

CONSIDERAÇÕES SOBRE O HORROR E O ALICERCE DISCURSIVO DA PSIQUIATRIA

RITA MEURER VICTOR 

Rita Meurer Victor ¹

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutoranda do programa de pós-graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ.

¹Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

RESUMO: Neste artigo, a autora, norteadora pela proposição de Lacan em seu seminário 21, *Les non-dupes errent*, de que o horror preside o saber, e utilizando da teoria dos discursos lacanianos como base metodológica, examina a estruturação do saber psiquiátrico a partir de dois momentos fundamentais: o seu surgimento com a clínica pineliana e rompimento com as práticas do alienismo, e sua modernização no final do século XIX com as proposições da psiquiatria biologizante de Emil Kraepelin. Sustentamos que o percurso da psiquiatria desde a sua constituição até o presente momento se assenta no horror suscitado pela loucura.

Palavras-chave: transtornos mentais; psiquiatria; psicanálise.

Abstract: The foundation of psychiatric knowledge is horror. In this article, the author, guided by Lacan's proposition in her 21st seminar, *Les non-dupes errent*, that horror presides over knowledge, and using the theory of Lacanian discourses as a methodological basis, examines the structuring of psychiatric knowledge from two fundamental moments: its emergence with the Pinelian clinic and break with the practices of alienism, and its modernization in the late nineteenth century with the propositions of Emil Kraepelin's biologizing psychiatry. We maintain that the path of psychiatry from its constitution to the present moment is based on the horror aroused by madness.

Keywords: mental disorders; psychiatry; psychoanalysis.

DOI - <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142021002008>

Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde estiver identificado, está licenciado sob uma licença Creative Commons (cc by 4.0)

INTRODUÇÃO

Analisar a psiquiatria e suas diferenças em relação à psicanálise sobre o modo de conceber e tratar a loucura não é um assunto novo. Nos últimos anos, o enfoque principal de análise e crítica tem sido a proliferação desenfreada de novas síndromes e difusão cada vez maior dos psicotrópicos na população ocidental. Considerando estes pontos, neste artigo, destacamos os fatores que alicerçam esta estrutura discursiva, pois não entendemos que o atual movimento de psiquiatrização da população ocidental está assentado nos mesmos trilhos da psiquiatria biologizante da virada do século XIX para o século XX. Analisaremos este percurso a partir das proposições de Philippe Pinel, responsável pela aplicação dos preceitos de modernização da medicina do século XVIII ao campo do alienismo, e de Emil Kraepelin, principal representante da escola alemã do final do século XIX, que desvinculou completamente a loucura das manifestações do espírito, dois tempos fundamentais do campo psiquiátrico para localizarmos o trilhamento científico ocorrido a partir do horror que a loucura suscita. Não nos ocupamos de fazer uma análise cronológica e exaustiva de todos os importantes autores da psiquiatria dos últimos dois séculos, também não ignoramos que houve grandes autores que destoaram fortemente do eixo principal do campo, como, por exemplo, Eugen Bleuler e Karl Jaspers. Nosso eixo de trabalho se propõe a percorrer um fio lógico de constituição do alicerce discursivo da psiquiatria europeia, a qual teve forte influência no Brasil.

Na lição 11 de seu seminário 21, *Os não-tolos erram*, Lacan trata a respeito do saber e esclarece: “É muito importante essa dimensão do saber, e também se aperceber que não é o desejo que preside o saber, é o horror”. Este diante do Real, do que *ex-siste* e não pode ser capturado nas teias simbólicas, organiza as diversas redes de saber. Entendemos que, como não se deixa capturar pela estrutura do sujeito, a psiquiatria constrói sua rede tentando obturar o ponto do Real que insiste em retornar mesmo diante das inúmeras catalogações feitas. Não há nomeações de novas síndromes nem novas medicações que abarquem a pretensa totalidade da loucura. Passemos agora a demonstrar como o horror assumiu o *status* de avanço científico.

Uma nova medicina

Koyré (1973/2011) destaca que há uma unidade do pensamento humano na qual não é possível desconectar a estrutura do pensamento científico da história do pensamento filosófico. Justamente por isso, são vários os fatores dos quais uma teoria científica depende para ser aceita, não bastando sua capacidade de explicação coerente dos fenômenos dos quais ela trata. Há uma influência exercida pelo horizonte filosófico corroborando a validação das teorias em questão.

O nascimento da ciência moderna foi concomitante à mudança da atitude filosófica, a qual consistiu em uma inversão de valor. O conhecimento intelectual passou a ser amplamente valorizado em detrimento da experiência sensível. Foi justamente o método cartesiano – em plena consonância com a revolução promovida por Copérnico e Galileu – que jogou por terra a possibilidade de se construir conhecimento confiável a partir das percepções. O processo de construção de novos valores e pontos de vista no período da Renascença foi o pano de fundo desse giro discursivo (KOYRÉ, 1971/2011). Entendemos que a queda do teocentrismo e do geocentrismo promoveu uma inédita injeção de angústia no Ocidente, pois, mesmo que a religião tenha seguido vigorando, a partir daí passamos a ter duas possibilidades contrastantes de entendimento da vida e do universo. A dúvida foi introduzida de maneira incontornável. Desse modo, os séculos XVII e XVIII promoveram uma revolução nos níveis mais importantes do laço social: filosofia, ciência, política e economia.

