

REPENSANDO A PSICOLOGIA CLÍNICA*

Ana Maria Nicolaci-da-Costa**

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

RESUMO - O presente trabalho tem dois objetivos principais. Primeiramente, discute e questiona a concepção, bastante difundida em nossa sociedade e círculos acadêmicos, que vincula psicologia clínica quase exclusivamente à prática clínica e que, por isso mesmo, coloca diversos obstáculos para a própria sobrevivência da psicologia clínica brasileira, tanto dentro quanto fora da universidade. Em segundo lugar, este trabalho aponta a necessidade, existente tanto fora quanto dentro dos círculos acadêmicos (mas, principalmente, nestes), de uma produção teórica nacional, baseada no que pode ser chamado de pesquisa básica em psicologia clínica, ou seja, num tipo de pesquisa que tenha como um de seus objetivos o de gerar conhecimento a respeito de tudo aquilo que serve de fundamentação à prática clínica em nossa sociedade.

RETHINKING THE CLINICAL PSYCHOLOGY

ABSTRACT - This paper has two main purposes. Firstly, it discusses and questions the view, which is widespread in our society and academic circles, that ties clinical psychology almost exclusively to clinical practice and, in this way, poses several problems for the very survival of Brazilian clinical psychology both inside and outside the university. Secondly, it argues that what is needed, both outside and inside academic circles (but mainly inside the latter), is a national theoretical production based on what can be conceived as basic research in clinical psychology, that is, on a kind of research which has as one of its objectives the generation of knowledge about all aspects that operate as the foundations of clinical practice in our society.

A falta de uma definição mais precisa do que caracteriza a psicologia clínica *dentro da universidade* tem gerado muita confusão e vários mal-entendidos. Isto porque a concepção que parece estar presente no imaginário de muitos professores, profissionais e alunos, bem como no de muitos leigos, é aquela que vincula psicologia

* Agradeço aos Professores Anamaria Ribeiro Coutinho e Sérvulo Augusto Figueira os comentários feitos a partir da leitura de uma primeira versão deste texto.

** Endereço para correspondência: Rua Gustavo Sampaio, 244, apto. 1301, Bloco A, Rio de Janeiro, RJ, 22010. Telefone: (021) 275-5979.

clínica (ou, até mesmo, simplesmente psicologia) à prática clínica¹. Esta concepção, por seu turno, acaba criando uma série de dificuldades para a própria sobrevivência da psicologia clínica tanto dentro como fora da universidade.

Dentro da universidade, os problemas gerados por esta concepção restrita de psicologia clínica são muitos. Dentre eles gostaria de destacar apenas alguns:

(1) Vincula-se a psicologia clínica à formação de profissionais que vão praticar a psicologia clínica em consultórios e/ou instituições (como, por exemplo, hospitais psiquiátricos e gerais, serviços de atendimento ao menor, etc).

(2) Esta vinculação, por sua vez, pressupõe que o profissional em clínica seja integralmente formado pela universidade (e gera expectativas de que o seja), o que não é totalmente verdadeiro pois, pelo menos em algumas orientações teóricas (como, por exemplo, a psicanalítica), para que alguém se habilite a ser terapeuta deve, antes submeter-se a uma terapia da mesma orientação (a este respeito ver Nicolacida-Costa, 1988a). Mas as terapias estão fora do escopo do que pode ser oferecido pela universidade...

(3) a ênfase na prática (que tanto caracteriza a clínica nacional) faz com que haja uma tendência a se negligenciar tudo aquilo que serve de fundamentação a esta prática, ou seja, faz com que se tenda a negligenciar uma produção teórica nacional (ou regional e, até mesmo, local) que parta de um conhecimento cada vez mais aprofundado dos tipos de subjetividade e de conflitos subjetivos que são gerados em *nosso* contexto social, cultural, econômico, histórico, etc. (contexto este que é invariavelmente heterogêneo numa sociedade complexa como a nossa)².

Todos estes problemas, que já são graves nos cursos que formam profissionais em psicologia clínica (ou seja, os de graduação e mesmo os de pós-graduação *lato sensu*, como os de especialização), tomam-se ainda muito mais sérios quando lidamos com cursos de pós-graduação *stricto sensu* em psicologia clínica (ou seja, os de mestrado e doutorado). Isto porque estes, como qualquer outro curso de pós-graduação *stricto sensu* em qualquer outra área do conhecimento, têm como objetivo principal oferecer as condições necessárias para o surgimento de pesquisadores, pensadores e produtores criativos e originais. Em outras palavras, se tais problemas já são graves no que tange aos cursos cujo objetivo é formar profissionais que vão exercer a prática clínica, tomam-se ainda mais graves se considerarmos os cursos que, diferentemente destes, têm como seu principal objetivo formar pesquisadores/pensadores/produtores que se dediquem à geração de conhecimento não-somente a partir de ou sobre a atividade clínica, mas, também, a partir de e sobre tudo aquilo que serve de base a esta atividade clínica.

Fora da universidade, esta postura que vincula, mesmo dentro do âmbito acadêmico, psicologia clínica à prática clínica também tem importantes consequências.

