

A PROCURA DA PEDRA DA LOUCURA: APONTAMENTOS SOBRE O PROCESSO DE BIOLOGIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA

THE SEARCH OF THE STONE OF MADNESS: NOTES ABOUT THE PROCESS OF PSYCHIATRY BIOLOGIZATION

Daniele de Andrade Ferrazza* ; Murilo Galvão Amancio Cruz**

* Departamento de Psicologia - Universidade Estadual de Maringá (UEM);

** Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; daferrazza@uem.br; murilogac@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 28-03-2017

Aceptado: 07-09-2017

Publicado: 02-11-2018

Palavras-chave

História da psiquiatria

Loucura

Biologicismo

Psicofarmacologia

Resumo

A psiquiatria contemporânea é marcada por uma tendência biologicista com especial uso de psicofármacos no tratamento de suas supostas enfermidades. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é analisar, no âmbito da constituição histórica da psiquiatria, sua busca pela origem orgânica das patologias mentais, a partir da teoria alienista de Philippe Pinel e da teoria da degenerescência de Benedict-Augustin Morel. Dessa forma, inspirados na perspectiva genealógica foucaultiana, o artigo pretende apresentar pistas sobre o caminho da biologização dos discursos e práticas psiquiátricas que culminaram no século XXI no atual sistema classificatório das patologias mentais, que nutre o paradigma biomédico e promove a banalização de diagnósticos e a generalizada prescrição de psicofármacos.

Abstract

Contemporary psychiatry is marked by a biologicist tendency with special use of psychotropic in the treatment of its supposed illness. In this sense, the aim of this paper is to analyze, within the historical constitution of psychiatry, its search for the organic origin of mental disorders, from Philippe Pinel's theory of alienism and Benedict-Augustin Morel's theory of degeneracy. Thus, inspired by the genealogical foucaultian perspective, this article intends to present clues about the way of the biologization of psychiatric speeches and practices, who arrive the 21st century in the current classification system of mental disorders, which nourishes the biomedical paradigm and promote the banalization of diagnosis and the widespread prescription of psychotropic drugs.

Keywords

History of psychiatry

Madness

Biologicism

Psychopharmacology

Ferrazza, Daniele de Andrade & Cruz, Murilo Galvão Amancio (2018). A procura da pedra da loucura: apontamentos sobre o processo de biologização da psiquiatria. *Athenea Digital*, 18(3), e2157. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2157>

Introdução

“Mestre, tira fora esta pedra...” é a mensagem inscrita em uma das grandes obras de arte do enigmático Hieronymus Bosch na tela “A extração da pedra da loucura” do ano de 1494. A obra faz alusão a uma suposta cirurgia de trepanação que submete um ingênuo paciente a extração de uma pedra que carregaria a insígnia da loucura, embora não fique exatamente claro quem é realmente o louco daqueles personagens ali representados: o paciente, a mulher que segura um livro na cabeça, o padre ou o provável charlatão que realiza a operação (Gross, 1999). No entanto, a obra da Idade Média pode ser um importante símbolo da incessante tentativa da medicina psiquiátrica em locali-

zar por meio da dissecação de cadáveres, da abertura de crânios e do exame minucioso de cérebros, a origem orgânica da loucura.

O presente artigo tem o objetivo de analisar, no âmbito da história constitutiva da psiquiatria no século XIX, os sucessivos formatos da tendência organicista, que fez da medicina anatomopatológica o modelo para postular a etiologia orgânica da loucura que apresentou marcos históricos no século XIX e que persiste com maior intensidade e aprimoramento no século XXI. Inspirado na genealogia foucaultiana (Foucault, 1971/1982), este trabalho inicia seu exame histórico pelo alienismo pineliano até as discussões apresentadas pelo organicismo psiquiátrico com a introdução da teoria da degenerescência moreliana do século XIX. Nesse sentido, pretende-se apresentar como as concepções biologicista na invenção de diversas psicopatologias foram importantes para a consolidação da psiquiatria contemporânea, que tem nas suas diferentes versões do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), com especial destaque para sua terceira edição publicada em 1980, um dispositivo de padronização de supostas patologias mentais consideradas, então, orgânicas. Assim, os diferentes formatos historicamente apresentados pelo organicismo psiquiátrico influenciaram na constituição da psiquiatria contemporânea, marcada pela compreensão neuroquímica do cérebro e a consequente banalização da prescrição de psicofármacos frente às mais diversas circunstâncias da existência humana (Bezerra Jr., 2014).

Nessa perspectiva, dividimos este manuscrito em três momentos. O primeiro pretende examinar a história constitutiva da psiquiatria alienista, enquanto medicina especial (Foucault, 1974/2006), com ênfase em suas relações com a medicina anatomopatológica e com a ascensão de posições organicistas no trato da loucura. Em um segundo momento, o estudo aborda o surgimento da teoria moreliana da degenerescência, introdutora da noção de determinação orgânica e de hereditariedade na psiquiatria. Por fim, pretende-se examinar as perspectivas atuais de uma psiquiatria que, na busca de realizar o sonho de integrar-se à medicina científica que a embala desde o século XIX, teria ignorado os aspectos subjetivos e sociais que constituem o sujeito para além de um organismo. Com efeito, na atualidade o seu domínio de saber e de sua prática parece ceder a uma compreensão predominantemente neuroquímica do cérebro, de modo que sua terapêutica se baseia, quase que exclusivamente, no reestabelecimento de um suposto déficit por meio da psicofarmacologia que, diga-se de passagem, possui alguns conflitos de interesses promovidos, sobretudo, pelas indústrias farmacêuticas.

