

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA E**  
**METODOLOGIA DAS CIÊNCIAS**

**METAPSICOPATOLOGIA DA PSIQUIATRIA:**  
**Uma Reflexão sobre o Dualismo Epistemológico da**  
**Psiquiatria Clínica entre a Organogênese e a**  
**Psicogênese dos Transtornos Mentais**

**José Roberto Barcos Martinez**

**São Carlos**

**2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA E**  
**METODOLOGIA DAS CIÊNCIAS**

**METAPSICOPATOLOGIA DA PSIQUIATRIA:**  
**Uma Reflexão sobre o Dualismo Epistemológico da**  
**Psiquiatria Clínica entre a Organogênese e a**  
**Psicogênese dos Transtornos Mentais**

**José Roberto Barcos Martinez**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Filosofia e Metodologia das Ciências, do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Filosofia.

**Orientador: Dr. Richard Theisen Simanke**

**São Carlos**

**2006**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

M375mp

Martinez, José Roberto Barcos.

Metapsicopatologia da psiquiatria: uma reflexão sobre o dualismo epistemológico da psiquiatria clínica entre a organogênese e a psicogênese dos transtornos mentais / José Roberto Barcos Martinez. -- São Carlos : UFSCar, 2006.

445 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2006.

1. Epistemologia. 2. Psicopatologia. 3. Psiquiatria. 4. Psicanálise. 5. Metapsicopatologia. 6. Fenomenologia. I. Título.

CDD: 121 (20<sup>a</sup>)

**COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**

Dr. Richard Theisen Simanke  
UFSCar

*Richard Theisen Simanke*

Dr. Cláudio Eduardo Müller Banzato  
UNICAMP

*Cláudio Müller Banzato*

Dra. Débora Cristina Morato Pinto  
UFSCar

*Débora Cristina Morato Pinto*

Dra. Maria Cândida Soares Del Masso  
UNESP-Marília

*Maria Cândida Soares Del Masso*

Dr. Walter José Martins Migliorini  
UNESP-Araraquara

*Walter José Martins Migliorini*

*Dedico este trabalho a Natália e Tamara*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos colegas da equipe técnica e à diretoria do Hospital Espírita de Marília.

Aos meus mestres da Unesp de Marília e da Ufscar.

Ao meu orientador Richard Theisen Simanke.

Aos amigos de todas as horas.

“O preço pago por desprezar a Filosofia consiste em cometer erros filosóficos.”

John Roger Searle  
(*The Mystery of Consciousness*, 1997)

“Ter representações e todavia não ser delas consciente. Como, com efeito, poderíamos saber que as temos se não somos conscientes delas? ... Entretanto, podemos ser imediatamente conscientes de ter uma representação mesmo quando não somos imediatamente conscientes dela.”

Immanuel Kant  
(*Antropologia do ponto de vista pragmático*, 1798)

## RESUMO

A presente tese de doutorado pretende analisar os principais conceitos de doença mental e a problemática relação entre o organicismo e o psicodinamismo ao longo da história das idéias psicopatológicas que vieram constituir a psiquiatria clínica científica, a partir de Philippe Pinel, no início do século XIX, até o caos da pretensa ateoricidade descritiva da nosografia oficial do final do século XX e início do século XXI (C.I.D.-10). O conflito epistemológico entre as doutrinas psicogênicas e organogênicas resultou em várias tentativas frustradas de solução. Dentre as mais promissoras propostas do século XX, destacam-se as da psicopatologia hermenêutico-sintética de Carl Gustav Jung (1875-1961) e da psicopatologia fenomeno-estrutural de Eugène Minkowski (1885-1972). Os conceitos fundamentais desses autores guardam uma semelhança essencial, apesar de pertencerem a escolas de pensamento diferentes; todavia, suas teorizações caminham paralelamente no sentido de uma formulação psicopatológica “psicorganodinâmica” muito parecida em seus princípios mais essenciais. A solução antimecanicista, anti-atomicista e anti-reducionista, de ambos, lembram à psiquiatria biológica atual que a tão desejada e necessária teoria psiquiátrica consensual não prescindirá de uma “Metapsicopatologia” da psiquiatria que considere a complexidade biopsicossocial irreduzível do ser humano normal ou patológico. E, tampouco a psiquiatria chegará a uma formulação nosográfica satisfatória enquanto não desvendar os mistérios da etiologia complexa dos transtornos mentais.

**Palavras-chave:** 1. Psiquiatria 2. Metapsicopatologia 3. Psicopatologia 4. Etiologia 5. Etiopatogenia 6. Psicodinamismo 7. Organodinamismo 8. Psicorganodinamismo 9. Psicogênese 10. Organogênese 11. Psicorganogênese 12. Ontogênese 13. Epistemologia da Psiquiatria 14. Método construtivo-sintético 15. Nosografia 16. Hereditariedade 17. Método fenomeno-estrutural 18. Nosologia.



## ABSTRACT

This doctoral thesis intends to analyze the main concepts of mental disease and the problematic relation between the organicism and the psychodynamism throughout the history of the psychopathologic ideas that came to constitute the scientific clinical psychiatry, from Philippe Pinel, in the beginning of XIX century, until the chaos of the no theoretical pretense descriptive of the official nosography of the end of XX century and beginning of XXI century (I.C.D.-10). The epistemologic conflict between the psychogenic and organogenic doctrines had resulted in many frustrated attempts of solution. The hermeneutic-synthetic psychopathology of Carl Gustav the Jung (1875-1961) and the phenomeno-structural psychopathology of Eugène Minkowski (1885-1972) stand out among the most promising proposals of XX century. The basic concepts of these authors keep an essential similarity, besides belonging to schools have different thoughts. However, their theorization go in parallel thinking about a psychopathologic formularization “psychorganodynamic” that is similar in its most essential principles. The antimechanist solution, anti-atomicist and anti-reductionist, of both, remind the current biological psychiatry that the desired and necessary consensual psychiatric theory will not do without a “Metapsychopatology” of the psychiatry that consider the irreducible biopsychosocial complexity of the normal or pathological human being. And, neither psychiatry will gain a satisfactory nosographic formularization while they don't reveal the mysteries of the complex etiology of mental disorders.

**Key words:** 1. Psychiatry 2. Metapsychopathology 3. Psychopathology 4. Etiology 5. Etiopathogeny 6. Psychodynamic 7. Organodynamic concept 8. Psychorganodynamic 9. Psychogenesis 10. Organogenesis 11. Psychorganogenesis 12. Ontogenesis 13. Epistemology of Psychiatry 14. Constructive-synthetic method 15. Nosography 16. Hereditary succession 17. Phenomenostructural method 18. Nosology.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CID 10:** Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10
- CP:** Bergson, H. “O Cérebro e o Pensamento: uma ilusão filosófica” (*L'Énergie Spirituelle*)
- DI:** Jung, C.G. “A Dinâmica do Inconsciente” (*Die Dynamik der Unbewussten*)
- EE:** Jung, C.G. “Estudos Experimentais” (*Experimentelle Untersuchungen*)
- EPA:** Jung, C.G. “Estudos sobre Psicologia Analítica” (*Zwei Schriften über Analytische Psychologie*)
- FC:** Bercherie, P. “Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico” (*Les Fondements de la Clinique*)
- FP:** Jung, C.G. “Freud e a Psicanálise”
- HP:** Mueller, “História da Psicologia”
- LE:** Pessotti, I. “A Loucura e as Épocas”
- MG:** Brandão, J.S. “Mitologia Grega”
- MM:** Bergson, H. “Matéria e Memória: Ensaio sobre a Relação do Corpo com o Espírito” (*Matière et Mémoire*)
- NP:** Canguilhem, G. “O Normal e o Patológico” (*Le Normal e le Pathologique*)
- PDM:** Jung, C.G. “Psicogênese das Doenças Mentais” (*Psychogenese der Geisteskrankheiten*)
- RM:** Minkowski, E. “Além do Racionalismo Mórbido” (*Au-delà du Rationalisme Morbide*)
- SM:** Pessotti, I. “O Século dos Manicômios”
- TP:** Minkowski, E. “Tratado de Psicopatologia” (*Traité de Psychopathologie*)
- TPC:** Lantéri-Laura, G. “Principais Teorias na Psiquiatria Contemporânea”
- TV:** Minkowski, E. “O Tempo Vivido” (*le Temps Vecú*)
- VC:** Minkowski, E. “Para uma Cosmologia” (*Vers une Cosmologie*)

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
1 PANORAMA GERAL DA EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS PSIQUIÁTRICOS .....	14
1.1 A PSIQUIATRIA NA ANTIGÜIDADE CLÁSSICA .....	14
1.2 O PERÍODO PRÉ-CLÁSSICO DA PSIQUIATRIA CIENTÍFICA .....	22
1.3 O TRATADO PSIQUIÁTRICO DE PINEL .....	29
1.4 O ORGANICISMO APÓS PINEL .....	46
1.5 OS FUNDAMENTOS DA NOSOLOGIA CLÁSSICA .....	56
1.6 A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA NO PERÍODO CLÁSSICO .....	62
1.7 O ORGANICISMO REALISTA .....	76
1.8 A PSIQUIATRIA MODERNA E A ERA PSICODINÂMICA .....	89
1.9 O ORGANICISMO MODERNO E A FENOMENOLOGIA .....	102
1.10 A PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA .....	120
1.11 AS TEORIAS PSIQUIÁTRICAS CONTEMPORÂNEAS .....	135
2 A CONCEITOGRAFIA PSICOGENÉTICA JUNGUIANA .....	154
2.1 PSICOPATOLOGIA CONSTRUTIVO-SINTÉTICA .....	154
2.1.1 A TEORIA DOS COMPLEXOS .....	154
2.1.2 O COMPLEXO CAUSAL E OS EFEITOS PSÍQUICOS .....	171
2.2 PSICOPATOLOGIA DA HISTERIA E DA ESQUIZOFRENIA .....	176
2.2.1 HISTERIA E ESQUIZOFRENIA .....	176
2.2.2 AS ANORMALIDADES DE CARÁTER NA HISTERIA E NA ESQUIZOFRENIA .....	181
2.2.3 OS DISTÚRBIOS INTELECTUAIS NA HISTERIA E NA ESQUIZOFRENIA .....	184
2.2.4 DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES NA HISTERIA E NA ESQUIZOFRENIA .....	186
2.3 A ESQUIZOFRENIA .....	193
2.3.1 OS COMPLEXOS NA ESQUIZOFRENIA .....	193
2.3.2 O CONTEÚDO DA PSICOSE NA ESQUIZOFRENIA .....	198
2.4 OS CONFLITOS INCONSCIENTES .....	209
2.4.1 O CONFLITO PSICOGÊNICO E AS REAÇÕES DEFENSIVAS DA PSIQUE .....	209
2.4.2 O INCONSCIENTE NA PSICOPATOLOGIA JUNGUIANA .....	216
2.5 A PSICOGÊNESE DAS PSICOSES .....	221
2.5.1 O PROBLEMA DA PSICOGÊNESE NAS DOENÇAS MENTAIS .....	221
2.5.2 DOENÇA MENTAL E PSIQUE .....	230
2.5.3 A PSICOGÊNESE DA ESQUIZOFRENIA .....	233
2.5.4 O FUTURO DA PSICOPATOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA .....	245

3	CONCEITOGRRAFIA DA PSICOPATOLOGIA MINKOWSKIANA: A SÍNTESE PSICORGANOGENÉTICA .....	259
3.1	OS FUNDAMENTOS DA PSICOPATOLOGIA FENOMENO-ESTRUTURAL .....	259
3.2	PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA .....	276
3.3	O FENÔMENO DA LOUCURA .....	284
3.4	SINTOMAS, SÍNDROMES E DOENÇAS MENTAIS .....	288
3.5	DEGENERAÇÃO, DEMÊNCIA E PSICOSE .....	298
3.6	A TIPOLOGIA CONSTITUCIONAL.....	307
3.7	CONSTITUIÇÃO E CONFLITO.....	317
3.8	A BIPOLARIDADE CONSTITUCIONAL NA NOSOGRAFIA.....	327
3.9	A TRANSMISSÃO HEREDITÁRIA DO CARÁTER NA EPILEPSIA .....	334
3.10	A PSICOPATOLOGIA DA VIVÊNCIA DO TEMPO .....	341
3.11	ORGANICISMO E ORGANODINAMISMO FENOMENO-ESTRUTURAL .....	349
3.12	O TEMPO VIVIDO NO RETARDO MENTAL.....	364
3.13	O TEMPO VIVIDO NA SENILIDADE E NA DEMÊNCIA SENIL.....	366
3.14	AFETIVIDADE E EXPRESSÃO.....	371
3.15	ANÁLISE FENOMENO-ESTRUTURAL E PSICANÁLISE .....	383
3.16	A CRÍTICA FENOMENOLÓGICA ESTRUTURAL À PSICANÁLISE .....	389
3.17	O PROBLEMA FUNDAMENTAL DA HEREDITARIEDADE .....	401
	CONCLUSÃO .....	412
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	425
	ANEXO A.....	431
	ANEXO B .....	433

## INTRODUÇÃO

O debate epistêmico em torno da falta de uma adequada formulação de uma teoria da clínica dos transtornos mentais, com conseqüências imediatas sobre a construção de um sistema de classificação que atenda às necessidades práticas na condução do processo diagnóstico, prognóstico e terapêutico, tem esbarrado no milenar e dilemático problema da origem e constituição do ser humano enlouquecido. As concepções sobre a ontogênese da loucura têm oscilado pendularmente ao longo da história da filosofia e da ciência entre dois pólos epistemológicos distintos: organogênese e psicogênese. Mesmo que os nomes da loucura tenham mudado constantemente, numa profusão de termos nem sempre úteis às necessidades pragmáticas da clínica, uma certa evolução foi ocorrendo num movimento em espiral ascendente que, ao mesmo tempo, associava-se a um movimento pendular, ora materialista, ora espiritualista, embora sempre de natureza metafísica.

A presente tese sobre a conflituosa e problemática relação entre as teorias da organogênese e da psicogênese das doenças mentais se pautará pela análise dos conceitos mais diretamente envolvidos na temática proposta, a ontogênese dos transtornos mentais, a fim de tentar aclará-los no âmbito da obra psiquiátrica de dois autores da primeira metade do século XX, Carl Gustav Jung (1875-1961) e Eugène Minkowski (1885-1972), os quais muito influenciaram a psiquiatria organodinâmica da segunda metade do século XX. O motivo da escolha destes autores se deu devido às suas importantes contribuições na construção da terceira alternativa da psiquiatria clínica: o organodinamismo. Acontece que ambos os autores e protagonistas do cenário em que se desenrolarão as nossas perquirições epistemológicas viveram num especial e fecundo período de maturação da psicopatologia e da psiquiatria clínica, o período moderno da revolução psicodinâmica e da reação organodinâmica. Neste

momento em que a ciência da mente vislumbrava grandes realizações no âmbito das investigações neurocientíficas e psicodinâmicas, nascia a psicanálise freudiana com as suas propostas no sentido de desvendar os mistérios do psiquismo humano e esclarecer a dinâmica dos mecanismos, ou dinamismos, da natureza somática e psíquica da doença mental. Embora vários e importantes investigadores da mente tenham proposto sua própria terceira via consensual da natureza psicorgânica da mente normal e patológica, com o objetivo de resolver a tradicional dicotomia entre os vários organicismos e os diversos psicologismos, escolhemos as teses de Jung e de Minkowski em função de alguns pontos teóricos convergentes, embora com terminologia própria à filiação doutrinária de cada um, no que tange à ontogênese da loucura. Tentaremos propor, ao final do nosso percurso analítico-epistemológico que muitas idéias e até mesmo alguns conceitos centrais na obra ambos os autores, apresentam similaridades e aproximações interessantes e até surpreendentes na medida em que, em princípio, eles se colocam filiados a duas correntes distintas em psicopatologia: a psicologia analítica (Jung) e a fenomenologia existencial (Minkowski).

Ante o exposto, iniciaremos o nosso percurso conceitual com um vislumbre panorâmico e introdutório (capítulo 1) acerca da conceitografia psicopatológica desde a era clássica da antiga Grécia, quando nasce o organicismo hipocrático, passando pelos mais importantes representantes da história da loucura nos períodos pré-científico, científico pré-clássico, clássico propriamente dito, moderno e contemporâneo. Tentaremos enfatizar nesta primeira parte da nossa apresentação conceitográfica as bases essenciais tanto do organicismo quanto do psicodinamismo, os quais irão se estruturar a partir da revolução nosográfica, metodológica e terapêutica de Philippe Pinel (1745-1826) e dos precursores da psicanálise e da psicopatologia dinâmica, a exemplo de Jules Cotard (1824-1887), dentre tantos outros.

A segunda parte (capítulo 2) será uma análise da psicopatologia analítica de Carl Gustav Jung na sua primeira fase psiquiátrica hospitalar, como colaborador de Eugen

Bleuler na Universidade de Zurique. Escolhemos como foco privilegiado de estudo a questão da psicogênese da Histeria e da Esquizofrenia na obra junguiana intitulada “Psicogênese das Doenças Mentais”, de 1907, e os conceitos centrais de sua psicopatologia que concernem à causa primária das neuroses e das psicoses. Analisaremos os conceitos junguianos que enfocam mais diretamente a questão do dilemático problema da etiopatogênese das doenças mentais para correlacioná-los com a conceitografia essencial das propostas fenomenológicas da psicopatologia fenomeno-estrutural de Eugène Minkowski.

Abordaremos as investigações experimentais do método de associação de palavras-estímulo com os doentes mentais de Jung na clínica psiquiátrica do Hospital Burghölzli da Universidade de Zurique (Suíça), sob a direção de Eugen Bleuler, entre 1902 e 1906. Acompanharemos a tentativa junguiana de superar a unilateralidade do princípio de causalidade e o reducionismo causalista das correntes teóricas tradicionais, e sua proposta de superação a partir do princípio de condicionalismo multicausal e da teoria dos complexos do inconsciente coletivo no âmbito da teoria da transmissão hereditária de predisposições psíquicas e orgânicas. Abordaremos a importância das pesquisas sobre a constituição psicológica e a transmissão hereditária na determinação da doença mental, a partir da idéia de que os processos psíquicos se apóiam na repetição de padrões de conduta e de funções herdadas juntamente com a herança organocerebral. Com o objetivo de analisar a origem essencial da doença mental procuraremos contrapor as concepções junguianas, sobre a possível transmissão hereditária da vida psíquica inconsciente através dos traços de personalidade, com as concepções fenomeno-estruturais da psicopatologia de Minkowski.

Na terceira parte (capítulo 3) examinaremos as possíveis soluções do problema nosográfico da psicopatologia através da conceitografia de Eugène Minkowski e sua tentativa de solucionar o problemático conflito epistemológico entre a somatogênese e a psicogênese das doenças mentais, sobretudo no plano da hereditariedade e da teoria da transmissão

psicogenética das disposições caracteriais. Tomaremos como obra de referência preferencial de nosso percurso teórico, na extensa bibliografia psicopatológica minkowskiana, o seu “Tratado de Psicopatologia” de 1966.

Ao final, tentaremos aproximar Jung e Minkowski nas questões essenciais do sempre atual problema da origem, constituição e manifestação das doenças mentais, tomando com foco fundamental de discussão a questão dos fatores geradores essenciais da doença mental, o causalismo organicista, o condicionalismo do método prospectivo-sintético junguiano e a intuição penetrativa do método fenomeno-estrutural minkowskiano, na tentativa de compreender em que medida ambos os autores, partindo de escolas de pensamento distintas, conseguiram, ou não, dar conta de apontar a via mediana de solução do conflito epistemológico entre a organogênese e a psicogênese das doenças mentais, deixando traçado à psiquiatria do futuro o caminho que ela deverá percorrer se quiser livrar-se da esterilidade teórica e da ilusão reducionista em que se encontra em pleno século XXI.



# 1 PANORAMA GERAL DA EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS PSQUIÁTRICOS

## 1.1 A PSIQUIATRIA NA ANTIGÜIDADE CLÁSSICA

O conceito de loucura na antigüidade grega pré-hipocrática se baseava predominantemente na causação anímica e “sobrenatural”, uma vez que a natureza humana era concebida a partir do entendimento filosófico-religioso das forças naturais e “sobrenaturais” da existência humana. A cosmogonia pré-científica da antigüidade colocava a ênfase da etiologia da loucura na influência da ação de “entidades espirituais” ou “demônios”, tidos como seres incorpóreos que se comunicavam com os seres corpóreos ou encarnados, os homens, influenciando de modo positivo ou negativo seus destinos e realizações. O conceito de Demônio (*daimon*) não tinha à época a significação necessariamente negativa que a religião católica posteriormente lhe daria e a história relata que Sócrates se inspirava na influência benéfica de seu instrutor espiritual invisível, o seu “*Daimon*”, do mesmo modo que atualmente pretendem a maioria dos espiritualistas e religiosos em geral, e sobremaneira os espíritas em particular.

A máxima “conhece-te a ti mesmo” já existia no templo de Apolo muito antes de Sócrates, mas a busca da compreensão da natureza humana a partir do corpo físico (*soma*) é uma característica que só se tornou mais documentada a partir da era clássica grega, apesar de indícios de que a sabedoria filosófico-religiosa oriental anterior não desconhecia a importância dos fatores somáticos na determinação causal de diversas moléstias.

Na *Iliada*, Agamêmnon reconhece sua iniciativa, sua decisão volitiva no roubo do presente de honra de Aquiles, mas ao mesmo tempo divide a culpa atribuindo-a também à

poderosa e irresistível ação das forças que atuam sobre a constituição humana, a Zeus (Deus), ao destino e às Erínias, estas últimas constituindo as forças morais e físicas primitivas, que recebiam três designações: 1) Alecto, a força incessante e implacável; 2) Tisífone, a força vingadora do crime e avaliadora do homicídio; e 3) Megera, a força que inveja e tem aversão por algo ou alguém (Brandão, J.S.,1991, MG, v.1, p.207)<sup>1</sup>. Tais forças ou leis “sobrenaturais” eram tidas como sendo reguladoras da vida instintiva, afetiva (moral) e intelectual do ser humano, constituindo a representação pré-científica da física e da psicologia, principalmente. O conceito central de “conflito” perpassa praticamente toda a antigüidade mitológica.

A loucura, nesta perspectiva mitológica, poderia ser compreendida como o resultado da infração humana às leis que regem o universo físico e moral, e caberia ao ser humano respeitá-las ao longo de sua existência, evitando o conflito e o abuso dos apetites instintivos ou da vontade regida pela ambição desmedida. Esta concepção estará presente ao longo da história da psicopatologia de formas variadas, inclusive na psicopatologia “romântica” e moral do século XVIII, com seus reflexos na terapêutica moral de Pinel. Há que se ater ao fato óbvio de que os mesmos conceitos mitológicos sofreram contínua interpretação ao longo da história e das civilizações e que qualquer interpretação descontextualizada constitui um erro epistemológico, além do que a visão dos homens do saber da antigüidade não era tão ingênua como se costuma ingenuamente atribuir. É surpreendente, e até desconcertante, que o conhecimento psicopatológico antigo, descontados a falta de um método empírico mais sistemático e eficaz, tenha chegado a conclusões que em essência não se diferencia de muitas “inovações” e contribuições “originais” da psicopatologia dinâmica da atualidade; Daí o interesse dos psicanalistas, principalmente, pelas mitologias da Antigüidade. A obstinação “irresistível” de Agamêmnon receberá outros

---

<sup>1</sup> As referências no texto encontram-se no sistema autor-data segundo o seguinte modelo: (Bercherie, 1980[1989], FC). A primeira data refere-se ao ano de publicação da edição utilizada e a segunda, entre colchetes [ ], refere-se à data da primeira publicação da obra, com a finalidade de situar o leitor no tempo. A sigla-abreviatura, que segue as datas, refere-se ao título da obra. Vide Lista de Abreviaturas e Siglas.

nomes ao longo da história da loucura até os dias atuais. Os poemas de Homero representam um dos primeiros modelos teóricos da psicopatologia da tradição ocidental, na medida em que trata da presença de agentes precipitantes externos (sociais, religiosos, éticos, etc) e de fatores predisponentes internos (conflitos psíquicos), com reflexos ainda presentes nos modelos teóricos contemporâneos do século XXI. As etiologias teogônica e teológica da loucura passaram a ser traduzidas, transformadas ou substituídas pelo enfoque dos poetas trágicos tais como Ésquilo (525-456 a.C.), Sófocles (496-406 a.C.), Eurípides (485-406 a.C.) e outros, a partir de uma outra contextualização que sofreu a influência do momento sócio-político do classicismo grego, até desembocar na virada organicista de Hipócrates. A loucura da concepção épica, tida como uma perda do entendimento da realidade (*Áte*), ou ainda como uma “possessão” temporária do instinto, apetite ou alento interno (*Thymós*), o órgão primitivo de sentir, evolui para uma concepção trágica de ruína decorrente do “excesso” ou desmedida (*Hybris*). As personagens trágicas retratam as diferentes formas da loucura, apontando as suas causas ou origens e descrevendo os velhos e sempre atuais quadros sintomáticos da psiquiatria clínica: delírios, alucinações, descontroles emocionais, desajustamentos sociais, através de termos ainda em uso como mania, melancolia, histeria, paranóia, desvario, furor, etc. O oposto da loucura, na concepção trágica de Eurípides e de Sófocles, é a prudência, moderação ou temperança (*Sophrosyne*). A loucura visionária ou profética de Platão tem como antecessora a loucura trágica de Orestes, personagem central da trilogia “Orestíada” de Ésquilo, onde os conflitos, as obsessões e as impulsões homicidas são os temas dominantes, a exemplo da explosão matricida de Orestes. Além disso, também a figura de Cassandra, retratada como louca por Eurípides em “As Troianas”, ou a figura de “Io”, igualmente descrita como enlouquecida por Ésquilo em “Prometeu Acorrentado”, ou ainda os personagens *Ájax*, *Athamas* e *Alcmaeon* de Sófocles, além de outros (Pessotti, 1994, LE, p.22-26).

Em Eurípides, temos a idéia de que as paixões (*Pathos*) exacerbadas ou conflitivas podem causar a loucura e, em Ésquilo, as Erínias (forças morais destrutivas) deixam de ser elementos causadores da loucura e passam à condição de elementos constituintes da mesma, nas alucinações horripilantes de Orestes, na tortura pelo matricínio de Clitemnestra e na forma de melancolia (Pessotti, 1994, LE, p.27-8). Os personagens enlouquecidos de Eurípides retratam as diversas modalidades de loucura: Fedra retrata a Melancolia, Medéia encarna a Mania e Orestes de Eurípides representa a Esquizofrenia Paranóide, ao contrário de Orestes em Ésquilo que apresenta elementos da Psicose Maníaco-depressiva, isto é, do Transtorno Afetivo Bipolar. Fedra sofre as conseqüências da paixão irresistível e vivencia o conflito psíquico entre o desejo proibido pelas normas sociais ou éticas, assim como os efeitos da repressão à satisfação de tais desejos (Pessotti, 1994, LE, p.28-9). A consciência dos estados emocionais experimentados pelo ser em conflito, a relação entre as paixões e a loucura, o sofrimento decorrente dos conflitos afetivos, o lado “bom” e o lado “mau” dos prazeres, a necessidade da disciplina como forma de se evitar a loucura, a falência da razão diante do descontrole dos afetos e emoções levam à concepção da loucura como resultado da perda da razão. Artemis atribui à rival Afrodite a culpa pela paixão adúltera de Fedra e consola o moribundo e enlouquecido Hipólito, mostrando a contradição ou conflito inerente à vida afetiva humana quando o amor adoece na forma de ódio, o que será um dos aspectos centrais dos futuros conceitos psicanalíticos: conflito, desejo reprimido, etc. Assim, a loucura é apresentada como o resultado do conflito afetivo: Medéia age mediante as forças desgovernadas da paixão e mata os próprios filhos para satisfazer o desejo de vingança e tentar aplacar o ódio homicida, a fim de levar Jasão ao maior dos sofrimentos. (Pessotti, 1994, LE, p.33-5)

Eurípides inaugura a concepção “racionalista” da realidade enquanto constituída pela desordem da natureza afetiva humana e pela concepção da loucura como a

resultante dos conflitos entre as normas éticas e as pulsões primitivas da psique humana, refletindo a decadência progressiva da Pólis grega. A melancolia e a loucura homicida de Medéia resulta do seu afeto filial em contradição com o seu desejo compulsivo de vingança, sem as distorções das alucinações ou a falta de controle das formas graves de psicose, sem o desequilíbrio emocional que acometera Fedra, colocando toda sua racionalidade e sua capacidade de autocontrole emocional a serviço de sua idéia obcecada de ciúme e de seu desejo mórbido de vingar-se de Jasão. As faculdades racionais e operacionais de Medéia encontram-se subjugadas às forças das pulsões e dos afetos mais primitivos da psique: o furor “lúcido” e homicida que será denominado no século XIX de *manie raisonnante*, cuja característica essencial será a perda do controle volitivo com a preservação da capacidade cognitiva (Pessotti, 1994, LE, p.36-7). A insanidade de Orestes se apresenta na forma de delírios persistentes durante os seis dias que se sucedem ao assassinato e à cremação de sua mãe, por ele mesmo e por seu cúmplice Pílates. A loucura se agrava com a presença de alucinações e ilusões terríficas intermitentes na noite em que ele visita a pira crematória, passando a sentir-se ameaçado pela sua irmã Eletra e acusando-a de ser uma das Erínias, que querem lançá-lo no Tártaro. A loucura de Orestes se agrava e ele se torna furioso, espuma os lábios, tenta escapar das Erínias torturantes de sua imaginação e caminha inexoravelmente para a exaustão, a anorexia, ao choro desesperado e ao desejo de vingar o pai (Pessotti, 1994, LE, p.37-8). Segundo B. Simon em “*Mind and Madness in Ancient Greece*” (1978), o conflito de Orestes é também de ordem sexual na medida em que dirige seu ódio homicida às mulheres durante a psicose (Clitemnestra, Helena e Hermionte) e fora da crise condena-as, por medo de ser emasculado (Pessotti, 1994, LE, p.38-9).

A loucura de Orestes apresenta um aspecto caracterial e consciencial, com a percepção consciente da perda de controle sobre os sentimentos e os atos, uma condição

crônica ligada aos traços de caráter, um modo psicopatológico persistente no período fora da crise, ao contrário do estado agudo “demencial” de Fedra e de Medéia.

A loucura extática em “As Bacantes” mostra que o êxtase não soluciona os conflitos e as ambivalências afetivas, e que a tentativa de fuga de si mesmo através da loucura é irreal e inútil; O êxtase (ex-stase, fora de si) patológico da loucura se expressa através de delírios, alucinações, ilusões, exaltações afetivas, descontroles volitivos da motricidade, etc, conduzindo às tragédias passionais homicidas. Entretanto, os loucos de “As Bacantes” não possuem a consciência da própria loucura como ocorre com Orestes e mesmo parcialmente com Fedra e Medéia (Pessotti, 1994, LE, p.40-1).