1. Já foi, por exemplo, muitas vezes constatado que, em vários lugares do Brasil - e, principalmente, no Rio de Janeiro - se alguém diz a um leigo que é psicólogo, a pergunta que este imediatamente lhe coloca é "onde fica seu consultório?" e quase nunca "que tipo de psicologia você faz?".

2. Para uma discussão mais pormenorizada da reduzida produção teórica nacional (ao menos no âmbito da psicanálise) em contraposição a uma maciça atividade clínica que continua encontrando sua fundamentação em teorias importadas, ver Figueira (1984, 1988, 1989).

Se, dentro da universidade, que é vista em nossa sociedade como o *locus* privilegiado de produção de conhecimento (teórico, prático, técnico, etc), a psicologia clínica é vinculada quase exclusivamente à sua prática, fora da universidade ela terá poucas chances de encontrar outra definição.

As reverberações desta concepção restrita de psicologia clínica dentro e fora da universidade podem, ainda, criar vários obstáculos para a própria sobrevivência da psicologia clínica em nosso país: sem repensar-se, como pode a psicologia clínica transformar-se, contextualizar-se e renovar-se?

No restante deste artigo, tentarei argumentar que uma das principais tarefas da psicologia clínica *dentro da universidade* - e, principalmente, dentro de programas de mestrado e doutorado - é a de repensar-se para, deste modo, poder ganhar distância crítica e, a partir desta, contextualizar-se, transformar-se e renovar-se.

Esta não é uma tarefa simples e, certamente, pode - e deve - ser levada a cabo por diferentes tipos de pesquisadores/pensadores/produtores, a partir de diferentes abordagens teóricas, diferentes metodologias, e diferentes planos de investigação. A pluralidade de profissionais, abordagens, metodologias e planos de análise só pode enriquecer este tipo de reflexão.

Os estudos da subjetividade

Um tipo de estudo, que vem caracterizando parte da produção de conhecimento em psicologia clínica nos últimos anos, é o dos chamados estudos da subjetividade, isto é, das formas através das quais diferentes tipos de sujeito - em diferentes contextos sociais, culturais, econômicos, históricos, etc. - interpretam, estruturam, agenciam e manipulam seu mundo externo (o físico, o social) e seu mundo interno (o dos sentimentos, desejos, fantasias, etc).

Este tipo de estudo poderia ser encarado como pesquisa básica em psicologia clínica. Pesquisa básica porque, entre outras coisas, neste tipo de investigação/reflexão, procura-se conhecer como emergiu o que hoje conhecemos como psicologia clínica, como esta se difundiu, bem como os diferentes tipos de organização subjetiva sobre os quais incide o trabalho clínico. Nesta última vertente - sobre a qual me deterei -, pode-se, mais especificamente, procurar conhecer a *arquitetura subjetiva* (ver Figueira, 1987a) daqueles que, por um ou outro motivo, buscam a prática clínica para resolver conflitos e amenizar sofrimentos.

Uma ilustração, que estará calcada em minhas próprias pesquisas e reflexões, poderá tornar minha argumentação mais clara (mais exemplos deste tipo de investigação/reflexão podem ser encontrados em, entre outros, Figueira 1985, 1987a, 1988; Herog, 1987, 1988; Lira, 1988; Portinari, 1988; Ribeiro Coutinho, 1985).

Venho tentando conhecer como, através de práticas socializatórias específicas e diversas, dentro e fora da família, são produzidos diferentes tipos de sujeito, e como estes sujeitos lidam com seus próprios conflitos, sofrimentos e angústias.

Há de se considerar que, conhecendo os modos pelos quais estes sujeitos organizam, estruturam, agenciam e manipulam tanto sua experiência interna (seus sentimentos, desejos, fantasias, etc.) quanto sua experiência externa (seus contatos com

o mundo físico e social), podemos maximizar seu potencial de auto-transformação bem como o de transformação de qualquer trabalho clínico.

E, para explicar o que entendo por transformação, cito um trecho de outro trabalho meu (Nicolaci-da-Costa, 1988a):

Quando o socializado é uma criança, pode-se dizer que o principal efeito psicológico de uma pedagogia [entendida aqui como um modelo de socialização] é o de constituir-lo como sujeito social dotado de uma estruturação psíquica particular. (...) Este não é, no entanto, o caso quando o socializado é um adulto, dado que este já inevitavelmente possui algum modo (ou modos) de fazer sentido de sua experiência interna e externa. O principal efeito psicológico que uma pedagogia [ou modelo de socialização] pode ter quando seu alvo é um adulto é o da transformação. (...) Um dos meios mais eficazes para que [esta transformação] aconteça é a auto-exposição a pedagogias [modelos de socialização] que visam explicitamente fornecer ao sujeito novas formas de perceber, organizar e interpretar virtualmente todos os aspectos de sua experiência com o mundo externo e interno. Nas modernas sociedades complexas, talvez os melhores exemplares deste tipo de pedagogia sejam as diversas modalidades de terapia (p. 24-25).

