

## Sobre a teoria da loucura no século XX

Isaias Pessotti

*Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – Brasil*

Neste trabalho as expressões “psicopatologia” e “teoria da loucura” são usadas como equivalentes. Antes de apontar algumas contribuições teóricas importantes da psicopatologia do século XX, pretendo caracterizar em linhas gerais o enfoque teórico da loucura no século precedente.

O século XIX foi a época de maior florescimento da teoria e da terapêutica da loucura. Ele começa com o *Traité Médico-Philosophique* de Pinel – uma verdadeira revolução teórica e terapêutica. Após a hegemonia secular de um organicismo hipotético ou até metafísico, Pinel e Esquirol apresentam uma nova concepção sobre a natureza e a causa da loucura. Quanto à natureza, ela é, essencialmente, um desarranjo duradouro do discurso e dos atos, que não se ajusta à realidade circunstante, mas corresponde a idéias erradas sobre os eventos físicos ou sociais. Assim, a causa da loucura já não deve ser buscada em alguma presumida lesão estrutural ou funcional do encéfalo, mas na experiência do real. Essa experiência é entendida em dois sentidos: como processo de elaboração de idéias, a partir da percepção sensorial, e como exposição aos impactos afetivos da vida cotidiana, às paixões. A loucura tem como causa erros no conhecimento e resulta da formação de idéias erradas sobre as relações com as coisas ou com os outros.

Com Pinel, a psiquiatria passa a ser, de um lado, a correção de hábitos, *via* correção das idéias; de outro, a reeducação afetiva, isto é, o controle (até pedagógico) das paixões. São estas as funções do “tratamento moral”, que é, com todas as letras, um método de modificação do comportamento. (Se quiserem: uma terapia cognitivo-comportamental).

Esta psicoterapia reeducadora desapropriava um território secular da medicina, visto que todos os seus recursos terapêuticos pouco ou nada serviam para reeducar idéias e hábitos e para coibir vícios

afetivos e passionais. A medicina não estava preparada para lidar com a loucura como uma doença da mente ou da pessoa. Apesar do entusiasmo inicial, o “tratamento moral”, mal visto pela psiquiatria vigente e adulterado por aplicações inadequadas, durou poucas décadas e, desde a metade do século XIX, o velho organicismo recuperou sua hegemonia no pensamento e nas práticas da psiquiatria. Qualquer alusão a fenômenos psíquicos, a funções mentais e a qualquer enfoque psicológico era visto como especulação – coisa de “médicos filósofos”.

As anomalias do discurso ou do comportamento eram apenas evidências de transtornos cerebrais. Assim, ao “tratamento moral” contrapôs-se triunfante o “tratamento físico”, destinado a provocar efeitos sobre o funcionamento do cérebro. A demorada observação do comportamento dos pacientes foi substituída pelo exame clínico. E, em vez de buscar correlações entre a história pessoal e a conduta anormal, passou-se a procurar, através da anatomia patológica, correlações entre os sintomas e as presumidas alterações no tecido cerebral.

Na verdade o que se rejeitava era o papel causal da experiência na produção da loucura. Visava-se a uma medicina “frenológica”, que lidasse com verdadeiros fatos cerebrais e não com processos mentais. Dado que a investigação direta dos processos cerebrais era praticamente impossível, o exame dos sintomas observáveis ganhou importância essencial, pois eles eram as evidências do distúrbio cerebral essencial. Para um freniatra, qualquer componente pessoal ou subjetivo na loucura só tinha sentido como produto ou sintoma da doença cerebral; e a práxis médica correta deveria seguir os mesmos cânones da neurologia. Assim, para o diagnóstico importava determinar um agente causal, uma lesão orgânica específica e uma forma clínica típica que envolvia início, decurso e desfecho característicos.

Havia um modelo encorajador para os freniatras: a paralisia geral progressiva de Bayle. Nela se identificavam claramente a causa, a lesão e a forma clínica típica. O treponema da sífilis lesava o tecido cerebral e produzia sintomas e evolução característicos. Mas, exceto para delírios de origem tóxica ou infecciosa, os cânones da neurologia não se aplicavam. Não se achava a causa ou a lesão orgânica típica para a quase totalidade das verdadeiras doenças psiquiátricas que lotavam os manicômios, tais como: demência, melancolia, mania, paranóia, obsessões e histerias, etc.

Mesmo assim, a psiquiatria positivista do período foi pródiga em propostas de causas e lesões orgânicas hipotéticas. Meynert, por exemplo, “explicava” a mania como produto de uma super-excitação das células corticais devida ao afluxo excessivo de sangue; e a depressão melancólica, por um processo oposto: as células se inibiam por falta de irrigação sanguínea suficiente, e, assim, produziam as inativações típicas da melancolia.

Para um verdadeiro espírito científico, o desafio era manter o enfoque empirista da psiquiatria sem essas especulações sobre processos fisiológicos hipotéticos ou metafísicos.

### Kraepelin

A resposta a esse desafio constitui a obra monumental de Kraepelin, que coroa a psiquiatria do século XIX e inaugura a do século XX. Para ele, uma correta nosografia psiquiátrica dependerá de uma anatomia-patológica que aponte as lesões cerebrais da loucura, embora as considere, até então, conjecturais. O seu Tratado deriva de uma decisão básica: se de nada servem as explicações subjetivistas, também não serve apontar causas e lesões hipotéticas – os dados empíricos que o médico tem diante de si são apenas os sintomas, apenas a “forma clínica” da doença, ou seja, seu início, seu decurso e seu desfecho. É apenas a evolução do quadro sintomático que pode e deve basear o diagnóstico e a terapêutica. Por isso, a anamnese não serve para explorar conteúdos subjetivos da doença ou uma história pregressa de impactos emocionais, mas somente para identificar sintomas originários, iniciais e a eventual incidência

da doença, ou dos sintomas, entre os ascendentes do paciente.

