

Psicologia: Ciência e Profissão



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#). Fonte:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000200006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2017.

REFERÊNCIA

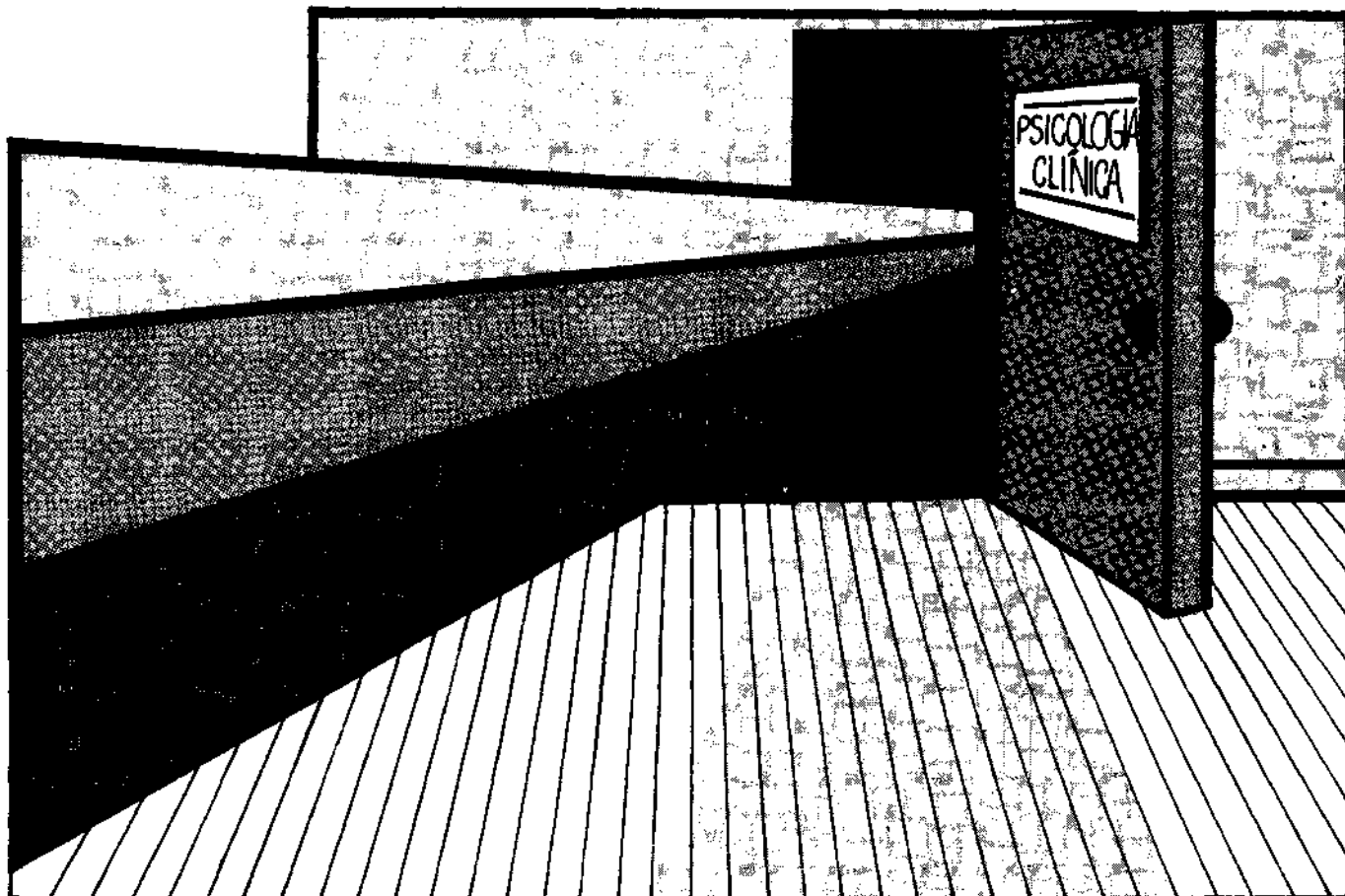
MARTINS, Francisco. Psicologia clínica e ética: do objetivo deste trabalho: a íntima relação de fundação entre a psicologia clínica e a ética. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 9, n. 2, p. 12-15, 1989. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000200006>.