Um novo mundo foi sustentado pelos valores da racionalidade no terreno filosófico, da literalização da ciência e do humanismo e individualismo que também deram suporte para mudanças sociais, políticas e econômicas, além de propiciar o surgimento de todo o terreno das ciências humanas. De acordo com Bachelard (1968), se, antes, os esforços do espírito científico foram para formar uma razão à imagem do mundo, a atividade da ciência moderna visou a construção do mundo à imagem da razão. O surgimento do capitalismo com sua ética de valorização do labor promoveu uma gradual depreciação da pobreza; se, no mundo medieval, a figura do pobre era estimada pelos valores cristãos, na modernidade, a disposição ao labor é que foi amplamente valorizada. Por isso, tanto os inaptos ao trabalho (loucos) quanto os que se recusavam a tal adequação (vagabundos) foram alvo das medidas segregatórias que Foucault descreveu em seu livro *A história da loucura na idade clássica*. Percebemos aí que a racionalidade – já como um valor nascido da peculiar junção de Descartes com os valores burgueses – passou a ser entendida como a essência do ser humano. Essa concepção de homem propiciou o surgimento de um outro modo de valorar suas condutas. Uma nova era, na qual a loucura transformou-se em um problema social, foi alvo de medidas policiais e sanitárias para então se constituir como objeto de uma área específica da medicina.

Os novos parâmetros de exigência do mundo moderno impuseram à medicina uma grande readequação ao final do século XVIII. Até ali, tanto a construção de saber quanto o ensino não eram sistematizados, o que

contrastava com a lógica moderna que se expandia por todas as esferas da vida e do conhecimento. As cidades já tinham diversas dificuldades com os hospitais, instituições que até então serviam de morredouro para os pobres, sendo uma delas a carência de qualquer organização ou ação sanitária, o que fazia com que os hospitais fossem também criadouros de doenças, oferecendo risco às cidades. A medicina foi chamada a adentrar estes espaços e pensar ações de controle para proteção dos não internados.

Não nos debruçaremos sobre as nuances que constituíram o nascimento da clínica moderna, mas destacamos um ponto importante, imprescindível para entendermos a clínica pineliana. A necessidade de estruturação da formação dos médicos estava atrelada à urgência de organização de seu método de conhecimento e experimentação, pois, além de ser necessário exercer um controle sobre os novos praticantes para garantir que não fossem charlatões, visava-se extirpar o “empirismo homicida” e a “ignorância ambiciosa” que culminavam em experimentações indiscriminadas de medicamentos sem o conhecimento prévio sobre as doenças. A virada do século XVIII para o XIX foi o momento de um passo importante da medicina para se modernizar: dali em diante, tanto o seu saber constituído quanto as técnicas de investigação para ampliação de seu conhecimento passaram por readequação e uniformização. Foi justamente nesse ponto que Pinel se apoiou para sustentar sua inaugural clínica dos insanos, rejeitando a costumeira prática de muitos alienistas: a aplicação de medicamentos e técnicas que tinham como único intuito cessar as potentes manifestações delirantes sem contribuição alguma para o conhecimento médico. Já filiado à nova clínica, Pinel visava fundamentalmente o progresso da medicina, e, por isso, a ele coube o título de fundador da psiquiatria.

No mundo medieval, a referência fundamental do humano era ser filho de Deus. Ao louco também cabia tal referência, pois sua vida igualmente estava sob os desígnios divinos. Destoante dos preceitos que alicerçam a concepção de ser humano na modernidade – o domínio da razão e a adequação aos modos de vida das sociedades burguesas – a loucura, que antes podia ser tolerada, passou ao estatuto de pura diferença, encarando a animalidade e o que há de mais grotesco e temível. O louco passou a provocar angústia e horror nos “habitados pela razão”. O horror suscitado pela incidência do real na loucura, o qual evidencia a fragilidade da racionalidade moderna e da própria lógica de funcionamento e valores da ideologia burguesa que organizam o laço social, evocou um enredamento simbólico para ser apaziguado e medidas concretas para que fosse suprimido. A partir do século XIX, a psiquiatria passou a ser a principal resposta ao horror. Ela desempenhou um papel inaugural, pois é a confluência do enredamento simbólico com as medidas de controle e supressão. Um corpo teórico, um terreno científico, que se constituiu como resposta ao horror.

Philippe Pinel

Lacan diz, em *Breve discurso aos Psiquiatras* (1967), que estes se angustiam diante dos loucos e, para isso, a medicação pode servir de anteparo. Mas, quando nos debruçamos sobre o trabalho de Philippe Pinel, verificamos uma posição um tanto distinta. Este, que recebeu honras por ter resgatado os loucos das cotidianas barbáries sofridas dentro dos famosos asilos franceses e fundado a psiquiatria com seu tratamento moral, estava assentado nas rigorosas premissas científicas exigidas à medicina no final do século XVIII e que eram evitadas por outros alienistas da época.

Na concepção de Pinel, a alienação mental era o resultado de paixões loucas, defeitos na educação, vidas desregradas, mas também de afecções hereditárias e doenças físicas. A hipótese de componentes orgânicos como fatores causais foi fruto da influência de um amigo próximo, o médico e filósofo Pierre-Jean-Georges Cabanis, com quem Pinel frequentava o *Salão dos Ideólogos*. Lá se reuniam para discutir preceitos filosóficos que tinham prestígio no período da Revolução Francesa, buscando analisar as ideias a partir de cuidadosas observações dos fenômenos.

