

Loucura(s) e família(s)
Análise de práticas discursivas

Cristine Görski Severo

Loucura(s) e família(s)
Análise de práticas discursivas

Editora UFGD
DOURADOS-MS, 2009

Universidade Federal da Grande Dourados

Reitor: Damião Duque de Farias

Vice-Reitor: Wedson Desidério Fernandes

COED

Coordenador Editorial da UFGD: Edvaldo Cesar Moretti

Técnico de Apoio: Givaldo Ramos da Silva Filho

Conselho Editorial da UFGD

Adáuto de Oliveira Souza

Edvaldo Cesar Moretti

Lisandra Pereira Lamoso

Reinaldo dos Santos

Rita de Cássia Pacheco Limberti

Wedson Desidério Fernandes

Fábio Edir dos Santos Costa

Capa

Editora da UFGD

Criação e design: Alex Sandro Junior de Oliveira

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD

401.41 Severo, Cristine Gorski
S4981 Loucura(s) e família(s): análise de práticas discursivas. /
Cristine Gorski Severo. – Dourados, MS : UFGD, 2009.
96p.

ISBN 978-85-61228-42-2

1. Análise do discurso. 2. Práticas discursivas. 3. Loucura.
4. Família. 5. Saúde mental. I. Título.

Direitos reservados à
Editora da Universidade Federal da Grande Dourados
Rua João Rosa Goes, 1761
Vila Progresso – Caixa Postal 322
CEP – 79825-070 Dourados-MS
Fone: (67) 3411-3622
editora@ufgd.edu.br
www.ufgd.edu.br

“E dentre os gregos, tu que és um deles, quais te parecem levar a vida mais agradável, os que mandam ou os que obedecem?”

- Eu, diz Aristipo, não me incluo entre os escravos; mas parece-me haver uma via intermediária onde tento caminhar. Esta via não passa nem pelo poder, nem pela escravidão, mas pela liberdade, que é o grande caminho da felicidade.

- Se este caminho não passa nem pelo poder nem pela escravidão, replica Sócrates, não passa tampouco pela sociedade dos homens, o que dizes poderia ter algum sentido. Mas se vivendo entre os homens, tu não queres nem mandar nem obedecer, nem servir de bom grado aos que mandam, tu não ignoras, penso eu, como os mais fortes se decidem a fazer chorar os mais fracos e tratá-los como escravos. Ou não vês como eles roubam as colheitas que outros semearam... e como cercam de todos os modos os que se recusam a servi-los, até levá-los a preferir a escravidão à luta com os mais fortes que eles...

- Sim, disse ele; eu, porém, para evitar estes males, não me encerro numa cidade, em qualquer lugar sou estrangeiro.

- Não há dúvida, exclamou Sócrates, que é este um hábil artifício.”

Xenefone, As Memoráveis (II, I) apud Castel, 1978 a.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
------------------	----

PARTE I

1. FERRAMENTAS PARA ANÁLISE.....	21
1.1 Poder	21
1.1.1 Poder-lei	21
1.1.2 Poder-prazer.....	23
1.2 Procedimentos	25
1.2.1 Três formas de espacialização da doença mediante procedimento do olhar	25
1.2.2 Do procedimento do olhar ao procedimento da linguagem	28
1.2.3 A confissão como procedimento para produção de saber ..	32
1.3. Histórico do discurso anti-manicomial	36
1.3.1 O nascimento do asilo e da loucura	37
1.3.2 O nascimento do discurso anti-manicomial	39

PARTE II

1 DISCURSO ANTI-MANICOMIAL.....	45
1.1 Algumas críticas do movimento anti-manicomial	45
1.2 Outras considerações	49
2 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS.....	51
2.1 Psicanálise.....	51
2.1.1 A família moderna e a psicanálise.....	51
2.1.2 Psicanálise, loucura e família	56
2.2 Teoria da degenerescência.....	59
2.3 Neurociências	63
2.4 Terapia familiar sistêmica	67
2.5 A terapia sistêmica e sua relação com outros saberes	72
2.6 Algumas considerações sobre os discursos acerca da loucura ..	80

<i>III - CONCLUSÃO.....</i>	83
<i>1.1 Resumindo.....</i>	85
<i>1.2 Algumas considerações finais</i>	87
 <i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	 91

INTRODUÇÃO

Existiam 71.041 leitos psiquiátricos ocupados em 1997. Em dezembro de 2006, o número foi para 39.567. Mas precisamos considerar que em torno de 30% destes leitos estão ocupados por uma clientela cujo tempo de permanência é superior a 01 ano. (...) Entretanto, apesar deste mérito, ainda existem em torno de 15.000 pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos existentes. A desinstitucionalização pode ser considerada a vertente mais árdua no processo de Reforma Psiquiátrica. A complexidade das questões envolvidas dizem respeito a dimensões no campo da clínica, da gestão e da política, como um processo em construção¹

Este livro trata de discursos sobre a *loucura* e a *família*.

De que maneira elas são concebidas? Considero que, ao se constituir um saber sobre a loucura, constitui-se também uma determinada família; ou seja, a loucura, tomada (produzida) como doença, aparece como *objeto* dos discursos aqui analisados e a família é constituída no mesmo instante em que a loucura também o é: a família é constituída da mesma maneira que o objeto. O objetivo deste livro é tentar desvelar a maneira pela qual a família e a loucura, ao serem constituídas, se implicam e se relacionam mutuamente.

Como se dá a constituição de saberes sobre a loucura e a família? Elas são produzidas em quatro *práticas discursivas*²: a *teoria da hereditariedade*, a *psicanálise*, a *neurociência* e a *terapia sistêmica*.

E por que essas práticas discursivas e não outras? Reporto-me, aqui, à motivação inicial deste trabalho. Tudo começou com uma curiosidade: de que maneira o discurso anti-manicomial, tão em evidência em torno da sanção da Lei 10.216 – que redireciona o modelo de assistência à saúde mental – estaria abordando a loucura? A partir desse questionamento, me remeti às práticas discursivas que constituem esse discurso e pude perceber dois fatos: que os quatro saberes, citados acima, tratam da *loucura* de uma determinada maneira; e que não se poderia pensar a loucura separadamente da família, visto que ambas estão implicadas naqueles saberes. Então

1 GULJOR, Ana Paula. Boletim Integralidade em Saúde. Outubro/ 2007.

2 As práticas discursivas “caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeitos de conhecimento, pela fixação de normas para elaboração de conceitos e teorias. Cada uma delas supõe, então, um jogo de prescrições que determinam exclusões e escolhas.” (FOUCAULT, 1997, p. 11)

meu foco de interesse estendeu-se também para a percepção de como a *família* é produzida no discurso anti-manicomial.

E por que o *discurso anti-manicomial*? Foi inevitável que tivesse minha atenção atraída por notícias que circularam intensamente na mídia e por discursos de profissionais da área de saúde mental, abordando a lei de abril de 2001, que sanciona o fechamento dos manicômios. Tudo foi realmente comemorado como uma vitória do movimento anti-manicomial, já que um dos alvos principais de questionamento desse movimento eram os hospícios para tratamento da loucura. Esse acontecimento me provocou uma inquietação: será que, de fato, havia algum tipo de “vitória”? Não seria o fechamento dos manicômios uma forma de encobrir um tipo de controle, mais sutil, em relação à loucura e ao louco? Para mim, naquele momento, havia uma desconfiança em relação ao discurso anti-manicomial no que diz respeito ao seu caráter de não-repressor e não-controlador. Contudo, não sabia de que maneira fazer ver, nesse discurso, uma relação com a loucura também permeada de exclusão-inclusão, controle-submissão. Daí, então, a questão: seria possível manter com a loucura algum tipo de relação (de saber) que não atravessada por poder? Acredito que não. Por isso este livro.

De início, gostaria de deixar claros, para o leitor, alguns aspectos fundamentais para a compreensão das reflexões aqui realizadas.

Em primeiro lugar, meu objetivo não é tentar encontrar uma verdade sobre a loucura nas práticas discursivas que a englobam. Mas confesso que inicialmente caí na armadilha de querer descobrir *a verdade* da loucura, visto que tantos discursos – os mais variados possíveis – giram em torno dela; muitas vezes me vi diante de uma concepção romântica de loucura, relacionando-a com liberdade, por exemplo. E então me confrontei com o que considero ter sido o maior desafio na elaboração deste livro: colocar em “suspensão” meus valores, idéias, desejos, para poder pensar sobre o assunto a partir de uma *outra posição*, que foi se constituindo e se delineando na medida em que o texto foi sendo produzido.

Também, quando me proponho a fazer uma *arqueologia*³ do discurso anti-manicomial, não é para libertar da loucura todas as práticas discursivas que a aprisionariam, mas, antes disto, é para fazer ver em que momentos e sob que condições foi possível constituir um certo saber sobre

3 A arqueologia visa “definir (...) os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras (...); [definir] os discursos em sua especificidade; mostrar em que sentido o jogo das regras que utilizam é irreduzível a qualquer outro” e, sobretudo, ela “não é o retorno ao próprio segredo da origem; é a descrição sistemática de um discurso-objeto”. (FOUCAULT, 1968, p. 159-160)

a loucura, tomada como *objeto*⁴ de um interesse científico. Não se trata de refletir sobre em que momento finalmente a ciência foi capaz de desvendar os mistérios da loucura, mas sim sobre as condições que tornaram possível um discurso (científico) sobre a loucura, com certas características, em determinada época. Portanto, não se trata de desvelar a origem da loucura, mas sim dos saberes que tornaram possíveis certos discursos sobre a loucura. Assim, ela é produzida mediante certas técnicas (científicas ou não) que possibilitam a constituição de um saber sobre ela, tida ora como desrazão (séc. XVII), ora como doença mental; no caso deste livro, analiso quatro saberes diferentes. Contudo, não quero negar que algum tipo de sofrimento ou infelicidade exista, mas não cabe a mim rotulá-lo, controlá-lo, submetê-lo mediante algum tipo de saber ou verdade sobre ele. O ponto que interessa é refletir sobre o motivo e a maneira pela qual certas coisas são ditas e constituídas como verdade sobre esse “mal-estar”, que em algum momento foi chamado de loucura. Além disso, cabe refletir sobre os “ganhos” e “perdas” que ocorrem com essa prática. O que se “ganha” ao se produzir a loucura como doença? Um novo domínio para a ciência psiquiátrica, por exemplo.

Em segundo lugar, gostaria que o leitor mantivesse em mente que, ao usar as palavras “loucura” e “família”, isso não significa que (pré) exista algo que se suponha ser loucura ou família. Faço uso dessas palavras como uma “convenção”, mas certamente, ao analisar a loucura e a família

4 Sobre a formação dos objetos (FOUCAULT, 1968), esta é possível mediante alguns aspectos:

- Os objetos não existem por si mesmos nem, tampouco, são descobertos em algum momento. Eles são constituídos devido a determinadas condições e relações que os possibilitam serem postos/constituídos em discurso, em determinada época.
- As relações que possibilitam a constituição dos objetos não são inerentes a eles e se dão entre “instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização” (p. 51).
- As relações que possibilitam o surgimento dos objetos não ocorrem entre instituições (relações primárias) ou entre discursos (relações reflexivas) que tratam de determinado assunto em determinada época (por exemplo, tudo que a psiquiatria disse sobre a loucura no século XIX). Mas trata-se de relações discursivas.
- As relações discursivas não operam fazendo relações entre palavras, frases..., mas sim impondo determinadas formas ao discurso. Elas são tudo aquilo que possibilita que determinado discurso (e não outro) seja possível, em determinado momento; “essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática” (*ibidem*, p. 53). Trata-se de abordar, aqui, o conjunto de regras que possibilitam a existência de certa prática discursiva, sendo que tais regras são interiores ao discurso, ao pretenderem o discurso e não outra coisa; e são exteriores, ao servirem de condição de possibilidade para o discurso.

Resumindo, segundo Foucault, o objetivo de uma análise sobre a formação dos objetos não é fazer uma análise semântica, nem descobrir uma origem ou uma verdade dos objetos, mas relacioná-los “ao conjunto de regras que permitem formá-los como objetos de um discurso e que constituem, assim, suas condições de aparecimento histórico” (*ibidem*, p. 55). Trata-se, portanto, de definir as regras do que é dizível e não dizível sobre algo, em determinado momento.

nas diferentes práticas discursivas, não se trata da mesma loucura nem da mesma família. Poderia renomear e diferenciar as loucuras usando outros termos como ‘desrazão’, ‘doença mental’, ‘psicose’, ‘anormalidade’... (cada qual com sua especificidade), mas prefiro manter as mesmas palavras e descrever diferentes tipos de (discursos sobre) “loucura” e “família”, mediante o(s) saber(es) que as constituem. Portanto, ao ler este livro, o leitor deve ficar atento à seguinte indagação: de que loucura e de que família se está falando agora? A diferença entre as famílias e as loucuras se dá pela maneira pela qual elas são produzidas mediante determinadas técnicas e determinado procedimento.

Em terceiro lugar, gostaria de esclarecer um pouco o *motivo* – mencionado anteriormente – pelo qual certas coisas são ditas e tidas como verdadeiras sobre a loucura e a família, em determinada época. Aqui se encontra a discussão *política* deste texto: o que faz com que certas coisas sejam ditas e tomadas como verdadeiras e outras excluídas ou desconsideradas? Daí, por certo, todo o elogio remete-se a Foucault e sua forma de pensar os saberes que atravessam os mais variados discursos. Assim, proponho-me a pensar sobre as práticas discursivas a partir da noção de poder que Foucault nos oferece como uma grande ferramenta para compreender *genealogicamente*⁵ os saberes.

E o que quer dizer essa *análise política* dos saberes? Não se trata apenas de remover as camadas (saberes) que estão presentes no discurso anti-manicomial e mostrar que cada camada trata de certa loucura-família de determinada maneira; não é o objetivo final do livro evidenciar que existem quatro tipos de loucura e de família. Mas sim que essas loucuras e famílias são produzidas mediante técnicas de controle, submissão, exclusão, vigilância, disciplina..., enfim, mediante técnicas de poder. Para se poder falar algo sobre loucura e família, é preciso submeter os indivíduos a procedimentos que geram exclusão, submissão, controle... como, por exemplo, as técnicas da confissão, do interrogatório, da observação etc. Ou seja, para se produzir algum saber sobre a loucura, tomada como doença, é preciso que a ciência faça uso de instrumentos que, por fim, possibilitem uma verdade ou outra sobre o assunto. E o preço que se paga por essa verdade é a exclusão e o controle dos indivíduos mediante a cons-

5 Para Foucault, “a tarefa do genealogista é destruir a primazia das origens, das verdades imutáveis. Ele tenta derrubar as doutrinas do desenvolvimento e do progresso. Uma vez destruídas as significações ideais e as verdades originais, ele se volta para o jogo das vontades. Sujeição, dominação e luta são encontrados em toda a parte. Onde se fala de significado e valor, virtude e divindades, Foucault procura estratégias de dominação” (DREYFUS, H.; RABINOW, P.; 1995, p. 121).

tituição – e a cristalização - de certas *posições de sujeito*⁶ (sujeito-louco) via saberes (científicos) que “justificam” o uso de procedimentos (de cura, de diagnóstico, de produção de conhecimento) atravessados por poder, o que vale dizer, produzidos através de técnicas de poder.

Sobre a estrutura do livro, ele se configura conforme a descrição a seguir. Na *Parte I*, apresento as ferramentas utilizadas para analisar as práticas discursivas: 1) a noção de poder de Foucault; 2) a noção de procedimentos para produção de saber. Para isso, descrevo a linguagem como procedimento a partir da maneira como Foucault reflete sobre o olhar (em *O Nascimento da Clínica*), tomado como meio para configuração daquilo que o próprio olhar recorta/produz como objeto. A título de exemplificação, analiso a forma pela qual um dado objeto de saber (a histeria) é pensado e produzido mediante olhar clínico (por Charcot) e mediante linguagem (por Freud). E, então, aprofundo esse último procedimento em psicanálise, o qual Foucault chama de tática de confissão, característica da prática cristã, dentre outras; 3) um breve histórico do discurso anti-manicomial – iniciando as reflexões com um relato do nascimento do asilo (em Foucault, 1979). Na *Parte II*, descrevo e analiso: o discurso anti-manicomial; as práticas discursivas; a psicanálise; a teoria da hereditariedade; a neurociência; e a terapia sistêmica, estabelecendo algumas relações entre elas. Por fim, apresento a conclusão e algumas considerações pessoais.

6 Sobre os sujeitos, estes “não preexistem para, em seguida, entrarem em combate ou harmonia. Na genealogia, os sujeitos emergem num campo de batalha e é somente aí que desempenham seus papéis. Um mundo não é um jogo que apenas mascara uma realidade mais verdadeira existente por trás das cenas. Ele é tal qual aparece. Esta é a profundidade da visão genealógica” (*ibidem*, p. 122).

PARTE I

“Tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate.”

(Proust na fala de Deleuze *in* *Microfísica do Poder*, p.71)

Este capítulo trata dos instrumentos utilizados para recortar e analisar as práticas discursivas. São eles: noção de poder e saber em Michel Foucault; noção de procedimentos para a produção de saberes e uma pequena contextualização do discurso anti-manicomial.

FERRAMENTAS PARA ANÁLISE

Inicialmente gostaria de deixar claro que, em nenhum momento, Foucault nos oferece alguma teoria do poder. O poder não é “uma realidade que possua uma natureza, uma essência que ele procuraria definir por suas características universais” (FOUCAULT, 1979, X), não é um objeto para ser estudado ou sobre o qual um saber seria constituído. O poder é, antes de tudo, uma prática social; é funcional, mutante (não se cristaliza) e provisório - essas são características que certamente não definem uma teoria! Assim, a noção de poder utilizada neste livro é de uma espécie de instrumento, ou melhor, como aquilo que Deleuze (*apud* FOUCAULT, 1979) define como “caixa de ferramentas”, algo que, antes de tudo, é “preciso que sirva, é preciso que funcione” (p. 71). Proponho-me, então, a utilizar as ferramentas oferecidas por Foucault para “desmanchar” as camadas que formam o discurso anti-manicomial e as práticas discursivas, e mostrar a maneira pela qual essas mesmas camadas foram produzidas a partir de uma prática que não é isenta de poder, visto que “todo o saber é político” (*ibidem*, XXI).

São apresentadas, a seguir, algumas considerações sobre a noção de poder em Foucault.

1.1 PODER

O poder apresenta características aparentemente contraditórias, mas que pertencem a uma mesma estratégia, que permeia todas as relações, constituindo-as como relações de força. Assim, salienta-se o aspecto negativo do poder, enquanto *poder-lei*; e o aspecto positivo, no que diz respeito a *poder-prazer*.

1.1.1 Poder-lei

Há cinco aspectos relacionados a esse dispositivo de poder negativo, que diz não, interdita, impõe limites e é atravessado pelo modelo jurídico (Foucault, 1976, p. 79-87):

- a) *Relação negativa*: caracteriza-se pelo corte, pela impossibilidade, pela censura de certos elementos, dentro de um contexto maior. É o poder atuando por exclusão, rejeição e impedimento à existência. Funciona por ocultação ou mascaramento.
- b) *Instância de regra*: poder operando por normas e regras que regem o permitido e o não permitido, o correto e o incorreto, o normal e o patológico. Produz a lei que impõe as fronteiras dentro de um regime binário e excludente: o pode ou não-pode, enunciados por aquele que ocupa uma posição jurídica; o poder toma a forma jurídico-discursiva.
- c) *Ciclo de interdição*: a proibição toma a forma mais aparente do poder, não permitindo gestos, olhares, falas e uma série de atitudes que tomem a característica daquilo que não deve ser mostrado. É uma proibição que se sustenta na possibilidade do castigo, da perda total daquilo que, mesmo existindo, deve permanecer o mais rebaixado e oculto possível. É a inexistência dupla: seja por anulação (o proibido) ou pelo apagamento (castigo) ao romper com o proibido.
- d) *Lógica da censura*: caracteriza-se pelo apagamento mediante três mecanismos de funcionamento do poder, que atuam no discurso, silenciando-o:
 - 1 – afirmar que não é permitido: o ilícito – a palavra do louco, por vezes, é proibida, pois algo não deve ser dito por ele. É a regra da inexistência;
 - 2 – impedir que se diga: certas coisas não devem ser ditas, até que sejam anuladas da realidade. É a regra da não-manifestação;
 - 3 – negar que exista: a palavra não tem direito de existência alguma. É a regra do mutismo.
- e) *Unidade do dispositivo*: o modelo de poder tido como lei, jurídico, que censura e proíbe, permeia todas as instâncias e instituições, desde o Estado até o que há de mais capilar e sutil na sociedade. Em todos os lugares, em todas as relações (médico-paciente, pai-filho, governante-governado, professor-aluno...) efeitos de obediência e submissão estão presentes, mediante existência do poder na forma de censura, de proibição, de castigo. Nesse sentido, o sujeito é constituído pelas relações de poder, sendo posto numa condição de assujeitamento pelo poder-lei, jurídico-discursivo.

Esses cinco itens constituem um tipo de poder que diz não, que reprime, proíbe, oculta, apaga e mascara. Contudo, a existência de “práticas

ilícitas” continuaria, porém de forma incógnita, escondida, no segredo. Seria então possível escapar deste poder-lei ao manter-se operando sem se mostrar, de forma escondida. Dessa maneira a possibilidade do segredo tornaria o poder “tolerável” - algo fundamental para seu funcionamento... Enfim, não seríamos pegos pelo poder, pois ele se exerceria apenas naquilo que se mostra (o segredo é incógnito, portanto, não seria alvo deste poder negativo que opera sobre aquilo que se mostra). Entretanto, essa ingenuidade feliz é apenas mais um dos efeitos do poder, pois ele não atua apenas por repressão ou apagamento: “ele se exerce antes de se possuir (já que só se possui sob uma forma determinável – classe – e determinada – Estado); passa pelos dominados tanto quanto pelos dominantes (já que passa por todas as forças em relação” (DELEUZE, 1995, p. 79). Sem dúvida que estamos todos armadilhados por todas as formas de poder, inclusive por aquela que produz prazer – é impossível fugir do poder da mesma maneira que é impossível fugir das relações, dos discursos, das formas de subjetividade ...

Resumindo, poder-lei e poder-prazer pertencem a uma grande estratégia onipresente, que atravessa os corpos, os discursos e constitui sujeitos em diferentes posições, a partir de relações que obedecem a esse funcionamento duplo do poder: em alguns momentos o corte, a censura; em outros, a incitação à fala, o prazer.