A total perda da autonomia da consciência é mostrada na loucura de Penteu, um retrato da perda de contato com a realidade e da consciência crítica dos próprios atos, além da disposição para o descontrole volitivo encontrado em casos graves de Esquizofrenia (Pessotti, 1994, LE, p.42). Dionisos explora os impulsos recalcados de Penteu, que expressa um moralismo gratuito (formação reativa, da psicanálise) e esconde o desejo ardente de espiar e abraçar as irmãs e a mãe. Dionisos representa a parte recalcada da personalidade de Penteu e incorpora o desejo de libertar as suas pulsões sexuais e orgiásticas, ou até mesmo a vontade temida de ser mulher, conforme a opinião de B. Simon, citado por Pessotti (Pessotti, 1994, LE, p.42-3). Penteu deseja eliminar, através das ameaças às bacantes, as suas pulsões sexuais reprimidas, o seu desejo de tornar-se mulher e o seu medo das mulheres esquartejadoras, castradoras ou destruidoras de homens, as Mênades. Os desejos reprimidos da loucura de Agave representariam a situação psíquica da mulher ateniense do século V aC. e o êxtase dionísíaco resultaria da decisão de Dionisos de controlar, ser respeitado e cultuado por Agave. A realização orgiástica dos impulsos reprimidos de Algave e das bacantes, sob a influência do vinho e das maquinações de Dionisos (Baco) leva-as a um estado esquizofrênico na medida em que há uma entrega à vontade imposta por Dionisos. Além disso, apesar da bissexualidade

de Dionisos, o culto a este é a fruição dos prazeres privativos dos homens, ficando a emancipação feminina sob a permissão e sob o comando masculino; Assim, a única realização de desejos permitida às bacantes é a realização alucinatória, através da alienação. Dionisos apenas explora as carências e impulsos reprimidos das mulheres e de Penteu, através do delírio extático e a partir das condições caracteriais da psique natural (Pessotti, 1994, LE, p.43-4). Deste modo, Eurípides nos apresenta o retrato fiel da Esquizofrenia, que ao lado da mania, da Melancolia e da Paranóia formarão os principais retratos da loucura na Antigüidade grega.

Em suma, enquanto em Homero a loucura consiste essencialmente na irracionalidade, em Eurípides, que conviveu com Sócrates e os sofistas, a loucura se psicologiza e se naturaliza. Em Hipócrates, a loucura se organiciza e se naturaliza, e os processos de perda da razão ou do controle volitivo da afetividade passam a ser concebidos como a expressão ou efeito dos desarranjos somáticos, numa total inversão epistemológica quanto à etiologia das doenças mentais. O organicismo da psiquiatria biológica ou neuropsiquiatria dos séculos XVIII e XIX havia nascido. O dinamismo, ou mais propriamente o mecanicismo, fundado na anatomo-fisiologia, apresentava aspectos teóricos hipotéticos e ingênuos que excluía o mito da causação patológica, mas não a metafísica. A loucura na visão hipocrática era concebida como uma doença orgânica, em conseqüência de disfunções humorais e processos orgânicos regidos por leis fisiológicas que independem da razão, da afetividade e da volição. A natureza externa (macrocosmo) e a economia orgânica interna (microcosmo) formam uma continuidade natural (monismo de substância) que pode ser apreendida pela observação empírica e pela inferência. A saúde implica na normalidade das funções e a doença, por oposição, pela ruptura da continuidade e do equilíbrio entre os dois sistemas, interno e externo. A origem filosófica hipocrática encontra-se no monismo de Heráclito e de Empédocles (m. 444 a.C.), apesar de Hipócrates ter estudado na escola de

Górgias e de Demócrito. As propriedades naturais da matéria, da concepção de Empédocles (calor, frio, secura e umidade) estarão presentes na teoria hipocrática sob a forma de quatro humores fundamentais: 1) sangue; 2) pituíta; 3) bilis amarela e 4) bilis verde, escura (atrabílis). A nosografia hipocrática inverte, portanto, a etiologia da loucura e inaugura a clínica baseada na descrição das alterações cognitivas, volitivas, emocionais e orgânicas que passam a ser interpretadas como expressões das disfunções hormonais, resultando nos quadros clínicos de Mania, Melancolia, Histeria, etc.; As terapêuticas somáticas surgem desta concepção organicista e naturalista.

Após Hipócrates, o nome que se destaca na psicopatologia é o de Platão (427-348 a.C.). Na sua obra “*Timeu*”, Platão concebe a psique (alma) como sendo constituída por três partes: 1) Racional (*Logistikon*); 2) Afetivo-espiritual (*Thymoeides*); e 3) Appetitiva (*Epithymoeides*). A parte racional ou psique superior desempenharia a função superior do conhecimento abstrato, enquanto que a parte mais inferior, a apetitiva ou instintiva animal exerceria as funções de sensação, percepção e conhecimento concreto, ligados às necessidades corporais mais elementares e à sobrevivência. Entre as duas se situaria a parte afetiva, elo funcional entre a parte racional e a parte instintiva e elemento fundamental na interação funcional da psique tripartida, que endossa, pelo menos parcialmente, a concepção humoral hipocrática. Mas, apesar da concessão que Platão faz ao organicismo, ele também considera que a loucura pode advir da desarmonia entre as três partes do sistema psíquico, resultando no desvio da racionalidade de seguir as leis lógicas e comandar as partes inferiores do sistema como um todo. Na sua obra “*Fedro*”, Platão classifica os delírios ou a desrazão (*Anoia*) em dois gêneros: I. 1) *Mania*, de origem divina, dividido em quatro tipos: a) profético, inspirado pelos *Daimons* ou deuses; b) poético, inspirado pelas musas; c) extático, dionisíaco; e d) erótico, dos amantes; I 2) *Mania* de origem terrestre: loucura (*Melancholikós*); II Ignorância (*Amanthia*), possivelmente equivalente à Demência.



Aristóteles (384-322) modifica o sistema psíquico platônico na sua célebre “Sobre a Psique” (*Peri Psykhés*) ou, em latim, “de Anima”. A concepção aristotélica de psique é por demais complexa para ser aqui devidamente analisada; Diremos apenas que ele não divide a psique em partes e prefere conceituá-la dividindo-a didaticamente em cinco “potências”: nutritiva, perceptiva, desiderativa, locomotiva e raciocinativa. A psique seria a primeira atualidade de um corpo natural orgânico e a matéria seria a carência de determinação, enquanto que a “forma” seria uma disposição orientada para determinar a matéria em uma dada direção como, por exemplo, a reprodução através da nutrição. Talvez, a melhor análise da metafísica e da psicologia aristotélica seja aquela que engloba os atuais conceitos de “Estrutura” e de “Função”, com todos os problemas implicados na contextualização do pensamento de Aristóteles.

O elenco dos principais autores que se ocuparam das questões psicopatológicas relacionadas ao problema da loucura de Aristóteles até Philippe Pinel, assim como as respectivas nosografias, encontra-se no anexo número 2.

## **1.2 O PERÍODO PRÉ-CLÁSSICO DA PSIQUIATRIA CIENTÍFICA**

A história da evolução do saber psiquiátrico com Philippe Pinel no final do século XVIII e princípios do século XIX, até a décima classificação das doenças mentais (C.I.D.-10, 1992) está marcada por conflitos de escolas psiquiátricas que tentam solucionar o que poderíamos denominar de dilema diagnóstico da psiquiatria. A grosso modo, poderíamos dividir a história da evolução das doutrinas clínicas da psiquiatria em cinco períodos, a saber:

- 1) Período pré-clássico com a revolução psiquiátrica de Pinel e seus sucessores;
- 2) Período

clássico inicial; 3) Período clássico propriamente dito; 4) Período transicional clássico-moderno; e 5) Período moderno (veja os principais autores no anexo 1).

Desde as suas origens clássicas a psiquiatria ficou marcada por um saber psicopatológico derivado da observação clínica, na tentativa positivista de libertar-se da influência filosófica de qualquer tipo de metafísica que pudesse contaminar a descoberta da realidade científica a respeito da doença mental. Assim, havia uma expectativa otimista de se encontrar a essência ou “natureza” do fenômeno clínico a partir dos dados da descrição semiológica dos sintomas; A compreensão da realidade nosológica fundamental englobava a compreensão da origem, evolução, diagnóstico, prognóstico e terapêutica de todas as doenças mentais.

Todavia, a clínica psiquiátrica clássica entrou em crise no início do século XX pelas mesmas razões que a sua sucedânea contemporânea, ou seja, pela falta de uma teoria que desse um fundamento satisfatório à sua prática clínica. A contemporaneidade ficou marcada pela falta de um referencial mais ou menos consensual, que pudesse funcionar como sendo um paradigma heurísticamente útil à pesquisa científica psicopatológica. Ao longo dos últimos dois séculos, a clínica psiquiátrica não conseguiu livrar-se dos pressupostos filosóficos que subjazem a todas as concepções científicas, chegando ao início do século XXI com o mesmo problema fundamental: a falta de um paradigma consensual satisfatório à prática clínica. Ao percorrermos, numa visão panorâmica, as principais escolas psicopatológicas perceberemos que à sombra das disputas dessas escolas de pensamento encontra-se sempre presente o espectro do idealismo e do realismo, com a metodologia empírica da clínica mental tentando encontrar seu caminho próprio e libertar-se da necessidade de qualquer tipo de metapsicologia ou metapsicopatologia.

O sonho de independência da filosofia pela ciência médica psiquiátrica continuou sendo um enorme pesadelo e a solução do problema diagnóstico em psiquiatria

parece cada vez mais distante apesar das intensas pesquisas na área. Tratar-se-ia na realidade de um pseudoproblema insolúvel por falta de uma correta visão filosófica sobre o objeto da psicopatologia, a doença mental? Ao longo do nosso estudo procuraremos compreender em que medida a falta de uma teoria consensual levou ao impasse atual da nosografia psiquiátrica.

Começamos comentando de modo expositivo e panorâmico o percurso das idéias desde Pinel, no início do século XIX.

Philippe Pinel (1745-1826) notabilizou-se pela orientação no plano metodológico-clínico e iniciou uma tradição, a clínica psiquiátrica, mesmo não tendo sido um inovador nas áreas clínica, nosológica, institucional ou terapêutica. O retorno a Hipócrates marcou a abordagem clínica pineliana da loucura no seu “Tratado Médico-filosófico da Alienação Mental”, embora o espírito de ordem e de pesquisa clínica esteja presente na totalidade de sua prática médica conforme sua obra “Medicina Clínica ou a medicina tornada mais precisa e mais exata pela aplicação da análise” ou ainda na obra nosológica intitulada “Nosografia Filosófica ou o método da análise aplicado à medicina”. A filosofia adotada por Pinel originava-se da tradição ideológica de Condillac e de John Locke, esse último tendo como antecessor e mestre, o médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689), que deixou uma importante contribuição no retorno clínico a Hipócrates no decorrer do século XVIII.

Ainda que Cláudio Galeno (data aproximada:131-200) tenha se inspirado na observação clínica e na nosografia hipocráticas, o espírito de sistema o distanciou de Hipócrates e o levou ao dogmatismo que Pinel pretendeu abolir ao priorizar o método clínico como a verdadeira fonte heurística da psicopatologia. Na esteira teórica de Thomas Sydenham, passando por Locke, Condillac e demais ideólogos contemporâneos, Philippe Pinel confiou na observação e desconfiou das teorias vigentes, apontando na direção que logo a seguir se firmou no positivismo de Auguste Comte, para quem o saber aproximativo,

baseado na observação empírica e na análise, é cientificamente válido mesmo não sendo a essência última da realidade.

August Comte postulava que embora não fosse possível ao ser humano conhecer o real, era, todavia, factível extrair da observação e da análise positiva um conhecimento pragmático e eficaz. A análise clínica progressiva e a constante observação deveriam conduzir à construção mais precisa de um saber e de uma linguagem livres dos paradoxos comuns aos sistemas dogmáticos, embora limitado pela realidade fenomênica. A clínica médico-psiquiátrica pineliana, de cunho positivista, através da observação e da análise sistemática dos fenômenos perceptíveis das doenças, resultou na construção de uma nosografia, constituída de classes sintomáticas, distante das evidências causais neuroanatômicas.

Bichat é quem viria postular, a seguir, o princípio básico do método anatomo-clínico, afirmando que o quadro clínico psiquiátrico podia ser explicado pelo agente causal, a lesão cerebral localizada. Embora a orientação empírica tenha permanecido uma condição necessária à pesquisa nosológica, houve, entretanto, uma reorientação rumo à investigação de sinais focais no sistema nervoso, o que traria consequências teóricas na epistemologia psicopatológica posterior. A observação “pura” continuou sendo a condição necessária e o objetivo primordial do conhecimento médico-psiquiátrico na segunda metade do século XIX, mesmo com o desvio do olhar clínico para o plano das lesões neuroanatômicas.

A obra de Philippe Pinel constitui um sistema descritivo, mas não explicativo, das doenças psiquiátricas, no sentido de doenças organocerebrais que se expressam como distúrbios das funções superiores do sistema nervoso central, isto é, distúrbios intelectuais da classe das “neuroses”, afecções sem inflamação ou febre e sem lesões neuroanatômicas. Todavia, as lesões causais eram inconstantes e contingentes, pois alterações idênticas de funções mentais também ocorriam com ou sem a presença de lesões perceptíveis. O cérebro

era a sede da mente e a alienação mental pertencia ao grupo das neuroses cerebrais, divididas em dois tipos: 1) as afecções comatosas, cuja característica era a abolição da função e 2) as Vesânicas que englobavam tanto a loucura propriamente dita como também outras “doenças mentais” que não eram propriamente alienações no sentido estrito do termo, tais como a hipocondria, o sonambulismo, o pesadelo, a hidrofobia ou raiva, com alterações excitativas e depressivas, etc. Como uma boa classificação deve comportar classes de transição entre suas grandes divisões, já que os casos puros são exceções e os mistos são os mais usuais, Pinel colocava a Hidrofobia (raiva) como uma forma transitória de afecção nervosa entre as neuroses motoras e viscerais, e a Hipocondria entre as neuroses dos sentidos.

Na nosografia pineliana a alienação mental encontra-se dispersa nas quatro espécies de Vesânicas e constitui-se em uma categoria nosológica tanto empírica como também social.

Passando-se do plano da forma para o do conteúdo temos em Pinel quatro grandes classes de manifestações mórbidas, a saber: 1) A Mania propriamente dita, caracterizada por um delírio generalizado, isto é, um julgamento falso na acepção usual, uma excitação intensa e um prejuízo das funções do entendimento, tais como a percepção, a memória, o julgamento, a afetividade, a imaginação etc. Uma subvariedade de mania sem delírio, ou mania racional, se caracterizava pela preservação das funções do entendimento, mas com alterações da afetividade e excitação freqüentemente furiosa; 2) A Melancolia, caracterizada por um estado afetivo de tristeza ou de agitação, e com a preservação das faculdades mentais, com exceção do juízo de realidade devido ao delírio nihilista ou de ruína; 3) A Demência ou obliteração do pensamento coerente e ordenado e, portanto, do juízo ou função de síntese; 4) O Idiotismo ou obliteração das faculdades intelectuais e afetivas, com supressão parcial ou quase completa da atividade mental, podendo ser congênito ou adquirido, transitório ou permanente (Bercherie, 1980[1989], FC, p.36).

A concepção nosológica de alienação mental de Pinel formava um grupo fenomênico de aspecto homogêneo, tanto empírica como metodologicamente, e sua nosografia classificava as doenças, a partir dos sintomas mais proeminentes, em grandes categorias. Um bom exemplo disso é a categoria diagnóstica do “Delírio Febril Agudo”, tido como um sintoma e não como um fenômeno primário, que aparece na classe das febres (1ª classe) e das Flegmasias ou Inflamações (2ª classe). Pinel inaugura, desse modo, a divisão das “Loucuras” em sistemáticas e idiopáticas (essenciais), na vanguarda de autores como Georget, Baillarger, Magnan e Kraepelin. (Bercherie, P., FC, 1989[1980], p.36)

Pinel considerava que a pureza e a precisão nosográfica, ao modo nominalista, deveria partir da análise das funções psíquicas normais aplicada às disfunções dos alienados e recomendava principalmente a obra psicológica de Locke e de Condillac. A segunda edição do *“Traité de L’Alienation Mentale”* amplia um pequeno capítulo do seu tratado (páginas 21-25) e trata da semiologia psicopatológica dos distúrbios das faculdades do entendimento, a saber: sensibilidade ou sensação, percepção, emoções e afecções morais, imaginação, pensamento, julgamento, memória e caráter. Ele evitava “as divagações do ideologismo” e rejeitava os sistemas totalizantes mas, construiu uma doutrina aparentemente eclética e bastante precisa, baseada numa concepção materialista psicofisiológica “*a la Cabanis*”, em que a mente emergia do cérebro e a loucura era causada por uma disfunção cerebral que resultava de causas físicas, hereditárias e morais.

As causas físicas podiam ser diretamente cerebrais ou, indiretamente, de outros órgãos corporais. As causas morais eram classificadas em “paixões” intensas, contrárias ou prolongadas e excessos de todos os tipos, a saber: 1) a educação perniciosa por brandura ou por severidade excessivas que deformavam o caráter e o predispunham à loucura; e, 2) os excessos de todos os tipos, as irregularidades dos costumes e hábitos etc. As “paixões” (sentimentos ou afecções) como a alegria, a cólera, o medo e a tristeza exerceriam seus efeitos

morais no estado das vísceras modificando as suas funções circulatórias, respiratórias etc, mas os distúrbios do entendimento decorreriam da propagação por irradiação a partir das vísceras adoecidas, em uma retomada do pensamento hipocrático que identificava na causa da melancolia. O organismo possuiria uma predisposição orgânica de acordo com a constituição física e moral do indivíduo. Como exemplo, os homens fortes e de cabelos negros seriam mais predispostos à euforia enquanto que as mulheres louras à melancolia.

Pinel rejeitava os tratamentos intempestivos e endossava o tratamento moral, a partir da ideologia sensorialista de Locke e de Condillac; Pela modificação da mente perturbada, por intermédio da afetividade (paixões), as sensações e as percepções modificariam todo o estado mental; Daí, a idéia de que o ambiente do alienado deveria ser isolado dos estímulos perceptuais que haviam gerado a doença. O objetivo do tratamento moral era promover uma espécie de “transferência” afetiva paterna à figura de um profissional com qualidades físicas e morais adequadas que pudesse exercer sobre o alienado uma influência reeducadora e benéfica. O asilo de alienados era um centro de reeducação modelar onde a submissão à autoridade moral e os conselhos profiláticos eram fundamentais para a cura.

Pinel rejeitou a concepção organogênica, que generalizava as lesões cerebrais para todos os tipos de doenças mentais, a partir da constatação de que havia lesões cerebrais em indivíduos sãos e ausência de lesões em indivíduos alienados ou delirantes. Ele concluiu que na maioria dos casos de loucura não havia lesões estruturais do cérebro; E, se o cérebro estava preservado, então a curabilidade da mente seria possível através da reeducação dos sentimentos morais ou paixões (sentimentos no seu sentido amplo); Assim, Pinel contestou o paradigma ou dogma da incurabilidade da loucura (“loucura não tem cura”, do refrão popular) em suas dissertações psiquiátricas sobre a “Mania” (Loucura) intermitente (1799) e que formaram a base do “Tratado sobre a Alienação Mental”.

A marca epistemológica distintiva em Pinel, com relação a seus contemporâneos, concerne principalmente à distância metodológica que ele introduziu entre a observação fenomênica e a explicação teórica dos fatos clínicos. A clínica psiquiátrica erigiu-se, a partir de Pinel, na forma de um rompimento da unidade teórica explicativa e a forma mórbida, algo muito semelhante com a postura metodológica atual, final do século XX e início do XXI, com a décima edição (1992) da classificação internacional de doenças em suas descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.

### 1.3 O TRATADO PSIQUIÁTRICO DE PINEL

O “Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental” ou “*Traité*” de Philippe Pinel (1745-1826) apareceu em 1801 e foi republicado sem grandes alterações em 1809, inaugurando uma nova fase no desenvolvimento da psiquiatria clínica enquanto uma especialidade médica. Pinel ficou célebre como aquele que retirou os grilhões e correntes dos pacientes em Bicêtre, além de ter inaugurado a fase clínica da psiquiatria através do método empírico. Pinel enfatizou a necessidade de investigar-se predominantemente as causas afetivas das doenças mentais ao invés de se perder em estéreis discussões sobre as localizações cerebrais das mesmas, conforme suas próprias palavras nesta passagem: “*Seria equivocado considerar a alienação mental, objeto particular deste trabalho, perdendo-se em nebulosas discussões sobre a sede do intelecto e a natureza das lesões, assunto obscuro e impenetrável*”. (Pinel, 1801, *Traité*; in: Pessotti, 1994, LE, p.145)



A descrença pineliana na possibilidade de se encontrar facilmente as bases anatômicas ou os correlatos cerebrais da loucura o levou a enfatizar a necessidade prática de se investigar e de se correlacionar os fatores psicoafetivos na determinação da loucura:

*“Não se poderia compreender o conceito mesmo de alienação se não se enfoca a causa que mais freqüentemente a provoca, quero dizer, as paixões violentas ou exasperadas pelas contradições”.* (Pinel, 1809, *Traité*; in: Pessotti, 1994, LE, p.145)

A importância de Pinel se liga principalmente ao método observacional de investigação dos sintomas, a fim de evitar as distorções decorrentes das interpretações sem fundamento empírico:

*Tudo aquilo que, na aceção comum, se entende por delirio, extravagância, desvario, loucura, deve-me ser estranho, tanto como todas as diatribes metafísicas e as várias hipóteses sobre a natureza das funções intelectivas ou afetivas, sobre a sua origem, sobre a sua ordenação, sobre suas inter-relações recíprocas, sobre a sua sucessão. Apego-me rigorosamente à observação...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, p.2; in: Pessotti, 1994, LE, p.146)

O ponto de partida para a compreensão da doença mental passa a ser a observação de manifestações ou formas de apresentação que expressariam as lesões funcionais volitivas, afetivas e cognitivas. A loucura resultaria de uma lesão intelecto-volitiva, de etiologia afetiva (passional), que poderia expressar-se na forma de sintomas diversos, os quais poderiam refletir uma lesão comum da vontade ou do juízo. Em outras palavras, o critério nosográfico pineliano pretende evitar as querelas metafísicas e apoiar-se em elementos observáveis que expressem a correlação entre a função lesada e a sua expressão sintomática, ou seja, apoiar-se sobre as propriedades comuns das formas sintomáticas, decorrentes de lesões fundamentais da afecção, volição e cognição:

*“Mas, se os sintomas são observados com atenção e empenho constante, é possível classificá-los e distinguir entre eles, com base nas lesões fundamentais do intelecto e*

*da vontade, sem deixar-se despistar pelas inumeráveis formas que eles apresentam”.*

(Pinel, 1809, *Traité*, p.5; in: Pessotti, 1994, LE, p.146)

A partir do critério básico de classificação sobre a observação dos efeitos clínicos, os quadros sintomáticos, Pinel pretende inferir a sede funcional das lesões. Os quadros clínicos assumem assim o estatuto de ponto de partida seguro e garantia empírica da metodologia observacional na medida em que retratam os efeitos comportamentais das lesões e legitimam a existência destas. Etiologicamente falando, as alterações funcionais do intelecto e da vontade, a partir de uma origem afetiva ou passional fundamental, são colocadas em primeiro plano, ficando em plano secundário as alterações funcionais orgânicas que compõem os quadros nosográficos. Assim, as grandes formas clássicas da loucura são consideradas em bloco sob a designação genérica de “alienação mental”. A natureza dos caracteres físicos e morais da alienação mental do “Tratado” é concebida de modo “objetivo”, evitando os problemas decorrentes de pressupostos metafísicos sobre a natureza e a etiologia da doença mental:

*Evitei discussões metafísicas sobre a natureza da mania, limitando-me a falar das diferentes lesões do intelecto e da vontade, das correspondentes alterações físicas que se podem notar, no exterior, através de numerosos sinais, como os movimentos descoordenados, as incoerências ou os absurdos de propósitos, os gestos insólitos e bizarros. (Pinel, 1809, *Traité*, II, p.64; in: Pessotti, 1994, LE, p.148)*

A partir da observação clínica metódica, sistemática e exaustiva dos sintomas pode-se evidenciar as lesões originais por trás dos comportamentos bizarros, das reticências e dos discursos contraditórios dos pacientes:

*Se se pretende interrogar os alienados sobre o estado deles, nota-se, em geral, que eludem as perguntas, que se limitam a reticências de maneira, ou de fato respondem em sentido oposto: somente a partir de uma observação prolongada por diversos meses e do comportamento deles, uma vez obtida sua confiança, é que se pode chegar a intuir-lhes os pensamentos mais ocultos, já no final da doença. (Pinel, 1809, *Traité*, II, p.67; in: Pessotti, 1994, LE, p.148)*

As “lesões da sensibilidade física” da alienação podem se apresentar na Mania sob a forma sintomática de fraqueza, dor, movimentos convulsivos, mutismo, loquacidade, gritos, acessos de ira, etc. No entanto, somente a longa observação pode assegurar a correta identificação da Mania, já que tais sintomas também podem ocorrer devido a certos quadros de origem febril. (Pessotti, 1994, LE, p.148) As mudanças no apetite podem variar de uma extrema voracidade (bulimia) a uma intensa resistência à ingestão alimentar (anorexia), refletindo a etiologia afetiva ou passional primária e as “lesões” do intelecto e da volição:

*Foi indestrutível no seu projeto de buscar a morte numa abstinência total e só com grandes esforços conseguiu-se que ele sorvesse alguma água de uma mamadeira. ‘Goza o resultado de tua conduta’, dizia ao marido que a visitara quatro dias antes da morte: ‘Eis que teus desejos se realizaram: estou para morrer’.*  
(Pinel, 1809, *Traité*, II, p.75; in: Pessotti, 1994, LE, p.149)

Uma outra característica da alienação é a periodicidade ou bipolaridade de algumas formas maníacas e melancólicas, cuja alternância pode apresentar um caráter de exaltação erótica ou, ao contrário, de desinteresse e apatia: “*A doença às vezes tem um andamento periódico e a vida transcorre em meio à alternância entre o delírio erótico e a apatia mais completa*”. (Pinel, 1809, *Traité*, II, p.78; in: Pessotti, 1994, p.149).