Psicologia clínica e ética

*Do objetivo deste trabalho:
a íntima relação de fundação entre
a psicologia clínica e a ética.*

Francisco Martins (*)



Este tema ocupa, certamente, pouco espaço nos compêndios de Psicologia. Ele é mesmo, volta e meia, alienado da formação do estudante, passando a ser visto como pertencente ao campo das idéias filosóficas, como algo que não tem interesse prático ou até mesmo científico. Isto tudo como

se a ciência excluísse a filosofia ou como se a prática de todos os dias fosse feita de um saber puramente ideal, asseptizado da vida cotidiana. O objetivo da nossa apresentação será, então, mostrar a íntima relação existente entre a fundação da Psicologia Clínica, assim como da sua práxis, com aquele domínio que em Filosofia é chamado de Ética. Neste sentido, tentaremos muito mais articular setores diversos do conhecimento do que separá-los em compartimentos estanques. Enfatizamos inicialmente o ter-

mo psicologia clínica, posto que esta palavra nos envia a uma dimensão única na prática do psicólogo — aquela que tem de levar em conta a existência do outro. Como veremos, esta dimensão ética é tão essencial que pode mesmo vir a escapar das exigências da cientificidade clássica que persegue, por exemplo, um controle rígido e absoluto de variáveis. Assim, o propósito maior deste texto é mostrar justamente a imbricação de ordem de fundação primeira existente entre a Ética e a Psicologia Clínica, e

Psicólogo, Psiquiatra, Doutor em Psicologia, Professor do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

não fazer uma recapitulação de todos os princípios normativos existentes no Código de Ética. Uma tal recapitulação nos levaria mais a questões de cunho moral que propriamente a questões éticas e, assim, estaríamos fugindo ao nosso escopo originário.

Da distinção entre Ética e Moral

Esta distinção está mais baseada em critérios de ordem filosófica do que em critérios semânticos, uma vez que, como se sabe, na linguagem rotineira os termos Moral e Ética são usados como se fossem sinônimos. No entanto, o uso comum pode corresponder a uma certa desqualificação da própria linguagem e, por conseguinte, do sujeito que a adote. A Moral significa o comportamento adquirido ou modo de ser aprendido pelo homem na convivência social, segundo a acepção mais ampla e clássica do vocábulo (1). Já a Ética procura, na verdade, não o comportamento em si, mas a sua essência: quer determinar além da essência da própria Moral, a sua origem, as condições objetivas e subjetivas do ato moral, as suas fontes de avaliação, o que resulta na tendência clássica da Filosofia de instituir a Ética como a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Se ainda não conseguimos clarificar, dado a sua sutileza, a distinção entre Ética e Moral, podemos, agora, lançar mão da Etimologia. Ética vem do grego *Ethos*, indicando "o modo de ser", "o caráter", enquanto o termo Moral é proveniente do latim *mos* ou *mores*, que significam "costume(s)", no sentido do conjunto de regras ou normas adquiridas por hábito. Somos enviados, então, não somente a dois universos culturais diferentes, o mundo grego e o mundo romano, mas também a diferenças epistemológicas de grande peso. Assim, o termo "Ética" nos remete mais radicalmente a uma teoria do sujeito propriamente dito, enquanto que "Moral", a uma teoria mais psicológica visto tratar-se, neste caso, propriamente do comportamento do sujeito. A presente distinção poderá, também, nos poupar de entrar em questões mais especificamente deontológicas —do termo (Déon=dever) criado por Jeremy Bentham para significar o estudo das obrigações morais dos indivíduos no seio de sua comunidade — para que possamos

investir simplesmente na relação de fundação existente entre a Ética e a Psicologia Clínica.

