica, se esbate para dar lugar a um duplo movimento que origina uma *mútua elucidação*.

Mas quem diz reorganização da Prática, diz também reorganização do lugar da prática. A Instituição Médica por excelência, o Hospital, deixa de ser um Hospício, unicamente um local para onde a Sociedade envia os doentes sem recursos para se poupar o espectáculo e o perigo da doença miserável, e torna-se o lugar de toda a prática possível, fonte básica portanto de todo o conhecimento possível. E sublinhe-se que esta ideia não corresponde, *em Pinel*, a uma cegueira pela acção, a um empirismo achatado e irreflexivo. Não. Se o Hospital é o lugar de uma Prática determinante, é que ele torna possível uma distinção clara entre saúde e doença (categoria nosográfica), e permite uma ordenação eficaz dos estados

patológicos. A uma Nosografia acrescenta-se desta forma uma topologia da doença, que terá um futuro «brilhante». Em suma, o Hospital modula o Conhecimento não só porque a experiência «é mãe de todas as coisas», mas sobretudo porque nela se define um espaço onde é projectável (e projectado) um Saber médico analítico, constituído em torno de uma Nosografia que nesse espaço se constitui².

Além disso, o Hospital, aproximando várias observações da mesma natureza, cria condições para que se possam abstrair afecções que derivam de circunstâncias individuais, como o sexo ou a idade. Resultado: de todas as manifestações clínicas de indivíduos com perturbações semelhantes, vão-se poder reter certos sintomas *simples* que lhes são comuns e mais adequados para fazer sentir o verdadeiro carácter e a unidade da doença. É assim que se constitui a ideia de espécie. Agrupando de novo as espécies por traços distintivos obtém-se o género, e assim sucessivamente. Tudo isto com um cuidado determinante: só admitir entre os traços distintivos aqueles que são próprios à Ordem de que se trata e nunca outros, que se refiram, por exemplo, a complicações de espécies.

A Ordem fornece assim um veto à Observação e à Análise — o que faz ver, por outro prisma, que a Medicina Positiva, reclamando-se por vezes do empirismo, não segue à letra as suas lições: pressente-se que uma grelha perceptiva deve ser interposta entre o observador e o doente observado. Ora esta grelha contribui para a distinção entre os dois domínios do pertinente e do não-pertinente. Tal é uma das aquisições essenciais da medicina burguesa: à Visão desarmada e passiva opõe-se agora uma Visão armada e *trabalhadora* que transforma os factos imediatamente visíveis em objectos de um

Saber que não são *dados* senão porque uma percepção em movimento os dá. Compreende-se agora melhor o que dizíamos acima, isto é, que a doença advém duma forma particular de organização das afecções. A doença já não é uma *forma* detectada pelo cruzamento dos sintomas, forma onde a essência se redescobre — mas pelo contrário, uma estrutura, saída do real, composta de traços distintivos, sinais de uma Ordem, em redor dos quais outros sintomas, não pertinentes, podem vir justapor-se.

Estamos de facto diante de duas concepções bem diversas da doença: de *essência transcendente* que se cola aos humanos, na idade clássica, ela torna-se *estrutura imanente* que algumas desordens visíveis fazem manifestar no indivíduo. Tal é a renovação pineliana quanto à noção de «patológico», em termos gerais. A positivização da loucura traduz no fundo este movimento, pelo qual eclodem sucessivamente duas figuras: o Clínico e o Alienista.

Dissemos que a doença define para Pinel uma estrutura imanente — mas devemos ainda interrogarmo-nos sobre a questão de saber se uma tal estrutura não possuirá, no fim do século XVIII, uma conotação ontológica, se, para Pinel, a doença é aquilo que a classificação nos dá, ou se esta classificação não é mais que uma *tradução*, embora fiel, da realidade manifesta.

Ora, se como nos faz pensar Foucault, a «gramaticalidade» do «patológico» esgota no século XVIII a própria noção de doença, e se isso foi também verdade para Pinel, o que chamamos de estrutura imanente recebe uma espécie de bênção ontológica... É claro que a ideia de sinal elementar (traço distintivo), associada a um conjunto de regras de combinação, fornece uma espécie de gramática... Resta, todavia, saber se esta gramaticalidade envolve totalmente a noção de doença, ou se haverá elementos aos quais a percepção médica é sensível e aos quais é impossível atribuir um qualquer estatuto ontológico. Ao contrário do que indica Foucault, pensamos que estes elementos existem e, embora recalcados, embora filtrados por um aparelho teórico, eles mantêm-se em acção,

