

A Psiquiatria e o Dualismo Corpo e Mente

Neste capítulo explicito a inserção particular da psiquiatria no campo médico a partir da revisão dos argumentos dos principais pensadores da especialidade do século XIX e início do século XX. Amparada na reflexão de Bezerra Jr. (1999), defendo que, distintamente das demais especialidades que tomaram o corpo como objeto, a psiquiatria nasceu sob a égide do dualismo corpo e mente¹.

O dualismo é uma concepção filosófica que postula a existência de dois tipos de domínios ontológicos distintos – mente e corpo – ou dois tipos de propriedades distintas – físicas e mentais, cujos elementos são mutuamente exclusivos. O monismo, de modo diverso, defende a unidade entre a mente e o corpo. Apresenta-se quase sempre sob a forma de um materialismo (fiscalista, behaviorista, funcionalista, etc.) de cunho reducionista, onde a mente “*não é nada mais que...*” (Serpa Jr., 2000).

O dualismo presente na psiquiatria relaciona-se ao fato de a especialidade ter resultado do processo histórico de assunção da moderna visão de mundo². A psiquiatria é fruto das transformações dos saberes que culminaram no nascimento da medicina moderna, que toma o homem e seu corpo como *locus* de investigação e intervenção (Foucault, 1963/1977). Ao mesmo tempo, é fortemente marcada pelo movimento de transformação da cultura e da sociedade que permitiu a emergência do individualismo (Dumont, 1983/1985, 1971/1992) e, em especial, do indivíduo psicológico (Simmel, 1950). Foi no contexto da sociedade individualista que se desenvolveu a ideia de um ser humano portador de

¹ O debate filosófico acerca do dualismo mente e corpo é complexo e sua investigação pormenorizada escapa ao escopo desta tese, que abordará o tema unicamente para discutir os efeitos da adoção de uma posição monista fiscalista que desconsidera a dimensão psíquica e cultural no entendimento da doença mental e da própria subjetividade. Para uma compreensão aprofundada sobre a relação mente e corpo, remete-se o leitor aos estudos da filosofia da mente (James, 1900; Davidson, 1980; Rorty, 1991; Flannagan, 1993).

² O saber psiquiátrico também encontra, na confluência de outros saberes e práticas, científicos ou não, as condições de possibilidade de sua constituição. A esse respeito, ver Foucault, 1961/1978.

intimidade produzida pelo cultivo e investigação de si (Mauss, 1938/1974). Desenvolvo os argumentos deste capítulo considerando centralmente que a articulação entre estes dois modos de conceber o homem – corpo e mente – tem sido um dos principais desafios da psiquiatria.

A fim de assinalar o dualismo que caracteriza a psiquiatria, faço uma análise histórica da especialidade. Inicialmente recorro às obras de Pinel e Esquirol. Depois examino os argumentos de três autores centrais da perspectiva fisicalista do século XIX – Bayle, Morel e Kraepelin –, com o objetivo de retratar os esforços de alinhamento da psiquiatria ao modelo médico. Por fim, recorro à obra de Jaspers para destacar um movimento distinto, que privilegia a dimensão psíquica no entendimento da doença mental. Embora Freud tenha sido um psicanalista, ele também está situado nessa discussão porque a psicanálise influenciou decisivamente a psiquiatria

A exposição do debate psiquiátrico do século XIX e do início do século XX aponta para os dilemas com os quais a psiquiatria tem se debatido desde sua fundação: a disputa entre o monismo fisicalista e a perspectiva antirreducionista, que procura articular natureza e cultura na investigação da experiência humana (Bezerra Jr., 2013).

3.1 Os primeiros enunciados da psiquiatria

A psiquiatria não existia como disciplina até fins do século XVIII. Não existia como um corpo de orientações terapêuticas e identidade de valores profissionais, a despeito de alguns médicos terem se ocupado individualmente do cuidado dos considerados insanos e da existência de manuais sobre a loucura desde a Grécia Antiga (Shorter, 1997). Ainda assim, a institucionalização da loucura esteve presente na Europa durante toda a Idade Moderna e mesmo no período medieval por meio da internação de loucos em hospícios, asilos, casas de correção, prisões e albergues. Sem recorrer a qualquer base terapêutica, a institucionalização se caracterizava por grande violência e abandono, mimetizando a postura das famílias e da sociedade europeia para com os considerados insanos.

Nessa perspectiva, tanto no Renascimento quanto na Época Clássica predominou a intolerância com os mentalmente adoecidos. Os loucos foram tratados na família, na comunidade ou nas instituições com brutal falta de sentimento, pois sua estranheza e agitação despertavam horror e repulsa na sociedade (Shorter, 1997). A intolerância com os considerados insanos favoreceu a multiplicação de instituições destinadas exclusivamente a eles, a despeito da ausência de qualquer proposta de cuidado. Com isso, se produziu uma progressiva transição da responsabilidade em relação aos loucos, saindo do âmbito da família para as instituições. Foram, em conjunto com doentes e pobres, encaminhados aos hospitais gerais. A despeito do nome, esses hospitais não eram instituições médicas, mas estruturas semi-jurídicas que tinham por objetivo a exclusão, o amparo social e a correção dos miseráveis de toda ordem (Foucault, 1961/1978).

A mudança substantiva no papel social dos hospitais gerais ou das casas para loucos (hospícios) aconteceu quando essas instituições de isolamento social assumiram também função terapêutica. A institucionalização do papel terapêutico do hospício foi a chave para o nascimento da psiquiatria como disciplina do campo médico (Shorter, 1997). A legitimação social da psiquiatria só ocorreu quando a sociedade admitiu a loucura como doença, categorizada como alienação mental (Pinel, 1801/1809). A partir de então, a competência para tratamento da alienação mental foi delegada aos alienistas³.