Os primórdios da biopsiquiatria entre o alienismo e a medicina anatomopatológica

No ano de 1793, o ato de Philippe Pinel de desacorrentar loucos dos porões de uma casa francesa de enclausuramento de pobres marcaria uma nova trajetória para a loucura que, tomada como doença, tornar-se-ia um objeto de intervenção daquela nascente medicina alienista. A apropriação da loucura pela medicina, no entanto, apresentou desde o seu início um caráter duplo e bastante diferenciado. Por um lado, a nascente medicina alienista considerava a loucura no âmbito do desregramento do controle das paixões. Por outro, a também nascente medicina clínica de base anatomopatológica procurava perceber a loucura como a consequência de uma lesão orgânica.

A medicina anatomopatológica, que se originou em fins do século XVIII, constituiu um saber sobre o corpo do doente que possibilitou a construção de uma linguagem sobre o indivíduo pautada no discurso da cientificidade (Foucault, 1963/1977). A partir dos estudos anatomopatológicos desenvolvidos por Morgagni e Bichat, foi possível aos médicos descreverem “o que durante séculos permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável” (Foucault, 1963/1977, p. X). Por meio da dissecação de cadáveres e investigação dos espaços invisíveis do corpo, da tomada do corpo como espaço para a evolução de uma doença, e do desenvolvimento de explicações sobre as relações entre os órgãos e suas funções que a medicina clínica moderna constituiu seus discursos e práticas.

A princípio, o nascimento da clínica e a organização de um saber médico anatomopatológico no mesmo período de origens da medicina mental alienista, podem parecer um desenvolvimento combinado de uma medicina que se instrumentaliza para o enfrentamento de novos desafios. Entretanto, a forma da medicina anatomopatológica observar, diagnosticar e tratar doenças não teria qualquer relação com o modo daquela medicina alienista explicar e tratar a enfermidade mental. Enquanto a medicina anatomopatológica da época constituiu um modelo epistemológico pautado na observação do interior dos corpos, fundamentado nos discursos científicos da fisiologia e biologia, a psiquiatria alienista fundamentava-se essencialmente na observação dos corpos enquanto suporte físico de comportamentos e condutas. Assim, a medicina alienista, na contracorrente da anatomopatologia, constituía um aporte psicogênico da doença mental, cujo entendimento passava pelo sistema de classificações e categorizações que a zoologia e a botânica modernas praticavam exemplarmente (Caponi, 2012).

Para o alienismo, a determinação da doença mental ocorria por meio da observação atenta do interno dentro do espaço asilar organizado, lugar onde era possível identificar características, condutas, costumes, clamores, murmúrios para compreender as

alienações mentais (Pinel, 1800/2007). Essa conduta atenta e meticulosa levava o alienista à possibilidade de diferenciar variedades de sintomas para engendrar a classificação de subespécies de alienações mentais. Enquanto a medicina alienista criava seus primeiros quadros diagnósticos fundamentados na concepção psicogênica da doença mental, a medicina clínica inaugurava a possibilidade de correlacionar determinados sinais e sintomas a certas lesões localizadas no corpo. Aquela correspondência entre lesão e sintoma tornava possível à medicina experimentar algum avanço na construção de diagnósticos diferenciais.

No âmbito da medicina alienista, conforme Michel Foucault (1974/2006), a situação seria totalmente diferente por dois motivos. Em primeiro lugar, é preciso notar que a constituição de diagnósticos diferenciais não é um aspecto central da preocupação alienista. Ainda que exista uma variedade de diagnósticos que, diga-se de passagem, já no século XIX estariam em processo de ampliação a cada novo *Traité* que surgia dentre os seguidores de Pinel, para Foucault (1974/2006), tudo isso não passava

De uma atividade superficial e secundária em relação à verdadeira questão que é colocada em todo diagnóstico da loucura; e a verdadeira questão não é saber se é esta ou aquela forma de loucura, mas de saber se é loucura ou não.
(p. 346)

Segundo Sandra Caponi (2012), a medicina alienista está inserida em um dispositivo disciplinar que não se refere exclusivamente ao corpo. Seu problema residiria no estabelecimento de uma posição binária – louco ou não louco – muito relacionada a uma decisão institucional de enviar ou não o indivíduo para um asilo psiquiátrico. Afinal, a figura do médico continuava sendo um elemento central, enquanto detentor do saber e poder, na distinção entre esse binarismo. Tal distinção se reflete na imposição de normas e controle disciplinar sobre os sujeitos asilados.