Ao contrário da melancolia, onde os delírios são geralmente “exclusivos”, monotemáticos, de caráter pessimista, já nos quadros clínicos de mania o pensamento costuma apresentar uma certa integridade lógica e uma liberdade que combina um excesso de atenção (hiperprosexia, superatenção) com uma passagem rápida de um objeto a outro (hipervigilância):

*Certos maníacos muito agitados mantém íntegra, no estado de enfermidade, a liberdade de pensamento e conseguem fixar sua atenção sobre um objeto determinado.. mesmo os agitados e sujeitos a divagações [...] mas, em geral, uma labilidade extrema constringe o maníaco a passar rapidamente de um objeto a outro, muitas vezes totalmente desligado do precedente...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, II, p.97; in: Pessotti, 1994, LE, p.153)

As manifestações objetivas das lesões mentais representam os efeitos das funções mentais alteradas, desordenadas ou desagregadas:

*Qualquer coerência, qualquer associação de idéias é desagregada até a um nível extremo na mania de numerosos alienados. Passam rapidamente de uma idéia a outra, muito diversa, e seus discursos mostram contrastes estranhos e singulares ou um conjunto confuso que evidencia a desordem das idéias... (Pinel, 1809, Traité, II, p.101; in: Pessotti, 1994, LE, p.153)*

A memória pode encontrar-se inibida nas situações de descontrole passional extremo, comprometendo a faculdade de julgar, de perceber e de expressar-se. Entretanto, pode ocorrer da lembrança se reavivar nos estados de hiperlucidez da Mania:

*A memória, como todas as outras funções do intelecto, parece como suspensa na explosão violenta de alguns acessos de mania... O alienado não tem qualquer lembrança de delírio, nem de seu comportamento extravagante... Não se deve esconder, porém, que às vezes os alienados recordam tudo o que aconteceu durante a agitação furiosa... Não deve espantar o fato de que a memória, durante os ataques de mania, sofra alterações tão numerosas e que perca ou ganhe energia... Em casos semelhantes, a lembrança se reapresenta com vivacidade e o que fora esquecido nos momentos de lucidez retoma as cores mais vivas... (Pinel, 1809, Traité, II, p.102-4; in: Pessotti, 1994, LE, p.153-4)*

A alternância entre o juízo preservado e a perda temporária da faculdade de julgar nos acessos coléricos é uma característica contrastante do quadro clínico sintomático da Mania, fato este que a levou a ser denominada de loucura parcial. Entretanto, podem ocorrer casos de Mania em que a integridade da faculdade de julgar está preservada mesmo durante os acessos de ira, isto é, sem que a faculdade intelectual se desagregue:

*Os hospícios... oferecem exemplos de uma mania caracterizada por atos extravagantes ou furiosos, que conserva uma forma de juízo em toda a sua integridade... o alienado dá respostas adequadas e pertinentes... não se nota qualquer incoerência nas suas idéias, (...) lê... e escreve, como se seu intelecto fosse perfeitamente normal... mas, por um contraste impressionante, despedaça vestidos, rasga cobertas e busca toda escusa possível para justificar seus ataques de ira. É tão comum essa forma de mania... chamada loucura parcial. (Pinel, 1809, Traité, II, p.110; in: Pessotti, 1994, LE, p.154)*

Sob a denominação de distúrbios imaginativos Pinel descreve as alucinações, os delírios paranóicos e de perseguição, as “visões” místico-religiosas, as idéias fantásticas e hipocondríacas, etc. A Imaginação é concebida como uma faculdade do intelecto:

*A imaginação, faculdade do intelecto que, mesmo para o homem sensato, é difícil de manter nos justos limites, desencadeia nas relações sociais... cenas loucas, ridículas e deploráveis, e não pode, então, ser fonte de ilusões, desvios, extravagâncias, na alienação mental? Ela mistura e confunde sensações incompletas que chegam à lembrança... (Pinel, 1809, Traité, II, p.126; in: Pessotti, 1994, LE, p.155)*

Para Pinel, as contrariedades morais ou frustrações afetivas e as profundas alterações do caráter como, por exemplo, o vício da embriaguez, podem desencadear um outro tipo de sintoma constituído por “mudanças na índole moral”, podendo levar à destruição do “instinto de vida” e ao suicídio:

*Um bom observador pode colher o processo lento e gradual de mudanças físicas ou morais que precedem os sintomas mais violentos da mania. Uma pessoa... de natural alegria pode tornar-se triste, melancólica, atemorizada, pode falar com rudeza e tornar-se brusca nos modos... abandonar-se em fases alternadas a crises de ira... As idéias podem ser claras e o juízo sadio, mesmo nesse estado de agitação furiosa, enquanto o caráter moral pode sofrer alterações e tornar-se o inverso do que era antes da alienação... Podem ocorrer mudanças tais que destroem até o instinto de vida... e, então, um impulso cego... empurra ao suicídio. (Pinel, 1809, Traité, III, p.133; in: Pessotti, 1994, LE, p.155-6)*

A repressão da má índole moral parece fazer parte do método terapêutico de Pinel enquanto método de recuperação ou reeducação do alienado, contrastando com a propugnada isenção observacional ou neutralidade da observação clínica com vistas ao diagnóstico científico. As “paixões ardentes” como o desejo de vingança, as frustrações, o orgulho ferido, o ódio, etc) levariam à fixação mental em determinada idéia, o delírio, e a uma tendência irresistível ao suicídio, isto é, há uma conexão entre uma motivação intensa e uma idéia fixa que lhe corresponde, conforme afirma Pinel na seguinte passagem do “Traité”:

*Um outro excesso que se deve combater, ou, dizendo melhor, um atributo singular da alienação mental, é a atenção dos melancólicos, voltada dia e noite e de modo*

*exclusivo para um objeto particular; não se consegue desviar a atenção pois está sempre em concomitância com alguma paixão ardente, como cólera, ódio, ou orgulho ferido, ou com um desejo de vingança, ou com uma dor profunda, ou com o desgosto pela vida, ou ainda com uma tendência irresistível ao suicídio...*  
(Pinel, 1809, Traité, II, p.94; in: Pessotti, 1994, LE, p.152)

Quanto à etiologia do sintoma, Pinel considera que a nostalgia por um afeto perdido, a idéia fantasiosa de ter perdido algo, ou então por uma idéia de perseguição que não corresponde à realidade externa, isto é, um produto da imaginação, constituem elementos causais de alienação:

*Uma atenção deste tipo que não se pode atenuar, nem dirigir para outro objeto é, em certo sentido, passiva e pode ser provocada pela nostalgia de um bem que se acredita perdido ou pela idéia de uma perseguição da qual o alienado se sente vítima, ou por um estado de indigência que só existe na fantasia ou, ainda, por qualquer outra elaboração fantástica...*  
(Pinel, 1809, Traité, II, p.94; in: Pessotti, 1994, LE, p.152)

No caso da Melancolia, o delírio costuma se apresentar de modo monotemático ou exclusivo, o “delírio exclusivo”, cuja característica principal é o seu caráter de fixidez ou inconvencibilidade, geralmente ligado a questões místico-religiosas:

*... Muitas vezes esse delírio exclusivo tem como objeto terrores religiosos, como a idéia de um Deus vingativo e inexorável ou de uma punição eterna que se acredita merecer. Por isso é muito difícil afastar essas fantasias sombrias e conquistar, para fins terapêuticos, a confiança do melancólico, sempre pronto a opor às vãs conversas humanas a vontade imutável do Ser supremo.*  
(Pinel, 1809, Traité, II, p.94; in: Pessotti, 1994, LE, p. 152)

No entanto, apesar das considerações etiológicas de caráter moral serem as mais freqüentes, a etiologia orgânica também se faz presente na determinação da alienação mental, o que levará Esquirol, o seu sucessor, a inverter o paradigma etiológico da loucura para o lado do organicismo e da hereditariedade. A alienação hereditária ou originária será em breve o tipo predominante ou quase exclusivo de loucura na segunda metade do século XIX:

*Aprendi que a alienação mental é causada, em alguns casos, por lesões orgânicas ou por uma disposição hereditária, mas, mais freqüentemente, por afetos morais muito profundos e contrastados... Seja qual for a acepção que se dê ao termo, é*

*certo, todavia, que as paixões estão entre as causas mais comuns de doença; a alienação mental oferece inúmeros exemplos...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, I, p.12-13; in: Pessotti, 1994, LE, p.156-7)

Também a educação corrompida pode levar à perda do equilíbrio da razão e à deformação do caráter. Daí que os métodos terapêuticos devem propiciar uma real reeducação moral: *“Mas quantas vezes reprimendas ásperas por erros leves, dureza, ira, ou mesmo ameaças e espancamentos exasperam a juventude ardente, rompem os liames de sangue, conduzem a inclinações perversas e são causas de uma alienação”*. (Pinel, 1809, *Traité*, I, p.20-25; in: Pessotti, 1994, LE, p.157)

Todavia, o oposto também é verdadeiro; a Falta de limites adequados pode resultar numa deformação do caráter e levar à loucura:

*Deve-se, acaso, temer menos o extremo oposto, a ternura mais afetuosa dos pais e uma culpável complacência?; Era quase uma questão de princípio não contrariar uma jovem de caráter prepotente e de fria imaginação. O marido que ela mesma quis, tem por ela muitos cuidados e atenções nos primeiros anos de casamento: mas o ardor, que ele acreditava eterno, se esfria.*  
(Pinel, 1809, *Traité*, I, p.20-5; in: Pessotti, 1994, LE, p.157)

As causas do delírio seriam decorrentes de sentimento de rejeição, de ciúme e posse, da imaginação romântica, do desejo de dissipação de bens e outros vícios morais:

*Suspeitas e tormentos do ciúme se acumulam e por fim se tem uma explosão de delírio furioso. O costume de dissipar, o hábito dos prazeres, uma assidua leitura de romances, um ambiente depravado, as seduções da galanteria têm levado, com freqüência, à mesma conclusão...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, I, p.20-5; in: Pessotti, 1994, LE, p.157)

A Reeducação moral (psicopedagogia afetiva) aparece na obra de Pinel como a terapêutica mais apropriada para restabelecer o equilíbrio mental, dado que a causa principal da alienação seria de ordem moral:

*Que analogia entre a arte de dirigir os alienados e a de educar os jovens! Em ambos os casos deve-se empregar uma notável firmeza, isenta de dureza e de*

*hostilidade: é necessária uma condescendência calma e razoável e não uma complacência frouxa e submissa a todos os caprichos...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, I, p.20-5; in: Pessotti, 1994, LE, p.157)

A idéia de sensibilidade moral de Falret, que será aperfeiçoada por Jules Cotard, prenuncia o advento da psicologia psicodinâmica, mas encontra-se ainda presa à idéia de uma etiologia dupla, física e moral. Entretanto, a idéia de que o conflito passional exerce uma poderosa influência na determinação etiológica da doença está estreitamente correlacionada às manifestações fisiológicas e expressões corporais:

*As paixões em geral são modificações desconhecidas da sensibilidade física e moral, que se podem distinguir por traços particulares que se manifestam através de sinais externos. Embora algumas paixões possam parecer opostas entre si, como cólera, terror, ternura doce, ou alegria imprevista, são todas caracterizadas por espasmos dos músculos faciais e se manifestam exteriormente com expressões típicas... O olhar experiente do anatomista pode dizer quais músculos, com uma ação isolada, simultânea ou sucessiva, exprimem as paixões...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, I, p.30-2; in: Pessotti, 1994, LE, p.158)

Apesar da ênfase sobre as paixões como determinantes causais da alienação, o caráter organicista das paixões ardentes está ainda distante do caráter psicodinamicista que assumirá no século XX. No entanto, a correlação causal entre os sentimentos e a loucura está presente na forma de elementos precipitantes que incidem sobre o “terreno orgânico” predisposto:

*As crises contínuas de cólera são sempre nocivas ao juízo, cujo livre exercício impedem, e uma irascibilidade sombria pode ser o prelúdio da alienação ou mostra uma forte tendência nesse sentido; sobretudo, é perigosa para as mulheres, de modo particular no período menstrual e após o parto...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, I, p.30-2; in: Pessotti, 1994, LE, p. 158)

A aparente contradição entre o caráter virtuoso e a eclosão da alienação por ação de emoções fortes é explicada de modo um tanto mecanístico e tido como inconsistente ou paradoxal, já que se espera de alguém virtuoso ser menos suscetível de desequilíbrio mental: “*Uma mulher, modelo de virtudes domésticas... entrava em cólera por motivos*



*inconsistentes... Essa infeliz tendência resultou, por fim, na perda da razão”.* (Pinel, 1809, *Traité, I, p.30-2*; in: Pessotti, 1994, LE, p.158)

Apesar da importância dada aos fatores desencadeantes de ordem moral, a possibilidade de ocorrência da alienação depende também da intensidade do fator passional ou causa desencadeadora na sua relação com a sensibilidade individual. O conceito de estrutura ou constituição individual já está presente muito antes dos estudos genealógicos sistemáticos e a caracterologia constitucional do século seguinte. A doença aparece aqui como o resultado da confluência entre dois elementos fundamentais, a intensidade das “paixões” e a predisposição ou suscetibilidade individual do sujeito da paixão:

*Paixões como a dor, o ódio, o temor, o arrependimento, o remorso, o ciúme, a inveja... têm diferentes matizes e intensidade, em relação à presença de outras paixões, com a sensibilidade individual... bem como em relação à força da causa desencadeadora; só em nível altíssimo de intensidade degeneram na alienação...* (Pinel, 1809, *Traité, I, p.34*; in: Pessotti, 1994, LE, p.159)

A concepção de conflito psíquico se apresenta em Pinel com um caráter maniqueísta de luta entre duas forças antagônicas e auto-excludentes, decorrentes de uma deformação do caráter de natureza pedagógica, com um forte peso dado aos fatores sociopolíticos e ambientais:

*É um eterno contraste entre vício e virtude o que os homens manifestam na vida familiar. Há famílias que prosperam em harmonia... e outras, sobretudo nas classes sociais inferiores, que merecem compaixão pela dissolução repugnante, pelas brigas e pela ultrajosa miséria; É essa a fonte mais fecunda de alienação.* (Pinel, 1809, *Traité, I, p.35-7*; in: Pessotti, 1994, LE, p.160)

A má influência no convívio social ou conjugal sobre indivíduos sãos e a intensificação dos vícios morais podem levar à alienação tanto os indivíduos laboriosos quanto os preguiçosos:

*Eis uma mulher operosa que vê dissipar-se o fruto de seu trabalho... por um marido viciado; eis outra, que é preguiçosa e aviltada e arruína um homem laborioso... são*

*exemplos que nos dão, da espécie humana, um quadro desagradável e vergonhoso* (Pinel, 1809, *Traité*, I, p.35-7; in: Pessotti, 1994, LE, p.160)

O Tratamento moral de Pinel visa enquadrar o comportamento desviante do alienado a um padrão pedagógico pré-estabelecido que além de corrigir os erros que levaram à loucura, propiciam a profilaxia de novas crises morais e de alienação. O vício é a véspera da alienação. A idéia de redirecionamento da energia afetiva, que será um século mais tarde um importante conceito psicodinâmico, o de energia psíquica ou libido, já está presente nas idéias de Pinel. O tratamento moral redireciona as energias mentais do vício moral para as realizações mais lúcidas e criativas do intelecto, numa espécie de sublimação moral:

*Refiro-me às paixões que pela sua extrema intensidade são capazes de convulsionar a razão, como a alegria, o orgulho, o amor, o arrebatamento ou a adoração extática pelo objeto de amor. Afeições desse tipo, quando contidas, parecem imprimir uma energia nova ao intelecto e o tornam mais lúcido e criativo; mas, quando levadas à exasperação ou agudizadas por obstáculos, produzem mudanças violentas, um delírio passageiro, um estado de estupor ou uma evidente alienação.* (Pinel, 1809, *Traité*, I, p.43; in: Pessotti, 1994, LE, p.161)

Assim como os excessos viciosos levam à alienação, também o excesso laboral e até mesmo o fanatismo religioso podem conduzir à perda do equilíbrio da inteligência. A renúncia dos mais inocentes prazeres da vida, decorrente da má influência fanática na convivência social deve ser anulada com uma boa influência moral, tanto para prevenir a alienação como para tratá-la. A idéia organicista de homeostase física e moral está presente:

*... a exaltação religiosa é fonte de todo tipo de males... até conduzir à perda completa da razão. (...) A relação com um Metodista fanático lhe mudaram completamente as idéias.. renunciou aos mais inocentes prazeres... começou a considerar que seu destino inevitável seria uma eternidade de sofrimentos... Essas idéias produziram desespero e uma nítida tendência ao suicídio... O conselho de um sábio diretor espiritual e... um regime moral e físico levou à ...convalescença.* (Pinel, 1809, *Traité*, I, p.51-3; in: Pessotti, 1994, LE, p.161-2)

A Mania pode ser desencadeada pelo exagero e pela sobre-excitação das idéias religiosas e suas práticas sobre pessoas sensíveis; O fator intensidade é enfatizado para

explicar a causa da alienação mental Do ponto de vista homeostático; A terapêutica pineliana parece se resumir a um bom diretor espiritual ou a um bom psicopedagogo imbuído de adequadas regras morais e um adequado e salutar regime físico e moral. Entretanto, parece faltar a Pinel a idéia da existência de conflitos afetivos pré-existentes que funcionam como o “terreno” predisponente sobre o qual incidem as sobre-excitações morais perniciosas ou as más influências:

*Um sentimento religioso doce e afetuoso caracterizou a vida de uma jovem...[que após várias desgraças familiares]... busca consolação na religião: práticas devotas, jejuns, penitências, retiros, ferventes orações; sua fantasia se exalta sempre mais e se manifesta a mania. (Pinel, 1809, Traité, I, p.55; in: Pessotti, 1994, LE, p.162)*

Os conflitos passionais não estão incluídos entre as causas acidentais ou precipitantes da loucura e, além disso, a predisposição constitucional está mais voltada ao organismo no seu aspecto orgânico geral, incluindo as deformidades da caixa craniana que expressariam alterações patológicas da superfície cerebral, uma influência das idéias da frenologia de Franz Joseph Gall (1758-1828). O paradigma organicista de pinel é generalista e “democrático”, ou melhor, multifatorial, pois concede às inúmeras causas da loucura, físicas ou morais, o poder de desencadear o desequilíbrio mental:

*... Devem-se enumerar entre as causas acidentais da alienação mental a hipocondria causada por excessos de variados tipos, a embriaguez, a interrupção de um desabafo [exalação] ou de uma hemorragia interna, os partos, a idade crítica das mulheres, as complicações de diversas febres, a gota, a cessação imprevista de uma pitiríase ou de alguma outra afecção cutânea, um golpe violento à cabeça, talvez uma conformação craniana anômala. (Pinel, 1809, Traité, I, p.56; in: Pessotti, 1994, LE, p.162)*

O conceito de excesso aparece como central no raciocínio clínico pineliano, ao lado da idéia de que a falta de satisfação de determinada função também contribui para o desequilíbrio da homeostase: “*Algumas vezes, é o excesso oposto [ao desregramento sexual],*

*isto é, tendências fortemente estimuladas e deixadas sem satisfação que provoca uma aberração da mente”.* (Pinel, 1809, *Traité, I, p.58*; in: Pessotti, 1994, LE, p.163)

A frustração do desejo sexual aliado à sensibilidade exagerada do caráter também pode levar à melancolia ou a Mania, desde que haja uma sensibilidade muito refinada e um estilo de vida que haja deformado a personalidade com fantasias e desejos eróticos, tais como a leitura de romances eróticos e contatos sociais de todo tipo. Todavia, apesar da repressão do desejo indicar a importância do fator afetivo, Pinel parece ater-se ao ponto de vista moralista e desconsiderar a importância das frustrações afetivas e sexuais na determinação da degeneração intelectual, em pessoas de caráter nobre, cujos pensamentos morais elevados absorvem todas as faculdades do intelecto:

*... A Observação mais rigorosa confirma, de fato, que a mania, o idiotismo, a melancolia, a demência podem resultar tanto de um golpe na cabeça como da brusca interrupção de uma hemorragia, do retrocesso da gota para o interior do corpo, etc. como podem resultar de uma dor profunda e de uma paixão violenta, rudemente contrastada.* (Pinel, 1809, *Traité, I, p.61*; in: Pessotti, 1994, LE, p.164)

As idéias patológicas de ciúme e de desconfiança podem evoluir para uma forma oposta e manifesta de Mania:

*A melancolia degenerou em um ciúme cheio de suspeitas... Segue-se uma espécie de decadência, os traços se alteram e se chega, enfim, a um falatório incontível acompanhado de desordens ideativas que prenuncia... ou é já o sinal manifesto de uma mania.* (Pinel, 1809, *Traité, I, p.58*; in: Pessotti, 1994, LE, p.163)

A concepção homeostática de Pinel parece independe da preponderância dos fatores físicos sobre os morais, e vice-versa, e a etiologia genérica de ambas as ordens de fatores parecem igualmente contribuir para a formação de praticamente todas as formas da alienação. A intensidade da causa desencadeante é o fator fundamental na etiologia organicista de Pinel e cabe à clínica correlacionar as modalidades etiológicas e a intensidade de cada uma delas ao fator disposição individual; falta, portanto, à nosologia pineliana um

estudo mais aprofundado dessas disposições individuais. No caso da Mania, mesmo considerando a necessidade de se evidenciar a importância da disposição individual, o peso maior da intensidade causal parece estar colocado nos fatores precipitantes ou predisponentes diversos de ordem externa, físicos e morais:

*As formas de mania relativas às diferentes lesões do intelecto, os diversos níveis de furor ou de agitação relativos aos diferentes objetos do delírio parecem corresponder à intensidade da causa desencadeante ou da disposição individual.*  
(Pinel, 1809, Traité, I, p.61; in: Pessotti, 1994, LE, p.164)

No entanto, apesar do peso maior na determinação etiológica da alienação estar relacionado aos fatores extra-subjetivos, a observação clínica sistemática de Pinel parece apontar para as particularidades individuais predisposicionais e à estrutura particular de caráter, com reflexos e diferenças nas modalidades de loucura em ambos os sexos:

*Os ataques maníacos das mulheres consistem, em geral, em estados alternados de mutismo e de incoercível loquacidade, em comportamentos lábeis, brados, gritos, em movimentos vários. (...) Como é diferente o furor maníaco dos homens, em que existe sempre a consciência da superioridade física, que ataca ou resiste com audácia e que, sem adequados recursos de repressão, poderia resultar em conseqüências dramáticas.*  
(Pinel, 1809, Traité, I, p.61; in: Pessotti, 1994, LE, p.164-5)

A nosografia pineliana se apóia no critério de ampla e prolongada observação a fim de obter, após exaustiva insistência, os caracteres distintivos da alienação causados pelas diferentes lesões do intelecto e da vontade:

*[A classificação]... deve basear-se sobre uma ampla observação, prolongada durante anos no interior de hospícios públicos e privados dedicados a alienados de um e outro sexo e, sucessivamente, descrita com método. Um regulamento rigoroso e inalterado na gestão e na direção desses doentes deve garantir que o curso dos sintomas não seja alterado ou perturbado para que se possa estudar acuradamente as fases da doença, desde o surto agudo até o declínio e a convalescença. A descrição das várias fases seguiu um método rigoroso e constante e o observador precisou insistir, com particular cuidado, sobre os caracteres distintivos da alienação, resultantes das diferentes lesões do intelecto e da vontade.*  
(Pinel, 1809, Traité, III, p.143; in: Pessotti, 1994, LE, p.165)

No que se refere às descrições pinelianas da Mania, independentemente de seus diversos modos de apresentação, o aspecto mais essencial da sua natureza nosológica parece ser o fator excitação associado às idéias delirantes, à imaginação: “*Tudo, seja algo moral ou físico e até os vãos produtos da imaginação, pode se tornar o objeto do delírio*”. (Pinel, 1809, *Traité*, III, p.145; in: Pessotti, 1994, LE, p.166)

Pinel procura desvincular o desenvolvimento e a intensidade dos sintomas da sua etiologia ou origem, visto que diferentes fatores causais podem produzir o mesmo efeito e, uma mesma causa pode dar origem a diferentes formas de mania. O conceito de “sensibilidade moral” terá uma importância fundamental no desenvolvimento psicopatológico posterior na teoria de Jules Cotard e, em seguida na psicanálise freudiana. Apesar da aparente vinculação teórica de Pinel a um organicismo radical, quando enfatiza os fenótipos na determinação das modalidades da alienação mental, a condição fenotípica é uma condição orgânica que apenas influencia a intensidade sintomática sem, todavia, determiná-la:

*... A violência do acesso não depende de haver sofrido uma influência correspondente [análoga] mas é relativa à constituição individual ou, melhor, aos diversos níveis da sensibilidade física e moral, indicados, de modo geral, pela cor dos cabelos [sic]. Os alienados, de ambos os sexos, com cabelos loiros são mais sujeitos a... divagações fantásticas... que... a uma agitação furiosa...; os que têm cabelos castanhos são mais moderados e menos violentos.. e suas afecções morais se desenvolvem com relativo comedimento. Homens robustos de cabelos negros conservam, na aberração, a impetuosidade dos instintos, com incontrolável furor. (Pinel, 1809, *Traité*, III, p.146; in: Pessotti, 1994, LE, p.167)*

Os sinais propedêuticos indicativos de uma crise de mania se ligam a um conjunto variado e confuso de fatores que incluem aspectos viscerais e emocionais. A perplexidade de Pinel quanto aos casos maniacais sem “lesão do intelecto” deve-se à sua visão centrada na idéia de que o valor dos conflitos não é propriamente causal e sim condicional:

*... Prelúdios do surgimento ou do retorno dos ataques de mania, que são muito diversos; mas em geral parece que a sede principal seja no estômago e no intestino e desse centro se propaga, como por irradiação, a perturbação do intelecto. (...)*

*Freqüentemente se percebe nessas partes do organismo uma espécie de constrição, um apetite voraz ou uma forte aversão por comida... queimações intestinais que fazem desejar bebidas frescas... ocorrem agitações, terrores, insônia...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, III, p.147-8; in: Pessotti, 1994, LE, p.167)

Os distúrbios orgânicos constituem os prelúdios da doença, mas o termo prelúdio não possui aqui o significado de fator causal primordial.

*... Fiquei muito surpreso ao constatar que muitos alienados que não tinham qualquer lesão do intelecto eram, todavia, presa de um instinto furioso, como se apenas as faculdades afetivas estivessem lesadas (...) Um exemplo de furor maniacal sem delírio ... ou de mania sem delírio caracterizada por cego furor ...no qual ocorre um conflito interno entre uma razão lúcida e uma crueldade sanguinária...* (Pinel, 1809, *Traité*, III, p.158-160; in: Pessotti, 1994, LE, p.168)

Às vezes, tem-se a impressão de que Pinel atribui às modalidades nosográficas a natureza de características formais da estrutura de personalidade, referindo-se, por exemplo, à melancolia como se fosse uma espécie de paciente e não de doença mental, conforme se lê na passagem que segue:

*De um modo geral os alienados dessa espécie [melancólicos] não muitas vezes dominados por uma idéia fixa que retorna sempre em seus discursos e absorve todas as suas faculdades (...) um objeto de temor ou de terror pode provocar uma consternação contínua e levar ao desespero e até mesmo à morte (...) nada mais enigmático e... freqüente do que as duas formas da melancolia. Por vezes é o orgulho despropositado, a idéia fantástica de possuir imensas riquezas e poder ilimitado; outras vezes é o abatimento, a consternação profunda ou mesmo o desespero...* (Pinel, 1809, *Traité*, III, p.163-4; in: Pessotti, 1994, LE, p.169)

Pinel admite que a Melancolia pode se transformar em Mania quando o objeto do delírio se altera e que “os jovens melancólicos se dedicam a fêrvidas preces para combater os impulsos naturais e vencer esse penoso conflito... mas freqüentemente a exaltação aumenta, perde-se o sono e se acaba num estado de melancolia maniacal” (Pinel, 1809, *Traité*, III, p.169; in: Pessotti, 1994, LE, p.169). Por conseguinte, conclui-se a partir disto que o critério nosológico pineliano, neste caso, é a amplitude do delírio, que se apresenta generalizado na Mania e restrito a uma idéia fixa na Melancolia (Pessotti, 1994, LE, p.169).

Tanto a instabilidade de caráter do alienado melancólico como a mudança de objeto do seu delírio por influências internas e externas podem levá-lo a uma transformação da Melancolia em Mania:

*A melancolia, em geral, permanece estacionária por diversos anos sem que o delírio exclusivo que é sua manifestação mude o caráter... Algum alienado, de caráter instável, passa a um estágio patente de mania... outros sofrem algo como uma subversão interna e seu delírio muda de objeto e toma outra forma...*  
(Pinel, 1809, *Traité*, III, p.165; in: Pessotti, 1994, LE, p.169)

A intercambialidade destas duas modalidades é uma concepção que recebe uma explicação peculiar em Pinel, na medida em que se liga à questão da estrutura de caráter como importante elemento etiológico, embora de modo não explícito no contexto geral da concepção generalista pineliana. Todavia, apesar das imprecisões, Pinel inova e produz a sua marca no desenvolvimento da psicopatologia clássica, com repercussões no desenvolvimento futuro da psiquiatria clínica, na medida em que rejeita as formulações teóricas iatroquímicas, iatromecânicas e pneumáticas. A essência da loucura deixa de ser a perda da razão e passa a ser o desarranjo das funções mentais em geral e das funções intelectuais em particular. O diagnóstico psicopatológico passa a depender de uma metódica e paciente observação, a partir de uma convivência diária com o paciente ao longo do desenvolvimento da doença. A psiquiatria clínica científica, analogamente à dúvida metódica cartesiana, pode-se dizer, nasce mais propriamente com Pinel, mesmo que sua contribuição tenha sido muito mais no sentido de apontar caminhos do que propriamente desenvolver uma teoria inovadora, o que acontecerá posteriormente, a partir do organicismo de Esquirol.



## 1.4 O ORGANICISMO APÓS PINEL

Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), o mais ortodoxo dos discípulos de Pinel, conceituou a loucura como sendo “*uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência e da vontade*” (*Traité des maladies mentales, 1838, I, p.5*). (Bercherie,1980[1989],FC,p.48). Ainda que tenha retomado e preservado a nosografia pineliana em transtornos sintomáticos e idiopáticos, excluindo os distúrbios mentais febris (frenesia) das doenças mentais propriamente ditas, Esquirol aprofundou as descrições, a análise e as distinções clínicas entre as síndromes psicopatológicas. Ele baseou sua análise principalmente na filosofia da escola espiritualista eclética de Royer-Collard, salientando a importância volitiva da atenção como uma função de controle, seleção e síntese. Os distúrbios mentais na concepção esquiroleana são concebidos como sendo uma perturbação do equilíbrio entre as faculdades inferiores e a atenção volitiva, a grande função sintética do “eu”.

A nosografia de Esquirol apresenta alguns progressos em relação a de Pinel, tais como: 1) O “Idiotismo adquirido” de Pinel transforma-se em “Demência Aguda”, com curso evolutivo e diversos graus: imbecilidade, idiotia propriamente dita (um vício de conformação do cérebro) e o cretinismo. A “Idiotia” diferencia-se da “Loucura” porque esta “*não é uma doença e si um estado em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam desenvolver-se o bastante*” (Bercherie,1980[1989],p.50); 2). A Demência dividiu-se em uma forma aguda curável e em duas formas crônicas, uma senil e incurável e uma outra raramente curável. A paralisia geral progressiva (neurosífilis) foi claramente descrita como sendo uma complicação da demência, ou melhor, uma síndrome exclusivamente motora que complicava a loucura; 3) A forma “sem delírio” ou racional da “Mania”, de Pinel, foi inicialmente negada e transformada no conceito de “Monomania”, um

distúrbio primariamente afetivo, isto é, um sentimento essencialmente patológico, e secundariamente intelectual. A “Mania”, de Esquirol, é concebida como sendo uma exaltação do conjunto das três faculdades elementares da mente (sensibilidade, inteligência e vontade) e também como um delírio global que inibia a ação volitiva da atenção por causa do enorme afluxo de estímulos sensoriais, de idéias e de pulsões que acometiam o doente. No caso da “Mania”, o distúrbio primário seria de ordem intelectual; 4) A grande classe das “Monomanias” agrupou todas as doenças com preservação das três faculdades mentais básicas (sensopercepção, cognição e volição) e reintegrou novamente na nosografia a “Mania sem delírio”, de Pinel, juntamente com a “Melancolia”, um conceito ambíguo quando o quadro clínico que englobava também os “Delírios expansivos”, de tonalidade alegre ou exaltada. As “Monomanias” foram primeiramente divididas em: a) Lipemia ou melancolia (*lypé*, tristeza); e b) Monomanias propriamente ditas, formas clínicas baseadas num sentimento alegre e expansivo. Uma segunda divisão das Monomanias baseou-se na análise das três faculdades mentais fundamentais, já mencionadas: As Monomanias intelectuais, com delírios, ilusões e alucinações; A Monomania afetiva, com preservação do raciocínio e que incluía a loucura moral de Pritchard e a maioria dos casos de Mania sem delírio de Pinel; A Monomania instintiva (volitiva), sem delírio, com compulsão a atos incompatíveis com a razão e o sentimento moral; Essa forma causou grande controvérsia no meio jurídico penal. O conceito de monomania estendia-se a todos os tipos de atos mórbidos, tais como o suicídio, a embriaguez, o roubo, o incêndio, etc, independentemente de sua ligação com outros quadros clínicos psicopatológicos como a mania, a demência ou a idiotia, o que dava à nosografia esquiroliana um caráter genérico e imperfeito (Bercherie, 1980[1989], FC, p.52).

Esquirol distinguiu as alucinações das ilusões e considerou-as como decorrentes de uma lesão da atenção voluntária que propiciava a fascinação pelas imagens mnêmicas de caráter sensoperceptivo ou estésico; Quanto à etiopatogênese (*aitia*, causa,

motivo) Esquirol atribuiu à alienação mental causas físicas (hereditárias e adquiridas) e morais (paixões ou sentimentos). As causas podiam ser predisponentes e precipitantes, independentemente de serem físicas ou morais; A sede primária da loucura situava-se no sistema nervoso autônomo ou nas vísceras, embora ele insistisse no tratamento moral, procurando conquistar a confiança e a afeição do alienado. Quanto à anatomia patológica da loucura, Esquirol argumentava que muitas lesões cerebrais identificadas como sendo a causa da loucura eram encontradas em indivíduos que nunca tinham enlouquecido e, ao contrário, muitos alienados não apresentavam nenhuma alteração na necrópsia. Atribuiu, então, a causa da loucura a uma modificação desconhecida do cérebro.

A concepção psicopatológica de Esquirol era francamente dualista, pois concernia a aspectos etiológicos (*etiologia*, causa) físicos e morais: 1) A “Frenesia” (loucura febril) e a “Idiotia” eram secundárias a afecções somáticas cuja localização era muitas vezes presumida e não necessariamente constatada; 2) a loucura em sua forma pura era causada por uma modificação funcional desconhecida do cérebro e era isenta de bases lesionais estruturais do sistema nervoso; 3) A loucura sem lesão poderia complicar-se pela associação a doenças que podiam ter uma causa lesional, a exemplo da paralisia geral progressiva (neurosífilis), a epilepsia e as lesões orgânicas do cérebro, assunto esse que seria o motivo de uma mudança de paradigma na metade do século XIX. O “Tratado de Doenças Mentais” de Esquirol foi a única obra relativamente completa no período entre 1820 e 1850.