E, aqui, gostaria de salientar que pelo menos Freud (1916) já fazia referência à psicanálise como uma forma de pós-graduação. Dizia:

O médico desempenha o papel desse eficaz estranho. Faz uso da influência que um ser humano exerce sobre outro. Ou recordando que é hábito da psicanálise substituir o que é derivado ou estiolado pelo que é original e básico - digamos que o médico, em seu *trabalho educativo*, faz uso de um dos componentes do amor. Neste *trabalho de educação posterior* [after-education, na versão inglesa], provavelmente nada mais faz do que repetir o processo que, de início, tornou possível qualquer espécie de educação, (p. 352, meus grifos).

Mas, repito, para que esta transformação, ou pós-educação, ocorra de modo mais eficaz, não seria útil - ou, mesmo, necessário - que conhecêssemos aquilo que a antecede e que lhe serve de ponto de partida? Isto é, os modos pelos quais os sujeitos *de uma determinada época, cultura e contexto social* percebem, interpretam, organizam, estruturam e manipulam sua experiência interna e externa?

Modelos de socialização e organização subjetiva

A partir de minhas pesquisas e reflexões (ver Nicolaci-da-Costa, 1987a, 1987b, 1987c, 1988b, 1988c, 1988d, 1988e) sobre as práticas socializatórias, intra e extra-familiares, orientadas pelo que chamei de pedagogias *do visível* (aquelas que incidem principalmente sobre os aspectos mais públicos da subjetividade do socializado, como, por exemplo as chamadas "pedagogias tradicionais") e pelo que chamei de pedagogias *do invisível* (aquelas que incidem primordialmente sobre os aspectos mais íntimos da subjetividade do socializado, como, por exemplo, as chamadas "pedagogias

experimentais"), cheguei ao delineamento de três diferentes modelos de socialização, que propiciam a emergência de diferentes tipos de organização subjetiva. Chamei-os de *modelo de identidade compartilhada*, *modelo de identidade diferenciada* e *variação do modelo de identidade compartilhada*.

Mas, antes de expor suas características, gostaria de enfatizar dois pontos. Primeiramente que *modelos* de socialização são abstrações das quais as práticas e discursos concretos de diferentes agentes socializadores podem estar mais próximos ou mais distantes. E, em segundo lugar, que estes três modelos são apenas *exemplos* de modelos de socialização cuja presença podemos detectar em nossa sociedade.

Passo, agora, a uma maior explicitação. Farei um breve delineamento dos três modelos de socialização em discussão, para, então, poder analisar (também brevemente) a posição que neles ocupa a categoria de culpa auto-referida (para uma discussão mais detalhada, ver Nicolaci-da-Costa, 1988e). Por culpa auto-referida entendo a categoria de culpa que, sendo acessível à consciência dos sujeitos, é por eles utilizada para interpretar suas ações sobre si próprios e sobre os objetos e pessoas que os cercam³.

As origens destes modelos podem ser encontradas no trabalho do sociólogo inglês Basil Bernstein (1984, 1971, 1977), mas grande parte de seu delineamento leva em consideração os resultados de um grande número de pesquisas realizadas no Brasil (ver, por exemplo, Costa, 1983; da Matta, 1981; Duarte, 1986; Figueira, 1975, 1978, 1987; Lira, 1988; Lo Bianco, 1981; Macedo, 1979; Nicolaci-da-Costa, 1987a, 1988b; Ropa e Duarte, 1985; Salem, 1981).

Delineamento dos modelos de socialização

O primeiro modelo, o de *identidade compartilhada*, distingue-se pelo uso quase exclusivo de uma variante linguística que enfatiza estados ao invés de processos, o aqui-e-agora ao invés do planejamento, a identidade social baseada na semelhança ao invés da identidade pessoal baseada na diferença. A esta variante linguística (que

3. Mas, como veremos, este tipo de culpa não deixa de ser, ao menos parcialmente, tal como a culpa descrita por Freud (1933), fruto da tensão entre o ego e o superego. A categoria de culpa que aqui utilizo, no entanto, não pretende dar conta do sentimento de culpa inconsciente, tanto no caso em que este é interpretado como um sentimento cuja motivação é inconsciente, quanto no caso em que é visto como uma percepção no ego que responde à crítica do superego. A categoria de culpa que é central para o desenvolvimento do raciocínio que se segue tem relações com - mas não pretende incorporar - o sentimento (ou consciência) inconsciente de culpa, isto é, a culpa que não é sentida e que resulta das relações inconscientes entre ego e superego (ver Freud, 1923 e Laplanche e Pontalis, 1973). Uma questão muito interessante para exame futuro é: qual o papel da culpa auto-referida - enquanto produto subjetivo de determinados tipos de socialização - na psicodinâmica da culpa? O quanto a tomada de consciência, o *insight*, da relação com a culpa depende da centralidade e posição desta categoria num sistema simbólico e num processo de socialização?

recebeu o controvertido nome de "código restrito"), associa-se um tipo de controle familiar orientado para o *status*, ou seja, para papéis sociais bem-definidos⁴.