É importante destacar que o alienismo, tal como surge no século XIX, se distanciava, portanto, da medicina clínica orgânica a partir do papel que o corpo desempenhava. Enquanto a medicina especial pineliana fundamentava-se em uma fenomenologia descritiva dos sinais e sintomas sem se remontar às fontes do mal ou à causa orgânica da loucura, a medicina anatomopatológica tinha como princípio estabelecer uma correlação entre medicina somática e medicina mental e, portanto, as doenças mentais deveriam seguir os mesmos critérios, isto é, a determinação de uma causa orgânica para um desequilíbrio psíquico. Nesse sentido, a medicina pineliana não conseguia adequar sua racionalidade teórica e sua prática clínica ao novo paradigma daquela medicina anatomopatológica nascente.

Entretanto, o dilema se fazia incessante desde o momento que a psiquiatria alienista, com pretensões de pertencer ao campo da medicina, exercitava fundamentar seus discursos e práticas no saber médico, ainda que não houvesse uma lesão no corpo, um órgão em mau funcionamento ou uma enfermidade cerebral. Como consequência, emerge uma contraposição entre o saber psiquiátrico alienista e a medicina clínica e se estabelece um debate entre essas duas correntes que disputavam a natureza da alienação mental: a escola psicológica e a escola somaticista (Birman, 1978). A primeira considerava que a alienação estava relacionada a uma causalidade moral e poderia ser compreendida como um distúrbio da vontade e das paixões. Dessa forma, afirmava-se que as enfermidades mentais “não apresentavam lesão orgânica do cérebro, nem do crânio” (Pinel, 1800/2007, p. 73). A segunda buscava a origem orgânica da loucura e encarava a alienação como uma enfermidade corporal, produzida por lesões no corpo, em particular, no cérebro (Birman, 1978). Entretanto, muito pouco se podia falar de substantivo sobre uma anatomopatologia da loucura. Ainda que a descoberta de Antoine-Laurent Bayle, em 1822, sobre as lesões cerebrais na paralisia geral pudesse gerar novas esperanças aos anatomopatologistas, a loucura permanecia irreduzível às investigações anatômicas e teciduais, à abertura de cadáveres, à dissecação de cérebros (Bercherie, 1982; Birman, 1978; Foucault, 1974/2006).

Porém, a inquietação de alguns alienistas permanecia acesa, pois “se a psiquiatria pretendia ser um ramo da medicina, seria necessário que a alienação mental fosse uma enfermidade e, para tal, teria que ter um corpo anatomopatológico” (Birman, 1978, p. 46). Entretanto, mesmo que pese a obstinação de psiquiatras em procurar algo, como Bosch ironizava na Idade Média com a extração da “pedra da loucura”, a lesão corporal que causaria a insanidade permanecia desconhecida e nada se identificava no corpo.

Durante o século XIX, novas perspectivas sobre as explicações das patologias mentais iriam surgir para reunir alguns divergentes, porém não sossegarão os ânimos mais exaltados daqueles que continuavam a aguardar alguma evidência da causa orgânica da loucura. Inquietações que só encontrariam alguma guarida segura após a publicação, no ano de 1857, do *Traité des dégérescences physiques, intellectuelles et morales de l' espèce humaine* de Bénédict-Augustin Morel (1809-1873). A reviravolta que operou a teoria da degenerescência não apenas prevaleceu entre os alienistas da época, como também, influenciou decisivamente o futuro da psiquiatria.

Sobre a teoria da degenerescência e a constituição da loucura biológica

A psiquiatria moreliana nasceu como uma tentativa de estabelecer um consenso entre a medicina mental e a medicina orgânica (Castel, 1978; Serpa Jr., 2010). O próprio Morel considerava que sua obra traria boas perspectivas de vincular alienação mental à medicina geral: “Procurei seguir minha ideia predominante que era a de vincular, de maneira mais vigorosa do que se tinha feito até então, a alienação mental à medicina geral” (Morel, 1857/2008, p. 478).

Dessa forma, Morel tentava articular as correntes somaticista e psicológica, propondo em seu *Traité* uma teoria organicista sobre a etiologia das patologias mentais, com especial atenção para evolução hereditária das enfermidades mentais, ou seja, para o seu caráter inato e transmissivo de geração em geração. Com efeito, esta característica de suas concepções terá implicações no que posteriormente se dirá a respeito da prevenção da loucura. Afinal, nesse raciocínio, se a doença for curada ela não será mais transmitida aos descendentes (Caponi, 2012).

A originalidade de sua obra estava na proposta de que um fator causal orgânico – a degenerescência – estaria na origem da loucura. A noção de degenerescência da espécie humana podia ser compreendida como “um desvio doentio do tipo normal da humanidade” (Morel, 1857/2008, p. 500), normalidade que, como veremos, é descrita a partir de uma concepção religiosa de sujeito. A nova concepção postulava a alienação como decorrente de um estado orgânico, operação conceitual que parecia ter finalmente desvendado a obscuridade da loucura, a ponto de traduzi-la na objetividade do organicismo que embasava as teorias científicas da medicina anatomopatológica.