1.1.2 Poder-prazer

É possível considerar quatro aspectos primordiais desse “modelo estratégico” (FOUCAULT, 1976), que descaracteriza o poder como pertencendo apenas à ordem do jurídico, da lei e da proibição, inserindo-o em um campo de forças móveis e múltiplas:

- 1 – *Regra da imanência*: caracteriza as relações de poder que inserem algo ao campo dos saberes e da cientificidade, permitindo uma atuação (permeada de poder) justificada por essa verdade (científica). O poder capturou a loucura como alvo de um olhar científico, colocando-a no rol dos saberes constituídos a partir do século XVIII, o que gerou discursos, ampliações táticas e procedimentos que permitiram constituir a loucura e o louco (a partir da ciência médica). Tais táticas, como o interrogatório, a confissão, o exame... “vinculam formas de sujeição e esquemas de conhecimento, numa espécie de vaivém incessante” (FOUCAULT, 1976, p. 94).

Assim, todo o ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação do saber. Se o corpo é um ponto de exercício do poder, ele também se torna objeto para a formação do saber – onde se aplica o poder, se constitui saber, para justificar aquele poder e possibilitar a emergência de mais saber. Ou seja, entre poder e saber “há diferença de natureza; heterogeneidade; mas há também pressuposição recíproca e capturas mútuas e há, enfim, primado de um sobre o outro” (DELEUZE, 1995, p. 81).

2 – *Regra das variações contínuas*: caracteriza um processo dinâmico em que a circulação do poder-saber não permite a centralidade em algum aspecto. Por exemplo, o médico e o doente, ambos circulam por posições de saber-poder, não sendo possível cristalizar ninguém, em nenhum lugar: o poder não se fixa, se desloca; não pertence a alguém, mas a qualquer um, em qualquer momento, sob condições diversas; ele não é possível de ser capturado, mas se é capturado por ele. Assim, o louco e o psiquiatra continuam essa dança do poder, em que as formas diferentes de sujeição se distribuem no decorrer da música, mediante deslocamentos e movimentos contínuos – o poder é fluido e não estático.

3 – *Regra do duplo condicionamento*: postula que não há hierarquia ou homogeneidade em relação ao poder – o macro não determina o micro e nem é mais efetivo que este. Micro e macro se articulam mutuamente, e o efeito incide, retorna, modifica aquilo que o gerou.

As táticas diferentes de poder se inserem numa estratégia global que, por sua vez, atua no que há de mais capilar, reforçando esse mesmo funcionamento tático: reforço mútuo num jogo entre o micro e o macro, um servindo de suporte para o outro. Assim, médico e paciente não estão submetidos a uma lei geral que diz o que deve ou não ser feito ou ser dito; a relação entre eles, mediante táticas atravessadas pelo poder, determina o funcionamento macro de poder (as instituições, o Estado, etc.) que reforça as táticas envolvidas neste jogo de constituição de saber sobre a loucura e o louco /doente. Assim, as relações de poder “vão a cada instante de um ponto a outro no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências” (DELEUZE, 1995, p.81).

4 – *Regra da polivalência tática dos discursos*: caracteriza os discursos como táticos e pertencentes a uma estratégia, podendo eles circular entre estratégias opostas, sem possuírem uma função definida ou específica – podem gerar confrontos, resistências, obstáculos como

efeitos de seu funcionamento. Eles não se constituem e não se cristalizam em dualidades ou contradições. Eles se misturam, circulam e geram efeitos de poder em diferentes relações; não pertencem às instituições ou aparelhos de poder, mas os constituem, assim como constituem sujeitos, atravessando seus corpos e suas falas. Os discursos existem em dois níveis, “o de sua produtividade tática (que efeitos específicos de poder e saber proporcionam) e o de sua integração estratégica (que conjuntura e que relações de força torna necessária a sua utilização em tal e qual episódio dos diversos confortos produzidos)” (FOUCAULT, 1976, p.97).

Além dessa noção de poder descrita acima, gostaria de salientar um outro aspecto central: os procedimentos que são utilizados para a constituição de cada saber sobre a loucura-família e que são atravessados pelo poder; ou seja, procedimentos que são, antes de tudo, políticos.

1.2 PROCEDIMENTOS

1.2.1 Três formas de espacialização da doença mediante procedimento do olhar

Foucault, em *O Nascimento da Clínica*, considera um tipo específico de procedimento para produção do saber característico do final do século XVIII, elemento fundador do discurso da medicina moderna: o *olhar*. Esse procedimento permite uma configuração específica do espaço, ou seja, um recorte daquilo que é tomado como objeto e que é posto em discurso científico. Mas, vale lembrar que não se trata de qualquer olhar e sim daquele que possibilita o recorte de certos objetos dentro de um campo de cientificidade: o *olhar disciplinador*. Assim, “no final do século XVIII, ver consiste em deixar a experiência em sua maior opacidade corpórea; o sólido, o obscuro, a densidade das coisas encerradas em si próprias têm poderes de verdade que não provêm da luz, mas da lentidão do olhar que os percorre, contorna e, pouco a pouco, os penetra, conferindo-lhes apenas sua própria clareza” (1963: p. XII). E é mediante essa lentidão do olhar que percorre a superfície dos corpos que um saber sobre a doença e o doente vão se configurando; a partir desse “como se ver” (especificado acima) funda-se, ao mesmo tempo, um discurso de estrutura científica e um tipo de sujeito.

Essa prática médica pautada numa ciência positiva define, de acordo com Foucault, uma “nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (...), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (...), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (...) e articulação da doença com o indivíduo” (*ibidem*, p. XVII). Toda essa reorganização pode ser resumida na substituição da pergunta *o que é que você tem?* (início séc. XVIII), por *onde dói?*. Instaura-se, assim, a supremacia do olhar e a articulação do *visto* com o *dito* (a verbalização do patológico se dá a partir da maneira com que se olha o objeto de estudo). Esse deslocamento ocorre na medida em que a resposta para a segunda pergunta passa a ser uma localização no corpo, portanto, visível e espacializada. A doença, então, começa a se “enquadrar”, sendo “colada” a uma realidade visível, que é o corpo. Contudo, este visível não se dá de qualquer maneira: A ruptura entre estas duas formas de ver se dá pela racionalização do saber médico, ou seja, por uma prática científica, característica do século XIX.

Segundo o autor, a medicina distribui / espacializa⁷ a doença (esta não se encontra “livre”, mas é localizada / recortada) de três maneiras, conforme apresentado a seguir.

- A primeira delas diz respeito a uma organização / localização da doença em classificações, família, gêneros... A doença é distribuída em um quadro nosológico, mediante determinadas regras hierárquicas, classificatórias, de semelhanças e de diferenças. Um exemplo deste tipo de espacialização se dá na medicina classificatória, na qual a “doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência de desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante” (1963, p. 4). A doença é vista como separada do doente: o corpo da doença é plano; é “tábua e quadro” (*ibidem*, p. 5), possível pela operação de subtração do corpo do doente do corpo da doença, sendo que “o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre” (*ibidem*, p. 7). O que se pretende com isto é deixar com que a doença siga seu desenvolvimento natural para que os olhos médicos possam captar a verdade da doença (característica da medicina das espécies). Daí a importância dada ao modelo botânico (na operação por analogia – com a natureza, neste caso: “reconhecer-se a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além

7 A espacialização diz respeito a uma certa organização, distribuição e localização da doença (tomada como objeto) mediante uma determinada percepção médica. Assim, de acordo com o olhar, o recorte operado sobre aquilo que ele observa e a maneira pela qual aquilo que se vê é posto em linguagem – olhar e linguagem (verbalização) científicos, neste caso.

disso, funda o conhecimento da doença” (*ibidem*, p. 6). A lei, neste caso, se dá por uma observação do curso natural da doença, de forma que cabe ao indivíduo a não interrupção do surgimento do mal (neste caso o indivíduo opera como um elemento negativo).

- A segunda forma de espacialização se dá por um saber filosófico. A doença aqui passa a ser questionada em termos de causas e princípios e se opõe a um “saber muito simples” (*ibidem*, p. 4) que caracteriza a localização primária da doença. Opera-se naquilo que possibilita diferenciar uma doença de outra (mesmo quando esta diferença parece não ser captada pelo olhar), configurando doenças diferentes, com configurações discursivas próprias, pertencentes a uma ordem racional. Nesta configuração há a inscrição da doença ao corpo, ao somar à estrutura de quadro (superfície plana dos sintomas) “o espaço dos volumes e das massas” (*op. cit.*, p. 9). Esta espacialização visa dar conta do aparecimento do organismo /do corpo como sede da doença. E o que possibilitaria o encontro destes dois corpos (da doença e do doente)? Segundo Foucault, esta comunicação se dá pela qualidade: a transposição de alguns aspectos da doença para o organismo, ou seja, “o conjunto qualitativo que caracteriza a doença se deposita em um órgão que serve então de suporte aos sintomas” (ex.: a mania é uma doença viva e explosiva e então o cérebro deste doente é leve e seco; as convulsões estão relacionadas ao dessecamento do sistema nervoso) (*ibidem*, p. 12). A percepção do médico em relação à doença no doente exige um “olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade” (*ibidem*, p. 13). Para discernir /perceber diferenças, muitas vezes sutis, entre doenças que apresentam sintomas semelhantes é preciso ir ao organismo (as convulsões podem estar associadas a uma inflamação cerebral ou a um ingurgitamento das vísceras). E para isto o médico deve possuir uma percepção fina, precisa, pontual, capaz de captar as nuances, as menores variações que possibilitam descrever doenças diferentes. Assim, tem-se, nesta espacialização a relação médico-paciente que inclui o médico clínico e a presença da doença no corpo doente – diferentemente da primeira forma de espacialização, na qual a doença é recortada em termos de classificação de seus sintomas; posta num quadro nosológico.

- A espacialização terciária caracteriza-se por tudo aquilo que envolve a doença em uma sociedade, seja por sua organização, sua exclusão ou distribuição por meios de cura (como hospitais, asilos, etc.). Em outras palavras, “diz respeito à maneira como um grupo, para se manter e

se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona ao seu curso natural” (*ibidem*, p.16). Trata-se das formações não-discursivas, ou seja, de instituições, acontecimentos políticos, práticas econômicas ou sociais... que criam condições para que determinados recortes sejam feitos em relação ao objeto.

Antes de prosseguir com uma análise do procedimento da confissão, gostaria de contextualizar as espacializações, descritas acima, com a proposta do livro. A *configuração primária* da doença, ao torná-la objeto do saber, se caracteriza pela *loucura*. Esta, por sua vez, para fins de análise, se configura em um espaço material que não diz respeito ao corpo, como no exemplo acima, mas sim à *família*. Nas práticas discursivas aqui analisadas, a família é a sustentação material para a loucura; portanto, ambas se implicam mutuamente e a família é constituída da mesma maneira que o objeto (a loucura) o é. Assim, reafirmo que não há uma família que pré-exista à loucura, mas ambas são produzidas mutuamente. A produção desse conhecimento pode (ou não) se dar em um local socialmente demarcado - hospício, laboratório, prisão... Embora se remeta essa discussão para o momento em que serão analisadas as práticas discursivas, gostaria de salientar que um saber sobre a loucura, tomada como objeto de conhecimento científico, foi inicialmente e somente possível, segundo Foucault, a partir do século XIX, mediante a criação dos asilos – manicômios. Ou seja, a primeira forma pela qual a ciência adotou a loucura foi dentro de um asilo, caracterizando este saber como sendo institucional. Para aprofundar um pouco o surgimento da loucura enquanto objeto médico científico, mais adiante, será feito um breve resgate histórico do nascimento do hospital – asilo (segundo Foucault), quando se tratará do surgimento do discurso anti-manicomial.

1.2.2 Do procedimento do olhar ao procedimento da linguagem

Para uma análise da especificidade de cada saber e de sua produção, é necessário levar em conta o tipo de procedimento empregado. Assim, têm-se os procedimentos do *olhar* (hereditariedade e neurociência), da *confissão* (característico da psicanálise), do *diálogo* (terapia sistêmica) e todos eles produzem loucuras diferentes e famílias diferentes. Para ilustrar as reflexões sobre essa questão, utilizo um exemplo demonstrativo da

maneira pela qual a mudança de procedimento em relação a um objeto (a *histeria*) produz saberes e objetos diferentes. Assim, considera-se a ruptura que há entre os procedimentos utilizados por Charcot (olhar) e Freud (linguagem-confissão) em relação à histeria, o que faz com que o saber, o sujeito, as técnicas de diagnóstico e de cura e o próprio objeto também se desloquem. Posteriormente, trato do procedimento da confissão, com uma descrição de suas especificidades, segundo os trabalhos de Foucault. Reflexões sobre a confissão também aparecem em outras partes do livro.

A prática de Charcot em relação à histeria se dava em um local específico, no final do século XIX, que era o asilo, no qual duas formas de pensar as doenças mentais operavam: uma organogênica e outra psicogênica.

O saber de cunho organogênico, definido pela biologia de Pasteur, considerava o asilo como “um lugar de observação, de diagnóstico, de localização clínica e experimental, mas também de intervenção imediata, ataque voltado à invasão microbiana” (FOUCAULT, 1979, p. 119). Nesse caso, a doença era tida como algo natural (em oposição à vida, que se assemelha ao processo da natureza) e ela deveria emergir de forma espontânea e da mesma maneira ser curada. Ao médico-cientista restaria observar a doença e classificá-la, registrá-la, interferindo o mínimo possível no seu desenvolvimento, de forma que um saber pautado em sintomas visíveis (orgânicos) e regulares fosse produzido. A relação médico-doente deveria ser subtraída, ou seja, não deveria “atrapalhar” o desenvolvimento natural e a percepção médica da doença no corpo do doente. Por fim, com Pasteur tem-se o asilo como um “lugar botânico, para a contemplação das espécies” (*op. cit.*, p. 119).

Uma outra forma de saber sobre a histeria é de ordem psicogênica, da qual alguns representantes são Leuret e Charcot, que estavam envolvidos em dizer a verdade da doença mental (pelo saber que têm) e em produzir a verdade da doença (pelo poder que têm). Nessa série a relação com a doença mental não se dá a partir de uma preocupação com causas marcadas no corpo ou com a regularidade dos sintomas (característica de um saber organogênico). A doença é vista como uma desordem mental ou moral, sendo que ao médico caberia o papel de produtor da verdade da doença, induzindo-a, interferindo o máximo possível na doença, visto que hospital seria um lugar de confronto entre a vontade perturbada do louco e a vontade reta do médico. O asilo, portanto, seria “um hospital fechado

para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão” (FOUCAULT, 1979, p. 122).

Charcot era tido como um dos principais representantes do tipo de prática psiquiátrica asilar do final do século XIX. Este neurologista inicialmente buscava uma causa orgânica para a histeria, mas posteriormente mudou sua opinião ao considerá-la “uma doença que escapa às mais penetrantes investigações anatômicas” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 32). Seu olhar, então, passou a operar de uma outra forma: encontrando uma regularidade de sintomatologia⁸ para a histeria e que nada teria a ver com uma origem orgânica⁹. Essa mudança de olhar em relação à histeria tem como correlato o procedimento de hipnose, através da qual o neurologista passa a produzir “a regularidade do quadro histérico” (*ibidem*, p. 33). Contudo, a ausência de interesse de Charcot por encontrar causas orgânicas para a histeria não o libertava totalmente de uma prática organogênica, visto que ele buscava uma regularidade nos sintomas histéricos, que possibilitaria a produção de um saber científico. Caso essa regularidade não fosse possível, a histeria então se configuraria não mais em um campo organogênico, mas sim psicogênico. Contudo, Charcot também operava psicogenicamente ao produzir a sintomatologia através do procedimento da hipnose, no qual seu poder de médico (produtor da doença) estava totalmente implicado. Em relação aos saberes e práticas organogênico e psicogênico, Foucault comenta: “o ponto de perfeição, miraculosa em demasia, foi atingido quando os doentes do serviço de Charcot, a pedido do poder-saber médico, se puseram a reproduzir uma sintomatologia calcada na epilepsia, isto é, suscetível de decifração, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica” (FOUCAULT, 1979, p. 123).

Assim, tem-se que, mediante o procedimento do olhar operando na categorização da sintomatologia, foi possível constituir um objeto, o alvo de estudo que era a histeria. Pois bem, o olhar do médico lançado para os sintomas da doença, independente do doente (configuração primária da doença, a partir de um modo de observação dos sintomas /da doença) possibilitou a constituição de um conjunto de sintomas bem definido e regular que constituiriam um saber sobre a histeria. Vale lembrar que essa prática se deu em um espaço específico – o asilo – que, de acordo com Foucault, nessa época é, ao mesmo tempo, um lugar de confronto (produção da

8 Este tipo de percepção das regularidades da sintomatologia para classificá-las e localizá-las em séries, gêneros, grupos... diz respeito à configuração primária da doença.

9 Esta origem orgânica diz respeito à localização da doença no corpo, portanto, à configuração secundária da doença.

verdade) e lugar botânico (constatação da verdade pela regularidade da sintomatologia). Nesse caso, o olhar do médico capta /constitui os sintomas que aparecem no corpo, mas não há a preocupação de inscrever no corpo o sintoma (por exemplo, não se costura um sintoma de convulsão a uma deficiência no cérebro), mas sim de se construir um quadro de sintomas e regularidades que possibilitem produzir a histeria como pertencente ao campo discursivo da neurologia e não da psiquiatria (na época de Charcot). Ou seja, o corpo não é configurado como sede da doença, mas a única coisa que importa é a configuração primária, possibilitando ao médico a descrição de um quadro sintomatológico. Há, portanto, apagamento do corpo.

E onde entra Freud nessa história? Freud adere ao modelo criado para a histeria em um curso dado por Charcot na Salpêtrière no inverno de 1885 (GARCIA-ROZA, 1999). E o ponto salientado pelos dois era de que “a histeria era uma doença funcional com um conjunto de sintomas bem definido” (*ibidem*, p. 33), ou seja, Freud-neurologista constitui a histeria a partir de um olhar que vê as regularidades dos sintomas. Mas, o que leva Freud a deixar este modelo adotado por Charcot e constituir um outro? Para responder a esta pergunta valho-me de uma demonstração que Charcot faz do estado histérico das mulheres após ter dado a elas nitrato de amilo. Assim, “as mulheres assumem posturas, dizem coisas. Elas são observadas, escutadas e em determinado momento Charcot declara que aquilo estava passando dos limites (...) a sexualidade é efetivamente excitada, suscitada, incitada, titilada de mil maneiras e Charcot, de repente, diz: “Basta”. Freud dirá: “E por que basta?” (FOUCAULT, 1979, p. 266).

Os olhos de Freud então são direcionados para algo até então não visto: a sexualidade nos sintomas produzidos por Charcot. Esse é um olhar que passa a “colar” a sintomatologia histérica a uma outra coisa: a sexualidade. Contudo, Freud não apenas “viu” a inscrição da sexualidade, mas, sobretudo, “ouviu” nas narrativas das histéricas a possibilidade da inscrição do conteúdo sexual. Entretanto, a sexualidade já começava a aparecer nos discursos médicos e psiquiátricos no início do século XIX (Freud não “descobriu” a sexualidade), ou seja, segundo Foucault (*ibidem*, p. 261), “o forte da psicanálise é ter desembocado em algo totalmente diferente, que é a lógica do inconsciente. E aí, a sexualidade não é mais o que ela era no início” (*ibidem*, p. 261). Assim, a ruptura de Freud em relação aos discursos médicos sobre a sexualidade se dá por uma operação de mudança de

procedimentos – do olhar para a escuta. Surge a primazia para a linguagem: o paciente é, então, posto a falar de si.

A primeira coisa que se deve impedir nesse trabalho com o paciente são as condições repressoras do asilo; deve-se evitar acima de tudo “a armadilha em que tinha caído a taumaturgia de Charcot. Deve-se impedir que a evidência hospitalar escarneça da autoridade médica.” (*ibidem*, p. 125) É aí que surge uma outra prática de Freud: “regra do encontro privado, do contato livre do médico e o doente, regra de limitação de todos os efeitos da relação apenas ao nível do discurso” (*ibidem*, p. 125).

Assim, há um apagamento do asilo - como espacialização terciária - e a doença se reconfigura a partir de uma mudança de procedimento: a primazia para a linguagem funda um novo objeto, que é constituído mediante a “escuta psicanalítica” (nesse caso, Foucault faz uma relação com a confissão), que se dá longe do asilo. Assim, a histeria para Freud não é a mesma que para Charcot (para este a histeria é um saber produzido no asilo), pois ambas se configuram como objetos a partir de procedimentos diferentes, que, por fim, constituirão saberes diferentes sobre a histeria. A psicanálise é uma prática discursiva fundada pelo procedimento da escuta, que dá primazia para a linguagem, deslocando o alvo do corpo para a fala do paciente. Ruptura, portanto, metodológica, epistemológica e, sobretudo, política.

1.2.3 A confissão como procedimento para produção de saber

Aprofundo, agora, a discussão sobre o procedimento de escuta utilizado por Freud como algo que estabelece uma certa forma de relação médico-paciente e que, ao mesmo instante em que produz o diagnóstico, produz a cura (via fala e interpretação). Foucault se refere a esse procedimento como *confissão*¹⁰ que, a partir do século XIX, se caracterizou “como um componente central na expansão das tecnologias para a disciplina” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 191).

A prática da confissão existe desde a Idade Média como técnica de escuta, sendo que, no cristianismo, a confissão tinha, sobretudo, o papel

10 Segundo Foucault, a confissão são “todos esses procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito” (1979, p. 264)

de penitência¹¹, o que significa que se confessar era uma prática discursiva adotada para libertar o pecador do peso de seus pecados: “inicialmente, o pecador apresentava-se ao bispo, contava suas faltas e, após um período de penitência, retornava para receber reconciliação” (SOUZA, 1997, p. 38). Porém, tais técnicas sofreram mudanças e transformações, o que permite dizer que a confissão católica do século XVII não é a mesma que a do século XVIII, principalmente por haver, a partir do Concílio de Trento, com a prática de direção de consciência, um “desmoronamento muito nítido, não da coação ou da imposição à confissão, mas do refinamento das técnicas de confissão” (FOUCAULT, 1979, p. 263). A especificidade da prática da confissão a partir do século XVIII foi ter enfatizado a colocação do sexo nos discursos, mediante a produção do sexo como pecado e, portanto, como algo que deve ser confessado-enunciado para ser perdoado. Contudo, não bastava confessar o ato pecaminoso, mas se devia “procurar fazer de seu desejo, de todo o seu desejo, um discurso” (FOUCAULT, 1976, p. 24). Assim, tudo que tinha algum relação com o sexo, pela pastoral cristã, deveria se materializar na palavra; deveria ser enunciado.