Para tratar os doentes mentais, os alienistas articularam dimensões até então diversas, a saber: o progressivo refinamento do quadro classificatório das doenças, o trabalho nas instituições totais e o tratamento. Produziram a chamada “síntese alienista”, formada pela classificação do espaço institucional, pelo tratamento moral e pelo arranjo nosográfico das doenças (Castel, 1977/1978, p. 81). A confiança da psiquiatria em relação à cura da doença mental fez parte de um otimismo terapêutico que tomou toda a medicina desde a segunda metade do século XVIII.

No início do século XIX a doença mental era concebida predominantemente como uma *patologia do sistema nervoso*, semelhante às demais doenças físicas

³ “Alienista” era o termo utilizado para designar os psiquiatras no final do século XVIII e parte do século XIX. Ele acompanhava a designação da época para doença mental, “alienação mental”, e da psiquiatria, que recebia o nome de “alienismo” (Shorter, 1997).

com a especificidade de atingir o cérebro. Essa concepção coexistia com a associação entre doença mental e *problemas de ordem moral*. Nessa associação, o adoecimento adviria da inadequação de hábitos e afetos aos costumes e crenças partilhadas socialmente (Bercherie, 1980/1989). A perspectiva moral também indicava que, na época, a psiquiatria lidava com questões da alma e do que escapava ao orgânico (Serpa Jr., 2004).

Havia um consenso de que o ordenamento do hospício era nodal para a recuperação do alienado e de que a terapêutica a ser aplicada era o tratamento moral (Bercherie, 1980/1989). Esse consenso resultava da influência direta de Pinel, um dos primeiros alienistas, autor do *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, de 1801, e criador do tratamento moral.

No *Traité*, Pinel postula que os conteúdos da mente dependem das percepções e sensações que os homens experimentam e que a doença mental é uma doença cerebral de origem predominantemente moral (1801/1809, p. 10). Em razão desse entendimento, Pinel determinou que o tratamento implicava em completo isolamento social do alienado. O isolamento retiraria o doente de seu meio, de suas tensões habituais – geradoras ou partícipes no adoecimento – e garantiria a permanência em um ambiente calmo, disciplinado e regido pela lei médica. A vida regrada do hospício seria, para Pinel e seus contemporâneos, o antídoto adequado para a cura da doença mental.

A terapêutica proposta por Pinel recebeu o nome de tratamento moral porque ela era exercida sobre a alma, a mente do alienado, não sobre seu corpo. Visava a subjugar e domar o alienado com o objetivo de modificar a cadeia viciosa de suas ideias. Tratava-se de reeducar o alienado, de submetê-lo ao regime médico de depuração dos hábitos morais e intelectuais, a fim de que ele internalizasse a instância de julgamento e se adaptasse aos ditames sociais. (Bercherie, 1980/1989).

A teoria de Pinel é um bom exemplo do esforço da psiquiatria, desde seu nascedouro, para tratar da relação corpo e mente. No *Traité*, Pinel defende também a ideia de que a doença mental era uma patologia orgânica: um desarranjo das faculdades cerebrais. Faria parte das afecções do sistema nervoso sem inflamação nem lesão estrutural, cuja causalidade era física, hereditária ou moral.

Entretanto, ainda que Pinel considerasse os fatores físicos, incluindo-se a hereditariedade, sua atenção voltava-se para as causas morais. Para ele, a questão moral é a razão mais importante e frequente no desenvolvimento das doenças mentais (Pinel, 1801/1809, p. 12). Sendo assim, Pinel privilegia a moralidade e seus desvios ao definir a doença mental e seu tratamento. Nesse contexto, a moral relacionava-se às paixões, aos excessos de todos os tipos, às irregularidades dos costumes e hábitos de vida e à educação perniciososa (Bercherie, 1980/1989). Pinel presume que esses afetos e comportamentos perturbam o organismo, suas vísceras e funções como circulação e respiração. A concepção é de que a perturbação atinge a região do estômago e do intestino, propagando-se até o cérebro por simpatia, ou seja, pela ligação entre os órgãos do corpo. A doença afeta o sistema nervoso, mas não tem nele sua origem (Bercherie, 1980/1989). Há um descolamento entre corpo e doença, que mantém sua natureza a despeito do órgão afetado. O que define a doença mental são os sintomas apresentados, não a alteração orgânica.

Essa concepção do adoecimento é própria da medicina classificatória do século XVII e primeira metade do século XVIII. Na medicina classificatória, a dissociação entre corpo e doença procedia da adoção do modelo da história natural, ciência taxonômica que identificava, descrevia, nomeava e classificava os seres vivos, ressaltando sua forma, não espessura e função (Foucault, 1966a/1981)⁴.

A medicina classificatória compreendia as doenças como espécies mórbidas, com natureza comparável à das plantas; essência de existência independente do corpo do doente. O sintoma era o mais próximo que se conseguia chegar dessa essência. Era o que se oferecia ao olhar e que permitia nomear a doença, descrevê-la, compará-la e inseri-la em um quadro nosográfico. O sintoma era, portanto, o objeto privilegiado de investigação da medicina classificatória, característica dos séculos XVII e XVIII (Machado, 1982).

A ênfase no visível, no sintoma, foi responsável pelo obscurecimento da anatomia e do funcionamento do organismo. Isso porque o organismo era

⁴ A classificação segundo o modelo da história natural agrupava plantas e animais por seus atributos visíveis e comuns, distribuindo-os hierarquicamente em espécie, gênero, família, ordem, domínio, classe, filo, reino.

entendido como suporte do adoecimento e não como sua condição (Foucault, 1963/1977, 1966/1988). Prova disso era a ideia de que as doenças podiam mudar a localização corporal sem prejuízo de sua natureza e que atingir um órgão não era necessário para gerar uma afecção. Segundo essa racionalidade:

uma mesma afecção espasmódica pode se mudar do baixo-ventre, onde provocará dispepsias, ingurgitamentos viscerais e interrupções do fluxo menstrual ou hemorróidas, para o peito, com sufocamento, palpitações, sensação de bolo na garganta, acessos de tosse, e finalmente ganhar a cabeça, provocando convulsões epiléticas, síncope ou sono comatoso (Foucault, 1963/1977, p. 9).