Resumindo, Esquirol representou uma reação à doutrina antiorganicista pineliana e revigorou a concepção organicista e naturalista da loucura, através principalmente de sua obra “As Doenças mentais” (“*Des Maladies mentales*”, 1838). Para Esquirol, as formas pinelianas de alienação constituem mais propriamente os diversos gêneros da loucura, conforme sua nosografia (1816 e 1818): 1) Lipemania (*lypé*=tristeza): a natureza desse gênero de melancolia consiste em um delírio parcial, geralmente sobre um ou poucos objetos e

associado a uma tristeza ou depressão patológica; 2) Monomania: delírio parcial, geralmente sobre um único tema delirante, com exaltação ou alegria intensa e patológica; 3) Mania: delírio geral, que se estende a todo tipo de objeto e se acompanha de excitação; 4) Demência: enfraquecimento ou perda do vigor dos órgãos do pensamento para o necessário funcionamento intelectual; 5) Idiotia ou Imbecilidade: os órgãos do raciocínio e da produção do pensamento adequado encontram-se hipofuncionais por falta de desenvolvimento.

Esquirol se distancia do critério pineliano ao introduzir a categoria nosográfica de Monomania entre a Mania e a Melancolia (Lipemania) e a amplitude do delírio deixa de ser um critério nosográfico decisivo, na medida em que o delírio se associa a “paixões” características em cada caso particular. Além disso, a Demência e a Idiotia, tidas por Pinel como “alienações” passam agora a constituir gêneros de loucura. A nosografia esquiroleana busca o retorno dos substratos orgânicos para os diversos quadros clínicos nosológicos e introduz idéias como as de “paixão depressiva” e de “paixão expansiva”. A Mania se torna uma afecção neurológica de curso evolutivo crônico, com expressão sintomática ao nível das funções afetivas (sensibilidade), cognitivas (inteligência) e volitivas (vontade), conforme Esquirol nos afirma nessa passagem de sua obra *“Des Maladies Mentales”*, de 1838:

*“... a mania é uma afecção cerebral crônica [sic], ordinariamente sem febre, caracterizada pela perturbação e exaltação da sensibilidade, da inteligência e da vontade”.* (Esquirol, 1838, MM, p.132; in: Pessotti, 1994, LE, p.171). Segundo E. Beaugrand (*“Alienation”*, 1865), os dados essenciais da nosografia de Pinel e de Esquirol encontram-se presentes nas nosografias da época em Fodéré, Dubuisson, Chambeyron, Foville e Ferrus, na França, e em Burrows e Prichard, na Inglaterra. (Pessotti, 1994, LE, p.172)

A questão etiológica permanecia em aberto: existia ou não uma base anátomo-patológica para a alienação mental? A frenologia do neuroanatomista Gall, foi a primeira teoria coerente das localizações cerebrais, estabelecendo o papel fundamental da massa

cinzenta e do córtex no funcionamento nervoso, assim como uma tentativa de localização cortical das funções mentais intelectuais e afetivas numa concepção teórica multi-orgânica do córtex cerebral (Bercherie, 1980[1989], FC, p.57). No entanto, conclusões prematuras o levaram a equívocos baseados num paralelismo entre a forma cortical e a conformação craniana. Desenvolveu uma lista arbitrária de vinte e sete “faculdades” mentais localizadas que expressavam os dons, talentos e defeitos morais, e que podiam ser diagnosticadas pela presença de bossas na superfície craniana, inclusive a “bossa dos matemáticos”.

Tal concepção deveria levar à descoberta das áreas cerebrais correspondentes a cada tipo de doença mental, no exame da conformação craniana do alienado. A essa concepção de Gall foi atribuída a designação pejorativa de “mitomania cerebral”. Exageros à parte, o sistema de Gall influenciou muitos alienistas e pensadores de valor como por exemplo Broussais e Auguste Comte, pois “bossas à parte” a idéia de localização era muito promissora. G. Spürzheim, colaborador direto de Gall, publicou em 1818 sua obra *“Observations sur la Folie”*, onde inicia uma orientação de pesquisa anatomo-patológica baseada na idéia de que se a hipertrofia de determinada área cortical se expressava por um determinado tipo de loucura, correspondente ao transtorno de uma faculdade ali localizada, então a irritação lesional ou inflamatória oriunda de qualquer processo mórbido poderia igualmente resultar numa loucura específica. Essa concepção guarda uma certa semelhança de essência com a futura tipologia constitucional de Kretschmer e o *continuum* da série “temperamento–disposição–psicose”, que Minkowski irá explorar em sua obra psicopatológica no século XX. A esse anatomismo epistemológico contrapôs-se a tradição pinel-esquiroliana com a concepção da etiologia funcional da alienação mental, dado que as lesões das necropsias de alienados podiam ser atribuídas tanto a moléstias independentes quanto às complicações ou conseqüências da loucura.

Georget, em sua obra *“De la Folie”* de 1820, apresenta uma posição teórica intermediária entre o funcionalismo dualista e o anatomismo enquanto método logicamente dualista, mas ontologicamente monista, formulando a tese que se desenvolveria no movimento psicodinâmico da psiquiatria e das grandes nosologias do final do século XIX. Na concepção dualista de Georget os distúrbios mentais podiam ser etiologicamente divididos em: 1) Sintomáticos, originados de uma causa orgânica conhecida; e 2) Idiopáticos, de caráter funcional e causa desconhecida, ou seja, a loucura propriamente dita. A idiotia, um defeito original de desenvolvimento, foi classificada à parte por não ser considerada propriamente uma doença. Para Georget a loucura era uma afecção do órgão encefálico, de caráter organopsíquico, cujos sintomas mais exuberantes eram psicológicos e cujas causas podiam ser divididas em predisponentes (predisposição hereditária, involução cerebral, menstruação, etc.) e eficientes (causas intelectuais e sentimentais). Na prática terapêutica, o princípio georgetiano de poupar o cérebro doente do alienado de esforços mentais teve como consequência o abandono da psicoterapia e o declínio do tratamento moral de Pinel e Esquirol.

Wilhelm Griesinger é considerado o fundador da escola clássica da psiquiatria alemã; Antes dele havia duas escolas com sistemas teóricos fechados e “completos” em si mesmos: a escola “psiquista” e a “somatista”. A primeira concebia a loucura como sendo uma doença da alma e a segunda como sendo sintomática de uma afecção orgânica ou somática. Ambas as escolas partiam de pressupostos metafísicos, pois a concepção somatista, ao atribuir somente ao corpo a capacidade de adoecer o espírito, acabava por conferir à alma uma natureza de inalienabilidade, posição está já presente em Morel (Bercherie, P., FC, 1989[1980], p.70).

Jacobi, o maior representante da escola somatista alemã, atribuía um caráter secundário ao quadro clínico e, portanto, um caráter primário à etiologia; somatistas e

psiquistas eram pré-pinelianos no sentido de que consideravam a etiologia como sendo fundamental, em detrimento da clínica. Enquanto a escola alemã pré-griesingeriana era etiológica, a escola francesa era baseada fundamentalmente na perspectiva de observação empírico-clínica.

Joseph Guislain, o fundador da psiquiatria clínica belga, defendia uma concepção semelhante à de Esquirol, pois considerava a loucura, à qual denominava de “Frenopatia” (*frén*, mente; *frenitis*, loucura; *pathos*, afecção), como sendo uma reação psicológica a um estado de “dor moral” ou “frenalgia” (*algos*, dor) (*Traité sur les Phrénopathie, Bruxelles, 1833*) (Bercherie, 1980[1989], FC, p.70). As reações psicológicas, na visão de Guislain, eram oriundas dos estados psíquicos normais, tais como a tristeza, a estupefação, a exaltação etc., ou então, dos estados anormais do caráter ou do pensamento. A frenalgia ou dor moral, como o próprio nome indica, decorria de causas morais e a sua reversibilidade era mais fácil quando a reação que gerava o estado frenopático (a loucura) mais se aproximava dos tipos comuns de reação. Entretanto, Guislain valorizava também a predisposição hereditária no conjunto das causas que constituíam a loucura, pois mesmo a loucura de tonalidade afetiva alegre era a expressão de uma dor psíquica (moral).

Guislain separou clinicamente as psicoses delirantes em formas primárias e secundárias, distinguindo-as sindromicamente dos distúrbios afetivos maníacos e melancólicos; desse modo, a melancolia era uma exaltação da tristeza, a mania uma exaltação moral, a loucura uma anomalia da vontade impulsiva, o delírio uma anomalia das idéias e a demência um bloqueio do ato de pensar. Griesinger foi considerado o primeiro dos organicistas e o autor do primeiro verdadeiro “Tratado de Psiquiatria”, a partir de sua afirmação de que “*devemos ver sempre nas doenças mentais, antes de mais nada, uma afecção do cérebro*”. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.72)

Enquanto as obras de Pinel e de Esquirol caracterizavam-se por um estilo literário, a de Griesinger apresentava as características de um manual prático, dividindo-se didaticamente em: considerações gerais, semiologia, etiopatogenia, formas clínicas, anatomopatologia, prognóstico e terapêutica, tal como até hoje, no século XXI. A referência teórica de Griesinger provinha das concepções psicológicas de Herbart, antecipando as teses que um século após seriam retomadas por Blondel, Guiraud, Jaspers e Freud, como, por exemplo, a teoria do “ego” e de sua metamorfose no delírio. Para Griesinger, o cérebro era um *“imenso centro de ações reflexas no qual (...) as excitações sensoriais (...) se transformam em intuições de movimento”* (Bercherie,1980[1989],FC,p.73). As atividades psíquicas superiores seriam formas diferenciadas de atividades neurológicas inferiores ou arcos reflexos medulares, que funcionam como uma esfera intermediária entre a sensação e o impulso motor, isto é, a esfera ou plano da inteligência. A inteligência seria uma atividade associativa baseada nas representações mentais, as quais resultavam das sensações, havendo, portanto, *“uma multidão de analogias importantes entre as percepções e a consciência”* (Bercherie, 1980[1989], FC, p.74).

As representações mentais portariam as sensações provenientes de todo o organismo, inclusive das vísceras e dos órgãos genitais, impelindo o indivíduo a agir (Bercherie, 1980[1989], FC, p.74). Entre esses motores subjacentes às representações estariam a fome e o instinto sexual, que produziriam os movimentos obscuros da consciência, isto é, os sentimentos e os complexos de idéias que lutariam contra os obstáculos que se opusessem à realização da meta a ser atingida (Bercherie,1980[1989],FC,p.72). As idéias, quanto mais claras, conscientes, fortes e persistentes, mais se transformariam em vontade e tal como na ação reflexa, exerceriam uma influência sobre os músculos. (Bercherie,1980[1989],FC,p.72).



A concepção de Griesinger, como vimos, é uma síntese de associacionismo, materialismo psicofisiológico e concepção herbartiana do “eu” e da “consciência”. As tendências representadas pelas representações lutariam por ocupar o campo da consciência e se transformar em atos, e nessa luta ou conflito pela vida venceria o mais forte. Entretanto, havia alianças entre as tendências associadas que formavam “complexos de idéias”, os quais formavam a “realidade” externa e, ao mesmo tempo, dependiam dos acontecimentos externos e das influências persistentes oriundas do organismo. Na concepção herbartiana, fonte na qual Freud foi buscar muitas de suas concepções, as representações harmônicas eram reforçadas, enquanto que as conflitantes eram “recalcadas” (termo esse cunhado por Herbart) (Bercherie, 1980[1989], FC, p.74).

O “eu” mutável não era uma unidade e sim uma estrutura dinâmica permeada por numerosos conflitos de tendências ou impulsos, em permanente evolução orgânica. A doença cerebral facilitava a emergência de emoções patológicas, o fluxo dos pensamentos, o estado de ânimo (humor basal), os sentimentos, enfim, toda a atividade psíquica e a estrutura do caráter. A sensação inicial de dor psíquica (moral) ou sentimento de angústia (a frenalgia de Guislain) podia ser combatida pelo “eu” ou então ser vivida sem resistência, evoluindo progressivamente para um novo estado patológico constituído por juízos falsos (delírios) e idéias fixas, difíceis de serem justificadas devido à intensidade do estado emocional e à dificuldade de refletir, compreender e modificar intelectualmente o estado ideofetivo. A transformação psicopatológica do “eu” podia diminuir a intensidade do conflito, mas dificilmente se extinguia esse novo e falso “eu” enlouquecido.

A intensificação do processo podia evoluir para formas muito destrutivas, caracterizadas por uma dissociação intensa das funções do “eu”, de modo incoerente ou contraditório (discordante), resultando num estado de demência global. A cura restringir-se-ia às fases iniciais do processo psicopatológico, quando o “eu” ainda tinha forças de reação ou

de reestruturação. Numa fase mais involuída haveria um tal estado de viciação e corrupção, de recalque e transformação em que o “eu” se fixaria na impossibilidade de recuperação da “doença do entendimento” e da lesão cerebral.

A nosologia de Griesinger apoiava-se nas teses de Johann Friedrich Herbart (1776-1841), um dos fundadores da psicologia moderna e o sucessor de Immanuel Kant (1724-1804) na cátedra de filosofia de Königsberg em 1809. Herbart foi aluno de Johann Fichte (1762-1814) e tentou fundar uma ciência naturalista do homem a partir do associacionismo inglês e do idealismo especulativo alemão, em sua principal obra “A Psicologia como Ciência fundada na experiência, na Metafísica e na Matemática” (*Psychologie als Wissenschaft, Neugegründet auf Erfahrung, Metaphysik und Mathematik, 1824*), que influenciou os austríacos Franz Brentano, Franz Exner e Sigmund Freud.

Griesinger contrastava as formas primárias, a depressiva e a expansiva, das formas secundárias, a saber: o delírio sistematizado, a demência agitada, a demência apática, o idiotismo e o cretinismo. A base da nosologia griesingeriana estava na idéia da evolução das formas clínicas, o que lhe permitiu isolar os delírios crônicos. Adotou também a tese da “Monopsicose” de seu mestre Zeller, que seria sistematizada por Neumann, em 1860, no sentido de que a loucura era uma única doença que poderia se expressar sob diversas formas clínicas, em fases sucessivas de um mesmo processo psicopatológico, da “Frenalgia” inicial à “Demência” completa terminal. Cada etapa do processo podia fixar-se ou regredir, dependendo da posição evolutiva inicial ou terminal em que se encontrasse (Bercherie, 1980[1989], FC, p.78).

Temos aqui, um novo critério clínico, a evolução, na construção nosológica da loucura. O sistema conceitual de Griesinger, embora dogmático, foi o reflexo da tradição acadêmica alemã que aliava a formação científica à filosófica.

## 1.5 OS FUNDAMENTOS DA NOSOLOGIA CLÁSSICA

Antoine J.L. Bayle (1799-1858), neuropsiquiatra francês, publicou em 1822 a sua obra “Investigações sobre as Doenças Mentais” (*Recherches sur les Maladies Mentales*) e, em 1826, o seu “Tratado das Doenças do Cérebro e das suas Membranas” (*Traité de Maladies du Cerveau et de ses membranes*), este último totalmente voltado ao estudo da “Paralisia geral” ou “Demência paralítica”, que ele havia descrito pela primeira vez em 1822.

As teses de Bayle foram rejeitadas em sua época e somente trinta anos após teria influência na psiquiatria. Ele contrastou nosograficamente o grupo da “mania-melancolia”, em que as faculdades mentais eram totalmente prejudicadas, com o grupo das “monomanias”, instintiva e intelectual, em que o prejuízo mental era parcial.

A nosografia de sua época carecia da entidade nosográfica “paralisia geral” (neurossífilis), que embora fosse uma síndrome reconhecida por Esquirol e Georget, era tida como uma simples complicação da loucura que poderia ocorrer em qualquer forma, principalmente na demência, com um prognóstico fatal em curto prazo. Para Baillarger, esse enfoque teórico, que Delaye e Calmeil defendiam, era dualista na medida em que considerava a loucura e a paralisia geral como sendo dois processos psicopatológicos diferentes (Bercherie, 1980[1989], FC, p.85). O objetivo de Bayle era evidenciar as causas imediatas da alienação mental, isto é, o seu substrato ou patogenia. Ele atribuiu à meningite crônica (aracnite crônica) a causa desencadeante de uma alienação mental que evoluía em três fases ou períodos: 1) exaltação; 2) agitação, com logorréia e às vezes furor; e 3) demência com incoerência e amnésia (Bercherie, 1980[1989], FC, p.86).

A paralisia geral incompleta seria semelhante à forma completa, mas a ela faltaria um dos períodos, o segundo ou de agitação. Antoine Bayle publicou em 1825 sua “Nova Doutrina das Doenças Mentais” (*Nouvelle Doctrine des Maladies Mentales*) onde

expressou seu anatomismo integral; Em sua obra “*Traité des Maladies du Cerveau et de ses Membranes*” (Paris, 1826, p.24-26) ele afirma que:

*... a maioria das alienações mentais é sintoma de uma flegmasia (inflamação) crônica primitiva das membranas do cérebro (...), algumas alienações muito raras dependem de uma irritação simpática do cérebro (...), um certo número de monomanias e melancolias prende-se primitivamente a uma lesão profunda e duradoura das afecções morais e a um erro dominante (...); Mas estou longe de não atribuir ao físico nenhuma influência no desenvolvimento dessas espécies de alienação (...). Há predisposições hereditárias e constitucionais (e)... essas espécies de alienação produzem no cérebro e em suas dependências alguns efeitos que, por sua vez, tornam-se causas de alguns sintomas (...), 4) o idiotismo decorre ordinariamente, (...) de um defeito inato na conformação ou na organização do cérebro. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.86)*

Bayle generalizou sua concepção anatomista à maioria das doenças mentais e tentou uma explicação patogênica dos sintomas, atribuindo à inflamação meníngea e à sua irradiação para o córtex cerebral a causa da exaltação do humor que desencadearia o delírio (delírio de bem estar) e a agitação; a demência e a paralisia seriam devidas à compressão e à atrofia progressiva do córtex. Essas idéias lhe pareceram confirmar as teses de Flourens e enfraquecer as de Gall, como também as de Foville e de Delay, sobre a questão da localização das funções intelectuais e motoras. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.86-7).

Apesar de não ter descrito as lesões primitivas do córtex na anatomo-patologia da paralisia geral, Bayle descreveu, pela primeira vez na psiquiatria, uma entidade mórbida fundada numa base anatomo-patológica evidente e que apresentava um caráter processual com uma seqüência temporal de diversos quadros clínicos sucessivos, associando simultaneamente sinais psíquicos e físicos (Bercherie,1980[1989],FC,p.87). O diagnóstico bayleano era feito a partir dos sintomas acessórios (idéias delirantes, afeto, distúrbios motores, etc.) e do conjunto de aspectos clínico-evolutivos, rumo à conclusão do processo demencial, quando os sintomas se tornavam mais característicos (Bercherie, 1980[1989], FC, p.88). Deste modo, “*não se tratava da monomania, da mania ou da demência, mas de um processo*

*específico que integrava estados monomaniacos, maníacos e demenciais específicos que era possível distinguir de outros estados da mesma ordem*". (Bercherie, 1980[1989], FC, p.88)

Bayle propôs uma teoria monista para a paralisia geral ao considerar as lesões intelectuais e motoras como simultâneas e dependentes de um mesmo processo mórbido (Bercherie, 1980[1989], FC, p.88). Parchappe, aluno de Esquirol, foi o primeiro a admitir a paralisia geral como unidade clínico-evolutiva e anatomo-patológica, isto é, "*uma doença sintomaticamente caracterizada por uma lesão apirética (sem febre), simultânea e geral da inteligência, da motilidade voluntária e da sensibilidade*", uma lesão "*constante e patognomônica, um amolecimento inflamatório da camada cortical*", que nem sempre acompanhava a meningite crônica (Bercherie, 1980[1989], FC, p.88-9). A loucura paralítica, na expressão de Parchappe, apresentava-se intelectualmente como um enfraquecimento demencial puro, ou então como um delírio maníaco, com idéias de riqueza e grandeza.

Baillarger descreveu, pela primeira vez, a variedade melancólica da paralisia geral com delírio hipocondríaco (Síndrome de Cotard) e publicou numerosos casos da forma demencial pura, sem delírio, de demência paralítica (Bercherie, 1980[1989], FC, p.89).

Jules Falret (1824-1902) retomou a teoria monista de Antoine Bayle enquanto Baillarger assumiu o dualismo de Esquirol, opondo a "demência paralítica pura" às "loucuras paralíticas" (congestivas), nas quais o delírio antecedia a paralisia, a demência e a morte, que seriam complicações lesionais da congestão cerebral. O dualismo baseava-se nos numerosos casos, totalmente idênticos clinicamente e que pareciam terminar em cura, sem o aparecimento da paralisia; a doutrina bayleana impôs-se lenta e progressivamente, rumo à demolição de edifício nosológico esquiroleano. Jean-Pierre Falret procurou reestruturar completamente o campo nosológico psiquiátrico, a partir de uma concepção anatomo-fisio-psicológica, fundada num paralelismo psicofísico e que consistia em "*encontrar uma lesão de*

*alguma faculdade para colocá-la em paralelo com cada um dos atos dessa faculdade no estado normal*". (Bercherie, 1980[1989], FC, p.93)

A doença mental era uma doença cerebral cuja "*modificação orgânica primária era desconhecida em sua essência, mas apreensível em seus efeitos*" (Bercherie, 1980[1989], FC, p.95); tais efeitos eram modificações sutis que criavam "a aptidão para delirar", isto é, um fundo mórbido e autônomo engendrava idéias delirantes (delírios) que se desenvolviam segundo leis próprias. No entanto, J.-P. Falret acreditava na eficácia do tratamento moral e criticava os somatistas alemães e Moreau de Tours, os quais queriam identificar o delírio agudo das doenças somáticas, e das intoxicações, ao delírio crônico da loucura.

J.-P. Falret, publicou sua tese "A Loucura Circular" (*De la Folie Circulaire*) e reclamou a prioridade da descrição da loucura de forma dupla (futura psicose maniaco-depressiva ou transtorno afetivo bipolar) em suas aulas clínicas de 1850, contestando a paternidade da entidade clínica a Baillarger. O pensamento de J.-P. Falret introduziu uma distância fundamental entre a clínica e a nosologia, em que as espécies constitutivas de um mesmo gênero eram separadas pelo jogo das diferenças e das semelhanças, isto é, pelo método taxionômico que estruturou os saberes da idade clássica. (Bercherie, 1980[1989],FC,p.105).

Benedict Augustin Morel, em seu "Tratado de Doenças Mentais" (*Traité des Maladies Mentales, Paris, 1860*) afirmava que:

*Assim, é indispensável que a causa que produz a loucura extraia os elementos de sua atividade de uma ordem de fatos que se originem e se rejam de tal maneira que deles resultem efeitos determinados, fixos e invariáveis, que produzirão necessariamente, não apenas a loucura, com todas as suas conseqüências, como também, antes, uma dada variedade de loucura e não outra.*  
(Bercherie, 1980[1989], FC, p.107).

Por conseguinte, o problema das entidades ou formas naturais, que para J.-P. Falret tinham uma existência independente de seus homólogos, foi considerado resolvido por B.A. Morel através dos critérios de unidade (do quadro clínico), de evolução e de causa. Morel tentou mudar o eixo da orientação analítica de J.-P. Falret para uma orientação sintética ou global, baseada no fator etiológico. (Bercherie, 1980[1989],FC,p.105)

O maior problema das classificações etiopatogênicas era a existência de listas intermináveis de causas, a exemplo de Winge (1860), Hack Tuke (1870) e Henry Maudsley em seu tratado de 1876 (*La Pathologie de l'Esprit*). Morel, para fugir de uma simples enumeração etiológica, procurou estabelecer uma distinção entre 1) causas racionais, que incluíam fatores físicos e morais e 2) causas determinantes, tais como as loucuras por intoxicação, as loucuras decorrentes das neuroses (histeria, hipocondria e epilepsia), as loucuras simpáticas provenientes de outros órgãos que não o cérebro e as loucuras idiopáticas do cérebro (paralisia geral, etc).

A atribuição de uma causa determinante à loucura abriu caminho para a tese da degenerescência hereditária, considerada como a causa mais importante e mais difundida das doenças mentais, conforme o seu Tratado das Degenerescências, de 1857 (*Traité des Dégénérescences*) e de sua parte aplicada, o Tratado das Doenças Mentais, de 1860 (*Traité des Maladies Mentales*). Para Morel, “*a doença mental não é outra coisa senão a expressão sintomática das relações anormais que se estabelecem entre a inteligência e seu instrumento enfermo, o corpo*” (Bercherie, 1980[1989], FC, p.109); assim, a base da doença mental concebida por Morel coincide com a das teorias organicistas.

A essência da doutrina da degenerescência de Morel consistia no aspecto de transmissibilidade hereditária da degenerescência, isto é, na crença de que o portador de tal carga degenerativa herdada estaria condenado à incapacidade e à transmissibilidade aos descendentes, numa hereditariedade progressiva em que o germe patológico iria se

transmitindo e seus efeitos iriam se agravando, tornando seus descendentes cada vez mais decadentes, física e moralmente, até a esterilidade, a imbecilidade, a idiotia e a degenerescência cretina, terminando na extinção da linhagem pela eliminação natural. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.110)

A idéia de que os indivíduos que apresentavam traços de caráter anormais desde a infância eram portadores de defeitos hereditários veio a ser a base sobre a qual a psicologia dinâmica viria estruturar o seu edifício teórico, pois da idéia de uma somatogênese para a de uma psicogênese, filogeneticamente herdada, havia pouca distância. Entretanto havia na nosologia moreliana a classe das loucuras simpáticas, de excelente prognóstico, que desapareciam quando a causa patológica desencadeante findava, isto é, os sujeitos eram isentos de predisposição ou de lesão cerebral adquirida; tal concepção “somatista” persistiria em todas as nosologias até Kraepelin.

Karl Ludwig Kahlbaum rejeitou a teoria da degenerescência e tornou flexível o quadro clínico etiopatogênico, edificando uma classificação etiológica baseada numa oposição entre doenças mentais 1) idiopáticas propriamente ditas; 2) simpáticas, equivalentes ao delírio agudo de Georget; e 3) estados congênitos ou adquiridos de debilitação psíquica, isto é, demências involutivas precoces ou da adolescência e demências senis. Segundo Bercherie, a grande idéia de K.L. Kahlbaum foi a divisão das doenças mentais verdadeiras (idiopáticas) em duas classes: 1) com dissociação mental, evolução cíclica e semelhante à paralisia geral; e 2) sem dissociação mental ou enfraquecimento secundário (Bercherie, 1980[1989], FC, p.126). A obra prima clínica de Kahlbaum foi “A Katatonia ou A Loucura de Tensão” (*Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, 1874), que ele definiu como sendo uma “doença cerebral de evolução cíclica, alternante, na qual a sintomatologia psíquica apresenta sucessivamente o aspecto da melancolia, da mania, do estupor, da confusão (*Verwirrtheit*) e da demência (*Blödsinn*)”, e em que o estado de estupor, a flexibilidade cérea



(rígida como estátua de cera), os ataques de contraturas musculares e as convulsões eram as características principais. (Bercherie,1980[1989],FC,p.126)

Para Kahlbaum, a catatonia apresentava uma simetria clínica com a paralisia geral, uma vez que os sintomas motores tendiam ao espasmo, ou seja, à contratura muscular; Kraepelin retomaria o mesmo quadro clínico posteriormente, ocasião em que o mesmo seria então aceito universalmente.

## **1.6 A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA NO PERÍODO CLÁSSICO**

O período clássico (1876-1911) é a fase em que o método clínico atingiu o limite de uma certa homogeneidade de concepções ou posições doutrinárias, a partir de modelos neurológicos ou mecânicos; a psiquiatria se tornou um ramo da neurologia, a neuropsiquiatria, e os psiquiatras eram também neurologistas. A corrente teórica denominada “psiquiatria biológica” é a representante atualizada, no século XXI, desta tendência organomecânica, associada à teoria da hereditariedade, e que se apóia na concepção neurocientífica do cérebro como o substrato fundamental da organogênese psicopatológica.

No final do século XIX, os dogmáticos se anteciparam aos resultados por eles esperados e traduziram a clínica psiquiátrica em metáforas neurológicas, principalmente Meynert e Wernicke; a doutrina das localizações cerebrais atingiu então sua era de ouro. A época clássica ficou marcada por uma única teoria psicológica dominante, o “associacionismo”, ao contrário da época anterior em que havia diversos tipos de teorias psicológicas tais como: 1) o sensorialismo dos ideólogos; 2) o espiritualismo eclético de Maine de Biran e Jouffroy; 3) a teoria do automatismo de Baillarger, que seria agregada ao

evolucionismo de Spencer por Jackson; e 4) o início das teorias fenomenológicas posteriores nas teorias de Griesinger, Jules Falret e Morel. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.133-4)

A atividade psíquica era uma atividade associativa concebida a partir do modelo teórico do arco reflexo, do princípio de associação de idéias dos psicólogos associacionistas e dos feixes associativos dos neurologistas. A associação entre as imagens ou representações das percepções constituía os complexos de imagens correspondentes ao mundo real, à subjetividade e às abstrações (conceitos, valores, objetos irrealis, etc.). Tais complexos representacionais ligavam-se aos símbolos verbais com seus componentes auditivos, visuais, cinestésico-lingüísticos, etc. A ação conjunta dos estímulos externos (sensopercepção) e das necessidades fisiológicas motivavam a atividade psíquica representada pela lembrança de experiências anteriores agradáveis (prazer) ou desagradáveis (desprazer), que regiam a conduta do indivíduo. A complexificação dos estados elementares de prazer correspondentes à satisfação de uma necessidade ou de desprazer correspondentes à insatisfação ou perigo, explicava as condutas ou as motivações superiores, isto é, os valores sociais abstratos, o amor, a religiosidade, etc. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.135)

As funções psíquicas superiores podiam ser explicadas por duas grandes tendências teóricas, cujas explicações consistiam basicamente no que segue: 1) a escola inglesa tinha uma concepção mais fisiológica do Inconsciente enquanto algo que não havia atingido o limiar da consciência, isto é, o nível funcional dos fenômenos conscientes, na esteira teórica de Jackson e do biologismo evolucionista de Spencer e de Darwin; 2) a escola alemã descendia de Herbart e considerava a consciência como uma função limitada a um “lugar” ou topografia, ao lado de outras áreas de atividade psíquica.

A psiquiatria alemã clássica resultou numa síntese que abarcava tanto o princípio etiopatogênico griesingeriano quanto as formas sindrômicas morelianas e sua teoria de degenerescência; A escola de Illenau, uma instituição nosocomial em Baden (Alemanha),

representou a principal corrente teórica da psiquiatria clássica alemã, com Schule e Krafft-Ebing; Este último mais tarde iria para a universidade de Viena. A classificação do Tratado de Krafft-Ebing (1840-1903) baseava-se na distinção entre psicoses, psiconeuroses (neuroses das funções mentais) e degenerescências psíquicas (constituição nervosa e psíquica anormal).