Este tipo de socialização, que, segundo Bernstein, é mais frequente nas "classes trabalhadoras" (posição que é corroborada por vários estudos brasileiros que apontam seu uso frequente nas nossas complexas "camadas populares" - ver referências mencionadas acima, de estudos realizados no Brasil), ao enfatizar a semelhança entre os membros de um determinado grupo social, reduz a necessidade do sujeito de elaborar verbalmente (e explicitar) sua experiência, intenção ou motivação individual (isto é, reduz a necessidade de explicitar a diferença e a separação). Assim sendo, existem áreas do *self* que terão pouca possibilidade de diferenciar-se através da fala e de se tornar objeto de atenção para o próprio sujeito.

A identidade social promovida pelo uso de um "código restrito" é fortalecida por um tipo de controle familiar onde o que conta é a posição socialmente definida ocupada por um ou outro membro da família. A esta posição social, ou *status* familiar, corresponde um certo conjunto de direitos e deveres nítidos e inconfundíveis (que nada ou pouco têm a ver com as características pessoais de quem a ocupa). Para a manutenção deste estado de coisas é facultado o uso de diversos tipos de punição, inclusive o recurso à força bruta. A punição é aplicada quando o sujeito infringe alguma regra, ou seja, quando *faz* algo errado.

Já o modelo de socialização que chamei de *identidade diferenciada*, mais comum nas camadas médias, caracteriza-se pelo uso de uma variante linguística que promove a atenção a processos internos, a diferenças pessoais e enfatiza o planejamento. Ao uso desta variante linguística (que recebeu o também controvertido nome de "código elaborado"), associa-se um tipo de controle familiar orientado para a pessoa (ou seja, para as características individuais dos diversos membros do grupo familiar).

É um modelo que, ao contrário do primeiro, enfatiza a diferença entre os membros de um determinado grupo social. Neste modelo, a linguagem se torna fundamental para a comunicação e explicitação de experiências, intenções e motivações individuais e vistas como "únicas". Consequentemente, áreas inteiras do *self* podem diferenciar-se através da fala e ganhar visibilidade para o próprio sujeito e para os outros.

A emergência da identidade pessoal, promovida pelo uso de um "código elaborado", é corroborada por um tipo de controle familiar onde as características individuais dos diversos membros da família e, principalmente, da criança (seus sentimentos, experiências, intenções e motivações) são levadas em consideração. Há maior flexibilidade na aplicação de regras e maior ambiguidade na definição de papéis. A autoridade é exercida de forma ambígua, através da manipulação verbal dos sentimentos e da responsabilização explícita da criança pelos efeitos de seus atos (mesmo daqueles que não chegaram a ser concretizados). Neste modelo, o controle incide

4. Controvertido porque, segundo alguns autores, os qualificativos "restrito" e seu oposto "elaborado" transmitem um julgamento de valor etnocêntrico (para uma discussão mais detalhada a este respeito, ver Nicolaci-da-Costa, 1987a).

não somente sobre o que a criança *faz*, mas também sobre o que ela *tem intenção de fazer* e sobre o que ela *é*.

Mas, minhas pesquisas vêm apontando que o *modelo de identidade diferenciada* não é o único a ser implementado nas nossas camadas médias (ver, principalmente, Nicolaci-da-Costa, 1988b e 1988e). Nestas, pode ser facilmente encontrada pelo menos uma variação do *modelo de identidade compartilhada* que descrevi anteriormente (e que é, normalmente, visto como sendo mais frequente nas "camadas populares"). Isto é, em nossas camadas médias pode ser encontrado um modelo que, se faz uso de um "código elaborado" para a explicitação verbal de certas áreas da experiência cotidiana (principalmente as do domínio do "público" como, por exemplo, as atividades intelectuais), também lança mão de um "código restrito" no que tange outras áreas (principalmente aquelas do domínio do "privado" e que dizem respeito a sentimentos, fantasias, desejos, etc). O uso diferenciado destes códigos acha-se, por sua vez, associado, neste modelo, a um tipo de controle familiar mais característico do *modelo de identidade compartilhada*, ou seja, aquele voltado para a posição ocupada pelos diversos membros do grupo familiar e não para suas características individuais.

A posição da culpa auto-referida nos modelos de socialização em discussão

Continuando a exposição de nossa ilustração, uma vez delineados estes modelos, podemos colocar em pauta as seguintes perguntas: (1) Todos estes modelos propiciam a emergência da culpa auto-referida (isto é, da categoria de culpa que, sendo acessível à consciência dos sujeitos, é por eles utilizada para interpretar suas ações sobre si próprios e sobre os objetos e pessoas que os cercam)? (2) Caso a culpa auto-referida esteja sempre presente no sistema de interpretação dos próprios atos (e motivações e intenções, também), qual a posição que ocupa nos sistemas de interpretação gerados por diferentes modelos de socialização?