Foucault, em *Historia da Sexualidade*, nos surpreende com sua contestação à “hipótese repressiva”: muito longe de reprimir, censurar, silenciar o sexo, o que o Ocidente fez, neste três últimos séculos, foi justamente o oposto; ou seja, conceder ao sexo uma autonomia discursiva, mediante uma “multiplicação dos discursos sobre o sexo no próprio campo do exercício do poder: incitação institucional a falar do sexo e a falar cada vez mais; obstinação das instâncias do poder a ouvir falar e a fazê-lo falar ele próprio sob a forma da articulação explícita e do detalhe infinitamente acumulado” (*ibidem*, p. 22). Contudo, não sejamos ingênuos ao acreditar em uma certa liberdade sexual ou liberdade de expressão; certamente que todo esse falatório sexual, antes mesmo de libertar, armadilha, ao produzir um saber sobre o sexo que diga sobre a maneira (correta) pela qual o sujeito (normal) deve ser constituído pelo seu desejo. A regra é: diga-me de seus desejos, do seu sexo, que lhe direi quem você é. Entretanto, tal frase, ao se configurar em campos diferentes (cristianismo e psicanálise), produz diferentes sujeitos em diferentes lugares de enunciação.

Ora, e qual é a relação entre a confissão e a prática psicanalítica?

11 Quanto à penitência, “quando um fiel havia cometido um pecado, ele podia, ou antes, devia ver um padre, contar-lhe o erro cometido e, a esse erro, que devia ser sempre um erro grave, o padre respondia propondo ou impondo uma penitência (...) e para que o padre possa aplicar a penitência adequada, a satisfação adequada, para que possa igualmente distinguir as faltas graves das que não são, não é apenas preciso dizer a falta, mas também contá-la, relatar as circunstâncias, explicar como foi feita.” (FOUCAULT, 1997, p. 217-218).

Primeiramente, cabe esclarecer de que maneira o sexo, o interesse pelo sexo, se configurou no campo científico. A racionalização do sexo se deu a partir do século XVIII quando, por exemplo, campanhas anti-masturbatórias¹² promoveram uma explosão discursiva na qual o sexo (das crianças e dos adolescentes, especialmente) estava sendo posto no centro das atenções. No campo da medicina, configurou-se a masturbação como doença, o que possibilitou a este campo uma certa “autonomia” sobre o sexo, enquanto prática masturbatória, das crianças e dos adolescentes, como sendo não apenas uma doença, mas também a causa de muitas doenças cujo estatuto pertence tanto a uma série organogênica como psicogênica (a doença mental, por exemplo). Portanto, foi enquanto uma prática discursiva preventiva, aliando ao sexo a doença, que a medicina passou a produzir uma verdade de estatuto racional e científico, diferentemente do sexo no campo cristão, que era produzido como pecado.

O discurso científico sobre o sexo no século XIX se caracterizou por um jogo de verdade que teve seu auge com Charcot (já comentado anteriormente) e seus trabalhos de hipnose na Salpêtrière e, segundo Foucault (1976), “o importante nessa história (...) é, primeiro, que tenha sido construído em torno do sexo e a propósito dele, um imenso aparelho para produzir a verdade, mesmo que para mascará-la no último momento (...)” (p. 56). E quanto à prática de escuta (procedimento da confissão), que Freud começou a operar para o trabalho sobre a histeria e, sobretudo, sobre o sexo, “deve-se (...) considerar não o limiar de uma nova racionalidade, que a descoberta de Freud ou de outro tenha marcado, mas a formação progressiva (...) desse “jogo de verdade e do sexo”, que o século XIX nos legou.” (*ibidem*, p. 56). E assim “a confissão da verdade se inscreveu no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder (*ibidem*, p.58).

E de que maneira se opera uma ruptura entre o procedimento da confissão no cristianismo e na psicanálise? Bem, a descontinuidade encontra-se nos objetos e sujeitos que são constituídos mediante a produção de saberes diferentes (sobre o pecado e o desejo) a partir da técnica da confissão.

Na confissão católica há o apagamento do olhar (este não constitui sujeitos), já que os olhos do padre não alcançam o corpo do pecador e nem o configuram em um campo científico. Os ouvidos tornam-se atentos a uma verdade que, ao mesmo tempo em que é enunciada, é constituída. E

12 O final do século XVIII foi marcado por um interesse profundo no sexo das crianças, sobretudo na masturbação, e isto ficou evidente pela multiplicação discursiva, que caracteriza uma grande estratégia de campanha anti-masturbatória. Para maiores informações sobre este assunto, ver a resenha que trata do nascimento da família moderna no item 2.1.1.

essa produção da verdade do pecador se dá em um espaço terciário específico: o confessionário¹³. O apagamento do corpo (daquele que confessa) e do olhar (do que escuta) possibilita a configuração do pecado e do pecador mediante a escuta do padre. Contudo, essa escuta não se direciona para qualquer coisa, qualquer informação, mas para aquela produzida mediante as regras da enunciação que constituem aquele espaço e aquela prática como pertencendo ao campo do saber cristão. Tais regras¹⁴ estipulam o que deve ser falado e escutado, a maneira pela qual deve ser falado e escutado... A partir daí a “cura” do espírito surge mediante procedimento de punição (que pode tocar o corpo, com purgações, ou não, com rezas). Portanto, o que se produz como especificidade do saber cristão sobre o sexo é, antes de tudo, uma verdade sobre o pecado. É por ser pecado que o sexo é incitado a ser falado, ouvido, detalhado... ou seja, os saberes sobre o sexo e o desejo se configuram em um determinado espaço (o confessionário) e mediante determinadas regras que constituem o sujeito do discurso como sendo sujeito-pecador, ao determinarem a maneira pela qual aquele que se confessa deve falar do seu sexo e de seus desejos.

Na psicanálise, o procedimento de diagnóstico se sobrepõe ao procedimento de cura (na medida em que o analisando fala sobre seus desejos, uma verdade sobre ele, via escuta psicanalítica, vai se configurando e produzindo um efeito de cura) e eles se definem pela confissão. Diferentemente da prática cristã, na psicanálise o objeto se configura a partir da interpretação, que “é realizada ao nível da linguagem (...) o que se oferece à interpretação são enunciados, e estes devem ser substituídos por outros enunciados, mais primitivos e ocultos, que seriam a expressão do desejo do paciente” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 64). E tal prática, ao produzir

13 O confessionário é “como lugar aberto, anônimo, público, presente dentro da Igreja, aonde um fiel pode vir se apresentar e onde encontrará sempre a sua disposição um padre que o ouvirá, ao lado qual ele se vê imediatamente situado, mas do qual, apesar disso, é separado por uma cortininha ou uma pequena grade” (FOUCAULT, 1997, p. 229).

14 Por exemplo, ao pecador “não bastará dizer o pecado no momento em que foi cometido, e por achá-lo particularmente grave. Vai ser preciso enunciar todos os pecados, não apenas os graves, mas também os que são menos graves. Porque cabe ao padre distinguir o que é venial do que é mortal; cabe ao padre manipular essa sutilíssima distinção que os teólogos fazem entre pecado venial e pecado mortal (...), portanto, existe a obrigação de regularidade, de continuidade, de exaustividade” (FOUCAULT, 1997, p. 220) E, “o que vai garantir a exaustividade é que o padre vai controlar pessoalmente o que o fiel diz: ele vai pressioná-lo, vai questioná-lo, vai precisar sua revelação, por toda uma técnica de exame de consciência” (*ibidem*, p. 221). E toda esta informação sobre os procedimentos da confissão estaria disponível na “literatura destinada aos penitentes, esses pequenos manuais de confissão que lhes põem nas mãos, [que] não passa no fundo do reverso da outra, a literatura para os confessores, os grandes tratados, seja dos casos da consciência, seja de confissão, que os padres devem possuir, devem conhecer, consultar eventualmente, se necessário” (*ibidem*, p. 225).

um saber sobre o desejo, constitui também um sujeito, que é o sujeito do desejo; o sujeito do inconsciente.

E se na prática da confissão católica há um apagamento do corpo (como espaço secundário) e valorização da fala, na psicanálise o espaço secundário, como lugar de sustentação para a doença, localiza-se não na própria doença, mas é exterior a ela. Essa espacialização está no inconsciente e o acesso a ele é mediante a linguagem, que, para Freud, “longe de ser o lugar transparente da verdade, é o lugar do ocultamento. O sentido que se apreende oculta um outro sentido mais importante, e essa importância será tanto maior quanto maior for a articulação entre a linguagem e o desejo” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 66).

Resumindo, tanto para a psicanálise quanto para o cristianismo, a confissão é o procedimento pelo qual é possível constatar (produzir) uma certa verdade (um saber) sobre aquilo (o objeto) que possibilitará constituir um certo sujeito. Para a primeira, o espaço de configuração da “doença”, qualquer que seja ela (tomada como objeto), não é o corpo, mas o inconsciente, cujo acesso se torna possível pela linguagem, mediante a escuta em um local específico, no qual a verdade sobre o desejo vai sendo constituída e produzida. Para o segundo, a produção de um saber (de ordem religiosa) só é possível se configurar no confessional.

1.3 HISTÓRICO DO DISCURSO ANTI-MANICOMIAL

Antes de levar adiante maiores reflexões, julgo importante contextualizar o leitor em relação às condições que tornaram possível o discurso anti-manicomial e que dizem respeito, primeiramente, ao *surgimento do asilo e da loucura como objetos de estudos científicos*, visto que o alvo de crítica de tal discurso é, sobretudo, a loucura produzida como doença mental.

Segundo Foucault, foi a partir do século XIX que a ciência médica passou a “descobrir” (produzir) a loucura como doença mental, ao lançar sobre ela um tipo específico de olhar, que é o olhar disciplinador. Isso foi inicialmente possível a partir da configuração de um espaço terciário, o asilo, para o tratamento da doença mental. É dentro do asilo (manicômio) que a loucura, ao ser produzida como objeto de saber pela ciência médica, recebe o estatuto de doença, precisando, portanto, ser curada.

Assim, fazer um histórico da loucura tomada como objeto da ciência é, também, fazer um histórico do nascimento do asilo, visto que o segundo

criou condições de produção do primeiro. Portanto, me remeto agora a Foucault na sua descrição do nascimento do hospital (em *Microfísica do Poder*, 1979) para poder pensar o nascimento da loucura-doença.

1.3.1 O nascimento do asilo e da loucura

Foucault (em *História da Loucura*) mostra como antes do século XIX a loucura não era vista separadamente da vagabundagem, dos doentes venéreos, dos devassos – todos formavam uma massa heterogênea de perturbadores e que, ao serem internados, eram excluídos da sociedade no Hospital Geral.

Foi a partir do final do século XVIII e no início do século XIX que a loucura ganhou privilégio e se homogeneizou – ela foi isolada e recebeu o rótulo de doença mental. Como marco desse momento, Foucault cita o acontecimento mítico da liberação das correntes dos presos de Bicêtre, por Pinel, para tornar a loucura, ao mesmo tempo, diferenciada e livre, porém aprisionada pelos muros do grande asilo. Assim, segundo o autor, o asilo inicialmente passou a ter a mesma função dos hospitais no fim do século XVIII: de “permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la, confundi-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la” (1979, p. 121).

O hospital no início do século XVIII é mais um local para morrer do que para curar: a função do médico não estava atrelada ao hospital (aliás, a medicina enquanto prática científica era individualista – não estava atrelada à instituição), mas a visitas privadas e ao trabalho direto com o doente. “A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico” (p. 103). O hospital, um morredouro, estava nas mãos dos religiosos e leigos que davam assistência aos pobres e aos que estavam para morrer; um local, portanto, que protegia a saúde da sociedade, excluindo os passíveis de contaminar outros com doenças, e que servia de transição entre vida e morte.

Pois bem, se o hospital não tinha nenhuma relação com a prática médica, como se deu então a medicalização do hospital? Segundo o autor, pela confluência de duas séries distintas:

- 1) Havia a necessidade de anular a propagação de doenças dentro do hospital para evitar contaminação das cidades – nos hospitais marítimos, por exemplo, preocupava-se com as doenças epidêmicas que as pessoas podiam trazer ao desembarcar. Já a preocupação do

hospital militar girava em torno dos soldados, que passaram a ter maior valor devido à preparação do soldado com o manejo do fuzil (a partir do século XVII), pois não se podia dar ao luxo de treinar os soldados e perdê-los: o preço do exército tornava-se mais custoso! Assim, a reorganização desses dois hospitais se deu através da *disciplina*, ou seja, uma “nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-los ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade”(Foucault, 1979, 105). E é justamente “a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização”(*ibidem*, p.107).

- 2) Por outro lado, concomitante ao processo de disciplinarização do espaço hospitalar, descrito acima, houve o processo de transformação do saber médico – *disciplinarização do saber médico*. Este se deu a partir de um descolamento da atenção do médico da doença/cura do indivíduo (medicina da crise) para as condições do meio e a constituição da doença como um fenômeno natural¹⁵ e que sofre influências do meio (medicina do meio). Essa concepção fazia com que o hospital possibilitasse o isolamento (em instituição) do doente, pois o meio poderia “atrapalhar” a percepção médica do desenvolvimento da doença, visto que a natureza da doença, “suas características essenciais, seu desenvolvimento específico poderiam, enfim, pelo efeito da hospitalização, tornar-se realidade”(*ibidem*, p.118)

Foi a partir dessas duas séries que houve o nascimento do hospital. Os doentes passam a ser distribuídos “em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem... de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica”¹⁶ (*ibidem*, p. 108).

Essa disciplinarização trouxe os seguintes resultados: a) a localização do hospital passou a ser alvo da medicina do espaço urbano – deve se localizar em um local cujo ambiente é propício para o tratamento; e a distribuição interna do mesmo, em termos de condições dos quartos, leitos individualizados, etc., também deve ser propícia para o tratamento, de forma a evitar contágios; b) a organização hospitalar passou dos religiosos para o médico, visto que o papel do hospital se deslocou de um morredou-

15 O modelo de doença que permeava a medicina do século XVIII era baseado na botânica, na classificação de Lineu. Ou seja, a doença “terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda a planta” (p. 107).

16 Vale lembrar que a teoria microbiana de Pasteur permitia-lhe postular que o médico era o maior agente de contágio ao passar de leito em leito nas suas visitas aos doentes (FOUCAULT, 1979, p.123).

ro para um local /instrumento de cura. Assim, no final do século XVIII, nasceram, dentro do hospital, o médico e o poder médico; c) a criação de uma forma de registrar os doentes e todos os procedimentos tomados desde a sua entrada até sua saída, como diagnóstico, remédios, terapêuticas, visitas, etc, constituindo-se, assim, “um campo documental no interior do hospital que não é somente lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber”(ibidem, p. 110). Esse procedimento passou a caracterizar o hospital também como “lugar de formação de médicos” (ibidem, p. 111), para uma atuação clínica.

Assim, no final do século XVIII teve-se, através da medicalização do hospital, uma medicina que, em um mesmo gesto, se voltava para o trabalho individual com registros, diagnósticos e prognósticos, constituindo um saber médico, e se preocupava com a população, ao considerar a doença como um fenômeno natural.

1.3.2 O nascimento do discurso anti-manicomial

Da mesma forma que ao nascimento do hospital se sobrepõe o nascimento de um saber médico/clínico, o surgimento do hospício também se amarra à constituição de um saber sobre a loucura, que a constitui, primeiramente, como estando ligada à conduta anormal e irregular e cuja cura se daria mediante um retorno do louco aos seus hábitos normais, o que inclui uma diminuição do delírio. Esse retorno, similarmente ao tratamento nos hospitais, se daria pela descoberta da verdade da doença mental ao deixar que esta emergisse naturalmente¹⁷ para que o médico-psiquiatra pudesse, então, descobri-la, observá-la, constitui-la e dominá-la.¹⁸ É dessa maneira que nasce a ciência dentro dos hospitais, ou seja, “a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são, efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar” (CASTEL, 1978, p. 83).

O médico torna-se, através de seu gesto de domar a vontade perturbada do louco, soberano em face da loucura e utiliza diferentes técnicas

17 Pinel foi o grande introdutor das práticas da história natural à psiquiatria ao postular como essencial no tratamento ao louco “observar minuciosamente os sinais da doença na ordem de sua aparição, no desenvolvimento espontâneo e no seu término natural” (CASTEL, 1978, p. 103).

18 O modelo do hospital para o tratamento da loucura foi dado, inicialmente por Esquirol, que o caracteriza como “um lugar de confronto” (FOUCAULT, 1979, p. 121) entre a vontade reta do médico e a vontade perturbada do louco. Dessa maneira a cura se dá “quando a vontade estrangeira penetra nele (o doente), circunscrevendo progressivamente o lugar da agitação e do delírio até subjugá-lo completamente” (CASTEL, 1978, p. 88).

que apenas demonstram seu poder repressivo e controlador¹⁹ sobre o dito doente: desde o interrogatório até as punições e tratamentos com ducha, sangrias, trabalho obrigatório, etc, essas técnicas vão demonstrar o domínio e a exaltação médica em torno da loucura. Portanto, com o nascimento do asilo nascem também, de uma só vez: a produção de uma verdade sobre a loucura e a supremacia do médico psiquiatra, capaz, até mesmo, de produzir a doença. Dessa forma, o hospital psiquiátrico do século XIX se define por ser “um lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão” (FOUCAULT, 1979, p. 122). Aí estão os dois lados de uma mesma moeda: produção de conhecimento (hospital de Pasteur – via experimentação e observação) e supremacia do poder médico (hospital de Charcot). Esses dois se superpõem às duas séries de saberes sobre a loucura: a organogênica (a química e biologia, primeiramente) e a psicogênica (práticas de hipnose e sugestionabilidade) – e o auge do asilo se dá quando os doentes começam a reproduzir sintomas de uma doença orgânica a partir do poder médico (hipnose): entrelaçamento do conhecimento e da produção da loucura pelo poder médico.

Nesse momento surge a antipsiquiatria, com um movimento de despsiquiatrização, com a finalidade de julgar e criticar o abuso de poder do médico ao produzir a doença. Questiona-se Charcot e inicia-se um movimento de silenciamento do show do médico – o hospital deve então se restringir ao diagnóstico, mais rápido possível, evitando o momento em que a loucura se manifeste totalmente diante do médico, e ao tratamento da loucura, ao invés de sua “produção”. Entram na jogada a psico-cirurgia e a psiquiatria farmacológica. Por outro lado, a despsiquiatrização, ao visar a relação médico-paciente investida igualmente de poder para ambos os lados, dá voz ao louco evitando a autoridade médica e o abuso de poder: “regra do encontro privado, do contrato livre entre médico e o doente, regra de limitação de todos os efeitos da relação apenas ao nível do discurso” (FOUCAULT, 1979, p. 125).

Essas práticas possibilitam condição de aparecimento do discurso anti-manicomial, cuja especificidade se dá, segundo Foucault (1979), por uma oposição às duas formas de despsiquiatrização, que dizem respeito a

19 Segundo Castel (1978), a psiquiatria do final do século XVIII e início do século XIX se enquadra numa realidade política marcada pelo absolutismo, o que possibilita ao autor afirmar que, neste momento, “a relação terapêutica em medicina mental é uma relação de soberania” (p. 89).

uma anulação do sujeito-louco – mediante drogas psicofarmacológicas – e a uma centralização do poder de produzir uma verdade sobre a loucura nas mãos do médico – psicanálise. Ou seja, o movimento anti-manicomial surge, não como uma “evolução” ou continuidade do movimento de desp-siquiatrização, mas como crítica e resistência a ele, especialmente no que diz respeito às relações de poder entre médico e louco, como sendo repressoras e dominadoras. E na base desse movimento está a luta contra as instituições, como locais de exclusão e produtores de sofrimento e saberes atravessados por práticas (de “cura”) disciplinadoras e desumanas, possíveis mediante relações de poder, que “constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da anti-psiquiatria consiste ao contrário em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial” (*ibidem*, p. 127).

PARTE II

“... diante dessas máscaras congeladas da loucura que giram ao seu redor, que lhe fazem signo e dos quais uma delas – qual? escolha, acaso, fatalidade – deverá, de fato, tornar-se sua, um dia; estupor dos loucos que a olham, corpo sem espécie, doente sem categoria, companheiro sem nome, sem diagnóstico, sem papel nem emprego, que eles terão de capturar na rede de sua própria loucura e de oferecer aos médicos, digno, enfim, do batismo patológico.”

(FOUCAULT, 1975b, p. 288)

“Para percorrer a região da loucura é preciso renunciar ao conforto das verdades terminais, e nunca se deixar guiar por aquilo que podemos saber de loucura. Nenhum dos conceitos de psicopatologia deverá, inclusive e sobretudo no jogo implícito das retrospectões, exercer o papel de organizador.”

(FOUCAULT, 1961, p. 141)

Neste capítulo procede-se à análise do discurso anti-manicomial e das seguintes práticas discursivas que o constituem: psicanálise, teoria da hereditariedade, neurociência e terapia sistêmica. O olhar é focalizado na maneira pela qual esses discursos produzem determinada loucura e família, salientando-se a forma pela qual o poder opera nessa produção.

O discurso se constitui a partir da relação entre poder e saber, portanto, ele é atravessado pelo poder e, ao mesmo tempo que se constitui, constitui aquele que o enuncia – o sujeito da enunciação, também atravessado pela articulação poder-saber. Contudo, o discurso não é algo contínuo nem estável ou que se caracterize por dicotomias cristalizadas do tipo verdade e falsidade, correto e incorreto... Ele circula, possui uma função tática, envolvida de poder e, juntamente com outros discursos, pertence a uma ou diferentes estratégias, que geram efeitos diferentes, “segundo quem fala, sua posição de poder, o contexto institucional em que se encontra” (FOUCAULT, 1976, p. 96). E se o discurso “veicula e

produz poder; reforça-o mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo” (*ibidem*, p. 96), é possível falar, ao mesmo tempo, em algo que aparentemente parece paradoxal: um discurso que, ao fundar a verdade da loucura, o *discurso científico*, funda um outro, aparentemente oposto, que é o *discurso da resistência*: o movimento anti-manicomial. Assim, ambos os discursos (contraditórios) pertencem a uma mesma *estratégia de poder* e, ao atravessarem a fala e os corpos, constituem determinados sujeitos em determinadas posições, mediante intervenções específicas, autorizadas pelo discurso científico.

O discurso científico anuncia uma verdade sobre a loucura a partir de um olhar médico: a loucura é uma doença e o sujeito, um doente mental. Portanto, ele deve ser tratado através de internação em manicômios, uso de medicamentos psicofarmacológicos e de eletrochoques, prática da confissão, exames, interrogatórios, etc., uma série de técnicas desenvolvidas e justificadas pelo discurso da psiquiatria. Isso assegura o funcionamento da instituição manicomial e a manutenção da relação de dominação do médico em relação ao doente mental.