A teoria que dissolvera as fortes divergências entre psiquiatria e medicina, por fazer crer que elucidara a verdade sobre a gênese da alienação, parecia ser o resultado do espírito científico do século XIX. Entretanto, bem ao contrário disso, Morel, marcado fortemente por uma intensa formação religiosa (Pereira, 2008), fundamentava toda sua teoria e principalmente a noção de degenerescência nas concepções da teologia medieval (Rocha, 1994). E não ocultava suas fundamentações ao citar, já nas primeiras páginas de seu Tratado, os capítulos da Gênese para explicar sobre a existência do tipo primitivo da humanidade, criado conforme a imagem e semelhança de Deus. Para Morel, no entanto, o sujeito primitivo, resultado perfeito da criação, se distanciara da perfeição de seu criador devido ao pecado original da desobediência. Essa “queda”, como doutrinava a teologia medieval, condenava o homem ao sofrimento humano. A degenerescência representava aqueles que haviam se desviado dessa “obra-prima” e signifi-

cava a degradação física e moral da porção da humanidade que se afastava da perfeição de Deus (Morel, 1857/2008).

Segundo Morel (1857/2008), as degenerescências eram transmitidas hereditariamente e poderiam ser explicadas por uma diversidade de causas “mórbidas que atingiriam profundamente o organismo” (p. 499). A postulação respondia a um dos principais propósitos de Morel, o de compreender as patologias mentais no âmbito da medicina geral. E suas conquistas foram inegáveis no âmbito da transposição do abismo que separava as teorias da psiquiatria clássica alienista da medicina anatomopatológica. Entretanto, ao contrário das pesquisas em busca da lesão anatômica de cérebros de alienados, Morel introduzira, conforme Octavio Dumont Serpa Jr. (2010), um novo “elemento unificador das investigações dos processos patológicos, no lugar das lesões, a noção de hereditariedade” (p. 451).

A autenticidade que marcava a obra moreliana estava nas concepções de hereditariedade de que causas predisponentes, relacionadas aos mais variados fatores morais ou físicos, poderiam causar padecimentos mentais que, ainda que não fossem graves, eram necessariamente transmitidos aos descendentes. Os herdeiros da degenerescência teriam, então, maior predisposição frente a causas internas ou externas, intelectuais, físicas ou morais, para desenvolverem enfermidades mentais severas que seriam, então, transmitidas às gerações como uma disposição hereditária. (Caponi, 2012; Castel 1978; Serpa Jr., 2010). Para Morel as degenerescências, inevitavelmente transmitidas aos descendentes, se agravariam pelas sucessivas gerações até a extinção da espécie.

A noção de hereditariedade moreliana, ainda que não se apoiasse na herança darwinista, que só fora apresentada dois anos depois da publicação de seu Tratado, nem na genética mendeliana, que só aparecera quase dez anos depois, e muito menos na noção de “gene”, que só fora concebida no início do século XX (Pereira, 2008; Rocha, 2004; Serpa Jr., 1999), “cairia como uma luva” para uma psiquiatria que buscava desesperadamente dissimular-se nos cânones da medicina científica. Para Serpa Jr. (2010), de fato, a noção de hereditariedade, ainda que sob uma formulação trôpega e pungentemente preconceituosa, cumpriria uma conveniente “função redentora” para a psiquiatria:

Em um momento em que o saber psiquiátrico se constituía sem conseguir reduzir o hiato que o separava do restante da medicina, e permanecia, portanto, em pane de legitimidade científica e social, a hereditariedade teve função redentora, pois ofereceu um vocabulário do qual se serviu em sua abrangência, a teoria da degenerescência, e que, por um lado era comum ao das disciplinas que alimentavam a medicina – as ciências naturais, a fisiologia, a patologia – e que, por outro, era suficientemente vago e aberto para acolher todas

as incertezas da qual padecia o saber sobre a loucura, além de permeável ao plano dos valores morais. Dessa forma, a adoção da hereditariedade como mecanismo etiológico principal da degenerescência e da loucura permitia uma flexibilidade explicativa de eficiência dificilmente comparável no contexto da época, além de fornecer uma ancoragem fiscalista ao estudo da loucura. (p. 455)

Foucault (1974/2006) considera que a atribuição de fatores hereditários para explicar o engendramento de estados “anormais” ou degenerados, produziu uma série de vantagens para a psiquiatria que definia que qualquer ponto considerado desviante da rede da hereditariedade, como um vício ou um defeito, poderia também provocar uma doença mental. Dessa forma, a invenção de que a degenerescência era hereditária possibilitou à psiquiatria, além de articular suas observações, classificações e intervenções nos corpos individuais, que deveriam ser disciplinados por seus manejos manicomiais, também o engendramento de estratégias de gerenciamento biopolítico de populações (Foucault, 1974/2006). Com efeito, o caráter interventivo da teoria da degenerescência possibilitou “que os pequenos desvios de conduta (...) se transformassem em signos anunciadores de alienação mental” (Caponi, 2012, p. 119).

