

Trechos da História da Loucura

Sandra Santos de Oliveira

A doença mental é um campo historicamente controverso e emocional, não apenas no terreno simbólico da sociedade e das representações culturais, mas, de igual modo, como área epistemológica, a propósito da natureza, objectivos e práticas deste tipo de conhecimento (Oliveira 1999). É nesta instabilidade que reside grande parte do significado e dos rumos da história da loucura e as concomitantes histórias de segregação e opressão a que os doentes foram sendo sujeitos, no sentido em que Foucault consagrou a história da loucura, no pensamento crítico contemporâneo, como uma intersecção particularmente importante entre o trabalho genealógico, na produção das disciplinas epistemológicas, e a crítica do poder e do conhecimento. Os caminhos da história da loucura atravessam uma parte fundamental da história das sociedades, suas concepções doutrinárias e ideológicas e tecnologias terapêuticas. A minha atenção, neste artigo, é sobretudo dirigida aos períodos históricos entre o Renascimento e a actualidade – precisamente, a continuidade temporal que Foucault definiu, em termos analíticos e metodológicos, entre a ‘idade clássica’ da época moderna, na linguagem historiográfica, e as fases seguintes da experiência da modernidade – na medida em que foi nas sociedades modernas que uma importante cadeia de mudança teve lugar, com repercussões particularmente duradouras e fecundas no

pensamento científico, nas práticas de cura e na representação social da doença mental. Por isso, a abordagem inicial que se segue, sobre temas da antiguidade greco-romana e do período medieval, apenas prepara o terreno para a ênfase, mais adiante, na história cultural, médica e científica da loucura a partir do Renascimento até os dias de hoje.

A história da loucura, na Grécia e Roma antigas, compreende um período de tempo de 12 séculos, desde os tempos de Homero até à idade dos físicos enciclopedistas greco-romanos (500-600 a.C.). O interesse desta era histórica radica em dois factores principais. O primeiro é o próprio legado do saber e do pensamento teórico-prático da época antiga. Num segundo aspecto, a antiguidade clássica oferece a base conceptual e filosófica, na história ocidental, para a compreensão da construção humana da natureza e da sociedade (cf. Howells 1975). No contexto das culturas greco-romanas, muito embora a loucura fosse tida como uma doença mental de facto, enfatizando uma distinção primária entre os distúrbios mentais acompanhados de doença física e, por outro lado, os distúrbios que não ocorriam na presença de qualquer mal físico aparente, prevalecia, todavia, a concepção de que a origem da doença mental eram causas sobrenaturais, forças e razões de natureza mística. As pessoas enfermas de doença mental estariam, segundo esta opinião, possuídas por espíritos malignos e vulneráveis à cólera dos deuses. Neste sentido, considerava-se extraordinariamente difícil delinear meios seguros para a intervenção e tratamento destas doenças. As intervenções estavam sobretudo entregues a médicos sacerdotes e fundamentadas basicamente em processos médico-religiosos.

A perturbação mental foi definida, na época de Homero, sob a perspectiva da irracionalidade, no sentido em que o pensamento e sentimentos humanos eram lidos como transcendendo o indivíduo (passivo, neste sentido) e incontroláveis pelo sujeito. Mais tarde, Platão, sem dúvida um filósofo da mente, ainda sob o ponto de vista da irracionalidade, interpreta a loucura como uma doença de leitura metafórica ou a ser abordada em analogia com as doenças do corpo. A perturbação mental é equacionada sob a dominância de funções impulsivas do homem, passíveis de ilustrar a ignorância, o vício e a discórdia humanas.