² Há assim uma História das Instituições a fazer, que revelaria o paralelismo entre estas e o Saber médico e psiquiátrico, que se traduz até num simples projecto de arquitectura hospitalar — como revelaria qualquer análise dos trabalhos de Desportes ou Scipion Pinel, em França, de Guislain, na Bélgica, ou qualquer relatório de Briere de Bismont das suas viagens a Itália. Mostrar-se-ia também que o hospital ensina aquilo para que está feito, e não outra coisa, que com a teoria que ele é em estado prático colida.

digamos, clandestinamente. *Um destes elementos é a ideia de indivíduo.* Em particular, é porque o *facto individual* é reorganizado que a *Nosografia Filosófica* pode aparecer. M. Foucault, ainda, interdiz-nos o estabelecer de uma tal ligação, pois que considera estar o «indivíduo» presente na Medicina desde a Renascença, como provaria, em sua opinião, o acumular de *descrições de casos* desde essa época. Prova um pouco insólita, segundo nos parece, por três ordens de razões: 1.^a, se a Medicina antes de Pinel se refere ao «caso», é de forma não obrigatória; essa acumulação de descrições de casos, de que fala Foucault, vai de par com extensas obras que não contêm uma única referência a qualquer caso clínico, como por exemplo o Tratado de Grant sobre a febre inflamatória, que não tem uma única observação; 2.^a, a noção de «caso» ela própria mudou; 3.^a, a representação do indivíduo, como se sabe, foi inteiramente revolucionada nos finais do século XVIII.

De facto, o «caso», na Idade Clássica, não é mais que o suporte de um Ser Nosológico. *À la limite*, ele não existe senão na medida em que se manifesta o que não é ele próprio. Com Pinel, o «caso» aparece mesmo como um revelador, no sentido quase fotográfico, da doença.

O caso não é para os Clássicos um ponto de partida — mas um ponto de aplicação de um conhecimento prévio.

Forestus, Stoll, Selle, Sauvages, etc. *ilustram* uma Nosologia com o relatório clínico, não a constituem a partir dele.

Vê-se portanto que há uma alteração do lugar funcional do caso clínico, e, a partir do que já foi dito, intui-se que esta alteração é contemporânea da reorganização da estratégia perceptiva da Medicina — de forma que ao estudarmos o papel da Observação e o Objecto Observado desenvolveremos de novo, inevitavelmente, esta temática do «indivíduo» e do «caso».

OBSERVAÇÃO E OBJECTO OBSERVADO

Não é necessário epilogar mais demoradamente para se entender, em traços gerais, o

papel da Observação na Obra de Pinel — e portanto na constituição da Medicina positiva e da Psiquiatria. Mas esta Observação, sedimentada pela Análise, é Observação de quê? A Análise actua, mas sobre que se exerce ela?

Na resposta a estas questões encontrar-se-ão alguns aspectos essenciais da *singularidade* do discurso pineliano. De facto, diz-se frequentemente que Pinel é um autor de transição, o que, em boa lógica, significa considerar-se a sua obra diversa das que a precederam e daquelas que se formaram depois. Mas em que é ela diferente? Não conhecemos respostas aceitáveis. Todos os autores insistem, ao contrário do que seria de esperar, na continuidade com a psiquiatria ulterior. Seja mostrando a importância que toma em Pinel o diagnóstico diferencial (J. Dulieu), seja definindo uma estrutura do pensamento psiquiátrico (M. Foucault), seja dissolvendo a doutrina pineliana na corrente moralista (H. Baruk) — é sempre uma ligação em contínuo que se mostra, não a especificidade.

Ora, se o trabalho de Pinel nos parece «singular», isso deve-se em parte a dois factores: um reside no *objecto primário* desse trabalho, a matéria-prima do Saber; outro, examinado mais adiante, numa reflexão jamais explicitada sobre as relações entre o «Interior» e o «Exterior», espécie de topologia moral que recobre um extenso pensar sobre o «patológico».

A Matéria-Prima

Matéria-prima, o objecto primário, é a individualidade — afirmação que, retomando elementos já avançados, se deve discutir agora.

