

1973-1974

O poder psiquiátrico

Há, sem dúvida, uma correlação histórica entre dois fatos: antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada; ela era essencialmente considerada como uma forma do erro ou da ilusão. Ainda no começo da Idade clássica, a loucura era percebida como pertencente às quimeras do mundo; podia viver no meio delas, e não tinha de ser separada, a não ser quando tomava formas extremas ou perigosas. Compreende-se, nessas condições, que o lugar privilegiado em que a loucura podia e devia explodir na sua verdade não podia ser o espaço artificial do hospital. Os lugares terapêuticos reconhecidos eram, em primeiro lugar, a natureza, já que ela era a forma visível da verdade; tinha em si mesma o poder de dissipar o erro, de fazer desaparecer as quimeras. As prescrições dadas habitualmente pelos médicos eram, assim, a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo artificial e vão da cidade. Esquirol se lembrará disso, quando, ao projetar os planos de um hospital psiquiátrico, recomendava que cada pátio fosse largamente aberto com vista para um jardim. O outro lugar terapêutico colocado em uso era o teatro, natureza invertida; representava-se para o doente a comédia de sua própria loucura, que era encenada e a ela era dedicada, por um instante, uma realidade fictícia; através de cenários e fantasias, era como se ela fosse verdadeira, mas de maneira que, tomado nessa armadilha, o erro acabasse por explodir aos próprios olhos daquele que era a sua vítima. Essa técnica não tinha ainda inteiramente desaparecido no

século XIX; Esquirol, por exemplo, recomendava inventar processos para os melancólicos a fim de estimular sua energia e seu gosto pelo combate.

A prática do internamento, no começo do século XIX, coincide com o momento no qual a loucura é percebida menos em relação ao erro do que em relação à conduta regular e normal; no qual ela aparece não mais como julgamento perturbado, mas como perturbação na maneira de agir, de querer, de ter paixões, de tomar decisões e de ser livre; em suma, no qual ela se inscreve não mais no eixo verdade-erro-consciência, mas no eixo paixão-vontade-liberdade; momento de Hoffbauer e de Esquirol. “Há alienados cujo delírio é dificilmente visível; não há, absolutamente, alienados cujas paixões e anomalias morais não sejam desordenadas, pervertidas ou aniquiladas... A diminuição do delírio não é um sinal certo de cura, a não ser quando os alienados retornam a suas primeiras afecções.” Qual é, com efeito, o processo da cura? O movimento pelo qual o erro se dissipa e a verdade aparece de novo? Não; mas “o retorno das afecções morais nos seus justos limites; o desejo de rever seus amigos, seus filhos, as lágrimas da sensibilidade, a necessidade de confiar seu coração, de se encontrar em meio à família, de retomar seus hábitos”.

Qual poderá ser, então, o papel do hospício nesse movimento de retorno às condutas regulares? Evidentemente, ele terá, de saída, a função que se prestava aos hospitais no final do século XVIII; permitir descobrir a verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, pode mascará-la, misturá-la, dar-lhe formas aberrantes, mantê-la também e relançá-la. Porém, mais ainda que um lugar de desmascaramento, o hospital, cujo modelo foi dado por Esquirol, é um lugar de afrontamento; a loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve encontrar aí uma vontade reta e paixões ortodoxas. O seu face a face, seu choque inevitável, que é de fato desejável, produzirão dois efeitos; por um lado, a vontade doente, que podia muito bem permanecer incompreensível, já que não se exprimia em nenhum delírio,

produzirá à luz do dia seu mal pela resistência que oporá à vontade reta do médico; e por outro lado, a luta que se estabelece, a partir daí, se for bem conduzida, deverá levar à vitória da vontade reta, à submissão, à renúncia da vontade perturbada. Um processo, portanto, de oposição, de luta e de dominação. “É preciso aplicar um método perturbador, quebrar o espasmo pelo espasmo... é preciso subjugar o caráter integral de alguns doentes, vencer suas pretensões, domar seus surtos, quebrar seu orgulho, enquanto que os outros, é preciso excitá-los, encorajá-los.”