As formas de tratamento e o poder médico foram trazidos à tona no discurso anti-manicomial, que questiona “a maneira pela qual o poder do médico estava implicado naquilo que dizia”, dentro de instituições cuja característica é de “uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aquele que não o têm” (FOUCAULT, 1979, p. 124). É dessa maneira que “o conjunto da psiquiatria é atravessado pela anti-psiquiatria” (*op.cit.*, p.124), quando o papel do médico num espaço de produção da verdade torna-se alvo de questionamento.

O DISCURSO ANTI-MANICOMIAL

O movimento anti-manicomial visa à reforma psiquiátrica: “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87). No Brasil essa proposta se fortaleceu após os anos 70 com o surgimento do MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que abre “um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes” (AMARANTE, 1995, p. 90). Dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica que estavam acontecendo nos outros países, o MTSM incorporou em suas reivindicações os princípios do movimento internacional marcado por nomes como o de Franco Basaglia (da psiquiatria democrática italiana) e de David Cooper (da antipsiquiatria) (AMARANTE, 1995).

O movimento anti-manicomial iniciou-se na Europa, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, em países como Inglaterra, França e Itália, em um momento em que as terapias assumiram uma postura mais social-comunitária e preventiva (AMARANTE, 1995). Na Inglaterra e na França a reforma psiquiátrica não teve um caráter de luta em favor dos interesses da população como teve na Itália, com Franco Basaglia. Segundo Basaglia (1979), “foi essa a diferença entre a Itália, a França e a Inglaterra, porque nesses dois últimos as reformas psiquiátricas vieram de cima” (p. 88). Os maiores envolvidos no processo eram os médicos preocupados com uma renovação científica (terapias psicológicas com os loucos), porém se levar em conta os interesses da população.

1.1 Algumas críticas do movimento anti-manicomial

Pelo menos quatro aspectos são salientados no discurso anti-manicomial: uma crítica de natureza política; outra de cunho sócio-econômico; uma terceira, que questiona as psicoterapias envolvidas no tratamento da loucura; e, por fim, uma que enfoca o papel do médico.

O movimento anti-manicomial se justifica a partir da crítica, de natureza *política*, em relação a duas questões: o *poder médico* e a *institucionalização*, referindo-se ao modelo psiquiátrico de internação da pessoa em hospital ou, segundo Basaglia, à colocação dos loucos “em outra prisão que se chama manicômio” (1979, p. 13). Algumas razões são levantadas para sustentar o discurso do movimento anti-manicomial:

- 1) A retirada da pessoa do seu convívio amplo, social e familiar, representa um “ato negativo, um ato de invalidação diagnóstica, sentença em julgado, remoção física da pessoa do seu contexto social” (COOPER, 1967, p. 50). Tal ato funda-se em uma outra questão – também criticada pelo movimento – relativa ao processo diagnóstico: a individualização da doença, ou seja, a crença (científica ou não) em que é o indivíduo que adoece, de modo que a família e a sociedade não teriam responsabilidade direta sobre a doença. Na fala de Cooper (1967), “sustenta-se que a pessoa se invalidou a si própria ou foi invalidada pela sua debilidade inerente ou pelo processo da doença, nada tendo outras pessoas a ver com a questão” (p. 50).
- 2) O aspecto da individualização posto acima é uma das questões relativas ao poder médico-psiquiátrico que o discurso anti-manicomial critica. A ciência psiquiátrica (médica, nosológica), ao lançar um olhar sobre o doente, “presume que, uma vez esteja lidando com uma doença, existem sintomas e sinais possíveis de observação numa pessoa-objeto, que pode ser (implícita ou explicitamente) abstraída do seu meio humano com o fim de fazer tais observações” (COOPER, 1967, p. 16). Estas, por sua vez, possibilitam a constituição de um saber sobre a doença e a produção de diagnóstico, prognóstico e tratamento. O olhar individualizante e médico-científico impõe a necessidade da internação e de um tratamento psicofarmacológico, já que as causas da “doença” são de ordem bioquímica, cerebral, genética. Contudo, Cooper (1967) afirma que o problema “não reside na chamada “pessoa doente”, mas na rede de interações de pessoas, particularmente sua família” (p. 47).
- 3) No manicômio há o exercício de um poder de repressão do médico/psiquiatra sobre o doente mental, que gera uma relação de dependência do louco em relação ao médico. Segundo Basaglia (1979), o manicômio impossibilita a realização de terapias, pois “não se pode pôr em prática nenhuma terapia, uma vez que a relação dentro do manicômio é uma relação de poder do médico sobre o doente. A terapia tem

sentido quando cria reciprocidade entre doente e médico” (p. 39). Em outras palavras, “o paciente perde sempre porque a instituição nunca lhe dá uma resposta as suas necessidades. A instituição nunca coloca em seu processo terapêutico o objetivo de responder às necessidades do paciente” (*ibidem*, p. 100). Dessa forma, a lógica que impera na instituição é “repressiva e destrutiva do doente” (*ibidem*, p. 64), o que impossibilita as relações interpessoais, sobretudo entre médico e paciente, que não sejam atravessadas pelo poder negativo.

Outra crítica feita pelo movimento é de cunho *sócio-econômico*: as pessoas são internadas sob o rótulo de “doentes mentais”, porém o que se visa não é a cura, mas sim uma exclusão de certas pessoas da sociedade. Tais pessoas são geralmente pertencentes à classe dos que podem “ameaçar” uma certa ordem social, ou que podem transgredir a lei. Na fala de Basaglia (1979), “tanto o manicômio quanto a prisão são instituições do Estado que servem para manter limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da sociedade” (p. 45).

Além dos desviantes, outro alvo de internação são os improdutivos e pobres, que não respondem adequadamente às exigências sócio-econômicas: “a internação dos loucos pobres nessas instituições era consequência deles não serem produtivos numa sociedade que se baseia na produtividade” (*ibidem*, p. 46).

Outra crítica diz respeito às *psicoterapias*, cujo aspecto individualizante existente na psicanálise é condenado por Cooper (1967): “Certos autores psicanalíticos, que trabalham numa situação monádica e vêem o paciente isolado de seu ambiente humano, parecem, às vezes, limitar-se fatalmente em relação a este assunto” (p. 101). Para ele a terapia deve considerar o aspecto grupal, enfocando as interações entre as pessoas, especialmente no grupo familiar, já que a “esquizofrenia é uma situação de crise microssocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões intelegíveis, culturais e microculturais (geralmente famílias), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo “mentalmente doente” de certa maneira e, a seguir, é confirmada na identidade de “paciente esquizofrênico” pelos agentes médicos ou quase-médicos” (p. 17). A partir dessa visão etiológica da loucura, Cooper sugere uma terapia em que “os membros da família se modifiquem em relação a cada outro, de maneira tal que o membro identificado como paciente descubra uma área crescente de ação autônoma para si, enquanto, ao mesmo tempo, os outros membros da família se tornam

mais “auto-suficientes”, pelo menos ao ponto de não sucumbirem de maneira julgada psicótica” (p. 70).

Já Basaglia (1967) critica a psicoterapia “burguesa”, aquela que não responde às necessidades e interesses da maior parte da população dos doentes mentais internados. Dentre tais terapias, ele salienta, várias vezes, a psicanálise, que “foi a categoria profissional que não atingiu o proletariado” (p. 58), já que “a psicanálise, como elemento psicoterápico, é útil para resolver o problema de algumas pessoas que têm dinheiro” (p. 56). Para o reformista italiano, as terapias não possuem caráter dominador desde que realcem as interações sem qualquer aspecto de repressão, ou seja, “a terapia tem sentido quando há reciprocidade entre paciente e médico. A terapia analítica como meio de gestão é muito significativa nesse aspecto” (p. 39). Além disso, Basaglia realça o aspecto burguês da terapia quando afirma que a psicanálise, desde o seu nascimento no início do século, teve muita importância em várias áreas (como artes e literatura), contudo “nunca entrou no manicômio (...) tenho a impressão que a psicanálise é uma técnica e uma teoria que não tem nada a ver com a psiquiatria institucional” (p.56).

Apesar de Basaglia salientar os efeitos positivos das terapias psicoterápicas, ele ainda considera que mesmo aí pode haver relação de poder entre médico e paciente quando, ao visar a cura, o médico restabelece a capacidade produtiva do paciente, isto é, a submissão do paciente ao Estado. A crítica às terapias é feita em relação ao poder repressivo que elas podem ter, especialmente voltado para questões de ordem econômica e social: “Acho que a psicanálise usa um poder repressivo quando exerce uma situação de controle mantendo o código de referência da burguesia através da técnica psicanalítica. O psicanalista tem uma técnica que nasceu no seio da linguagem da burguesia (...)” (p. 98).

Um quarto aspecto criticado pelo movimento diz respeito ao *papel do médico*, no que se refere, segundo Basaglia (1979):

- a) à sua atuação em clínicas privadas e não públicas, dando um caráter elitista e capitalista para a atuação profissional. Ele considera o desinteresse social da classe médica pela saúde da população e aponta: “a partir do momento em que o médico se der totalmente à instituição, no sentido de transformá-la, eliminá-la e mudá-la, mudará realmente o papel do médico e da psiquiatria” (p. 37);

- b) ao poder repressivo que exerce sobre o doente através do uso abusivo de psicofarmacologia e outras técnicas como eletrochoque e psicocirurgias;
- c) à relação médico-paciente ser atravessada por interesses econômicos, visando a produtividade: “o médico torna-se o patrão do seu doente” (p. 110);
- d) ao saber puramente biológico do médico em relação à doença mental. Para ele, os médicos devem ser “concomitantemente biólogos, psicólogos e sociólogos” (p. 111);
- e) a uma relação do saber médico com um poder negativo (repressivo).

1.2 Outras considerações

Quem faz parte do movimento anti-manicomial? Quem fala pelo “louco”?

Basaglia (1979) destaca a importância do envolvimento da população (dos dominados) no movimento, para que este não continue com seu caráter elitista maquiado por novas propostas científicas. Contudo, o doente mental, “dado o grau de repressão, não tem possibilidade de exprimir sua própria agressividade” (p. 97). Ou seja, a voz dos discursos antimanicomiais não é a do doente mental, mas de profissionais e de pessoas envolvidas neste processo e que não foram rotuladas como doentes. Assim, o movimento (diferente de outros: o movimento feminista era formado por mulheres, o movimento gay, por homossexuais, etc) “procurou a coligação com todos os movimentos que desejam a própria libertação” (p. 98).

A proposta de atuação de Basaglia (1979), após o fechamento dos manicômios, é de criar uma *comunidade terapêutica*, na qual o médico estaria destituído do seu poder repressor e todos os doentes conviveriam uns com os outros sem qualquer forma de controle ou autoritarismo. Em outras palavras, propõe-se uma humanização que visa a reintegração das pessoas “doentes” ao contexto microsocial (família) e macrosocial (comunidade mais ampla), possível a partir de uma ciência do homem refeita sobre novas bases, que não mercantis, repressoras, visto que “refazer uma ciência sobre suas bases antigas é como comer o próprio vômito” (p. 95). Para Basaglia a doença é um produto das contradições do corpo orgânico e social, que são geradas no ambiente onde diferentes fatores se encontram envolvidos (p.79). Dessa forma, o trabalho terapêutico deve levar

em consideração um olhar amplo que envolva as diversas esferas envolvidas na constituição da doença.

* * * * *

Os discursos médico e anti-manicomial são tidos como opostos e, ao serem atravessados de poder e de saber sobre a loucura e o louco, constituem o sujeito (louco) de duas maneiras: na esfera *institucional*, como doente mental; e na esfera *da resistência* e da denúncia (dos maus tratos nos hospícios, etc). Nesta última, o dito louco é colocado em uma outra posição, como um outro sujeito, que não o doente, mas como um cidadão que luta por seus direitos. Assim, esses dois discursos pertencem a uma mesma estratégia política de constituição de um local de fala: *o discurso científico da doença*, que torna o tratamento (por mais violento que possa ser) tolerável para a população, para o dito doente, para o Estado e para a própria medicina; e *o discurso sobre o ser humano e cidadão*, que encontra na prática médica o ponto de constituição/fortalecimento de um saber, sobre o ser humano e a cidadania, que justificará a sua atuação como sendo anti-psiquiátrica.

Contudo, a colocação desses dois discursos numa mesma estratégia política não significa que não haja diferença entre eles, visto que ambos atuam configurando a loucura e a família de maneiras diferentes. Não se trata de desvendar nesses discursos “de que teoria derivam, ou que divisões morais introduzem, ou que ideologia – dominante ou dominada – representam; mas, ao contrário, cumpre interrogá-los nos dois níveis, o de sua produtividade tática (...) e o de sua integração estratégica” (FOUCAULT, 1976, p. 97). Portanto, não é que haja dois lados e um deles é o mais correto, mais justo, mas trata-se de descobrir o mecanismo que faz com que haja essa divisão, esses dois lados aparentemente contraditórios.

E porque saber e poder se implicam mutuamente, me proponho a fazer uma análise (política) de alguns aspectos que possibilitaram a produção dos saberes que constituíram o discurso anti-manicomial (psicanálise, teoria da hereditariedade, neurociência e terapia sistêmica), mediante determinados procedimentos que criaram condições para a constituição da especificidade da loucura, tomada como objeto, e da família, espaço material no qual a loucura-doença se configura, em cada prática discursiva.

AS PRÁTICAS DISCURSIVAS

Analiso, a seguir, práticas discursivas que possibilitaram a formação do discurso anti-manicomial. Primeiramente faço um recorte daquelas que estiveram presentes a partir do século XIX: a *psicanálise* e a *teoria da hereditariedade*. Posteriormente trago à discussão os saberes relativos à *neurociência* e à *terapia familiar sistêmica*, ambas fortalecidas a partir da Segunda Guerra Mundial.

Nesta parte, considero os saberes sobre a loucura circulantes em quatro discursos diferenciados: o discurso da relação desejante mãe e filho na constituição do louco (psicanálise); o discurso do gene “perturbado” (hereditariedade); o discurso sobre as relações inter-neuronais (neurociência) e o discurso sobre as relações pautadas no diálogo (terapia sistêmica). Todos eles se constituem a partir de determinados procedimentos: *olhar*, *confissão* e *diálogo*, que produzirão a especificidade de cada um deles, ao constituírem um saber sobre a loucura (enquanto doença) mediante um saber sobre o *desejo* (psicanálise), o *gene* (hereditariedade), os *neurônios* (neurociência) e o *diálogo* (terapia sistêmica).

2.1 Psicanálise

Primeiramente gostaria de fazer uma breve consideração sobre o processo de produção da família moderna segundo Foucault (em *Anormais*, 1997), de forma a facilitar a análise da constituição da loucura e da família na psicanálise, via o procedimento da confissão utilizado pela ciência/clínica médica, a partir do século XIX, sobretudo no que diz respeito ao sexo e aos desejos. Em seguida considero a maneira pela qual a psicanálise concebe (produz) a loucura e a família.

2.1.1 A família moderna e a psicanálise

O final do século XVIII foi marcado por um interesse profundo no sexo das crianças, sobretudo na masturbação infantil e do adolescente. To-

das as instituições e profissionais da saúde e da educação preocuparam-se com este aspecto e trouxeram a masturbação para os mais variados discursos²⁰ (processo que se iniciou em meados do séc XVIII), enfocando-a descolada do seu conteúdo sexual. Ou seja, falava-se sobre a “masturbação em sua especificidade” (FOUCAULT, 1997, p. 297), sem enquadrá-la num discurso psicopatológico sexual ou cristão.

Pois bem, do que esses discursos tão multiplicados tratam se não possuem uma abordagem científica ou cristã? Eles fazem parte de uma grande estratégia de campanha anti-masturbatória: “trata-se de exortações, trata-se de conselhos, trata-se de injunções” (p. 297) que visam alertar pais e filhos (do meio burguês) em relação ao grande perigo da prática masturbatória, oferecendo dicas, tratamentos, remédios para evitar a masturbação e possibilitar (aos pais) a percepção da existência de seus sintomas: “esgotamento; perda de substância; corpo inerte, diáfano e debilitado; escurrimto perpétuo; jorro imundo do interior para o exterior; aura infecta envolvendo o corpo do doente” (FOUCAULT, 1997, p. 302). O corpo todo é marcado pela doença da masturbação. E no centro de todos esses discursos, que não possuíam nem um pouco um caráter negativo e repressor, estava a prevenção de uma “vida adulta tolhida pelas doenças” (*ibidem*, p. 301), ou seja, são antes discursos marcados pela prevenção da patologização do que por uma moralização.

Essa patologização possui três características: 1) o corpo todo do masturbador é invadido por uma série de sintomas, os mais diferentes e inesperados possíveis, que definem uma doença total; 2) na origem de todas as doenças (e mesmo da loucura!) encontra-se a masturbação; 3) surge o “delírio hipocondríaco” (*ibidem*, p. 303) que fazia com que os jovens encontrassem relação entre qualquer sintoma que poderiam apresentar e a masturbação. Dessa maneira, “a masturbação, por obra e injunção dos próprios médicos, se instala como uma espécie de etiologia difusa, geral, polimorfa, que permite referir à masturbação, isto é, a certo interdito sexual, todo o campo patológico, e isso até a morte” (*ibidem*, p. 305). É assim que dentro da masturbação surge a causalidade médica, que coloca a prática do auto-erotismo na base etiológica de todas as doenças.

E quem é responsável por incitar as crianças a se masturbarem? A criança de fato é posta no centro da responsabilidade pelas doenças, já que

20 Os discursos sobre masturbação se multiplicam primeiramente em países protestantes (França, Inglaterra, Alemanha), onde a tradição católica não impusera seu poder repressor, de silenciar as falas sobre o assunto. Isso só fez tardar o falatório masturbatório nos países de tradição católica. Assim, foi a partir de 1785 “depois da publicação na França do livro de Tissot, (que) o problema, o discurso, o imenso falatório sobre a masturbação começa e não para por um século” (FOUCAULT, 1997, p. 295).

um valor causal é atribuído à masturbação. Então, a criança, tão inocente, é responsável e culpada por tal ato asséptico? De fato não, “simplesmente porque não há (...) causalidade endógena da masturbação” (FOUCAULT, 1997, p. 307). Ou seja, “não se trata de natureza, trata-se de exemplo” (*ibidem*, p. 307). Se não a criança, então quem é o culpado? Quem carrega a sina de uma vida doente e fraca? Os pais, cuidadores, tios, educadores e, sobretudo, as babás, as empregadas, os domésticos, ou seja, “é tudo isso que vai se interpor entre a virtude dos pais e a inocência natural das crianças, e que vai introduzir a dimensão da perversidade” (*ibidem*, p. 309), através de um toque (ao fazer o bebê dormir), das cócegas, do carinho etc.

Assim, voltando à campanha anti-masturbatória, se ela visa acabar com a masturbação, ela pretende atingir justamente aqueles mais envolvidos e responsáveis por tal prática infantil: “a criadagem doméstica, no sentido mais amplo da palavra doméstico. Ela visa esses personagens do intermediário familiar” (*ibidem*, p. 309). Por fim, a campanha pergunta: Onde estão os pais que não estão olhando e cuidando seus filhos? E acusa: Seus preguiçosos, descuidados e desatentos, olhem seus filhos! Por fim, o que a campanha visa é a presença dos pais no espaço familiar, é uma reorganização deste espaço, com a “eliminação de todos os intermediários” (*ibidem*, p. 311) e a prática de uma “vigilância contínua” dos pais em relação aos hábitos das crianças: banho, sono, brincadeiras, por fim, vigilância constante do corpo da criança para que ela não se masturbe.

Os pais devem estar atentos à mínima presença de qualquer sintoma da masturbação: “se a criança tem uma tez descorada, se seu rosto está sem viço, se suas pálpebras têm uma cor azulada ou arroxeadas, se há nela certo langor no olhar, se ela tem um olhar cansado ou relaxado no momento em que levanta da cama” (*ibidem*, p. 311). Essa é a família do séc XIX e XX: sempre alerta! Os pais devem estar cada vez mais próximos dos filhos, se possível, dormir na mesma cama para vigiá-los, cercá-los, impedi-los de cometer qualquer deslize. O novo corpo familiar moderno (burguês) se define, portanto, pelo envolvimento dos filhos pelo olhar, pela presença dos pais – não há mais intermediários. E tudo isso graças à masturbação infantil!

Os pais são atirados para seus filhos pela medicina (ao patologizar a masturbação) devido a uma falta dupla: a masturbação das crianças e a inadimplência dos pais. Assim, uma unidade vai se formando já que é “preciso que esse pai ou essa mãe tão próximos do corpo das crianças, esse pai e essa mãe que cobrem literalmente com seu corpo o corpo dos filhos, sejam ao mesmo tempo um pai e uma mãe capazes de diagnosticar, sejam

um pai e uma mãe terapeutas” (FOUCAULT, 1997, p. 317). E de fora, para gerenciar essa família medicalizada, está o médico, pronto para ouvir a **confissão**²¹ dos filhos, das crianças sobre a sua masturbação e prescrever-lhes (aos pais, sobretudo) instrumentos de prevenção masturbatória – entre eles “temos os meios químicos, claro, os opiáceos utilizados por Dávila, por exemplo, os banhos ou lavagens com diversas soluções” (*ibidem*, p. 319).

Dessa maneira, aos pais é entregue o corpo sexual dos filhos para que, atravessando os primeiros, o poder sature o corpo da criança com olhares de forma que ele seja “vigiado, valorizado e sacralizado” (*ibidem*, p. 327) e, por que não, desejado? Nesta família de corpo uno, os filhos são entregues aos pais, de forma que acreditem que essas crianças pertencem a eles, ou seja, a medicina legítima o lugar dos pais, os “funda” e diz: olhem, olhem, olhem. Daí, a medicina, ao fundar o pai e mãe modernos (e por que não a loucura?), atravessa-os de um poder que ao visar a saúde da criança a torna, ao mesmo tempo, desejante e objeto do desejo da mãe (e do pai). É assim que esta inocente campanha anti-masturbatória esboça “uma nova relação pais-filhos, mais amplamente, uma nova economia das relações intrafamiliares: consolidação e intensificação das relações pai-mãe-filhos (...), inversão do sistema de obrigações familiares (que iam, outrora, dos filhos aos pais e que, agora, tendem a fazer da criança o objeto primeiro e incessante dos deveres dos pais, a quem é atribuída a responsabilidade moral e médica até o mais longínquo de sua descendência), aparecimento do princípio de saúde como lei fundamental dos vínculos familiares, distribuição da célula familiar em torno do corpo – e do corpo sexual – da criança, organização de um vínculo físico imediato, de um corpo-a-corpo pais-filhos em que se ligam de forma complexa o desejo e o poder (...). A pequena família incestuosa que caracteriza nossas sociedades, o minúsculo espaço familiar sexualmente saturado em que somos criados e em que vivemos formou-se aí.” (*ibidem*, p. 418)

A pergunta que surge, então, é a seguinte: qual a relação dessa família moderna, descrita acima, com a família configurada na e pela psicanálise? O que possibilita relacionar as duas famílias é a *confissão*, utilizada como procedimento de produção de saber.

