

Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico

Michel Foucault and the persistence of psychiatric power

Sandra Caponi¹

Abstract *This article aims studying the course held by Michel Foucault at the Collège de France in 1973-1974. The records of this course were published in 2003 under the name "Psychiatric power". The objective was to compare the different ways in which Foucault analyzes the question of madness in "Psychiatric power" and in "History of Madness in the Classical Age" (1961). It is a comparative study about the different ways of analyzing madness developed by Michel Foucault during the archeological and genealogical periods of his work. The absence of the body; binary diagnosis; the description of the surface of symptoms; the classification of diseases more similar to the botanical classification than to pathology; the process of cure directly linked to restitution of behaviors and moral values; as well as the over-power of the psychiatrist, seem to speak about the persistence of an old model of power, a pre-modern and pre-capitalist model, a residue of the old sovereign power.*

Key words *Foucault, Psychiatry, Medical knowledge, Psychiatric institutions*

Resumo *O artigo pretende estudar o curso que Michel Foucault ministra no Collège de France nos anos 1973-1974. Esse curso foi publicado em 2003 com o nome de "Le pouvoir psychiatrique". O objetivo foi analisar os diversos modos como Michel Foucault analisa a questão da loucura em "Le pouvoir psychiatrique" e em "A história da loucura na época clássica" (1961), através de um estudo comparativo dos diferentes modos de analisar a loucura nos textos de Michel Foucault no período arqueológico e genealógico. Concluiu-se que a ausência de corpo, o diagnóstico binário, a descrição de superfície dos sintomas, a classificação de doenças mais próxima à classificação botânica que à nosologia patológica, o processo de cura diretamente vinculado à restituição de condutas e valores morais, assim como o sobre-poder exercido pelo psiquiatra, parecem falar da persistência de um antigo modelo de poder, um modelo pré-moderno e pré-capitalista, um resíduo do antigo poder soberano.*

Palavras-chave *Foucault, Psiquiatria, Saber médico, Instituições psiquiátricas*

¹Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Trindade. 88040-900 Florianópolis SC. sandracaponi@newsite.com.br

Introdução

Sob o título de *Le pouvoir psychiatrique*¹, a Gallimard publicou em 2003 a transcrição do curso ditado por Foucault no Collège de France entre o dia 7 de novembro de 1973 e o dia 6 de fevereiro de 1974. Nele, Foucault retoma a problemática da loucura de uma perspectiva completamente diferente daquela que, dez anos antes, articulara *A história da loucura na época clássica*² (1961). Pretendo analisar de que modo esse texto se vincula por uma parte com as teses enunciadas em *A história da loucura* e *O nascimento da clínica*³, e por outra com as teses enunciadas em *Vigiar e punir*⁴ (1979) e *A história da sexualidade I*.

Este texto pode ser lido como uma continuação dos estudos arqueológicos anteriores. Aparece no ponto de cruzamento e de articulação das problemáticas abordadas em *A história da loucura*², *O nascimento da clínica*³ e *As palavras e as coisas*⁶. O texto transita pelos saberes referidos à loucura, mas também pela anatomopatologia clínica e as ciências humanas. Tentaremos analisar de que modo *O poder psiquiátrico* permite dar continuidade e articular as teses enunciadas nos textos arqueológicos anteriores, fundamentalmente em *A história da loucura* e *O nascimento da clínica*. Ao mesmo tempo, deveremos analisar as distâncias, as diferenças e a novidade que este texto representa em relação a esses estudos. Pois, como veremos, Foucault não fala só de saberes, mas também de poderes. É esta nova preocupação própria dos estudos genealógicos, a articulação entre saber, verdade e poder, a que marcará a distância entre esse texto e os estudos anteriormente dedicados à loucura e ao saber médico.

Deveremos então dar um passo a mais. Não poderemos nos limitar a observar as continuidades e diferenças com os trabalhos arqueológicos. Para poder compreender de que modo *O poder psiquiátrico* se inscreve no interior do espaço de preocupação foucaultiano que se inaugura com *Vigiar e punir*⁴ e com *A vontade de saber*⁵, deveremos realizar uma leitura *a posteriori*. Tentaremos analisar a relação que existe entre o poder psiquiátrico e esses biopoderes próprios da modernidade que Foucault analisa no último capítulo de *A história da sexualidade I*.

Assim, será necessário interrogar a este curso de uma perspectiva dupla: uma primeira perspectiva que nos fala das continuidades e diferenças com os textos arqueológicos; uma segunda perspectiva, *a posteriori* ou recorrente, que nos permita repensar as teses enunciadas nesse curso a partir dos conceitos de biopoder, anátomo e biopolítica enunciados por Foucault em 1978⁵.