Assim se estabelece a tão curiosa função do hospital psiquiátrico do século XIX; lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico, onde as espécies de doenças são repartidas em pátios, cuja disposição faz pensar numa grande horta; mas também espaço fechado para um afrontamento; lugar de uma luta; campo institucional, onde se trata de vitória e de submissão. O grande médico de hospício — quer se trate de Leuret, Charcot ou Kraepelin — é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que detém sobre ela, e aquele que pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos praticados nos hospícios do século XIX — o isolamento, o interrogatório privado ou público, os tratamentos-punições como a ducha, as entrevistas de cunho moral (encorajamentos ou sermões), a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, as relações de vassalagem, de posse, de domesticidade, por vezes de servidão, que ligavam o doente ao médico — tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o “mestre da loucura”: aquele que a faz aparecer na sua verdade (quando ela se esconde, quando permanece escondida e silenciosa) e aquele que a domina, a apazigua e a faz desaparecer, depois de tê-la sabiamente desencadeado.

Digamos, portanto, de uma maneira esquemática: no hospital de Pasteur, a função “produzir a verdade” da doença não cessou

de se atenuar; o médico produtor de verdade desaparece numa estrutura de conhecimento. Ao contrário, no hospital de Esquirol ou de Charcot, a função “produção de verdade” se hipertrofia, se exalta em torno do personagem do médico. E isso num jogo onde o que está em questão é o sobrepoder do médico. Charcot, taumaturgo da histeria, é com certeza o personagem mais altamente simbólico desse tipo de funcionamento.

Ora, essa exaltação se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico, que é do mesmo tipo que o do químico e o do biólogo: eis o que fundamenta, agora, a sua intervenção e a sua decisão. O poder que o hospício dá ao psiquiatra, deverá, portanto, se justificar (e se mascarar, ao mesmo tempo, como sobrepoder primordial), produzindo fenômenos integráveis à ciência médica. Compreende-se por que a técnica da hipnose e da sugestão, o problema da simulação, o diagnóstico diferencial entre doença orgânica e doença psicológica estiveram, durante tão longos anos (de 1860 a 1890, pelo menos), no centro da prática e da teoria psiquiátricas. O ponto de perfeição — demasiadamente miraculosa — foi atingido quando as doentes do serviço de Charcot puseram-se a reproduzir, a pedido do poder-saber médico, uma sintomatologia normatizada pela epilepsia, ou seja, suscetível de ser decifrada, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica.

Episódio decisivo em que se redistribuem e vêm se superpor, precisamente, as duas funções do hospício: provação e produção da verdade, por um lado; constatação e conhecimento dos fenômenos, por outro. O poder do médico lhe permite produzir, a partir de então, a realidade de uma doença mental cuja propriedade é reproduzir os fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. A histérica era a doente perfeita, já que ela *dava a conhecer*: ela mesma retranscrevia os efeitos do poder médico em formas que o médico podia descrever segundo um discurso

cientificamente aceitável. Quanto à relação de poder que tornava possível toda essa operação, como poderia ter sido detectado no seu papel determinante, já que — virtude suprema da histeria, docilidade sem comparação, verdadeira santidade epistemológica — as próprias doentes encarregavam-se e aceitavam a responsabilidade sobre ela: aparecia na sintomatologia, como sugestionabilidade mórbida. Tudo se desdobrava, a partir de então, na limpidez do conhecimento, entre o sujeito conhecedor e o objeto conhecido.

* * *

Hipótese: a crise foi inaugurada, e a idade da antipsiquiatria, que ainda se esboçava, começa com a suspeita, logo tida como certeza, de que Charcot produzia efetivamente a crise da histeria que descrevia. Tem-se aí um pouco o equivalente da descoberta, feita por Pasteur, de que o médico transmitia as doenças que ele devia combater.

Parece, em todo caso, que todos os grandes abalos que sacudiram a psiquiatria desde o final do século XIX colocaram essencialmente em questão o poder do médico. Seu poder e o efeito por ele produzido sobre o doente, mais ainda que o seu saber e a verdade daquilo que dizia sobre a doença. Digamos, mais exatamente, que de Bernheim a Lang ou Basaglia, o que foi posto em questão era a maneira como o poder do médico estava implicado na verdade do que ele dizia e, inversamente, a maneira como esta podia ser fabricada e comprometida por seu poder. Cooper disse: “A violência está no âmago de nosso problema”, e Basaglia: “A característica dessas instituições (escola, fábrica, hospital) é uma separação nítida entre aqueles que detêm o poder e aqueles que não o detêm.” Todas as grandes reformas, não somente da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder: são tentativas de deslocá-lo, mascará-lo, eliminá-lo, anulá-lo. O conjunto da psi-

quiatria moderna encontra-se atravessado, no fundo, pela antipsiquiatria, caso se entenda por antipsiquiatria tudo o que coloca em questão o papel do psiquiatra encarregado, antes, de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar.