Desde o “Tratado das Degenerescências” de Morel (1857), na falta de lesões cerebrais específicas, a hereditariedade poderia ser invocada como uma causa orgânica, alternativa, capaz de legitimar o enfoque positivista. Embora indefinida, ela implicava um comprometimento ou uma lesão necessariamente sediada no organismo. Mesmo admitindo essa possível determinação orgânica, Kraepelin, curiosamente, inclui entre os sintomas, alterações de “funções psíquicas”. E nos casos que descreve, refere-se, freqüentemente, a alterações do “psiquismo”. Mas estes sintomas “psíquicos” não implicam qualquer sentimento ou estado subjetivo. São avaliações, até psicométricas, de desempenhos motores ou cognitivos. Meras medidas do comprometimento de funções cerebrais, e que seu mestre Wundt havia elaborado.

Em resumo, para Kraepelin, as diversas doenças psiquiátricas são diferentes evoluções de quadros sintomáticos. Por conseqüência, quadros tidos como variações de um distúrbio único podiam aparecer como doenças distintas. Inversamente, formas tidas como doenças diversas podiam ser meras variações sintomáticas de uma mesma doença de base, ou de uma mesma constituição predisponente, sobre base hereditária e degenerativa.

Assim, os tipos da loucura ou “psicose endógena” passaram a compor dois grandes grupos: o das psicoses “maníaco-depressivas”, que englobava as formas maniacaais, as melancólicas e alternâncias entre elas; e o segundo, chamado *dementia praecox*, que agrupava outros quadros, com decurso e desfecho comparáveis – as antigas ebefrenia, catatonia e demência paranóide.

Note-se que, nesta classificação, cada doença é, essencialmente, um conjunto de sintomas, evidências de distúrbios cerebrais. Nada mais que isso. Como escreve Civita (1996), “(...) no horizonte de Kraepelin, é completamente ausente a categoria do significado. Os sintomas nada significam, não exercem qualquer função. Eles são puro e simples defeito, disfunção” (Civita, 1996, p. 84).

Em meados do século XIX, grandes clínicos, como Griesinger e Falret, recomendavam que se considerassem, ao lado das eventuais lesões encefálicas, também as “lesões à sensibilidade moral, às inclinações e pendores” (Cotard, 1879, p. 275-276). Mas referiam-se às alterações emocionais enquanto resposta orgânica, antecipando a idéia de “ativação simpática”. Aliás, Kraepelin admitiu que a sua *dementia praecox* poderia ter uma causa metabólica. Ela resultaria de algum efeito tóxico sobre o cérebro produzido por alguma substância de origem sexual.

Esse objetivismo extremado da psiquiatria positivista, reforçado pela obra de Kraepelin, começa a ser contestado nas primeiras décadas do século XX.

Como efeito da difusão da fenomenologia de Husserl e da teoria psicanalítica, a filosofia e a psicopatologia começam a interessar-se sistematicamente pela subjetividade. A natureza humana passa a ser procurada à margem das categorias da ciência, no homem concreto, do cotidiano, existencial.

A subjetividade, antes rejeitada, adquire, no século XX, importância decisiva tanto na filosofia como nas jovens “ciências humanas”, notadamente na psicologia. O homem passa a ser visto como um “ser no mundo”, sujeito ou agente de processos afetivos; e não como um *locus* em que ocorrem doenças, ou como mero portador de distúrbios. Ele é uma pessoa dotada de autoconhecimento, valores, afetos, desejos, e que reage de forma normal ou incomum aos eventos da vida. Na verdade, o termo “subjetividade” é a designação genérica para o universo da experiência pessoal; implica processos cognitivos e afetivos, cujo estudo científico só então se iniciava. Mas já nas últimas décadas do século XIX, duas obras pioneiras abriam caminho para uma nova teoria da loucura: um texto de Cotard (1879), que introduz na psicopatologia o conceito de “eu” e o de motivação inconsciente, e o “Ensaio sobre os dados imediatos da consciência”, de Bergson, de 1889.

Depois de Kraepelin, o discurso ou a conduta delirante não mais são vistos como perda ou deterioração de funções, mas como um universo de experiências únicas e ricas de significados. Mais ainda, nas obras de

Freud, Bleuler, Minkowski e Binswanger, além de terem significado, os sintomas são dotados de função: eles servem a algum fim.

Os textos freudianos de 1920 e 1924, sobre as diferenças entre neurose e psicose, são típicos da nova psicopatologia do século XX. Nela o conceito de eu torna-se crucial: toda a patologia mental implicará dificuldades do eu para afirmar-se ante as exigências instintivas do id e as da realidade circunstante. Em 1923, Freud definiu cristalinamente sua distinção entre neurose e psicose: “A neurose seria o efeito de um conflito entre o eu e o seu id, enquanto a psicose representaria o resultado análogo de uma perturbação semelhante nas relações entre o eu e o mundo externo” (1923, p. 611). Em 1924, escreveu: “(...) em outras palavras: a neurose não renega a realidade, mas apenas não quer saber dela; a psicose, porém, renega a realidade e tenta substituí-la” (1924, p. 41). Num primeiro momento, o eu retira-se de uma realidade incompatível com as exigências instintivas do id e, portanto, intolerável; num segundo momento, tenta construir uma realidade substitutiva, mais conforme as pressões do id.