Como dissemos, M. Foucault parece impedir-nos de considerar o «indivíduo» como um ponto central da especificidade da medicina positiva, pois, segundo ele, a medicina exercia-se na acumulação de casos desde longa data. Já indicámos também que a funcionalidade do «caso» se alterou profundamente, o que em nossa opinião limita este aspecto da tese de Foucault. Podemos acrescentar, porém, que até no domínio anatómico se «observava» desde longa data. Mas qual o papel do cadáver, até

Morgagni, por exemplo? Também um papel de *suporte*, não o de uma base indiscutível do conhecimento anatómico. O que impede que se afirme que desde há muito que se estudava no cadáver, e que portanto a revolução anatómica não reside aí. Reside mesmo, pois o corpo, face à verdade, passa a ser auto-suficiente. Para citar um único exemplo ilustrativo desta última afirmação, refira-se o caso do bolonhês Mondino di Liuzzi, que introduz em 1314 o estudo anatómico no cadáver humano. Estaria o essencial da revolução anatómica assim feito? Não, pois a funcionalidade da observação cadavérica é diferente na Anatomia positiva, e naquela, pré-positiva, de Liuzzi. Se seguissemos à letra a lição de Foucault, e a transpusessemos para o terreno da Anatomia, seríamos contudo obrigados a responder positivamente, o que é impossível, dada a estrutura da lição de Anatomia: o *mestre* lia uma passagem de Galeno e o *incisor* talhava o cadáver na região indicada. Todavia — facto essencial — em caso de desacordos entre o texto e o cadáver ... concluía-se que a Natureza tinha mudado! O que é suficiente para mostrar que a observação não tinha ainda a importância ulterior, que o cadáver, sem Galeno, era nada, que o equivalente funcional do caso, em Anatomia, não tinha ainda a importância que Morgagni lhe vai dar.

Passando para o domínio da Medicina, o mesmo se poderia dizer, relativamente ao «caso» e à «observação». Muitos terão observado, visto e descrito sintomas; o trabalho da medicina nunca foi, evidentemente, um verdadeiro trabalho de «gabinete», o raciocínio médico nunca foi estritamente de tipo especulativo. Todavia, antes de Pinel ninguém viu — e isto muda tudo — que o trabalho do médico é um trabalho de observação. *Os clássicos podem «observar» para trabalhar, Pinel trabalha observando.*

Mas, mais do que isso, é a categoria de individualidade que é inaugural e transitória no primeiro alienista. Suporte nocional do «caso», forja de uma *nova maneira de ver*, é a mutação (ou o aparecimento) desta categoria que age, mesmo que indirectamente, na constitui-

ção da *Nosografia*, da *Medicina Clínica* e do *Tratado da Mania*.

Sem entrar no pormenor, vejamos rapidamente alguns aspectos do evoluir da relação ao indivíduo, que nos interessem especialmente.

Na Idade Média o pensamento é, como se sabe, teológico, centrado no conhecimento da lei divina e da táctica da obediência (referimo-nos, claro, ao pensamento oficial). As próprias concepções «terrestres», como as relativas à vida sentimental, têm a marca do espírito teológico. (Vê-se que há uma interessante história do amor e do ódio, da angústia e do prazer, da vida e da morte, a construir.) A Sociedade forma uma hierarquia onde o «indivíduo» só conta em face da Lei Moral, onde o «indivíduo» só existe na medida em que se insere na realidade indefinida das relações do suserano e do vassalo. *Não se concebe uma individualidade pessoal como não se concebe uma individualidade nacional.* (Por outro prisma, que não podemos desenvolver, a vivência da morte também demonstra isso ...)

O século xv assiste a uma mutação: o «espírito» revolta-se contra formas impostas, contra uma autoridade por simples herança acrítica, busca a ser mestre de si próprio pela vontade e pela Razão.

Mais tarde, a evolução social e a sua complexificação exigem uma resposta e obrigam a um esforço de organização da vida *actual*, o que vai de par com a acentuação da perspectiva própria e pessoal: o Homem (Homem representado, claro) apropria-se, tenta apropriar-se do seu próprio pensamento. Tentativa de difícil ou impossível realização, pois esse pensamento está corroído por uma atitude erudita, desarticulado nas suas íntimas finalidades pela permanente referência, pela procura de apoios que lhe são exteriores. Esta pesquisa de um pensamento pessoal, porém, funda uma espécie de individualismo que marcou sem dúvida a Renascença. Mas aqui também, se «individualismo» havia, de que «indivíduo» se tratava? De um *Eu* que se opõe ao Mundo, a tudo o que não é ele próprio. O Homem torna-se me-

dida de todas as coisas, dizem os humanistas. Mas que homem? O *Homem isolado*, caricatura do homem concreto, que no fundo não é reconhecido. A Renascença cria assim uma imagem humana à sua medida: o Homem é *étalon-or*, mas esse Homem é o humanista no seu gabinete. Falsificação no sistema representativo, recusa do indivíduo real e da sua significância histórica e sociológica. De tal forma, que Gramsci vê na Renascença e na Contra-Reforma um projecto igualmente reaccionário: *a recusa da massa*. Mesmo que a tese gramsciana seja um pouco excessiva, ela sublinha esta ideia de que o indivíduo renascentista é o homem isolado, como dizíamos, vítima do seu gabinete e da sua erudição.