Passo, agora, a desenvolver um raciocínio, baseado na discussão anterior, que me fará argumentar que: primeiramente, nem todos os modelos discutidos propiciam a emergência da culpa auto-referida; e, em segundo lugar, mesmo no caso em que a culpa auto-referida está presente no sistema de interpretação gerado por um determinado modelo de socialização, sua posição neste pode diferir bastante da posição ocupada pela culpa auto-referida em outros sistemas de interpretação.

A primeira providência a ser tomada no sentido de desenvolver este raciocínio é chegar a uma explicitação das práticas socializatórias que propiciam a emergência da culpa auto-referida.

Antes disto, gostaria, no entanto, de argumentar que a noção de culpa auto-referida fundamenta-se, principalmente, na noção de responsabilidade pessoal, que está, por sua vez, intimamente vinculada à noção de identidade pessoal e à noção de que tudo aquilo que o sujeito faz tem, ou pode ter, consequências para si próprio e para tudo aquilo que o cerca.

Tanto as noções de identidade pessoal e de participação ativa na construção do próprio destino e na de seu grupo social, quanto a de responsabilidade pessoal são

promovidas a partir de pelo menos alguns de vários procedimentos. Procedimentos como: (1) a participação que se permite (ou mesmo se incentiva) que o sujeito tenha na definição do papel social que ocupa; (2) a participação que se permite (ou mesmo se incentiva) que o sujeito tenha na definição do que considera certo ou errado, próprio ou impróprio, em função de critérios pessoais e contextos particulares (e não de forma absoluta); (3) a atenção pormenorizada e verbalizada a processos internos e, portanto, invisíveis do ponto de vista da sociedade (tais como intenções e motivações pessoais antes, durante e depois de uma dada ação); (4) a vinculação explícita (ou seja, verbalizada) das consequências aos atos que foram captados sob a forma de intenção); (5) a manipulação verbal dos sentimentos gerados, no sujeito, pela consequência real ou virtual destes atos sobre pessoas e coisas; (6) a emergência, no sujeito, propiciada por um processo de identificação com um ou mais agentes socializadores que façam uso deste tipo de atenção, vinculação e manipulação, de alguma instância interna de auto-vigilância que tenha estas mesmas características, ou seja, de uma instância interna que dedique atenção pormenorizada a processos internos, que vincule explicitamente as consequências (reais ou virtuais) aos atos do sujeito, e que manipule os sentimentos deste.

E, aqui cabe uma observação. Esta organização da subjetividade, socialmente gerada, é uma das bases a partir das quais Freud e os psicanalistas depois dele constróem o conceito de superego e acompanham clinicamente o funcionamento desta instância psíquica (ver Freud, 1933). Mas, é necessário deixar claro que não estou dizendo que pessoas socializadas de outro modo não têm uma instância interna análoga à que Freud chamou de superego: simplesmente, neste caso, o funcionamento de tal instância interna é pouco conhecido, sendo um dos pontos importantes para qualquer pesquisa nesta área.

Se retomarmos, agora, os procedimentos que promovem a emergência da culpa auto-referida e os contrastarmos com as práticas socializatórias que têm origem nos três modelos de socialização discutidos acima, chegaremos a algumas conclusões iniciais (digo iniciais, porque acho que devem ser objeto de um maior número de pesquisas, dada a complexidade do tema).

Veremos, em primeiro lugar, que todos estes procedimentos que levam à emergência da culpa auto-referida estão presentes no modelo de identidade diferenciada.

Neste, como vimos, pelo menos idealmente, o social recua para dar lugar à expressão da individualidade. Nada, ou quase nada, sendo pré-definido, espera-se que o sujeito tenha participação ativa tanto na definição do papel social que ocupa, quanto na definição do que considera certo ou errado, próprio ou impróprio, em função de critérios pessoais e contextos particulares. Os processos internos do socializado são alvo de atenção pormenorizada por parte de seus agentes socializadores. Estes vinculam explicitamente as consequências reais ou virtuais dos atos do sujeito (inclusive daqueles que não se concretizaram) aos mesmos, e manipulam verbalmente os sentimentos gerados, no sujeito, por estas consequências. Tudo isto propicia a emergência, no sujeito, de uma instância interna de auto-vigilância que, por identificação com seus agentes socializadores que tudo vêem, passa a exercer sobre o próprio sujeito este mesmo tipo de controle e vigilância. A emergência da culpa auto-referida é, deste

modo, uma consequência natural deste estado de coisas onde o sujeito é colocado no centro de tudo, como articulador de tudo e, portanto, potencialmente como responsável por tudo.

Neste modelo, por exemplo, o sujeito se sente responsável por ficar doente, seja porque está "somatizando", porque "não se cuida bem", "fuma", "bebe" "não faz exercício", etc. Se o filho tem problemas, os pais se sentem responsáveis ou "porque não detectaram os sinais ou sintomas a tempo", ou porque foram "muito exigentes", ou porque foram "muito relaxados", etc. Se o casamento não deu certo, os cônjuges se sentem culpados por não terem sabido "re-negociar o relacionamento". E assim por diante...