A obra de Morel teve forte influência na psiquiatria da época, formou discípulos e, no final do século XIX e início do século XX, as noções derivadas da velha hipótese da degenerescência e da hereditariedade levariam à psiquiatria exercitar-se como medicina social para promover a ampliação de seu campo de intervenção para as mais diversas contingências da existência humana, em um processo de medicalização (Sánchez & Moscoso-Flores, 2016). Tais concepções assumiram tal relevância que noções históricas tão comprometidas e duvidosas, como a de hereditariedade, foram alçadas ao lugar de verdade incontestável no âmbito psiquiátrico.

De certo, as teorias organicistas de fins do século XIX, que fundamentaram concepções psiquiátricas, não seriam continuadas após a Segunda Guerra Mundial. Momento no qual a criação das primeiras experiências de reformas psiquiátricas em países da Europa e nos Estados Unidos parecia promover novas perspectivas de cuidado e atenção. No entanto, a década de 50, marcada pelas primeiras experiências reformistas, também seria palco da criação dos primeiros medicamentos psicoativos que prometiam à psiquiatria finalmente conquistar o tão sonhado lugar no âmbito das especialidades médicas.

A invenção dos psicofármacos e a era da farmacoterapia

Com a síntese do primeiro psicofármaco, a clorpromazina, seguido da produção de outros medicamentos psicoativos, a psiquiatria daria seus primeiros passos na “era da farmacoterapia” (Munhoz, Alamo & Cuenca, 2000). Em 1952, o médico cirurgião francês Henri Laborit sintetizou um medicamento que parecia apropriado a uma função anestésica para minimizar o choque operatório de soldados gravemente feridos que precisavam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos (Bogochvol, 2001). Ao realizar os primeiros ensaios, Laborit percebeu que o fármaco, que ficaria conhecido como clorpromazina, produzia um efeito tranquilizante que possibilitava a diminuição de reações orgânicas exageradas, produzindo um estado que ele mesmo denominaria de “hibernação artificial”, e que permitia ao médico dar prosseguimento ao tratamento mais invasivo dos feridos. Ao constatar os efeitos produzidos pelo novo medicamento, Laborit convenceu psiquiatras do Hospital *Val de Grâce* de Paris a experimentar aquele fármaco que prometia silenciar as mais agitadas enfermarias psiquiátricas. O medicamento foi considerado a solução para delírios e alucinações que a psiquiatria não conseguia conter com seu tratamento moral manicomial. Momento de nascimento da psicofarmacologia moderna que, ao contrário de uma história glamorosa de tenacidade e perspicácia científica, teve suas marcas na experimentação casual de um recurso de atenuação de efeitos indesejáveis de intervenções cirúrgicas, “que se descobriu por acaso que alteravam o estado mental” (Angel, 2011, p. 2).

A década de 70 trouxe novas perspectivas para uma psiquiatria que, desde o século XIX, almejava ser reconhecida como uma especialidade médica. Aqueles psicofármacos poderiam, enfim, realizar suas pretensões de remeter-se de novo às origens orgânicas da loucura, com a vantagem de, agora, poder apresentar-se munida de uma terapêutica própria e semelhante àquelas utilizadas pelas especialidades propriamente médicas – ainda que tal terapêutica se restringisse exclusivamente ao alívio dos sintomas e não à cura. Aquela época marcada pelo implemento de pesquisas sobre o cérebro, também apresentou a expansão do número de drogas psicofarmacológicas, sintetizadas por laboratórios farmacêuticos interessados em um novo mercado que pareceria extremamente promissor. Uma série de pesquisas sobre a estrutura e o funcionamento do cérebro começou a ser produzidas por cientistas e médicos de diversas especialidades, que envolveram a biologia molecular, a fisiologia e anatomia humana, a farmacologia, a psicologia comportamental e experimental que, junto com a psiquiatria, inauguravam um novo campo de saber, as neurociências. Impulsionada por novas técnicas de pesquisa que prometiam desvendar a estrutura funcional do cérebro e definir os desequilíbrios que provocavam “perturbações mentais”, a psiquiatria, aliada às neuroci-

ências, retomava discursos orgânicos e reconfigurava seus diagnósticos psiquiátricos formulados a partir de constructos neurocientíficos.

No entanto, diferentemente de outras especialidades médicas, onde testes e exames laboratoriais conseguem identificar os elementos causais do adoecimento, a biopsiquiatria continua carente de um marcador biológico específico e reconhecível para aquilo que é considerado como “transtorno mental”. Longe dessa falta desautorizar seu exercício, é justamente esse vazio que parece possibilitar ao psiquiatra transformar qualquer aspecto relacionado ao indivíduo e à existência humana em sintomas de uma suposta doença: afinal, nada prova o contrário. Nesse contexto, a ausência de um marcador biológico em psiquiatria a levou, desde suas origens no remoto século retrasado, a postular algo orgânico que não pode ser visto ou mostrado, como a antiga degeneração, a velha predisposição, a lesão mínima ainda de ontem ou aquele novíssimo neurotransmissor de hoje. Assim, no tatear de sua prática, a psiquiatria biológica sofre por depender da narrativa de seus pacientes para delimitar as fronteiras entre aquilo que poderia considerar “normal” ou “patológico” (Foucault, 1974/2006). E se mantém ou numa posição paradoxal de fazer clínica e olhar para história do sujeito, pensado como um agente histórico e social – afastando-se dos cânones consagrados pelas ciências positivistas –, ou age como uma disciplina da norma que desqualifica este sujeito para adequá-lo, por meio de hipóteses neurobiológicas, à sociedade.