O período histórico vivido por Pinel, a virada do século XVIII para o XIX, foi de efervescência intelectual e científica, no qual a noção moderna de indivíduo autônomo marcou o pensamento burguês. As propostas pinelianas de recuperação dos alienados, visando reconstruir uma sociedade racional e equilibrada através da modificação do ambiente, refletiam este ideário de transformar os indivíduos nos quais as paixões só poderiam habitar o coração do homem se submetidas à razão. Tal objetivo poderia ser alcançado pela prática diária de uma vida sem castigos, sem ócio e com harmonia.

Faz-se necessário destacar que o objetivo de uma sociedade mais justa e razoável com seus cidadãos pode, muitas vezes, seguir por trilhos inusitados e conduzir a caminhos bastante problemáticos. Lacan, em seu seminário *A ética na Psicanálise* (1959-1960/1997), explanou sobre o Bem e como a busca por este mascara seu fundamento: uma relação de poder. O desejo de fazer o bem, o desejo de curar é algo que bem pode nos desencaminhar, pois visa retirar o sujeito da via de seu desejo. Analisando as propostas de Pinel, podemos verificar que ali já havia a semente deste descaminho. Lacan ressalta que nem sempre a corrupção proporcionada pelo desejo de curar é um resultado imediato, por isso consideramos que, embora os caminhos percorridos por

Pinel sejam bem fundamentados no rigor científico de sua época e no profundo repúdio à violência praticada nos manicômios, seu desejo de fazer o Bem, de domesticar a insanidade foi o alicerce sobre o qual todas as suas boas práticas se assentaram. Nosso entendimento é o de que a psiquiatria, parida das excelentes observações e técnicas desenvolvidas por Pinel, mas sobretudo assentada em seu berço de controle e erradicação da loucura, herdou o desejo de curar e, justamente por isso, gradativamente se afastou do que há de mais genial na obra de seu criador.

A percepção de Pinel sobre as doenças seguia o princípio hipocrático, ou seja, qualquer doença era entendida como uma saudável reação do corpo frente a agentes perturbadores de seu equilíbrio. Ele herdou alguns princípios da concepção naturista sobre as doenças. Desse modo, um bom médico deveria intervir o mínimo possível neste processo, por isso criticava sangrias excessivas e utilização de altas doses de medicamentos com o intuito de causar vômitos e evacuações. Essa visão é quase onipresente em seu tratado, seja quando descreve suas observações e sucessos, seja quando faz duras críticas a outros alienistas que usavam medicamentos sem grande conhecimento acerca de seus efeitos, apenas com o intuito de garantir uma eficácia. Pinel sustentou que era necessário conhecer os alienados, suas histórias pregressas, os fatores que desencadearam suas loucuras e suas manifestações insanas.

Verificamos que, a partir de exames e observações sem intuito prévio de intervenção, Pinel concluiu duas coisas fundamentais: há tipos distintos de mania e a manifestação da mania está profundamente atrelada ao sujeito e sua história. O segundo ponto é crucial, tanto para pensar o ofício do alienista quanto as principais formas de intervenção. Em diversos casos, ele observa que as qualidades do surto são as próprias qualidades do sujeito.

Em todo o tratado, há poucas menções sobre as causas; estas muito mais atribuídas como fatos da vida do que a uma estruturação psíquica. Em relação a esta, Pinel apenas afirma que os alienados são indivíduos constituídos por uma sensibilidade profunda, fato que os torna suscetíveis a recaídas a partir dos desgostos concentrados e emoções vivas. Na tabela geral na qual apresenta os alienados curados no ano II da República, ele apresenta a causa da alienação desses internos: amor contrariado, perda de fortuna, ciúmes, desgostos, excesso de ambição etc.

Se a doença mental se manifesta em indivíduos demasiadamente suscetíveis, não seriam as medicações o principal recurso para tratá-la. Pinel acredita que vencer as paixões dos insanos se dá de maneira muito mais eficaz com as máximas morais de filósofos como Platão e Sêneca do que com tônicos e antiespasmódicos. Diante da impossibilidade desses “remédios morais” serem colocados em uso, ele propõe intervenções na rotina dos alienados como diversões “adequadas” na época das estações de calor, árduos trabalhos durante períodos de calma, repreensão de esquisitices quando já estiverem em fase de restabelecimento etc. O tratamento admite peculiaridades de cada caso, deste modo as atividades são aplicadas de acordo a necessidade de cada insano e não como uma rotina do hospício que deve ser cumprida por todos os internos. Mais uma vez, constatamos aí sua proposta filiada à concepção naturista. A proposta é interessante, pois requer a construção de um plano de tratamento para cada insano. Apesar de Pinel não explicitar desse modo, é evidente que o trabalho é pensado caso a caso. Um traço de semelhança com o que viria a se constituir, muito tempo depois, como as terapias ocupacionais.

A manifestação dos surtos é entendida por Pinel como uma reação benéfica e favorável à cura. Ele cita em seu tratado que assistiu à chegada de cinco insanos em Bicêtre, os quais produziram, cada um em um tempo diferente, “uma revolução interna e espontânea” (PINEL, 1800/2007, p. 95) ocasionando a plena recuperação. Mais de um século depois, Freud, em seu texto sobre o caso Schreber, esclarece: “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/1989, p. 95). Não podemos afirmar que a visão de ambos seja a mesma, pois, enquanto Pinel almejava o desaparecimento de todo o conteúdo delirante, Freud não entendia que esse fosse necessariamente o modo de cura. Mas, de todo modo, mais uma vez Pinel afirma suas reservas diante do uso indiscriminado de medicamentos e técnicas invasivas com o intuito de cessar imediatamente os surtos. Ele acreditava ser possível que cada insano recuperasse a razão, mas para isso era fundamental um certo tempo para que, via aparecimentos delirantes e intervenções morais pensadas para tais manifestações, o insano alcançasse a cura.