Opondo-se a estas visões dominantes, Hipócrates (460-377 a.C.) rompe com a irracionalidade como fundamento do modelo da mente perturbada, elaborando, pela primeira vez, uma conceptualização

médica da loucura com base em explicações racionalistas e segundo as quais as doenças mentais teriam causas naturais. As concepções e explicações demoníacas da loucura são postas de lado. A conceptualização deste filósofo centrava-se na existência de um movimento (orgânico) interactivo, aquilo que designou os quatro humores corporais – sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma. Estes resultariam da combinação de quatro qualidades básicas da natureza: calor, frio, humidade e aridez. Segundo Hipócrates, as pessoas poderiam ser, assim, classificadas de acordo com os quatro temperamentos correspondentes: sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático. Estes temperamentos indicariam a orientação emocional predominante do indivíduo. Deste modo, o ‘bom’ funcionamento da personalidade dependia directamente da interacção perfeita e óptima das forças internas e externas. Por outro lado, esse funcionamento podia ser comprometido, caso essas forças entrassem em conflito, levando à persistência de humores corporais excessivos e, conseqüentemente, a um ‘mau’ funcionamento da personalidade (Oliveira 1999: 13-4). O tratamento aconselhado por Hipócrates consistia em restabelecer o equilíbrio, através do recurso a drogas, regimes específicos ou ambos. Um outro aspecto importante do tratamento era a intenção de explicar e tornar claros para o doente todos os factos do seu padecimento.

Na cultura romana (cf. Howells 1975), os estados da mente não captaram a imaginação e curiosidade tal como aconteceu de modo tão evidente com a sociedade grega. Assim, é considerado que os romanos sobretudo dependiam das teorias gregas para as suas ideias médicas e filosóficas sobre a loucura. A isto não será alheia a própria história romana e seu percurso político orientado pela acção externa, expressos pela disseminação imperial no mundo e a conquista do outro. Numa cultura globalmente vocacionada para a acção, a eficácia e a capacidade individual e colectiva de controle, o enfermo mental era legalmente condicionado na sua liberdade de agir e julgado incompetente na gestão das suas questões pessoais e económicas. Não obstante esta sensibilidade do pensamento romano, além, de numerosas superstições e crenças em presságios, alguns avanços tiveram lugar, porém, no estudo e assistência do doente mental. Vários autores interessados na patologia mental se destacaram, entre os quais Galeno (130 – 200 d.C.), tido como o maior médico dos tempos romanos, ao qual se deveu a franca tentativa de conjugação num todo coerente de vários sistemas e teorizações acerca da doença

mental, assim como o desenvolvimento da farmacopeia que ainda hoje é designada por Farmacopeia Galénica (cf. Santos 2001). De igual modo, se devem aos romanos importantes inovações nos métodos de tratamento dos enfermos mentais, entre os quais a prescrição de dietas especiais, fisioterapia, ludoterapia e formas diversas de actividades de grupo (Santos 2001).

Com a Idade Média, assiste-se ao retorno de puras concepções demonológicas e místicas da doença mental. O louco é revivido como uma encarnação do mal, uma figura maldita e particular objecto de superstição e feitiçaria. É também na sociedade e cultura medieval que a lepra e a figura do leproso inspiraram práticas severas de segregação que seriam depois aplicadas na marginalização dos doentes mentais. Os leprosos eram confinados, fora das grandes cidades, em grandes casas institucionais para resguardar o resto da população do contágio. No final da Idade Média, a lepra praticamente desaparece da sociedade ocidental, deixando, todavia, como herança os próprios leprosários que seriam ocupados pelos loucos. Em ambas estas figuras (leproso e o louco), são associados imagens contraditórias de exclusão e representação sagrada. Se, por um lado, são observados como portadores do ‘mal’ (a doença e o mau destino), por outro, ironicamente, o sofrimento da exclusão são um meio de salvação da alma: ‘eles se salvam pela mão que não se estende. O pecador que abandona o leproso está, com esse gesto a abrir-lhe as portas da salvação’ (Foucault 1997: 6).