O que definia a doença, no caso o espasmo, era sua forma, suas características visíveis comuns, não o local afetado, origem ou causa. O corpo do doente, portanto, era um fato exterior em relação àquilo que ele sofria. Cabia ao médico abstrair os acidentes que esse corpo produz para encontrar a forma original da doença, prevista na classificação das espécies mórbidas. Logo, não se tratava de gerar conhecimento a partir do exame do doente, mas de confirmar o saber adquirido por meio do estudo da taxonomia. A taxonomia estabelecia a ordenação das doenças em uma classificação que prescindia da análise da estrutura interna e do funcionamento o corpo humano.

Diante dessas concepções, apesar de Pinel abordar os problemas mentais como de ordem cerebral, ele não estabeleceu umnexo causal entre doença (mental) e lesão (cerebral). As lesões, se existem, são das faculdades mentais do entendimento e da vontade. Pinel tampouco adotou a ideia de que a etiologia dessa patologia é física. Para ele, o físico e o moral são inextricavelmente articulados, e a dimensão moral está presente na hipótese etiológica, nos critérios diagnósticos e no tratamento – marcado pela reeducação do alienado, pela reforma de seus hábitos. Pinel se filiou à medicina classificatória do seu tempo e nela ancorou suas teses sobre a doença mental e seu tratamento.

Importante ressaltar que, para o psiquiatra francês, a alienação é uma contradição da razão, não sua supressão absoluta (Pinel, 1801/1809). Assim, Pinel considerou que, a despeito do exercício da racionalidade, o homem pode ser submetido à alteração dos afetos, ao desatino das paixões. O tratamento moral é uma aposta de resgate da racionalidade e da moralidade perdida.

Segundo Foucault (1961/1978), com o tratamento moral, a psiquiatria pretendeu assegurar a universalidade da moral burguesa, segundo a qual a sociedade se organiza em torno do contrato social. O tratamento moral tinha por objetivo superar a divergência entre o comportamento socialmente desejado e a incapacidade dos alienados de responderem às expectativas do contrato social decorrente da devassidão, do mau comportamento, da perversidade dos costumes e da preguiça. Para o autor, o hospício desempenhou papel central nesse projeto, pois atuou como um instrumento de resgate da razão e adaptação dos indivíduos.

Gauchet e Swain (1980) advogam que o tratamento moral, no lugar de ser uma prática de segregação social, foi uma maneira de afirmar a condição humana do alienado e de resgatar seu lugar junto à sociedade. Os autores defendem que a psiquiatria pineliana abriu espaço para a consideração de que as paixões se impunham internamente ao indivíduo, a despeito de seu esforço racional para controlá-lo. Assim, não havia exterioridade absoluta entre o sujeito da razão e o alienado. O tratamento moral visava estabelecer uma comunicação entre o psiquiatra e o alienado.

A despeito da ressalva de Gauchet e Swain, deve-se levar em consideração que Foucault teve o mérito de desvelar a imposição do isolamento como condição para a cura e, mais do que isso, ressaltar a dimensão do biopoder presente na psiquiatria. O autor revela o caráter ordenador, normalizador da especialidade e sua relação com as demandas da sociedade francesa após a revolução burguesa em 1789. Castel (1977/1978) ratifica Foucault ao defender que a psiquiatria de Pinel administrou o problema da loucura no contexto da revolução francesa ao articular tratamento e exclusão. A psiquiatria forneceu o amparo legal ao sustentar que o isolamento social era uma indicação terapêutica. Construiu identidade e legitimidade social exatamente na interface entre a oferta terapêutica e a resposta ao pedido de segregação dos alienados. Revelou, desde seu início, o quanto podia funcionar como uma “tecnologia geral do corpo social” (Foucault, 1977/2002, p. 326), alinhada aos interesses da sociedade burguesa nascente. Prova disso foi o fato de a prática do internamento ter persistido como modo de intervenção privilegiado ao longo dos séculos XIX e XX, a despeito de mudanças nas considerações sobre a etiologia das doenças mentais e do advento de novos recursos terapêuticos.

3.2 A clínica psiquiátrica entre o físico e o mental

A prática do internamento, ao concentrar os alienados no hospício, tornou obsoleta a ideia de que havia uma única forma de insanidade (Healy, 1997, 2002). O ordenamento do hospício incluiu a distribuição metódica dos doentes segundo seu comportamento, introduzindo uma nova racionalidade no entendimento da loucura. Instituiu-se, assim, a redefinição da loucura, agora entendida como alienação mental, bem como a classificação de seus sintomas e categorias diagnósticas. A psiquiatria reivindicou o estatuto de “ciência” a partir desse esforço de observação e catalogação (Castel, 1977/1978).

O legado de Pinel foi reiterado pelo trabalho do discípulo Esquirol (1838). Este alienista amparou-se na observação sistemática de sintomas para definir e delimitar síndromes psicopatológicas, impulsionando e qualificando a nosografia proposta por Pinel (1801/1809). Esquirol sustentou igualmente a concepção de que a explicação da doença mental não poderia ser exclusivamente biológica, devendo levar em conta a questão moral: paixões exacerbadas – orgulho, medo, susto, ambição, desgraças e problemas domésticos – capazes de desencadear perturbações mentais. Também atentou para o modo como as paixões podiam ser domadas, favorecendo a recondução do alienado à razão. Isso porque, para o discípulo de Pinel, as paixões eram, ao mesmo tempo, os sintomas mais essenciais e os mais poderosos agentes terapêuticos da loucura (Esquirol, 1838).