O uso das medicações fica reservado para situações mais agudas, onde os acessos são de grande violência e bastante duradouros, o que pode colocar a vida do doente em risco. Ou seja, a medicação é utilizada como uma possibilidade de intervenção (dentre muitas). O tratamento moral é alicerçado nas intervenções via palavra e, na proposta de atividades, os demais recursos jamais protagonizam os tratamentos.

Como o tratamento moral requer repreensões e uso de autoridade, Pinel ressaltou o risco de que as pessoas

em serviço poderiam utilizar de brutalidade e/ ou serem negligentes. Ele recomenda que a conduta dos funcionários dos hospícios seja monitorada e qualquer excesso seja punido, pois são prejudiciais aos tratamentos. É imprescindível ao tratamento que o insano veja no médico uma figura de autoridade, na qual pode confiar e assim consentir com suas intervenções. Por isso, afirma que jamais se deve mentir ao alienado, bem como não se deve contestar suas ideias delirantes, mas sim intervir com colocações que ajudem o alienado a descrever de tais ideias. Uma condução clínica impecável, bem distante do que assistimos atualmente no ofício diário dos psiquiatras. Quando orienta como um alienista deve tratar os alienados, Pinel faz recomendações inovadoras, pois ele opera com o que Freud conceituaria formalmente mais de um século depois: a transferência. É claro que Pinel apostou que podia encarnar o lugar de saber, e desse modo trazer os alienados à luz da razão. Fazemos aqui uma aproximação com o que Lacan destacou no texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958/1988) sobre algumas práticas que se declaram sob o nome de psicanálise, mas que perpetram reeducação emocional do paciente, pois ele afirma que a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se ao exercício do poder. Nesse mesmo escrito, Lacan faz uma importante, porém sutil, distinção entre sugestão e transferência, assinalando que o que as distingue é a decisão do analista de abster-se do poder que lhe é conferido, e é esta abstenção que leva ao desenvolvimento da transferência a partir do tronco comum da sugestão. Ao utilizar o poder que lhe é conferido, o analista abandona seu lugar de analista e cede ao empuxo a fazer o bem a partir da tentativa de normatização do gozo. Lacan aponta um desvio do trabalho dos analistas, mas, no caso de Pinel, parece-nos que era este mesmo o ponto: sustentar um exercício de poder. Vejamos o que ele fala sobre a condução do tratamento dos pacientes:

No tratamento de sua mania, estava sob meu poder usar um grande número de remédios; mas o mais potente de todos me faltava, aquele que não se pode encontrar senão em um hospício bem organizado, aquele que consiste na arte de subjugar e de dominar, por assim dizer, o alienado, colocando-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, esteja apto a exercer sobre ele um irresistível império, e a mudar a cadeia viciosa de suas ideias. (PINEL, 1800/2007, p. 108).

A visão de Pinel sobre a loucura é ainda mais evidente neste trecho, pois se, por um lado, ele foi contra os maus tratos sofridos pelos insanos e também contra o uso indiscriminado de medicações e procedimentos duvidosos, por outro, ele não rompe com a visão de que a loucura é um erro. Antes atribuída a castigos celestiais ou possessões demoníacas, agora uma doença que deve ser extirpada. Ele ressalta que o tratamento deve seguir “princípios rígidos da mais pura filantropia” (PINEL, 1800/2007, p. 112), termo utilizado em diversos trechos de sua obra. *Filos* = amor / *Anthropos* = homem, o amor à humanidade parece confluir nos dois pilares de suas proposições: a busca por um tratamento respeitoso e digno para os insanos e que este tratamento seja eficaz para trazê-los novamente ao domínio da razão. As paixões só são toleráveis se subordinadas à razão.

A internação sustentada por Pinel tem por finalidade, única e exclusivamente, potencializar os efeitos da sugestão exercida no tratamento moral. Ele humanizou o asilo, propôs que houvesse um bom tratamento no interior de seus muros, mas perpetuou seu objetivo fundamental. De todo modo, destacamos que, mesmo que a prática de internamento tenha se mantido durante os séculos seguintes, os modos como foi exercida sofreram modificações importantes. Pois o que parece manter a unicidade na psiquiatria não é necessariamente a utilização de algumas práticas como o internamento e a aplicação de medicamentos, mas a sua busca incessante por erradicar a loucura a partir de exercícios de poder.

As proposições pinelianas tiveram grande influência sobre os psiquiatras do século XIX e, sobretudo, na organização dos manicômios. Mas a obra de Pinel, bem como a de seus discípulos, era insuficiente para atrelar definitivamente a psiquiatria à medicina. Era necessário encontrar causas biológicas para as doenças mentais, bem como descrevê-las e classificá-las como as doenças que acometem o corpo. A obstinada busca por uma causa biológica da loucura e garantir que a psiquiatria fosse uma disciplina científica tanto quanto as demais disciplinas médicas deu um passo importante no final do século XIX, com a escola alemã de psiquiatria. A obra de seu principal representante veio a ser o berço da psiquiatria do século XX e XXI.