Da loucura como representação à saúde mental

Tal parece que a maior diferença existente entre *A história da loucura na época clássica*² e o curso de 1973-1974¹ está em seus objetos de estudo. No primeiro caso, se tratava de estudar a representação da loucura como fenômeno histórico e social analisada do ponto de vista das representações sociais. Foucault dirá que, então, ele “tentou estudar fundamentalmente as imagens que foram feitas sobre a loucura no século XVII e XVIII”¹. No segundo caso, se trata de analisar já não a percepção da loucura, mas sim os discursos, as ciências, os jogos de poder e verdade que tomaram por objeto a loucura. Enquanto em 1961 Foucault insistia na problemática do fechamento e violência, em 1974 sua preocupação será outra, será a de analisar o modo como se estabelecem e o modo como se circulam as relações de poder dentro desse espaço médico que é a psiquiatria. Agora mais que analisar “as imagens construídas em torno da figura da loucura nos séculos XVII e XVIII, os temores que elas suscitaram, os saberes que se formaram a partir de modelos botânicos, naturalistas ou médicos”¹, estudará os modos como se articulam saber, verdade e poder, por referência a esse fenômeno ambíguo que chamamos “loucura”.

Em *O poder psiquiátrico*, Foucault se propõe responder a seguinte pergunta: “Em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de um certo número de enunciados, de discursos, e, em consequência de todas as formas de representação que podem surgir dali?”¹ Os dispositivos de poder passam a ser visualizados e analisados como instâncias de produção das práticas discursivas e a interrogação se deslocará das representações para os dispositivos de poder e os jogos de verdade que se teceram em torno da loucura e do saber psiquiátrico.

No momento em que Foucault dita este curso, ele está também dedicado à investigação e ao desenvolvimento de um novo livro que aparecerá poucos anos depois: *Vigiar e punir*. Como sabemos, esse texto inaugura um novo modo de entender a história das idéias, novos temas e novos problemas começam a ser abordados: o poder disciplinar, a normalização, a articulação entre verdade e poder, as estratégias e táticas de controle do tempo e do espaço. Nesta etapa genealógica, o interesse pelas “epistemes” se desloca para o interesse pelos “diagramas de poder”.

O curso de 1973-1974 põe em evidência as novas preocupações de Foucault: a relação entre espaço disciplinar e espaço asilar; o estudo das diferentes formas que adota o poder disciplinar na

polícia, no hospital e na escola; a disciplina como instância de normalização; a constituição do indivíduo pela tecnologia disciplinar; a microfísica do poder asilar; a descrição do panóptico do Bentham. É possível reencontrar um a um todos os temas que articulam *Vigiar e punir*; é só que aqui não se trata de analisar a instituição penal, nem em sentido estrito a instituição psiquiátrica, mas sim se pretende re-problematizar e dar continuidade a duas antigas preocupações de Foucault: o hospital e a clínica por uma parte, o psiquiátrico e a psiquiatria por outra.

Assim, *O poder psiquiátrico* permite dar continuidade ao *A história da loucura* e a *O nascimento da clínica* e, ao mesmo tempo, possibilita uma aproximação e uma articulação entre esses dois textos. Mostra a dificuldade em separar a história da psiquiatria e a história da medicina. Ainda quando existem práticas, modos de observar e de diagnosticar absolutamente diferentes, é por relação à medicina que a psiquiatria encontra sua legitimidade e seu prestígio: *Tendemos a pensar que a psiquiatria aparece, pela primeira vez como uma especialidade no interior do domínio médico [...] Entretanto, entre os fundadores da psiquiatria, a operação médica que realizam quando tratam de um paciente não tem, em sua morfologia, nem em sua disposição geral, virtualmente nada a ver com aquilo que se está transformando na experiência, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irredutíveis aos da medicina*¹. Porém, é por relação ao hospital, à anatomopatologia e ao nascimento da clínica que deve ser compreendido o discurso psiquiátrico: “É essa heterogeneidade a que vai marcar a história da psiquiatria”¹.

Foucault analisa ambas as disciplinas (psiquiatria e medicina) observando aquilo que as aproxima e aquilo que as separa. Mostra que é necessário deter-se nas diferenças, entre a figura do médico e a figura do psiquiatra, entre a instituição hospitalar e o asilo, entre as práticas próprias da psiquiatria e aquelas realizadas por um anátomo-patólogo ou um clínico, no mesmo momento histórico. Detém-se nas diferentes estratégias terapêuticas e nos diferentes modos de estabelecer um diagnóstico.

Na aula do dia 7 de novembro, lemos que o curso: “se inscreve no ponto de chegada, ou em todo caso, de interrupção do trabalho que tinha sido realizado anteriormente em *A história da loucura na época clássica*¹. Poderíamos dizer que esse curso se inscreve também no ponto de chegada, ou em todo caso, de interrupção, do trabalho realizado em *O nascimento da clínica*³. Exatamente nesse ponto em que o discurso médico deixa de

interrogar-se por sintomas e lesões orgânicas e começa a preocupar-se com um sofrimento que não pode ser localizado em determinado órgão ou tecido, um sofrimento que toma ao homem em seu conjunto. Isto é, esse sofrimento que englobamos sob o nome confuso de doença mental ou de transtorno psiquiátrico.