Um importante marco da psiquiatria contemporânea, situado historicamente no mesmo período de desenvolvimento da psicofarmacologia, foi o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que teve sua primeira edição publicada em 1952, e sua última e atual versão publicada em 2013. Contudo, apesar daquele manual de diagnósticos ainda influenciar a atualidade dos discursos e práticas psiquiátricas, muitas de suas ideias advêm da antiga psiquiatria do século XIX, reformuladas numa linguagem contemporânea da neurociência (Caponi, 2012).

A reviravolta na classificação psiquiátrica contemporânea: os DSMs

Até o século XIX a psiquiatria era um discurso sobre o corpo ausente (Caponi, 2012) que, a partir da medicina anatomopatológica e a introdução da degenerescência, foi pouco a pouco corporificado. Essa virada na concepção da loucura enquanto entidade biológica guarda ainda aproximações com o atual sistema classificatório das patologias mentais: o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM).

Após o desenvolvimento da medicina anatomopatológica e da publicação do tratado de Morel, em 1857, a atenção com o corpo dentro do âmbito psiquiátrico foi transformada. Embora essas hipóteses e teorias tenham sido ultrapassadas pelo tempo, elas não desapareceram totalmente. Segundo Caponi (2012), elas apenas passaram por “transformações, adota[ram] novos nomes, impulsiona[ram] novas estratégias de ação, mas deixa[ram] marcas indelévels na história da psiquiatria” (p. 120).

Um caso importante a destacar para se tecer aproximações com o manual de diagnósticos contemporâneo é a teoria de Emil Kraepelin (1856-1926) que, no final do século XIX e começo do século XX, revoluciona a história da psiquiatria. Segundo Kraepelin, a psiquiatria não deveria se ater às explicações subjetivistas (de Pinel), tampouco às explicações causais de lesões hipotéticas (medicina anatomopatológica), uma vez que estas duas perspectivas não serviriam ao diagnóstico e a terapêutica dos transtornos mentais. Em contrapartida, Kraepelin propunha que dados empíricos de que o médico psiquiátrico dispõe diante dele, ou seja, o objeto da psiquiatria composto por sintomas, é a base para a constituição da forma clínica da patologia. Nesse sentido, a teoria kraepeliniana apresenta uma proposta quantitativa de classificação das patologias mentais baseada em categorias nosológicas (Caponi, 2012).

À mesma época de Kraepelin, Adolf Meyer (1866-1950), professor e psiquiatra norte americano, considerado referência para a psiquiatria americana, realizava seus estudos que defendiam intervenções na comunidade e um entendimento do ambiente social dos pacientes. É nesse contexto que surge o primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM I), em 1952, que tinha como influência as concepções cunhadas por Meyer. Naquela primeira edição acerca da classificação norte americana de doenças mentais se articulava perspectivas biológicas, psicanalíticas e sociais. Posteriormente, a segunda edição do DSM, publicada no ano de 1968, seria lançada com poucas alterações, mantendo a forte tendência psicanalítica presente na primeira edição do manual psiquiátrico.

Entretanto, em 1980, a psiquiatria contemporânea sofreria mais uma reviravolta, impulsionada pela publicação da terceira edição do manual, o DSM III. As bases da antiga psiquiatria de Kraepelin são facilmente reconhecidas no arcabouço deste manual que, segundo Mayes & Horwitz (2005), transforma radicalmente a própria natureza da doença mental ao adotar um sistema diagnóstico semelhante ao da medicina geral. Para Luciana Vieira Caliman (2006), essa edição

Resgatava a antiga psiquiatria biológica de Kraepelin e lhe emprestava um novo colorido ao apoiá-la na pesquisa epidemiológica, estatística, psicotécnica e experimental da época. As mudanças na classificação psiquiátrica americana fizeram parte de um processo mais amplo de deslocamento da forma

como a desordem mental era investigada, explicada e tratada. O olhar psiquiátrico molecular e neurocientífico se constituía. As desordens do humor, da cognição, do afeto e da conduta começavam a ser descritas como anomalias cerebrais específicas, relacionadas a sistemas neurotransmissores também específicos. (Caliman, 2006, p. 81)

Nessa perspectiva, as teorias e referências foram excluídas daquela edição do manual que se autodeclara como atórica. Entretanto, é facilmente perceptível notar o *background* que está por trás do manual: as neurociências cognitivas, a neuroimagem, a epidemiologia e a genética (APA, 1980). De certo modo, a declaração atórica só serviu para excluir a tendência psicanalítica que se destacava no manual até então. A partir deste momento, a discussão do manual não se restringiria mais a listar possíveis causas, mas apresentar uma lista de critérios diagnósticos baseada em sintomas. O cerebral assume primazia, agora permeado pelas novas teorias do desequilíbrio químico, muito impulsionado pelo desenvolvimento da psicofarmacologia, apresentado anteriormente.