Da ética de Claude Bernard

A Psicologia Clínica enquanto especialidade é recente. Ela não fez ainda o seu centenário, pelo menos da maneira como a compreendemos hoje em dia, isto é, no sentido mais especificamente terapêutico. Sobretudo Freud tem sido lembrado, quando se estuda a origem da Psicologia Clínica; precisamos, então, lembrar também, a importância do fato de ter sido a psicanálise criada em um meio extra-acadêmico, o que acentua o aspecto clínico em detrimento do positivismo acadêmico do meio científico da época. Aqui, a ênfase no trabalho com o outro vai além de determinados ideais de cientificidade vigentes no século passado, os quais, apesar de ultrapassados, estão freqüentemente de volta ao nosso dia-a-dia. Uma pequena história pode ilustrar a necessidade do surgimento de uma especialidade que levasse em conta o aspecto relacional e mostra, além disto, o clima existente no século passado. A história a que nos referimos aconteceu com Claude Bernard, médico criador do princípio da homeostase, princípio este que pode ser visto como o paradigma, o próprio modelo de toda a fisiologia normal e patológica do corpo humano. O princípio da homeostase é, também, precursor dos modelos cibernéticos (cibernético - do grego *techné* Kibernetiqué = "a arte do piloto") explicativos do "homo machina". Pois bem, Claude Bernard, imbuído da necessidade de fazer progredir a ciência - ideal do século das luzes (Aufklärung) - um belo dia, saindo de seu laboratório se depara na rua com um homem de mais de 2 metros de altura. Um homem enorme, um espécime raro aos olhos do cientista. Certamente o gigante poderia servir para esclarecer inúmeros aspectos específicos da anatomia humana, poderia servir para um estudo comparativo mais profundo do corpo humano.

Claude Bernard contactou o gigante, propondo que ele doasse, por ocasião de sua morte, o seu interessante e, por isso mesmo, magnífico corpo, para que este fosse dissecado e analisado. O gigante não aceitou a proposta nem os argumentos do cien-

tista e, ao contrário, desenvolveu em relação a Claude Bernard verdadeiro horror. Horror que foi aumentando com a insistência do médico, por diversas outras vezes, em obter a tão desejada autorização. Não nos cabe aqui fazer um julgamento de Claude Bernard, cuja conduta não respeitava os sentimentos do outro em função do objetivo que ele valorizava acima de tudo por ser, como ele achava, científico. Porém temos de nos deter um pouco (e examinar) o horror que teve o gigante, sentimento que corresponde ao medo de ser inexoravelmente invadido, medo de que a sua própria fala não fosse levada em conta após a sua morte.

O corpo desejado e o corpo desejante na experiência clínica e na experimentação.

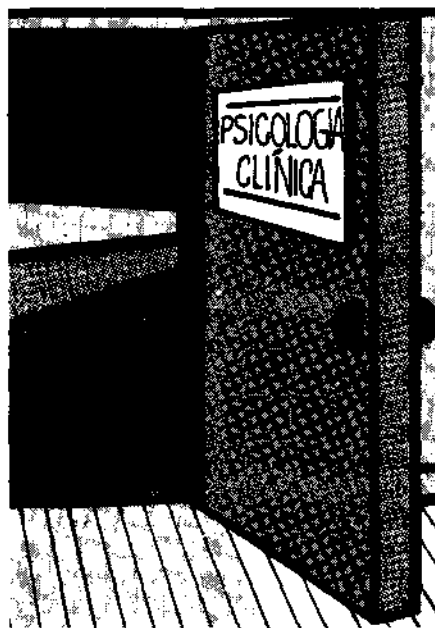
Claude Bernard não levava em consideração o sujeito mesmo em questão. Podemos dizer, sem medo de errar, que o corpo desejado pelo cientista não era o corpo do gigante tal como ele próprio o vivenciava. Para Claude Bernard interessava o corpo anatômico, interessavam as vísceras, os diversos aparelhos e órgãos, elementos que integravam aquele conjunto anatômico. Ora, o corpo, enquanto lugar de prazer e sofrimento não é levado em conta nesta perspectiva. O corpo, enquanto presentificação do sujeito está nesta situação excluído. As fantasias do gigante e as destinações que estão em jogo em relação com a existência do sujeito não estão também sendo privilegiadas. Se o horror e, mais que isso, a emocionalidade do cidadão é evidente neste caso, a ação do cientista é marcada pelo desejo do conhecimento que não se refere, portanto, a conteúdos emocionais, mas a conteúdos da ordem da racionalidade.