É possível, portanto, falar *das* antipsiquiatrias que atravessaram a história da psiquiatria moderna. Mas talvez seja melhor distinguir com cuidado dois processos perfeitamente distintos do ponto de vista histórico, epistemológico e político.

Houve, primeiro, o movimento de “despsiquiatrização”, que aparece imediatamente após Charcot. Trata-se, então, não tanto de anular o poder do médico, mas de deslocá-lo em nome de um saber mais exato, de dar-lhe um outro ponto de aplicação e novas medidas. Despsiquiatrizar a medicina mental para estabelecer, na sua justa eficácia, um poder médico a qual a imprudência (ou a ignorância) de Charcot tinha levado, abusivamente, a produzir doenças; portanto, falsas doenças.

1. Uma primeira forma de despsiquiatrização começa com Babinski, em quem ela encontra seu herói crítico. Mais do que procurar produzir teatralmente a verdade da doença, é melhor procurar reduzi-la à sua estrita realidade, que talvez seja, frequentemente, apenas a aptidão para se deixar teatralizar: pitiatismo. A partir de então, a relação de dominação do médico sobre o doente não apenas não perderá nada do seu rigor, como também o seu rigor dirá respeito à *redução* da doença a seu estrito mínimo: os signos necessários e suficientes para que ela possa ser diagnosticada como doença mental e as técnicas indispensáveis para que essas manifestações desapareçam.

Trata-se, de um certo modo, de pasteurizar o hospital psiquiátrico, de obter no hospício o mesmo efeito de simplificação que Pasteur tinha imposto aos hospitais: articular diretamente o diagnóstico e a terapêutica, o conhecimento da natureza da doença e a supressão de suas manifestações. O momento da provação, no qual a doença se manifesta em sua verdade e chega à sua realização, não deve mais figurar no processo médico. O

hospital pode se tornar um lugar silencioso, onde a forma do poder médico se mantém naquilo que tem de mais estrito, mas sem que tenha de encontrar a própria loucura ou de se confrontar com ela. Chamemos essa forma “asséptica” e assintomatista de despsiquiatrização: “psiquiatria de produção zero”. A psicocirurgia e a psiquiatria farmacológica são as suas duas formas mais notáveis.

2. Outra forma de despsiquiatrização, exatamente inversa da precedente. Trata-se de tornar o mais intenso possível a produção da loucura na sua verdade, mas fazendo com que as relações de poder entre médico e doente sejam exatamente investidas nessa produção, que permaneçam adequadas a ela, que não se deixem ultrapassar por ela, e que possam guardar o controle sobre ela. A primeira condição para essa manutenção do poder médico “despsiquiatrizado” é colocar fora de circuito todos os efeitos próprios ao espaço do hospício. É preciso evitar, antes de tudo, a armadilha na qual tinha caído a taumaturgia de Charcot; impedir que a obediência hospitalar zombe da autoridade médica, e que, em lugar das cumplicidades e dos obscuros saberes coletivos, a ciência soberana do médico se encontre envolvida em mecanismos que ela teria involuntariamente produzido. Daí a regra do *tête à tête*; daí a regra do livre contrato entre o médico e o doente; daí a regra da limitação de todos os efeitos ao nível único do discurso (“eu só te peço uma coisa, dizer realmente tudo o que está passando pela tua cabeça”); daí a regra da liberdade discursiva (“não mais poderás te vangloriar de enganar o teu médico, já que não mais responderás às perguntas feitas; dirás aquilo que te vem à cabeça, sem que tenhas nem mesmo de me perguntar aquilo que penso, e se quiseres me enganar infringindo essa regra, não serei enganado realmente; tu serás enganado, preso na armadilha, já que terás perturbado a produção da verdade e aumentado de algumas sessões a soma daquilo que me deves”); daí a regra do divã, que só concede realidade aos efeitos produzidos nesse lugar privilegiado e durante essa hora singular em que se exerce o poder do médico —

poder que não pode ser tomado em nenhum efeito de retorno, uma vez que se encontra inteiramente retirado no silêncio e na invisibilidade.