Não é possível falar de continuidade em relação ao *A história da loucura*² sem analisar as importantes diferenças apontadas por Foucault como sendo os pontos de descontinuidade e de ruptura entre ambos textos. Como já o assinalamos, sua preocupação aqui não será a representação ou as percepções da loucura que reenviam necessariamente a uma história das mentalidades e do pensamento, mas será a tentativa de observar os dispositivos de poder. Foucault toma distância de uma preocupação excessiva pelo problema da violência, presente fundamentalmente no último capítulo de *A história da loucura*, em que analisava o recurso que Pinel, Esquirol e outros faziam da força física. Entende que essa insistência na violência que reenvia a força bruta, desequilibrada, passional, física e irregular pode obstruir uma compreensão das relações de poder calculadas, racionais e medidas que caracterizam a psiquiatria. O poder, assim como a violência, se refere ao corpo, toma ao corpo como objeto, mas ele não responde a forças irracionais e confusas.

Por fim, estabelecerá certa distância crítica em relação ao conceito de “instituição” antes utilizado como articulador em *A história da loucura*: “Eu não acredito que a noção de instituição seja satisfatória [...] O essencial não é a instituição com sua regularidade, com suas regras, mas precisamente os desequilíbrios de poder”¹. Finalmente, criticará a referência à família como modelo para o asilo. Dirá que não é o modelo familiar o que se introduz no psiquiátrico, e que este não pode ser compreendido por referência a vínculos patriarcais, como se afirmava em *A história da loucura*².

Em resumo, *O poder psiquiátrico*¹ só pode ser compreendido como continuação de *A história da loucura* se aceitarmos a substituição de certos conceitos que deixarão de ser usados como referência teórica nos trabalhos do Foucault: “Violência não é a palavra correta, a instituição tampouco indica o nível de análise no que devemos nos situar, e eu não acredito que seja necessário tomar como referência ao modelo familiar”¹.

Mas, como já apontamos, um dos eixos privilegiados de discussão do texto será a comparação entre os estudos médicos, anatômicos e neurológicos, e os estudos psiquiátricos. Ou, dito de outro modo, a distinção entre o corpo anatomopatológico

gico, o corpo neurológico e a ausência de corpo que caracteriza a psiquiatria.

Nas últimas décadas do século XIX, o corpo deixará de ser pensado exclusivamente a partir de tecidos e órgãos, se começará a falar de um corpo com potencialidades, com funções precisas, com comportamentos desejáveis. Por volta dos anos 1850-1860, se começará a falar de um “corpo neurológico”. Por uma parte, é possível afirmar que “o corpo neurológico é ainda o corpo da localização da anátomo-clínica, que não existe oposição mas continuidade entre esses corpos”, pois o primeiro forma parte do segundo, “é sua deriva ou sua expansão, e porque ambos compartilham o mesmo espírito de localização”¹. Mas, por outra parte, será preciso observar as diferenças: “os procedimentos por ajustar a localização anatômica e a observação clínica não são os mesmos quando se trata de neurologia e quando se trata de medicina geral ordinária”¹. Falará de uma disposição diferente dos corpos, de outro modo de descrevê-los. Enquanto a anatomopatologia penetrava nos ínfimos detalhes do organismo profundo sem interrogar a superfície corporal, a neurologia do século XIX se limitará a delinear uma descrição de superfície. Esta última descreve condutas, ações e reações, respostas a movimentos concretos de sobre ou de subestimulação através da utilização de toda uma nova bateria de estímulos-resposta. Foucault analisa, a partir de documentos de Salpêtrier, a descrição que um aluno de Charcot realiza de uma doença neurológica chamada *ptosia*. Descrevem-se uma série de estímulos-resposta, se ordena ao paciente abrir os olhos e só abre um deles, coloca-se uma luz, aproxima-se a luz, afasta-se mais e mais. Paralelamente, a explicação do médico para cada situação concreta limita-se a uma descrição da superfície do rosto do paciente, uma minuciosa descrição das rugas, dos movimentos das pálpebras, etc.

Encontramos ali uma descrição absolutamente diferente de aquela que será realizada pela anatomopatologia. ***Em certo sentido, com uma descrição como esta, retornamos a uma sorte de olhar de superfície, de olhar impressionista, tal como poderíamos encontrar na medicina do século XVIII, em uma época onde a pele, a coloração, o vermelho do rosto e os olhos injetados com sangue eram elementos importantes para o diagnóstico clínico***¹. A anatomia patológica de Bichat e Laenec reduziu estas descrições impressionistas a certos signos de superfície que remetiam a uma lesão que só poderia ser descrita após uma operação cirúrgica ou uma autópsia.