No Renascimento, a loucura permanece, obstinadamente, ligada a representações místicas, distantes ainda de perspectivas de natureza científica e médica (cf. Reis 1998). Particularmente emblemática deste imaginário é a nau dos loucos – ‘esse estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos’ (Foucault 1997: 9). Na verdade, de entre as composições literárias próprias da época acerca de heróis que embarcavam em grandes viagens simbólicas, em busca de algo que oferecesse sentido aos seus destinos e às suas verdades, Foucault (1997) refere que, de entre todas essas naus romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* parece ter sido a única de existência real, uma vez que terão realmente existido esses barcos que transportavam a sua carga insana de cidade em cidade. Os loucos pareciam viver uma existência errante, escorraçados das cidades, permitindo-lhes que errassem pelos campos e de lugar em lugar. No entanto, ao longo da Idade Média e do Renascimento, existiam igualmente, nas grandes cidades da Europa, lugares de de-

tenção especificamente reservados aos insanos, como a famosa Torre dos Loucos de Caen. O significado subjacente à nau dos loucos é que eles se tornarão prisioneiros da sua própria partida, de uma viagem que poderá ser, potencialmente, a última. Citando Foucault: 'É para o outro mundo que parte o louco na sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca' (Foucault 1997).

Comparativamente, até aos finais da Idade Média, os principais temas da literatura e iconografias da época centravam-se em torno da morte. O fim do homem, o fim dos tempos materializavam-se no rostos das pestes e das guerras. Com o começo da Renascença, o valor da humanidade passa a ser marcado por uma outra inquietude social, que substitui a morte e a seriedade que a acompanha: o desatino da loucura. Assim, se a Idade Média havia atribuído à loucura um lugar enquadrado nas hierarquias dos vícios humanos, na Renascença esta modesta posição é substituída por um lugar de destaque, assumindo a enfermidade mental o privilégio de domínio sobre tudo o que há de mau no homem. A substituição ou viragem do tema da morte para o da loucura não marca, porém, uma ruptura, mas antes uma mudança no interior dessa mesma inquietude. Não mais o medo de um fim ou vazio da existência é encarado como vindo do exterior, mas como algo que é sentido do interior, que invade o ser humano e lhe demonstra que o mundo está perto da sua derradeira catástrofe. Ao longo do século XVI, mantém-se a representação da inspiração mística da loucura e da pessoa que enlouquece. O desatino da loucura lê-se como uma renúncia ao mundo, um abandono à vontade obscura de Deus e um fim que não se conhece.

No século XVII, a doença mental é reinscrita numa rejeição total pela sociedade. Mediante a influência da concepção dualista de Descartes, a 'loucura e a razão aparecem como duas forças opostas e que, conseqüentemente, se excluem' (cf. Pereira 1993). Este período é conhecido, precisamente, como o século dos grandes internamentos. A ordem é a de reclusão policial de todos aqueles considerados como desadaptados sociais, com o fim último de eliminação da mendicidade e ociosidade, internados em estabelecimentos hospitalares, onde é prática comum a administração de castigos e punições corporais. Na França, diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única (o hospital geral). É o caso de Salpêtrière (hospício de mulheres em Paris) e de Bicêtre (hospício de homens). Outras novas casas de internamento vão sendo constituídas por toda a Europa, a maioria delas dentro dos muros dos antigos leprosários.

Todos estes são agora destinados aos pobres e vagabundos de ambos os sexos, de qualquer qualidade de nascimento, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis. Todos (incluindo o louco) inseridos no mesmo sistema e sob uma mesma alçada de intervenção. Contudo, estes hospitais gerais apresentam-se, em rigor, menos como estabelecimentos médicos do que como uma estrutura encarceratória e jurídica que, paralelamente com os tribunais e entidades policiais, decide, julga e executa, tendo ao seu dispor um aparelho jurídico e material de repressão – ‘pelourinhos e gólgas, prisões e celas-fortes’ (Foulcault 1997: 74).

A internação, no século XVII, designa o momento em que a loucura passa a ser percebida no contexto social da pobreza, a incapacidade para o trabalho e a intenção de eliminação de indivíduos considerados anti- sociais’. Neste sentido, as novas práticas de organização do encarceramento dos loucos tinham lugar num sistema mais vasto de controle social, incluindo o controle da sexualidade desviante (devassidão, homossexualidade, etc) e de doentes venéreos, incluídos na grossa lista dos internados dos hospitais gerais.