Na família moderna a confissão é operada pelo médico e visa os filhos, sendo que aos pais cabe vigiar a conduta dos mesmos, de maneira que “o

21 As práticas confessionais, enquanto procedimentos para produzir saber, desde o século XVI, “distanciaram-se de um contexto puramente religioso e difundiram-se penetrando em outros domínios: primeiro, na pedagogia; depois, nas prisões e outras instituições de internamento e, mais tarde, no século XIX, na medicina” (DREYFUS, H; RABINOW, P., 1995, p. 193)

doente tem que reconhecer o seu mal; tem de compreender as conseqüências dele; tem de aceitar o tratamento. Em suma, tem de confessar” (FOUCAULT, 1997, p. 317). E essa confissão, da sexualidade e dos desejos infantis, não deve ser feita para qualquer um, mas para aquele que possui o estatuto racional para descobrir a cura da doença, ou seja, da masturbação.

Na psicanálise, a família é configurada mediante o mesmo procedimento da confissão. Ou seja, um saber sobre a família e um saber sobre a loucura são apenas possíveis pela linguagem tomada como procedimento para produção de conhecimento, para diagnóstico e para cura. É enquanto falando do desejo que uma verdade sobre a família vai sendo desenhada/configurada. Dessa forma, ambas as famílias - moderna e psicanalítica - são possíveis, porque os olhos clínicos foram substituídos pela linguagem, a escuta clínica; e o olhar que restou não foi aquele tido como procedimento para produção de saber, mas sim o olhar repressor que vigia, pune, que censura e que impõe a lei (sobre esta falarei mais adiante).

A família moderna-burguesa, constituída no final do século XIX, através de uma preocupação com a sexualidade infantil, vai se diferenciar da família constituída pelo saber da psicanálise ao esta considerar a família como causa da loucura do filho, mediante uma especificidade: a família é causa da loucura não porque impõe regras severas aos filhos, ou porque impede as paixões dos filhos, mas porque existe um desejo da mãe pelo filho²². Assim, a peça-chave que possibilita configurar, na psicanálise, a família como sustentação material constitutiva da loucura, como doença, é o desejo dos pais pelos filhos e vice-versa. Foi então ao produzir o desejo (uma verdade sobre o desejo) que a psicanálise pôde relacionar família e loucura; é pelo desejo, da mãe pelo filho, que a família é produzida como sede e lugar da loucura. E de que maneira se dá isso? De que maneira um saber sobre o desejo é produzido? A resposta está no procedimento (médico/clínico) utilizado no processo de medicalização da família moderna, no século XIX: a *confissão*.

22 Na família moderna esta relação causal também existe, mas de uma outra maneira: a loucura pode ser causada pela masturbação (FOUCAULT 1997, p. 303) e esta pode ser evitada mediante a presença vigilante dos pais. A falta dos pais não é a causa da masturbação, mas a presença deles (do olhar vigilante) pode evitá-la. De quem é a culpa, então? Voltando à resenha sobre a família moderna, a responsabilidade é de todos aqueles que estão entre os pais e os filhos: as babás, a criadagem, a governanta... ou seja, trata-se de um “desejo dos adultos pelas crianças, eis a origem da masturbação” (FOUCAULT, 1997, p. 309). Contudo, vale lembrar que não se trata de um desejo dos pais, sobretudo da mãe, pelo filho (como na psicanálise), mas de todos os outros envolvidos na educação das crianças.

2.1.2 Psicanálise, loucura e família

Para a psicanálise, a loucura só é possível devido à família, pois é nela que recai a possibilidade da loucura, pela via da não inscrição da lei. Por isso, a família torna-se o grande alvo da ciência médica, que entra dentro da casa, não mais para vigiar o comportamento dos filhos e dos pais em relação ao perigo iminente da masturbação infantil (conforme descrito acima), mas para, sobretudo, ouvir/produzir algo: uma verdade acerca do desejo da mãe, do desejo do filho, e, por fim, do incesto - que possibilitará produzir uma verdade sobre a família e a loucura. Daí, vale lembrar o exemplo descrito anteriormente sobre Charcot, Freud e a histeria: o conteúdo sexual “visto” (produzido) por Charcot, pela hipnose, passará a ser “ouvido” (produzido) por Freud, mediante confissão. Esta, como já enfatizado, caracteriza o procedimento em psicanálise que possibilitará a constituição de um saber sobre a loucura e a família.

A família torna-se alvo de interesse médico-jurídico justamente por ela se configurar como “o permutador da sexualidade com a aliança: transporta a lei e a dimensão do jurídico para o dispositivo da sexualidade; e a economia do prazer e a intensidade das sensações para o regime da aliança” (FOUCAULT, 1999a, p. 103). E porque a lei está presente na família, ela também se torna a base da loucura do filho – sua doença é perigosa porque nela falta a lei primeira, que é a lei do pai. E o filho-louco é aquele que mostra os desejos mais ilegais da família: se o louco é tido como transgressor, é porque pertence a uma família perturbada, a uma mãe que o deseja e que não impôs a lei, a proibição.

Assim, é “a mãe que responde e que impede a psicose²³, transmitindo um significante que designa um lugar, uma posição terceira, entre a mãe e a criança; a transmissão, para o inconsciente da criança, deste lugar é o significante do Nome-do-Pai” (JULIEN, 1999, p. 34), que dá sentido

23 Segundo Roudinesco (1998, p. 621), “a psicose foi um termo introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1949) para substituir o vocabulário loucura e definir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica (...) Retomado por Sigmund Freud como um conceito a partir de 1894, o termo foi primeiramente empregado para designar a reconstrução inconsciente, por parte do sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória. Em seguida, inscreveu-se no interior de uma estrutura tripartite, na qual se diferencia da neurose, por uma lado, e da perversão, de outro”.

ao desejo da mãe²⁴. É assim que a mãe²⁵ é posta no lugar central da psicose, pois é ela quem funda o pai, a lei do pai²⁶, a impossibilidade da transgressão, colocando a criança em segundo plano, porque seu desejo, de mulher, se volta a outra pessoa²⁷. Isso gera um lugar²⁸, em primeiro plano, para que a figura masculina, o pai real, mais tarde, possa ocupar e ajudar a criança (não-psicótica) a elaborar o luto do pai ideal (pai idealizado pelo/a filho/a) e a manter a repressão ao ter o seu desejo voltado, em primeiro lugar, para outra pessoa (enquanto homem desejante - não pai), que não o/a filho/a. Isso introduz a diferença entre as gerações, que é a “função do interdito do incesto” (JULIEN, 1999, p. 40). Se a criança ocupa esse lugar primeiro do desejo da mãe, não há para seu inconsciente a inscrição da lei, que é a lei do pai, nem tampouco a certeza do pai; é nesta angústia que a loucura se insere: “O pequeno Hans tem uma mãe maravilhosa; mas é a angústia. É a angústia no lugar da proximidade entre a mãe e a criança, quando não há uma dimensão terceira, triangular” (JULIEN, 1999, p. 36). Assim, a criança ocupa o lugar do desejo da mãe; ela, metaforicamente, torna-se o falo e não apenas deseja sê-lo: aí está sua psicose.

Portanto, a loucura surge primeiro por a mãe ser uma mãe desejante e não mulher desejante, ao tornar o/a filho/a alvo primeiro de seu desejo, e depois pelo pai que torna o/a filho/a alvo primeiro de seu desejo – assim o que a psicanálise mostra é que “a conjugalidade funda a parentalidade” (JULIEN, 1999, p. 40), e não o inverso.

Com isso, se a loucura pode relacionar-se com o delírio, é porque na sua origem está a ausência da lei, o significante Nome-do-pai, pelo seguinte motivo: a mãe que, sobretudo, deseja seu filho. Talvez então se possa

24 A metáfora paterna tem “uma função estruturante, na medida em que é fundadora do sujeito psíquico como tal. Assim também, se alguma coisa fracassa no recalque imaginário, a metáfora paterna não advém” (DOR, 1992, p. 96). Dessa maneira, a forclusão do Nome-do-Pai no Outro constitui “a ausência que dá à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa das neuroses” (Lacan *apud* DOR, 1992, p. 98), comprometendo gravemente “para a criança o acesso ao simbólico, barrando-lhe mesmo essa possibilidade (DOR, 1992, p. 98).

25 Vale lembrar que, em Psicanálise, tratam-se de posições de mãe, pai, filho, ocupadas por sujeitos do desejo. Além disto, em Foucault também, tem-se as posições de sujeitos que são constituídas mediante relações de poder.

26 A lei do pai “enquanto imaginariamente concebida pelo sujeito como privando a mãe” (Lacan *apud* DOR, 1992, p. 86)

27 A mãe reconhece a lei do pai como “o que mediatiza o desejo que ela tem de um objeto que não é mais a criança, mas que o pai é suposto ter ou não ter” (DOR, 1992, p. 86)

28 Definitivamente não se trata de considerar sujeitos como, por exemplo, mãe ou pai, mas sim posições de sujeitos, lugares que diferentes indivíduos podem ocupar e se constituírem como determinados sujeitos (mãe, pai, filho...). Assim, para Foucault (1968), “as posições do sujeito se definem igualmente pela situação que lhe é possível ocupar em relação aos diversos domínios ou grupos de objetos”(p. 59), sendo que “um único e mesmo indivíduo pode ocupar, alternadamente, em uma série de enunciados, diferentes posições e assumir o papel de diferentes sujeitos” (p. 107).

dizer que na constituição da psicose, falha parental, está a falha conjugal. É porque a mãe e o pai não são, em primeira instância, mulher e homem, desejantes um do outro²⁹, que o filho se torna um “transgressor”. Contudo, antes do dispositivo de aliança ser colocado em questão, é o dispositivo de sexualidade que emerge, pois considera “as sensações do corpo, a qualidade dos prazeres, a natureza das impressões” (FOUCAULT, 1976, p. 102) inscritos no eixo homem-mulher, independente do vínculo oficial entre os parceiros. Apenas, em segundo plano, o eixo pais-filhos torna-se presente, pois é ao ter o desejo inscrito no primeiro eixo que o segundo se torna possível, em termos de normalidade. A falha no primeiro acarreta a falha no segundo, que é da ordem da loucura, da não presença da lei.

Assim, a lei e a normalidade são inscritos mediante homens e mulheres desejantes, primeiramente, uns dos outros, e não de seus filhos. Dessa forma, o dispositivo de aliança, que se “estrutura em torno de um sistema de regras que define o permitido e o proibido, o prescrito e o ilícito” (FOUCAULT, 1976, p. 101) responsável pela “fixação e desenvolvimento dos parentescos” (p. 100) só se torna “saudável” (eficiente socialmente, economicamente, ...) quando composto pelo par reciprocamente desejante, homem e mulher, marido e esposa. E se a lei jurídica visa o “status definido” entre os parceiros e a economia vê no dispositivo de aliança um papel na “transmissão e circulação de riquezas” (p. 101), é porque há corpos desejantes uns dos outros, constituídos assim por uma outra lei, que não jurídica: a lei do pai que possibilitará a lei do incesto: “com a psicanálise, é a sexualidade que dá corpo e vida às regras da aliança, saturando-as de desejo” (p. 107).

A lei contra o incesto encontra-se na base do dispositivo de aliança e de sexualidade (FOUCAULT, 1976), garantindo sua existência. E na loucura é justamente essa lei que estará ausente: o filho preenche o desejo da mãe e esta, do filho – um desejo que, na sua origem, é sexual. A lei não se tornou presente ainda, por isso a loucura. Nesse sentido, o louco torna-se um delirante por não ter sido inscrito na ordem primeira da proibição: o não-do-Pai. Assim, a família moderna torna-se a base da doença: *nascem o transgressor e o louco*.

Entretanto, tal nascimento só se torna possível após o século XIX, quando o médico se põe a ouvir sobre os segredos, desejos, delírios daquele que, posteriormente, batizou de psicótico. Assim, se deu a confissão utilizada como tática de poder, que possibilitou, ao mesmo tempo, a constituição da loucura e da família, através da constituição de um saber que, ao sepa-

29 Não necessariamente que a mãe e o pai relacionem-se entre si. Mas que haja um outro em primeiro lugar, que não o filho, no desejo da mãe e do pai.

rar o louco de sua família, escuta-o e torna-o psicótico: alguém em quem o Nome-do-Pai estaria ausente. Contudo, a lei, a própria medicina tenta inscrever – surge o tratamento (psicofarmacologia, eletrochoque etc.) - e a cura se daria pela presença do limite: enfim, um bom funcionamento social se tornaria possível pelo tratamento médico. O louco então poderia voltar para o convívio com a família: se a mãe não pôs a lei, a ciência o fez...

2.2 Teoria da Degenerescência (hereditariedade)³⁰

A medicina do século XIX “buscava” (produzia) comprovações materiais para os fenômenos que estudava, e isso implicava que o sintoma deveria deixar uma marca no corpo biológico, alvo do olhar de uma medicina que se esforçava para incluir-se no campo das ciências exatas³¹. Daí, dentro de uma perspectiva organicista, o grande louvor à anatomia patológica, que permitia ao médico prever uma regularidade em termos de sintomatologia. Contudo, a loucura era considerada uma doença que não deixava marcas anatomopatológicas³², tornando-se necessário uma busca de marcas concretas para justificar a loucura como doença.

É aí que surge o destaque à teoria da degenerescência, criada por Morel e desenvolvida por Magnan, ao postular que as degenerescências “se transmitiriam hereditariamente constituindo desvios patológicos com respeito ao padrão normal da humanidade (...) uma vez instalada a patologia seguiria seu curso e se transmitiria aos descendentes até que a linhagem fosse extinta” (SILVA FILHO, 2000, p. 92). Assim, a constituição de um

30 A partir do fim nos anos 80 do séc. XX, os distúrbios mentais passaram a fazer parte do rol das doenças pesquisadas “através do uso de técnicas de genética molecular a fim de se encontrar entre seus fatores causais, o envolvimento de gens” (GRAEFF e BRANDÃO, 1996, p. 54)

31 As doenças mentais puderam ser classificadas como doença do cérebro a partir do século XIX, quando Esquirol “descobriu a chamada paralisia progressiva, conhecida pelos leigos como “enfraquecimento cerebral”, cujo quadro clínico encontra-se intimamente relacionado a uma atrofia crônica do tecido cerebral, de origem inflamatória” (JUNG, 1986, p. 144). No final do século, a descoberta no campo da anatomia feita por Wernicke da relação entre a fala e o lobo temporal do cérebro, só contribuiu imensamente para as esperanças científicas de que “cada característica e atividade psíquicas descobriria sua causa num lugarzinho da massa cinzenta cortical” (idem, p. 144). Além deles, um outro psiquiatra (Meynert) contribuiu imensamente no campo científico para a descoberta das causas das psicoses, que se encontrava na “alteração do suprimento sanguíneo do córtex” (idem, p. 144).

32 A etiologia da esquizofrenia não era seguramente clara em termos orgânicos, pois não havia comprovação da “existência de lesões específicas das células cerebrais” (JUNG, 1986, p. 219)

saber sobre o gene³³ possibilita configurar uma certa família que serve de sustentação física e orgânica para a loucura tomada como doença.

O que possibilita pensar a loucura como um objeto de saber da teoria da hereditariedade é um conhecimento acerca do gene, e é este que possibilita juntar loucura e família, sendo que esta se configura como o lugar material no qual a loucura se torna possível, via um saber que diz que a loucura estaria no gene e seria repassada pelos antecedentes (loucos) da família³⁴.

Este é um saber científico que começou a ser constituído a partir do século XIX; no fim do século XX surgem grandes pesquisas envolvendo decodificação genética – nasce a certeza de que esquizofrenia e distúrbio bipolar teriam, também, uma causa genética e hereditária, portanto, doenças que não dizem respeito apenas a um indivíduo, mas a toda sua família³⁵. Esta foi uma descoberta que não envolveu nenhuma relação de proximidade do médico com o paciente – não era a verdade do louco através de sua fala que o médico queria possuir, mas através de sua célula, para que pudesse decodificar e interpretar uma outra informação, que não a dada pelas palavras ou pelo delírio do louco. Esse saber possibilitou a intensificação de um tratamento psicofarmacológico³⁶ para o mal localizado no organismo, principalmente a partir dos anos 50, uma vez que as pesquisas na área da genética estavam implicadas num estudo de cunho biológico, o que criaria condições para intervenção química no organismo. Assim, a droga ao agir sobre o corpo reduzindo os delírios, as alucinações,

33 Os genes constituem o cromossomo de maneira linear, seguindo uma ordem e uma posição, e “são unidades de informação genéticas” (THOMPSON *et al*, 1993, p. 08), que totalizam de 50.000 a 100.000, responsáveis por controlar “essencialmente todos os aspectos do que faz um ser humano um organismo funcionante. Assim, a influência dos genes e da genética nos estados de saúde e doença é ampla e suas raízes são as informações codificadas no DNA encontrado no genoma humano” (*ibidem*, p. 22)

34 Em um estudo clínico realizado no fim do século XIX, na clínica de Zurique, seria possível encontrar conclusões para um quadro de doença mental do tipo: “Certamente, a doente possui algum tipo de degeneração congênita, um cérebro fraco, que traz desde o nascimento o germe do distúrbio. Por alguma razão a doença eclodiu somente agora, mas poderia ter acontecido em qualquer outro momento” (JUNG, 1986, p. 148)

35 Em relação às doenças mentais, como transtorno bipolar do humor e esquizofrenia, “acredita-se que fatores ambientais desempenham um papel importante nestes distúrbios, mas a participação da genética na sua etiologia é indubitável” (THOMPSON *et al*, 1993, p. 240).

36 A psiquiatria, desde a criação da primeira droga neuroléptica, a clorpromazina, em 1952, tem usado essas substâncias como forma primeira no tratamento das psicoses, por serem “eficazes quanto à excitação e agitação psicomotora; reduzirem os sintomas psicóticos, como alucinações e delírios; causarem um efeito colateral semelhante à síndrome extrapiramidal e agirem predominantemente sobre estruturas subcorticais” (Relatório da Comissão de Saúde Mental do Congresso dos EUA *apud* CAPLAN *apud* SILVA FILHO, 2000, p. 96).

O sucesso no tratamento das doenças que são identificadas como possuindo uma base genética “é maior nos distúrbios cujo defeito bioquímico básico é conhecido (...), embora mesmo nos distúrbios bioquimicamente definidos, o tratamento atual não restabeleça a saúde normal da grande maioria dos pacientes” (THOMPSON *et al*, 1993, p. 218).

as agitações (nervosas e emocionais), produz um efeito sobre a linguagem, que é o de silenciamento.

A prática da *produção do saber da hereditariedade* é possível através de uma racionalização, ou seja, disciplinarização dos cromossomos. Eles são categorizados, demarcados, nomeados (cromossomo X, Y, 13, 21, ...), e cada um deles possui uma série de genes, distribuídos em posições (lócus) que variam de espécie para espécie, equivalentes a informações, que variam desde a cor dos olhos até a predisposição para distúrbio mental. E todo este conhecimento é possível por um procedimento específico do olhar – o olhar “experimental”, ou melhor, como diria Foucault, um olhar disciplinador, que observa (produzindo saber), pelo uso do microscópio, os cromossomos (especialmente de uma célula em divisão) e os classifica em 24 tipos, de acordo com determinados aspectos (comprimento total e a posição de centômero), os divide em genes que são categorizados em determinadas funções (por exemplo, a de codificar pigmentos necessários à visão) e os caracteriza mediante certa estrutura que os define (a estrutura do DNA, por exemplo, é uma dupla hélice).

E todo esse saber vai se produzindo em um local próprio, que é o laboratório, e se define por um espaço terciário no qual um saber científico é constituído pela prática da experimentação, possível pelo procedimento do olhar. A hereditariedade é constituída como saber, mediante uma prática de observar os genes e atribuir a eles uma certa especificidade, como, por exemplo, o(s) gene(s) que controla(m) a esquizofrenia, a cor dos olhos, etc. A maravilha da teoria da degenerescência foi ter “descoberto” que o gene não carrega em si apenas informações das doenças com características orgânicas (como o câncer), mas também com características psicogênicas (a loucura). Finalmente a ciência médica teria resolvido o problema da loucura (doença mental, não-física), ao situá-la, materialmente, no gene.

E como a família é configurada por esse saber? Ela certamente está implicada na doença, visto que esta é passada dos pais aos filhos. Mais do que isso, a loucura, como doença, não apenas é repassada pelos antepassados ao indivíduo, mas também à sociedade: a família perpetua a doença que possui o caráter individual-social, visto que muito do diagnóstico do louco está associado a sua “incapacidade” de convívio social “saudável”. E de que forma o poder opera nesse saber que configura a família como perpetuadora da doença individual e social? Opera por exclusão, ou seja, pela diferenciação entre os saudáveis e os não saudáveis, a partir do estudo do gene do indivíduo; opera pelo racismo, sendo o louco tido como uma

raça “naturalmente” doente e que deve, portanto, ser “eliminada”; opera pela proliferação dos saudáveis e normais ao excluir o louco – que “eles” (os loucos) não tenham direito à reprodução: a utilização das drogas, no tratamento para a loucura, atua como um corte “natural” na perpetuação do gene doente, visto que um dos efeitos das drogas antipsicóticas é a redução do interesse sexual.

Por fim, o saber biológico justifica, produz o “extermínio da raça inferior”³⁷ (o louco), via internação ou uso abusivo de drogas e o resultado disto é, por um lado, o “fortalecimento” dos saudáveis, porque aptos à reprodução e, por outro lado, o “desfalecimento” da família, visto que ao silenciar o interesse sexual do louco e sua capacidade reprodutora, o gene doente não é repassado – trata-se de um “controle da natalidade” pelos efeitos colaterais dos medicamentos .

* * * * *

A psicanálise e a hereditariedade são dois saberes que, ao constituírem uma verdade sobre a loucura, a atravessam de poder e saturam o dito louco e o médico como objetos e sujeitos do conhecimento, respectivamente.

Esses dois saberes são produzidos por procedimentos diferentes e constituem a loucura e a família por práticas diferenciadas: um saber é possível em contato com o louco e o outro, em laboratório. Tanto a psicanálise quanto a hereditariedade criam condição de possibilidade de uma verdade sobre a loucura, ao construírem determinadas famílias como espaço de produção da loucura: uma família possível a partir de um conhecimento sobre o desejo e outra, a partir de um conhecimento sobre o gene. As duas abordagens, apesar de serem opostas (uma é da ordem do psicogênico e outra do organogênico), pertencem a uma mesma estratégia de poder, permeada de táticas diferentes de controle na constituição desse indivíduo louco em um espaço familiar. E no processo de constituição desses dois saberes estariam procedimentos específicos de poder (controle): respectivamente, a *confissão* e o *olhar*.