Mas, o corpo neurológico e as estratégias descritivas, tal como tinham sido pensadas por Charcot, não permitem dar novas explicações às doen-

ças mentais. A idéia de um conhecimento diferencial da loucura fundada sobre a anatomopatologia ou a fisiopatologia ou a neurologia, esta “tentativa de inscrição da loucura no interior de uma sintomatologia médico geral”, terminará por fracassar no século XIX. “O fracasso desta tentativa de Charcot, o fato de que o corpo neurológico fuja da psiquiatria como também foge o corpo anatomopatológico, limitará o saber psiquiátrico a três instrumentos de poder”¹. Com o desaparecimento da grande esperança neurológica, não encontraremos mais que três elementos: os interrogatórios, a hipnose e as drogas. Três elementos com os quais, seja no espaço asilar, seja no espaço extra asilar, o poder psiquiátrico funciona até hoje.

Então, e diante desse fracasso, resta analisar as diferenças, a heterogeneidade, entre o diagnóstico e a terapêutica psiquiátrica e o diagnóstico e a terapêutica própria da anatomopatologia. Existem pelo menos duas diferenças fundamentais entre eles: por um lado, a oposição entre um conhecimento diferencial da sintomatologia da doença própria da anatomopatologia e a ausência de diagnóstico diferencial própria da psiquiatria; por outro, a oposição entre a inscrição de lesões no corpo, órgãos, tecidos e a ausência de corpo que caracteriza o poder psiquiátrico.

Tentemos explicar rapidamente estas características que não podem ser entendidas separadamente.

Quando, no século XIX, se articulam a anatomopatologia e a clínica no interior do hospital, se abre a possibilidade de estabelecer correlações entre uma lesão localizada no interior de um organismo e os sintomas apresentados pelo doente. Então, a partir dessa correlação entre sintomas e lesões, se faz possível individualizar diversas doenças, classificar diversos sintomas e estabelecer vínculos entre as lesões e a caracterização de uma ou outra doença. É a atribuição orgânica da lesão o que possibilita a construção de diagnósticos diferenciais. Tais signos e sintomas correspondem a tal lesão orgânica, e esse quadro nos permite diagnosticar uma determinada doença e não outra: uma úlcera é sempre diferente de um câncer de pulmão.

“No espaço da psiquiatria, a situação é completamente diferente por duas razões”¹. Primeira razão. No caso da psiquiatria, embora existam diagnósticos tais como a melancolia, a esquizofrenia ou o transtorno bipolar, não importa tanto a precisão nosológica quanto saber se esse paciente é ou não louco. Antes de qualquer caracterização, a verdadeira questão que se coloca é uma oposição binária. Está em questão uma decisão institucional: se deve ser aceito ou não o internamento do paciente. É dentro desse campo dual que se exerce o diagnós-

tico da loucura. Não se trata de perguntar, como na clínica, “do que ele está doente?”, mas sim de saber se “ele está ou não está doente?” Foucault falará de um diagnóstico absoluto da psiquiatria por oposição ao diagnóstico diferencial da medicina clínica.

Segunda razão. A psiquiatria tal como ela surge no século XIX se opõe à medicina pelo papel que o corpo desempenha em um caso e em outro. “A psiquiatria é uma medicina em que o corpo está ausente”¹. Podemos questionar esta afirmação se observarmos que, a partir de seu início, a psiquiatria se preocupou em encontrar correlações entre doenças mentais e lesões. Em alguns casos, esta busca se mostrou infrutífera e, em outros casos, se mostrou promissora (Foucault se refere ao estudo do Bayle sobre a paralisia geral e as lesões que resultam de seqüelas da sífilis). Entretanto, não é esta preocupação por determinar a lesão, própria da neurologia, a que preocupa o psiquiatra. Sua preocupação **não é inicialmente a de saber se tal comportamento, tal maneira de falar, tal categoria de alucinação se refere a esta ou a aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo caracteriza ou não a loucura**¹.

Sobre o poder psiquiátrico

Se aquilo que caracteriza a medicina, isto é, a possibilidade de estabelecer diagnósticos diferenciais localizando as lesões no corpo, está ausente da psiquiatria, se devemos nos limitar a diagnósticos absolutos nos quais a ausência de corpo substitui a localização de lesões, não poderemos deixar de nos perguntar pela especificidade da psiquiatria.

Sem referências a lesões em órgãos ou tecidos, como estabelecer um diagnóstico binário? Como saber se esta pessoa, que escuta vozes ou que se define como todo-poderoso, deve ou não ser remetida a uma instituição psiquiátrica? Como provar que essas atitudes indicam uma doença mental?

Será necessário que a psiquiatria possa estabelecer mecanismos de prova capazes de substituir a constatação que a medicina clínica encontrava na observação das lesões. Será necessário poder tornar explícito aquilo que se esconde, aquilo que se oculta não no interior do corpo, nos tecidos ou órgãos, mas no interior das condutas, dos hábitos, das ações, dos antecedentes familiares, da história de vida. E isso poderá ser realizado através de três mecanismos: o interrogatório, o uso de drogas e a hipnose. Deixemos de lado as duas últimas técnicas para nos referir ao interrogatório.