No entanto, corre-se algum risco de generalização, pensando que todos os loucos eram tratados pura e simplesmente como prisioneiros ou simples encarcerados. Na medida em que se acreditasse que um dado alienado poderia ser curado, existia, nomeadamente, em Paris um hospital específico que o recebia e tratava, o *Hotél Dieu*, onde lhe eram reservados os cuidados costumeiros tidos como adequados para estas situações: sangrias, purgações e, em certos casos, vesicatórios e banhos. Ainda assim, é verdade, a esmagadora maioria dos doentes mentais residia nas grandes casas de internamento, levando uma existência quase correcional. De facto, muito embora os regulamentos destas instituições contemplassem duas visitas médicas semanais, o médico era apenas um para centenas de doentes. E, se o médico existia, não era tanto pela preocupação com os doentes, mas porque se temia a propagação da ‘febre das prisões’ que se dizia espalhar-se a partir das casas de internamento e ameaçar as cidades. E é por este medo tão intenso que a loucura se começa a aproximar do pensamento médico, embora por meio da ficção, no sentido em que o médico é instituído como uma figura necessária, não tanto para tratar os doentes, mas para impedir a propagação do contágio, segundo a fantasia de que a loucura seria transmissível.

Michael Foulcault (1997) defende, neste contexto, que o estatuto médico para a loucura não se deveu ao progresso do conhecimento,

mas, pelo contrário, a uma estranha regressão do pensamento. Por entre castigos morais e físicos e através do simbolismo do impuro, tão familiar no século XVIII, fantasmas medievais ganharam nova popularidade. Ao mesmo tempo, porém, segundo Foucault, será, na verdade, à luz destes fantasmas que se impulsionou o grande movimento de reforma dos manicómios ocorrido a partir da segunda metade do século XVIII, a par de novas práticas de higiene pública, reduzindo riscos de contaminações, sujidade e o viciamento do ar das cidades. A questão importante é que a loucura, especificamente, reclamava, então, para si um estatuto público e, sobretudo, a definição clara de um espaço de acolhimento que garantisse a sociedade contra os seus perigos.

Um outro desenvolvimento desta história, mais humanista e inspirado pelo pensamento Iluminista, que igualmente contribuiu para as reformas dos manicómios, foi a nova persuasão de que estas instituições poderiam ser transformadas em ferramentas curativas, em vez de puros meios de confinamento. A aceitação fatalista da incurabilidade do enfermo mental é revista pela nova confiança depositada no poder da razão. Este optimismo terapêutico ligava uma nova geração de médicos de manicómios e estruturas renovadas de acolhimento e tratamento do doente mental com uma nova disciplina médica, a psiquiatria moderna, propriamente dita.

William Battie foi um dos primeiros psiquiatras ‘modernos’, defendendo os benefícios terapêuticos da institucionalização do louco (Shorter 2001: 22) e fundando, em 1751, o St. Lukes Hospital de Londres. Battie recomendava um tipo de cura pelo isolamento. O doente não deveria receber visitas e seria atendido e cuidado, não pelos seus serviçais, mas pelos enfermeiros do manicómio. Na Itália, um jovem médico florentino, Vincenzo Chiarugi, estabeleceu, igualmente, em 1788, um dos primeiros asilos terapêuticos da Europa, com a renovação do velho hospital Bonifazio, especificamente destinado ao tratamento de pessoas perturbadas mentais. A este psiquiatra também é devida a publicação dos regulamentos e fundamentos necessários à direcção de um manicómio terapêutico. Por sua vez, em França, Philippe Pinel, um psiquiatra parisiense, tornou-se um dos nomes fundamentais da história da psiquiatria, fundamentado numa psicologia iluminista e numa filosofia social, humanitária e terapêutica. Pinel foi um dos principais responsáveis, em 1793, pela famosa libertação das correntes dos loucos de Bicêtre, logo após ter sido convidado a encarregar-se do seu funcionamento. Contudo, o principal feito

de Pinel não foi neste campo, porque a eliminação das correntes já havia sido promovida por outros psiquiatras (por exemplo, o próprio Chiarugi) e também porque, ironicamente, terá sido Pinel quem introduziu, em vez de correntes, o uso de camisas de força. A sua importante contribuição para a história da psiquiatria reside na elaboração e publicação, em 1801, de um importante manual de psiquiatria, considerado o primeiro texto formal da psiquiatria moderna. O seu pensamento baseava-se na premissa de que a casa asilar era, sem dúvida, o local mais apropriado para a prática de uma terapia psicológica curativa, assente no uso da experiência, na relação pessoal do médico com o doente e o preenchimento do tempo dos doentes com trabalhos e actividades diversas.