Portanto, o delírio, além de conter significados, exerce uma função defensiva, compensatória. Sua função é a de compensar as tensões resultantes de conflitos anteriores numa solução fantasiosa, através de uma realidade substituta. É a compensação dos complexos.

## Bleuler

Eugen Bleuler, sob as influências, contraditórias de Kraepelin e de Freud, constrói uma psicopatologia *sui generis* ao instituir o conceito de esquizofrenia. Já no texto de 1911, “*Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias*”, Bleuler reconhece quanto a sua caracterização da esquizofrenia deriva da doutrina de Kraepelin, e o quanto dela resulta também da teoria freudiana:

“O conceito de *dementia praecox* é inteiramente kraepeliniano. Também o agrupamento e a distinção dos sintomas singulares são quase unicamente obra de Kraepelin (...) Afirmando, uma vez por todas. Grande parte deste ensaio, a ampliação dos

limites da patologia, nada mais é do que a aplicação das idéias de Freud à *dementia praecox (...)*” (Bleuler, 1967, p. 25).

Essa veneração justa por seu mestre Kraepelin, talvez tenha induzido Bleuler a esquecer a contribuição anterior (e pioneira) de Morel à formulação do conceito de *dementia praecox*. Mas, ao associar repetidamente a *dementia praecox* ao nome de Kraepelin, Bleuler marca a diferença entre o quadro descrito pelo mestre e o conceito, todo seu, de *esquizofrenia*; no qual a palavra “demência” desaparece. A troca não é só de nome. O neologismo *esquizofrenia* marca uma mudança substancial no enfoque da doença. Implica a constatação clínica de que a demência, entendida como deterioração e perda de funções mentais, não é um desfecho inevitável da doença e nem é um aspecto essencial do quadro sintomático. E embora para Kraepelin as eventuais remissões do quadro significassem, ao invés de verdadeiras curas, apenas erros de diagnóstico, Bleuler admite que a cura não é impossível.

A mudança implica também, por conseqüência, uma ampla reinterpretação da nosografia de Kraepelin sobre a *dementia*, voltada para caracterizar a marcha inarrestável para a deterioração terminal das funções psíquicas. O variegado quadro nosográfico agora é entendido como expressão de um processo novo: o da compensação (afetiva) dos “complexos”, que a teoria freudiana apontava. Assim, por exemplo, a perda de afetividade, que para Kraepelin era apenas um sinal genérico de desarranjo cerebral, para Bleuler é um processo seletivo que obedece à dinâmica dos complexos – pois os vínculos abandonados são os que implicam alguma carga emocional penosa (consciente ou inconsciente). Toda a nosografia de Kraepelin é reorganizada por Bleuler com a distinção entre sintomas fundamentais, que tipificam a esquizofrenia, e secundários, que caracterizam as anomalias e os conteúdos do delírio esquizofrênico nos casos singulares.

O primeiro sintoma fundamental é formulado por Bleuler quando ele propõe o termo *esquizofrenia*: “Chamo *esquizofrenia* à *dementia praecox* porque, como espero demonstrar, uma de suas características mais importantes é a cisão entre as diversas

funções psíquicas” (Bleuler, 1911, p.31). Essa cisão (*Spaltung*), basicamente a perda dos nexos associativos entre os elementos do pensamento, pode afetar conexões lógicas, como as relativas à inclusão ou à exclusão entre conceitos ou classes; conexões semânticas, entre termos e significados, por exemplo; conexões sintáticas, na forma verbal dos conceitos; e, ainda, conexões dinâmicas, como as que expressam relações entre causa e efeito, antecedente e conseqüência, premissas e conclusões, etc.

Dessas cisões deriva, obviamente, uma confusão contínua no fluxo das idéias: o curso do pensamento é continuamente perturbado por idéias supervenientes, torna-se totalmente ilógico e sem um fio condutor coerente com algum objetivo.

O discurso resultante, sem lógica e incompreensível, implicaria algum dano grave no funcionamento cerebral e um irrecusável diagnóstico de demência. Uma demência que Bleuler hesita em reconhecer, pois sua vasta experiência clínica mostrava que o esquizofrênico mantinha inalteradas várias funções mentais.

Porém, uma vez perdido o relacionamento lógico com o mundo e com os outros, e diante de uma realidade que já não consegue compreender, a tendência do doente a isolar-se num mundo sem conflitos é uma conseqüência inevitável. E isto é o que configura o segundo sintoma fundamental da doença, o *autismo*.

Bleuler explica este processo: “O autismo é a direta conseqüência da cisão esquizofrênica do pensamento. O sujeito sadio, ao executar as operações lógicas, tende a consultar o material disponível, independentemente das valências afetivas. Mas, o relaxamento esquizofrênico da lógica leva à exclusão de todas as associações que se contrapõem a algum complexo, de fundo emotivo. Assim pode ser satisfeita sem problemas a necessidade, que nunca falta, de substituir com a fantasia uma realidade insuficiente. Os produtos da fantasia podem contradizer a realidade mas no cérebro do doente não entram em conflito, e até se conciliam com suas necessidades afetivas” (Bleuler, 1985, p. 226-227).