O tratado de Schule perdia-se em múltiplas distinções de formas clínicas precisas, com quinze formas diferentes de paranóia aguda, sete formas de paranóia histérica, etc. Schule baseava-se numa hipótese fisiológica em que a fragilidade do funcionamento mental resultava de uma “tara” ou defeito hereditário, com prejuízo cerebral profundo e danos subcorticais. A psiquiatria italiana aliou-se à alemã e sofreu a influência de Cézare Lombroso, que defendia a idéia de que a degenerescência era um retorno involutivo a etapas ultrapassadas da história da humanidade e o criminoso “nato” era uma espécie de homem primitivo sem o controle de seus instintos selvagens. Krafft-Ebing, cuja concepção clínica se fundamentou nos parâmetros etiopatogênicos de Griesinger e sindrômico de Morel, dizia que *“há na patologia três modalidades de classificação: 1) anatômica; 2) etiológica e 3) clínica e funcional, segundo a forma particular dos distúrbios das funções produzidos pelo processo mórbido”*; tratou-se, assim, de uma concepção mais propriamente sindrômica e não apenas clínico-evolutiva. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.146)

No entanto, Ziehen rejeitou o conceito moreliano de degenerescência como um critério nosológico e adotou o critério clínico-nosológico de Esquirol (1772-1840). Valentin J.J.Magnan (1835-1916) sintetizou as principais concepções teóricas da psiquiatria francesa na década de 1880, tendo sido aluno de Baillarger, de Lucas e de Jean-Pierre Falret (1794-1870), e sofreu a influência da obra de Lasègue, de Jules Falret (1824-1902) e de seu amigo e colaborador Jean-Martin Charcot (1825-1893), que buscava isolar os sintomas típicos que constituem o tipo clínico completo (entidade mórbida) para que não pudessem ser confundidos com os de outra doença; também Freud utilizaria os métodos clínicos de Charcot

para diferenciar nosologicamente as neuroses de angústia, obsessiva, fóbica e neurastênica (Bercherie, 1980[1989], FC, p.158-9, notas 2 e 3). O tipo clínico completo de Charcot reunia a maioria dos sintomas conhecidos, mas a grande maioria dos casos se apresentava de forma incompleta, imperfeita, frustra ou rudimentar, com cada um dos componentes sintomáticos conservando sua autonomia. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.149)

Desse modo, a histeria de Charcot apresentava estigmas permanentes na forma de anestésias cutâneas, paresias, tremores, distúrbios visuais, etc., que contrastavam com os acidentes paroxísticos, como o edema azulado, a febre, etc., e com o estado mental permanente dos histéricos, ou seja, o temperamento afetivo superficial. A grande crise histérica era constituída de quatro períodos: 1) epileptóide ou da falsa convulsão; 2) contorcional, com movimentos amplos e atitudes grotescas e excêntricas (clownismo); 3) passional ou de atitudes passionais; 4) delirante ou de delírio; e 5) hipnóide ou dos fenômenos do “grande hipnotismo”, cujas crises se completariam com o fenômeno da letargia, do sonambulismo e da catalepsia.

O temperamento histérico, um estado quase permanente de caráter, de muitos doentes dos asilos de alienados, associava-se a manifestações conflitivas neuróticas, aos distúrbios caracterológicos e aos estados delirantes, enquanto que os doentes neuróticos dos consultórios neurológicos geralmente apresentavam os estigmas mais simples de emotividade, impressionabilidade e sugestionabilidade (Bercherie, 1980[1989], FC, p.150).

O entendimento dessa distinção reforçou a tese de Magnan, expressa em sua obra intitulada “Da coexistência de múltiplos delírios de naturezas distintas no mesmo alienado” (*De la Coexistence de Plusieurs Délires de Natures Différentes chez le Même Aliéné*), onde ele considera que as psicoses prolongadas e os distúrbios de comportamento da “loucura histérica” deviam ser atribuídos às associações mórbidas nas quais Magnan já havia insistido (Bercherie, 1980[1989], FC, p.150; nota10,p.159).

A classificação de Magnan, de 1882 (reproduzida em *Leçons Cliniques*, de 1893, p.203) contrastava os estados mistos e as loucuras propriamente ditas ou psicoses; os estados mistos reuniam 1) os distúrbios mentais orgânicos como por exemplo a epilepsia, a paralisia geral, o alcoolismo, o cocainismo, etc., 2) as neuroses como a histeria e a “epilepsia”, 3) as intoxicações e 4) o cretinismo mixedematoso.

As psicoses dividiam-se em: 1) loucuras dos degenerados, isto é, a degeneração hereditária manifesta e 2) as psicoses “latentes”, cujos doentes eram predispostos mas não manifestava um desequilíbrio psíquico específico ou um estigma físico evidente de degenerescência. As psicoses, segundo Magnan, compreendiam as seguintes: 1) Mania e Melancolia Puras (elementos simples) que diferiam dos estados maníacos e melancólicos das psicoses orgânicas, como a paralisia geral, a epilepsia, a degenerescência e a loucura intermitente; 2) Delírio Crônico de evolução sistemática; 3) Loucuras Intermitentes de ataques maníacos ou melancólicos, isolados ou combinados, que embora hereditários pareciam constituir uma transição entre as psicoses não-degenerativas e as loucuras dos degenerados.

O problema da estrutura geral do delírio aparece nas descrições clínicas do Delírio Crônico de Magnan em suas quatro fases ou períodos: 1) incubação e inquietação; 2) perseguição; 3) grandeza; e 4) demência. A noção fundamental da estrutura geral do delírio será retomada na obra de Séglas e posteriormente em Kretschmer, Minkowski, Ey, etc. Com relação às degenerescências hereditárias e adquiridas, o conceito de “adquirido” é concebido como uma herança de si próprio, conforme a expressão de Lasègue em *“Les Cerebraux”* (*Études médicales*, 1880, I, p.567-584). Magnan aproximou as degenerescências hereditárias e adquiridas consoante o critério de Morel, em que os retardos mentais e os distúrbios de caráter ou de personalidade constituem o grupo dos “hereditários degenerados”, dividido em quatro tipos: 1) idiotas; 2) imbecis; 3) débeis mentais; e 4) degenerados superiores; esses dois últimos pertenciam às denominadas Loucuras Degenerativas. Havia transições imperceptíveis

que evidenciavam o aspecto de continuidade e de homogeneidade do grupo (Bercherie,P., FC,1989[1980],p.156).

Magnan isolou as entidades constitutivas da doença mental e implantou solidamente a essência teórica de Jean-Pierre Falret, a partir do ponto de vista sintético e da classificação etiológica de Baillarger e de Morel; foi atacado em diversos pontos pela escola da Salpêtrière, descendente de Jules Falret (Bercherie, 1989[1980], FC, p.158). A partir do ensino de ambos os Falret (Jean Pierre e Jules), houve uma ruptura que se introduziu entre a clínica e a nosologia (ou nosografia), na forma de um distanciamento metodológico, agora não mais entre a observação e a explicação, mas sim entre a análise e a síntese (Bercherie, 1989[1980], FC, p.158).

Emil Kraepelin (1856-1926), contemporâneo de Sigmund Freud, publicou o seu “Compêndio de Psiquiatria” em 1883; sua classificação nosológica, puramente sindrômica, utilizava-se de um parâmetro diacrônico semelhante ao de Griesinger; Kraepelin, aluno de Wundt, considerava que a investigação psicológica experimental era indispensável à estruturação nosológica, assim como também à análise psicológica, para a compreensão das doenças mentais a partir dos conceitos da psicologia “normal”, ao contrário da psicologia francesa da mesma época, a de Claude Bernard, na qual cabia à patologia orgânica explicar a normalidade. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.162 e nota 2, p.175)

Enquanto Krafft-Ebing tinha como critério nosológico os parâmetros 1) anatomo-patológico; 2) etiológico e 3) clínico, o mesmo não aconteceu com Kraepelin, que modificou essencialmente tais parâmetros, a partir de Kahlbaum e de Griesinger, adotando um critério clínico-evolutivo e eliminando assim, na Alemanha, os últimos vestígios das concepções oriundas de Pinel e de Esquirol. Um exemplo desse modo clínico-evolutivo de proceder, isto é, pela análise da evolução e da estrutura clínica, foi a rejeição do grupo das “psiconeuroses”, as quais eram consideradas por Kraepelin como simples síndromes clínicas

que podiam pertencer a diversas unidades evolutivas como os estados confusionais tóxicos infecciosos ou de esgotamento, a psicose maníaco-depressiva, a paranóia e os processos demenciais (Bercherie, 1980[1989], FC, p.165-6).

A neurastenia desapareceu do grupo das neuroses; a neurose traumática (*Schreckneurose*) foi incluída; a loucura obsedante reintegrou as degenerescências constitucionais e a paranóia dividiu-se em função de sua estrutura clínica em formas combinatórias (interpretativas) e formas fantasiosas (alucinatórias). A nosografia kraepeliniana apresentava duas classes principais, a saber: 1) psicoses adquiridas (sintomáticas de Baillarger ou exógenas, como seriam definidas dez anos após) e 2) psicoses constitucionais (degenerativas ou endógenas).

A concepção geral de Kraepelin era simples:

*Uma vez que, até agora, nem na anatomia patológica, nem na etiologia, nem na clínica as pesquisas avançam o bastante para nos fornecer um fundamento seguro com vistas à classificação dos distúrbios mentais, devemos, para levar ao cabo nossa obra, utilizar os recursos que forem colocados à nossa disposição por esse três lados. (Kraepelin, E., prefácio do segundo volume da 7ª edição, de Psychiatrie, 1904). Desse modo, Kraepelin opôs as doenças mentais adquiridas, de origem exógena, às doenças congênitas, de origem endógena.*

(Bercherie, 1980[1989], FC, p.169)

A *dementia praecox* sugeria a existência de lesões cerebrais, o que Klippel e Lhermitte acreditaram ter descoberto a partir de 1904, ou então a existência de fatores autotóxicos ou toxometabólicos com ação sobre o sistema nervoso central. Os fatores exógenos agiriam sobre um “fundo mórbido” permanente provocando, por exemplo, a psicose maníaco-depressiva e a paranóia, assim como agiriam também na produção dos sintomas das grandes “neuroses”, embora aqui o fundo mórbido fosse permanente (Bercherie, 1980[1989], FC, p.169; nota 7, p.175).

Os ataques maníaco-depressivos eram constituídos pelo distúrbio das três faculdades mentais elementares: 1) Ideativa ou cognitiva (delírios, aceleração ou lentificação

ideativa); 2) Afetiva ou da série sensopercepção-sentimento (humor exaltado ou depressivo); e 3) Volitiva ou conativa (inibição ou agitação psicomotora; hiperbulia, hipobulia e abulia (de *boulé*, *boulesis*, vontade, intenção). Havia casos de loucura maníaco-depressiva em que a crise era inteiramente mista, sendo assim denominados: melancolia agitada, mania confusa, mania colérica, estupor maníaco, melancolia com “fuga de idéias” (rápida alteração de assunto), mania com inibição motora, etc.; portanto, havia inibições ou exaltações parciais em todas as funções ou faculdades mentais. As síndromes clinicamente heterogêneas, graças ao critério evolutivo e à análise psicológica de orientação teórica wundtiana, de caráter atomista, foram agrupadas numa “entidade mórbida” (Bercherie, 1980[1989], FC, p.171-2)

Kraepelin estabeleceu a distinção entre os sintomas fundamentais e os secundários da Demência Precoce; Eugen Bleuler, ao contrário, tentou contrastar o distúrbio gerador fundamental, diretamente originado da lesão cerebral (sinais primários), com a reação da personalidade (sinais secundários). Os pontos fracos das concepções kraepelinianas podem ser assim resumidos: 1) a fragilidade relativa da constituição do grupo endógeno em que os mesmos quadros clínicos (confusão mental, demência) estão distribuídos nas diferentes categorias em função de sua causa ou de seu substrato anatômico (aspecto etiológico). 2) a importância atribuída aos estados terminais na formação dos grupos nosológicos, ao contrário da concepção de Jean-Pierre Falret e de Jules Falret, os quais valorizavam a especificidade clínica em toda as etapas da doença (aspecto evolutivo); e 3) a importância constitutiva da análise psicológica ou psicopatológica na caracterização do grupo dos processos demenciais, isto é, da “demência precoce”.

A partir do fato de que há sintomas fundamentais idênticos na demência precoce, nas paranóias alucinatórias (delírios sistematizados fantasiosos) e na “*dementia paranoides*”, Kraepelin reuniu-as todas sobre a denominação de Demência Precoce (*Dementia Praecox*), a partir principalmente da análise psicológica. A dependência teórica e



metodológica à escola de Illenau e às concepções de Krafft-Ebing impediu Kraepelin de anunciar as novas tendências da psiquiatria moderna, como Eugen Bleuler e outros vieram fazer.

A definição de Mania de Pinel não apresentava o caráter de uma afecção cerebral, isto é, não apresentava uma localização anatômica e funcional, e nem atribuía um valor clínico específico à evolução ou cronicidade, conforme assinalou A. Linas em sua obra “*Manie*” de 1876:

*Essas duas definições, análogas na aparência, apresentavam, na realidade, diferenças profundas, essenciais; A de pinel não prejulga nada sobre a natureza e a sede da mania; Ademais ela não conta a marcha e a duração do delírio entre os elementos patognomônicos da mania. A definição de Esquirol, ao contrário, faz da mania, muito formalmente, uma afecção cerebral; ela a localiza anatômica e funcionalmente no cérebro: e, além disso, ela atribui à cronicidade um valor característico. (Linas, 1876, Manie, p.509; in: Pessotti, 1994, LE, p.171-2)*

A. Linas (1876) considera que a Mania se caracteriza, no nível físico e moral, por uma intensa excitação nervosa, e por uma ou mais lesões funcionais do entendimento, associado a emoções alegres ou tristes, extravagantes ou furiosas, e que a nosografia mais simples e mais ampla de Pinel é preferível à classificação mais estreita de Esquirol. (Pessotti, 1994, LE, p.172)

A multiplicidade confusa das nosografias do século XIX refletia um conflito epistemológico ou uma dificuldade teórica fundamental: a falta de uma definição inequívoca do conceito de Loucura e das suas formas diante das demais formas de doenças mentais, na medida em que o antigo critério que definia a loucura como uma perda apirética (sem febre) da razão mostrava-se insuficiente, aliás, já ao tempo de Hipócrates. A “desrazão apirética” já era um sintoma na concepção humoral hipocrática, francamente organicista. A antiga distinção entre a melancolia e a mania a partir da distinção entre delírio restrito ou particular, no caso da Melancolia, e delírio geral ou universal, no caso da Mania, passou a conviver com os “avanços” na busca de um substrato orgânico específico (neuroanatômico). No entanto,

mesmo após o abandono das teorias organicistas antigas, como a iatroquímica, a pneumática e a iatromecânica, a teoria da loucura permanece confusa devido à falta de uma clareza quanto à etiologia e, como consequência, as nosografias tiveram que se contentar com o critério baseado nas diferenças e semelhanças empíricas dos quadros clínicos mais amplos (síndromes) em detrimento da precisão das “doenças”. O conceito pineliano de causa é excessivamente amplo e vago, englobando fatores causais orgânicos crônicos e episódicos ao lado de fatores afetivos, desejos frustrados, índole melancólica, leitura de romances e traços étnicos. No entanto, a contribuição epistemológica de Pinel é bastante discutível, apesar da inegável contribuição do seu método clínico sistemático baseado na observação empírica. (Pessotti, 1994, LE, p.174)

Não obstante, a introdução revolucionária da observação clínica sistemática por Pinel não resolve a questão epistemológica, isto é, a falta de uma teoria da clínica da loucura que forneça respostas a questões do tipo: 1) Em quê deve se basear um diagnóstico verdadeiro? ; 2) Como diagnosticar pacientes já previamente “diagnosticados” como loucos, já que perderam a sua identidade por estarem confinados de longa data em manicômios? 3) Que critérios diagnósticos garantem o correto diagnóstico diante da falta de uma teoria consistente e bem elaborada, livre de fundamentos equivocados? A resposta a essas e outras tantas questões é obviamente teórico-dependente, razão da multiplicidade das escolas psicopatológicas e do insucesso das nosografias divergentes. A nosologia procurou, então, distanciar-se do psicologismo e do organicismo incipientes, evitando os equívocos e as insuficiências dos critérios baseados exclusivamente na sintomatologia, na anatomia patológica ou na etiologia de qualquer natureza. A via alternativa passou a ser o critério nosológico negativo baseado na “ausência de alterações” anatomopatológicas na vigência do estado de alienação. O problema de tal critério permanecia no que diz respeito aos critérios de decisão e de verificação da ausência de lesão funcional, do mesmo modo que no caso da loucura

associada a lesões neuroanatômicas não evidentes ou, ainda, a presença de lesões semelhantes em casos de pacientes “sãos” e alienados, isto é, o problema da verificação científica ou da validade objetiva da correlação entre os sintomas e a suposta lesão causal. O século XIX ficou marcado pela urgente necessidade de introduzir critérios de validade e objetividade no confuso e polimórfico campo epistemológico das inúmeras nosologias e nosografias a partir da obra de Pinel e do sonho positivista de desvendar as incógnitas da psicopatologia e de seu complexo objeto, o alienado mental. A confusão doutrinária pós-pineliana impedia o consenso acerca de uma definição heurísticamente útil da loucura que pudesse levar a uma hermenêutica satisfatória e a uma teoria geral e consensual da psiquiatria clínica. Acresce a isso a reação anti-localizacionista e anti-reducionista que já vinha se anunciando no que veio a ser a revolução psicodinâmica da virada do século XIX e início do século XX. A doutrina pineliana derivava coerentemente de um critério geral de definição e de classificação que se apoiava epistemologicamente na suposição moralista e pedagógica de repressão das más tendências e encorajamento das boas virtudes com vistas à reinserção social do paciente, mas os resultados das coerções morais nem sempre traziam os resultados desejados. Os absurdos métodos terapêuticos acompanharam a imensa proliferação de doutrinas igualmente absurdas durante todo o período que se denominou “o século dos manicômios”. A necessidade de se evitar a progressiva proliferação de manicômios e o igualmente progressivo aumento da quantidade de pacientes dentro destes levou a ciência médica a priorizar os métodos físicos de tratamento, em detrimento dos meios pedagógico-morais preconizados por Pinel, a fim de atender às necessidades econômico-financeiras do sistema de saúde pública; os pontos de vista divergentes conflitavam tanto em relação à nosografia, à distribuição da loucura em gêneros, espécies e subespécies, quanto em relação às modalidades terapêuticas baseadas nas diferentes teorias nosológicas.

M. Parchappe, em sua obra estatística, denominada “*Aliénation*”, de 1870, pretendeu elaborar uma concepção objetiva e acabada da teoria da loucura e das deficiências mentais a partir de dados censitários de incidência de alienação mental na população de diversos países europeus. Ele obteve a sua taxa ou índice de incidência de alienação mental agrupando as taxas de loucura e de idiotia por variação temporal, distribuição quanto ao sexo, tipo de profissão, faixa etária, raça, estado civil, hereditariedade, posição social, causas de internação, etc. O problema da coleta de dados estatísticos, entretanto, não estava tanto nas deficiências metodológicas dos recenseamentos e nas variações na composição da população em diferentes países, mas muito mais na falta de discussão e de solução do problema sobre a natureza dos fatos considerados para fins de classificação dos casos de loucura e de idiotia. O problema diagnóstico, que subjaz aos estudos estatísticos, continuava a exigir avanços. À época, os estudos mostravam que a maior taxa de loucura em mulheres nos asilos de alienados refletia dois aspectos importantes: a longa permanência asilar e a maior taxa de mortalidade entre homens. O que diferia da taxa de internações ou admissões por loucura que era maior nos homens do que nas mulheres.

Em suma, o estudo estatístico das causas predisponentes de loucura mostrava que a frequência era maior em adultos entre trinta e quarenta anos de idade e em pessoas solteiras ou viúvas. A loucura ocorria mais em profissionais liberais e artistas e menos entre os comerciantes e funcionários públicos, mais entre judeus do que entre cristãos, etc. (Pessotti, 1994, LE, p.177-184).

As causas predisponentes não se confundiam com as causas determinantes ou precipitantes da loucura, as quais se agrupavam em quatro classes: 1) causas morais, relativas às necessidades vitais e interesses sociais como religião, amor, laços afetivos familiares, fortuna, reputação, conservação, pátria, etc; 2) causas decorrentes dos abusos ou excessos das faculdades humanas que imprimem uma atividade excessiva às funções cerebrais, na busca

intensa ou desordenada de prazeres intelectuais, sensuais, hábitos viciosos e não-razoáveis, etc; 3) os estados mórbidos primitivamente cerebrais que possuem uma influência maior que as atribuídas às causas orgânicas extracerebrais ou externas ao organismo; 4) causas externas, químicas e físicas, que perturbam as funções cerebrais e levam à loucura. Além disso, a ordenação das causas da loucura em ambos os sexos levavam a crer que as causas que agiam “diretamente” sobre o cérebro, os excessos sensuais, eram mais freqüentes entre os homens, enquanto que as causas morais, interesses afetivos e familiares, eram mais freqüentes entre as mulheres. Enfim, a busca de correlatos orgânicos era o principal objetivo da ciência neuropsiquiátrica do final do século XIX e o paradigma reinante era o de que:

*A loucura tem como causa determinante, geralmente, uma influência exercida diretamente ou especialmente sobre o cérebro. (...) Mesmo quando as causas predominantes são ditas morais, a ação delas se exerce sempre sobre funções encefálicas. Entre as causas determinantes da loucura, as mais freqüentes são, sem comparação, aquelas que se traduzem, em definitivo, por uma modificação e uma reação cerebrais; Tais são as causas morais que põem em jogo as funções cerebrais, sentimentos, paixões e afeições. (Pessotti, 1994, LE, p.183)*

A concepção organicista da loucura da segunda metade do século XIX enfatizava a ação dos fatores causais precipitantes ou determinantes sobre o “terreno orgânico” predisponente, o sistema nervoso, o que imunizava a teoria anatomofisiológica do fantasma metafísico ou metapsicopatológico das especulações filosóficas. O que se procurava negar era a idéia de que a concepção organicista cometia a ingenuidade positivista de desconsiderar que o paradigma organogenético continha, implicitamente, pressupostos epistemológicos ou filosóficos que atribuíam à matéria neurocerebral propriedades primárias e relegavam às propriedades psíquicas o caráter de epifenômenos. A partir desse tipo de postulado organocêntrico restava apenas à ciência da mente, ou mais exatamente do cérebro, aguardar os desenvolvimentos da tecnologia experimental aplicada à neurofisiologia, neuroquímica, neurofarmacologia, etc. O neo-organicismo da psiquiatria biológica do século XXI nasceu do organicismo pós-pineliano do século XIX. Há que se levar em conta,

entretanto, que o termo organicismo possui várias acepções e o interesse pelos correlatos neurofisiológicos e neuroquímicos dos diversos distúrbios mentais fazem parte do complexo objeto que se nomeou com o termo Loucura. Entretanto, antes do advento da revolução psicodinâmica, que procurou resgatar o humanismo já contido nos ideólogos românticos da época de Pinel, o postulado organicista reinante era o de que a essência da loucura ou seu substrato orgânico é uma “lesão” neuroanatômica (estrutural) ou neurofisiológica (funcional). O grande problema envolvido na determinação da loucura, a etiologia, permanece: O que é a loucura e quais são as suas causas? Que critérios nosográficos e postulados epistêmicos devem ser utilizados para se diferenciar as causas orgânicas das causas ditas morais (afetivas, psico-sociais)? A resposta organicista a essas e outras questões comete o equívoco de uma *petitio principii* (petição de princípio) ou circularidade epistemológica na medida em que coloca como substrato primário da gênese da loucura os mesmos elementos causais que poderia agir como fatores precipitantes. Os postulados principais do organicismo desta época podem ser resumidos do seguinte modo: 1) não há um aparelho psíquico ou um substrato do gênero; 2) as causas morais (afetivas) não produzem diretamente a loucura mas agem sobre o substrato de causas predisponentes, isto é, sobre o cérebro; 3) as causas primárias da loucura são os processos de natureza orgânica, como o sexo, a idade, a regularidade da atividade sexual, etc; 4) fatores causais morais como as emoções, os desejos, as frustrações, etc., podem incidir indiretamente sobre o sistema nervoso predisposto e desencadear secundariamente a loucura. Daí, o desinteresse pelas vivências emocionais e pelas questões relativas ao inconsciente e à consciência. (Pessotti, 1994, LE, p.185-6)

## 1.7 O ORGANICISMO REALISTA

Uma outra modalidade de convicção organicista é o “organicismo realista” ou “não encefalista” de Carlo Livi (1823-1877), diretor do manicômio de Siena, que publicou em 1875 um artigo intitulado “*Del metodo sperimentale in freniatria*”, no qual afirmou que os “três guias e mestres” que levarão à solução do problema da loucura são: o microscópio, a experimentação e a observação. (Pessotti, 1996, SM, p.244)

Numa de suas obras (“*Relazione del Manicomio S. Nicolo di Siena*”, 1876)

Carlo Livi afirmou que:

*A loucura não pode ser considerada de outro modo, senão como doença corporal [...] [Mas] o tratamento físico se exerce não sobre o estado doentio, não sobre a causa, mas sobre o efeito, não sobre a doença, mas sobre algum elemento doentio conhecido. Como se pode, realmente, dirigir o tratamento para o estado doentio, se tal estado não conhecemos?* (Livi, 1862; in: Pessotti, 1996, SM, p.245)

Nesta visão organicista hipotética, a lesão encefálica permanece suposta, tanto anatômica como funcionalmente, à espera das elucidações da microscopia, da experimentação e da observação clínica, mas, em princípio, já está dada a petição de princípio acerca da natureza orgânica da doença. Quanto à terapêutica moral da loucura, o caráter iluminista encontra-se presente na forma de agente modulador, excitador, frenador e recondutor ao equilíbrio orgânico, corrigindo a sua vontade alienada para os honestos prazeres dos sentidos, as boas excitações da inteligência, os impulsos virtuosos, a operosidade corporal, a ordenação da vida, a tranqüilidade, a alegria e a correta educação. (Livi, 1862; in: Pessotti, 1996, SM, p.245-6)

Além disso, o tratamento moral na perspectiva organicista realista “não encefalista” de Carlo Livi pretende agir não como agente curativo, mas, “talvez”, como

agente facilitador de outras terapêuticas físicas mais eficazes já que a causa primária da loucura é hipotetizada como sendo de natureza orgânica:

*O tratamento moral, talvez, não vos conduzirá à cura do doente: mas sempre lhe dará uma disposição favorável à ação de outros remédios; pode torná-lo mais calmo, mais dócil, mais razoável; vos trará ordem e quietude no manicômio, ou seja, aquela atmosfera moral que é, para uma mente enferma, o que é o ar puro para um corpo doente. Numa palavra, o tratamento moral, ainda que não tenha a virtude de medicamento, serve, como disse Guislain, como veículo para medicamentos mais eficazes. (Livi, 1862; in: Pessotti, 1996, SM, p.246)*

As idéias organicistas de Wilhelm Griesinger (1817-1868), anatomopatologista e docente da Universidade de Berlin, traduzidas e difundidas por Carlo Livi na Itália, resultaram num progressivo distanciamento das idéias de Pinel e de Esquirol e um revigoramento do positivismo organicista e reducionista, em oposição à visão “sistemática” e globalizante da vida psíquica do homem. Os desejos insatisfeitos podiam explicar os sonhos e até mesmo alguns sintomas psíquicos, mas o processo de ação do desejo funcionaria em termos de “ação reflexa” neurofisiológica. As práticas morais são excelentes fatores coadjuvantes do tratamento físico. (Pessotti, 1996, SM, p. 247-8)

O tratamento moral era demorado, complexo, individualizado e economicamente mais dispendioso que o tratamento físico, o que trazia o grave inconveniente de retardar a cura e dificultar o esvaziamento dos manicômios superlotados do século XIX. Tanto para Wilhelm Griesinger como também para Emil Kraepelin (1856-1926), defensores de um organicismo encefalista, a causa da loucura era algum distúrbio toxometabólico, endócrino ou uma deformação orgânica. A loucura era uma degenerescência demencial que poderia aparecer precocemente no jovem (*Dementia Praecox*) ou tardiamente no indivíduo senil, ambas incuráveis, na esteira teórica das degenerescências de Morel, onde os fatores hereditários patológicos cursavam inexoravelmente para a incurabilidade e a morte. No organicismo kraepeliniano a loucura assume uma natureza inteiramente física, isto é, resulta de lesões estruturais do encéfalo. Já no organicismo realista de Carlo Livi e de seu sucessor,



A. Tamburini (1848-1919), a loucura resulta de desarranjos orgânicos tanto cerebrais como também não cerebrais, isto é, infecções, intoxicações exógenas, etc. Por isso, Tamburini afirma em 1906 que as descobertas da medicina somática:

*[...] Esclarecem a gênese íntima de muitas psicopatias [...] iluminam, sobretudo, as condições patológicas da epilepsia, da paralisia progressiva, do delírio agudo, da pelagra e do cretinismo [...] e demonstram que, na maior parte das doenças mentais, as manifestações doentias pertencem não exclusivamente ao cérebro, mas a todo o organismo.* (Tamburini, 1906; in:Pessotti, 1996, SM, p.249).