Emil Kræpelin

Quase um século após o tratado de Pinel, Kræpelin publicou seu *Compêndio de Psiquiatria* (1883), o qual foi editado diversas vezes para receber inúmeros acréscimos. Na primeira versão, tinha 380 páginas; posteriormente, tornou-se um tratado de 4 volumes, contendo 2500 páginas. Bercherie (1989) destaca que neste compêndio coube uma certa análise psicológica como estruturação da nosologia, pois Kræpelin foi aluno de Wundt – que foi inclusive quem sugeriu a escrita do compêndio – e deste modo entendia que a psicologia “normal” poderia fornecer conceitos para a compreensão e análise clínica das doenças mentais. Portanto, com Kræpelin, já não vigora a concepção naturista, descendente das proposições hipocráticas, mas sim a concepção vigente da

medicina moderna, a qual tende a entender o estado patológico como uma diferença quantitativa do estado normal. Desse modo, busca-se regular tais processos.

Sua descrição dos quadros mórbidos é bastante sofisticada, tendo enorme contribuição para o estudo da demência precoce, termo que posteriormente foi substituído por esquizofrenia; este proposto por Bleuler em 1911. A demência precoce se refere ao que posteriormente Bercherie esclarece que havia bastante tempo que Kræpelin e outros autores vinham afirmando que havia uma diferença considerável entre os delírios sistematizados primários – nos quais aspectos afetivos e intelectuais se mantinham preservados – e os estados secundários, caracterizados pela dissociação intensa da personalidade. Ele sustentava que esta diferença justificava uma classificação separada. Sob a influência dos estudos do psiquiatra Karl Ludwig Kahlbaum, Kræpelin se baseou na ideia de que o estado terminal caracterizava o processo mórbido, assim, este poderia ser previsto desde a sua origem a partir de alguns sinais fundamentais. Em suas lições clínicas, Kræpelin descreve com riqueza os diversos quadros mórbidos e destaca em cada um deles o seu prognóstico.

De acordo com Bercherie, ele retomou o raciocínio de Richard von Krafft-Ebing, o qual fundamentava seus critérios nosológicos em três parâmetros: a anatomopatologia, a etiologia e a clínica, sendo esta o último recurso. Kræpelin modificou a concepção de clínica a partir de Kahlbaum, tratando-a como entidade clínico-evolutiva. Deste modo, a partir da quinta edição do compêndio, ele tratou o grupo das psiconeuroses como simples síndromes clínicas, as quais poderiam pertencer a uma gama de quadros evolutivos, sendo, portanto, apenas consideradas na nosologia.

Esta visão foi o resultado do percurso da psiquiatria alemã, com a sua tendência de interpretar fisiologicamente os quadros clínicos, e tem estatuto de rompimento com o que ainda restava de semelhança com as concepções de Pinel. Suas proposições são mais próximas da visão geral da medicina sobre as doenças que acometem o organismo. É característico na obra de Kræpelin e de seus antecessores germânicos a tomada das falas e comportamentos dos insanos como pura descrição/manifestação do quadro patológico. Deste modo, a singularidade do paciente é inexistente, ou inteiramente irrelevante. Se, com Pinel, vemos fundamentalmente a proposta de um tratamento que tem a palavra como importante via de intervenção, as manifestações de cada insano eram tomadas como elementos imprescindíveis para calçar o plano de tratamento. Já a kræpeliana vai na via de entender o surgimento, evolução, manifestações típicas/atípicas e estágios de cada doença. Com isso, fica ainda mais evidente o entendimento de que a loucura é um erro, e que, para ter um saber sobre o louco, não é necessário escutá-lo para além de uma checagem de sintomas.

O trabalho do psiquiatra alemão se destaca, essencialmente, pela consistência de suas proposições acerca das doenças mentais. Podemos tomar seu compêndio como um importante dicionário psicopatológico, pois apresenta os diversos quadros clínicos com inegável rigor. Mas mesmo com toda a envergadura científica de seu trabalho e com a posição de que os tratamentos deveriam oferecer uma vida melhor aos pacientes, o horror à loucura se fez presente.

Em suas *Lições clínicas* (1905/2007), presentes no seu texto *Introdução à Psiquiatria Clínica* (1905), Kræpelin apresenta a história longitudinal das doenças e o prognóstico preciso de cada uma delas. Apesar de utilizar inúmeros exemplos, sua narrativa é bem marcada por um distanciamento do doente. Assim, os fatos da vida do doente não são elencados como dados clínicos relevantes para entender a possível constituição de sua loucura e a construção de seu plano de tratamento, mas como a descrição precisa de sinais e sintomas que podem alicerçar tanto o diagnóstico quanto o entendimento do curso total da doença. Um aspecto importante é o que mencionamos no início deste artigo: o rompimento definitivo com a tradição segundo a qual a loucura era concebida como uma doença que acomete o espírito. Desde o entendimento sobre os quatro humores, que descende da filosofia grega na qual não havia cisão clara entre corpo e alma, aos castigos divinos e possessões demoníacas muito presentes no período medieval e até mesmo a visão de Pinel sobre a sensibilidade excessiva que deixaria os insanos muito suscetíveis às mazelas da vida, foram séculos de uma tradição que não dissociava completamente as manifestações de loucura do doente e de seu modo de viver. Embora não se tratasse de privilegiar o modo do louco lidar com a realidade, em algum grau – mesmo que mínimo – isso era contado.

Verificamos aí como a psiquiatria alemã está em total acordo com a proposição cartesiana de *res cogitans* e *res extensa*. O louco é desprovido da primeira, pois a loucura é entendida como o exato oposto da racionalidade, logo, toda e qualquer manifestação de loucura é atribuída à *res extensa*, ou seja, ao corpo. Essa proposição aproximou a psiquiatria aos outros campos da medicina, proporcionando o estatuto de “mais científica”, uma vez que agora ela busca entender as doenças mentais e propor tratamentos da mesma maneira que as outras disciplinas médicas.