Na situação de nossa história, parecia não haver lugar para a idéia de culpa ou de erro moral. Nem haveria mesmo por quê, já que o comportamento do médico francês era, pelo menos em princípio, corroborado pela comunidade. No entanto, o desejo de Claude Bernard era realmente forte e extremamente persistente, a tal ponto que ele, depois da morte do assustado senhor, chegou a roubar àquele magnífico cadáver, conseguindo então concretizar a façanha de realizar a almejada dissecação, "a

bem da humanidade e do progresso científico". Diante de um tão potente desejo, somos obrigados a relacionar a verossimilhança de um tal comportamento com a idéia de Sade sobre o corpo alheio, corpo enquanto objeto de desejo. Ou seja, a proximidade daquele comportamento do investigador com a idéia de Sade, de adquirir a posse do corpo do outro e progredir no seu conhecimento até os seus mínimos detalhes. É nos limites extremos a que pode ser levado o propósito do conhecido Marquês que a Ética clínica justamente exige sua instauração.

O discurso e o desejo do outro na clínica

Levar em conta a fala do outro, as queixas dos pacientes, propiciando a instalação de um espaço de efetiva interlocução é a experiência que marca fundamentalmente a ultrapassagem histórica da questão de saber "custe o que custar". Agora se trata de reconhecer a dimensão essencialmente clínica de *estar com*, de estar ao lado deste sujeito em construção e "de-construção" permanente na sua fala. É a especificidade deste espaço de interlocução que funda a especialidade da clínica, entre o final do século passado e os primórdios do nosso século. É na sua ruptura com uma clínica advinda das salas de dissecação anatômica, de uma clínica que vivia essencialmente da impulsão escoptofílica, do olhar observador que limitava a escuta do outro, que Freud faz uma de suas descobertas essenciais. Paulatinamente, e sob a influência de suas históricas, ele se viu obrigado a abandonar a posição de doutor neurologista em prol de uma nova especialidade da qual ele seria o primeiro. O que é realmente essencial aqui, e que precisa ser relevado, é a relação estabelecida então entre as "doenças" nervosas, a fala dos "doentes" e a moralidade. Nesta ocasião o que transparece na observação e escuta freudiana de seus pacientes é o sujeito em luta com a sua própria moralidade, e não mais o sujeito sendo pura e simplesmente visto e observado como estando acometido de uma doença rara, de etiologia, prognóstico e tratamento impossíveis de serem delimitados com um mínimo de lógica. As doenças em questão podem ser vistas, então, como as mais humanas, servindo mesmo para caracterizar o sujeito e, por isso, consti-



tuem, como dizia Freud, um privilégio humano.

*Vergonha e culpa:
o sujeito em luta consigo
mesmo, isto é,
com sua moral.*

O sujeito em luta intensa com a sua própria moralidade é classicamente estudado através destas duas grandes dimensões sintomatológicas humanas: a culpa e a vergonha. Cada uma destas experiências nos introduz, quando levada a extremos, na essência da experiência neurótica dos nossos tempos.

O universo mórbido da culpa se situa próximo àquela idéia do dever a qual, por sua vez, traz em seu bojo uma estreita relação com a moral. Moral especialmente violenta, que se apresenta segundo a formulação superegógica organizada em formas específicas. Estas formas são aquelas que Kant denominou de imperativos categóricos. Este termo se refere àquelas frases que, em alemão, são geralmente introduzidas pelo verbo dever (*sollen* ou *müssen*), colocado no imperativo. Estas frases seriam as formadoras da chamada "consciência moral", mas ao mesmo tempo sua existência revela claramente o conflito entre os desejos e auto-exigências das pessoas. Estas moções pulsionais de desejos são tão fortes que o sujeito pode pensar, nestes casos, que é possuído por impulsões bestiais. Ora, a transformação desses desejos em falta moral, em autoreprovações, foi o caminho descoberto por Freud para ex-

plicar o conflito estabelecido entre este sujeito desejante e a moralidade que o apavora. Freud mostrou que o resultado deste conflito é o sintoma, solução "criativa" mas também mutiladora do próprio sujeito.