O organicismo realista teve o mérito de distinguir a loucura exógena da loucura endógena, além de excluir da categoria da loucura crônica os casos de doenças essencialmente infecciosas, desnutricionais (pelagra), endêmicas, etc. O locus anatômico da loucura passou a ser o objetivo principal e o organicismo anti-mentalista tornou-se o paradigma reinante. Entretanto, Carlo Livi afirmava que a mesma lesão cerebral podia associar-se a qualquer tipo de loucura, o que contrastava com o localizacionismo radical da época, conforme se verifica numa carta que ele escreve a Andrea Verga em 1872:

*Achar lesões no cérebro dos doentes não é tão difícil [...] Mas a obra não termina nisso, apenas começa. É preciso saber conectar a lesão material à desordem psíquica, [...] é preciso, nesta matéria doentia, encontrar a forma viva da doença [...] ou seja, dizer, dadas essas lesões, esse tal foi lipemaniaco, esse outro foi maniaco, esse outro teve paralisia progressiva, aquele era demente, o outro era monomaniaco, e esse outro um imbecil [...] A mesma lesão anatômica nos pode dar tanto uma lipemania como uma demência, uma imbecilidade como uma epilepsia; uma dessas formas nos pode apresentar, no cadáver, as lesões mais dispartadas.* (Livi, 1872; apud Pantozzi, 1994, p.96; in: Pessotti, 1996, SM, p.250)

E, completando, Livi afirma a quase descrença na localização da causa cerebral da loucura: “[...] Esse exame não nos dá, na maioria das vezes, senão os últimos resquícios, superficiais, aparentes, de um processo morboso primordial [...] A condição patológica primitiva nós nunca conheceremos”. (Livi, 1872; apud Pantozzi, 1994, p.96; in: Pessotti, 1996, SM, p.250)

A unificação da psiquiatria com a neurologia na segunda metade do século XIX foi em parte o resultado do realinhamento político da Europa, com o declínio da influência francesa e a dominância da influência alemã e de sua ideologia organicista. Uma prova disto é que a “*Rivista Sperimentale di Freniatria*”, fundada em 1875 na Itália, seguia o modelo do “Arquivo de Psiquiatria e Doenças Mentais” de Berlin (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*). (Pessotti, 1996, SM, p.250-1)

O organicismo francês de J.L. Calmeil, um brilhante discípulo de Esquirol, considera os episódios traumáticos, o tédio, o desinteresse pela vida e pelas atividades habituais como importantes fatores desencadeantes da Lipemania (Melancolia, loucura triste). Tais fatores poderiam levar ao desejo de isolamento e à solidão; posteriormente as idéias de tristeza seriam substituídas por verdadeiras idéias delirantes de ruína e de condenação eterna ao sofrimento atroz, associadas a distorções perceptivas graves, como ilusões e alucinações persistentes e ameaçadoras. Em decorrência disso, o doente passaria a tomar decisões inflexíveis, rígidas, e expressaria o seu sofrimento na forma de atos bizarros como contorções musculares e gemidos. O resultado seria o medo do contato social e o desinteresse pela vida a fim de defender-se dos supostos perseguidores e horrores imaginários, chegando em alguns casos graves ao suicídio. (Pessotti, 1994, LE, p.186)

No aspecto clínico-descritivo ou semiológico, os melancólicos costumam apresentar os seguintes sinais, segundo a descrição de J.L.Calmeil em sua obra “Lipemania” de 1876:

*Têm os olhos lacrimosos e parados e suas pernas tendem a avermelhar-se e a inchar. A pele é fria, têm prazer de se depilar, de roer unhas e até as pontas dos dedos. A circulação é lenta, a ação do coração é como entorpecida. De costume, lhes falta o apetite, o hálito é freqüentemente infecto.*  
(Calmeil, 1876, p.546; in: Pessotti, 1994, LE, p.186)

As mulheres melancólicas apresentam sintomas psicossomáticos característicos e próprios à sua condição hormonal: “*Nas moças melancólicas a menstruação é quase sempre*

*irregular ou suspensa, o sangue é enfraquecido e é muito provável a ocorrência de corrimentos leucorrêicos*". (Calmeil, 1876, p.546; in: Pessotti, 1994, LE, p.186)

Na concepção organicista não há propriamente uma ação psicossomática primária, mas uma ação somatopsíquica inicial que agirá como um fator precipitante sobre o cérebro predisposto à loucura, e só posteriormente poderá ocorrer um efeito secundário sobre os demais órgãos do organismo. O cérebro mantém, assim, o papel centralizador no processo etiológico, "*É então que a ação reativa do estômago sobre o cérebro se manifesta com toda a evidência*". (Calmeil, 1876, p.546; in: Pessotti, 1994, LE, p.187)

Aqui e em outras passagens, uma doença externa ao sistema nervoso possui um papel desencadeante sobre a predisposição hereditária cerebral, levando o cérebro a produzir sintomas mentais: "*As afecções reumáticas crônicas e algumas inflamações crônicas do couro cabeludo, do canal alimentar, do fígado ou as afecções cancerosas, a impotência... predisõem à tristeza e ao delírio triste*". (Calmeil, 1876, p.548; in:Pessotti, 1994, LE, p.187)

Não obstante, as explicações mostram alguns problemas epistemológicos como verificaremos na seqüência: "*... a continuidade e a freqüência dos prazeres venéreos, as perdas seminais e as emoções que os acompanham, a continuidade do onanismo agem, alongo prazo, de uma maneira igualmente funesta sobre as condições morais e intelectuais*". (Calmeil, 1876, p.548; in:Pessotti, 1994, LE, p.187)

Neste ponto, as coisas começam a ficar confusas na medida em que fatores morais como as emoções e a masturbação crônica (onanismo) se misturam às causas orgânicas, embora se possa admitir que a tese organicista se apóia de algum modo em concepções de tipo humoral, dada a importância que parece dar à ação dos fluidos corporais (perdas seminais) sobre a economia orgânica; mas, no caso das emoções, a tese parece enfraquecer ao conceder aos fatores afetivos alguma relevância etiológica. No entanto, em

princípio, é o sistema nervoso herdado que comanda a primariedade do processo, apesar das explicações sugerirem o contrário, conforme a seguinte passagem do texto de Calmeil:

*Entre as causas predisponentes morais da lipemania, deve-se notar: a tristeza de caráter, a falta de confiança, a timidez exagerada, a vida contemplativa, os tormentos do ciúme, as contrariedades do amor, as práticas de uma devoção estrita, os escrúpulos de consciência e a ação de todas as paixões opressivas.*  
(Calmeil, 1876, p.548; in: Pessotti, 1994, LE, p.188)

A idéia central desta abordagem é a crença de que a melancolia acomete ambos os sexos, mas se torna incurável nos homens que se excedem nos prazeres sexuais a ponto de lesarem a intimidade da estrutura cerebral de modo irreversível. As condições climáticas também exerceriam sua ação patogênica, mas freqüentemente se associam a outros fatores tais como o desgosto pela vida, a miséria econômica, a devassidão moral e os vícios perniciosos em geral; assim, as condições geográficas e climáticas atuam conjuntamente com *a miséria, os vícios, “a embriaguez, a devassidão, que reinam na Inglaterra, com os refinamentos do luxo e da civilização”*. (Calmeil, 1876, p.551; in: Pessotti, 1994, LE, p.188)

As causas da loucura mais freqüentes nos homens estão ligadas à sexualidade desregrada, ao álcool, à violência e às perdas financeiras:

*Entre os homens as causas físicas principais são os contínuos excessos alcoólicos, os repetidos excessos venéreos, os hábitos solitários e uma alimentação copiosa. Entre as causas morais estão as brigas domésticas, as perdas de dinheiro, os trabalhos do espírito e as decepções das ambições.*  
(Calmeil, 1876, p.554; in: Pessotti, 1994, LE, p.188)

No caso das mulheres, as causas morais são tidas como mais importantes na determinação da doença mental: *“É no caso das mulheres que a ação das causas morais é mais evidente. (...) os desgostos devidos à miséria, às privações, às contrariedades amorosas, ao ciúme, à perda de um ou mais filhos”*. (Calmeil, 1876, p.554; in: Pessotti, 1994, LE, p.189). Há, também, a influência de causas menos habituais na etiologia da Melancolia:

*Menos freqüentes são outras causas, como os exageros em alguma devoção, os escrúpulos de consciência, as feridas ao amor-próprio, a má conduta, os sustos, os temores da morte, da desonra e das doenças. Há ainda os hábitos da ociosidade e a leitura de romances, que têm um papel importante entre as causas morais da melancolia feminina. (Calmeil, 1876, p.554; in: Pessotti, 1994, LE, p.189)*

Um outro gênero de loucura, a Mania, também é explicado de modo semelhante à Melancolia, conforme nos esclarece A. Linas em sua obra “*Manie*”, de 1876.

Para Linas, a Mania se caracteriza por:

*... Uma superexcitação ou uma perturbação geral das faculdades psíquicas. Superexcitação ou perturbação que, mesmo conservando seu caráter essencial de generalidade, podem predominar numa das três ordens de faculdades que concorrem para o funcionamento mental (...) A mania é, sem dúvida, a espécie mais freqüente de loucura. (Linas, 1876, p.510; in: Pessotti, 1994, LE, p.190)*

Na concepção de Linas, conforme a herança teórica de Pinel, a teoria médica da loucura se mistura às teses moralistas para explicar a conduta maníaca das mulheres, as quais “... *mesmo as mais reservadas, as mais modestas, as mais escrupulosas, esquecem o recato, a timidez de seu sexo e abjuram todo pudor, empregam palavras grosseiras, obscenas, e se entregam a atos de um cinismo revoltante*”. (Linas, 1876, p.517; in: Pessotti, 1994, LE, p.192)

Quanto à tese da excitação dos órgãos genitais na Mania, Linas nos afirma que:

*... à vista de um homem ou ao som de sua voz, ou ao ruído de seus passos, as maníacas... entram em paroxismos de agitação, com olhares provocadores, gestos expressivos e propostas obscenas. Quase todos os maníacos são inclinados ao onanismo e esse funesto hábito contribui para torná-los incuráveis. (Linas, 1876, p.519; in: Pessotti, 1994, LE, p.192)*

A Mania instintiva ou impulsiva é também uma das formas de loucura; os maníacos oscilam de modo bipolar da tranquilidade à agressão, do amor ao ódio, da tristeza à alegria e quando se enfurecem tornam-se violentos: “... *Prichard... entende a mania impulsiva como uma perversão dos instintos. Essa opinião vale... para aquela variedade de delírio*

*impulsivo que é apenas a expressão exagerada e inadequada de uma inclinação natural...”.*

(Linas, 1876, p.558-9; in: Pessotti, 1994, LE, p.193)

Os conceitos de instinto, impulsividade, inclinação natural e expressão exagerada desta citação mostram que Linas é um dos precursores da futura teoria psicodinâmica freudiana das pulsões, ao lado de Jules Cotard e outros; também as condições meteorológicas e a lua exerceriam uma influência patogênica no desencadeamento da loucura e na frequência dos acessos de Mania, segundo Linas e Lombroso. Um censo de Lombroso, em 1866 e 1867, teve, como resultado, a média de 14% de acessos maníacos na lua nova, 10% na lua cheia e 9% nas outras fases lunares, dados estes que são questionáveis em vários sentidos. Esquirol registrou 45 curas em março, abril e maio, 61 em junho, julho e agosto, 67 em setembro, outubro e novembro e apenas 32 em dezembro, janeiro e fevereiro. Calmeil também endossava a influência sazonal no processo de cura da Mania:

*A mania que resiste à influência favorável da primavera cessa, quase sempre, quando volta o outono. A mania que surge durante o verão, e que se prolonga para além do mês de novembro, acalma-se ordinariamente ou desaparece ao chegar a primavera seguinte. (Calmeil, 1876, p.547; in: Pessotti, 1994, LE, p.193)*

Ao lado dos fatores coadjuvantes do processo de cura havia o isolamento, os ambientes confortáveis, os banhos tépidos, as duchas frias, as drogas calmantes (ópio e derivados), as aplicações de métodos purgativos, vomitórios e até sangrias: *“As aplicações de sanguessugas no ânus, na vulva e nos maléolos são indicadas às vezes para prevenir os acessos intermitentes...”* (Calmeil, 1876, p.553; in: Pessotti, 1994, LE, p.193). A exaltação erótica era tratada com o bromuro de potássio. Muitas das antigas práticas cáusticas foram abandonadas: cauterização da nuca, moxas ardentes (algodão em fogo), fios de seda sob a pele (*seton*) para provocar supuração e expulsão dos “humores”, etc. A terapia moral na Mania foi excluída da terapêutica de Linas pelo fato de que os maníacos apresentavam uma intensa dispersão da atenção, além de que a causa primária estaria no cérebro:

*Ninguém, hoje em dia, coloca em dúvida que a mania tem sua sede no cérebro e sua razão anatômica numa alteração da textura desse órgão. Embora as pesquisas necroscópicas não dêem sempre resultados evidentes, não se deve concluir que a lesão não existe; Ela apenas escapa aos nossos meios de investigação.*  
(Linas, 1876, p.550; in: Pessotti, 1994, LE, p.194)

Esta última afirmação mostra bem o caráter “metafísico” do postulado central do organicismo, obviamente negado por seus adeptos que tinham um horror a qualquer explicação metafísica ou puramente psíquica, já que a psique era uma entidade teórica que não se submetia à uma necropsia, por ser de natureza “espiritual”.

Vejamos o que se passou no âmbito da psiquiatria francesa do final do século XIX, a seguir.

Jules Séglas é considerado o clínico mais apurado e brilhante da escola francesa da Salpêtrière, do final do século XIX. Gilbert Ballet e Jules Cotard (1840-1887) foram alunos de Jean-Martin Charcot (1825-1893); Jules Cotard e Arnaud foram colaboradores diretos de Jules Falret enquanto que B. Ball foi discípulo de Ernest Charles Lasègue (1816-1883). O grupo de Henri Claude iria introduzir as idéias de Eugen Bleuler e de Ernst Kretschmer na França do século XX, opondo-se às concepções de Clérambault (1872-1934). Os principais conceitos do final do período clássico (século XIX) foram a “Confusão Mental”, os “Delírios Sistematizados” e a “Demência Precoce”. A “Confusão Mental” de Ph. Chaslin apareceu em 1892 no Congresso de Blois e, em 1895, na obra intitulada “A Confusão Mental Primitiva: Estupidez, Demência Aguda e Estupor Primitivo” (*La Confusion Mentale Primitive: Stupidité, Démence Aigüe, Stupeur Primitive*).

Philippe Chaslin conceituou a confusão mental primária como sendo uma afecção comumente aguda, mas a escola de Magnan permaneceu bastante reticente por considerá-la uma simples síndrome categorizada como uma entidade nosológica. Para Chaslin, a confusão mental primária era uma afecção comumente aguda, consecutiva à ação de uma causa ordinariamente apreciável. Tal causa se caracterizaria por fenômenos somáticos

de desnutrição, e também por fenômenos mentais cuja base essencial seria primariamente um estado somático, decorrente de uma forma de enfraquecimento, de uma dissociação intelectual ou uma confusão mental. A confusão mental poderia ou não ser acompanhada de delírio, alucinações e agitação, ou, ao contrário, de inércia motora, com ou sem variações acentuadas do estado emocional. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.178-9)

Chaslin estabeleceu uma distinção etiológica entre as confusões sintomáticas (toxi-infecciosas, autotóxicas, tóxicas e organolesionais) e a confusão mental primária idiopática. Emmanuel Régis, autor da obra intitulada “A Loucura a Dois ou Loucura Simultânea” (*La Folie à Deux ou Folie Simultanée, 1877*) e ex-aluno de Benjamin Ball, inspirado nas concepções nosológicas de Valentin Magnan, completou um estudo sobre a “Confusão Mental” e ampliou o seu quadro clínico introduzindo nele vários estados alucinatórios agudos, pretendendo fazer da “Demência Precoce” uma forma da “Confusão Mental Crônica”, baseado em analogias e análises psicológicas equivocadas do estado mental do demente precoce de Kraepelin. (Bercherie,1980[1989],FC,p.181)

Os delírios sistematizados foram definidos pelo grupo da Salpêtrière num certo número de tipos (Paranóia) através de uma base clínico-evolutiva e de uma cuidadosa diferenciação das demais entidades nosológicas. O “Delírio de Negação” de Jules Cotard (1880) era uma forma clínica que Baillarger considerava característica da “Paralisia Geral” (Demência Paralítica) na sua apresentação hipocondríaco-melancólica. Cotard pretendia contrapor essa forma delirante ao Delírio das Perseguições, de Lasègue e de Morel, pois, enquanto o negador era um melancólico ansioso e auto-acusador (suicida), o acusador, ao contrário, se considerava perseguido e não apresentava melancolia, sendo mais homicida do que suicida. (Bercherie,1980[1989],FC,p.183). Deste modo, o “Delírio de Negação” derivava dos estados de “Hipocondria Moral” de Jules Falret, enquanto que o “Delírio de Perseguição” provinha de um estado de hipocondria física. O negador delirante tinha predominantemente



alucinações visuais enquanto que o perseguido delirante as tinha predominantemente do tipo auditivo. Os negadores recusavam alimento por se sentirem indignos de viver enquanto que os perseguidos faziam o mesmo por desconfiança ou medo de serem envenenados.

Em 1892, Ballet descreveu uma forma clínica intermediária entre a melancolia com delírio de auto-acusação dos “melancólicos culpados” e o delírio de perseguição dos “perseguidos e vítimas inocentes”. A classe nosográfica de “vítimas culpadas” era um delírio de perseguição geralmente não-alucinatorio, cuja culpa imaginária era freqüentemente de conteúdo sexual e ocorria em indivíduos com malformações genitais e sentimentos de inferioridade com culpa, semelhante ao futuro “Delírio de Relação dos Sensitivos” (Kretschmer); já para Jules Séglas, mais importante que a forma clínica ou o conteúdo das idéias era o conjunto clínico-evolutivo ou estrutura que especificava a doença mental. O delírio seria uma interpretação ou uma “projeção” intelectual com base num estado depressivo primário, causado pela dor moral e pela inibição psíquica.

Séglas desenvolveu vários trabalhos sobre as alucinações e descreveu as alucinações sensoriais (elementares, comuns e verbais) e as alucinações motoras (comuns e verbais); contrapôs entre si duas variedades fundamentais de “Paranóia Alucinatoria de Perseguição: 1) uma forma alucinatoria sensorial (delírio crônico de Falret e Magnan) e 2) uma forma alucinatoria motora dos “perseguidos-possuídos”, que mais tarde ele denominaria “delírio de influência” (Bercherie,1980[1989],FC,p.188-9 e nota 37, p.195). Entre as duas grandes classes de “Paranóia Alucinatoria” havia muitas formas transicionais e somente os tipos polares eram contrastantes.

O grupo da Salpêtrière, particularmente Séglas, conservou a diretriz de Baillarger e se aproximou dos autores alemães da escola de Illenau, que igualmente utilizavam o termo “Paranóia” para nomear um gênero clínico, as “Monomanias Intelectuais” de Baillarger. No entanto, a visão de Séglas foi mais coerente que a dos autores alemães em

alguns aspectos: as paranóias secundárias tinham a mesma estrutura que as primárias (concepção de Séglas) e não consistiam de idéias delirantes oriundas de estados dissociativos (concepção alemã). A Paranóia aguda era um delírio sistemático primário com alucinações secundárias que diferia do “Delírio alucinatório não confusional”, cuja base primária era a alucinação (A Psicose Alucinatória Aguda, de Farnarier, de 1899). (Bercherie, 1980[1989], FC, p.190)

Arnaud apresentou em 1904, no verbete “psicoses constitucionais” do Tratado de Ballet, inspirado em Magnan e nos alemães de Illenau, uma concepção intermediária entre Séglas e Magnan, na qual contrastou as psicoses dos sujeitos com predisposição manifesta às psicoses daqueles com predisposição latente, isto é, dos ainda “normais”. O conceito de “Demência precoce”, um termo freqüente desde Morel, não designava uma entidade clínica e sim um modo de terminação das psicoses degenerativas. Benjamin Ball descreveu a “Hebefrenia”, em suas “*Leçons Cliniques*”, como uma psicose pubertária cuja forma habitual era a depressão e a excentricidade, mas que também podia apresentar excitação, idéias vaidosas, desejo de agradar, desejo de chamar a atenção, loquacidade (verborragia ou logorréia) impossível de calar, etc.; os sintomas podiam ser transitórios ou permanentes, conduzindo à demência. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.191)

Jules Christian, autor da obra intitulada “Epilepsia, loucura epiléptica” (*Epilepsie, folie epileptique*, 1890) e de um artigo, de 1899, intitulado “A Demência Precoce dos Jovens” (*De la Démence Precoce des Jeunes Gens*, 1899), cujo subtítulo era “Contribuição ao Estudo da Hebefrenia” (*Contribution à l'Étude de l'Hébéphrénie*), introduziu realmente a noção de Demência Precoce Hebefrênica, descrevendo-a como uma demência juvenil na qual:

*Após um período de fadiga, irritação, neurastenia, o delírio eclode, variável, móvel e fugaz. Pode haver idéias de perseguição, idéias de grandeza, de delírio místico, mas não há delírio sistematizado; todas as manifestações delirantes, flutuantes,*

*incertas, já trazem a marca do enfraquecimento intelectual que mascararam por algum tempo.* (Christian, Jules, 1899, p. 209) (Bercherie,1980[1989],FC,p.191-2)

Christian retomou a descrição da Hebefrenia de Hecker e distinguiu nela duas formas: 1) uma forma branda, atenuada (semelhante à imbecilidade) e 2) uma forma grave (análoga à idiotia), com duas variedades: a) a forma simples, em que os músculos não são afetados, e b) a forma catatônica, em que todo o sistema muscular é profundamente perturbado em seu funcionamento. Também isolou as formas hebefreno-catatônicas (1899). (Bercherie,1980[1989],FC,p.192)

Séglas, em sua obra “A Demência Paranóide” (*La Démence Paranoïde*, 1900) isolou a forma paranóide, rejeitou a síntese de Kraepelin e limitou o quadro clínico às formas kraepelinianas iniciais da “*Dementia paranoides*”, com exclusão dos delírios sistemáticos fantasiosos (paranóia alucinatória). Tanto para Séglas como para Kraepelin, a etiologia da demência precoce era primária e parecia ser endotóxica, ou toxometabólica de causa desconhecida. No entanto, Arnaud levantou o problema do diagnóstico diferencial entre a “Demência Vesânica tardia” e as formas terminais da “Demência precoce”, diagnóstico esse que não era evocado devido à indistinção das formas clínicas entre as duas entidades. (Bercherie,1980[1989],FC,p.193-4)

G. Demy propôs a aceitação da síntese kraepeliniana sobre a “Demência Precoce” e a maioria dos autores na época contentou-se em aceitar um parentesco entre essa e as “Paranóias Alucinatórias”, dentre eles Régis, Rogues de Fursac, Clérambault e Sérieux. Outros, entretanto, como, por exemplo, Chaslin, Dide e Guiraud conservariam a divisão nosográfica de Séglas. Passemos agora a uma das fases mais importantes da história da psiquiatria, a era moderna da psiquiatria e da psicopatologia psicodinâmicas.

## 1.8 A PSIQUIATRIA MODERNA E A ERA PSICODINÂMICA

O edifício nosológico da psiquiatria clássica francesa adquiriu estabilidade no início do século XX, por volta de 1910, através principalmente das obras de Sérieux, Capgras, Ballet, Babinski, Dupré, etc. Surge nessa época (1902) uma série de trabalhos clínicos sobre o Delírio de Interpretação, a partir de Sérieux e Capgras, cuja obra mais relevante foi a monografia das Loucuras Racionais (*Folies Raisonantes*, 1909), em que o Delírio de Interpretação se transforma numa entidade autônoma, isto é, uma psicose sistematizada crônica caracterizada pela 1) multiplicidade e organização das interpretações delirantes; 2) ausência de alucinações; 3) persistência da lucidez; 4) evolução progressiva do delírio; e 5) incurabilidade sem demência terminal. Desta forma, a sintomatologia se baseava nas interpretações delirantes, nas idéias delirantes oriundas das interpretações delirantes, dos sintomas negativos e da evolução. (Bercherie,1980[1989],FC,p.200)

O delírio de interpretação era também uma manifestação de uma constituição patológica (paranóica) em que sempre se encontravam os choques emocionais ou a fixidez dos estados afetivos, subordinados aos complexos ideoafetivos. O delírio de interpretação tinha uma aceção puramente psicogênica para Sérieux e Capgras, mas a origem da “constituição paranóica” proveio da “Teoria da Degenerescência”. Tal constituição seria posteriormente considerada por Karl Jaspers (1883-1979) como um desenvolvimento ou uma reação de uma personalidade patológica. A importância de Sérieux e Capgras consistiu principalmente em adaptar as concepções gerais de Kraepelin à análise clínico-semiológica da psiquiatria francesa clássica. Gilbert Ballet, em sua obra “A Psicose Alucinatória Crônica” (*La Psychose Hallucinatoire Chronique*, 1911, II, p.401) rejeitou a síntese kraepeliniana, separando a demência paranóide da psicose alucinatória crônica e considerando os “Delírios Polimorfos Degenerativos” e o “Delírio Crônico” de Magnan como formas extremas de um

mesmo grupo, no qual as alucinações produziam diversos tipos de delírios; propôs, ainda, o nome de Psicose Alucinatória Crônica para o grupo dos diversos delírios crônicos alucinatórios.

Nesse final de época clássica, as concepções de Ballet levaram à origem da “teoria do automatismo mental” de Clérambault e, as elaborações teóricas de Charcot foram substituídas pelos modelos teóricos de Pierre Janet, na análise dos distúrbios de personalidade, na escola da Salpêtrière. (Bercherie,1980[1989],FC,p.207). A grande mudança da psiquiatria francesa do início do século XX girou em torno do problema das “neuroses” com a “doutrina das constituições mórbidas”, que seria desenvolvida por E. Dupré em sua obra intitulada “Patologia da Imaginação e da Emoção” (*Pathologie de l’Imagination et de l’Emotivité*) (Bercherie,1980[1989],FC,p.207). Lentamente, o grupo das grandes neuroses foi se depurando com a saída das doenças neurológicas focais como a paralisia agitante (doença de Parkinson), o bócio exoftálmico, a coreia, a epilepsia, etc.

A descoberta de Jean-Martin Charcot do importante papel das representações de idéias na etiopatogênese da histeria levaria às teorias de Alfred Binet (*Les Altérations de la Personnalité, 1892*), às teorias de Pierre Janet (*L’Etat Mental des Hystériques, 1893*) e às de Sigmund Freud em “*Algumas Considerações para um estudo comparativo das paralisias orgânicas e histéricas*”, 1893, e em seus “*Estudos sobre a Histeria*”, 1895, em parceria com Joseph Breuer. As doutrinas que originariam a moderna psicopatologia surgiram da confrontação dos estudos clínicos sobre a histeria e o hipnotismo.

Joseph Babinski (1857-1932), neuropatologista francês, pesquisou os sinais diferenciais entre os distúrbios histéricos e os neurológicos de base lesional e propôs, em 1901, em sua obra “*Definição da Histeria*” (*Définition de l’Hystérie, 1924, p.461*), uma análise das grandes manifestações histéricas, tais como as crises nervosas, paralisias, contraturas e anestésias, que o levaram à conclusão de que:

*A histeria é um estado psíquico que torna o sujeito capaz de se auto-sugestionar; Manifesta-se principalmente através de distúrbios primários e, acessoriamente, por alguns distúrbios secundários. o que caracteriza os distúrbios primários é que é possível reproduzi-los por sugestão com exatidão rigorosa em alguns sujeitos, e fazê-los desaparecer sob a influência exclusiva da persuasão. O que caracteriza os distúrbios secundários é que eles estão estritamente subordinados aos distúrbios primários. (Bercherie,1980[1989],FC,p.210-11;nota31,p.223)*

Para Babinski, portanto, os distúrbios primários podiam ser produzidos e eliminados por sugestão (persuasão) e os distúrbios secundários estavam subordinados aos primários. No entanto, o desaparecimento dos distúrbios histéricos dependia da ausência das contra-sugestões do sujeito, isto é, da ausência de mecanismos psíquicos de defesas. A sugestão melhorava por pouco tempo, mas não suprimia definitivamente os fenômenos neuróticos obsessivos, hipocondríacos, neurastênicos ou quaisquer outras formas de expressão neurótica. Valorizou o papel dos fenômenos transferenciais e a origem essencialmente representativa na produção dos sintomas histéricos, mas não esclareceu o estatuto e a natureza das representações que os determinavam, o que ocorreria com Freud, seus seguidores e os psicodinamicistas modernos. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.211)

Babinski propôs o termo “pitiatismo (de *peithós*, persuasão, *iatós*, curável e o sufixo *ismo*) para designar os distúrbios correspondentes à sua concepção de histeria, livre das ambigüidades que o termo abrangia (Bercherie,1989[1980], FC, p.212). A idéia de que as doenças mentais ditas degenerativas baseavam-se numa constituição ou estrutura mental específica fez com que a Paranóia, a Psicastenia, a Histeria e as Degenerescências dessem lugar a uma caracterologia psiquiátrica. A ciclotimia de Kahlbaum passou a ser concebida como sendo uma forma atenuada de “psicose maníaco-depressiva”, a partir da influência de Kraepelin e do trabalho de Wilmans, um aluno de Hecker, em 1906.

G. Demy, em sua obra “A Ciclotimia” (*La Cyclothymie*, 1908, p.169-171) introduziu a noção de ciclotimia na França com o significado de uma constituição psicopática ciclotímica que se situaria na zona fronteira das doenças mentais e presente na maneira de

ser e de sofrer do sujeito no intervalo dos ataques recidivantes de Mania ou de Melancolia (Bercherie,1980[1989],FC,p.212).

E. Dupré, em sua obra “A Patologia da Imaginação e da Emoção” (*Pathologie de l’Imagination et de l’Emotivité*, 1910), descreveu a constituição emotiva de caráter como sendo um modo de desequilíbrio do sistema nervoso, simultaneamente caracterizado tanto pelo erotismo difuso da sensibilidade como também pela insuficiência da inibição motora, reflexa e voluntária. O organismo apresentaria reações anormais em sua vivacidade, extensão e duração, quando excitado pelas impressões da sensibilidade.

A constituição emocional representava o substrato estrutural da “psiconeurose de angústia” de Freud (1895) e o substrato de diversos outros estados psicopatológicos; a neurose de angústia seria uma subvariedade da constituição emotiva patológica e a ansiedade seria a base da sintomatologia fóbico-obsessiva, da melancolia ansiosa, da ciclotimia, da histeria e da neurastenia. (Bercherie,1980[1989],FC,p.213)

A constituição emocional era freqüentemente de etiologia hereditária, mas, também podia ser adquirida em consequência de traumas, infecções, intoxicações e distúrbios hormonais. (Bercherie,1980[1989],FC,p.213-4)

A mitomania era descrita como um desequilíbrio constitucional da imaginação em que o sujeito substituía a percepção real pela crença em acontecimentos imaginários, sendo fisiológica na infância, mas patológica se fosse intensa na criança anormal ou persistente no adulto. (Bercherie,1980[1989],FC,p.215)

Para E. Dupré, conforme a citação que segue:

*A histeria, que exprime num campo especial o desequilíbrio de imaginação, surge como uma variedade da mitomania...mas, para que a histeria exista, não basta uma sugestão patológica, é preciso ainda a sugestão do patológico...; a histeria é a mitomania das síndromes..., mitomania mais ou menos consciente..., realizada...em virtude da psicoplasticidade mitopática que caracteriza essencialmente a histeria, que poderíamos designar pelo nome de...mitoplasticidade.*  
(Dupré, citado por Bercherie,1980[1989],FC,p.215)

De acordo com Dupré, haveria uma única e grande classe de “delírios crônicos constitucionais”, cujas formas mistas seriam mais frequentes do que as puras e que pertenceriam à “constituição paranóica”. Além disso, os delírios paranóicos corresponderiam ao modo de elaboração do delírio e o sujeito se expressaria de três formas diferentes, do seguinte modo: o indivíduo racional interpreta, o mitômano inventa e o alucinado transfere os sentimentos para a percepção. (Bercherie,1980[1989],FC,p.216)

As características principais da nosologia francesa clássica podem ser assim resumidas: 1) integrações das contribuições de Kraepelin: demência precoce, psicose maníaco-depressiva e paranóia; 2) desenvolvimento da teoria das psicoses não-orgânicas (vesânicas puras de Baillarger); 3) definição dos contornos clínicos dos estados mistos de Magnan; 4) definição das doenças mentais como doenças da personalidade; 5) delimitação das psicoses adquiridas (encefalopáticas); 6) estabelecimento de uma lista de “constituições psicopáticas” tais como: paranóica, perversa, mitomaníaca, ciclotímica, hiperemotiva, neurastênico-psicastênica, etc.; 7) dissolução da doutrina de Magnan (degenerescência); 8) tendência das constituições mórbidas (caracteropatias) a assumir uma pureza descritiva que as distanciou entre si.