Entretanto, Jean Etienne Esquirol, discípulo de Pinel, contribuiu muito para a explicitação dos condicionalismos terapêuticos necessários à organização da vida de um hospício. Foi também Esquirol quem planeou pôr em prática as reformas delineadas por Pinel. O conceito de 'comunidade terapêutica' terá sido, talvez, a ideia mais influente do legado de Pinel, posta em funcionamento por Esquirol. Esta ideia da comunidade de médicos e doentes vivendo num ambiente psiquiátrico era baseada na persuasão acerca da eficácia do afastamento físico da instituição terapêutica relativamente ao mundo exterior (Shorter 2001: 26). Esta corrente psiquiátrica de Pinel e Esquirol inspirou um verdadeiro movimento de reforma do sistema institucional dos manicómios e marca, assim, uma ruptura com as práticas e lógicas de internamento de doentes mentais de épocas passadas.

Todavia, progressivamente e por razões ainda hoje objecto de controvérsia, as condições de assistência de muitos dos hospitais reformados começou a degradar-se. Nas vésperas da Primeira Guerra Mundial, muitos manicómios tinham-se tornado grandes armazéns para os insanos e doentes crónicos, parecendo que o modelo do manicómio terapêutico havia fracassado. As razões, como disse, continuam ainda a suscitar debate, mas a proporção cada vez maior de doentes crónicos e a consequente superlotação e falta de recursos financeiros e pessoal especializado foram, certamente, alguns dos factores que contribuíram para a deterioração das instituições e das terapias do internamento. Além disso, outros factores, mais de ordem intrínseca a este modelo, terão sido uma progressiva decepção com a persuasão anterior de que o tratamento hospitalar conduzia, por si só, ao processo de cura, com pouca atenção pela realidade crónica da psicopatologia grave, o acento na etiologia hereditária da

doença mental, em detrimento dos factores sócio-ambientais, e ainda a convicção fatalista de que a doença mental é incurável .

Por outro lado, duas ordens de factores parecem fundamentais, segundo autores como Edward Shorter (2001), para o aumento dramático do número de doentes mentais. Primeiro, o efeito da redistribuição dos doentes que, com cada vez maior frequência, eram deslocados das suas famílias ou de asilos para a instituição terapêutica do manicómio. A partir do século XVIII, a família passou a ser representada como um espaço de estabilidade emocional, de modo que os familiares com perturbações mentais passaram a não encaixar neste quadro, tornando-se uma solução comum enviá-los para centros especializados onde pudessem ser cuidados e, deste modo, resguardar a família do padecimento e da exposição. O segundo factor (e não necessariamente por esta ordem) é o franco aumento da taxa real da doença mental, relacionado com aspectos problemáticos da sociedade do século XIX, nomeadamente, a neurosífilis, a psicose induzida por excesso de consumo de álcool e, aparentemente, o aumento de número de casos de esquizofrenia (Shorter 2001: 59).

Assim, em 1900, a disciplina que havia credenciado os asilos e hospícios e que cuidava da doença mental tinha chegado a um beco sem saída. Os médicos psiquiatras estavam maioritariamente concentrados nos manicómios – precisamente as instituições que se tinham novamente tornado meros armazéns de enfermidades mentais – e com pouca reputação entre os outros colegas de medicina. Superlotados de doentes crónicos, dementes e esquizofrénicos catatónicos, os manicómios estavam entregues a uma tal desolação que, seguramente, teriam envergonhado os reformadores das gerações anteriores.