De acordo com Bercherie (1980/1989), os enunciados de Esquirol encontraram maior ou menor convergência com as teses de outros alienistas do século XIX, em disputa acerca da explicação da gênese da doença mental. Isso porque o dualismo psiquiátrico punha em oposição a concepção biológica (ou física) e a concepção psicológica (ou moral) quanto à causalidade da doença mental. De acordo com a primeira, a doença mental seria de ordem orgânica, resultado de lesões no corpo ou no cérebro, devendo ser objeto de intervenção nos moldes da medicina moderna (Griesinger, 1845/2007). As perturbações psíquicas seriam consequência da alteração corporal e o tratamento moral teria um valor secundário em relação ao tratamento físico. A abordagem psicológica, por outro lado, pretendia identificar na ordem moral as origens da doença mental, entendida

como enfermidade das paixões (Esquirol, 1838; Heinroth, 1818, 1823). As alterações do corpo seriam consequências de um transtorno localizado no plano das faculdades morais. O tratamento moral seria indicado como instrumento privilegiado de cura nas duas abordagens (Birman, 1978).

3.3 Bayle, Morel e Kraepelin: os fundamentos discursivos da psiquiatria biológica

Ao longo do século XIX, os avanços da medicina experimental positivista impeliram a psiquiatria em direção ao fundamento biológico da doença mental, em um progressivo abandono do vocabulário descritivo pineliano (Bercherie, 1980/1989). Nesse novo contexto, a manutenção da legitimidade da psiquiatria como especialidade médica foi subordinada à capacidade de adequar seu modelo de conhecimento à nova racionalidade científica da medicina (Shorter, 1997), onde a definição e a classificação das enfermidades tornavam-se cada vez mais alicerçadas em substratos anatômicos e teciduais.

Canguilhem (1980/2006) localiza naquele momento o início do processo de naturalização da mente, ou melhor, do pensamento. Para ele, a teoria das localizações cerebrais, proposta em 1809 pelo médico alemão Gall, foi um marco na disputa do positivismo com o espiritualismo. Gall inaugurou a chamada “ciência do cérebro” ao estabelecer que o órgão é a sede das faculdades mentais. Mais do que isso, afirmou que as qualidades morais e os poderes intelectuais eram inatos e tinham por fundamento o substrato anatômico do cérebro, não a substancialidade ontológica da alma (Canguilhem, 1980/2006).

As concepções de Gall competiam com as descrições de Pinel e Esquirol. A difusão do localizacionismo cerebral, em conjunto com o avanço da medicina experimental, colocou a psiquiatria em posição desafiadora, de rejeição das bases conceituais pinelianas e aderência à nova fundamentação teórica, de cunho positivista e normativo. Bayle, Morel e Kraepelin aderiram e impulsionaram o projeto de naturalização da mente, razão pela qual seus discursos são delimitados a seguir.

3.3.1 Bayle

O psiquiatra francês Bayle (1822/2009, 1826) procurou responder ao desafio de adequar o saber psiquiátrico ao modelo anatomoclínico na segunda década do século XIX. Na tese em medicina *Recherches sur les Maladies Mentales*, defendida em 1822, o psiquiatra francês demonstra que a inflamação crônica de uma das membranas cerebrais é a causa de um tipo particular de doença mental, a paralisia geral progressiva (PGP) ou neurosífilis. Sua descoberta foi um marco na história das concepções biológicas em psiquiatria, pois, pela primeira vez, se comprovou a existência de umnexo causal entre uma entidade psicopatológica típica e uma lesão cerebral específica e objetivamente demonstrável (Pereira, 2009).

Bayle chegou a essa conclusão pela identificação, *post mortem*, de substratos anatomopatológicos presentes no cérebro de indivíduos afetados pela doença mental. Também se baseou na observação das manifestações clínicas da paralisia geral progressiva, marcada por um prognóstico reservado tanto nos sintomas motores quanto nos psiquiátricos. Percebeu que os distúrbios motores atingiam vários grupos musculares, enfraquecendo-os e levando à prostração física e à paralisia. Os sintomas psiquiátricos variavam no tempo e eram progressivamente agravados, migrando de uma leve exaltação para um quadro de delírio maníaco generalizado e posteriormente para a demência, com prejuízo das funções cognitivas, debilidade física e morte.

A descoberta de Bayle teve um efeito marcante na história da psiquiatria ao possibilitar que a especialidade se adequasse, ao menos em parte, à nova racionalidade da medicina. Com isso, os defensores da abordagem biológica se dirigiram para uma explicação estritamente fisicalista dos fenômenos psicopatológicos e sinalizaram, para o campo médico, que a psiquiatria tratava também do corpo e não somente da alma, da mente ou da moral.

Ao longo de décadas e com auxílio de avanços em outros ramos da medicina, foi possível desenvolver um modelo explicativo para a neurosífilis. Ele é composto pelos seguintes estágios: a) identificação da paralisia geral progressiva como uma síndrome; b) localização de uma correspondência entre essa síndrome e a lesão das meninges; c) descoberta de que a síndrome psiquiátrica era a terceira

fase de uma doença infecciosa (sífilis); d) revelação do agente etiológico causador da doença (*Treponema pallidum*); e) desenvolvimento de medicamentos para sua cura; f) criação de estratégias de prevenção.

O modelo causal da neurosífilis tornou-se referência para explicação das demais patologias mentais (Andreasen, 2001). Sua generalização, contudo, nunca se deu. A impossibilidade de generalização do modelo causal deixou a psiquiatria em uma posição controversa em relação ao restante das especialidades médicas.

A descoberta de Bayle fez, ainda assim, com que a busca pelos mecanismos orgânicos causadores da doença mental fosse expressivamente impulsionada. Foi acompanhada por modificações nos critérios que orientavam a nosologia (*nosos*: enfermidade; *logos*: estudo) e a nosografia (*nosos*: enfermidade; *graphein*: descrição) psiquiátricas. À classificação sindrômica (baseada em sintomas) se somaram outras, de caráter evolutivo, etiológico e anatômico.