A preocupação de simplificar e purificar as descrições clínicas decorria de uma concepção em que as anomalias congênitas, precocemente adquiridas, seriam elaborações patológicas da atividade psíquica cerebral, o que resultava na difícil conciliação de dois pontos de vista conceituais da psiquiatria: a concepção organicista clássica e a concepção psicodinamicista moderna (Bercherie,1980[1989],FC,p.221). O movimento teórico psicodinamicista surgiu na primeira década do século XX na Alemanha, com Moebius, como uma reação contra as concepções clássicas kraepelinianas e a sua noção de “entidade mórbida”, herdada de Kahlbaum através de Jean Pierre Falret. Moebius havia proposto em 1888 uma concepção da histeria, parecida com a de Babinski (1901), a partir dos trabalhos de



Charcot sobre a histeria traumática e em 1891 publicou sua tradução alemã das “Lições Clínicas” (*Leçons Cliniques*) de Maignan. (Bercherie,1980[1989],FC,p.225)

Um segundo movimento surgiu em 1904 na Suíça na Clínica Burghölzli da Universidade de Zurique com Eugen Bleuler (1857-1939) e Carl Gustav Jung (1875-1961), a partir de algumas idéias de Sigmund Freud (1856-1939) com o intuito de uma compreensão mais dinâmica das psicoses. Em 1906, Bleuler publicou seu livro sobre a Paranóia e Carl Gustav Jung, a obra “A Psicologia da Demência Precoce: um ensaio” (Bercherie, 1980[1989], FC, p.226)

Diferentemente do modelo associacionista (Locke, Berkeley e Hume) adotado no pensamento psiquiátrico clássico, que em parte persistiria em Bleuler, o paradigma psicodinamicista colocava o seu eixo teórico na importância etiológica da afetividade na regulação, direção e perturbação da vida psíquica. Os complexos ideoafetivos atuavam sobre a psique como fatores motivadores, mesmo quando inconscientes, e a sua existência se expressaria através de “representações-representantes” (termo de Freud) ou símbolos detectáveis sintomaticamente, segundo as leis de funcionamento dinâmico dos mecanismos psicopatológicos de defesa (condensação, deslocamento, simbolização, recalçamento, formação reativa, etc.). A conduta do sujeito revelaria a ação inconsciente dos conflitos e defesas através dos chistes, dos atos falhos e do significado da vida onírica (sonhos). Para Eugen Bleuler, a paranóia de Emil Kraepelin seria uma formação psíquica com a aparência de um simples exagero dos processos normais. O único sintoma da paranóia, a formação delirante, seria uma forma de reação a algumas situações externas e internas. (Bleuler, E.,*Traité de Psychiatrie*, 1916, pp.529-30) (Bercherie,1980[1989],FC,p.227)

Bleuler rejeitou a descrição clássica da constituição paranóica e construiu um modelo baseado numa concepção intermediária ou consensual entre as idéias de Maignan e de Moebius, de um lado, e as idéias da psicologia de Freud, de outro lado, caminhando em

direção às concepções de Ernst Kretschmer, Eugène Minkowski e Henri Ey. A “Esquizofrenia”, ou melhor, o “grupo das esquizofrenias”, era um termo mais próprio para nomear a “Demência Precoce” de Kraepelin na medida em que a doença nem sempre evoluía precocemente (rapidamente) para um estado de demenciação terminal e nem sempre aparecia precocemente no período da puberdade-adolescência. Bleuler aplicou as concepções freudianas sobre a paranóia às psicoses esquizofrênicas na sua monografia de 1922, redigida em 1908, intitulada “Demência Precoce ou o grupo das esquizofrenias”. Anteriormente a Bleuler, Jung já havia aplicado as concepções freudianas à demência precoce, enfatizando a importância dos complexos afetivos na formação das psicoses, embora, para ele, os mecanismos freudianos não seriam suficientemente abrangentes para explicar integralmente, porque resultava deles uma demência precoce e não uma histeria. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.230)

Jung atribuiu a diferença à força e à persistência do complexo sobre a mente do sujeito, cuja predisposição provocaria a repetição e a automatização, a partir de uma ação toxometabólica endógena coadjuvante. Na versão mais somaticista de Bleuler, ao contrário, uma toxina endógena exerceria o papel de potencializadora patogênica do complexo sobre a psique do sujeito, o que contrastava com a perspectiva mais psiquista de Jung. Entretanto, a originalidade de Bleuler encontra-se na sua visão psicanalítica sobre os sintomas esquizofrênicos, que encontram seu significado na psicologia dos complexos ideoafetivos e nos mecanismos freudianos de defesa. Tudo o que era obra da lesão, do acaso ou do desconhecido, na visão clássica, agora se tornava a expressão de ações psíquicas mobilizadas pelas pulsões, desejos, aversões, medos, recusa da realidade ou reação a algo vivido ou esperado, etc. A desproporção entre os motivos desencadeantes e a reação exagerada na Esquizofrenia fazia supor que a predisposição constitucional se ligava a uma intervenção fundamental de um agente primário “gerador”, que Eugène Minkowski atribuirá ao autismo e

Bleuler a uma “representação-meta”, que uniria os elos representacionais da cadeia associativa no pensamento lógico, conforme o referencial teórico associacionista de Bleuler, contestado por Minkowski e outros. Daí, a idéia de que a desagregação das associações de idéias seria a causa primária e, a dissociação do pensamento, a expressão sintomática primordial.

A esquizofrenia seria, então, a conseqüência do desaparecimento de uma hierarquia infinitamente complexa de idéias (conceitos, representações), isto é, da falta de direcionamento geral exercido por uma “representação-meta” em relação às “metas” menores subordinadas. Desse modo, o conjunto das ações psíquicas sofreria a ação dos complexos patogênicos ideofetivos e o sujeito passaria a viver num estado análogo à associação livre, ao devaneio ou ao sonho, isto é, sem o controle voluntário e sem a consciência da realidade, interna ou externa. O Autismo, equivalente ao conceito freudiano de autoerotismo ou narcisismo, consistiria no sintoma fundamental da esquizofrenia na acepção de Minkowski, e dele decorreriam os sintomas acessórios da estrutura esquizofrênica, tais como a alucinação, os delírios, os distúrbios da memória e da linguagem, os estados oníricos, os estados crepusculares histeróides e estuporosos, etc. O termo esquizofrenia (ou síndrome esquizofrênica) expressava a idéia de uma dissolução das funções psíquicas causada por uma perturbação das associações de idéias (associacionismo) e de um rebaixamento primário das afinidades associativas, o que dificultava a síntese dos elementos mentais entre si e gerava a falta de uma síntese diretora.

A verdadeira base do autismo negativista, ou seja, da defesa autística, era a recusa volitiva de adaptação à realidade intolerável e uma tentativa de solução através de fuga dessa realidade através da realização delirante e alucinatória de desejo do sujeito autista. A terapêutica consistiria agora, nesta nova visão teórica, na luta contra o autismo e na tentativa psicossocioterápica de reestabelecer o contato e a adaptação com a realidade. Na análise de

Minkowski sobre a concepção de seu mestre Bleuler, a oposição entre os sintomas primários e os secundários não significava, todavia, a mesma coisa que a oposição entre os sintomas fundamentais e os acessórios, pois alguns dos sintomas acessórios faziam parte dos distúrbios primários, enquanto que a maior parte dos sintomas fundamentais era de gênese secundária. O Autismo, por exemplo, um dos quatro “As” ou sintomas fundamentais (Associação desconectada de idéias, Afeto perturbado, Ambivalência volitiva e Autismo) era sempre um sintoma fundamental e primário, enquanto que os Delírios, as Alucinações e as Síndromes Maníaca e Catatônica, quando presentes, determinavam primariamente a ação e a conduta, isto é, eram, concomitantemente, sintomas acessórios e primários.

A maior parte dos sintomas fundamentais, com a exceção dos associativos (idéias), era de gênese secundária à desconexão associativa de idéias (Afeto indiferente, Ambivalência volitiva e Autismo) na aceção bleuleriana. O “grupo das esquizofrenias” não apresentava um conjunto de quadros clínicos ou entidades nosológicas distintas, mas sim diversos processos etiopatogênicos endógenos (autotóxicos) e talvez exógenos (infecções), que poderiam desencadear o quadro clínico esquizofrênico. Na década seguinte à sua publicação clássica sobre a Esquizofrenia, Bleuler adotou a doutrina constitucional de Kretschmer, suprimiu o termo “Esquizofrenias” no plural e subdividiu “A Esquizofrenia” em seus tipos clínicos (paranóide, hebefrênico, catatônico e simples), retomando na qualidade de “agrupamentos sintomáticos” as clássicas subdivisões kraepelinianas.

Segundo Bleuler, a esquizofrenia latente seria a forma clínica mais freqüente e a idéia de estrutura psicótica seria desenvolvida por vários autores modernos como Kretschmer, Jung, Minkowski e Ey, dentre outros. Ao passar de um critério clínico-evolutivo para um critério psicopatológico de delimitação nosológica, Bleuler estendeu o âmbito da Esquizofrenia à maioria das formas clínicas e questionou se a própria “Paranóia” não seria uma forma branda do mesmo processo esquizofrênico. Se tal extensão fosse levada aos

últimos limites, tanto a Paranóia como a Psicose maníaco-depressiva seriam incorporadas à nosografia na categoria de formas atípicas de Esquizofrenia e todo o edifício psiquiátrico secular retornaria às concepções antigas da loucura unitária multi-sintomática ou “Teoria da Monopsicose”.

Na segunda fase de sua carreira, após romper com Freud e ligar-se a Kretschmer, assim se referiu Bleuler às reações mórbidas exageradas da constituição sintônica e esquizóide presentes naturalmente em todos os indivíduos:

*Cada homem, assim, tem um componente sintônico e um componente esquizóide... Cada uma dessas reações, ou ambas, podem exagerar-se morbidamente num mesmo indivíduo; Os casos extremos pertencem, pois, à [psicose] maníaco-depressiva pura ou à esquizofrenia pura. Frequentemente, porém, ficamos às voltas com combinações... Salvo em alguns raros casos extremos, já não temos que nos formular a pergunta: será um maníaco-depressivo ou um esquizofrênico? E sim, até que ponto é uma [reação psicótica] maníaco-depressiva e até que ponto é uma esquizofrenia? (Bercherie,1980[1989],FC,p.247)*

Essa citação será reiterada e enfatizada por Eugène Minkowski ao longo de suas principais obras sobre a esquizofrenia.

Foi Bleuler também quem afirmou: “*não existe paranóia, existem apenas paranóicos*”. Essa idéia de Bleuler já estava presente na teoria de Sprecht em 1908, conforme a resenha de R. Bessière intitulada “A Teoria de Sprecht” (*La Théorie de Sprecht, Revue de Psychiatrie*, 1913, pp.402-411), que sustentava a ligação da Paranóia com a Psicose maníaco-depressiva, baseado em vários argumentos a respeito de formas clínicas mistas, como por exemplo: 1) a hipomania dos paranóicos querelantes; 2) a exaltação do humor (auto-estima exagerada) dos paranóicos perseguidos; 3) a depressão inicial do humor dos paranóicos perseguidos (delírio de perseguição), que evoluía através de crises, ora depressivas, ora excitadas; etc. O critério teórico bleuleriano possibilitava explicar os numerosos e diversos casos atípicos e mistos, difíceis de se integrarem na classificação kraepeliniana, mas dissolvia a estrutura nosológica clássica que se baseava no conceito central de entidade mórbida (de

Falret). A análise kretschmeriana também faria a mesma dissolução nosológica com relação à Paranóia de Kraepelin, à Histeria e a outros distúrbios psíquicos (Bercherie, 1980[1989], FC, p.247). O “diagnóstico estratificado” de Kretschmer baseava-se na análise psicopatológica dos mecanismos estruturadores da doença e não mais no agrupamento de quadros clínicos invariáveis ou entidades mórbidas rígidas da nosologia clássica, os quais se baseavam em quadros taxonômicos que desconsideravam a personalidade do doente na formação da doença mental.

Desse modo, as correntes mais expressivas da primeira metade do século XX, a psicodinâmica de Freud, a construtivo-sintética de Jung, a fenomeno-estrutural de Minkowski, a organodinâmica de Ey, dentre outras, exerceram um importante avanço na terapêutica das doenças mentais através da psicoterapia, da ergoterapia e da socioterapia institucional, contribuindo para a desinstitucionalização psiquiátrica. A contribuição de Ernst Kretschmer (1888-1964) à psiquiatria moderna foi muito expressiva no que concerne ao processo de questionamento do dogma kraepeliniano da cronicidade da Paranóia enquanto entidade nosográfica. O conceito de Paranóia foi revisto pelo próprio Kraepelin na última edição do seu “Tratado de Psiquiatria” (*Maniac-depressive Insanity and Paranoia*, tradução inglesa dos capítulos XI e XIV da 8ª edição, New York, Ano 1976, p.267). Para Bleuler, os casos denominados de “Paranáia abortiva”, que se corrigiam por si mesmos, não seriam propriamente Paranóia, pois lhes faltavam os fatores principais: a extensão geral do delírio e a incurabilidade. (Bercherie,1980[1989],FC,p.238). A recusa bleuleriana quanto à curabilidade da paranóia e à aceitação de formas abortivas da mesma, em nome de uma ortodoxia que visava a clareza conceitual, contrasta curiosamente com a concessão oposta atribuída por ele à Esquizofrenia, que teria formas latentes e seria passível de cura na grande maioria dos casos. Uma possível explicação para isso estaria no fato de que ainda havia uma grande confusão quanto à base caracterológica das diversas variedades de formações delirantes “psicogênicas”,

e o conceito de psicogenia era obrigatoriamente simétrico ao de constituição. (Bercherie,1980[1989],FC,p.238)

Kretschmer teve por linha diretriz de sua obra a descrição e a análise do “delírio de relação dos sensitivos” e tentou realizar uma construção caracterológica que pudesse integrar o conjunto da psicopatologia constitucional e reativa, conforme sua obra “Paranóia e Sensibilidade: contribuição à teoria psiquiátrica do caráter”, de 1918, tema esse que seria analisado e desenvolvido por Jacques Lacan na primeira parte de sua tese de 1932, intitulada “A Psicose Paranóica nas suas relações com a Personalidade” (*De la Psychose Paranoïaque dans ses rapports avec la Personnalité*) (Bercherie,1980[1989],FC,p.238). Para Kretschmer, o caráter era um elemento volitivo-afetivo-ideativo intrínseco da personalidade e essencial na formação de todos os desvios psicopáticos. A caracterologia constitucional dinâmica de Kretschmer se baseava em quatro qualidades fundamentais: 1) impressionabilidade diante da experiência vivida; 2) retenção ou conservação psíquica da experiência vivida; 3) ação ou elaboração psíquica dos elementos psíquicos e experiências vividas; e 4) expansão, exteriorização e descarga da força psíquica acumulada. A essas quatro propriedades fundamentais do caráter se agregavam a) a sua natureza volitiva estênica (de *stenos*, força ou aptidão para reagir e resistir) ou astênica (*a* [não]+ *stenos* [força], insuficiência para reagir ou resistir) e b) a natureza afetiva, ou seja, o sentimento de elevação ou de rebaixamento da auto-estima. (Bercherie,1980[1989],FC,p.238-9)

As reações psicopáticas dividiam-se em quatro tipos principais: 1) primitivas; 2) expansivas; 3) sensitivas; e 4) astênicas puras. A sua tipologia constitucional era constituída pelos biótipos: 1) pícnico; 2) leptossômico-astênico; 3) atlético; e 4) displásico. As crises psicóticas maníaco-depressivas ocorriam mais no tipo pícnico e a esquizofrenia nos demais, sendo rara uma correlação inversa. Na sua obra intitulada “A Estrutura do Corpo e o Caráter” (*La Structure du Corps et le Caractère*, 1930) Ernst Kretschmer estabelece sua

tipologia caracterológica baseando-se na oposição entre três tipos básicos: os ciclotímico, esquizotímico e viscoso (gliscróide ou epileptóide de Françoise Minkowska). Os indivíduos predominantemente ciclotímicos seriam os sintônicos de Bleuler ou os extrovertidos de Jung. Neles, o humor varia da alegria à tristeza com mais facilidade e nos viscosos o ritmo psíquico varia entre a explosividade e a lentidão. A reatividade patológica ciclotímica, quando intensa, se expressa na psicose de tipo maníaco-depressiva. Os esquizotímicos, geralmente de conformação física leptossômica ou astênica, são geralmente mais propensos à esquizofrenia, podendo variar entre anestesia afetiva e a hiperestesia. A sua psicomotilidade geralmente varia entre a rigidez e a preguiça. Os “viscosos” são reservados com relação ao mundo externo; são geralmente atléticos, tenazes, pouco reativos, mas podem oscilar entre a flegmasia (impassibilidade) e a explosividade, sendo propensos à epilepsia.

A partir da sistematização caracterológica de Kretschmer tornou-se tentador explicar todas as doenças mentais, endógenas e exógenas, como sendo uma atualização psicopatológica das predisposições caracterológicas do sujeito, ou seja, o tipo de predisposição constitucional determinaria o tipo de doença mental, podendo também determinar a variedade patoplástica de outros tipos de patologia psiquiátrica. Às mesmas convicções gerais chegaram os assim denominados “constitucionalistas” franceses em relação à análise das psicoses alucinatórias crônicas, a exemplo de G. Ballet em sua obra “A Psicose Alucinatória Crônica” (*La Psychose Hallucinatoire Chronique*, 1911) e depois G.G. de Clérambault em sua “Obra Psiquiátrica” (*Oeuvre Psychiatrique*, 1942), assim como também no estudo da constituição ansiosa em autores como A. Devaux e J.B. Logre em “Os Ansiosos” (*Les Anxieux*, 1917).

A orientação teórica kretschmeriana poderia esclarecer o problema das Psicoses Endógenas mistas e atípicas, como, por exemplo, a Esquizofrenia com fases maníacas e melancólicas, e até mesmo o conceito da predisposição hereditária poderia



facilmente ser incorporado ao novo paradigma. Não surpreenderá que Bleuler tenha se afastado de Freud e se ligado a Kretschmer se pensarmos que a psicanálise teria se distanciado da “estrutura” ou forma do caráter em direção à primazia do conteúdo psíquico, isto é, dos complexos ideafetivos, ou mais especificamente, de um complexo mais fundamental, o de Édipo (incesto).

## **1.9 O ORGANICISMO MODERNO E A FENOMENOLOGIA**

A segunda fase da psiquiatria moderna, a do primeiro quarto do século XX, nos apresenta novamente Emil Kraepelin, que, após 1904, introduz algumas modificações na sua obra, tentando aperfeiçoar sua análise a partir das críticas dos autores franceses e dos psicodinamicistas alemães. No entanto, o seu método nosológico estático contrastava com os princípios dinâmicos bleulerianos e pecava pelo caráter sistemático dos critérios nosográficos que priorizavam a delimitação das “entidades mórbidas” e não os mecanismos psicopatológicos dinâmicos, produzindo formas nosográficas com limites confusos. Um estudo de Mayer (1921), colaborador de Kraepelin, demonstrou que mais da metade dos casos diagnosticados em 1913 como sendo Parafrenia haviam desenvolvido sintomas esquizofrênicos típicos e, em 1931, Kolle chegaria aos mesmos resultados em relação à Paranóia de Kraepelin. (Bercherie,1980[1989],FC,p.263; e nota 12, p.273). Um exemplo que ficou celebrizado foi o do psicodiagnóstico da Paralisia Geral (psicose sifilítica), que permitiu a Kraepelin identificar trinta por cento de “Dementes paralíticos”, em contraste com apenas 8 a 9% quando o seu diagnóstico foi aperfeiçoado alguns anos depois. (Bercherie,1980[1989],FC,p.269)

Não obstante, apesar de todas as mudanças conceituais em curso, um aluno de Kraepelin, Karl Jaspers (1883-1969), construiria uma nova ortodoxia, a partir de sua importante obra intitulada “Psicopatologia Geral” (*Allgemeine Psychopathologie*, 1913), onde ele faz uma crítica conceitual sistemática da psicopatologia e propõe uma classificação “não dogmática”, baseada numa reflexão metodológica e numa contestação do paralelismo psicofisiológico, na tentativa de separar a compreensão estática da compreensão genética dos fatos psíquicos e de suas relações causais. Para Jaspers, a explicação psicanalítica de Freud se baseava na compreensão dos fenômenos “como se” eles fossem conscientemente experimentados, e as interpretações psicanalíticas dos símbolos, dos deslocamentos e das deformações oníricas atribuíam um significado a um dado conteúdo psíquico que ele não tinha de imediato.

Jaspers contrapunha os distúrbios psicopatológicos, cujo desenvolvimento era perfeitamente compreensível, aos distúrbios não compreensíveis; as doenças podiam evoluir por fases, com “*restitutio ad integrum*”, e corresponder às patologias afetivas como a Psicose maníaco-depressiva ou então se apresentarem como processos psíquicos, com caráter duradouro, mas sem desintegração, como em muitos casos da Esquizofrenia de Bleuler ou em algumas Paranóias de Kraepelin ou ainda na totalidade das Parafrenias. As alterações esquizofrênicas, interpretadas como dissociação, incoerência ou discordância, eram apenas sentidas ou intuídas pelo observador como ininteligíveis, mas não tinham nada de incompreensível para o doente. A incompreensibilidade devia-se à falta de uma comunicação imediata de intuições entre o observador e o doente observado, pois havia doentes cuja capacidade de compreensão encontrava-se preservada, sem distúrbios da consciência ou da orientação.

O movimento fenomenológico em psiquiatria, a partir das idéias de Edmund Husserl e de Henri Bergson, iria influenciar profundamente a psicopatologia fenome-

estrutural de Minkowski e o seu método de “penetração” ou intuição semiológica para a “captação” ou compreensão da essência, ou seja, da estrutura íntima dos fenômenos da clínica psiquiátrica, como veremos adiante. A incompreensibilidade da doença se encontraria na incapacidade do observador de compreender o sentido concreto dos modos das experiências psicopatológicas. Para Jaspers, as experiências delirantes primárias, matrizes das idéias delirantes verdadeiras, podiam ser de três tipos: 1) “percepções” delirantes, nas quais as coisas percebidas tinham uma significação imediata; 2) “representações” delirantes, que eram intuições de conteúdos concretos atuais ou passados que se apresentavam de modo intenso; e 3) “impressões” delirantes (*Bewusstheiten*), sem conteúdo concreto nem representação sensível, mas sentidas intensamente a partir de uma vivência de transformação da personalidade e acompanhada de uma convicção ou certeza absoluta (delírios primários). (Bercherie,1980[1989],FC,p.268)

O método fenomenológico de Jaspers e o rigor de elaboração de seu pensamento psicopatológico levaram-no a rejeitar o conceito kahlbaum-kraepeliniano de “unidade mórbida”, por considerar que tal conceito não permitia formar nenhuma entidade mórbida real. Para Jaspers, a orientação teórica baseada nesse conceito havia levado à pesquisa empírica de processos neurofisiológicos paralelos e de tipos clínicos definidos por sua evolução e sua estrutura psicopatológica, mas sem conseguir evidenciar uma correspondência biunívoca entre essas duas séries ou planos fenomenológicos. Apesar disso, Jaspers propôs uma classificação, para fins práticos, dividida em: 1) psicoses orgânicas, exógenas ou sintomáticas, cuja origem se encontra nos processos cerebrais orgânicos como as infecções, os distúrbios metabólicos, as intoxicações exógenas e epilepsia com substrato neuroanatômico; 2) processos, sem uma evidência neuroanatômica definida e representada pela demência precoce ou esquizofrenia; 3) alienação degenerativa com: a) fases anormais (loucura maníaco-depressiva); b) reações anormais (psicoses reativas); e c) personalidades e

evoluções anormais, as denominadas psicopatias ou personalidades psicopáticas. Nesta classificação, as grandes categorias clássicas foram mantidas em função de seu valor prático, mas seu valor conceitual tornou-se relativo. Somente o que possui valor concreto devia ser preservado e tudo o que fosse elaboração teórica secundária devia ser questionado, pois mais importante que a satisfação de se obter um saber sistemático era o método ou o guia para a pesquisa da realidade concreta do fenômeno psicopatológico. Karl Jaspers foi o ponto alto da escola alemã moderna enquanto que Henri Ey, o da escola francesa.

O objetivo das escolas teóricas “fenomenológicas” do período 1910-1950 foi tentar compreender o mecanismo psicopatológico fundamental das psicoses constitucionais (vesânicas puras de Baillarger) e determinar os elementos redutíveis e irredutíveis ao psiquismo normal. Charles Blondel estabeleceu uma distinção definitiva entre as psicoses propriamente ditas, que cursavam sem debilidade intelectual, e as demências congênicas ou adquiridas, agudas ou crônicas, com prejuízo intelectual. Em sua obra “A Consciência Mórbida” (*La Conscience Morbide*, 1915), Blondel objetivou evidenciar a impossibilidade de se deduzir a atitude e o discurso dos enfermos mentais a partir de um distúrbio focal, sensorial ou afetivo, sofrido por indivíduos com o psiquismo intacto, isto é, sem debilidade intelectual. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.275). As discordâncias evidenciadas entre o discurso, o comportamento mímico ou da motricidade corporal, as manifestações afetivas e as enunciações delirantes dos doentes mentais, levaram Blondel a considerar que havia um prejuízo global que impedia a observação e a compreensão da mente patológica. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.275).

A consciência mórbida não podia ser compreendida a partir do entendimento da consciência normal, pois não tinham o mesmo significado. Além disso, os próprios doentes tinham dificuldades de explicar as suas próprias vivências subjetivas, a si mesmos e a seus psiquiatras; daí, a impropriedade de qualquer tentativa de interpretação literal das elaborações

delirantes ou de suas incoerências aparentes. Por isso, Blondel procurou encontrar a chave do problema interpretativo na análise da natureza da linguagem e de suas relações com a consciência, a partir das idéias de Levy-Bruhl, Émile Durkheim e Henri Bergson.

Paul Guiraud, no seu artigo “As Formas Verbais da Interpretação Delirante” (*Les Formes Verbales de l'Interprétation Delirante*, 1921, p.395-412) tentou diferenciar as diversas modalidades de interpretação verbal e contrastar as interpretações que possuem uma justificação lógica das que não as possuem. Para Guiraud, o delírio de interpretação parecia dividir-se em duas formas distintas: 1) os delírios com sistematização passional, como nos “idealistas apaixonados” da obra de M. Dide intitulada “Os Idealistas Apaixonados” (*Les Idéalistes Passionnés*, 1914) e 2) as formas delirantes que “*se desenvolvem como verdadeiros neoplasmas psicológicos... [e nas quais] os elementos do tema delirante se organizam de acordo com leis inteiramente diferentes da psicologia normal*” (Dide, M., op.cit.,p.411).. (Bercherie,1980[1989],FC,p.278)

M. Dide e P. Guiraud, na obra “Psychiatrie du Médecin Praticien” (Masson, 1922), se inspiraram na obra de Charles Blondel intitulada “A Consciência Mórbida” (*La conscience Morbide*, 1928) e na Escola de Zurique, de onde retiraram, dentre outras, a noção de “complexo”. Dide escreveu o artigo intitulado “Variações Psicopáticas da Intuição da Duração extensa” (*Variations Psychopathiques de l'Intuition Durée-étendue, Journal de Psychologie*, 1929, pp.410-424), inspirado nas teses bergsonianas, isto é, nas oposições entre a duração temporal e a extensão espacial e o problema da espacialização artificial do tempo vivido. (Bercherie,1980[1989],FC,p.278) A psicologia dos instintos e da afetividade de Theodule Ribot é matizada por um colorido bergsoniano em sua obra intitulada “Psiquiatria do Médico Prático” (*Psychiatrie du Médecin Practicien*, 1922,p.9-10), em que o instinto é concebido como uma pulsão vital (*élan vital*) ou “*hormé*” (pulsão). (Bercherie, 1980[1989], FC, p.278-9). Para Dide e Guiraud, as constituições psicopatológicas seriam “modos de ser”

permanentes da personalidade, na forma de constituições diversas, tais como a ciclotímica, a neurastênica, a psicastênica, a histérica, a perversa, etc., e também a dos assim denominados “apaixonados egoístas” (paranóicos reivindicadores) e dos “idealistas” (amorosos, místicos, inventores, reformadores religiosos e sociais, anarquistas etc.). O enfraquecimento da pulsão vital (*élan vital*), equivalente conceitual da “pulsão de vida” de Freud, e da afetividade seria o fator gerador psicopatológico necessário e suficiente para caracterizar as doenças mentais (M. Dide e P. Guiraud, *Psychiatrie du Médecin Practicien*, Masson, 1922, p.178). (Bercherie, 1980[1989], FC, p.280)

Dide e Guiraud recusaram, entretanto, fazer dos Delírios de intuição puros uma nova entidade clínica, conforme as suas próprias palavras nessa passagem:

*Um sintoma ou um dado semiológico não pode, a nosso ver , especificar uma psicose, e muito menos, naturalmente, uma doença mental propriamente dita...As alucinações, pseudo-alucinações, interpretações, idéias fixas ou intuições ainda continuam a ser elementos secundários, modos de expressão..., podendo apenas definir formas clínicas..., caracterizar modalidades de delírio no cerne de síndromes diversas.* (Dide e Guiraud, *Psychiatrie du Médecin Practicien*, Masson, 1922, p.237). (Bercherie, 1980[1989], FC, p.283-4)

Eugène Minkowski reinterpretou os trabalhos da escola de Claude, a partir de Dide e Guiraud; O autismo, para Minkowski, é concebido como uma compensação fenomenológico-existencial enquanto para Claude seria uma compensação ideoafetiva devido à perda do impulso vital (*élan vital* de Bergson). A perda do conteúdo afetivo dos acontecimentos vitais nas formas obsessivas (racionalismo mórbido) ou depressivas (remorsos mórbidos) da Demência precoce e das Esquizomias de Claude seria mascarada e compensada por atitudes psíquicas artificiais e estereotipadas, dado que não seriam reações psicopáticas simples. A concepção minkowskiana, tida por vários autores como sendo excessivamente ampla em relação à Esquizofrenia, acabou por ser menosprezada. Sua obra posterior, segundo seus críticos, visava mais enquadrar e explicar a clínica do que evidenciar fatos novos, notadamente no artigo intitulado “Do Sintoma ao Distúrbio Gerador”, de 1928

(*Du Symptôme au Trouble Générateur*,1928; *Cahiers du Groupe Française Minkowska*, 1965, pp.27-42) (Bercherie,1980[1989],FC,p.284).