A primeira função do interrogatório é discipli-

nar. Possibilita uma atribuição de identidade, uma série de enunciados de reconhecimento do sujeito como alguém que tem determinado passado, como alguém a quem lhe ocorreram determinadas situações no transcurso de sua vida. Para atribuir essa identidade, para construir uma prova da existência ou não da loucura nesse indivíduo, o interrogatório pode realizar-se de maneiras diferentes. Já nas décadas de 1820-1840, quando ainda não existiam estudos sobre a herança de patologias, a preocupação com as diferentes doenças que afetavam ou tinham afetado os ascendentes familiares era um dos itens essenciais dos interrogatórios.

A funcionalidade dessas atribuições não estava vinculada às doenças hereditárias, simplesmente possibilitavam o que Foucault chamou um “alongamento do corpo”, correlativo dessa “ausência de corpo” a que já nos referimos: **Na medida em que não se pode ou não se sabe encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, se trata de encontrar no nível da família certo número de eventos patológicos tais que, embora sejam de outra natureza (se seu pai era apoplético ou se mãe tinha reumatismo ou se tem ou não um primo idiota) referem-se à existência de um substrato material patológico**¹. Ou, como afirma Foucault, “a herança é um modo de doar um corpo à doença”. Ante a impossibilidade de situá-la em um corpo individual, se inventa um corpo, esse “grande corpo fantasmático que é o da família afetada de toda uma série de doenças”¹.

O interrogatório envia por uma parte à família e por outro aos antecedentes individuais da doença. O lugar ocupado pela anamnese na medicina clínica, a preocupação por determinar episódios que poderiam falar de uma possível antecipação da doença permitem decidir se trata de uma doença crônica ou degenerativa e classificá-la dentro de um quadro nosológico que remeterá a lesões, órgãos, tecidos. No caso da psiquiatria, a operação de procurar os antecedentes individuais se refere a outra questão. Enquanto os médicos se preocupam por determinar se existiam certos hábitos ou costumes que poderiam ter contribuído ao desencadeamento da doença, por exemplo, se o paciente é ou não fumante, se faz ou não vida sedentária, etc., o psiquiatra pretende descobrir nas condutas passadas dados que falem de comportamentos ou reações anormais. Ele deve “mostrar que a loucura existia antes da aparição da doença, mostrar que esses signos são a condição de possibilidade da loucura”¹, que eles já estavam indicando que a doença mental, mais cedo ou mais tarde, seria desencadeada. Trata-se de procurar e encontrar signos anunciadores da doença na história de vida, de

encontrar as marcas que falam de uma disposição à loucura. Desse modo, ele pretende inscrever a loucura em um quadro geral, o quadro das anomalias, pois, “a anomalia é a condição de possibilidade da loucura”¹.

Por fim, o interrogatório, técnica privilegiada que o psiquiatra utiliza com o doente, tem duas últimas características. A primeira é estabelecer um cruzamento entre responsabilidade e subjetividade; a outra é a capacidade de fazer com que o doente reviva a doença no momento preciso do interrogatório, diante do saber psiquiátrico. No primeiro caso, o interrogatório procede de modo tal que as ações cometidas, as faltas que levaram a internamento passam a serem visualizadas como sintomas da loucura.

Afirma-se “você pode ser libertado de toda responsabilidade jurídica ou moral desde que reconheça e desde que assuma que essas ações são sintomas incontroláveis de uma doença que o possui e o domina”¹. Mas o objetivo final do interrogatório, ali onde encontra sua razão de ser, onde cumpre sua função, é no momento preciso em “que o sujeito interrogado não só reconheça a existência de sua loucura delirante mas que ele possa atualizá-la, de modo efetivo, no momento do interrogatório”¹.

Cabe ao psiquiatra a confirmação final. Ele deve presenciar a enunciação da loucura sob a forma do reconhecimento, provocando uma confissão: “Sim, eu escuto vozes”. Ou então, deve provocar o desencadeamento da doença suscitando as alucinações, provocando a crise histérica. Trata-se, resumidamente, de gerar o enunciado confirmatório: “Sim, eu sou louco”.

Esta técnica não pode ser entendida a não ser dentro da lógica das estratégias e mecânicas de poder: atribuição de identidade, diferenciação normalidade-anormalidade, estabelecimento de faltas e responsabilidades e, finalmente, atribuição da loucura. E é no interior dessas estratégias de poder que a psiquiatria encontra sua razão de ser. O interrogatório possibilita o reconhecimento do doente como louco, mas possibilita também o reconhecimento do próprio saber psiquiátrico. Como afirma Pinel em uma entrevista estudada por Foucault: *A terapêutica da loucura é a arte de subjugar e de dominar, por assim dizer, ao alienado, pondo-o em estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, está apto para exercer sobre ele um domínio irresistível e é capaz de trocar a cadeia viciosa de suas idéias*¹.