Em parte, este beco sem saída, na psiquiatria dos anos 1900, era devido também à tentativa de fundamentação científica nas ciências biológicas. Na verdade, a psiquiatria, procurou, durante dois séculos, estabelecer uma ligação entre as ciências neurológicas e a psicoterapia. Todavia, o que começou como uma intenção de traçar as raízes genéticas e biológicas da doença psiquiátrica acabou por se virar, de certo modo, contra si mesma, através do espectro da ‘degeneração’. Ou seja, a ideia de que a enfermidade mental era, maioritariamente, herdada e que, com o passar das gerações, a tendência era piorar (Shorter 2001: 79). Griensinger, médico psiquiatra e professor de psiquiatria, tornou-se, durante o sec. XIX, o mais influente representante da primeira psiquiatria biológica, tendo sido, seguramente, uma das perso-

nalidades que mais contribuiu para a afirmação do domínio alemão na medicina da época e a convicção de que a doença psiquiátrica era efectivamente uma doença do cérebro ou ‘doença dos nervos’ (Shorter 2001: 84). A nova era de uma psiquiatria de investigação científica universitária, dedicada ao estudo do cérebro e do tecido nervoso, estava inaugurada.

Meynert, um neuropatologista austríaco, realizou um trabalho pioneiro sobre a estrutura microscópica do cérebro e da espinal medula, descobrindo, nesta sequência, as lesões cerebrais provocadas pela doença da neurosífilis. Contudo, estes investigadores, fechados em gabinetes e laboratórios, assumiam a posição de que o seu papel na psiquiatria era fazer investigação e não curar doentes, acreditando, além disso, que, na sua grande maioria, as doenças mentais não tinham cura.

O fim da primeira vaga da psiquiatria biológica teve lugar quando Emil Kraepelin, o famoso psiquiatra sistematizador, demonstrou que, ao contrário do que muitos acreditavam, era o curso da doença mental e não tanto o tipo de sintomas que o doente apresentava a melhor pista para a natureza da patologia e das estratégias de pesquisa e tratamento. Esta nova abordagem observava a doença mental do ponto de vista da compreensão dos problemas dos doentes no contexto da sua história de vida. De uma maneira engenhosa, Kraepelin sistematizou a psiquiatria da época, segundo um modelo dicotómico entre pessoas doentes mentais e pessoas sãs. No primeiro caso, incluiu os neuróticos e os psicóticos. Entre estes, distinguiu entre aqueles que sofrem de psicoses endógenas (hereditárias) e os que sofrem de psicoses não endógenas. Finalmente, entre as psicoses endógenas, discriminou as psicoses maníaco-depressivas e as demências precoces (Silva 1981: 336). A classificação de Kraepelin era, na altura, de carácter muito convencional, a maior parte dela com conceitos aproveitados dos seus predecessores, mas revelou-se, sem dúvida, um importante documento, sob a forma de um manual, publicado em 1893. Nesta obra, encontrava-se incluído uma descrição cuidada da demência precoce, uma doença que ele considerava ser devida a processos químicos de degeneração. Ao tomar esta patologia como uma doença claramente diferenciada, Kraepelin ofereceu à psiquiatria o seu mais poderoso conceito do século XX – a esquizofrenia.

Eugen Bleuler, um fiel estudioso de Kraepelin, professor de psiquiatria em Zurique, iria pouco depois, em 1908, propôr, formalmente, o termo ‘esquizofrenia’ para o que Kraepelin designava como demência

precoce. Isto porque já se havia reconhecido que os doentes acometidos por esta doença não se tornavam dementes com o evoluir da patologia e que os primeiros sintomas manifestados não eram necessariamente precoces (Shorter 2001: 114). O toque final e não menos extraordinário da conceptualização de Emil Kraepelin centra-se no conceito de prognóstico da doença mental, passando a ser possível a previsão da evolução da doença.