Da mesma forma, quando nos lembramos das históricas de Freud (3) a dimensão conflituosa entre a moral e a vida pulsional é flagrante, o recalque imposto aos conteúdos pulsionais inconscientes resultando em sintomas como solução de compromisso. Nos "Estudos sobre Histeria", Frau Cäecilie sofre dores de cabeça lancinantes desde que recebeu críticas da sogra, em cheio, na cara. A vergonha é um dos sintomas que mais frequentemente assinala esta dimensão conflituosa da moralidade com as pulsões. O resultado do conflito visa colocar fora da consciência certas idéias acerca da vida pulsional, idéias consideradas, em sua maior parte, como sujas, qualificadas, por quem as tem, de bestei-ras ou bobagens.

Ora, a vergonha é um fenômeno que anuncia uma dimensão fundamental na clínica de todos os dias. Ela mostra em toda sua agrura a dimensão moralista a que está submetido o sujeito. Por isso ela exige uma postura exemplar do clínico, sob pena, caso contrário, de sua prática e suas intervenções resvalarem em uma terapia puramente baseada na repetição de preceitos morais.

*Dois conceitos essenciais
para ruptura com
a terapia moral.*

Em virtude de uma estreita exigência ética de não-imposição do pensar do psicanalista ao outro é que a experiência psicanalítica passa, agora sim, a impor o reconhecimento e a utilização prática de dois conceitos essenciais. O primeiro é o de resistência. Resistência a quê? Em uma só frase responde-se-ia que se trata de resistência a dizer. Dizer implica essencialmente enunciar a um outro o seu próprio pensar imaginário. E não é este imaginário idealizante e autoerótico que se vê ameaçado narcisicamente quando confrontado com o ato de dizer?

O segundo conceito é o de transferência. Ele só pode ser compreendido dentro da sua contrapartida ética, que exige do terapeuta elaborar a sua própria transferência. Esta contrapartida implica o reconhecimento dos

efeitos deletérios que os seus próprios princípios morais podem gerar no outro. Certamente, parte do Código de Ética, bem como grande número de ideais que se formam durante a vida acadêmica influenciam de maneira insuspeita a criação da própria moral dos psicólogos. No que diz respeito à listagem de responsabilidades, de exigências de capacitação para o exercício profissional e de deveres inerentes a este exercício, pensamos ser suficiente o Código de Ética que, neste sentido, é verdadeiramente um Código deontológico. Uma outra vertente menos discutida é aquela referente aos ideais que o sujeito se impõe mais além do código e que estão em geral relacionados à concepção de eficiência e cientificidade.

Três ideais dos terapeutas que merecem ser lembrados.

Trata-se de ideais e exigências que transparecem na prática diária terapêutica em maior ou menor medida. São ideais que servem frequentemente como parâmetros de progresso no trabalho clínico. Estes ideais são apontados por Lacan (4) como sendo em número de três: O Ideal do amor humano, o Ideal da autenticidade e o Ideal da não-dependência. Eles não estão contidos nos Códigos de Ética, mas devem ser revelados aqui, pois veiculam e interferem na postura do clínico em relação a seus pacientes.

O Ideal do amor humano acabado.

Este ideal, bem como ambos ou outros, traz, na sua forma mais exagerada, a idéia de ser um amor acabado, perfeito, harmônico. Quando este ideal é transposto na rotina clínica, é possível notar a postulação ou a expectativa, da parte do psicólogo, de certas idéias, comportamentos e atitudes que são solicitados de forma subliminar aos seus clientes. A postulação da idealização do amor genital na vida adulta é um exemplo que reúne uma concepção partilhada por diversas gerações de psicólogos. Também poderia ser lembrado, com respeito ao ideal do amor humano acabado, um outro, o ideal de união monogâmica, bem como suas limitações, insistentemente mostrados pela realidade cultural dos outros povos. Outrossim, a clínica nos ensina que é