O paradigma que sustentava o DSM-III, ainda presente até os dias de hoje, na verdade, se intensificou ao longo das edições subsequentes (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994; DSM-IV-TR, 2000; DSM-5, 2013). Com efeito, a principal diferença advinda com as novas edições será a ampliação do número de transtornos mentais que a cada novo manual tende a aumentar significativamente. Os diagnósticos foram multiplicados, transformados, e aprofundados no período entre 1980-2013 (Caponi, 2014).

Um dos grandes problemas apontados pelos críticos acerca do modelo diagnóstico do manual reside em seu caráter abrangente, estatístico e descontextualizado, que auxilia na supressão da barreira entre o “normal” e o “patológico” no que se refere à saúde mental, além de multiplicar diagnósticos cotidianos (Caponi, 2014; Frances, 2013; Mayes & Horwitz, 2005). Afinal, os sintomas enquanto critérios diagnósticos tornam-se protagonistas da clínica psiquiátrica que faz a leitura de mal-estares e desconfortos de acordo com a teoria reducionista do funcionamento cerebral. Nesse novo paradigma, “já não existe espaço para ouvir os relatos de angústias ou de sofrimentos dos pacientes. ‘Tratar’ passou a ser sinônimo de ‘diagnosticar’” (Caponi, 2012, p. 148).

Há uma exclusão da narrativa do sujeito em busca de uma objetividade científica. Com isto, não há espaço para uma compreensão que leve em conta dados políticos, econômicos e sociais vivenciados por sujeitos e populações. Nesse sentido, o sintoma torna-se signo de doença, independentemente de sua historicidade, o que acarreta um intenso processo de patologização do comportamento que se encontra fora da média, tendo em vista que o arcabouço metodológico do DSM se restringe à estatística.

Considerações finais: da prática psiquiátrica às prescrições do psicofarmacologista

A psiquiatria sempre esteve à procura de construir teorias e fazeres que mais a aproximassem da medicina propriamente dita e, bem por isso, se afastava das concepções da medicina nada ortodoxa com a qual Pinel fundou as bases do manicomialismo moderno.

Na segunda metade do século XIX, a psiquiatria encontrou na teoria da degenerescência de Morel o primeiro formato da postulação organicista que tanto pretendia, e incorporou ao seu cabedal o hereditarismo e a noção desqualificadora da diferença que a postulava como doença orgânica. Dessa concepção reducionista e preconceituosa derivaram-se outras utilizadas como instrumental normativo e de preconceitos sociais disseminados em termos biológicos que faria a psiquiatria transbordar manicômios, carregando as práticas que lá aprendera para o disciplinamento das concentrações populares. Aquelas mesmas práticas que o higienismo pretendia tornar um recurso humano ordeiro e produtivo de um sistema socioeconômico que se desenvolvia a partir da Revolução Industrial. Foi assim que uma psiquiatria cujo determinismo organicista tornara carente de qualquer perspectiva terapêutica se transformara em uma psiquiatria de população, dando os primeiros passos na construção de uma gestão biopolítica da espécie humana.

O hereditarismo e a concepção inferiorizante da diferença de seu organicismo, junto ao eugenismo que lhe era um correlato paroxista, acabariam por urdir uma espécie de racismo que se espalhou pelo mundo, mas que teria sua expressão mais trágica no arianismo nazista. Contudo, com a derrota militar das forças nazifascistas, essa ideologia da purificação das raças perdera forças, e a própria tomada de consciência dos horrores dos campos de concentração estimularam uma disposição reformista daqueles manicômios que lhes eram tão dolorosamente semelhantes. Entretanto, o próprio caráter preventivista das reformas do manicomialismo proporcionou a extensão das práticas psiquiátricas a populações mais amplas, de forma que a mera suspeita do risco da doença mental fosse suficiente para autorizar a intervenção daquela psiquiatra biológica que encontrara o seu lugar na biopolítica da gestão populacional.

A resposta às esperanças psiquiátricas de amplo alcance de sua prática e de integração à medicina viria do acaso: experimentações hospitalares para a atenuação de choques cirúrgicos deparar-se-iam com um tipo de droga cujo potencial para uso psiquiátrico começava a ser percebido. Era o início da era dos psicofármacos, na qual a psiquiatria encontrara a panaceia para o exercício de sua simulação de medicina e os laboratórios farmacêuticos um novo filão que abraçariam com entusiasmo. Logo a psi-

quiatria passou a fazer da prescrição de psicofármacos uma obrigação a todos seus pacientes, a par de uma razão para uma nova identidade profissional.

Mas não preocupava à psiquiatria hegemônica que os mesmos psicofármacos, que finalmente a aproximaram do sonho de integrar-se à medicina perseguido desde o século XIX, poderiam sinalizar, também, o fim da prática clínica psiquiátrica e a substituição do psiquiatra por um novo profissional, mais apropriado às exigências do mercado atual: o psicofarmacologista.