É importante, no entanto, fazer uma ressalva. Como este modelo surgiu, em nossa sociedade, no bojo de um processo de modernização que teve, como uma de suas características, a pluralização de sistemas de normas e valores (a este respeito ver, por exemplo, Almeida, 1987; Figueira, 1987a e 1987b; Nicolaci-da-Costa, 1987a), o sujeito pode tentar relativizar a noção de culpa lançando mão de um ou outro sistema, em diferentes momentos, como fonte dos critérios que usa para avaliar suas ações sobre si próprio e sobre aquilo que o cerca.

Em segundo lugar, se observarmos atentamente as características do que chamei de modelo de identidade compartilhada, constataremos que, neste, praticamente todos os procedimentos que propiciam a emergência da culpa auto-referida estão ausentes (o que não quer dizer que estejam sempre ausentes nas "camadas populares", pois este, muito provavelmente, não é o único modelo por elas implementado)⁵.

No modelo de identidade compartilhada, o sujeito entra em papéis previamente definidos por seu grupo social e adota os valores deste grupo sem muita possibilidade de questionamento e redefinição. Seus agentes socializadores prestam atenção somente ao que o sujeito *faz* (i.e. a seus comportamentos visíveis), e não a seus processos e disposições internas. Qualquer infração às regras pode ser duramente punida, mas raramente se vincula explicitamente as consequências aos atos do sujeito de forma a responsabilizá-lo por suas ações, ou se manipula os sentimentos gerados no sujeito pelas consequências de seus atos. Assim sendo, somos levados a supor que qualquer instância interna de auto-vigilância que emergir deve ter características bastante diferentes daquela que emerge do modelo de identidade diferenciada e que poderia ser chamada de auto-vigilância do invisível (este aspecto só poderá ser mais aprofundado através de pesquisas).

Tudo, ou quase tudo, é visto como sendo externo ao sujeito e, portanto, fora de seu escopo de ação. Assim é que características internas são vistas como tendo origens externas ao campo de ação dos sujeitos (como, por exemplo, em fatores biológicos ou hereditários). Uma relação conjugal pode acabar porque o marido tem "índole ruim", ou porque bebe e "a bebida está no sangue" (i.e. é hereditária). O filho vai mal

5. Há, inclusive, indicações de que, em alguns setores destas camadas (como no caso dos "meninos de rua"), os sujeitos, ao invés de enfatizarem a semelhança, admitem a diferença e a separação, segundo a lógica do "salve-se quem puder" ou do "quem me garante sou eu" (ver Ferreira, 1979).

na escola porque "o eletro mostrou que tem uma manchinha no cérebro". Ou, então, o sujeito somente sofre as consequências de algo que lhe é completamente externo: do "mau-olhado", da mulher que lhe "roubou o marido", etc.

Cito um último exemplo (mencionado em Figueira, 1987a). Uma mãe leva seu filho ao ambulatório de um centro psiquiátrico. Perguntada qual era o problema do filho, responde: "o garoto tem bastante mediunidade e um pouco de nervoso". O que é interno ou externo neste exemplo não importa. O que importa é que tanto a mediunidade quanto o nervoso estão fora do campo de ação tanto da mãe quanto do filho.

Já em relação ao modelo que chamei de *variação do modelo de identidade compartilhada*, se, num primeiro momento, acharmos que o que se passa é análogo ao que acontece no modelo de identidade compartilhada, uma inspeção mais cuidadosa de outras características deste modelo híbrido, nos fará chegar a conclusões diferentes.

E, aqui, tomo por base a variação do modelo de identidade compartilhada que era implementada principalmente nas décadas de 50 e início de 60 (época em que nossos grandes centros urbanos começaram a se modernizar mas em que este modelo ainda era hegemônico). E faço isto por duas razões principais: primeiramente, porque grande parte dos sujeitos, que hoje têm pelo menos cerca de 40 anos de idade, nele foram socializados; e, em segundo lugar, porque, embora este tipo de socialização não tenha desaparecido de nossa sociedade, há relativamente poucos dados de pesquisa sobre os grupos sociais que os adotam nos dias de hoje, grupos que são geralmente vistos como "tradicionais" (no entanto, ver Aragão, 1983 e Romanelli, 1988)⁶.

Nesta variação do modelo de identidade compartilhada, o social tinha, como no modelo de identidade compartilhada, o poder de definir papéis, sentimentos, condutas, etc. que eram vistos como próprios para sujeitos de diferentes faixas etárias e sexos. Assim sendo, seria de esperar que estes dois modelos produzissem efeitos psicológicos análogos e que, no caso em discussão, não propiciassem a emergência da culpa auto-referida.

No entanto, dois conjuntos de práticas socializatórias, bastante comuns, pelo menos nas décadas de 50 e 60, levavam à emergência da culpa auto-referida: as práticas religiosas e as práticas que visavam (seguindo as normas vigentes na época) manter a virgindade e a pureza das filhas até o casamento (a perda da virgindade destas era frequentemente vista como uma "mancha na honra da família").