No entanto, as doutrinas de Kraepelin não foram acolhidas com total e incondicional aprovação. No início do século XX, começaram a surgir reacções a estes esquemas de classificação, agora considerados rígidos e simplistas. Esta conceptualização, tendo seguramente contribuído para progressos como a distinção entre a paralisia e a doença mental, passou a ser acusada de se tornar um fim em si mesma, em vez de permitir uma melhor compreensão da doença mental, e ainda de contribuir para o ponto de vista estrito e limitado de que os factores biológicos seriam os únicos determinantes da patologia mental (Pereira 1993: 39). Associado a esta nova abordagem dinâmica do doente mental encontra-se Adolf Meyer, um proeminente professor de psiquiatria americano. Embora, inicialmente, Meyer tivesse sido defensor das doutrinas de Kraepelin, importando para os EUA as conceptualizações de demência precoce e doença maníaco-depressiva, foi através da rejeição posterior do pensamento de Kraepelin que Meyer abriu a porta, nos Estados Unidos, à aventura psicanalítica (Shorter 2001: 118).

A psicanálise, como hoje a entendemos, é criação indiscutível de Sigmund Freud, nos anos finais do século XIX, em torno do inconsciente, o funcionamento da mente, o continuum entre o normal e o patológico e a convicção de que os problemas psicológicos resultavam de conflitos inconscientes relativos a acontecimentos passados nos primórdios da infância. A teoria psicanalítica de Freud foi adoptada, por muitos psiquiatras, como modelo de referência essencial, oferecendo, além de tudo, o embasamento teórico para práticas há muito ansiadas para romper com as rotinas terapêuticas no interior dos manicómios. A prática da psicologia da profundidade, que exigia uma preparação especial, permitiu à classe psiquiátrica a conquista de um espaço de identidade fora das grandes instituições, isto é, a criação dos seus gabinetes de consulta e o monopólio das terapias da mente. A partir dos anos 30 (e este é um aspecto muito importante), a hegemonia e a influência da psicanálise transfere-se da Europa para os EUA, na base de uma popularidade do discurso e das práticas psi-

canalíticas, a nível mundial, que apenas conheceu algum arrefecimento durante os anos 70.

Um dos aspectos da preeminência da abordagem psicanalítica foi a ambição dos analistas em estenderem as suas teorias ao diagnóstico e tratamento da doença psicótica. E, embora se conste que Freud terá desencorajado publicamente os seus seguidores a tratar de doentes psicóticos, é certo que, segundo Shorter, em privado ele seria mais permissivo, sendo bastante frequente os membros do seu círculo mais chegado atenderem doentes com perturbações graves. Outro aspecto emblemático da acção psicanalítica é a relação médico-doente, particularmente favorecida como técnica de intervenção. Freud, ao explorar terapêuticamente esta relação, sobretudo desmistificou as estruturas asilares. Foucault sublinha que os poderes que se encontravam divididos na existência colectivizada dos manicómios, foram orientados, por Freud, na direcção do médico psicanalista. Isto é, aquilo que Pinel estruturou sob a forma organizada do internamento, Freud estruturou quase na totalidade nas mãos do médico (Foucault 1997: 502).

Um incansável investimento foi levado a cabo, no âmbito da psiquiatria, para encontrar a cura das patologias mentais graves que teimavam em não ceder facilmente aos intentos dos médicos. Estas longas e pacientes buscas conheceram um importante impulso com a descoberta, em 1917, do tratamento da neurosífilis, fundamental na etiologia de algumas psicoses. Foi um momento histórico, tanto para a história particular da psiquiatria, como para a história geral da medicina. Pouco tempo depois, a descoberta da penicilina ainda pôs finalmente cobro à doença sífilítica. Esta doença que, outrora, encheira os manicómios, deixara, enfim, de ser uma das incontáveis causas da insanidade. A continuada procura de terapêuticas alternativas prosseguiu, uma vez que a penicilina apenas resolvera as doenças psiquiátricas causadas por vírus e bactérias. Neste sentido, muitas dessas alternativas passaram pela indução de sonos profundos ou pelo uso de barbitúricos – de tal modo se acreditava que esta qualidade de sono, ao impedir uma invasão de estímulos, poderia ajudar os doentes mentais graves a sair de atitudes negativistas e, assim, por exemplo, facilitar o início de uma terapia pela relação.