Com efeito, a psiquiatria na tentativa de buscar seu status de *verdade* junto à medicina geral acabou reduzindo seus debates e considerando o estado patológico na atualidade como uma simples variação bioquímica do cérebro, que passa a ser tratado por meio de reguladores químicos, de modo que o debate acerca das definições sobre as concepções de saúde e doença são amplamente ignoradas apesar da urgente necessidade de serem debatidas no campo da psiquiatria (Gaudenzi, 2014). Nesse sentido, a articulação das invenções medicamentosas da psicofarmacologia com os diagnósticos psiquiátricos criados frequentemente e publicados nos manuais de classificação psiquiátrica substitui os antigos dispositivos manicomiais, ao banalizar o controle social da loucura por meio de um modelo diagnóstico simples, independente de conhecimentos específicos, que adentraria a vida cotidiana, seguida quase sempre por um receituário.

De fato, o encontro de drogas farmacológicas na década de 50 e a aceleração da produção e comercialização dessas substâncias na década de 80 modificaram o perfil do profissional em psiquiatria. Os psiquiatras deixam de investir na clínica da observação e da escuta do sofrimento de seus pacientes e, cada vez menos interessados nos discursos e na história de vida daqueles sujeitos, investem em explicações dos fenômenos humanos em termos de desequilíbrios neuroquímicos que podem justificar suas intervenções medicamentosas. O novo profissional, especializado em prescrições psicofarmacológicas, atento às inovações da indústria farmacêutica e antenado aos novos diagnósticos psiquiátricos, que surgem trivialmente para serem veiculados na mídia com objetivos de informar ao público em geral, teria essencialmente a função de distribuir medicamentos, conforme explicita Foucault (1974/2010): “Os médicos, cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação” (p. 191).

Naquela nova malha de poder que se constitui na atualidade, o papel outrora central do psiquiatra é desempenhado por um psicofarmacologista, que já não detém o centro da trama, ocupada que está pelos grandes conglomerados farmacêuticos que de-

finem as nomenclaturas diagnósticas, os medicamentos e a racionalidade que os costumam entre si e à pele dos sujeitos.

Referências

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (First Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Second Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition-Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition – Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angel, Marcia (2011). A epidemia de doença mental. Recuperado de <http://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/>
- Bercherie, Paul (1982). *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar
- Bezerra Júnior, Benilton (2014). Introdução – A psiquiatria contemporânea e seus desafios. Em Rafaela Teixeira Zorzanelli, Benilton Bezerra Júnior & Jurandir Freire Costa (Orgs.), *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. (pp. 9-31). Rio de Janeiro: Garamond.
- Birman, Joel (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bogochvol, Ariel (2001). Sobre a psicofarmacologia. Em Maria Cristina Rios Magalhães (Org.), *Psicofarmacologia e Psicanálise*. (pp. 35-62). São Paulo: Escuta.
- Caliman, Luciana Vieira (2006). *A biologia moral da atenção: A constituição do sujeito desatento*. Tese de Doutorado não publicada, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Caponi, Sandra (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Caponi, Sandra (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis*, 24(3), 741-763. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>

- Castel, Robert (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel (1961/1972). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectivas.
- Foucault, Michel (1963/1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, Michel (1971/1982). Nietzsche, a genealogia e a história. Em Michel Foucault. *Microfísica do poder*. (3ed., pp. 15-38). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, Michel (1974/2006). *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel (1974/2010). Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*, 18, 167-194.
- Frances, Allen (2013). *Saving Normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New-York: Harper Collins Publisher.
- Gaudenzi, Paula (2014). A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(4), 911-924. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n4p911.8>
- Gross, Charles (1999). 'Psychosurgery' in Renaissance art. *Trends Neurosci*, 22(10), 429-431. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10481185>
- Mayes, Rick & Horwitz, Allan (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <http://dx.doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- Morel, Benedict-Augustin. (1857/2008). Tratado das degenerescências na espécie humana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(3), 497-501. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300013>
- Munhoz, Francisco López; Alamo, Cecilio & Cuenca, Eduardo (2000). La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Em *Congreso Virtual de Psiquiatria 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>
- Pereira, Mário Eduardo Costa (2008). Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(3), 490-496. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142008000300012>
- Pinel, Philippe. (1800/2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Rocha, Luiz Carlos. (2004). O perigo dos pobres. Em Sônia Aparecida França, Luiz Carlos da Rocha, Soraia Paiva Cruz, José Sterza Justo & Hélio Rebelo Cardoso Júnior (Orgs.). *Estratégias de controle social*. (pp. 43-67). São Paulo: Arte e Ciência.
- Sánchez, Nicolás Fuster & Moscoso-Flores, Pedro. (2016). «Poder» en la época de la Población. Foucault y la medicalización de la ciudad moderna. *Athenea Digital*, 16(3), 207-227. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1666>

Serpa Júnior., Octavio Dumont. (1999). *Mal-Estar na Natureza*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.

Serpa Júnior., Octavio Dumont. (2010). O degenerado. *Revista História, Ciências, Saúde*, 17(supl. 2), 447-473. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600011>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)