Podemos tomar a obra kræpeliana como marco que inaugurou uma disjunção radical entre a loucura e o louco, e esta nova tradição já se constituiu como alicerce dos principais passos dados pela psiquiatria a partir

da segunda metade do século XX. Embora a tradição anterior não tenha sido completamente abandonada de imediato, o que está de acordo com as mudanças de paradigma dentro do campo científico, ela foi minguando pouco a pouco e, neste século, já não vigora mais no saber psiquiátrico. Por outro lado, esta nova concepção mantém o entendimento da tradição anterior de que a loucura é um erro (no caso, uma doença) que necessita de investigação e pesquisa para fins de cura, correção ou erradicação.

A proposição de que a loucura é decorrente de fatores biológicos está muito presente na apresentação dos quadros psicopatológicos. Sobre a demência precoce, em seu *Lehrbuch der Psychiatrie*, Kræpelin defende que a causa “não reside nem na raça nem no clima, nem na alimentação, nem em nenhuma outra circunstância geral da vida” (KRÆPELIN, 1909-1913/2005, p. 60). Mas as predisposições hereditárias estão entre as possíveis causas, por isso, as investigações apontam que a taxa de condição mórbida é 10% mais alta do que entre “indivíduos mentalmente saudáveis”. Ele cita a frequência de irmãos também acometidos pela demência precoce e outros desajustes que parecem relacionados aos fatores hereditários.

Frequentemente sabemos que entre os irmãos e irmãs dos doentes se encontram personalidades acentuadas, criminosos, indivíduos estranhos, prostitutas, suicidas, vagabundos, seres humanos fracassados e arruinados, sendo sob todas estas formas que pode surgir uma demência precoce mais ou menos desenvolvida. (KRÆPELIN, 1909-1913/2005, p. 62).

Embora algumas características destacadas por ele sejam consistentes, como “indivíduos estranhos” – descrição frequentemente utilizada por familiares de psicóticos no relato dos comportamentos gerais do sujeito antes do primeiro desencadeamento –, outras merecem atenção porque ilustram como a psiquiatria biologizante, além de preservar a associação feita no século XVII da loucura com tudo o que a sociedade burguesa classifica como lixo social, tende a não levar em consideração alguns fatores importantes (como os socioeconômicos, por exemplo). Não por acaso, mesmo tendo afirmado que a causa da psicose não reside na raça, este será o berço teórico utilizado como alibi pela Liga Brasileira de Higiene Mental para propor medidas eugênicas que visavam, na década de 1920, os doentes mentais e depois, na década de 1930, toda a população mestiça e negra do país.

Em relação aos tratamentos, Kræpelin destaca que nos casos que aparecem de forma “aguda ou subaguda” faz-se necessária a instalação do doente em uma instituição como forma de prevenção de acidentes e suicídio. Ele prescreve descansos na cama, cuidados com o sono e alimentação como importantes para o restabelecimento. Além disso, os banhos prolongados são adequados, mas é comum que os doentes queiram sair do banho. Por isso, orienta como proceder:

A medida seguinte a ser tentada é **tranquilizar o doente, por meio de um sedativo (hioscina, trional, sulfonal, veronal)** de tal modo que ele possa permanecer algumas horas no banho, e assim, regra geral, acostuma-se a ele; e agora, embora se contorça, bata com as mãos e os pés na água, mergulhe, se vire, gesticule, só faz fracas tentativas de sair da água quente e deixa que o ponham novamente nela sem dificuldade (KRÆPELIN, 1909-1913/2005, p. 106, grifo nosso).

Nenhuma intervenção proposta privilegia a palavra. Com a psiquiatria biologizante, quando um doente não atende aos comandos da equipe do manicômio, ele deve ser “tranquilizado” quimicamente. Ou, dito de outro modo, a medida apresentada no texto de Kræpelin visa domar o doente. Nos casos graves, ele propõe a intervenção mecânica com ligaduras quentes e úmidas, coadjuvada pela utilização dos sedativos. Entendemos que a utilização de contenções espaciais, químicas e mecânicas pode ser pontualmente benéfica ao psicótico, mas destacamos que a proposta aqui é a de enquadrar o sujeito em um *script* previamente estabelecido, o qual desconsidera aspectos exclusivos de cada caso. Desse modo, as técnicas utilizadas não visam, fundamentalmente, intervir no sofrimento do sujeito, mas sim nos comportamentos e manifestações entendidos como anormais. Seguindo os moldes da medicina, a qual visa a relação do médico com o corpo – tendo o doente como um ônus que por muitas vezes pode ser desconsiderado –, a psiquiatria biologizante não tem nenhuma relação com o louco, mas sim com os sinais e sintomas que devem ser erradicados ou, ao menos, atenuados.