Sob a inspiração de Bayle, a psiquiatria procurou se adequar à classificação médica na época e mantida até hoje. Essa classificação se baseia nos seguintes métodos: descritivo (método clínico: baseado em sintomas e síndromes, e método evolutivo ou patocrônico: apoiado na evolução, no curso da doença); etiopatogênico (assentado nas causas da doença), fisiopatológico (baseado no funcionamento orgânico durante o adoecimento) e anatomopatológico (apoiado em alterações estruturais, morfológicas) (Stagnaro, 2012).

3.3.2 Morel

O *Traité des Dégénérescences* e o *Traité des Maladies Mentales*, publicados pelo psiquiatra franco-austríaco Morel em 1857 e 1860, são importantes exemplos da tentativa de conciliação entre a perspectiva fisicalista e ideias de cunho moral. O autor retomou a noção de hereditariedade, presente marginalmente em Pinel (1801/1809), Esquirol (1838) e J-P Falret (1864), para propor uma nova etiologia da doença mental, distanciando-se de Bayle.

Morel partiu do pressuposto de que o homem teria sido criado segundo um tipo primitivo perfeito, marcado pela dominação do moral pelo físico. Essa dominação permitiria a livre aceitação da lei moral pelo sujeito, que se adequaria sem queixas às normas e exigências sociais. A degeneração referia-se a qualquer

desvio doentio e hereditário em relação a esse homem primitivo (Morel, 1857) e a doença mental seria um dos principais tipos de degenerescência⁵ (Morel, 1860).

A essência da teoria da degenerescência residiu na transmissibilidade, na herança mantida através das gerações. Nessa concepção, a herança não se restringe ao biológico, inclui traços de cunho moral e comportamentos. Um desvio, por simples que seja, marca o indivíduo e suas futuras gerações, de modo progressivo. Para o psiquiatra francês, o germe da degenerescência é capaz de agravar seus efeitos, levando à decadência física, intelectual e moral do próprio indivíduo e principalmente de sua descendência, que se torna estéril e é posteriormente extinta. Além da transmissão hereditária, a degenerescência se caracteriza pela presença de estigmas: traços físicos ou mentais, como tamanho da cabeça, altura, peso, cor dos olhos, cabelos, pele, temperamento, inclinações morais, capacidade intelectual, etc. (Pereira, 2008).

A degenerescência teria como causas intoxicações (impaludismo, álcool, ópio, constituição geológica do solo, fome, epidemias e intoxicações alimentares); meio social (indústrias, profissões insalubres, miséria); afecções mórbidas anteriores ou temperamento malévolos; mal moral (imoralidade dos costumes); enfermidades congênitas ou adquiridas na infância; influências hereditárias (Bercherie, 1980/1989; Castel, 1977/1978). Em resumo, uma profusão de fatores sem nenhuma relação causal e nada em comum a não ser o distanciamento para com o ideal de normalidade. A enumeração das “causas” da degenerescência explicita que, nessa teoria, é o desvio da norma – física ou social – que determina a degeneração (Caponi, 2009).

Um atributo crucial do conceito de hereditariedade presente na teoria da degenerescência é, portanto, o “laxismo causal”, onde tudo podia ser causa de tudo (Foucault, 1975b/2001, p. 399). Com isso, a doença inicial poderia se reproduzir nos descendentes ou originar outras enfermidades que não tivessem qualquer relação com ela (por exemplo, a embriaguez de um indivíduo poderia gerar em seus filhos e netos alcoolismo, mas também tuberculose, doença mental ou delinquência). Tratava-se, portanto, de uma noção de hereditariedade

⁵ Embora os substantivos “degeneração” e “degenerescência” costumem ser utilizados de modo indistinto, vale apontar que o primeiro está ligado à ação do verbo e o segundo ao resultado dessa ação (Serpa Jr., 2010).

particular, “uma herança indefinida, onde toda e qualquer anomalia podia surgir e espalhar-se a partir de um sujeito que é identificado como degenerado ou anormal” (Caponi, 2009, p. 541).

Ainda assim, essa concepção de hereditariedade serviu de base à teoria da degenerescência e permitiu uma aproximação entre o vocabulário psiquiátrico e o vocabulário médico. A teoria da degenerescência tinha flexibilidade explicativa e fornecia ancoragem fisicalista ao estudo da doença mental, mas mantinha-se permeável aos valores morais (Serpa Jr., 2010).

Morel acreditava que a psiquiatria tinha um papel privilegiado na lida com os riscos de adoecimento e degradação, salvando a sociedade dos efeitos da degeneração. Para isso propôs a imposição de um tratamento moral e educativo, que deveria ser aplicado tanto aos adoecidos quanto àqueles que poderiam se tornar degenerados (Morel, 1860). Esse tipo de intervenção, de caráter preventivo, ampliou os domínios da psiquiatria em direção à população em geral, especialmente aos mais pobres.

A teoria da degenerescência, por sua relação com os anseios de regulação da violência, pobreza e doenças, influenciou os debates da criminologia e da saúde pública na segunda metade do século XIX e no início do século XX (Caponi, 2009; Serpa Jr., 2010). Na criminologia, serviu de base para as teses de Lombroso (1876), que postulou a existência do criminoso nato, biologicamente predisposto à criminalidade. Na saúde pública, a preocupação com a progressão da degenerescência conduziu à eugenia, que visava melhorar as características físicas e mentais da população através do estudo da hereditariedade humana proposto por Galton (1869, 1883). Na prática, a eugenia visou à purificação racial, incentivando a união entre pessoas consideradas saudáveis e interditando o casamento entre indivíduos afetados por patologias consideradas hereditárias (doenças mentais e infecciosas). No limite, chegou a justificar esterilizações ou assassinato de doentes e povos considerados inferiores.