com raridade que um fetichista vem procurar ajuda, sendo a existência do fetiche descoberta muito mais frequentemente durante uma cura que o contrário. Na maioria dos casos de fetiche, o "desviante" na forma de amor está bastante satisfeito com a modalidade de prazer obtido com o "objeto". O ideal de amor perfeito está comprometido também neste caso, impedido, mesmo, de realizar-se, em função da inexistência do outro. Em todos os exemplos indicados, o ideal do amor acabado pode vir a se tornar o próprio ideal e objetivo do tratamento. Não existiria, neste caso, no mínimo uma partilha do ideal entre o terapeuta e seu cliente?

O Ideal da autenticidade

Este ideal é cultivado de maneira generalizada em praticamente todas as formas de terapia. Ele pode até ser objetivamente solicitado aos que procuram tratamento, quando não se tornam transparentes através dos atos de alguns terapeutas que aspiram desmascarar os engodos de seus clientes. Um tão nobre ideal pode comprometer, entretanto, um bom trabalho, e aqui, se faz referência específica ao estatuto que a mentira ocupa em uma relação terapêutica qualquer. Ora, por vez, a única maneira de alguém conseguir enunciar uma verdade dolorosa é propriamente através do ato de mentir. Não consistiriam, neste caso, a mentira — e a inautenticidade — um primeiro passo de uma efetiva elaboração do conflito? Solicitar ou impingir que todos sejam autênticos passa a ser, então, um objetivo que, paradoxalmente, pode tornar o processo relacional submetido a uma clausura.

O Ideal de não-dependência

Junto com os dois ideais anteriores, este, podemos afirmar, tornou-se, nos anos do pós-guerra, algo como um requisito para a atestação da saúde mental de um indivíduo. A suposição é que a autonomia (a não-dependência) é essencial não somente para os clientes, como para os profissionais terapeutas. Com efeito, os três ideais citados ultrapassam os limites de um Código de Ética para se transformarem em algo maior: objetivos e sentidos de vida dos próprios terapeutas. No caso deste último ideal, é

flagrante o insucesso quando se tenta aplicá-lo e levá-lo a fundo. A complexa problemática da dependência tóxica o demonstra. Talvez sejam a clínica e a terapêutica das psicoses que melhor demonstram os limites que um tal ideal encontra. Isto porque um psicótico autista talvez consiga realizar de forma mais radical este ideal, rompendo em definitivo com o mundo dos outros. Nestes casos, solicitar-lhes serem mais independentes pode transformar a terapia num exercício simplesmente perverso.

Para concluir

Assim, estes ideais, que ultrapassam de muito os hábitos (mores), tanto de psicólogos clínicos, como de seus clientes, quase passam a fazer parte do espírito de nossa época. Escamoteá-los não seria simplesmente aceitar a submissão à moral da média da população? E não se estaria passando, assim, a adotar as metáforas e paráfrases mais banais da sociedade como critério de normalidade?...

Da mesma maneira, não estaríamos esquecendo a diferença fundamental existente entre uma postura ética, que privilegia a questão do sujeito, em prol de uma postura pseudocientífica que recobre, na verdade, uma agressiva posição de apoio a uma moralidade nem sempre evidente? É em torno da questão essencial do sujeito, com uma recusa de tratá-lo somente como objeto de investigação ou somente como objeto passível de manipulação técnica, que a Psicologia Clínica tem uma palavra a dar, tendo em vista que sua própria fundação e prática se ligam a questões éticas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LALANOLE, André; *Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie*. Paris, P.U.F., 1983.
- 2 — KANT, Emmanuel, *Grundlegung Zur Metaphysik Der Sitten*, 1975, 2ª Seção, parágrafo 13-13; *Fundamentos da Metafísica dos Costumes*, Trad. Lou- rival Henkel, Rio de Janeiro, Ed. Brasil.
- 3 — FREUD, Sigmund, *Estudos Sobre Histeria*, Vol. II da Edição das Obras Completas de Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- 4 — LACAN, Jacques; *Le Seminaire- Livre VII - L'Éthique de la Psychanalyse*, Paris, Seuil, 1986.