Vou discutir este segundo conjunto de práticas em primeiro lugar. Para que a mãe, a quem cabia a educação dos filhos e, principalmente das filhas, pudesse ser bem-sucedida em sua tarefa de manter sua filha pura e casta (isto era mais comum em relação a *primeiras* filhas), tinha que recorrer a procedimentos bastante semelhantes àqueles usados no modelo de identidade diferenciada (procedimentos estes que geravam uma relação mãe/filha altamente simbiótica).

6. Em virtude do processo de modernização pelo qual passou nossa sociedade nos últimos anos, tem havido um maior número de pesquisas sobre os segmentos médios de nossos grandes centros urbanos que são vistos como "de vanguarda".

Procedimentos como: a atenção pormenorizada a processos internos (principalmente devaneios e fantasias, através, por exemplo de confidências feitas pela filha à mãe, que frequentemente se colocava como "a melhor amiga" daquela ou através da proibição de livros e filmes considerados "fortes"); a vinculação explícita de consequências (reais ou virtuais) a atos e intenções (uma grande ênfase era, por exemplo, dada às consequências negativas da perda da virgindade, ou seja, do que era visto como um "mau passo"); e a manipulação verbal de sentimentos (cujo exemplo privilegiado é a "chantagem emocional").

A partir da identificação da filha com esta mãe sempre vigilante, emergia na filha uma instância de auto-vigilância análoga ao que chamei de *olhar materno*, isto é, análoga à vigilância antes exercida externamente pela mãe. A culpa auto-referida tinha, portanto, uma posição central no sistema de interpretação que esta filha tinha para avaliar seus próprios atos. Afinal, era seu "dever" jamais "ferir os sentimentos dos pais" (e, principalmente, da mãe) e "manter a honra da família".

As práticas religiosas (refiro-me às católicas por serem as predominantes em nossa sociedade), diferentemente das práticas socializatórias implementadas pela mãe em relação à sua filha, eram dirigidas tanto a homens quanto a mulheres e eram levadas a cabo por vários agentes socializadores (tanto em casa quanto na escola). Estes agentes adotavam pelo menos alguns dos procedimentos do modelo de identidade diferenciada que, como vimos, propiciam a emergência da culpa auto-referida.

Prestavam atenção pormenorizada a processos internos (através, por exemplo, do "exame de consciência" e da "confissão"); vinculavam explicitamente consequências a atos, independentemente destes serem reais ou virtuais (o sujeito era visto como responsável por seus "pensamentos, palavras e obras"); e manipulavam os sentimentos gerados, no sujeito, por estas consequências reais ou virtuais de suas ações (dizia-se, frequentemente, que "Deus ia ficar triste" com isto ou aquilo). Finalmente, através de um complexo processo de identificação (o sujeito se identificava com uma entidade suprema através da identificação com um ou mais agentes socializadores que, de seu ponto de vista, com ela estavam identificados), o socializado internalizava este *olhar divino*, que passava, então, a escrutiná-lo de dentro de si.

No caso das mulheres, estes dois conjuntos de práticas se superpunham com frequência. Consequentemente, a culpa auto-referida assumia, no sistema de interpretação que estas tinham para julgar seus próprios atos (e intenções e motivações, também), uma posição bem mais central do que no sistema de interpretação desenvolvido pelos homens para avaliar suas ações sobre si próprios e sobre o mundo a seu redor.

CONCLUSÃO

A reflexão desenvolvida neste trabalho permite, espero, entrever dois modos distintos de repensar a psicologia clínica, aos quais correspondem diferentes níveis de análise.

O primeiro destes modos seria o de procurar definir o papel da psicologia clínica *dentro da universidade* - e, principalmente, dentro de programas de pós-graduação

stricto sensu. Este tipo de reflexão, creio eu, poderia trazer consequências extremamente benéficas para a psicologia clínica, primordialmente dentro do âmbito acadêmico, ao propiciar um questionamento da ligação, por muitos hoje vista como quase exclusiva, de psicologia clínica com prática clínica. Isto porque este questionamento poderia ser de grande utilidade para um melhor delineamento do quanto a universidade pode e deve participar da formação de profissionais que vão se dedicar à prática clínica, e, também, e talvez primordialmente, para o estabelecimento e definição de quais as relações que devem existir entre prática clínica e a formação de pesquisadores, pensadores e produtores de conhecimento em psicologia clínica.

O segundo modo de repensar a clínica, apontado pela presente discussão, é o de repensá-la a partir de uma produção teórica *nacional*, possibilitada pelo que chamei de pesquisa básica em psicologia clínica. Isto é, a partir de uma produção teórica possibilitada por um conjunto de pesquisas/investigações que têm como um de seus objetivos propiciar uma reflexão sobre tudo aquilo que serve de fundamentação à prática clínica. Um exemplo deste tipo de pesquisa/investigação é aquele que procura conhecer, o mais aprofundadamente possível, os diferentes tipos de organização subjetiva que são gerados em *nosso* contexto social, cultural, econômico, histórico, etc. - contexto este que, como sabemos, é bastante heterogêneo -, e os diferentes tipos de conflito e sofrimento gerados por estas diferentes "arquiteturas subjetivas".