É este pseudo-individualismo que vai fazer reagir o século XVII: para além das particularidades aspira-se agora a entender o Homem permanente e universal, a descobrir os princípios gerais que regem a sua existência. A integração do particular no geral é o projecto-base, se assim se pode dizer. Qual o resultado? A incapacidade de totalização conduz não ao homem real, não ao Homem permanente, mas a uma abstracção resultante da decomposição analítica do homem concreto. É o que revela a literatura, por exemplo: incapaz de uma representação total, a ideologia dominante oferece-nos um homem dissociado: Corneille mostra-nos o interesse, o calculismo, Racine a paixão, Molière a contradição, a tolice, etc. A própria ideia de Homem é, como se vê, confusa, dividida, a sua imagem prismática.

*Como conceber que a noção de individualidade possa emergir quando não tem mais para se apoiar que uma imagem desunida? A ideia de indivíduo só é possível se articulada a uma representação total do Homem, e é esta totalidade, a própria intuição de totalidade, que faltavam ao século XVII. Claro, há Pascal, mas para ele a totalidade é mais uma obsessão (afirmação dos limites humanos) do que uma *dé-marche* fundadora da ideia de homem real...*

É só no século XVIII que vão nascer alguns elementos ideológicos que se revelarão fecundos para a construção do individualismo burguês.

O século XVIII renuncia à ideia genérica de Homem, preocupa-se sobretudo com a vida concreta na realidade quotidiana, vida feita não de inteligência *ou* sensibilidade mas de inteligência *e* sensibilidade, interessa-se mais pelo indivíduo material do que pelo Homem, com a diversidade mais que com a unidade.

Assim, a sociedade burguesa vai rever a concepção do humano, vai dar um lugar novo ao homem, já não entidade concreta ou ser isolado, mas *entidade concreta/abstracta*. O indivíduo burguês não é um «isolado», não enfrenta pateticamente o resto do mundo; está inserido nas malhas do tecido social e tem disso consciência: os estados cedem o lugar às classes sociais. Mas, sobretudo, *o indivíduo não é um Eu oposto aos Outros, é um Eu que descobre a sua identidade (e a perde depois) na relação com os outros*.

Ora, em Medicina, é Pinel que vai introduzir e potencializar esta nova ideia: *o homem concreto é sujeito de relações. O indivíduo contém uma verdade, embora relativa, que não pode emergir senão por comparação com outras verdades igualmente relativas porque também individuais*. Há, portanto, quase uma homologia entre o «indivíduo burguês» que se descobre na relação social, e o caso clínico que se afirma na relação nosográfica. É nesta reorganização da categoria de individualidade que se encontram, em nossa opinião, as raízes sociológicas da *Nosografia Filosófica*, da *Medicina Clínica* e do *Tratado da Mania*.

A verdade do caso, do indivíduo doente, não é mais que verdade de um grupo de casos, de um conjunto de relações. Nas «engrenagens» teóricas da obra de Pinel, *o indivíduo existe — mas não pode existir senão no extremo limite de existência*: para advir ser concreto pertinente à observação, ele tem de se reduzir ao estatuto de real abstracto, e isto para adquirir significância ao Discurso e ao Saber. Quer dizer que a descoberta burguesa do sujeito individual é contemporânea da sua ocultação. *Sublinhe-se ainda que se esta descoberta se desenvolve em Pinel a sua duplicidade, nos seus sucessores, só a ocultação jogará a fundo*.

Ao contrário dos humanistas que afirmavam o homem medida de todas as coisas partindo do abstracto, a burguesia vem falar do homem concreto, igual a todos os homens, definindo um indivíduo abstracto. Isto porque a igualdade e liberdade afirmadas pelo individualismo burguês, produzem a concretude do indivíduo burguês para o colocar desde logo no universo abstracto da igualdade jurídica — construindo assim uma forma concreta vazia de conteúdo.