Em Freud a confissão, ao finalmente dar voz à palavra proibida do louco, apenas tornaria os efeitos de controle sutis, já que um novo tipo de

37 Faço uma reflexão do extermínio do louco como raça inferior a partir do que Foucault trata em relação ao racismo justificado por um saber biológico: “Se a criminalidade foi pensada em termos de racismo foi igualmente a partir do momento em que era preciso tornar possível, num mecanismo de biopoder, a condenação à morte de um criminoso ou o seu isolamento. Mesma coisa com a loucura, mesma coisa com as anomalias diversas” (FOUCAULT, 1975a, p. 308).

proibição estaria presente, ao submeter “uma palavra, aparentemente conforme ao código reconhecido, a um outro código, cuja chave é dada nesta própria palavra” (Foucault *apud* MACHADO, 2000, p. 23).

Na hereditariedade, o olhar não visa vigiar /controlar, como na família moderna, nem visa produzir um quadro sintomatológico para a doença, como em Charcot, independente de uma configuração espacial para os sintomas – não se considera um correlato no corpo para cada sintoma. Trata-se de um tipo de olhar que configura uma sustentação material para a doença (a família), através de um saber sobre o gene, e que (se) configura (em) um espaço terciário, que é o laboratório /microscópio, ou seja, constitui-se um saber sobre o gene mediante uma prática disciplinarizadora. Esta prática está pautada no exercício do poder disciplinar, que opera caracterizando, classificando, especializando, distribuindo ao longo de uma escala e repartindo em torno de uma norma verdades produzidas mediante uma prática científica (FOUCAULT, 1975).

2.3 Neurociências

As neurociências começaram a se desenvolver em larga escala a partir da metade do século XX, estipulando um substrato neural como base para os distúrbios mentais. O conhecimento sobre o cérebro, as conexões nervosas e estudos neuroquímicos têm possibilitado lançar um olhar microscópico para a loucura, encontrando como causa principal desde distúrbio uma *disfunção neuroquímica*. Esta, por fim, possibilitou as condições para realização de estudos neuropsicofarmacológicos, cujas pesquisas com drogas psicotrópicas se iniciaram nos anos 50 e propiciaram “o surgimento da chamada Psiquiatria Biológica, a qual formula hipóteses sobre as possíveis bases biológicas das doenças mentais a partir do mecanismo de ação das drogas psicotrópicas” (GRAEFF, 1996, p. 56). Este saber propõe como principal forma de tratamento para as doenças mentais uma *intervenção química*, já que esta é a base da sua constituição.

A esquizofrenia – um “tipo” de loucura mais característica - tem sido amplamente estudada desde Kraepelin³⁸, passando por Bleuler³⁹, e a partir de meados do século XX ela tem sido o foco dos olhares médicos dentro do campo científico explicitado acima. Dessa maneira muitas definições, causas, possibilidades de tratamentos formaram a rede de conhecimento científico sobre a esquizofrenia. Contudo, a tendência é de “encará-la não mais como uma psicose “funcional”, isto é, sem um substrato anátomo-patológico definido, porém como um distúrbio neurológico complexo” (GRAEFF, 1996, p. 55), que exige um olhar multidisciplinar que a neurociência está pronta a oferecer. No entanto, estas ciências neurológicas não visam simplesmente focar lesões no sistema nervoso central, mas sim “defeitos funcionais em vias neurais definidas, que se utilizam de neurotransmissores⁴⁰ específicos, e/ou desequilíbrios em suas múltiplas interações” (*ibidem*, p. 55).

Assim, uma vontade de saber sobre os neurotransmissores assombra o meio médico científico, possibilitando a constituição de muitos saberes a partir do seu “surgimento” (constituição) como objeto. Discursos científicos (neurofarmacologia, neuroanatomia, neuropsicologia, neurofisiologia, etc) trazem à tona o poder dos neurotransmissores, já que muitas questões, levantadas por este mesmo meio, sobre a doença mental podem ser esclarecidas e a “cura” pode ser finalmente encontrada. E, voltando dois parágrafos (e 50 anos), é possível perceber que uma das condições de emergência desta vontade de saber sobre os neurotransmissores foi constituída a partir do uso experimental de drogas psicotrópicas no tratamento da doença mental, cuja causa esta mesma vontade visa “encontrar”.

Se o uso das drogas no tratamento dos loucos se deu, e ainda se dá, de forma violenta, produzindo efeito de silenciamento – censura, criando um corpo paralisado, dopado e silenciado, este mesmo efeito sobre a quí-

38 E. Kraepelin foi um psiquiatra alemão do final do século XIX que pela primeira vez caracterizou a esquizofrenia como uma “progressiva deterioração da capacidade mental” (GRAEFF, 1996, p. 51). Denominou-a “demência precoce” e associou danos nos lobos frontais aos sintomas da demência, como “distúrbio no raciocínio, incapacidade de planejamento, embotamento emocional e perda de juízo” (p. 70).

39 E. Bleuler, psiquiatra suíço, no início do século XX denominou de “esquizofrenia” a “demência precoce” estudada por Kraepelin, priorizando os sintomas de fragmentação do pensamento e das emoções como centrais no distúrbio esquizofrênico. (GRAEFF, 1996)

40 Os neurotransmissores são substâncias químicas responsáveis por transmitirem informações entre os neurônios através das sinapses, podendo exercer um efeito excitatório (despolarização) ou inibitório (hiperpolarização). Por volta de meados dos anos 50 apenas dois neurotransmissores eram conhecidos: a acetilcolina e a noradrenalina e na década de 90 muitos outros foram descobertos, além do papel de neurotransmissor de certos aminoácidos. Cada neurotransmissor possui sua localização, propriedade, função fisiológica e clínica e receptores específicos em cada neurônio para receber a sua informação. (GRAEFF, 1996)

mica do organismo possibilitou aos cientistas “perceberem” que haveria algo a ser estudado, olhado, pesquisado, experimentado na via de comunicação neural. Isso não significa que o poder violento e negativo da droga sobre o corpo minimize ou acabe, mas que este mesmo poder passa a atuar sobre o corpo do doente de uma outra forma, mais sutil, mais suave, mais precisa. Não mais *algum* psicotrópico, mas *o* psicotrópico, que atue sobre *o* distúrbio: classificações e tratamentos voltados para cada tipo de loucura; suavização da dopagem e da babeira do louco; suavização dos efeitos colaterais⁴¹; maior precisão na “medida” da droga para o doente: para o grau da sintomatologia, um grau de droga que seja de acordo, nem mais, nem menos. O poder agora permite um maior controle sobre a doença mediante ampliação do conhecimento sobre a causa das doenças – às milhares de ramificações neurais se sobrepõem as “linhas de penetração infinitas” (FOUCAULT, 1976), que rastreiam e saturam cada parte da ramificação com um (possível) saber sobre a loucura.

O cérebro é mapeado, dividido e fragmentado para que diferentes zonas (da fala, da visão, do olfato, das emoções) possam ser enquadradas e rotuladas. Ocorre uma disciplinarização⁴² do cérebro que, ao ser constituído como objeto de estudo, é posto no centro das pesquisas científicas: cada canto, cada parte, cada curva, cada detalhe, cada junção deve ser estudada, minuciosamente olhada, recortada, testada para que um saber sobre ele possibilite a “descoberta” da etiologia de muitas doenças de naturezas diversas. De repente a medicina se vê diante da possibilidade de constituir um saber sobre qualquer distúrbio, qualquer perturbação de ordem orgânica ou psicogênica. Quanto ao cérebro: grande tesouro descoberto pela ciência a partir dos anos 50 – restaria à neurociência o mapa para sua exploração...

O saber neurocientífico possibilita identificar a parte do cérebro mais suscetível a determinadas deficiências, relativas a alguns sintomas da loucura como alucinações e fala desorganizada, “preparando o terreno” para identificar “os mecanismos fisiopatológicos a nível celular e bioquímico” (GRAEFF, 1996, p. 56). E para chegar a esse nível celular, o olhar tem que alcançar estruturas cada vez menores (neurotransmissores) na rede neural

41 As drogas antipsicóticas no tratamento dos distúrbios mentais produzem efeitos colaterais, que podem ser supridos mediante o uso de outra droga (anticolinérgicas) que atue sobre ele. Os medicamentos geram um efeito sobre o funcionamento do sistema de neurotransmissão, (GRAEFF, 1996) e são receitados dependendo do tipo de distúrbio mental que o paciente apresente (mediante os sintomas apresentados) e são mantidos mediante a gravidade da doença (em termos dos sintomas).

42 A disciplina define “um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova “microfísica” do poder” (FOUCAULT, 1975, p. 120). As técnicas disciplinares são “pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos, dispositivos que obedecem a economias incofessáveis...” (p. 120).

que forma o sistema nervoso. Os neurotransmissores constituem o objeto de estudo para a construção de uma saber, bioquímico, sobre a doença mental e também sobre a família. O conhecimento sobre o cérebro vai entrando no que há de microscópico, de fluido, de dinâmico: ele penetra os sistemas, que, ao se constituírem por vias, são conectados a outros sistemas. E é nestas vias que há a ação dos (neuro)transmissores de informações para que os sistemas funcionem; eles são substâncias químicas que possibilitam o funcionamento ideal e a comunicação perfeita entre os sistemas.

* * * * *

Após essa descrição e análise de alguns aspectos da neurociência, resta tecer algumas considerações sobre a loucura e a família. Se na hereditariedade o saber sobre o gene possibilita configurar uma certa família como sustentação material para a loucura, possível pela produção de um saber sobre a doença, na neurociência são os neurotransmissores, ou melhor, a comunicação entre os neurônios, que desempenha este mesmo papel. A loucura (disfunção) ocorreria por uma deficiência de substância química (neurotransmissor) e, conseqüentemente, de comunicação entre os neurônios (passagem de informação). A produção da loucura seria possível pela formulação de uma saber sobre a química, ou mais especificamente, sobre os neurotransmissores. Mas e como fica a família? De que maneira ela é produzida na neurociência? A família não parece estar diretamente implicada (constituída) nos saberes neuro(biológicos), todavia, diferentemente da hereditariedade, que configura uma certa família e loucura através de um saber sobre o gene, na neurociência a produção da família se dá mediante um saber sobre os estímulos provenientes na relação/interação pais e bebês, que possibilita a aceleração da conexão entre neurônios (mais adiante volto a este aspecto). É a relação entre os pais e o bebê – via estimulação – que cria condição para um bom funcionamento sináptico. A família sináptica, constituída pelo saber sobre a rede neural, é formada por uma gama de relações e estimulações e, para o desenvolvimento de cada habilidade na criança, sugere-se um certo estímulo, proveniente principalmente da família, numa certa época da vida. Sobre isto encontra-se uma multiplicidade de literatura médica que trata da relação entre etapas da vida, habilidades e tipos de estimulação.

Sobre a literatura de estimulação infantil, nota-se que este conhecimento produzido pela ciência médica constitui um espaço de atuação,

dentro da família, através de uma preocupação pedagógica. Em outras palavras, a neurociência entra na (produz a) família via um saber sobre as etapas do desenvolvimento infantil, atravessado por técnicas de estimulação que visam um aproveitamento máximo de cada etapa, com o intuito de se ter uma criança saudável e bem adaptada. E o que permite aos pais otimizarem um aproveitamento das pré-disposições neuronais dos filhos? Primeiramente, os pais devem estar atentos ao desenvolvimento, mas, esta vigilância não visa algum tipo de comportamento (diferentemente do que ocorre na família moderna, ver item 2.1), mas sim a produção de um conhecimento sobre o processo de desenvolvimento da criança: em que momento ela começa a caminhar, a falar, a escrever etc, para, então, estarem prontos a oferecer os estímulos no momento certo, para que estas habilidades sejam potencializadas no seu grau máximo. Assim, para cada habilidade na qual os pais desejam investir há uma série de práticas que podem ser aplicadas, que variam desde submeter a criança a uma outra língua para aprendizado de língua estrangeira até a prática de certos exercícios para favorecer desenvolvimento psicomotor.

Portanto, a estimulação implica uma rede dinâmica de relações interpessoais, na qual a criança fica exposta a estímulos variados e constantes para desenvolvimento de diferentes habilidades, cujas especificidades pertencem a diferentes etapas de sua vida. E caso a exposição aos estímulos seja precária, um desenvolvimento problemático tende a ocorrer.

2.4 Terapia Familiar Sistêmica

Muitos psicanalistas se voltaram para a prática e os estudos da terapia familiar devido à insatisfação com o tratamento individual e devido à necessidade da inserção do contexto relacional na terapia – especialmente do contexto da família. As propostas de todos estes profissionais “psi”, apesar de terem alguns pontos de divergência, apontavam para um mesmo foco de interesse: a teoria dos sistemas em terapia familiar, que se caracteriza por “uma imprecisa série interligada de conceitos enraizados na teoria geral dos sistemas e na cibernética” (PAPP, 1992, p. 22), sendo que “as práticas da terapia familiar são sistêmicas e a epistemologia, cibernética” (GRANDESSO, 2000, p.119). Contudo, apesar de o alvo terapêutico se constituir o mesmo (o contexto familiar), a teoria e a prática sistêmica não brotaram das idéias de

uma única pessoa, mas de grupos diferentes, o que concede à terapia sistêmica a marca da interdisciplinaridade (GRANDESSO, 2000).

A pergunta que pairava sobre a cabeça desses terapeutas era: “se mudassem os padrões de interação familiar, poderiam mudar o problema do comportamento?” (BOSCOLLO *et al*, 1993, p. 18). Confrontos teóricos como esses (visão individualista vs. visão grupal) começaram a fazer parte dos campos terapêuticos da Itália (Milão) e dos EUA (Califórnia) e, a partir dos anos 50, a prática sistêmica focou primeiramente famílias com pacientes esquizofrênicos e famílias com filhos delinquentes, já que o trabalho de cunho psicanalítico com essas pessoas não trazia resultados satisfatórios⁴³. Foi justamente nas experiências com esses dois grupos (num período pós guerra) primeiramente considerados, em contextos diferentes, que “o foco da prática mudou, assim, do indivíduo para a família, com ênfase nas interações entre seus membros” (GRANDESSO, 2000, p. 117).

Um dos livros marcos desta nova vertente na psicologia foi a *Pragmática da Comunicação Humana*, de Paul Watzlawick, Don Jackson e Janet Beavin (1967), pioneiros da visão relacional (modelo familiar sistêmico) no campo das psicoterapias. Tal estudo salientava a emergência de distúrbios psicopatológicos a partir de perturbações na comunicação interpessoal. Na esquizofrenia, por exemplo, a comunicação é atravessada pela possibilidade de muitos sentidos (mesmo os incompatíveis) serem atribuídos: “esquizofrenês é, pois, uma linguagem que deixa ao ouvinte fazer a escolha entre muitos significados possíveis, os quais são não só diferentes, mas podem até ser mutuamente incompatíveis” (WATZLAWICK *et al*, 1967, p. 67). Watzlawick salienta que tais perturbações só fazem sentido se inseridas em um contexto e que não é possível delimitar uma linguagem esquizofrênica *a priori*, ou seja, a comunicação esquizofrênica existe entre as pessoas, em um grupo como, por exemplo, na família. Na fala de Laing⁴⁴ (*apud* Watzlawick) tem-se que, num grupo, “quando não interessa que significado ela (uma pessoa) dá a sua situação, os seus sentimentos ficam privados de validade, os seus atos despojados de motivos, intenções e conseqüências, a situação fica destituída de significados para ela, de modo que a pessoa é totalmente mistificada e alienada” (p. 80). Contudo, vale

43 Muitos dos profissionais que buscavam a formação em terapia familiar (principalmente na Itália, com Boscolo e Cecchim, a partir dos anos 70) eram membros do movimento antipsiquiátrico: “Nós agora devemos tratar os pacientes fora dos hospitais. Queremos aprender terapia familiar na esperança de que a terapia familiar prove ser mais efetiva que as drogas e a terapia individual” (BOSCOLO *et al*, 1993, p. 35).

44 Laing foi um dos psicoterapeutas pioneiros no trabalho sistêmico e esteve bastante envolvido no processo de desinstitucionalização (da doença mental), que começou nos anos 60, na Inglaterra (AMARANTE, 1995).

lembrar a importância atribuída não apenas à linguagem verbal, mas também à não verbal (gestos, comportamentos, sinais...).

Assim, terapia familiar sistêmica sugere um trabalho terapêutico que leve em consideração o aspecto comunicacional, ou seja, os focos de “desordem” ou conflito (o sintoma⁴⁵, espelho do conflito, leva à repetição de determinados padrões) devem ser deduzidos pelos terapeutas com base na “escuta da linguagem metafórica, no rastreamento de seqüências comportamentais e no uso de enunciados de atitudes-chave” (PAPP, 1992, p. 28). O profissional não deve ser iludido pela possibilidade de alguém do grupo deter alguma verdade sobre algo, nem mesmo pela possibilidade de descobrir alguma verdade sobre a família com a qual trabalha. Isto porque o pensamento sistêmico não postula a existência de verdades e certezas a priori, já que o que vale “é a verdade que é mais útil, ou seja, a verdade que liga certos eventos e o comportamento de uma maneira que capacite a família a fazer mudanças construtivas” (*ibidem*, p. 23). Além disso, o terapeuta também não pode acreditar que, ao remover o sintoma (resolver o problema), o grupo funcionará idealmente, visto que, ao levar em conta o processo sistêmico (e circular), “a mudança exige um preço e faz surgir a questão de quais serão as repercussões para o resto do sistema” (*ibidem*, p. 25)

As duas escolas principais envolvidas com o mecanismo sistêmico (Milão e Califórnia) se voltaram para caminhos diferentes apesar da proposta de trabalho com as famílias ser a mesma. O primeiro grupo (formado principalmente por Selvini, Boscolo, Prata e Cecchin), em 1971, fundou o *Centro per il Studio della Famiglia* (BOSCOLO *et al*, 1993, p. 18) e focava em seus trabalhos com as famílias duas práticas: a conotação positiva⁴⁶ e o ritual⁴⁷. Tais práticas possibilitaram a esse grupo estipular algumas regras epistemológicas que norteariam o trabalho com as famílias: “1) As famílias à transação esquizofrênia, como o grupo chamava sua população alvo, participavam de um “jogo” familiar não reconhecido; 2) a característica do jogo é que cada um dos membros tenta, unilateralmente, controlar o

45 O sintoma está totalmente conectado ao sistema e que serve a uma ou a várias funções dentro do grupo familiar, podendo ser acionado por muitos acontecimentos (de diferentes ordens, não apenas familiar). Assim, o sintoma é visto “como um mecanismo de regulação” (PAPP, 1992, p. 25), sendo a família tida como um sistema auto regulador.

46 Os terapeutas visavam conotar positivamente o comportamento do paciente identificado e também o comportamento sintomático dos demais membros da família. Esta prática constituiu “uma clara evidência do surgimento de uma consciência sistêmica não linear, que distinguiu o método de Milão das abordagens que o precederam no campo da família” (BOSCOLO, 1993, p. 23).

47 O ritual são cerimônias que a família começa a realizar como diretrizes sugeridas pelo terapeuta, a partir do contexto terapêutico.

comportamento dos demais; 3) a tarefa do terapeuta consiste na descoberta e interrupção do jogo” (*ibidem*, p. 20).

O outro grupo optou por focar o trabalho com as famílias priorizando a relação comunicacional de duplo-vínculo e as relações unitaletaras (em que um tenta assumir o controle sobre o outro, ao invés de interações circulares). Um teórico importante desta área foi Gregory Bateson, que salientou a relação entre modelos conversacionais entre os membros da família e problemas psicológicos (por exemplo, mensagens contraditórias e a esquizofrenia). Um outro terapeuta de peso desta escola (com quem Bateson posteriormente entrou em discordância) foi Jay Haley, que postulava a “prescrição paradoxal”⁴⁸ (BOSCOLO *et al*, 1993, p. 21), ampliando a importância do poder do terapeuta na cura da família.

A noção de Bateson (proveniente das posições da biologia e da física, em 1972) sobre “circularidade cibernética”⁴⁹ (*ibidem*, 1993, p. 23) como modelo para sistemas vivos foi amplamente considerada pelo grupo de Milão no final dos anos 70, principalmente devido ao caráter circular (noção de redes) e não linear e devido à noção de conotação positiva que o grupo procurava adotar nas práticas terapêuticas. A integração desta noção batesoniana no grupo de Milão possibilitou e prescrição de três práticas: a “elaboração de hipóteses”⁵⁰ (em termos de avaliação); o “questionamento circular”⁵¹ (como técnica de entrevista) e a “neutralidade”⁵² (como postura do terapeuta) (p. 24).

Além dos aspectos acima, este grupo também passou a inserir em sua prática a valorização de outros profissionais que estariam ligados à família-alvo, dando privilégio para um trabalho em rede. No atendimento terapêutico, por exemplo, era importante que sempre houvesse algum terapeuta atrás do espelho, na sala de atendimento, para poder ampliar o

48 A prescrição paradoxal visava um abandono de determinado comportamento (sintomático) mediante o pedido do terapeuta de que a pessoa ou a família mantivesse aquele mesmo comportamento.

49 Esta visão postula que não há linearidade, ou seja, a relação entre as pessoas não é bilateral, mas sim circular, o que significa que todos exercem influência sobre todos. E a circulação das informações dentro do sistema são garantidas por mecanismos de *feedback*, que servem para manter a homeostase ou para provocar mudanças. (GRANDESSO, 2000)

50 A hipótese não é vista como sendo verdadeira ou falsa, mas como o que seria mais coerente para o contexto da família com a qual se trabalha. Ela precisa ser “sistêmica, isto é, englobar todos os elementos de uma situação problema e a forma como eles se ligam” (BOSCOLO, 1993, p. 25).

51 O questionamento circular é uma técnica de entrevista que tem a ver com capacidade do terapeuta de conduzir sua investigação a partir do feedback da família em relação ao que foi proposto. Ou seja, focaliza as formações em círculo dos sistemas vivos ao invés das formações lineares de causa e efeito. (BOSCOLO, 1993)

52 A neutralidade do terapeuta deve ser de tal forma que ninguém possa dizer que ele tenha apoiado um ou outro integrante do grupo. O terapeuta deve se movimentar de um para outro livremente e “evitar a indução pelo sistema familiar” (BOSCOLO, 1993, p. 26).

“sistema de observação” (*ibidem*, p. 27). Este novo sistema poderia ser formado também por outros sistemas como a escola, a justiça, o hospital, o que possibilitaria o trabalho sistêmico desvinculado do casulo terapêutico.