“Os esquizofrênicos graves já não têm qualquer relação com o mundo externo, vivem num mundo *a se*; ali vivem com seus desejos que consideram satisfeitos ou com o

sofrimento da própria perseguição. Limitam, ao máximo os contactos com o mundo. Chamamos autismo ao destaque da realidade e à predominância da vida interior. Em casos menos graves (...) os doentes ainda se movem no mundo externo mas nem a realidade, como se apresenta, nem a lógica tem o poder de modificar o delírio deles. Tudo o que se contrapõe aos seus complexos não existe, nem para o pensamento nem para o sentimento (...)" (Bleuler, 1985, p.75-78).

Este último trecho aponta duas conotações importantes do delírio do paciente: ele menciona o que Minkowski chamará a "convicção delirante", a rejeição de qualquer idéia ou argumento que abale ou conteste a "realidade" fictícia em que se isolou; e implica, ademais, toda uma vida interior substituta e suficiente para dar conta dos seus complexos. Bleuler prossegue: "(...) O conteúdo do pensamento autístico é constituído de desejos e temores(...) Mesmo sem verdadeiras idéias delirantes o autismo está presente na incapacidade dos doentes para adaptar-se à realidade, e na inadequação de suas reações às influências externas (...)" (Bleuler, 1985, p. 75-78).

Dos dois sintomas primários, a *Spaltung* e o autismo, derivam alterações diversas no quadro clínico: são os sintomas secundários ou acessórios. Em última análise, são modos de falsear a realidade circunstante para harmonizá-la com as necessidades afetivas ou instintivas do doente. Tais são, por exemplo, as alucinações e os vários tipos de delírio.

Portanto, segundo Bleuler, as alucinações, fantasias e idéias delirantes são recursos de compensação afetiva e não meras operações cerebrais defeituosas, como pensava Kraepelin: elas têm significado e expressam alguma carência ou desejo contrastado.

Com essa postura teórica, de matiz freudiano, Bleuler inova substancialmente a psiquiatria: depois dele, além do levantamento nosográfico, à maneira de Kraepelin, cabe ao clínico decifrar o significado (afetivo) dos sintomas levantados e, mais ainda, interpretar e explorar terapêuticamente a função compensatória deles. A questão da interpretação dos sintomas (primários e secundários) e da função que eles exercem serão analisadas, em profundidade, na

pesquisa de E. Minkowski, discípulo reverente de Bleuler .

Além de Kraepelin e Freud, também Kretschmer, com sua tipologia (1921) influenciou a psicopatologia de Bleuler. Os tipos principais de Kretschmer, esquizóide e ciclóide, foram redefinidos por Bleuler, que substituiu *ciclóide* por *síntone* e *cicloidia* por *sintonia*. A vantagem da mudança está em que *sintonia* denota apenas a permanente suscetibilidade afetiva às alterações do meio, independentemente de alguma alternância cíclica de estados de excitação ou depressão. Bleuler entende a esquizoidia e a sintonia não como predeterminações orgânicas de modos de reagir aos eventos, mas como dois tipos de "constituição".

Por "constituição" Bleuler entende o processo de interação progressiva entre experiências pessoais e disposições orgânicas herdadas, que são de dois tipos: as evolutivas, que asseguram modos e ritmos do processo de maturação orgânica, e as reativas, que determinam as interações entre o corpo e as influências ambientais.

O termo "predisposição" não implica qualquer predestinação de cada um a certos modos de perceber ou atuar; o que importa nele é a idéia de "disposição prévia", concebida como mera possibilidade de certas funções, normais ou aberrantes. O conceito exclui qualquer fatalismo, qualquer idéia de comportamentos pré-moldados e não admite uma genética dos desempenhos do organismo. O que há é um organismo dotado de estruturas (órgãos ou tecidos) herdadas e que determinam possibilidades e limites para a relação dele com o meio. Mas estas relações resultarão de processos evolutivos da própria estrutura orgânica (crescimento e maturação) e dos limiares de resposta orgânica às variações ambientais.

Portanto, "predisposições hereditárias" são possibilidades e limiares de resposta ao meio, estabelecidas progressivamente ao longo da maturação orgânica. Enquanto predisposições têm apenas uma significação lógica: não implicam e nem explicam quaisquer reações ao meio ou comportamentos. São apenas condições para que eles possam ocorrer. Os fatores determinantes são dois: o desenvolvimento somático (dos sistemas endócrino, nervoso, metabólico, motor, etc.) que fundamentará os processos da economia animal, criadores

de necessidades e carências, chamadas, às vezes, instintos; e, de outro lado, a experiência produzida por alterações no ambiente externo (físico ou social) ou no próprio funcionamento corporal.

A cada momento de ativação alcançado por essa estrutura (predisposições) correspondem outras possibilidades novas de desenvolvimento somático e de experiência do ambiente. E este novo nível de experiências (antes impossibilitadas pelas limitações do desenvolvimento somático precedente) determina novas alterações no funcionamento somático.