A psicanálise pode ser historicamente decifrada como a outra grande forma da despsiquiatrização provocada pelo traumatismo-Charcot: retirada fora do espaço hospitalar para apagar os efeitos paradoxais do sobrepoder psiquiátrico; mas reconstituição do poder médico, produtor de verdade, num espaço organizado para que essa produção permaneça sempre adequada a esse poder. A noção de transferência, como processo essencial à cura, é uma maneira de pensar conceitualmente essa adequação na forma do conhecimento; o pagamento, contrapartida monetária da transferência, é uma maneira de garanti-la na realidade: uma maneira de impedir que a produção da verdade não se torne um contrapoder que arma ciladas, anula, abate o poder do médico.

A essas duas grandes formas de despsiquiatrização, ambas conservadoras do poder — uma porque anula a produção de verdade, a outra porque tenta tornar adequados produção de verdade e poder médico —, se opõe a antipsiquiatria. Mais do que uma retirada fora do espaço do hospício, trata-se da sua destruição sistemática por um trabalho interno; e trata-se de transferir ao próprio doente o poder de produzir sua loucura e a verdade de sua loucura, mais do que procurar reduzi-lo a zero. A partir daí, pode se compreender, creio, o que está em jogo na antipsiquiatria, e que não é, de modo algum, o valor de verdade da psiquiatria em termos de conhecimento (de exatidão diagnóstica ou de eficácia terapêutica).

No âmago da antipsiquiatria, a luta com, na e contra a instituição. Ao serem organizadas, no começo do século XIX, as grandes estruturas dos hospícios foram justificadas por uma maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social — que exigia proteção contra as desordens dos loucos — e as necessidades da terapêutica — que exigia o isolamento dos doentes. Para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol dava cinco razões

principais: 1) assegurar sua segurança pessoal e a de suas famílias; 2) liberá-los das influências externas; 3) vencer suas resistências pessoais; 4) submetê-los à força a um regime médico; 5) impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. Vê-se, tudo é questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes exteriores que podem se exercer sobre ele; estabelecer sobre ele um poder de terapêutica e de formação — de “ortopedia”.

Ora, é exatamente contra a instituição como lugar, como forma de distribuição e mecanismo dessas relações de poder que luta a antipsiquiatria. Sob as justificativas de um internamento que permitiria, num lugar purificado, constatar o que é, e intervir onde, quando e como for preciso, ela faz surgir as relações de dominação próprias à relação institucional: “o puro poder do médico — diz Basaglia, constatando, no século XX, os efeitos das prescrições de Esquirol — aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; esse, pelo simples fato de estar internado, torna-se um cidadão sem direitos, entregue à arbitrariedade do médico e dos enfermeiros que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidade de apelo.” Parece-me ser possível situar as diferentes formas de psiquiatria segundo sua estratégia em relação a esses jogos do poder institucional: escapar delas na forma de um contrato dual e livremente consentido de ambas as partes (Szasz); organizar um lugar privilegiado, onde devam ser suspensas ou rechaçadas se vierem a se reconstituir (Kingsley Hall); situá-las uma a uma e destruí-las progressivamente no interior de uma instituição de tipo clássico (Cooper no Pavilhão 21); associá-las a outras relações de poder que já puderam determinar, no exterior do hospício, a segregação de um indivíduo como doente mental (Gorizia). As relações de poder constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica: condicionavam o funcionamento da instituição, do hospício, distribuíam aí as relações entre os indivíduos, regiam as formas da intervenção médica. A inversão própria à antipsiquiatria consiste em colocá-las, ao contrário, no centro do campo problemático, e questioná-las, em primeiro lugar.

Ora, o que estava implicado, antes de tudo, nessas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência, exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso, de acesso à realidade, corrigindo os erros (ilusões, alucinações, fantasmas) da normalidade, impondo-se à desordem e ao desvio. É esse triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o “sujeito” atingido por essa doença era desqualificado como louco — ou seja, despojado de todo poder e de todo saber quanto à sua doença. “Sobre teu sofrimento e tua singularidade, sabemos bastante coisas (de que não duvidas) para reconhecer que é uma doença; mas conhecemos bastante essa doença para saber que não podes exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Nossa ciência nos permite chamar de doença a tua loucura e, desde então, somos, nós médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em ti uma loucura que te impede de ser um doente como os outros: serás, portanto, um doente mental.” Esse jogo de uma relação de poder que dá lugar a um conhecimento que funda, em contrapartida, os direitos desse poder, caracteriza a psiquiatria “clássica”. É esse ciclo que a antipsiquiatria se propõe a desfazer: dando ao indivíduo a tarefa e o direito de levar a cabo a sua loucura, de levá-la a seu termo, numa experiência que pode ter a contribuição dos outros, mas nunca em nome de um poder que lhe seria conferido por sua razão ou por sua normalidade; separando as condutas, os sofrimentos, os desejos do estatuto patológico que lhes havia sido conferido, liberando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham simplesmente valor de classificação, mas de decisão e de decreto; invalidando, enfim, a grande retranscrição da loucura na doença mental, que havia sido empreendida desde o século XVII e concluída no século XIX.