Esta duplicidade face à categoria de indivíduo encontra-se também na filosofia burguesa, seja ela racionalista ou empirista. O racionalismo, partindo da afirmação da Razão e da liberdade, reabsorve na primeira todo o real, e produz assim uma ruptura entre o indivíduo (suporte de Razão), o Universo e a Comunidade humana (para reter uma expressão de Goldmann). O empirismo e o sensualismo, considerando categorias individuais na base de todo o conhecimento, acabam por reduzir o universo a uma «composição de sensações», rompendo assim a unidade entre o indivíduo e o mundo.

Encontramos portanto aqui também a duplicidade da noção de indivíduo, que nos parece ser constitutiva de todo o pensamento burguês revolucionário. Nestas condições, julgamos poder afirmar que existe uma relação de quase homologia entre a dinâmica social conducente ao novo Regime, a dinâmica categorial da filosofia burguesa pré-napoleónica e o pensamento médico e psiquiátrico de Pinel.

Devemos, porém, reconhecer que essa dinâmica, com apoio central na noção de indivíduo, não é imediatamente perceptível na *Nosografia*, na *Medicina Clínica* ou no *Tratado da Mania*. É que, embora actuante, ela mantém-se «escondida», dissemos que «trabalha» mas «clandestinamente».

O problema é o seguinte: é «necessário» partir do individual — mas este não é inteligível para um Saber concebido segundo o modelo científico do *naturalismo*. A obra de Pinel traduz por isso uma *tensão* interna, devido ao facto de uma mesma realidade (o indivíduo

doente) ser simultaneamente *fundadora e irinteligível*. É que o indivíduo é afinal qualquer coisa «sem sentido», quase sem realidade. Uma ciência do indivíduo é um projecto contraditório e paradoxal — pois só a Classe pode ser objecto construído do Saber médico. A matéria-prima do trabalho não poderá obviamente ser igual a si própria no fim da «cadeia» de produção de noções. Qual a matéria transformada? Evidentemente, categorias, noções: Classes, Ordens, Géneros, Espécies. Ora o movimento nocional que tende para generalidades abstractas reduz inevitavelmente a especificidade dos seres concretos: o «indivíduo», Objecto de observação, desaparece no corpo do Saber acabado.

A inovação de Pinel consiste em ter introduzido o concreto individual, em ter descoberto que na base do seu trabalho está o doente; mas essa descoberta abre-se sobre uma aporia que exige, para ser ultrapassada, a expulsão, ao nível do Discurso, desta dimensão nova — donde a reabilitação do abstracto como condição de inteligibilidade. As Categorias, cujo movimento deixa de ser autónomo no momento da sua construção, advêm independentes no terreno do discurso.

Pinel, portanto, rompe com a tradição e continua-a, inaugurando uma contradição *interna* entre a categoria e a pessoa. Dir-se-ia que, tal como hoje nos anfiteatros psiquiátricos onde se «apresentam» doentes, o conteúdo (o sujeito) é afirmado no próprio momento em que se desvanece, tornando-se mera forma (a classe nosográfica).

Mas Pinel tem pelo menos o interesse da duplicidade, da ambiguidade. A psiquiatria ulterior vai exercer todo o seu Poder numa imensa tentativa de silenciar, calar irremediavelmente o indivíduo doente, inscrevê-lo, por todos os meios, na prisão da nosografia, do reducionismo e, claro, do hospital. Anatomia, hereditariedade, histologia, bioquímica, tudo será posto ao seu serviço. O *indivíduo*, porém, ficará sempre como um *resto*, como elemento subversivo que, a cada crise social, inquietará os técnicos da saúde, fazendo sempre falar de si.

colecção



TEOREMA

Uma colecção que estuda o Homem e o seu comportamento — como indivíduo, como membro de uma sociedade, como ocupante de determinado espaço ou *habitat* ecológico. Uma colecção que propicia uma análise comparativa dos comportamentos humano e animal.



AS LIGAÇÕES INFANTIS

L. SOCZKA (ORG.) ANTOLOGIA DE TEXTOS

A SOCIEDADE CONTRANATURA

SERGE MOSCOVICI

AMOR E ÓDIO

EIBL-EIBESFELT

edições



LIVRARIA BERTRAND

APARTADO 37 — AMADORA

**quando a emoção
afecta a profissão...**



ansius
(medazepam)

**o tranquilizante
de todos os dias**



LUSOFÁRMACO • LISBOA • MILÃO • MADRID