Por exemplo, um dado grau de desenvolvimento hormonal torna possível a ativação de certas disposições orgânicas (evolutivas ou reativas) e, deste modo, a influência de certas experiências. O desenvolvimento do instinto sexual (hormonal) propicia certas experiências corporais e sociais. Os efeitos destas experiências sobre as reações corporais ulteriores são alterações somáticas ou ambientais. Assim, cada estágio do desenvolvimento é pré-requisito para a aquisição de novas disposições orgânicas e de novas experiências – tal como as sucessivas equilíbrios da epistemologia genética de J. Piaget (1972) são pré-condições para estágios cada vez mais complexos do desenvolvimento intelectual. A teoria da personalidade, de Bleuler, aponta para uma “psicopatologia genética”: não por alusão a qualquer gene, mas entendida como um processo de gênese. Ele escreveu: “É claro que os eventos sucessivos da vida determinam um grau ulterior de evolução e um novo desenvolvimento da personalidade, mas isso ocorre sempre e apenas sobre a base do grau de desenvolvimento previamente atingido, sobre o qual ficou impressa a experiência anterior. O modo com que vivemos alguma coisa e o modo com que alguma coisa age sobre nós traz já a marca de tudo o que temos vivido anteriormente” (Bleuler, 1967, p.12).

Então, as constituições, esquizoidia ou sintonia, de cada pessoa vão-se formando ao longo de estágios sucessivos do desenvolvimento pessoal. A transformação delas em esquizofrenia ou em psicose maníaco-depressiva, portanto, não resultaria apenas de algum “fiat” ou de algum “big-

bang” (que seria, por exemplo, o surgimento de uma hipotética lesão cerebral). Tal lesão só seria eficaz quando agisse sobre uma constituição (esquizóide ou sintonia) já estabelecida. Pois: “(...) a nossa atitude em relação aos outros depende, em grande medida, da experiência anteriormente adquirida: se alguém é tímido ou inibido (...) se é hostil ou benévolo em relação aos outros (...) se alguém se fecha ou se abre, depende muito da experiência da vida em comum (...)” (Bleuler, 1967, p. 9).

Deve-se notar que as disposições orgânicas (reativas e evolutivas) não são as “constituições”. É a interação progressiva delas com as sucessivas experiências que determina uma constituição mais esquizóide ou mais sintonia.

Quanto ao processo causal das “doenças esquizofrênicas”, na edição póstuma do Tratado de Bleuler, de 1967, cuidada por Manfred Bleuler, consta: “Trata-se de psicoses cuja gênese ainda não está esclarecida (...) Nem foram identificados fundamentos somáticos quando o interesse premente da pesquisa mudou-se da patologia cerebral para o metabolismo. Tanto menos se conseguiu reduzir a doença em maneira (...) convincente, como se pôde fazer com as neuroses, a uma evolução explicável em termos de psicologia” (Bleuler, 1967, p. 436).

## Jaspers

No século passado, a crescente valorização dos fatores afetivos ou instintivos na explicação da loucura, embora motivasse inovações psicoterápicas, implicava uma questão intrigante: como é possível um conhecimento válido de processos que são subjetivos e portanto, inobserváveis?

Karl Jaspers, desde 1913, discutia a fundo esta questão epistemológica na sua “Psicopatologia Geral” – uma autêntica “crítica da razão psiquiátrica”, reeditada e ampliada até 1959. Segundo Jaspers, em psicopatologia, os objetos possíveis de conhecimento são dois: os fenômenos psíquicos (singulares) e as relações deles com outros eventos. Os primeiros implicam uma psicopatologia estática, que pode ser subjetiva ou objetiva. O método para a primeira deve necessariamente ser o da

fenomenologia de Husserl. É preciso descartar qualquer teoria ou qualquer conceito precedente para colher o vivido pelo outro, tal como se apresenta intuitivamente, numa compreensão por identificação com ele. De outro lado, uma psicopatologia objetiva estuda os aspectos externos dos estados psíquicos, como a postura, o discurso, a mímica facial, por exemplo; e seu método não visa a uma compreensão, mas a uma explicação – tal explicação, segundo Minkowski, limita-se ao nível organo-psíquico da loucura.

De outro lado, uma psicopatologia dinâmica ocupa-se das relações dos fenômenos psíquicos com outros eventos: são as relações psíquicas. Destas, algumas são as “compreensíveis”, que podem ser intuídas, mas não explicadas. Por exemplo, como a espera produz ansiedade, como uma perda ou fracasso gera depressão, etc. Mas as relações causais, que tanto interessam ao cientista e ao clínico, exigem uma psicopatologia explicativa que relacione o surgimento de um fenômeno psíquico a alguma causa externa ao mundo psíquico, subjetivo. Por exemplo, as relações que ligam a ingestão de álcool ao *delirium tremens*, aos distúrbios hormonais, à irritabilidade, à fadiga, aos prejuízos no desempenho de tarefas, etc.

Mas, note-se que as relações causais que a psicopatologia explicativa aponta são entre algum efeito psíquico e um evento causal extrapsíquico. Pois a relação entre dois eventos psíquicos é apenas compreensível, não pode ser explicada.

Fica claro que só uma psicopatologia explicativa pode fundar uma teoria da loucura capaz de elaborar princípios explicativos e leis gerais. Já o conhecimento compreensivo limita-se a cada caso individualmente, e dependerá, essencialmente, de alguma capacidade de identificação afetiva e intuitiva com o vivido pelo paciente. Uma capacidade que será tanto maior quanto mais o terapeuta houver passado por experiências comuns com as do paciente.

Dessas considerações, Jaspers chega a uma conclusão radical: pode-se tentar uma explicação do comportamento do louco, mas a sua loucura ou o seu mundo delirante é inacessível à compreensão. Pois o que ele vivencia nada tem em comum com a história

de experiências de qualquer outra pessoa. Sim, o delírio esquizofrênico, por exemplo, tem significados, mas tais significados são inacessíveis tanto à compreensão, quanto à explicação.