A partir dos anos 80 (séc. XX), a Equipe de Milão sofreu grandes influências da “Segunda Cibernética”⁵³ (Forester, Maturana e Varela) que, entre outras coisas, postula que “o observador entra na descrição do que é observado, de tal sorte que a objetividade não é possível. Além disso, se o observador entra naquilo que é observado, não há o que se poderia chamar de sistema observado isolado” (*ibidem*, p. 28). Assim, as características da objetividade, da previsibilidade e do controle sofreriam restrições dentro deste novo campo epistemológico. A barreira que separa o terapeuta da família seria uma utopia – todos estariam envolvidos num mesmo movimento circular, sem causa ou efeito, mas com influências mútuas o tempo todo.

Além do aspecto explicitado acima, há uma importância crucial dada à linguagem, já que “os indivíduos constroem o significado de sua experiência dialogicamente. O diálogo caracteriza-se (...) como um intercâmbio de idéias entre duas ou mais pessoas em conservação” (GRANDESSO, 2000, p. 130). Assim, “com a terapia sistêmica configurou-se, portanto, uma nova prática discursiva na maneira de descrever, explicar, localizar e tratar os problemas” (p.133). Nesta reestruturação dos olhares voltados aos sistemas a partir da priorização de um enfoque lingüístico, todo o trabalho passou a girar em torno “de significados compartilhados, nos quais residem os problemas pelos quais as pessoas buscam a terapia” (p. 134). Este modelo de sistema lingüístico possibilitou a emergência dos modelos conversacionais na prática sistêmica, a partir do advento epistemológico da Segunda Cibernética e tem como característica o exercício de ressignificação de situações-problema, sendo que “os problemas psicológicos surgem, mudam de forma e desaparecem, conforme mudam o vocabulário e as descrições dos terapeutas”, o que se torna possível visto que “a construção de uma teoria da mudança é uma produção colaborativa entre o terapeuta e os clientes, em um espaço intersubjetivo de diálogo” (p.141).

Assim, com a teoria/prática sistêmica tem-se *uma* chave para decifrar/interpretar o enigma, dentre tantas outras possíveis. Ou seja, não é mais uma questão de descobrir *a* verdade/decodificar o segredo (simples-

53 A Cibernética de Segunda Ordem evoluiu a partir de pesquisas em outras áreas do conhecimento (como a física quântica e a neurobiologia) e traz para o campo sistêmico as noções de imprevisibilidade e de autopoiese – os sistemas tendem à preservação e à organização ao selecionarem elementos fundamentais para sua estrutura. (GRANDESSO, 2000)

mente porque ele não existe, no enfoque sistêmico), mas de descobrir uma possibilidade que torne o sistema compreensível e funcional para todos.

* * * * *

Resumindo, na terapia sistêmica a patologia não pertenceria a um indivíduo, que possuísse um gene defeituoso ou uma estrutura psicótica ou alguma falta química, mas o problema só existe enquanto inserido em um sistema (por exemplo, a família). Não há um indivíduo doente que deve ser curado para que o sistema possa funcionar harmoniosamente: “o problema não existe independentemente dos “sistemas de observação” que estão, recíproca e coletivamente, definindo o problema” (BOSCOLO, 1993, p. 29). Assim esta abordagem “assegura que ninguém pode mudar, pelo menos não facilmente, sob a conotação negativa”⁵⁴ (p. 29). A intervenção do terapeuta não é de propor uma solução para o problema, pois “não pode haver nenhuma interação instrutiva, somente perturbação do sistema, o qual reagirá em termos de sua própria estrutura” (p. 33). Portanto, não há um alvo onde se queira chegar, não há nada de previsível, mas apenas “um grande sistema observado” (*ibidem*, p. 30).

2.5 A terapia sistêmica e sua relação com outros saberes

Tanto a terapia sistêmica quanto a neurociência atribuem à família um lugar de destaque na sua relação com a loucura, tida como doença (vale lembrar que não se trata de pensar que um determina o outro – família causa loucura – mas sim que para cada objeto – loucura – há uma certa configuração de família; ou seja, para pensar a família é preciso pensar a loucura e vice-versa). A primeira deixa clara a relação entre o processo de funcionamento da família e a constituição da loucura. É por este viés que a terapia sistêmica salienta a importância do trabalho grupal no tratamento da doença, visto que esta não possui uma base individual, mas coletiva.

A neurociência, apesar de dirigir sua atenção aos processos químicos dentro do organismo, não desconsidera o papel do contexto social na constituição da loucura (e vice-versa), tida como doença mental. Muitos estudos que consideram o contexto e as conexões neurais foram realizados e mostraram o quanto os pais possuem um papel fundamental no estímulo

54 A conotação negativa pressupõe que existe alguém culpado ou responsável pela desordem do grupo.

às conexões entre os neurônios: “os pais são os primeiros e mais importantes professores do cérebro. Dentre outras coisas, eles parecem ajudar os bebês na aprendizagem ao adotarem o ritmo e o estilo de fala aguda conhecida como parentês”⁵⁵ (Revista *Time*, 10/02/97, p. 56). Apesar de a família não ser o objeto principal dos estudos da neurociência, ela definitivamente é produzida como sendo essencial para a constituição do processo neural nas crianças, já que é nos primeiros anos de vida que o cérebro necessita de diversos tipos de estímulos para estabilizar certas estruturas de sua formação. Assim, é fundamental um envolvimento dos pais com seus filhos, em termos de estimulá-los para que as condições físicas (de substrato cerebral – neural) de desenvolvimento sejam formadas.

A família, de acordo com uma visão sistêmica, não constitui um mundo separado, fora, independente do sistema interno (SNC, cérebro, mente) do indivíduo, mas ela é a sua ramificação, uma continuação do mundo interno. Na verdade, não é possível fazer esta separação interno vs. externo, mas é como se a família fosse quase que um *continuum*, o que faz com que ela esteja completamente envolvida naquilo que pode ser chamado de distúrbio (neural, cerebral). Na fala de Minuchin, (1982): a família “é um grupo social natural, que governa as respostas de seus membros aos “inputs” de dentro e de fora. Sua organização e estrutura peneiram e qualificam as experiências dos membros da família. Em muitos casos, pode ser considerada como parte extracerebral da mente⁵⁶.” (p. 16)

A terapia sistêmica e a neurociência são dois saberes diferentes que “saturam” (produzem) a família com ouvidos e olhares, os quais, ao serem lançados sobre o objeto de trabalho (a loucura) constituem uma loucura que se configura numa família caracterizada por relações deficientes, geradoras do sintoma, que se materializa em algum membro seu. A ciência diz: cuidem de seus filhos, estimulem-nos, sejam coerentes, dialoguem, escutem, interajam para que eles sejam, não apenas saudáveis, mas funcionais. A boa funcionalidade dos filhos depende da boa funcionalidade dos pais: a ciência dá regras sobre como os pais devem agir com seus filhos, sobre como devem ser as interações, sobre os estímulos certos para cada idade, sobre como o diálogo deve ser... as regras estão postas! Cada gesto,

55 “parents are the brain’s first and most important teachers. Among other things, they appear to help babies learn by adopting the rhythmic, highpitched speaking stylo known as Parentese”

56 Vale lembrar que, segundo o olhar sistêmico, “uma mente humana se desenvolve à medida que o cérebro processa e armazena os múltiplos “inputs”, desencadeados tanto interna como externamente” (MINUCHIN, 1982, p. 16). Assim, “a mente não é uma coisa, mas um processo. É a cognição, o processo de conhecer, e é identificada com o processo da própria vida” (CAPRA, 1996, p. 209), sendo que “o cérebro é uma estrutura específica por meio do qual esse processo opera. Portanto, a relação entre mente e cérebro é uma relação entre processo e estrutura” (p. 146).

cada palavra deve ser atravessado por um saber que, ao mesmo tempo que previne o surgimento de alguma patologia, constitui a saúde e o bom funcionamento da família.

As ciências “psi” e “neuro” saturam a família por um poder que visa curar, prevenir e fazer funcionar. A loucura torna-se uma doença constituída pelo desequilíbrio, que se materializa, se configura, na família e que atinge o cérebro, as interações neuronais e os neurotransmissores. A disfunção/função, e não a causa, é o que caracteriza a doença, ao ser produzido um saber sobre a loucura tomada como desequilíbrio: “o argumento terapêutico é deslocado do problema, de quem o tem, o que o causou, e como se ver livre dele, para: como a família irá funcionar sem ele, que preço será pago por sua remoção, quem pagará este preço e se vale a pena” (PAPP, 1992, p. 27). Há algo de errado nas relações e são elas que devem se tornar o alvo da interdição – primeiramente as micro-relações (família e neurônios). A desordem de funcionamento da rede deve ser suprida por uma intervenção terapêutica na família (no caso da terapia sistêmica) ou por uma intervenção psicofarmacológica (no caso da neuropsicofarmacologia). No primeiro caso, o terapeuta escuta, observa, interfere, procura ser neutro, mas sabe que sua presença gera uma outra dinâmica no grupo – o terapeuta insere-se no grupo para lá de dentro produzir um efeito que visa a reorganização, o equilíbrio, o bom funcionamento. No segundo, a droga ao se inserir na corrente sanguínea visa produzir um efeito de reorganização das relações (comunicações) neurais, para que as informações (os estímulos nervosos) possam circular até seu destino final.

No dois saberes, a intervenção se faz necessária não mais de fora para dentro, mas de dentro para fora: de dentro do sistema (familiar ou neural) procura-se produzir um efeito que leve ao bom funcionamento. Assim se dá a mecânica do poder com estes dois saberes – não um poder repressivo, negativo que controla, que submete, que ordena, que silencia, que dopa. Mas um poder que se exerce no seu grau ideal, na medida certa para produzir um efeito que não de sofrimento, de dor, de exclusão, mas o seu inverso: de prazer e inclusão. O corpo e as relações devem atingir um grau de bom funcionamento, graças à precisão da ciência: enfim a medida certa! O medicamento não deve mais fazer o doente babar, torná-lo dopado, silenciado, mas justamente seu oposto: deve devolver-lhe as condições de um bom funcionamento, deve devolver-lhe a capacidade de se comunicar, de interagir, de se expressar, de se relacionar. Aquilo (droga psicofarmacológica) que num momento constituiu o doente por gerar o efeito de

silenciamento agora constitui este sujeito em outra posição ao produzir um efeito de “funcionamento”. Além da precisão requerida no campo “Neurobiológico”, a terapia exige do terapeuta uma atuação atravessada pela “habilidade para escolher o momento e a hora certa” (Palazzoli *et al. apud* PAPP, 1992, p. 27), que poderá gerar um efeito de mudança no sistema (de eliminação do sintoma).

Contudo, este saber que visa produzir um efeito de reorganização é o mesmo que desorganiza, que desequilibra. Ou seja, o olhar sobre as relações nestas duas redes (formada por indivíduos e por neurônios) constitui um saber que ao mesmo tempo que funda o equilíbrio (constância) funda o desequilíbrio (mudança). Aliás, o poder opera desta dupla maneira: ao compensar uma falha (de substância química ou da relação) gera outras falhas e assim o sistema mantém seu eterno funcionamento. Não há cura porque não há causa, mas sim disfunção. O saber-poder não opera mais na constituição de causas que exigem uma intervenção pontual, mas na constituição de disfunções que exigem intervenções que visam equilibrar, mas que, num outro ponto, geram o desequilíbrio (eterna espiral de equilíbrio e desequilíbrio...). Assim, “A resolução de um problema imediato frequentemente cria um outro problema na ecologia mais ampla” (PAPP, 1992, p. 25), o que faz com que as soluções assumam um caráter mais transitório e menos rígido, em função do funcionamento de sistemas (complexos) em momentos diferentes.

Vale lembrar também que outra característica dos sistemas é a imprevisibilidade. Numa terapia, por exemplo, um terapeuta nunca terá certeza da influência de alguma intervenção sua sobre o grupo, que poderá conduzir a uma mudança de padrões ou à manutenção do sintoma. Dessa maneira há, a cada momento, a possibilidade de constituir um saber sobre o funcionamento do grupo, saber que nunca se “fecha” ao não poder prever os próximos acontecimentos. O que ocorre é um processo contínuo de constituição de saber e exercício do poder mediante a consciência do terapeuta das complexidades envolvidas na mudança de um sistema, e uso destas complexidades a serviço da produção de mudança (PAPP, 1992).

É assim que a visão sistêmica invoca um tratamento em rede para a doença mental: sua origem não é uma falha, mesmo porque não há uma origem ou causa primeira, mas um conjunto de padrões de funcionamento que tocam (são constitutivos de) o grupo familiar. Para uma doença que se constitui por uma saber sobre uma multiplicidade de desequilíbrios, há a necessidade de um tratamento em rede. Não há mais a primazia para o

psiquiatra ou psicólogo, mas para cada indivíduo que forma a rede – o vizinho, o amigo, o jardineiro, a empregada, o executivo qualquer pessoa faz parte do processo de tratamento do doente mental, pois o desequilíbrio é do sistema e não do indivíduo.

Entretanto, o saber que atravessa cada indivíduo desta rede e que se torna responsável pela saúde mental de todos é da ordem do científico. As ciências “psi” e “neuro” se encontram diluídas neste sistema – não há centralização do poder, mas todos podem “ajudar” este que é considerado doente mental. O poder psiquiátrico (“psi” e “neuro”) se dissolve na malha que prende uns aos outros; cada fio invisível é saturado por um poder que diz: você também é responsável pela saúde ou pela doença mental do outro, principalmente pela saúde ou doença mental de sua família. No nível microscópico há as relações entre as substâncias químicas e no nível macroscópico há as relações inter-pessoais. Contudo há um outro nível, o nível invisível, que diz: você pode inclusive interferir na doença mental daqueles que você não conhece (os fios invisíveis que amarram uns aos outros).

E nesse jogo sistêmico o procedimento constitutivo da loucura é o diálogo. Ou seja, como perceber/produzir a disfunção? O que possibilita aos profissionais “psi” e “neuro” diagnosticarem a disfunção? A loucura é produzida mediante uma falha no diálogo; falha na comunicação entre os neurônios; falha no diálogo entre os integrantes da família – falhas que constituem um diálogo esquizofrênico. O diálogo contraditório nas famílias produz um efeito de desequilíbrio; na rede neural a falha na transmissão de uma informação (através da liberação, ou não, de alguma substância) possibilita constituir o “bom funcionamento”. Assim, ao mesmo tempo em que as falhas dialógicas são produzidas como sintomas de alguma doença (desequilíbrio, loucura), uma determinada configuração familiar também é constituída, ao “colar” as falhas dialógicas (a partir de uma saber sobre a loucura) sobre falhas relacionais entre os integrantes da família ou do sistema nervoso.

E se é pela fala (diálogo) que o sintoma pode ser diagnosticado, também é por ela que, em terapia familiar, o sintoma é capturado pela atenção do terapeuta que, mediante sua capacidade de resignificação, o satura de múltiplos sentidos. Essa prática semântica constrói uma realidade em constante movimento, onde a verdade das sentenças ou dos sintagmas nominais depende unicamente de um ponto de vista! E se na psicanálise a fala (e o silêncio) do indivíduo é o ponto a partir do qual a verdade é construída, na terapia sistêmica o diálogo se torna o solo fértil para constituir várias

possibilidades de verdade, sendo que verdade aqui é tida como aquilo que torna o contexto familiar mais funcional (que transforma o sintoma), ou seja, a verdade é pragmática.

A verdade na terapia analítica se constitui a partir de um mecanismo interpretativo do profissional, que identifica o sujeito com alguma estrutura de funcionamento psíquico (neurose, psicose...). Na terapia sistêmica as identificações (com estruturas psíquicas) não ocorrem, simplesmente porque tais estruturas não existem *a priori* – elas se constituem em momentos diferentes (dependem do contexto) e geram o sintoma. Para o trabalho do terapeuta é necessário que na conversa entre os membros da família um ponto de desequilíbrio seja identificado e então realçado para sofrer o ataque da multiplicação de sentidos e, portanto, de verdades. O sentido que fica é a verdade mais útil.

Na prática da confissão, supõe-se (constrói-se!) um segredo que deve revelar uma verdade que, por vezes, nem mesmo o falante sabe que possui – algumas práticas psiquiátricas (e psicanalíticas) podem ser tomadas como referenciais para tal atuação (o fazer falar e a construção do segredo e da verdade). Deseja-se, neste caso, que o paciente - conforme visto anteriormente, em relação à prática da confissão - confesse seu mal, sua doença, seu erro, ou seja lá o que os ouvidos médicos queiram ouvir. Na prática dialógica evita-se justamente isto que, na terapia da confissão, era tido como o alvo do trabalho terapêutico: “sou doente mental”, ou seja, aceitação, por parte da “vítima”, de sua estrutura doentia – psicótica, por exemplo. No trecho abaixo de uma entrevista (prática dialógica) em terapia familiar é possível perceber o exercício oposto à prática da confissão: o terapeuta tenta agora convencer o tido e dito doente de que ele não é responsável pela sua doença. (Depois de tanto tempo tentando convencer o sujeito de sua doença, a ciência agora faz justamente o oposto ao dizer: “Não, a doença não é sua. Você não é doente!”).

Minuchin: Qual é o seu problema? ... Então, quem quer começar?

Sr. Smith: Eu acho que é o meu problema. Eu sou quem tem o problema...

Minuchin: Não esteja tão seguro. Nunca tenha tanta certeza.

Sr. Smith: Bem... Eu sou o que estive no hospital e tudo.

Minuchin: Certamente, contudo isto não me convence que o problema seja seu. Muito bem, continue. Qual é o seu problema?

Sr. Smith: Completamente nervoso, sempre agitado... tenho a impressão de nunca ficar relaxado ... Levanto tenso e pedi para me porem no hospital...

Minuchin: Acha que você é o problema?

Sr. Smith: De certo modo, eu acho. Eu não sei se é causado por alguém, mas sou eu quem tem o problema.

Minuchin: ... Sigamos seu pensamento. Se fosse causado por alguém ou alguma coisa fora de você, o que julgaria ser o problema?

Sr. Smith: Sabe, eu ficaria muito surpreso.

Minuchin: Pensemos na família. Quem o aflige?

Sr. Smith: Não sei de alguém na família que me deixa aflito.

Minuchin: Deixe-me perguntar para sua esposa. Está bem?

(MINUCHIN, 1982, p. 11)

Vai-se da confissão a uma outra prática que teria como objetivo o seu oposto: a desconstrução da culpa, a dissolução do segredo, a demolição das estruturas psíquicas. Contudo, uma coisa ainda impera nas duas práticas – o reinado da família continua e ela ainda é o foco das atenções. Se antes, com a psicanálise, a família estaria presente como uma sombra no tratamento da psicose (loucura), agora ela é materializada diante dos olhos do terapeuta, que se torna capaz de não apenas perceber a dinâmica conversacional do grupo, mas também de fazer parte desta dinâmica e “ajudar” a família a construir outras possibilidades de relações mediante algo que, junto com a família, continua imperando nas práticas terapêuticas: a palavra.

Assim, a palavra, com seus mais possíveis sentidos compartilhados por todos do grupo, na terapia sistêmica, é a grande arma que faz com que o jogo de equilíbrio e desequilíbrio prossiga, formando uma dança de sentidos e o objetivo do terapeuta, neste caso, talvez seja justamente o de combinar o ritmo dos corpos com o ritmo da música. E no diálogo⁵⁷ terapêutico, para cada sentido produzido, uma forma de ver e significar surge; a cada sentido um novo saber sobre as situações, sobre os problemas emerge e, como não poderia deixar de ser, este saber é atravessado de poder, que faz com que a arte da atribuição de sentidos seja sempre uma arte política. Contudo, vale lembrar novamente que não se trata de um poder que impõe o sentido mais correto ou que censura outras possibilidades de sentido, ou que é (im)posto pela fala, ou pela interpretação, do terapeuta. A partir disto, talvez se possa dizer que, nas terapias interpretativas, o poder se caracteriza por um caráter repressivo, negativo, pois,

57 Para a terapia sistêmica, “nenhuma conversação seria mais verdadeira que a outra, (...) diferentes conversações poderiam ser geradoras de mudanças terapêuticas e (...) a construção do problema que a família traz, bem como a construção de uma teoria da mudança, é uma produção colaborativa entre terapeuta e clientes, em um espaço intersubjetivo de diálogo. (...) é no contexto do que foi colocado acima que (...) os problemas psicológicos surgem, mudam de forma e desaparecem, conforme mudam o vocabulário e as descrições dos terapeutas” (GRANDESSO, 2000, p. 141)

de alguma forma, impõe algumas poucas possibilidades de interpretação, de atribuição de sentido. E, neste caso, a chave da decifração do enigma do paciente, por certo, pertence a mãos restritas, como do terapeuta (ou psicanalista, quem sabe).

E de que maneira o procedimento dialógico produz um saber sobre a loucura e configura uma certa família? Na psicanálise é um saber sobre o desejo, que vai sendo constituído no decorrer da confissão (conforme visto anteriormente), que possibilita produzir um certo saber sobre a loucura e a família: ambos são produzidos pelo saber sobre o desejo. Na terapia sistêmica trata-se de produzir um saber sobre o processo interacional entre os membros da família e este se dá mediante o diálogo; ou seja, é através do diálogo, como procedimento terapêutico, que o terapeuta produz um conhecimento sobre o diálogo, como aquilo que possibilita as interações entre as pessoas; se ele (o diálogo) é esquizofrênico, contraditório, manipulador... Assim, o diálogo é ao mesmo tempo um procedimento que possibilita configurar um saber sobre a loucura e aquilo que configura a especificidade deste mesmo saber.

E dentro do jogo terapêutico, quais as características que possibilitam chamar o procedimento de dialógico? Quais são suas especificidades? Diferentemente da confissão, existe um jogo de palavras que delinea esta prática. Como vimos no exemplo e na abordagem teórica da terapia, o objetivo na terapia é a desconstrução das verdades e conceitos que impossibilitam um bom funcionamento inter-relacional. E de que maneira isto ocorre? Cabe ao terapeuta “perceber/escutar” (produzir) os focos de contradição e de verdades/crenças sobre determinados aspectos, que estejam cristalizadas, presentes no diálogo entre os integrantes do grupo: por exemplo, quando em algum momento alguém afirma algo e logo depois diz o oposto; ou quando afirma algo sobre si e outros falam o oposto sobre esta pessoa. Ou ainda, quando alguém acredita fortemente em uma idéia (“sou louco”, por exemplo) e tem dificuldade de ver outra possibilidade (“o contexto familiar está em desequilíbrio e eu sou o sintoma disto”) – daí cabe ao terapeuta oferecer outras possibilidades de verdade para a mesma situação. Um exemplo disto está no diálogo descrito acima e, o ponto alto da intervenção terapêutica se dá quando o profissional responde à queixa do paciente: *“Não esteja tão seguro. Nunca tenha tanta certeza”*. Este tipo de atuação diferencia-se da intervenção interpretativa na qual apenas uma verdade é produzida. Aqui, há várias possibilidades e o que a terapia visa é que os integrantes da família sejam capazes de desconfiar até mesmo de

suas crenças sobre os problemas, sobre a loucura, mediante um olhar que vê de forma sistêmica, conforme exposto acima.