Finalmente, se, até aproximadamente a década de 70, o paradigma psicanalítico, apesar das novas descobertas no âmbito das terapias físicas, dominou claramente a realidade psiquiátrica, foi igualmente a partir dos anos 70 que uma segunda era da psiquiatria biológica co-

meçou. Esta nova influência das perspectivas biológicas representava, sem dúvida, o regresso de temas que haviam sido dominantes durante a primeira psiquiatria biológica (Shorter 2001: 241). Os percussores da nova psiquiatria biológica perceberam que, se quisessem ser realmente persuasivos, quanto à origem neural e química da doença mental, teriam de desenvolver recursos científicos próprios. Estes passaram por áreas tão especializadas como os estudos genéticos da esquizofrenia e doenças maníaco-depressivas, terapias químicas e medicamentosas, a neurociência dedicada ao estudo da química e anatomia do cérebro, facilitando a compreensão das perturbações mentais mais graves, e, neste campo, a neuropatologia. Os resultados desta acumulação de pesquisa são hoje fecundos, nomeadamente, as provas da neuropatologia apontam esmagadoramente para a constatação da esquizofrenia como uma doença orgânica. A psiquiatria biológica tornou-se, assim, altamente eficiente na investigação das causas e tratamentos da doença mental, numa aliança produtiva entre geneticistas, farmacologistas, radiologistas, bioquímicos e patologistas. A convicção hoje consensual, no meio científico, médico e farmacológico é a eficácia da combinação complementar entre o uso da psicoterapia e a prescrição de medicação, entre a neuroquímica e a ‘neuroconversa’ (Shorter 2001: 323), entre diálogo orientado e terapêutica clínica.

REFERÊNCIAS

- Foucault, M.
1997 *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva (edição original francesa 1972).
- Howells, J
1975 *World History of Psychiatry*. Nova Iorque: Brunner/Mazel Publishers.
- Oliveira, S.P.S.
1999 ‘Uma Reflexão sobre a Esquizofrenia: Considerações Psicodinâmicas’. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pereira, S.R.
1993 ‘A Reabilitação dos Doentes Mentais de Evolução Prolongada’. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Reis, J.C.
1998 *O Sorriso de Hipócrates: A Integração Biopsicossocial dos Processos de Saúde e Doença*. Lisboa: Vega.
- Santos, A. C.
2001 *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Shorter, E.
2001 *Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, J.A.
1981 'Ensaio sobre um Processo Histórico da Psiquiatria'. *Análise Psicológica*, 3, 1. pp. 327-39.

Trechos da História da Loucura**Stretches of the History of Madness*****Sumário******Summary***

A obra de Michel Foucault sobre a história da loucura e do confinamento abriu não apenas um tema de pesquisa, na prática analítica contemporânea, mas propriamente um novo campo epistemológico sobre doença, poder, razão e diferença. Este artigo aborda, em perspectiva histórica, o modo como a insanidade foi sendo construída e desconstruída, na cultura ocidental, entre a antiguidade e a época contemporânea. A autora enfatiza a relação instável entre representações culturais contraditórias de estigma, mística, brutalidade e marginalização (por exemplo, a 'Nave dos Loucos') e, por outro lado, o lento desenvolvimento de perspectivas propriamente psicológicas e de profissão médica que conduziram hoje à fecunda interação entre clínica, farmacologia e psicanálise.

The work of Michel Foucault on the history of insanity and confinement opened up not only a theme of research, in the contemporary analytical practice, but properly a new epistemological field on disease, power, reason and difference. This article approaches, in historical perspective, the way as insanity was constructed and deconstructed, in the Western culture, between antiquity and the contemporary age. The author emphasizes the unstable relationship between contradictory cultural representations of stigma, mystique, brutality and marginalization (for example, the 'Ship of Fools') and, on the other hand, the gradual development, in scientific terms, of psychological perspectives and orientations of medical profession which lead today to fecund interaction between clinic, pharmacology and psychoanalysis.