É uma postura frontalmente oposta à pretensão da psicanálise de desvendar os significados inconscientes da loucura. Jaspers escreveu: “(...) caminha-se num mundo de hipóteses. Não são demonstráveis, e nem prováveis, simplesmente imaginadas (...) A psicanálise ficou cega para essas limitações. Ela pretendia compreender tudo” (1982, p. 390-393). Embora essa observação se refira ao delírio esquizofrênico, o que Jaspers está afirmando é a impossibilidade de qualquer conhecimento do inconsciente. Aliás, como pensaria Skinner, os eventos subjetivos, internos são internos para sempre.

A tese de Jaspers expunha um problema metodológico e clínico: como entender e como lidar clinicamente com processos subjetivos? Se eles não podem ser compreendidos e nem explicados, como intervir clinicamente sobre eles? Uma resposta construtiva a tais questões exigiria reflexões sobre os modos possíveis de conhecer e de relacionar-se com o outro – neste caso, o paciente.

Tais reflexões estão na base da psicopatologia de Minkowski e de Binswanger, dois discípulos de Bleuler, clínicos e filósofos, ambos muito influenciados pela fenomenologia de Husserl. Além disso, a psicopatologia de Binswanger inspira-se na filosofia existencialista de Heidegger; e a de Minkowski, é marcada nitidamente pela de Bergson.

## Minkowski

Em *La schizophrénie*, de 1927, e em *Le temps vécu*, de 1968, Minkowski pretende entender como se estrutura a relação entre o eu e o mundo na vida do esquizofrênico, mais do que os conteúdos afetivos da esquizofrenia. A própria dinâmica dos complexos que, segundo Bleuler, tinha uma importância determinante, até causal na esquizofrenia, para Minkowski ela é, também, como os demais sintomas: uma manifestação de algum processo mais primitivo, no plano existencial. Este

processo é o da perda do contacto vital, instintivo, com a realidade. É o desligamento afetivo do fluxo temporal da vida, uma “anestesia afetiva”. As constituições esquizoidia e sintonia que, para Bleuler, eram produtos da interação entre organismo e experiência no plano psico-biológico ou “organo-psíquico”, são, agora entendidas, como duas condições ontológicas mais primitivas, dois *princípios vitais*, dois modos do ser no mundo. A construção da personalidade será o desenvolvimento dessa relação existencial eu-mundo, preexistente a qualquer racionalidade.

Esta idéia levará a uma visão nova da loucura: enquanto modo de estar no mundo, ela não é um modo errado, doentio, mas apenas um modo diverso de relação entre o homem e o mundo. Minkowski constrói sua teoria como uma “psicologia do pathos”, muito mais que uma “patologia do psíquico”. O enfoque clínico ou teórico da esquizofrenia, segundo Minkowski, deve separar o processo esquizofrênico como tal das alterações nos desempenhos mentais, e abrir mão do “espírito de precisão” que, na busca de uma ciência exata, ignora, como afirmou Bergson, “que toda uma parte da nossa vida e não a menos, importante, escapa inteiramente ao pensamento discursivo (...). Assim, os dados imediatos da consciência são os mais essenciais. Eles são irracionais, mas nem por isso deixam de fazer parte da nossa vida. Não há qualquer necessidade de sacrificá-los ao espírito de precisão (...). É aqui que surge a noção do contacto vital com a realidade” (Minkowski, 1927, p. 81-82).

Cada homem, portanto, enquanto ser no mundo, apresenta, como constituição de base, uma certa proporção de cada um dos dois *princípios vitais* (esquizoidia e sintonia), que são, na verdade, graus de contacto vital com a realidade ambiente. Um contacto que, se perdido, levaria à esquizofrenia e, se exagerado, conduziria à psicose maníaco-depressiva. “Ocorre que, durante a vida, o síntone suaviza o que há de excessivamente anguloso e cortante na esquizoidia, enquanto a esquizoidia é chamada a aprofundar o que é por demais superficial e difuso na sintonia. O conflito do síntone é a busca do eu que parece fugir-lhe a cada instante: ele vive demais nas

coisas do ambiente. O conflito do esquizóide é a busca de caminhos para o acesso à realidade, para a qual ele nem sempre consegue abrir passagem” (Minkowski, 1927, p.37).

São duas buscas conflitivas, pois a meta de cada uma não pode ser definitiva e excluyente: a posse do próprio eu não pode levar à perda da realidade; e o contacto vital com ela não pode implicar a perda do próprio eu. Bleuler já notara que enquanto o maníaco, com loucura maníaco-depressiva, absorve com avidez o mundo exterior e se ocupa dele continuamente, o maníaco esquizofrênico se desinteressa por ele.

Admitir que a perda do contacto vital com a realidade é o distúrbio essencial na loucura impõe, em qualquer tentativa válida de diagnóstico, a importância da pessoa, entendida como um sujeito (um ser no devir da vida). E com isso se reduz consideravelmente a importância de uma nosografia sintomática meramente descritiva, à maneira de Kraepelin.