Com a teoria da degenerescência, postulada por Morel em 1857 e largamente adotada por contemporâneos e sucessores, a psiquiatria ampliou o escopo de suas ações, pois deveria estar atenta não só aos manifestadamente loucos, mas também àqueles que infligiam costumes, ideias e convenções do

período. Assim, abandonou o diagnóstico com base exclusiva na comparação do indivíduo consigo mesmo, com as rupturas que o adoecimento teria provocado em sua existência, e passou a compará-lo com o comportamento ideal dos pontos de vista fisiológico, psicológico, social, moral ou mesmo jurídico (Bercherie, 1980/1989).

Morel, ao produzir um deslocamento da doença mental para a degenerescência, permitiu aos psiquiatras do fim do século XIX extrapolar a questão da cura da loucura e dedicarem-se à gestão da anormalidade. Com isso, a psiquiatria outorgou-se a tarefa de “moralização das massas” (Castel, 1977/1978, p. 263), de proteção da sociedade contra os perigos da anormalidade e da degenerescência (Foucault, 1975b/2011). Veiculou valores da época, reduzindo os dilemas do homem e da sociedade a problemas de ordem hereditária e moral, a serem resolvidos na esfera médica (Pereira, 2008).

3.3.3 Kraepelin

Kraepelin (1883; 1899/1902; 1904/1968; 1920/2009), o último grande expoente do projeto intelectual da psiquiatria fisicalista, produziu sua obra na virada do século XIX para o século XX. Comumente designado o criador da psiquiatria moderna (Shorter, 1997), o psiquiatra alemão foi responsável pela proposição de uma orientação fortemente biológica para o estudo das doenças mentais. Kraepelin sustentava que a psiquiatria, como as demais especialidades médicas, deveria se amparar nas pesquisas experimentais para fazer avançar o conhecimento acerca do funcionamento mental (Decker, 2007). Assim, em 1917, Kraepelin cercou-se de profissionais das áreas da psicologia experimental, neuropatologia, farmacologia e genética e fundou o Instituto Alemão de Pesquisa Psiquiátrica, primeiro centro especificamente planejado para investigação multidisciplinar das doenças mentais (Jablensky, 2007). O programa de pesquisa de Kraepelin tinha por objetivo definir grupos válidos de patologias e identificar as leis que associam o quadro clínico às alterações cerebrais. Adotou a teoria da localização cerebral e acreditou que as doenças mentais eram doenças cerebrais (Berrios e Hauser, 1998/2013).

Ainda que filiado ao modelo médico, Kraepelin deu relativamente pouca atenção ao debate sobre a *etiologia* das doenças mentais por considerar que faltavam recursos tecnológicos e conhecimento teórico para estabelecer determinantes biológicos. Ao privilegiar a análise do *curso* da doença, adiou a esperança de encontrar uma correspondência entre a anatomia/fisiopatologia e o quadro clínico (Berrios e Hauser, 1988/2013; Engstrom e Weber, 2005). Para dedicar-se ao exame dos desdobramentos do quadro clínico, Kraepelin rompeu com a tradição psiquiátrica de classificação diagnóstica sindrômica, baseada na observação transversal dos sintomas. Voltou-se para os estudos de *follow-up* e revisou a classificação diagnóstica tendo por parâmetro a evolução e o prognóstico das patologias (Berrios e Hauser, 1988/2013). Realizou, ainda, exaustiva investigação acerca do caráter hereditário da doença mental, pois, em alguma medida, Kraepelin compartilhava das ideias de Morel (1857, 1860) sobre o caráter hereditário das doenças mentais (Caponi, 2011a, b).

O trabalho de Kraepelin deu origem ao *Compendium der Psychiatrie* (1883), sistematicamente revisto ao longo de trinta anos. A sexta edição, datada de 1899, tornou-se especialmente conhecida porque nela foi apresentada a tese de que há essencialmente duas formas de doenças mentais, a loucura maníaco-depressiva e a demência precoce. Ambas seriam entidades nosológicas isoladas e clinicamente distintas, cuja diferenciação diagnóstica deveria ser feita prioritariamente com base no curso longitudinal da doença (Berherie, 1980/1989). Somente assim, argumentava Kraepelin, seria possível distinguir os sintomas essenciais dos sintomas acidentais da doença (Kraepelin, 1899).

A formalização dessas duas grandes categorias permitiu reunir, em cada uma delas, um grupo de patologias distintas. De um lado, situavam-se a loucura maníaco-depressiva, a mania simples, a melancolia e outros transtornos menores caracterizados por alterações do humor; do outro lado, a demência precoce, a catatonia, a hebefrenia e a paranoia. A importância da tese kraepeliniana foi tamanha que a distinção entre loucura maníaco-depressiva e demência precoce se mantém como um dos pilares da psicopatologia contemporânea⁶ (Pereira, 2002).

⁶ A designação loucura maníaco-depressiva sofreu inúmeras transformações, dando origem à categoria diagnóstica transtorno bipolar do humor. A doença conhecida como demência precoce foi rebatizada, por Bleuler em 1911, como esquizofrenia (Healy, 1997).

Outra contribuição de Kraepelin foi a correspondência entre tipos clínicos e processos cerebrais, por analogia ao modelo da doença específica da bacteriologia (Healy, 1997). Conforme o modelo bacteriológico, as doenças teriam causalidade única, produzida por um agente patogênico específico. Kraepelin procurou incorporar o modelo bacteriológico à psiquiatria e adotou a noção de entidade mórbida proposta por J-P Falret (1864). Acreditava que a validação da noção de entidade mórbida adviria da neuropatologia, da fisiologia e da bioquímica cerebral (Jablensky, 2007), mas reconhecia os limites dos estudos laboratoriais. Assim, voltou-se para a abordagem descritiva e classificatória, pois entendia que a clínica apurada contribuiria com o avanço da psiquiatria. A atenção dada à clínica, sustentava o psiquiatra, favoreceria a identificação precisa das correlações entre sintomas, curso e desenlace da doença.