A desmedicalização da loucura é correlativa desse questionamento primordial do poder na prática antipsiquiátrica. É aí que se mede a oposição da antipsiquiatria à “despsiquiatrização”, que

me parece caracterizar tanto a psicanálise quanto a psicofarmacologia: ambas provêm de uma sobremedicalização da loucura. E, assim, encontra-se em aberto o problema da eventual liberação da loucura em relação a essa forma singular de poder-saber que é o conhecimento. Será possível que a produção da verdade da loucura possa se efetuar em formas que não sejam as da relação de conhecimento? Problema fictício, se poderá dizer, questão que só tem lugar na utopia. De fato, ela se coloca concretamente todos os dias no que diz respeito ao papel do médico — do sujeito estatutário de conhecimento — na tarefa de despsiquiatrização.

* * *

O seminário foi dedicado a dois temas alternadamente: a história da instituição e da arquitetura hospitalares, no século XVIII; e o estudo da perícia médico-legal em matéria psiquiátrica, desde 1820.

1974-1975

Os anormais

A grande família indefinida e confusa dos “anormais”, cujo medo obcecou o final do século XIX, não marca apenas uma fase de incerteza ou um episódio pouco feliz na história da psicopatologia; ela se formou em correlação com um conjunto de instituições de controle, com uma série de mecanismos de vigilância e de distribuição; e, ao ter sido quase inteiramente recoberta pela categoria de “degenerescência”, deu lugar a elaborações teóricas irrisórias, porém a efeitos duramente reais.

O grupo dos anormais se formou a partir de três elementos, cuja constituição não foi exatamente sincrônica.

1. O monstro humano. Velha noção cujo quadro de referência é a lei. Noção jurídica, portanto, mas no sentido amplo, já que se trata não somente das leis da sociedade, mas também das leis da natureza; o campo de aparecimento do monstro é um domínio jurídico-biológico. Uma após a outra, as figuras do ser meio-homem meio-besta (valorizadas sobretudo na Idade Média), as individualidades duplas (valorizadas sobretudo no Renascimento), os hermafroditas (que levantaram tantos problemas nos séculos XVII e XVIII) representaram essa dupla infração; o que faz com que o monstro humano seja um monstro não é somente a exceção em relação à forma da espécie, é a perturbação que traz às regularidades jurídicas (quer se trate das leis do casamento, dos cânones do batismo ou das regras da sucessão). O monstro humano combina o impossível e o interdito. É preciso estudar,

nessa perspectiva, os grandes processos de hermafroditas em que se confrontam juristas e médicos, do caso de Rouen (começo do século XVII) ao processo de Anne Grandjean (em meados do século seguinte); e também as obras como a *Embriologia sagrada* de Cangiamila, publicada e traduzida no século XVIII.

A partir daí, pode-se compreender um certo número de equívocos que vão continuar a obcecar a análise e o estatuto do homem anormal, mesmo quando ele terá reduzido e confiscado os traços próprios do monstro. No primeiro plano desses equívocos, um jogo, nunca completamente controlado, entre a exceção de natureza e a infração ao direito, que deixam de se superpor, sem deixar de jogar uma em relação a outra. O afastamento “natural” em relação à “natureza” modifica os efeitos jurídicos da transgressão; no entanto, não os apaga totalmente. Não remete pura e simplesmente à lei, mas não a suspende tampouco; arma-lhe ciladas, suscitando efeitos, disparando mecanismos, apelando para instituições parajudiciais e marginalmente médicas. Foi possível estudar, nesse sentido, a evolução da perícia médico-legal em matéria penal, desde o ato “monstruoso” problematizado no começo do século XIX (com os casos Cornier, Léger, Papavoine) até o aparecimento da noção de indivíduo “perigoso” — à qual é impossível dar um sentido médico ou um estatuto jurídico — e que é, no entanto, a noção fundamental das perícias contemporâneas. Ao se interrogar o médico, hoje em dia, com a questão propriamente insensata: esse indivíduo é perigoso? (questão que contradiz um direito penal fundado tão simplesmente na condenação dos atos e que postula um pertencimento natural entre doença e infração), os tribunais reproduzem, através das transformações que se trata de analisar, os equívocos dos velhos monstros seculares.