Os sintomas da loucura apenas exprimem um modo peculiar de estar no mundo. Na esquizofrenia o que é peculiar é a busca de retomar um *contacto vital* com a realidade. Alguma forma de *contacto* existe, tanto que a realidade não é rejeitada como hostil ou penosa, mas tal *contacto* não é *vital*. Pois o ambiente real não é vivenciado com suas nuances, valores afetivos e hierarquias de importância. Falta ao mundo do esquizofrênico o calor afetivo, a projeção de si mesmo para o futuro, a sensação do próprio devir, de estar embarcado no devir do mundo, etc. Obviamente o conceito de vida aqui aludido implica movimento, mudança, progressão, identificação com o tempo que flui sempre para um futuro – no qual está sempre cada objetivo a dar sentido e destinação ao comportamento. Na falta desta vivência do tempo projetada para o futuro, o devir das coisas perde sentido, perde sua carga afetiva. O eu se desliga da vida, do fluxo vital. E então, como a razão não opera no vazio, na falta da realidade ambiente, surge um mundo imaginário, pobre, repetitivo e estereotipado. Através dele a vida psíquica sobrevive, degradada e empobrecida. Sua função precípua é compensar o vazio deixado pela *ausência de contacto vital com a realidade*, pois é ela que, no fundo, determina o comportamento

do indivíduo frente ao ambiente e condiciona, em seguida, os sintomas clínicos de ordem esquizofrênica (...) no curso do seu desenvolvimento psicótico.

Até a cisão entre os elementos do pensamento *Spaltung*, que Bleuler admitia como mera deterioração do desempenho cognitivo ou verbal, é substituída pela idéia de “anestesia afetiva”; pois, os nexos que se perdem não são necessariamente os da lógica ou os da sintaxe, mas os nexos instintivos que, na pessoa normal, asseguram o sentimento de estar imerso no fluxo temporal da vida.

Minkowski adota uma idéia fecunda de Bergson: a de que dentre as duas forças constitutivas da vida humana, inteligência e instinto, a primeira só domina o que é dado, estático, inerte ou, de certo modo, morto; enquanto a vida real é, por definição, fluxo, devir, transformação. E, portanto, o que nos liga à vida não é a inteligência, mas o instinto, pois só ele tem “a faculdade de assimilar tudo o que é movimento e duração”. Perdido este contacto instintivo com a realidade, o pensamento fica esvaziado dos conteúdos afetivos dela, tais como: projetos, valorações, preferências e as hierarquias de importância atribuída às coisas ou às idéias. É então que, livre das balizas afetivas, a inteligência tenderá a construir o pensamento com idéias e critérios “cujo domínio próprio, na vida normal, é unicamente o da lógica e das matemáticas” (Minkowski, 1927, p.104). Disto decorrem o “geometrismo mórbido” do pensamento esquizofrênico, o apego excludente aos aspectos racionais da realidade (*o racionalismo mórbido*) e a conseqüente incapacidade de lidar com os fatores irracionais – que são essenciais em situações decisivas. A loucura implica “a perda da noção dos limites e da medida, que nenhuma operação intelectual poderia precisar” (Minkowski, 1927, p. 107).

“Os fatores afetivos, e mais que eles, a duração vivida parecem ter desaparecido totalmente da existência. E assim, ele (o doente) se acha constantemente em contradição com a vida” (Minkowski, 1927, p. 116). Aqui não se trata da rejeição de uma realidade que a *Spaltung* tornou incompreensível, mas de uma deformação racionalizante da realidade (dada a incapacidade de assimilar os aspectos

afetivos dela, principalmente os temporais). Essa incapacidade para viver o tempo manifesta-se, por exemplo, nas estereotípias, que Minkowski enxerga não como meras repetições de atos ou frases, mas como sucessivos reinícios de um pensamento ou um ato que não consegue perdurar ou completar-se. Ou projetar-se para o futuro.

Minkowski entende que todas as aberrações do discurso ou dos atos do esquizofrênico são, na verdade, tentativas ineficazes de retomar o contacto vital com a realidade. Tais são as “atitudes esquizofrênicas” como o negativismo, o “geometrismo mórbido” e o “agonismo mórbido”. Ou ainda, a “atitude interrogativa”, na qual o doente faz incessantes perguntas (embora não lhe interessem as respostas, já que não consegue prolongar um pensamento ou um diálogo). Cada pergunta é apenas uma tentativa, abortada, de recuperar o sentimento de estar ligado à vida real.

Incapaz de unir o passado ao presente, o paciente se encasula no passado e vive nele como se este tivesse todo o valor do presente. Assim se explicaria a preservação da memória e até a hipermnésia dos esquizofrênicos: perdido onexo vital com a realidade presente, a fixação no passado seria o modo de ainda se situar no mundo. Como nos casos de “arrepentimento mórbido”, em que o discurso do paciente retorna repetidamente a algum episódio progressivo em que errou ou fracassou.

O delírio, segundo Freud e Bleuler, tinha a função de compensação afetiva dos complexos; para Minkowski, ele e os demais sintomas exercem outra função: a de compensar a perda da ligação instintiva com a vida, ou com os outros. Trata-se agora de uma compensação existencial, ôntica, no nível primordial, do “ser no mundo”; e não no nível da economia afetiva ou organopsíquica, como pensariam Freud e Bleuler.

No conteúdo do discurso ou do pensamento esquizofrênico, os aspectos valorativos ou afetivos, não racionais, da realidade já não são vividos. É uma racionalidade alheia às hierarquias de importância, ou de abrangência de eventos, ou de conceitos; alheia também aos valores e conteúdos afetivos do cotidiano normal.

Desse modo, depois de séculos, o delírio, essência da loucura, já não é a perda

ou o extravio da razão: ele é a hegemonia da razão, liberta das conotações afetivas ou instintivas das idéias ou eventos – uma razão pura.