De modo curioso e na contramão de seus pressupostos teórico-clínicos, Kraepelin e os colegas do Instituto Alemão de Pesquisa Psiquiátrica ajudaram a desfazer a tese de que todas as doenças mentais teriam uma base cerebral. Isso se deu porque eles reportaram seus achados laboratoriais como fatos neurológicos, não como eventos psiquiátricos, a exemplo do ocorrido com a descoberta da Doença de Alzheimer. Essa escolha respondeu à distinção entre neurologia e psiquiatria própria ao período em que Kraepelin produziu sua obra. A neurologia respondia pela investigação das alterações mentais ligadas a modificações anatômicas do cérebro (as doenças da lesão) e a psiquiatria pelo tratamento das doenças sem correlato anatômico (as doenças da função)⁷. Se a Doença de Alzheimer apresentava lesão cerebral, então ela deveria ser definida como doença neurológica, estatuto que porta até hoje.

Embora as ideias de Kraepelin ainda sejam aceitas e tenham sido alçadas à condição de inspiração para os psiquiatras biológicos nos anos de 1970 (Klerman, 1978), elas encontraram muita resistência quando de sua divulgação. As críticas questionavam a preferência pelo diagnóstico evolutivo no lugar do sindrômico, a tentativa de subordinação de todas as doenças mentais às categorias loucura maníaco-depressiva e demência precoce, as revisões erráticas do *Compendium der*

⁷ Naquele momento, “funcional” era um termo que descrevia uma doença não relacionada à patologia cerebral, um transtorno da função psicológica mais do que da estrutura orgânica (Rose, 2007b).

Psychiatrie, a noção de entidade mórbida e o enfoque estritamente orgânico das doenças mentais (Shorter, 1997).

Segundo Shorter (1997), as críticas não foram responsáveis pela perda de influência de Kraepelin e da orientação biológica da psiquiatria de então. Para o autor, o declínio foi produzido internamente pela cisão entre os neurologistas e psiquiatras na época. A hipótese de Shorter é plausível, ainda que valorize em excesso as tensões internas ao campo da orientação biológica. É possível igualmente atribuir a mudança na correlação de forças contrárias à escola de Kraepelin ao fortalecimento das abordagens que relacionavam o desenvolvimento das doenças mentais a questões de ordem subjetiva, como a fenomenologia e a psicanálise.

3.4 A crítica de Jaspers ao fisicalismo

Em 1913 o psiquiatra e filósofo alemão Jaspers publicou o livro *Allgemeine Psychopathologie*, onde realiza a crítica conceitual sistemática da psicopatologia e do paralelismo psicofisiológico em psiquiatria e psicologia.

Jaspers acreditava na fundamentação material da mente, mas afirmava ser necessário distinguir o que era efetivamente sabido daquilo que era suposto. Nesse sentido, criticou a noção de entidade mórbida de Kraepelin, pois as pesquisas da época não permitiam estabelecer uma relação causal entre tipos clínicos e alterações do funcionamento e da anatomia cerebral (Bercherie, 1980/1989).

O valor central da obra de Jaspers, entretanto, encontra-se na proposta de novos parâmetros para a psicopatologia, cujo objeto é o fenômeno psíquico consciente (1913/2003). O psiquiatra e filósofo alemão pretendeu *compreender* a experiência subjetiva, em especial seus fenômenos patológicos. Considerou, contudo, que os métodos comuns às ciências naturais e que orientam a psiquiatria e a psicologia (a descrição dos sintomas, a *explicação* do quadro clínico) são incapazes de permitir tal compreensão. Para isso, seria preciso ir além das aparências. Tratava-se de saber o que os homens vivenciam e como o fazem.

Jaspers entendeu que isso só poderia ocorrer se o psiquiatra se mostrasse empático em relação ao que acontece com o paciente, pondo-se em seu lugar. A empatia seria exatamente o compartilhamento intuitivo, não reflexivo, da

experiência de outrem. A “compreensão empática”, por seu turno, permitiria que o psiquiatra traduzisse de modo descritivo a experiência de adoecimento do paciente. De acordo com Rodrigues (2005), a psicopatologia geral, de matriz fenomenológica, articulava empatia e compreensão empática com o intuito de responder à necessidade de cientificidade e, ao mesmo tempo, sustentar a centralidade da experiência subjetiva.

Com a proposição da psicopatologia geral, Jaspers recuperou a narrativa subjetiva e valorizou a relação médico-paciente. Situou-os no cerne da prática psiquiátrica, deixando em segundo plano a explicação causal e estritamente fisicalista dos fenômenos psíquicos. A ênfase na compreensão da vivência subjetiva, em lugar da exclusiva descrição de sintomas, expressava a concepção do homem como irreduzível à objetividade conceitual (Moreira, 2011; Rodrigues, 2005)

Jaspers rompeu com a abordagem psiquiátrica de seu tempo, de inspiração kraepeliniana. Com ele, a psicopatologia surgiu como disciplina não médica, mergulhada no particular da experiência íntima do sofrimento individual, e preocupada em produzir proposições de caráter geral sobre as formas específicas do padecer psíquico. Jaspers deixou um importante legado na psiquiatria do século XX, tendo em consideração o *sujeito da consciência* (Pereira, 1998).

3.5 A ruptura epistemológica de Freud

Freud também produziu uma importante ruptura com o fisicalismo reducionista de sua época para fundar a psicanálise. O neurologista austríaco reconheceu a materialidade em que repousa o psiquismo, mas não o reduziu a ela. Desde seus estudos iniciais, Freud recusou o monismo fisicalista reinante na neurologia e na psiquiatria biológica. Em seu lugar, adotou o chamado monismo de duplo aspecto, onde se considera que o psiquismo depende da realidade material do cérebro, mas apresenta propriedades autônomas que não podem ser explicadas com base em descrições materiais (Bezerra Jr., 2013).