2. O indivíduo a corrigir. É um personagem mais recente que o monstro. É mais o correlato das técnicas de adestramento, com suas exigências próprias, do que dos imperativos da lei e das formas canônicas da natureza. O aparecimento do “incorrigível”

é contemporâneo do estabelecimento das técnicas de disciplina, a que se assiste durante os séculos XVII e XVIII — no exército, nas escolas, nos ateliês, e depois, um pouco mais tarde, nas próprias famílias. Os novos procedimentos de adestramento do corpo, do comportamento, das aptidões engendram o problema daqueles que escapam dessa normatividade, que não é mais a soberania da lei.

A “interdição” constituía a medida judiciária pela qual o indivíduo era, parcialmente ao menos, desqualificado como sujeito de direito. Esse quadro jurídico e negativo vai ser em parte preenchido, em parte substituído, por um conjunto de técnicas e procedimentos pelos quais se empreenderá o adestramento daqueles que resistem e a correção dos incorrigíveis. O “enclausuramento” praticado em larga escala, a partir do século XVII, pode aparecer como uma fórmula intermediária entre o procedimento negativo da interdição judiciária e os procedimentos positivos do adestramento. O enclausuramento exclui de fato e funciona fora das leis, mas tem como justificação a necessidade de corrigir, melhorar, conduzir a resipiscência, de fazer retornar a “bons sentiments”. A partir dessa forma confusa, mas historicamente decisiva, é preciso estudar o aparecimento, em datas históricas precisas, das diferentes instituições de adestramento e das categorias de indivíduos aos quais ela se dirige. Nascimentos técnico-institucionais da cegueira, da surdez-mudez, dos imbecis, dos retardados, dos nervosos, dos desequilibrados.

Monstro banalizado e pálido, o anormal do século XIX é também um descendente desses incorrigíveis que apareceram nas margens das técnicas modernas de “adestramento”.

3. O onanista. Figura totalmente nova no século XVIII. Aparece em correlação com as novas relações entre a sexualidade e a organização familiar, com a nova posição da criança no meio do grupo parental, com a nova importância dada ao corpo e à saúde. Aparecimento do corpo sexual da criança.

De fato, essa emergência tem uma pré-história longa: o desenvolvimento conjunto das técnicas de direção de consciência (na nova pastoral nascida na Reforma e do Concílio Trento) e das instituições de educação. De Gerson a Alphonse de Ligori, um esquadrinhamento discursivo do desejo sexual, do corpo sensual e do pecado de *mollities* é assegurado pela obrigação da confissão penitenciária e por uma prática bastante codificada pelos interrogatórios sutis. Pode-se dizer, esquematicamente, que ao controle tradicional das relações interditas (adultérios, incestos, sodomia, bestialidade) veio se somar o controle da “carne” nos movimentos elementares da concupiscência.

Mas, sobre esse fundo, a cruzada contra a masturbação constitui uma ruptura. Começa com estardalhaço, primeiro na Inglaterra, em torno dos anos 1710, com a publicação da *Onania*, depois na Alemanha, antes de se manifestar, na França, em torno de 1760, com o livro de Tissot. Sua razão de ser é enigmática, porém seus efeitos são inúmeros. Tanto um quanto o outro só pode ser determinado levando-se em consideração alguns traços essenciais dessa campanha. Seria insuficiente, de fato, identificar aí — numa perspectiva próxima a Reich, que inspirou recentemente os trabalhos de Van Hussen — apenas um processo de repressão ligado às novas exigências da industrialização: o corpo produtivo contra o corpo de prazer. De fato, essa cruzada não toma, pelo menos no século XVIII, a forma de uma disciplina sexual geral: dirige-se, de modo privilegiado, senão exclusivo, aos adolescentes ou às crianças, e mais precisamente ainda, às das famílias ricas ou abastadas. Situa a sexualidade ou, pelo menos, o uso sexual do seu próprio corpo, na origem de uma série indefinida de perturbações psíquicas que podem fazer sentir seus efeitos sob todas as formas e em todas as idades da vida. A potência etiológica ilimitada da sexualidade, no que diz respeito ao corpo e às doenças, é um dos temas mais constantes não somente nos textos dessa nova moral médica, como também nas mais sérias obras de patologia. Ora, se a criança torna-se, assim, responsável