Após a fase aguda, Kræpelin destaca ser necessário “preservar o que a doença não destruiu” (1909-1913/2005, p. 107). Desse modo, o doente pode regressar ao convívio familiar desde que as condições sejam favoráveis e que os estados de excitação, recusa em se alimentar, sujidade ou quaisquer outros fenômenos semelhantes não continuem. Ou seja, que o doente atenda um *check list* mínimo para julgá-lo reabilitado ao convívio familiar. Ele alerta que a rotina monótona da vida institucional, apesar de proporcionar diversos alívios, pode também ser debilitante, inclusive embotando o intelecto e as emoções. A internação também pode torná-los “amargos e lhes fornece um novo alimento para o seu delírio [...]” (1909-1913/2005 p. 130). Assim, deve-se priorizar o tratamento em liberdade com a família ou no campo. Em diversos momentos, Kræpelin manifesta

a preocupação com as longas internações de pacientes que ainda não estejam “psiquicamente destruídos” (1909/1913-2005 p. 108). Sobre estes últimos, ele aponta que são os que constituem a grande massa de loucos nos hospícios e, como não morrem rapidamente, passam muitos anos nestas instituições. Nestes casos, propõe as *colônias para loucos*, as quais consistem em múltiplas atividades de trabalho e tratamento para preservar, ao máximo, a independência. E, mesmo que permaneçam institucionalizados até o fim da vida, Kræpelin ressalta a importância do convívio familiar.

Percebemos, com isso, que não foi o intuito de Kræpelin promover a exclusão dos loucos e muito menos que suas vidas fossem indignas. Seu trabalho teve estatuto de científico, visava promover maior conhecimento das insanidades e também proporcionar tratamentos mais avançados para os diversos quadros psicopatológicos. Mas, desde o seu nascimento, a psiquiatria manteve intacto o entendimento de que a loucura é um grande mal que deve ser extirpado e, do interior deste campo, Kræpelin não promoveu nenhum tipo de subversão discursiva; logo, todas as suas proposições serviram bem para corroborar e fortalecer essa visão.

As proposições de tratamento do psiquiatra alemão se fundamentam em privilegiar as intervenções químicas e mecânicas para os momentos agudos e cuidado das atividades de rotina para todos os momentos da doença. Se, por um lado, Kræpelin é responsável por um importante passo da psiquiatria para descrever e diferenciar as manifestações psicopatológicas, pormenorizando sinais, sintomas, prognósticos e intervenções a serem realizadas em todo o curso das doenças, por outro, ele rompeu com a proposta pineliana de tratar os loucos fundamentalmente pela via da sugestão. A modernização da psiquiatria promovida por Kræpelin consistiu fundamentalmente em desconsiderar toda e qualquer manifestação do sujeito, reduzindo o louco a um conjunto de sinais e sintomas a serem corrigidos. Portanto, a partir do século XX, o horror à loucura teve, mais do que nunca, o estatuto de avanço científico.

Para concluir

Mencionamos anteriormente que, apesar de Pinel ter escutado os loucos, localizado elementos da história de vida do paciente vinculados ao desencadeamento da psicose e verificado a eficácia das intervenções via palavra, ele jamais questionou a premissa de que a essência do homem fosse a racionalidade. Justamente esta premissa que minou a potência de suas observações e intervenções, e acabou por torná-las sem efeito no século seguinte. Não podemos atribuir esse fato essencialmente à pessoa de Pinel. Como nos lembra Lacan, seria um erro nos contentar com explicações históricas, pois “[...] o que se chama em geral de história é esse empurra-empurra da estrutura” (LACAN, 1967/1968: lição de 24 de janeiro de 1968). Assim, o discurso – a estrutura que Lacan mencionou – força a proceder de uma ou outra forma, e o ser da pessoa padece com isso. Por várias lições do seminário 15, Lacan vai construindo a estrutura quadrípoda do discurso a partir do percurso da análise até que ao final se tenha um psicanalista. Ele demonstra o efeito distinto de atribuir ao lugar de agente do discurso o “Eu penso” ou o “Eu sou” e localiza o “Eu sou” no lugar de agente quando se depura um analista. No caso de Pinel, o discurso o sustentou no lugar de “eu penso”, polo exatamente oposto ao “eu sou”. Esta estrutura discursiva que sustentou a inauguração do campo da psiquiatria por Pinel, sem abalar suas convicções prévias e impedindo-o de ser tragado por suas descobertas, é o discurso do mestre. O S1 que Pinel encarnou (posteriormente encarnado por Kræpelin) sedimentou a concepção de ser humano concernente à ideologia burguesa como objetivo dos tratamentos dos loucos. O saber (S2) constituído pela psiquiatria produziu definições de loucura e tratamento um tanto quanto divergentes entre si, mas todas entendendo a loucura como a corrupção da essência primordial do ser humano.

Já na introdução de seu seminário 16, *de um Outro ao outro* (2008), Lacan define que os discursos detêm os meios de gozar. No lugar da produção do discurso do mestre, encontramos o termo mais-de-gozar, o qual localiza a apreensão possível de gozo nesse discurso. Fazendo uma homologia com a mais-valia de Marx, conceito que define o excedente de valor produzido pelo trabalhador que é apropriado pelo capitalista, Lacan define o mais-de-gozar como esse *quantum* de gozo produzido que escapa à contabilização do agente do discurso; nesse caso, o mestre. A impossibilidade de governar, proposição freudiana demonstrada por Lacan no discurso do mestre, é justamente não poder determinar o que cairá de produção do saber (S2) gerido pelo mestre. Podemos afirmar que Pinel não rechaçou a loucura; ele demonstrou que não havia nenhuma diferença anatômica nos crânios dos insanos, localizou pontos de coerência dos delírios com a história de vida dos loucos e ressaltou que eram pessoas sensíveis. Em sua posição pessoal, não tomou o horror inerente à loucura como fissa a ser plenamente decifrada e costurada a todo custo. Ele buscou ofertar modos de vida e tratamentos mais dignos aos loucos, mas o discurso no qual ele encarnou o agente acabou por produzir um modo mais civilizado de segregação. Pinel pode até ter suportado bem a fenda aberta que a loucura apresenta, mas a aparelhagem discursiva que o sustentou, não. Justamente porque, no discurso do mestre, o sujeito dividido é que se encontra no lugar da verdade; sob a barra do recalque é que está localizado o furo da proposição de que o homem é (ou

deve ser) senhor de sua própria casa.