Como vemos, *O poder psiquiátrico* se inscreve dentro de outro marco de preocupação diferente de *A história da loucura*. O que interessa agora é traçar uma analítica do poder psiquiátrico: *O hos-*

*pital psiquiátrico do século XIX é um lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são repartidas e dispostas [...] mas também um campo institucional onde o que está em questão é a vitória e a submissão*¹.

Nesse espaço, o que está em jogo é a produção e a terapeutização da doença mental a partir de um conjunto bem delimitado de estratégias de poder. *Todas as técnicas ou procedimentos postos em atos nos asilos do século XIX: isolamento, interrogatório público ou privado, tratamentos punitivos como a ducha, as obrigações morais, a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações de preferência entre certos médicos e certos doentes, as relações de posse, de subordinação, de vassalagem, de domesticação, de servidão do doente ao médico, tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o mestre da loucura: aquele que a faz aparecer em sua verdade (que explícita o que estava escondido e silencioso), aquele que a domina, a apazigua e a absorve depois de havê-la sabiamente desencadeado*¹.

Deixemos de lado, por enquanto, as semelhanças que possam existir entre este quadro do século XIX e as estratégias terapêuticas que se perpetuaram até nossos dias, ainda quando hoje possamos falar de desmanicomialização psiquiátrica, para retornar à história do encerramento psiquiátrico.

Parece inevitável que nos formulemos uma pergunta: quais as razões que legitimaram e justificaram, por quase duzentos anos, a estratégia do encerramento psiquiátrico? É bem conhecida a imagem do Pinel libertando os loucos de suas correntes, e é nesse gesto simbólico do humanismo moderno que o encerramento psiquiátrico encontra sua legitimidade e razão de ser. O manicômio permite que se articulem magistralmente dois problemas sociais: a garantia de harmonia da ordem social (que exige ser protegida contra a ameaça de desordem) com certas exigências de cura que falam da eficiência terapêutica do isolamento e do encerramento.

Nesse contexto, Esquirol pode enunciar *as cinco razões principais para o isolamento dos loucos*: (1) *assegurar a segurança pessoal e da família*; (2) *libertá-los das influências exteriores*; (3) *vencer suas resistências pessoais*; (4) *submetê-los a um regime médico*; (5) *lhes impor novos hábitos intelectuais e morais. Vê-se claramente que se trata de uma questão de poder; medir o poder do louco, neutralizar os poderes exteriores, estabelecer sobre ele um poder terapêutico e de moralização*¹.

É importante destacar que quando a psiquiatria fala de loucura não se refere a julgamentos errados, não se refere à falta de correlação entre enunciados e coisas, como ocorria na época clássica-

ca. O encerramento psiquiátrico coincide com esse momento em que a loucura deixa de perceber-se como engano e passa a ser pensada como “anormalidade”. Não se trata de uma preocupação com os falsos julgamentos, como ocorria no caso do Quixote magistralmente analisado por Foucault em *As palavras e as coisas* mas sim de um modo de atuar, de conduzir-se, de querer, de desejar, que traduz paixões incontroladas, forças desatadas, moralidades indesejadas. A partir de Esquirol e Pinel, a loucura não se inscreve mais sob o eixo “verdade-engano-consciência” e sim sob o eixo “paixão-vontade-liberdade”. O psiquiátrico será esse lugar onde a vontade perturbada, as condutas indesejadas, as paixões pervertidas se defrontam com a retidão da moralidade socialmente esperada. Entre vontade e terapêutica se estabelece um processo de oposição, de luta, de dominação. Como afirma Esquirol: “é necessário aplicar um método perturbador, é necessário subjugar o caráter inteiro de certos doentes, vencer suas pretensões, dominar seu orgulho”¹.

Biopoderes e poder psiquiátrico

Se tentamos analisar estas estratégias a partir do conceito foucaultiano de biopoder, veremos que surgem certas questões que precisam ser discutidas. É necessário que nos interroguemos acerca da especificidade desse poder disciplinar que não se refere a corpos, pois se caracteriza pela ausência do corpo; que, mais que impor classificações nosológicas, distribui binariamente a loucura e a sanidade, a normalidade e a patologia; e que, ao mesmo tempo, é capaz de impor mecanismos de sobre-poder do médico sobre o paciente que, em certos casos, podem ser melhor identificados com o poder soberano de vida e de morte que com os biopoderes próprios da modernidade.

Deveremos nos perguntar acerca da inscrição desse biopoder psiquiátrico próprio da modernidade no interior das estratégias anatomopolíticas referidas ao corpo (já que falamos de corpo ausente) e no interior das estratégias biopolíticas referidas às populações (já que falamos de corpo ampliado, de herança, de família).