por seu próprio corpo e por sua própria vida, no “abuso” que faz de sua sexualidade, os pais são denunciados como os verdadeiros culpados: a falta de vigilância, a negligência e, sobretudo, a falta de interesse pelas crianças, seu corpo e sua conduta levam-nos a deixá-los aos cuidados de babás, domésticas e preceptores, todos esses intermediários denunciados regularmente como os iniciadores da devassidão (Freud tira daí sua teoria primeira da “sedução”). O que se esboça, através dessa campanha, é o imperativo de uma nova relação pais-filhos, mais amplamente uma nova economia das relações intrafamiliares: solidificação e intensificação das relações pai-mãe-filho (em detrimento das relações múltiplas que caracterizavam a “*maisonnée*” no sentido amplo); inversão do sistema das obrigações familiares (que iam, antes, das crianças aos pais, e que agora tendem a fazer da criança o objeto primeiro e incessante dos deveres dos pais, atribuídos através da responsabilidade moral e médica até o mais profundo 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 conjugam, de maneira complexa, o desejo e o poder; necessidade, enfim, de um controle de um conhecimento médico externo para arbitrar e regular essas novas relações entre a vigilância obrigatória dos pais e o corpo tão frágil, irritável, excitável das crianças. A cruzada contra a masturbação traduz a organização da família restrita (pais, filhos) como um novo aparelho de saber-poder. O questionamento da sexualidade da criança, e de todas as anomalias de que será responsável, foi um dos procedimentos de constituição desse novo dispositivo. A pequena família incestuosa que caracteriza as nossas sociedades, o minúsculo espaço familiar sexualmente saturado, onde somos criados e onde vivemos, se formou aí.

O indivíduo “anormal”, que é considerado desde o final do século XIX por tantas instituições, discursos e saberes, deriva ao

mesmo tempo da exceção jurídico-natural do monstro das multi-dões, dos incorrigíveis, detidos pelos aparelhos de adestramento, e do universal secreto das sexualidades infantis. Na verdade, as três figuras do monstro, do incorrigível e do onanista não vão exatamente se confundir. Cada uma delas será inscrita em sistemas autônomos de referência científica: o monstro, numa teratologia e numa embriologia, que tiveram com Geoffroy Saint-Hilaire sua primeira grande coerência científica; o incorrigível, numa psicofisiologia das sensações da motricidade e das aptidões; o onanista, numa teoria da sexualidade que se elabora lentamente a partir da *Psychopathia sexualis* de Kaan.

Mas a especificidade dessas referências não deve deixar esquecidos três fenômenos essenciais, que a anulam parcialmente ou, pelo menos, a modificam: a construção de uma teoria geral da “degenerescência” que, a partir do livro de Morel (1857), vai servir, durante mais de meio século, de quadro teórico, ao mesmo tempo que de justificação social e moral a todas as técnicas de localização, de classificação e de intervenção sobre os anormais; a organização de uma rede institucional complexa, que serve, nos confins da medicina e da justiça, ao mesmo tempo de estrutura de “acolhimento” para os anormais e de instrumento de “defesa” da sociedade; enfim, o movimento através do qual o elemento que apareceu mais recentemente na história (o problema da sexualidade infantil) recobrirá os dois outros para se tornar, no século XX, o princípio de explicação mais fecundo de todas as anomalias.

A Antiphysis, que o espanto do monstro antes trazia à luz de um dia excepcional, é deslocada, hoje, pela sexualidade universal das crianças, por debaixo das pequenas anomalias de todos os dias.

* * *

Desde 1970, os cursos trataram da lenta formação de um saber e de um poder de normalização a partir dos procedimentos jurídicos tradicionais do castigo. O curso do ano 1975-76 terminará

este ciclo com o estudo dos mecanismos através dos quais, desde o final do século XIX, pretendeu-se “defender a sociedade”.

* * *

O seminário deste ano foi dedicado à análise das transformações da perícia psiquiátrica em matéria penal desde os grandes casos de monstruosidade criminal (caso *princeps*: Henriette Cornier) até o diagnóstico dos delinqüentes “anormais”.