Quanto ao funcionamento do poder, na terapia familiar sistêmica ele opera de forma extremamente gentil e através da polidez e do diálogo se instaura para que, em determinado momento, o sintoma possa se diluir. Outro aspecto deste poder é que ele não impõe uma verdade que valha sempre, mas justamente o oposto – o poder é flexível e maleável e a qualquer momento, em qualquer prática dialógica, ele atravessa as palavras e toca os corpos, os comportamentos, os olhares de cada integrante do grupo, pois ele constitui saberes e verdades, mesmo que sirvam apenas para algum momento. E se a verdade em terapia sistêmica é funcional (serve apenas se imbuída de alguma função que reponha o equilíbrio), o poder também o é: verdade e poder se justapõem, e se eternizam, pela funcionalidade - um belo casamento!

2.6 Algumas considerações sobre os discursos acerca da loucura

As práticas discursivas anti-manicomiais envolvem uma crítica ao poder repressor e controlador do médico. Critica-se o poder negativo, sendo que a produção de saber para melhor lidar com a loucura e o louco continua, visto que é a partir desta produção que se justifica uma prática atravessada pelo “slogan” da humanização⁵⁸. É preciso humanizar os tratamentos, é preciso olhar para os doentes mentais e ouvi-los de uma outra forma, é preciso devolver a eles o direito a relações com outras pessoas, o direito de ir e vir, de saber sobre sua “doença e seu tratamento” (lei do Deputado Paulo Delgado⁵⁹) e até mesmo de escolher, se seu caso não for crítico, quando ser internado. Essa atenção diferenciada sobre a loucura tem como raiz, em um mesmo tempo, a crítica ao poder negativo do médico e a necessidade de considerar o contexto, as relações, na constituição da doença.

É aí que entram a prática da terapia sistêmica familiar e, nas pesquisas neurológicas, o tratamento bioquímico que, ao invés de silenciar, deve ser preciso em sua aplicação. O saber sistêmico (olhar contextual sobre a loucura) que atravessa o discurso anti-manicomial constitui a loucura

58 A lei que extingue os manicômios no Brasil (sancionada em abril de 2001) postula, no artigo 2º, o direito da pessoa que sofre de transtornos psíquicos de “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família e na comunidade”.

59 Paulo Delgado é membro fundador do Instituto Franco Basaglia de Estudos e Pesquisas (RJ).

a partir de um saber sobre a disfunção de um sistema, seja familiar (em primeiro lugar) ou macrossocial. Se a loucura de um indivíduo é tomada como um sintoma de um desequilíbrio que não pertence a ele, então não faz sentido mantê-lo isolado (em manicômios). É preciso devolvê-lo ao grupo ao qual “pertence”, buscando um equilíbrio no sistema familiar. Por fim, o que o movimento anti-manicomial visa é a família, o sistema familiar, pois é ali que a doença é produzida, sendo reforçada em outros contextos. O discurso do movimento apaga a voz solitária do médico ou do doente, para saturar todas as vozes com os ouvidos atentos àquilo que torna o diálogo esquizofrênico; este é o foco da atenção do terapeuta, que vê a loucura no desequilíbrio do sistema.

No discurso anti-manicomial houve um apagamento do médico psiquiatra, em termos do seu poder ditatorial, para trazer à tona outros profissionais⁶⁰ (psi e outros) no trabalho com o louco e a loucura. A visão de loucura a partir de um saber contextual e não de um saber sobre o indivíduo (ou sobre o desejo), cria condição de possibilidade para a atuação de outros profissionais, que saturam o tema com *saberes diversos*⁶¹ que visam o mesmo: a reintegração do “doente” à sociedade, primeiramente passando pela família. O poder que atravessa esta prática e este discurso não é mais um que gera a exclusão (internação em instituição psiquiátrica) ou o silenciamento (dopagem com excesso de remédios), mas que visa produzir o oposto: a inclusão e o fazer falar. Em relação ao fazer falar, a prioridade não é tanto o monólogo, em que o terapeuta ouve e faz intervenções interpretativas. O foco agora é o diálogo, em que o terapeuta é mais um falante. Contudo, um falante que se diferencia dos outros por estar atento àquilo que produz o sintoma; o terapeuta se insere no contexto para, lá de dentro, “perceber” (produzir) o foco do desequilíbrio, da disfunção e, dessa forma, produzir um saber sobre aquele sistema específico.

Além disso, existe a necessidade de integração do indivíduo tido como louco ao contexto macrossocial. Aí entra a atuação dos diversos

60 Segundo a ONU (17 de dezembro de 1991), um profissional de saúde mental “significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em seu nome, incluindo o pai ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional”.

61 A relação entre saúde mental e trabalho, por exemplo, é objeto de estudo de várias disciplinas: “a psiquiatria clínica, a economia política, a biologia, a sociologia, a antropologia, a psicologia experimental e a psicologia clínica, a toxicologia, a epidemiologia e as várias disciplinas do campo da engenharia industrial e de produção, que estudam a organização e os processos de produção” (SILVA, in TUNDIS *et al* (org), 2000, p. 218).

profissionais⁶², bem como de qualquer pessoa; todos são atravessados por algum saber que por fim diz: a loucura é produto da sociedade e é nela que as pessoas devem estar funcionando, inseridas. Contudo, vale lembrar que esta funcionalidade não se restringe à questão produtiva e econômica, mas, sobretudo, à questão relacional. É na relação que a funcionalidade e a produtividade devem existir e que a saúde psíquica deve se constituir. Daí a necessidade da formação de redes de trabalho que vise envolver todos no processo de reintegração do indivíduo “na família, no trabalho e na comunidade” (Projeto de Lei, abril de 2001).

Portanto, o discurso anti-manicomial é atravessado por práticas discursivas que se caracterizam por críticas ou o seu oposto. No mesmo instante que o movimento golpeia os saberes acompanhados de um poder negativo e repressivo (teorias e práticas médicas que salientem o poder do médico), ele se constitui. Por outro lado, aqueles saberes atravessados de uma certa positividade, em termos de poder, são a base a partir da qual o movimento censura as práticas repressivas. As práticas discursivas do movimento anti-manicomial liberam o louco e a loucura da posição que a *doença* e o *doente* ocupam em termos de objeto para a produção do conhecimento. Contudo, este gesto seu produz algo mais no lugar da doença (da loucura tomada como objeto de saber): produz a *disfunção*. Assim, os esforços terapêuticos não visam mais a cura (referente à loucura como doença), mas à capacidade de relação do indivíduo - aí estaria sua saúde psíquica.

E se Basaglia diz que fazer ciência sobre a mesma base é comer o próprio vômito, certamente a prática discursiva que atravessa o movimento é feita deste vômito, justamente porque os saberes que a constituem são politicamente (Foucault) construídos e investidos. Portanto, a loucura, e a família, estão condenadas à prisão disciplinar; na verdade é devido às amarras científicas (rótulos, definições, práticas, procedimentos etc.) que elas existem. Se não fosse a ciência, loucura e família seriam algo mais (ou não seriam nada), mas isso é uma outra história!

62 Conforme a Lei do deputado Paulo Delgado (art 3º), o Poder Público destinará verba “para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada”.

CONCLUSÃO

“Uma coisa perdurará, que é a relação do homem com seus fantasmas, seu impossível, sua dor sem corpo, sua carcaça noturna; e, uma vez colocado o patológico fora de circuito, a sombria vinculação do homem à loucura será a lembrança intemporal de um mal desaparecido em sua forma de doença, mas que sobrevive como infelicidade.”

(Michel Foucault, *apud* SILVA FILHO, 2000)

“É mais compensador – e mais difícil – pensar sobre os outros em termos concretos, empáticos, contrapontísticos, do que pensar apenas sobre “nós”.”

(SAID, 1995, p. 411)

“Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo.”

(FOUCAULT, 1968, p. 20)

Nesta conclusão, primeiramente são resumidos alguns aspectos abordados e deixadas algumas questões em aberto para futuras reflexões. Posteriormente, são tecidas algumas considerações acerca da loucura (e da família) enquanto experiência diferenciada e excluída. E, por fim, são traçadas algumas linhas sobre minha experiência no decorrer da realização deste livro.

CONCLUSÃO

1.1 Resumindo...

Este livro tratou da maneira pela qual família e loucura são produzidas por saberes que, ao tomarem a loucura como objeto de conhecimento científico, tornando-a doença, produzem também uma certa família, configurada como espaço no qual a loucura se torna possível.

Essas diferentes loucuras e famílias estão presentes no discurso anti-manicomial ao ser, este, atravessado por práticas discursivas – a psicanálise, a teoria da hereditariedade, a neurociência e a terapia sistêmica – todas falando de uma certa loucura, numa certa família, mediante determinada especificidade.

Ao tratar com mais profundidade a formação desses saberes, me remeti a Foucault, para pensar arqueologicamente: o que implica o processo de configuração da loucura como objeto de saber; os meios (procedimentos) utilizados para a produção do conhecimento; e as condições que tornaram os saberes possíveis, em determinada época. Além disso, também me propus a pensar as práticas discursivas a partir da noção foucaultiana de poder-saber, o que me permitiu analisar cada procedimento, discurso, técnica, tratamento, como estando atravessado pelo poder, uma vez que não é possível falar em saber científico sobre a loucura sem considerar as relações de força que possibilitam, antes de tudo, recortar (produzir) a loucura como objeto de conhecimento científico; relações de força que se realizam pelo/no discurso, gerando um efeito de produção de sujeitos: *o sujeito louco*.

Numa perspectiva foucaultiana, foi possível analisar os discursos de modo a deslocar, daquele que os analisa, a crença (ou o desejo) de descobrir uma verdade escondida por alguma ideologia, que teria o papel de encobrir o real. Para Foucault, até mesmo o real é uma produção, que se dá mediante um certo procedimento (de escuta ou olhar) que cria condições para construir uma certa verdade sobre aquilo que é o objeto do saber/controle. Assim, não se tratou de trabalhar com vários discursos sobre a loucura e ver qual seria o menos atravessado ideologicamente (todos são produzidos pelo poder – por isso são o que são!), nem de buscar

uma certa linha de continuidade entre esses discursos descobrindo no que eles se assemelham ou de diferenciam; também não se objetivou julgar se determinado discurso seria mais sensato ou preciso, nem traçar um histórico sobre a loucura. Tratou-se, sim, de fazer ver a maneira pela qual é possível falar em loucura, como doença e objeto de saber científico, em determinada época. Não foi por acaso que a psicanálise, a hereditariedade, a neurociência e a terapia sistêmica produziram uma certa loucura e uma determinada família. Nem, tampouco, tratou-se de inferir alguma intenção nas produções dos saberes: Freud fundou a psicanálise porque as condições daquele momento possibilitaram que um saber acerca do inconsciente e do desejo fosse produzido. O mesmo vale para as outras teorias. Portanto, esta análise visou, sobretudo, fazer perceber, mais do que as rupturas entre os saberes, a maneira como esta ruptura se dá e o que ela produz, em uma outra área do conhecimento.

Nesta obra, pude, mais do que questionar o saber científico na sua relação com a loucura como sendo isenta de poder, mostrar que é impossível separar saber e poder. Não existe nenhum conhecimento que, para se constituir, não produza submissão, classificação, rotulação, exclusão, pois estes são constitutivos daquele. Um dos objetivos a que me propus foi mostrar que, mesmo aqueles discursos mais humanitários que propõem a proteção dos direitos e resistem a alguma forma de poder repressivo (neste caso, o discurso anti-manicomial) não são isentos do poder. Aliás, talvez compense pensar que a violência não seja tão grosseira (esse é um ganho do movimento, por certo, de libertar a loucura do eletrochoque, do asilo e do excesso de drogas), mas certamente que o maior ganho do discurso anti-manicomial não foi ter proporcionado aos loucos (e suas famílias) melhores condições de vida, mas sim ter, pela resistência e luta, conseguido algo mais: se apropriar da loucura e da família; agora as regras (pelo menos muitas delas) seriam postas pelo movimento: certamente uma nova prisão, porém mais tolerável, porque menos percebida.

Considerando as diferentes práticas e saberes acerca da loucura, que a constituíram, historicamente, mediante diferentes procedimentos geradores de exclusão, internamento e desinstitucionalização, permanece a possibilidade de pensar a(s) loucura(s) e a família(s) que seriam produzidas com a ruptura em relação a essas práticas de exclusão (internação) e de medicalização. Sem dúvida que uma outra loucura (e família) está nascendo – a queda dos manicômios também significa a queda de uma produção asilar e, portanto, unicamente psiquiátrica, do conhecimento. Outros

saberes produzirão outras loucuras (e famílias), mediante procedimentos diferentes pautados numa visão científica.

Além disso, outras reflexões podem ser feitas acerca do tema deste livro: que loucura e que família uma outra visão/discurso, que não científico – a partir do que foi visto, produziriam? Que relações com a loucura e a família estes saberes fundariam? Seria possível, ainda, articular loucura e família sem ser no campo da cientificidade? Este sem dúvida foi um dos méritos do discurso científico: ao produzir a loucura como doença, ele se apropriou da família, constituindo-a de diferentes maneiras pela via das diferentes formas de relação com a loucura.

E qual a relevância deste livro? Espero que ele ofereça uma ferramenta de percepção dos saberes não pelo que eles são, mas pela maneira pela qual foram constituídos no que são. E isso implica uma visão política, não ingênua ou romântica, mas certa de que não é possível produzir saber sem relações de poder. E nisso, mesmo o analista está implicado.

1.2 Algumas considerações finais

*Fui perdendo a fala e os movimentos do corpo e passei pelas terapias de eletrochoque e injeções de insulina. Depois da insulina, injetavam glicose e meu corpo se debatia numa agitação frenética. Quem não tinha o coração forte não agüentava.*⁶³

*No começo ele ainda permanecia calado e quieto. A melhora veio após uns três anos. Nos dias atuais o processo se inverteu. Antes ele dependia muito de mim. Hoje sou eu que dependo dele.*⁶⁴

Gostaria de fazer uma última ressalva sobre a loucura, o louco e a família.

Como já foi mencionado anteriormente, a partir do século XIX a psiquiatria foi capaz de produzir a loucura. Pois bem, o que se conseguiu com isso? Amenizar o sofrimento humano? Curar as dores sem corpo? Tornar os indivíduos mais felizes? Possibilitar um mundo mais saudável? Tornar os indivíduos mais livres? Certamente que não. O que os saberes que produziram a loucura - e a família - conseguiram foi, sobretudo, gerar mais exclusão, sofrimento, indivíduos “improdutivos” e, portanto, alheios

63 Experiência de internação do jornalista e escritor Milton Freire, num período de 10 anos. (*Revista da Saúde*, 2001, p. 23).

64 Depoimento de um pai cujo filho foi internado em hospício por 10 anos. (*Revista da Saúde*, 2001, p. 23).

à sociedade, o que inclui também a família na qual o “louco” está inserido, já que ambos estão implicados. A ciência deu nascimento, mais do que nunca, a *estrangeiros*: pessoas obrigadas a viver sob um estigma marginalizante e excludente, por pena daqueles cujos olhos vêem diferenças e hierarquias, pautadas num conhecimento que diz o que é normal (saudável / funcional) e anormal (doente / disfuncional). Ao anormal resta a sobra, o deboche ou, pior, a indiferença, como se ele realmente não tivesse nada para dizer – sua existência beira o apagamento e sua voz, o murmúrio. Os loucos e a família são colocados em um lugar do qual qualquer coisa dita é sem sentido, sem seriedade, sem “verdade”, portanto, inexistente.

Pois bem, o que fazer? O que pensar? Será apenas uma questão de normatizar⁶⁵ a sociedade e tornar os indivíduos mais produtivos? Acredito que não. Talvez uma saída esteja no próprio estigma conferido a esses indivíduos alheios: já que é para ser estrangeiro, então que se leve essa experiência ao seu limite... Quero dizer, trata-se muito mais de se *deslocar* pelas posições e lugares marcados e excludentes (ou includentes!) que são produzidos do que ficar seduzido pela doçura que uma certa identidade/ posição de sujeito pode trazer. Isso não significa rejeitar ou apagar as experiências em outras posições, lugares ou subjetividades, mas sim saber se *desprender* delas, ou seja, aprender a perder, a deixar de ser algo (às vezes desejado) em prol de outras posições, outras identidades, outras experiências. Na fala de Said (1995, p. 411): “devemos encarar as experiências como se elas estivessem a ponto de desaparecer: o que há nelas que as firma ou enraíza na realidade? O que resgataríamos delas, a que renunciaríamos nelas, o que recuperaríamos?”.

Sem dúvida que essas não são questões para os “loucos”, mas para todos aqueles que desejam viver como um estrangeiro, sabendo circular como um peregrino (ou migrante), levando consigo o menos possível, talvez o suficiente para que a saudade ou o orgulho de ser alguém (um “normal”) não permita que os olhos percebam uma outra realidade, uma outra possibilidade de ser e de estar no mundo sem a carga dos rótulos, do preconceito, da vaidade e das exclusões.

E se há vergonha do “outro” - o diferente -, há que se levar em conta que as identidades se constituem umas em relação às outras, o que significa dizer que estão mutuamente implicadas: “a questão é que nenhu-

65 Sobre a norma, esta “não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios em que se aplica (...) é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado (...) A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo” (FOUCAULT, 1997, p. 62).

ma identidade pode existir por si só, sem um leque de opostos, oposições e negativos: os gregos sempre requerem os bárbaros, e os europeus os africanos, os orientais etc. Sem dúvida, o contrário é verdadeiro” (SAID, 1995, p. 88). E por que não pensar que os normais requerem os anormais, os psiquiatras os loucos, os funcionais os disfuncionais, os saudáveis os doentes... e vice-versa? Definitivamente, é ilusória a crença de que existe uma pureza (verdade) da identidade e que o seu “oposto” não esteja implicado nela. De fato, a melhor saída é não estar tão cristalizado na sua própria posição, para não correr o risco de sofrer as angústias, exclusões ou vaidades que as essencializações podem causar.

* * * * *

Sobre a situação da saúde mental, segundo o Coordenador de Saúde mental do Ministério da Saúde (em novembro de 2002) Pedro Gabriel, após avaliação dos hospícios no país, aqueles que não atenderam aos critérios exigidos pelo SUS foram descredenciados. Além disso, o fechamento dos hospitais está sendo de acordo com a criação de serviços substitutivos que englobam Caps, hospitais-dia e noite, internação apenas em casos de crise do paciente em hospitais gerais, casas terapêuticas, atendimentos psicológicos em postos de saúde, etc.

Esses serviços “são entidades cadastradas pelo Ministério da Saúde que prestam atenção diária e integral aos usuários, cuidando para que os direitos civis e sociais sejam preservados”. (Jornal do Conselho Federal de Psicologia – ano XVII, no 73, nov. de 2003: p. 13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BEZERRA, Benilton. “Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental” in *Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil*. Tundis S. A. e Costa, N. R. (orgs). Petrópolis: Vozes, 2000.

BOSCOLO, Luigi, CECHCHIM, Gianfranco, HOFFMAN, Lynn, PENN, Peggy. *A Terapia Familiar Sistêmica em Milão*; trad. Carlos Arturo Molina-Loza, Christina Sutter. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BRASIL. Lei no. 10216 de 06 de abril de 2001. *Extingue os manicômios no Brasil*. Lex: DOU em 09 de abril de 2001.

CAPRA, Fritjof. *A teia da Vida*. São Paulo: Cultrix, 1996.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica – A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978

_____. *O Psicanalismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978a.

COOPER, David. *Psiquiatria e anti psiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1967.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

DREYFUS, Hubert L. e RABINOW, Paul. Michel Foucault – Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

DOR, Jöel. *Introdução à leitura de Lacan – o inconsciente estruturado como linguagem*. (Trad. Carlos Eduardo Reis). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

- FOUCAULT, Michel (1997). *Os Anormais*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. *Em Defesa da Sociedade* (1975a). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
- _____. *Arqueologia do Saber* (1968). Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- _____. *Vigiar e Punir* (1975). Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. *História da Sexualidade I – a vontade de saber* (1976). Rio de Janeiro: Graal, 1999a.
- _____. *Microfísica do Poder* (1979). Rio de Janeiro: Graal, 1999b.
- _____. *Ditos e Escritos I – Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999c.
- _____. Bancar os loucos (1975b). In: _____ *Ditos e Escritos I – Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999d.
- _____. Prefácio (Folie e déraison) (1961). In: _____ *Ditos e Escritos I – Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999c.
- _____. *O Nascimento da Clínica* (1963). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- _____. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Trad. Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- GARCIA-ROZA, Luis Alfredo. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- GRANDESSO, Marilene. *Sobre a Reconstrução do Significado*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- GRAEFF, Frederico G. BRANDÃO, Marcus L. *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos editorial e Gráficos, 1996.

GULJOR, Ana Paula. Boletim Integralidade em Saúde. Outubro/ 2007. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=1> Acesso em 05/2008.

Jornal do Conselho Federal de Psicologia. Ano XVII, no. 73, novembro de 2003

JULIEN, Philippe. *As Psicoses – um estudo sobre a paranóia comum*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

JUNG, Carl. G. *Psicogênese das Doenças Mentais*. Petrópolis: Vozes, 1986. Trad. Márcia de Sá Cavalcanti.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, A; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da Norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MINUCHIN, Salvador. *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas: 1982.

NASH, Madeleine J. *Fertile Minds* in Revista Time de 10 de fevereiro de 1997.

ONU. Sobre a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. Em 17 de dezembro de 1991.

PAPP, Peggy. O Dilema da Mudança in *O Processo de Mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Revista da Saúde. Publicação do Conselho Nacional de Saúde, ano II, no. 02, dezembro 2001.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SAID, Edward. *Cultura e Imperialismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SILVA FILHO, João Ferreira da Silva. “A medicina, a psiquiatria e a doença mental” In: TUNDIS S. A. e COSTA, N. R. (orgs), 2000.

SOUZA, Pedro de. *Confissões da Carne*. Campinas: Editora da Unicamp, 1995.

THOMPSON, Margaret W.; McINNES, Roderick R.; WILLARD, Huntington F. *Genética Médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1991. 5ª ed.

TUNDIS S. A. e COSTA, N. R. (orgs). *Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2000.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; e JACKSON, Don. D. *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix, 1967.



TRIUNFAL
GRÁFICA & EDITORA

Diagramação, Impressão e Acabamento

)
Rua José Vieira da Cunha e Silva, 920/930/940 - Assis/SP
CEP 19800-141 - Fone: (18) 3322-5775 - Fone/Fax: (18) 3324-3614
CNPJ 03.002.566/0001-40