Recordemos que o conceito de biopoder foi pela primeira vez enunciado em uma conferência ministrada por Foucault, em 1974, na Universidade Estadual de Rio de Janeiro. Essa exposição foi publicada em 1977 com o nome de *O nascimento da medicina social*, publicado em *A microfísica do poder*⁷. Nesse texto, Foucault aponta um deslocamento significativo nas estratégias de poder, *o controle da sociedade*

*sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica*⁷.

Entretanto, é no quinto capítulo de *A vontade de saber* que Foucault esclarece e aborda atentamente o conceito de biopoder por oposição ao direito de morte que caracterizaria o poder do soberano⁸. Por fim, essa temática será discutida no curso do Collège de France dos anos de 1975 e 1976, dedicado à problemática da guerra de raças e as suas relações com o biopoder⁹ no curso dos anos de 1977-1978, *Segurança, território e população*¹⁰, e no curso dos anos de 1978-1979, dedicado a *O nascimento da biopolítica*¹¹.

Foucault considera como feito determinante da construção das sociedades modernas o processo pelo qual a vida, isto é, a vida nua, a vida natural que compartilhamos com os animais, passa a ser investida por cálculos explícitos e por estratégias de poder. O momento em que a vida ingressa, como elemento privilegiado, no registro da política. É por oposição à concepção aristotélica de “homem” que Foucault pensa o exercício da biopolítica: *Por milênios o homem permaneceu o que era para o Aristóteles; um animal vivente e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal cuja em cuja política está em questão a sua vida de ser*⁵.

Como vimos, quando falamos de loucura, não é o corpo mas a moral, as paixões, a vontade, o que está em questão, o que deve ser normalizado ou melhor docilizado. No processo de cura, não se trata de dissipar enganos de compreensão, percepções enganosas, julgamentos falsos; trata-se, como afirma Esquirol, em 1816, de conseguir *o retorno às afeições morais em seu justo limite, o desejo de rever a seus amigos, a seus filhos, as lágrimas de sensibilidade, a necessidade de abrir seu coração, de reencontrar-se em seu meio familiar, de retomar seus hábitos*¹. Nesse processo terapêutico, nada se refere ao corpo, não se fala de vigor, não se fala de capacidades físicas, nem de maximização das forças de trabalho, fala-se de moralidade, de sensibilidade, de lágrimas.

Há algo que parece estar ausente nesse processo de cura. O papel que o corpo desempenha na sociedade capitalista. Não é no biológico, no somático, no corporal que se investe como o determinariam as exigências da sociedade capitalista. Aqui a realidade biopolítica do corpo parece ter sido substituída por uma realidade pré-moderna, pré-capitalista, pré-corporal. Ao corpo ausente do louco não lhe corresponde um processo tera-

pêutico de restituição do corpo que falta, mas um processo terapêutico moralizador que guarda enormes semelhanças com os ritos de purificação religiosos pré-modernos. Dos dois pólos que caracterizam a disciplina, força de trabalho aumentada e capacidade de resistência diminuída, ou maior vitalidade, maior docilidade, aqui só achamos o segundo pólo. A ausência de corpo da que fala Foucault nos impede de situar a psiquiatria dentro dos saberes disciplinares que formam parte da anatomopolítica do corpo humano a qual esse autor se referirá anos mas tarde.

Mas não é só esta distância em relação ao biopoder próprio da modernidade o que parece ficar em evidência com uma releitura *a posteriori* de **O poder psiquiátrico**. A psiquiatria, centrada em estratégias de poder tais como o interrogatório e o encerramento, fala de um excesso de poder por parte do médico, algo semelhante ao sobre-poder real referido por Foucault em **A história da sexualidade I** (1978), que nos obriga a questionar sua afirmação de que a psiquiatria faz parte desse diagrama de poder próprio da modernidade ao que chamará “biopoder”.

A ausência de corpo, o diagnóstico binário, a descrição impressionista (de superfície) dos sintomas, a classificação de doenças cujo modelo parece ser mais próximo da classificação botânica de Linneu que da nosologia patológica da medicina clínica, o processo de cura diretamente vinculado à restituição de condutas e valores morais, a desconsideração relativa à maximização do corpo como força de trabalho tão cara ao capitalismo e, por fim, o sobre-poder exercido pelo psiquiatra, parecem falar da persistência de um antigo modelo de poder, um modelo pré-moderno e pré-capitalista, um resíduo do antigo poder soberano.

Como afirma Didier Fassin¹², as leituras contemporâneas do conceito de biopoder se limitaram a utilizar essa referência em diferentes contextos sem argumentar sobre seu alcance teórico, com exceção de dois autores provenientes da tradição filosófica, Agnes Heller¹³ e Giorgio Agamben¹⁴. **Não deixa de ser significativo que as duas obras que mais contribuíram para repensar esse conceito se inspiraram no trabalho de Hannah Arendt, que fundou, paralelamente a Foucault, uma teoria do governo referido à vida**¹². Tentamos analisar o curso do Foucault de 1973-1974 a partir da articulação entre o conceito foucaultiano de biopoder e a releitura feita por Agamben.