Do mesmo modo que a medicina almeja lidar apenas com a doença e tropeça incessantemente quando lida com o doente, a psiquiatria biologizante foi um importante passo para o psiquiatra se poupar de lidar com o louco. Década a década do século XX, essa foi se tornando a principal visão da psiquiatria sobre a loucura. Um campo de saber e prática que reduz o sujeito ao seu erro (insanidade), do mesmo modo que os sistemas prisionais reduzem o infrator ao seu ato.

Sua busca incessante por causas, desvios e tratamentos corretivos são continuamente insuficientes porque a loucura traz consigo a marca do Real; nela, sempre se toca em algo indecifrável, o estatuto da verdade, a divisão como marca. Verdade que parece ser demasiadamente anunciada pela loucura, por isso convoca o horror. Na *Alocução sobre as psicoses da criança*, Lacan define que “Longe de ser a falha contingente das fragilidades do organismo, a loucura é a virtualidade permanente de uma falha aberta” (LACAN, 1967/2003, p. 359).

A partir da constatação desta falha, a decifração e a correção total da loucura já eram objetivos da ciência psiquiátrica no século XIX, mas atualmente seu objetivo se estende também à prevenção dos transtornos. Neste projeto de catalogar a totalidade dos comportamentos humanos, o que se assiste é a proliferação de diagnósticos e a consequente psiquiatrização da população. Lacan, na lição 10 do seminário 21, fala que é muito estranho que o social tome prevalência de nó, fazendo a trama de muitas existências. A nomeação feita pela psiquiatria em crianças pequenas, por exemplo, tem sido determinante na vida desses sujeitos. Lacan questiona se esse nomear não é o signo de uma degenerescência catastrófica. Sua indagação, feita na década de 1970, parece ter sido o prenúncio do que verificamos no século XXI.

Na lição 1 do mesmo seminário, Lacan explica que os não-tolos “são os que se recusam à captura do espaço do ser falante”, esses olham a vida do ponto de vista de *viator*, ou seja, não se deixam ser presos pela estrutura. Por isso, essa obstinada tentativa da psiquiatria em objetivar e catalogar tudo, sem considerar a estrutura do sujeito e, portanto, sem levar em conta o Real, o qual sempre retorna marcando algo impossível de ser apreendido. A posição de *viator* da psiquiatria não permite que ela reconheça e nem opere com as manifestações do sujeito.

Lacan diz que a experiência analítica tem a ver com as verdades indomáveis. Diante da loucura, do horror inerente à sua manifestação, a psicanálise tece seu saber sem buscar suprimi-la. Os objetivos da psiquiatria seguem fracassando em seu intuito de totalização de saber sobre a loucura, bem como em seus ensaios de suprimi-la. A psicanálise é que mais pode ofertar saber sobre a loucura, justamente porque não se assenta no horror e na consequente visão de que a loucura é uma doença; saber advindo da clínica e que sustenta uma posição política radicalmente distinta. Não se trata de uma queda de braço, de fazer da psicanálise assumir o lugar que a psiquiatria ocupa no Ocidente, o de detentora da verdade sobre a loucura. Destacamos apenas que é porque a psiquiatria está aí e fracassa, que a psicanálise segue forte em seu lugar marginal.

Como bem disse Lacan no final da lição 12 de seu seminário 21:

“Eu vou terminar com uma metáfora: o analista é o fogo-fátuo. [...] O fogo fátuo não clareia nada, ele sai comumente mesmo de alguma pestilência. É a sua força.”

Recebido em: 18 de julho de 2020. **Aprovado em:** 18 de setembro de 2021

REFERÊNCIAS

- BACHELARD, G. *O novo espírito científico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- BERCHERIE, P. *Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- FREUD, S. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911). Rio de Janeiro: Imago, 1989. (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12)
- KRÆPELIN, E. *A demência precoce (2ª parte) e Parafrenias* (1909-1913). Lisboa: Climepsi editores, 2005.
- KRÆPELIN, E. *Lições clínicas: sobre a demência precoce, a loucura maniaco-depressiva e a paranoia* (1905). V. 4. Lisboa: Climepsi editores, 2007.
- KOYRÉ, A. *Estudo de história do pensamento científico* (1973). 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
- KOYRÉ, A. *Estudo de história do pensamento filosófico* (1971). 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.
- LACAN, J. *A ética da psicanálise* (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. (O seminário, 7)
- LACAN, J. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, J. *Alocução sobre as psicoses da criança* (1967). In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de

Considerações sobre o horror e o alicerce discursivo da psiquiatria

Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. *Breve discurso a los psiquiatras* (1967). Paris. Disponível em: http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

LACAN, J.. *De um Outro ao outro* (1968-1969). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. (O seminário, 16)

LACAN, J. *O ato psicanalítico* (1967-1968). Inédito. (O seminário, 15)

LACAN, J. *Os não-tolos erram* (1973-1974). Inédito. (O seminário, 21)

PINEL, P. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania* (1800). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

Rita Meurer Victor

mv_rita@hotmail.com

ritameurer08@gmail.com