Para explicar a causa da loucura (esquizofrênica ou maníaco-depressiva), Minkowski reformula a noção bleuleriana de “constituição”. Cada homem, ao nascer, enquanto um “ser no mundo”, começa a delimitar uma fronteira entre o que identifica como seu corpo, ou seu eu, e o que lhe é estranho. Este processo pode tender a fortalecer essa fronteira ou reforçar uma permeabilidade maior ao que acontece no mundo. Resultarão, então, dois modos de ser no mundo (ou duas constituições): uma, *esquizóide*, na qual o eu tende a segregar-se mais nitidamente; outra, *síntone*, na qual a permeabilidade do eu aos eventos do mundo externo é maior. A oscilação entre a afirmação do próprio eu e a suscetibilidade aos eventos externos é a sanidade. A excessiva segregação do próprio eu, enclausurado num mundo solipsístico, é a esquizofrenia. De outro lado, perder a própria identidade e passar a “ser” o que acontece, é a forma básica da loucura maníaco-depressiva. Portanto, os sintomas, o delírio e as “atitudes esquizofrênicas” são tentativas pobres ou vãs de reatar a ligação instintiva com a vida, num caso, ou de restabelecer as fronteiras do próprio eu num mundo por demais invasivo, no outro caso.

### Conclusão

A “análise estrutural” de Minkowski completa-se com seu Tratado de 1966. Junto à “análise existencial” de Binswanger, ela constituiu o que se chamou “psicopatologia fenomenológica”. Dela descende a tendência chamada “anti-psiquiatria”, representada por Laing, Basaglia e outros, que foi ou é, basicamente, um esforço de tradução dos princípios da psicopatologia fenomenológica em práxis terapêutica e assistencial. E, portanto, suas implicações teóricas são bastante escassas.

Na segunda metade do século XX, a difusão do tratamento farmacológico, desde os anos 50, e sua eficácia sobre os sintomas, promovida a eficácia curativa, propiciaram uma certa desvalorização dos exaustivos exames diagnósticos e, mais ainda, da teoria que deveria embasá-los. A catalogação dos

sintomas para o diagnóstico ganhou mais importância do que a indagação sobre os conteúdos subjetivos da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva. Como resultado temos o casamento, por enquanto eufórico, entre uma florescente psiquiatria farmacológica, impropriamente designada como “biológica” (a nova versão do velho organicismo) e o manual diagnóstico, chamado DSM. Como os autores do DSM proclamam o caráter ateu dele, não cabe aqui discutí-lo.

Por tudo isso, a segunda metade do século XX é muito pobre de contribuições teóricas, exceto algumas derivações dos enfoques da primeira metade, devidos a Freud, Bleuler e discípulos desse, como Jung, Minkowski e Binswanger.

Desvalorizadas a subjetividade do paciente e a indagação psiquiátrica sobre a vida afetiva dele, graças à presumida produtividade creditada à psiquiatria dita biológica e ao DSM (uma sigla que até pode ser lida como “Dispense Seu Médico”), o louco-sujeito, e a loucura como modo do “ser no mundo”, são hoje assuntos da reflexão filosófica.

Estamos vivendo um novo tempo de hegemonia do organicismo, após uma fase de interesse em processos subjetivos? Uma nova revanche de Hipócrates, após uma fugaz soberania de Platão? Na verdade a questão secular é: quanto o comportamento humano é produto das estruturas orgânicas e quanto resulta das experiências singulares de cada homem? Ou, noutros termos, quanto é a história pessoal que determina o comportamento normal ou patológico de cada homem, a despeito das estruturas orgânicas que herdou? Ou, ainda, quanto a própria fisiologia cerebral pode alterar-se como efeito da experiência?

### Referências

- Bergson, H. (1889). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Paris: P.U.F.
- Bleuler, E. (1967). *Trattato di Psichiatria*, Milano: Feltrinelli.
- Bleuler, E. (1985). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie* (Trad. do original, 1911). Roma: Nuova Itália Scientifica.

Civita, A. (1996). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*. Milano: Guerini.

Cotard, J. (1879). Folie. In *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, (III). Paris: Masson.

Falret, J. (1864). *Des Maladies Mentales et des asiles des aliénés*. Paris: Beillièrè.

Freud, S. (1981/84) *Opere di Sigmund Freud* (OSF). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1981/84). Neurosi e psicosi. In *Opere di Sigmund Freud* (Vol. IX). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1981/84) La perdita della realtà nella neurosi e nellapsicosi. In *Opere di Sigmund Freud* (Vol. X). Torino: Boringhieri.

Jaspers, K. (1970). *Psicopatologia General*. Buenos Aires: Editorial Beta.

Minkowski, E. (1927). *La schyzophrénie*. Paris: Payot.

Minkowski, E. (1966). *Traité de Psychophologie*. Paris: P.U.F.

Minkowski, E. (1973). *El tiempo vivido* (A. S. Saez, Trad.). México: Fondo de Cultura Económica.

#### **Autores mencionados, sem citações:**

Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris: Navay.

Pinel, Ph. (1809). *Traité Medico-Philosophique sur l'aliénation mentales* (2a. ed.). Paris: J. A. Brosson.

Kraepelin, E. (1889). *Dementia Praecox*. Pisa: ETS Sigma Tau.

Piaget, J. (1972). *A epistemologia genética*. Petrópolis: Vozes.

*Enviado em Novembro/2007  
Aceite em Novembro/2007  
Publicado em Março/2009*