A biopolítica, modalidade de exercício do poder própria dos Estados modernos, no momento que garante a sobreposição entre vida e política, possibilita que com um mesmo gesto sejam definidas as

populações que pertencem ao espaço da vida nua e aquelas que formam parte da vida ativa, isto é, da condição humana que deve ser cuidada, estimulada, multiplicada. Mas, para multiplicar a vida e o cuidado com os cidadãos, para garantir seus direitos, seu vigor e sua saúde, pode resultar legítimo admitir como precondição a existência de dois mundos, o mundo dos direitos e o das “exceções”, o mundo dos corpos que devem ser cuidados e o mundo habitado por aqueles que têm o estatuto de vida nua, de vidas que foram postas “fora da jurisdição humana” de modo tal que “a violência cometida contra eles não constitui nenhum sacrilégio”¹⁴.

Basta analisar os documentos que descrevem o tratamento recebido pelos doentes nos hospitais psiquiátricos, tantas vezes denunciado e evidenciado por Franco Basaglia e muitos outros¹⁵⁻¹⁷; basta pensar em estratégias de poder brutais, como o eletrochoque, ou aparentemente banais, como o isolamento punitivo, ainda aplicadas em várias instituições psiquiátricas, para verificar a existência e a permanência dessa “vida nua” analisada por Agamben como a contraface do biopoder.

Mas essas estratégias de poder utilizadas classicamente pela psiquiatria não se limitam às instituições fechadas, ao encerramento psiquiátrico, elas persistem ainda nos centros de atenção psicossocial toda vez que a intervenção terapêutica se limita à reiteração dessas duas velhas estratégias próprias do saber psiquiátrico do século XIX: o interrogatório e o uso de drogas.

Lamentavelmente, ainda hoje muitas vezes a reforma psiquiátrica e a desmanicomialização se limitam a descentralizar essas velhas tecnologias de poder. Muitas vezes, por falta de estrutura, de medicação adequada ou de programas de inserção comunitária, essas velhas tecnologias de poder próprias da psiquiatria clássica se reproduzem nos centros psiquiátricos de referência que no Brasil conhecemos com o nome de CAPS. É verdade que a ordem da psiquiatria deixou que ser o internamento e o encerramento; porém, hoje se trata de medicalizar e dominar as paixões, os delírios e os maus hábitos pelo uso de psicofármacos que só algumas vezes se mostram eficazes.

Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam o risco de violência, mas que, ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado. O custo de perpetuar a idéia da psiquiatria clássica de “ausência de corpo do louco”. Só quando imaginamos essa ausência de corpo podemos compreender que

sejam legitimados e minimizados os graves efeitos secundários e indesejados dessas drogas, tais como a impotência, o sono e fadiga permanente, a dor física, a insensibilidade corporal.

Quiçá deveríamos discutir o papel da psiquiatria em esses novos espaços de atendimento. Observar se ainda se perpetuam os velhos instrumentos de poder hoje reduzidos a dois: interrogatório e uso de drogas. Verificar se ainda persistem as dificuldades de classificação das doenças subordinadas à atribuição de um diagnóstico binário louco-não louco. Analisar o papel que o corpo, a moralidade, as paixões ocupam no atual discurso psiquiátrico. Então, quiçá, possamos descobrir estratégicas alianças entre as os biopoderes próprios da modernidade e a persistência de estruturas de saber-poder, pré-modernas e pré-disciplinares.

Referências

1. Foucault M. *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard; 2003.
2. Foucault M. *Historia de la locura en la epoca clásica*. México: FCE; 1967.
3. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI; 1987.
4. Foucault M. *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI; 1979.
5. Foucault M. *La Historia de la sexualidade I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI; 1978.
6. Foucault M. *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI; 1983.
7. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
8. Michaud Y. Des Modes de subjectivation aux techniques de soi. *Revue Cités* 2000; 2:11-40.
9. Foucault M. *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Caronte; 1992.
10. Foucault M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
11. Foucault M. *Naissance de la biopolitique*. Paris: Gallimard; 2004.
12. Fassin D. Biopolitique. In: Lecourt D, editeur. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF; 2003. p. 176 -179.
13. Heller A, Boaventura SS, Chesnais F, Altvater E, Anderson B, Light M, Mushakoji K, Appiah KA, Segrera FL. *A crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto; 1999.
14. Agamben G. *Homo sacer*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2002.
15. Amarante P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
16. Rotelli F. O inventário das subtrações. In: Nicácio F, organizador. *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
17. Szasz T. *Cruel compaixão*. São Paulo: Papyrus; 1994.

Artigo apresentado em 06/03/2006

Aprovado em 26/03/2007

Versão final apresentada em 25/04/2007