A posição de Freud teve a marca de pesquisadores que o precederam. Dos mestres germânicos, Freud reteve a ideia de que era impossível conceber funções mentais sem a participação da atividade cerebral. De Charcot (1882), célebre

neurologista francês e mentor de Freud, preservou o método clínico-descritivo (Bezerra Jr., 2013). Manteve ainda o interesse pela histeria que, em conjunto com a neurastenia, a hipocondria e a epilepsia, integravam o grupo das neuroses. No século XIX as neuroses eram consideradas doenças do sistema nervoso e, portanto, seu tratamento ficava a cargo da neurologia e não da psiquiatria. Como dito há pouco, a neurologia se encarregava das patologias estruturais e a psiquiatria das patologias funcionais.

A histeria representava um enigma para os neurologistas de então, pois os histéricos apresentavam alterações motoras sem a presença de modificações estruturais que as justificassem. Isso produzia uma desconfiança em parte dos neurologistas, que consideravam os sintomas histéricos como simulação e não como patologia. Entretanto, ganhou força a ideia de que a neurose envolvia uma alteração funcional, portanto não estrutural, do sistema nervoso. Essa alteração seria relativa ao esquema do arco reflexo, teoria dominante naquele momento e que explicava a atividade psíquica como um processo associativo tanto no sentido psicológico da associação de ideias quanto no sentido do feixe associativo dos neurologistas. Considerava-se que alguns reflexos podiam ser aberrantes e que isso poderia resultar na perda de associações mentais entre pensamentos, imagens e memórias dos indivíduos (Healy, 1997; Bercherie, 1980/1989).

As investigações de Charcot (1882) seguiram a tese de que a histeria era uma doença funcional. Chamaram a atenção para a semelhança entre o quadro clínico da histeria e aquele provocado pela hipnose, pois em ambos o paciente era capaz de produzir alterações corporais por sugestão médica. Apesar de o neurologista francês ter vislumbrado a força da sugestão na histeria, não atribuiu a causalidade da doença a qualquer fenômeno de ordem psíquica. Para ele, suas causas situavam-se em uma predisposição hereditária que, impulsionada por um trauma psicológico, era capaz de produzir o quadro histérico.

Freud assumiu as ideias de Charcot, mas a clínica o fez redefinir o lugar do psíquico na histeria. Os sintomas foram explicados por sua relação com a cena traumática e considerados fruto da defesa contra as lembranças dolorosas, de natureza sexual (Freud, 1894/2001; Breuer e Freud, 1895/2001). No primeiro momento, Freud acreditou que a cena traumática remontava a tentativas reais de sedução ocorridas na infância. Logo abandonou essa hipótese em função do

privilégio dado à fantasia. Freud deslocou-se da realidade factual para a realidade psíquica e localizou ali o terreno onde se desenvolviam sintomas. Esboçava-se um dos fundamentos da clínica psicanalítica, segundo o qual o que interessa a um psicanalista é a experiência vivenciada pelo paciente. Pouca diferença faz se os fatos narrados ocorreram ou não, uma vez que, “no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva” (Freud, 1917c/2001, p. 336).

No relato das pacientes, o prazer desconhecido contido no sintoma chamou a atenção de Freud. Se o sofrimento era aquilo que se anunciava de imediato, o tratamento por meio da associação livre fez ver que havia algo mais no sintoma: a realização de um desejo inconsciente. Curiosamente, essa realização produzia sofrimento e prazer. Tal condição do sintoma levou o fundador da psicanálise a acreditar que o funcionamento psíquico operava por meio de dois processos distintos e conflitantes. Freud definiu-os como processo primário, próprio ao inconsciente e que visava à satisfação, e processo secundário, dominado pelo consciente e que interpunha barreiras à realização dos desejos inconscientes, de natureza incestuosa (Freud, 1900/2001).

Essas barreiras, do recalque, são erigidas para defender o psiquismo do desprazer, posto que a manutenção ou obtenção do prazer é o princípio fundamental do aparelho psíquico. Assim, os sintomas surgem como modos de satisfação sexual substitutiva, como soluções de compromisso entre a exigência de satisfação e os limites para realizá-la. Indicam – em conjunto com os sonhos, os atos falhos e os chistes – a divisão constitutiva do sujeito e sua determinação inconsciente, conforme apresento no capítulo dois. Indicam, ademais, que em psicanálise não é possível conceber o sintoma como “exterior” ao sujeito, como simples efeito do funcionamento cerebral ou da herança genética. O sintoma é um arranjo particular, um modo de o sujeito se colocar no mundo, de fazer laço social.

Para efeito de análise neste capítulo, destaco o fato de que a obra de Freud exerceu imensa influência na psiquiatria do século XX, sendo responsável pela proposição de conceitos decisivos como inconsciente, transferência, pulsão (Briole, 1998). A psicanálise deslocou a noção de indivíduo, pensado no registro da consciência, da moral e da autonomia, propondo em seu lugar a ideia de um sujeito do inconsciente. Além disso, deu outro contorno ao debate sobre o corpo,

relativizando a concepção estritamente biológica que predominava na medicina. Ao menos no campo psiquiátrico, o corpo como organismo perdeu a dominância argumentativa.

No lugar de reproduzir a organogênese ou a psicogênese das teorias psiquiátricas que a precederam, a psicanálise, como Freud a criou, articulou corpo e psiquismo. A consideração de que o sujeito é dividido e de que goza de seu sintoma é um dos maiores legados de Freud para a cultura. No Capítulo 4 mostro como o legado freudiano está em risco em razão da disseminação uma visão cerebralista, que apaga o sujeito.