Este segundo modo, ou nível de análise, pode, como mencionado anteriormente, ter importantes consequências para a psicologia clínica, tanto dentro quanto fora da universidade, pois pode introduzir importantes alterações/contextualizações no arcabouço teórico - em grande parte ainda gerado em contextos diferentes do nosso - que serve de fundamentação à prática clínica levada a cabo em nosso país.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. I. M. (1987). *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro, Campus.
- Aragão, L. T. (1983). Em nome da mãe. *Perspectivas antropológicas da mulher*, 3, 109-145.
- Bernstein, B. (1964), Social class, speech systems and psychotherapy. *British Journal of Sociology*, XV(1), 54-64.
- Bernstein, B. (1971). *Class, codes and control*. (Volume 1). Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Bernstein, B. (1977). *Class, codes and control*. (Volume 3). Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Costa J. F. (1983). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- da Mata, R. (1981). *Relativizando*. Petrópolis: Vozes.
- Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Ferreira, R. M. F. (1979). *Meninos da rua*. São Paulo: CEDEC.
- Figueira, S. A. (1975). Relativização da doença orgânica: diferentes representações sócias (questões para uma psicologia preventiva). *Infância e adolescência* (Volume 1), pp. 105-124.

- Figueira, S. A. (1978). Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas I: Lévi-Strauss e Peter Berger. em S. A. Figueira (Org.). *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro: Campus.
- Figueira, S. A. (1984). *The study of psychoanalytic diffusion*. Tese de Doutorado. University College, Universidade de Londres.
- Figuera, S. A. (1985). Modernização da família e desorientação: uma das raízes do psicologismo no Brasil. Em S. A. Figueira (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- Figueira, S. A. (1987a). O papel da psicanálise no entendimento da construção da subjetividade. Em A. M. de Almeida, M. J. Carneiro e S. G. de Paula (Orgs.). *Pensando a família no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/Editora da UFRRJ.
- Figueira, S. A. (1987b). O moderno e o arcaico na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social. Em S. A. Figueira (Org.). *Uma nova família?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Figueira, S. A. (1988). Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica. E. S. A. Figueira (Org.). *Efeito psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.
- Figueira, S. A. (1989). Common (under)ground in Psychoanalysis: the question of a *Waltanschauung* revisited. 36^o Congresso da Associação Internacional de Psicanálise. Roma.
- Freud, S. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Volume XIV). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Volume XIX). Londres: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1964.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Londres: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1964.
- Herzog, R. (1987). *Sujeito-da-doença ou doença do sujeito? A construção do ser doente*. Tese de Mestrado. Departamento de Psicologia, PUC-RJ.
- Herzog, R. (1988). A questão da influência da psicanálise na medicina. Em S. A. Figueira (Org.). *Efeito psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.
- Lira, A. K. M. (1988). *O atendimento psicoterápico infantil às classes populares: esutando alguns protagonistas*. Tese de Mestrado, Departamento de Psicologia, PUC-RJ.
- Lo Bianco, A. C. (1981). Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso. Em G. Velho e S. A. Figueira (Orgs.), *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus.
- Macedo, O C. (1979). *A reprodução da desigualdade*. São Paulo: HUCITEC.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1987a). *Sujeito e cotidiano: um estudo da dimensão psicológica do social*. Rio de Janeiro: Campus.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1987b). Algumas reflexões sobre o controle da subjetividade nas novas e antigas pedagogias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3, 25-34.

- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1987c). Família e pedagogia: nostalgia do tradicional ou carência do novo? Em S. A. Figueira (Org.). *Uma nova família?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1988a). Pedagogia e psicologia clínica. *Psicologia Clínica: Pós-Graduação e Pesquisa*, ano III, nº 3, pp. 15-30.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1988b). Basil Bernstein e a psicanálise. Em S. A. Figueira (Org.). *Efeito psi: a influência da psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.
- Laplanche, J. e Pontalis, J-B. (1973). *The language of psycho-analysis*. Londres: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1988c). Nova pedagogia, velha vigilância. *Ciência Hoje*, 8, 36-42.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1988d). Estruturas sociais e subjetividade. Trabalho apresentado na mesa redonda "O papel do social na estruturação da subjetividade". Anais da 18^ª Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1988e). A origem social da culpa. Em J. Vilhena (Org.). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus.
- Portinari, D. (1988). *O discurso da homossexualidade feminina*. Tese de Mestrado. Departamento de Psicologia, PUC-RJ.
- Ribeiro Coutinho, A. (1985). Pressupostos da noção de subjetividade. Em S. A. Figueira (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- Romanelli, G. (1988). Família em camadas médias. Trabalho apresentado no *workshop* "Família: pesquisas com aspectos antropológicos, sociológicos e psicológicos". Anais da 18^ª Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.
- Papa, D. e Duarte, L. F. D. (1985). Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. Em S. A. Figueira (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo. Brasiliense.
- Salem, T. (1981). Mulheres faveladas: "com a venda nos olhos". Em *Perspectivas antropológicas da mulher*, 1, 49-99.

Artigo recebido em 26/12/88.