Eugène Minkowski, Paul Guiraud e Henri Ey na França, juntamente com Kurt Schneider e a corrente fenomenológica de Karl Jaspers na Alemanha, além de outros, representavam um tipo de orientação teórica apoiada em sistemas doutrinários em que a clínica psiquiátrica ocuparia, segundo os críticos da fenomenologia existencial, uma posição de ilustração prática de hipóteses antropológicas e patogênicas em torno das quais tais sistemas se construíram. As críticas mais ácidas aos grandes teóricos como Minkowski e Ey questionavam os pressupostos prévios como determinantes de grandes sínteses dogmáticas ou de estruturas fechadas que tornavam a pesquisa de fatos novos infrutíferas, contrariamente às hipóteses clássicas e à metodologia clínica prospectiva. Curiosamente Minkowski advoga para o seu método o mesmo poder heurístico prospectivo ou construtivo na pesquisa clínica psicopatológica de sua fenomenologia fenômeno-estrutural.

H. Claude, G. Robin e A. Borel, na obra intitulada “Constituição Esquizóide e Constituição Paranóica” (*Constitution Schizoïde et Constitution Paranoïaque*, 1923, *L'Encéphale*, 1923, II, pp.481-493), descreveram a constituição de caráter esquizóide, oposta à constituição paranóide da esquizofrenia bleuleriana, ou, mais exatamente, da versão minkowskiana do beulerismo, colocando a ênfase na “diminuição ou até na perda de contato vital com a realidade” e no fenômeno do “autismo” primário (narcisismo), isto é, na tendência a reagir às dificuldades afetivas pela fuga da realidade e o conseqüente refúgio no mundo imaginário do devaneio (Claude,H.,*L'Encéphale*,1923,II,p.490). (Bercherie, 1980[1989], FC, p.300). O devaneio ocorria sem a perda do juízo crítico da morbidade ou do controle do estado intelectual, ao contrário do que ocorria com o paralogismo paranóico. Os distúrbios da constituição esquizóide, sob a influência de um complexo afetivo ou de um estado tóxico-infeccioso, podiam evoluir para a Esquizomania, uma patologia da exacerbação da

esquizoidia, que poderia também se transformar em Esquizofrenia. A dissociação psíquica passa a ser concebida não mais como um afastamento mecânico das funções mentais isoladas, mas sim, o produto de uma síntese intelectual superior do modo de pensar autista, isto é, de um “delírio de devaneio” (*Démence Précoce, Schizomanie et Schizophrénie, L'Encéphale*, 1924, I, p.145-151). (Bercherie, 1980[1989], FC, p.300)

O complexo de tonalidade afetiva determinaria nos indivíduos predispostos uma dissociação (desagregação, discordância, desarticulação ou desarmonia funcional) entre o núcleo da personalidade autista e as instâncias periféricas em contato com a realidade, conforme a versão de H. Claude e Montassut na obra “A Compensação Ideo-afetiva” (*La Compensation Idéo-affective, L'Encéphale*, 1925, II, p.557-596). Henri Claude rejeitou o critério organomecânico e analisou a estrutura geral do delírio, dividindo-os em dois tipos: 1) psicoses paranóicas, egocêntricas e coerentes; e 2) psicoses paranóides, desagregadas e incoerentes, esta última dividida em dois tipos: a) Demência paranóide, espécie de hebefrenia delirante e b) psicose paranóide esquizofrênica ou Pseudo-demência, em que a dissociação era causada pelos complexos afetivos num sujeito constitucionalmente predisposto (Bercherie,1980[1989],FC,p.301-2). O grupo esquizóide foi ampliado por Claude, Borel e Robin, aparecendo um segundo tipo esquizomaniaco (negativista, obstinado, amuado, indiferente), conforme sua obra intitulada “A Indiferença e o Negativismo Esquizomaniaco” (*L'Indifférence et le negativisme schizomaniaque*, 1925), em que o doente reagia aos choques afetivos através de um retraimento enraivecido e de uma recusa hostil ao contato interpessoal e, portanto, de um isolamento com a aparência de indiferença afetiva. A perda de contato com a realidade podia evoluir para uma fixação e uma dissociação de caráter esquizofrênico. (Bercherie,1980[1989],FC,p.302)

A antiga “Demência Précoce” de Kraepelin foi dividida em dois tipos: 1) Esquizoses: distúrbios mentais psicogênicos, reativos, sem prejuízo cognitivo real,



correspondente ao tipo simples da demência precoce; e 2) Demência precoce verdadeira: com um provável substrato orgânico, correspondente ao tipo paranóide da Demência precoce; Deste modo, a hebefreno-catatonía continuava a ser uma entidade nosológica unitária. Minkowski, como bom monista (ontológico), era contrário a essa visão dualista e Henri Claude teve de admitir que existe um grande número de fatos intermediários entre os diversos tipos nosográficos isolados, sendo que a Demência precoce e a Esquizofrenia propriamente dita talvez devessem ser consideradas como sendo duas formas extremas de uma mesma doença, variável, de acordo com a predominância do elemento orgânico ou do elemento psicogênico na constituição da doença (*Démence Precoce et Schizophrénie* apresentada no Congresso de Médicos Alienistas e Neurologistas de Genebra-Lausanne em 1926). (Bercherie,1980[1989],FC,p.303)

Henri Claude, semelhantemente a Kretschmer, aventou a possibilidade de conceber uma passagem da Esquizofrenia à Demência precoce. Posteriormente, em 1933, ele diferenciou nosologicamente a Paranóia da Parafrenia, descrevendo esta última como uma evolução de fundo constitucional esquizomaniáco e não demencial, isto é, sem desintegração intelectual, afetiva e volitiva (pragmática). Em suma, a paranóia apresentava uma atividade delirante lógica (H.Claude, idem, p.420), enquanto a Parafrenia era intensamente paralógica. (Bercherie,1980[1989],FC,p.303)

O conceito de Psicose alucinatória crônica, no qual a alucinação seria o agente gerador, permaneceu na psiquiatria, mesmo com os esforços da escola de Henri Claude e de Henri Ey. A Escola de Claude, influenciada por Ballet, Pierre Janet e pelo movimento psicodinâmico alemão (Bleuler e Kretschmer), mas mantendo as contribuições de Sérieux e de Séglas (Demência precoce), e de Magnan (Delírio crônico), estabeleceu o grupo nosológico composto pela constituição esquizóide, os ataques esquizomaniacos agudos e os delírios crônicos associativos (psicoses paranóides e parafrenia), dividido em dois grupos, a

saber: 1) o da Paranóia e dos Delírios alucinatórios, com estrutura idêntica à paranóia e 2) o da Demência precoce hebefrênica verdadeira. Gatian Gaëtan de Clérambault, considerado o último e mais brilhante dos clássicos, desenvolveu trabalhos clínicos sobre os delírios coletivos em que, na maioria das vezes, apenas um dos co-delirantes era afetado por uma psicose, mas, às vezes, duas psicoses simultâneas e diferentes, em termos de base e de evolução, compartilhavam o mesmo tema ideativo ou delírio. (Clérambault, G.G. de, *Oeuvre Psychiatrique*, PUF, 1942). (Bercherie,1980[1989],FC,p.285)

No seu estudo comparado dos delírios alucinatórios induzidos por tóxicos (álcool, éter, cloral, cocaína etc.), Clérambault enfatizou a grande especificidade da ação dos tóxicos nos diversos níveis mentais: 1) Afetividade (humor): ansiedade, euforia, indiferença etc.; 2) Inteligência ou cognição: confusão, sonolência ou então clareza mental; 3) Volição ou conação: agitação psicomotora, semi-estupor, ausência de motricidade; e 4) Sensopercepção ou estesia: alucinações específicas para cada tipo de tóxico indutor, com grande variedade de qualidades (cores, formas, etc.), isto é, uma espécie de predileção de certas propriedades toxicológicas por determinadas regiões cerebrais (Clérambault, idem, p.301). (Bercherie,1980[1989],FC,p.286)

No seu estudo sobre os estados delirantes agudos de origem epiléptica, sem crises convulsivas, denominadas de delírios comiciais mnésicos, Clérambault afirmou que “*a concepção de que todo acidente epilético deve forçosamente ser amnésico...é uma generalização professoral*” (Clérambault, idem, 301). (Bercherie,1980[1989],FC,p.286) Clérambault descreveu pela primeira vez, após 1920, uma síndrome clínica que denominou “Erotomania”, termo esse utilizado anteriormente para um grupo de “casos díspares”. (Bercherie,P.,FC,1989[1980],p.286) A “Erotomania pura” era um delírio amoroso originado do orgulho, do desejo e da esperança (Clérambault, *Ouvre Psychiatrique*, 1942, p.338), do desejo sexual, da rejeição, etc., sobre um “núcleo ideoafetivo inicial” (Clérambault, idem,

p.342). O delírio se desenvolvia em três fases: 1) fase de esperança, com idéias de perseguição; 2) fase de despeito e 3) fase de rancor, com humilhação e ódio pela rejeição. Os doentes meigos e imaginativos podiam permanecer cronicamente na esperança, pois o caráter do sujeito determinava a evolução do delírio e as suas reações. Foi relatado um caso com 37 anos de evolução (Clérambault, idem, pp.406-413). (Bercherie,1980[1989],FC,p.287)

Clérambault dividiu o grupo do delírio paranóico em dois: 1) psicoses passionais, ou paixões mórbidas; e 2) delírio de interpretação (pessimista) e, o seu oposto, o delírio de imaginação (otimista). (Bercherie,1980[1989],FC,p.288) Um dos elementos fundamentais da concepção de Clérambault é a oposição entre os casos clínicos puros e os casos mistos ou associados; a “Erotomania pura” corresponde ao quadro típico, mas a “Síndrome erotomaníaca” poderia complicar outras psicoses, atenuando o aspecto passional, aumentando o elemento imaginativo e trazendo como conseqüência a eclosão do delírio, por um abalo fraco ou ínfimo, numa base psíquica já afetada. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.288) A teoria do automatismo mental de Clérambault originou-se da observação clínica de casos em que o delírio era mínimo, em meio aos fenômenos alucinatorios e pseudo-alucinatorios. Para Clérambault a “Psicose alucinatoria crônica com delírio” se decompõe em duas partes, numa das quais há um núcleo caracterizado pelo automatismo e uma outra que constitui a superestrutura da doença, o delírio propriamente dito (Clérambault, idem, p.482). (Bercherie,1980[1989],FC,p.289)

De acordo com essa concepção, baseada em casos com permanência do delírio após a remissão da síndrome alucinatoria, e que Séglas já havia assinalado, o delírio seria uma *“reação de um intelecto racional, e amiúde intacto, aos fenômenos oriundos de seu subconsciente”* que dependeria tanto do tipo de agressão quanto do caráter e das qualidades intelectuais do sujeito. (Clérambault, idem, p.459) (Bercherie,1980[1989],FC,p.289)

O caráter neutro e atemático do núcleo psicótico alucinatório crônico explicaria a variedade de temas nos delírios, cuja evolução era passível de ser melhor apreendida nos casos de desenvolvimento lento (insidioso), denominado de pequeno automatismo mental (e depois, de síndrome de passividade), do que no grande automatismo mental ou automatismo tríplice (intelectual, sensoperceptivo-afetivo e volitivo). (Bercherie,1980[1989],FC,p.290) Clérambault propôs uma teoria dogmática, simultaneamente associacionista e neuro-histológica (*histos*, tecido, estrutura microanatômica) em que os elementos afetivos seriam secundariamente envolvidos pelo automatismo, como na paralisia geral e nos delírios tóxicos, onde as irritações inicialmente localizadas se irradiariam, reinvestiriam, os centros cerebrais e formariam um extenso complexo patológico sobre a personalidade primária. Clérambault estabeleceu uma lei clínica da idade, já assinalada por Kraepelin, em que o encéfalo reagiria mais sutilmente se o sujeito tivesse mais idade, ou contrariamente, se tivesse menos idade, neste último caso resultando em idiotia afetiva (retardo afetivo), imbecilidade na criança, demência precoce no adolescente, demência paranóide no adulto e psicose alucinatória crônica propriamente dita (parafrenia) a partir, geralmente, dos quarenta anos.

Uma outra lei clínica, a da massividade, explicava uma série ininterrupta de formas clínicas segundo o dano fosse mais ou menos global, difuso ou maciço. (Bercherie,1980[1989],FC,p.293). De acordo com Clérambault (*Oeuvre Psychiatrique*, PUF, 1942, p.488-9) “*a defesa dos centros nervosos parece aperfeiçoar-se com a idade; os centros superiores continuam a ser os mais vulneráveis*”. Desse modo, o desenvolvimento da “síndrome de passividade” só era integralizado nas formas tardias e insidiosas, conforme a seguinte passagem:

*Não cremos, de modo algum, que todo Delírio de Perseguição Alucinatório comece pelo Automatismo Mental. Existem casos em que a psicose segue de perto sua causa primária (seqüelas distantes de infecções, endocrinopatias, etc) e em que o sujeito, em geral, tem menos de trinta anos. O início pelo Automatismo tem lugar nas formas insidiosas, de causa distante, desenvolvendo-se por volta dos quarenta. (Clérambault, Oeuvre Psychiatrique, 1942, p.489).*

E, mais adiante, ele completa: “*As psicoses alucinatórias reingressam, pois na neurologia...e a psiquiatria chega hoje ao ponto de onde deveria ter partido*” (Clérambault, idem, p.609). Para Clérambault, a “Paranóia” compreendia a totalidade dos diversos traços de caráter, e em cada caso poderiam estar presentes ou ausentes vários desses elementos ou traços, tais como: desconfiança, inveja, ciúme, dissimulação, irritabilidade, rabugice, hostilidade, etc. (Clérambault, idem, p.483) (Bercherie,1980[1989],FC,p.294)

A partir de 1925, Clérambault buscou uma origem e uma elaboração puramente mecânicas dos delírios interpretativos puros (idem, p.544) e, em 1933, identificou um novo tipo de mecanismo automático, a pseudo-atestação espontânea incoercível, “*um distúrbio de percepção em que os elementos ideativos preestabelecidos deformam os dados sensoriais*” (Clérambault, idem, p.648), dando origem a um delírio. Mesmo que sua psicologia tenha sido considerada muito arcaica e suas concepções, muito mecânicas, a maior parte do trabalho de Clérambault faz parte das conquistas da escola psiquiátrica francesa, mesmo com o esforço transformador do organodinamismo de Henri Ey. (Bercherie,1980[1989],FC,p.295-6)

A retomada das teses psicanalíticas fez com que se questionasse a oposição entre as “Psicoses passionais” e o “Delírio interpretativo” a partir do conteúdo e não somente da morfologia clínica ou da estrutura sindrômica. A clínica baseada unicamente na estrutura manifesta das síndromes estava se tornando um obstáculo ao desenvolvimento de idéias psicopatológicas novas. Claude oporia à teoria clerambaultiana do automatismo mental a sua “teoria da síndrome de ação externa” e, com Henri Ey, se esforçaria por contrastar a “alucinose”, a alucinação e a pseudo-alucinação, conforme sua obra intitulada “Evolução das Idéias sobre a Alucinação” (*Evolution des Idées sur l’Hallucination, L’Encephale*,1932, I, p.361-377), ou também na obra “Alucinose e Alucinação: As Teorias Neurológicas dos Fenômenos Psicossensoriais” (*Hallucinoze et Hallucination: Les Théories Neurologiques des Phénomènes Psycho-sensoriels, L’ Encephale*, 1932, I, p.576-621), ou ainda na obra intitulada

“Alucinações, Pseudoalucinações e Obsessões” (*Hallucinations, Pseudo-hallucinations et obsessions*, AMP, 1932, II, p.273-316) e na bibliografia da tese de C.H. Nodet de título “O Grupo das Psicoses Alucinatórias Crônicas” (*Le Groupe des Psychoses Hallucinatoires Chroniques*, Doin, 1937). (Bercherie,1980[1989],FC,p.297)

Henri Claude e Henri Ey mostraram a analogia das pseudo-alucinações com as obsessões; as definições de ambos os autores prevaleceram, em muitos aspectos, em detrimento das observações e teses de Clérambault. A partir de 1920, a escola alemã sustentou uma nosologia bipartida que compreendia, de um lado, as Esquizofrenias (processos crônicos) e as Psicoses maníaco-depressivas (fases agudas), enquanto a escola francesa, tripartida, opunha a Demência precoce (Esquizofrenia) aos Delírios crônicos e à Psicose maníaco-depressiva. Restava o problema de uma quarta classe, a das Psicoses delirantes agudas, além do eterno problema dos casos mistos, atípicos e “inclassificáveis”. Uma vez que as Psicoses endógenas eram geralmente consideradas constitucionais, do mesmo modo que as Psicoses reativas, havia o problema da delimitação de fronteiras entre elas.

Um problema semelhante enfrentou Kretschmer, na Alemanha, para separar os Delírios psicogênicos dos Delírios processuais, comprometendo o conceito de Paranóia. A psiquiatria francesa não conseguia solucionar o problema da distinção nosológica de várias outras oposições, como, por exemplo, entre: 1) a Ciclotimia e a Psicose maníaco-depressiva; 2) o Delírio paranóico, de base constitucional, e os Delírios crônicos; 3) a Esquizomania e a Demência precoce; 4) as “Psicoses histéricas” e os “surtos delirantes”. Além disso, muitas psicoses orgânicas se assemelhavam clinicamente aos distúrbios constitucionais reativos e às psicoses endógenas. Por exemplo, a encefalite epidêmica, as paralisias gerais (neurossífilis), as psicoses com tumores cerebrais, as Psicoses alcoólicas e as demências na sua fase inicial, apresentavam a aparência das psicoses constitucionais endógenas, embora fossem categorizadas como Síndromes pseudo-constitucionais. (Bercherie,1980[1989],FC,p.314)

As psicoses-modelo apresentavam o mesmo problema. Diante de tudo isso, como se estabelecer uma garantia de correspondência entre os dados semiológicos aparentes da clínica e suas supostas bases reais? Estaria a clínica condenada ao eterno retorno “psiquiaticida”? Quais foram as principais reações doutrinárias no período moderno?; Apontemos algumas delas.

A reação eclética acreditou encontrar a solução do dualismo ou do pluralismo nosológicos através da eliminação de todas as distinções “confirmadas” pela observação clínica, o que levou a uma concepção filosófica inevitavelmente sistemática, teórico-dependente de uma “metaclínica”, isto é, de uma metateoria nosológica.

O jacksonismo de Henri Ey pode, talvez, ser considerado a última grande tentativa de estabelecer um sólido edifício teórico-clínico eclético que pudesse resolver definitivamente o problema da distinção nosográfica, num mesmo espectro nosológico psiquiátrico, sem retornar ao sincretismo da teoria da psicose unitária (monopsicose) e sem descartar toda a paciente elaboração da psicopatologia clássica. Uma psicopatologia tautológica, arbitrária ou “*ad hoc*” seria tão inadmissível quanto permanecer num impasse epistêmico ou na renúncia a uma solução, ao menos parcial, do dilema psiquiátrico. Uma outra dicotomia consistia na oposição do par de propriedades conceituais expressos pelos termos temporais “agudo” e “crônico”. Uma possível solução seria uma postura empírica baseada no abandono das “entidades” a favor das “síndromes”, com uma etiologia e uma evolução variáveis, o que de fato tinha sido proposto por H. Baruk em 1932, seguido por Henri Ey. No entanto, o problema permaneceu em aberto até hoje, século XXI, mesmo com o abandono quase global à clínica em favor de um pragmatismo pretensamente atóxico e voltado à neurofisiologia dos neurotransmissores cerebrais.

Para Paul Bercherie, os postulados prévios dos psicopatologistas clássicos eram hipóteses de pesquisa heurísticamente frutíferas para a observação clínica e não simplesmente

grandes sínteses dogmáticas, com estruturas fechadas e estereis. (Bercherie, 1980[1989], FC, p.316-7) O sucesso da psicanálise, com o seu sistema teórico totalizante, teria levado muitos psiquiatras a propor, por oposição à psicanálise, um sistema doutrinário igualmente sistemático e totalitário, seja de cunho antropológico (Minkowski, Guiraud e Ey), seja de cunho fenomenológico (Jaspers, Schneider, etc). Desse modo, a observação empírica dos fatos clínicos levaria à compreensão e à explicação da natureza essencial da doença e os fatos observados e coligidos poderiam fornecer inferências válidas para a elaboração de entidades nosológicas a partir das síndromes psiquiátricas (conjunto de sinais e sintomas). O impasse teórico da psicopatologia clínica, assim como a urgente necessidade de uma diretriz teórica para a prática terapêutica e, além disso, a falta de perspectivas para tal prática, levou ao abandono do método clínico clássico e também à falta de um paradigma teórico de conciliação entre as diversas orientações existentes; a psicologia patológica e os relatos de casos clássicos desapareceram dos tratados, compêndios e manuais de psiquiatria.

O insucesso do projeto clínico clássico e de sua elaboração teórica não ocorreu pela decomposição analítica exaustiva dos quadros psicopatológicos em elementos simples e sim pela falta de uma solução satisfatória, ou então pela falta de solução do problema diagnóstico, isto é, da falta de uma compreensão sobre a natureza causal e estrutural do distúrbio psicopatológico, assim como da falta de entendimento sobre o prognóstico ou a previsão evolutiva da doença e do doente. O postulado básico da clínica clássica desde Pinel era o de que o quadro clínico remetia a uma essência ou natureza material que seria a sua realidade somática ou corporal. (Bercherie,1980[1989],FC,p.317-8)

Os fundamentos teóricos ou pressupostos epistemológico básicos do materialismo clínico eram determinados por pelo menos duas proposições ou crenças: 1) A primeira consiste na idéia de que há um idealismo oculto no modo de conhecimento empírico, e a observação sistemática visa descobrir a realidade última ou a causa primeira dos



fenômenos clínicos observados (os sinais, os sintomas e o substrato somático correlacionado), com a finalidade de se elaborar conceitos puros e postulados explicativos. Ao limitar o seu objetivo à observação sistemática e à classificação dos fenômenos clínicos e, além disso, ao desconsiderar o seu idealismo implícito e renegado, o empirismo da psicopatologia clássica desemboca em postulados que invalidam a própria orientação teórica nosográfica e confundem os fatos clínicos com as entidades nosológicas a eles idealmente referidos; 2) A segunda proposição é a de que a psiquiatria clínica passou do plano da descrição para o da explicação, reduzindo as realidades materiais às idealidades conceituais das entidades clínicas, como se essas últimas fossem também realidades materiais substanciais. Essa reificação ou identificação entre o plano objetivo dos fenômenos clínicos e o plano “subjetivo” dos conceitos psicopatológicos, que identifica o “como se fosse” ao “é”, cai inevitavelmente nos dilemas da redutibilidade *versus* irredutibilidade. Ao negar à mente o estatuto de causa primária das doenças mentais, restou aos clássicos somente a alternativa de atribuir a etiologia psicopatológica ao organismo corporal em seu aspecto mais neuroanatômico. Mais uma vez, o preço pago pela ciência por desprezar a filosofia e optar estrategicamente por uma pretensa ateoricidade epistemológica foi o de cometer erros filosóficos e se deparar com aporias indesejadas. Daí, talvez, as tentativas cíclicas, ao longo da história da ciência psiquiátrica, de abandonar e de retornar às grandes sistematizações teóricas como contemporaneamente ocorre com o movimento da transdisciplinariedade, enquanto abordagem de síntese de todas as disciplinas científicas conexas, o que nos remete novamente ao sonho da velha metafísica, agora renomeada de metapsicologia da psicopatologia, isto é, de “*Metapsicopatologia*” ou epistemologia da psicopatologia. A passagem da análise das formas psicopatológicas para as sínteses nosológicas puras levou à constatação de que os casos puros ou típicos eram raros ou, até mesmo, uma construção ideal do observador.

As tentativas de se deslocar o foco causal do corpo para a mente, isto é, das reações psicopatológicas da personalidade e dos fatores psicodinâmicos para os estímulos somáticos e ambientais, resultaram em numerosas outras entidades clínicas e, apesar de seu notável valor heurístico não resolver totalmente o problema da delimitação nosológica, o problema da delimitação começou a ser esclarecido com as concepções de Birnbaum e Kretschmer, a respeito da oposição entre a patogenia e a patoplastia. A redução de todo o universo psicopatológico a um único modelo teórico traz consigo necessariamente as conseqüências de seus fundamentos epistêmicos. A coerência do método clássico e da teoria em que se baseava careceu de conhecimentos fundamentais, tais como, por exemplo, os advindos da compreensão psicanalítica da psicopatologia.

A reorientação da clínica psiquiátrica, favorecida pelas novas contribuições teóricas modernas, deveria ter levado ao aperfeiçoamento do método e não ao abandono do mesmo; remanesceu a atitude diagnosticadora, porém desapareceu temporária e contemporaneamente o ímpeto clínico, nos moldes clássicos, substituído agora pelas promessas de acessibilidade à realidade nosológica via neuropatologia ou via propedêutica armada das neuro-imagens cerebrais, isto é, imagens neuroanatômicas dos sistemas neuronais e também da análise eletroquímica dos neurotransmissores cerebrais. Tais elementos materiais “palpáveis” constituem os representantes atuais de um localizacionismo redutivista atomístico sofisticado, sob o carisma mítico da alta tecnologia eletrônica aliada à esperança de se “tocar com os dedos” o substrato neuroanatômico de “todas” as doenças mentais.

## 1.10 A PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

Ainda que já tivesse publicado, em parceria com Joseph Breuer (1842-1925), a obra “Estudos sobre a Histeria” (1893-5) e outros artigos, a primeira grande obra psicanalítica veio a lume, em 1900, sob o título “A interpretação dos Sonhos”. Seu autor, o neuropatologista Sigmund Freud, obteve uma fraca aceitação de suas idéias no meio neuropsiquiátrico de então. Também em 1900, apareceram as Investigações lógicas (*Logische Untersuchungen*) de Edmund Husserl, com repercussões diretas e indiretas nas ciências psicológicas. Como o propósito de nossa análise não tem a pretensão de apresentar a longa e interessante história do movimento psicanalítico e das escolas dissidentes, passaremos a um breve vôo panorâmico dos conceitos que marcaram esta importante virada histórica da psicopatologia e da psiquiatria clínica. O primeiro reflexo das importantes contribuições da psicopatologia psicanalítica e demais correntes de escolas psicodinâmicas foi o deslindamento da neuropsiquiatria em psiquiatria e neurologia como especialidades distintas, apesar dos problemas conexos entre as duas áreas quanto a muitas doenças de etiologia complexa.

A psicanálise surgiu como uma teoria do “aparelho psíquico”, um método de investigação do psiquismo humano e dos processos inconscientes desconhecidos, além de uma técnica de tratamento das doenças mentais. Mesmo que não tenha descoberto “o Inconsciente”, Freud teve o mérito de inaugurar uma importante escola de pensamento a partir de idéias que já estavam presentes na obra de seus predecessores e de novas formulações e reformulações conceituais relacionadas às pesquisas da psique inconsciente. Paralelamente às investigações psicanalíticas de Freud e colaboradores diretos, a escola de Zurique forneceu importantes contribuições na psiquiatria clínica e na psicopatologia através de Eugen Bleuler (1857-1939) no estudo da Demência precoce (Esquizofrenia) e de seu colaborador assistente Carl Gustav Jung (1875- 1961), fundador da psicologia analítica e propugnador do método

por ele denominado de construtivo-sintético, prospectivo-sintético, hermenêutico ou teleológico, equivalente ao método intuitivo, penetrativo ou fenomeno-estrutural minkowskiano. A principal contribuição conceitual de Bleuler foi o termo esquizofrenia, enquanto Jung sempre será lembrado pelos conceitos de complexo, de arquétipo e de inconsciente coletivo. A psicanálise, ao longo da primeira metade do século XX, estendeu-se amplamente nos mais variados domínios da atividade e da cultura humana, tais como a mitologia, a história da religião e da civilização, a antropologia e a sociologia, arte e literatura, pedagogia e caracterologia, estética, psicologia, psicopatologia e psiquiatria, etc.

O reconhecimento oficial do psiquismo inconsciente recebeu uma importante contribuição do filósofo, médico, psicólogo e pesquisador Pierre Janet (1859-1947) com sua tese de doutorado em letras de 1889 sobre o automatismo psíquico (*L'automatisme psychologique*) e sua tese em medicina de 1893 sobre o estado mental dos histéricos (*L'état mental des hystériques*). Janet descreveu a Psicastenia (*Les obsessions et la Psychasténie*, 1903) e desenvolveu importantes estudos sobre as neuroses e as perturbações mentais dos histéricos, obsedados, fóbicos, abúlicos, etc. em várias de suas obras (*Les Nevroses*, 1909; *La faiblesse psychologique*, 1930). A sua produção científica é extensa e prolífica e não caberia aqui descrevê-la. Defendeu a idéia, dentre tantas outras, de que uma “segunda personalidade” emergia das regiões inferiores do *eu* e poderia levar o indivíduo a executar certos atos sem que o mesmo tivesse consciência de ser a causa de tais atos. Na concepção racionalista de Janet, o elemento central do fenômeno era a consciência de vigília e a sua função do real. A consciência garantiria o estado normal e a sua desagregação levaria à deteriorização da sua função de síntese e às manifestações inconscientes, às formas inferiores da atividade mental e até mesmo às neuroses e psicoses. O inconsciente janetiano, diferentemente do freudiano, é tido por vários autores como um subconsciente parasitário que engendra a debilidade da

consciência e exclui as propriedades mnêmicas e simbólicas do inconsciente freudiano por atribuí-las à consciência. Para Freud, o histérico é um ser que sofre de reminiscências.

No início de 1900, alguns meses antes da publicação da “Interpretação dos Sonhos” (*Die Traumdeutung*) de Freud, o professor genebrino Théodore Flournoy (1854-1920), introdutor da psicologia experimental na Suíça, publicou uma obra denominada “*Da Índia ao Planeta Marte: estudo sobre um caso de sonambulismo com glossolalia*” em que mostrava os resultados de uma pesquisa realizada com uma jovem, genebrina, Hélène Smith, que apresentava delírios sonambúlicos na forma de autênticos romances orais. Nesta obra, Flournoy apresenta muitas explicações dos fenômenos relatados que podem ser consideradas como psicanalíticas *avant la lettre*, como, por exemplo, a idéia de que “o sonho é a chave do subconsciente”:

*Brotando de nosso fundo oculto, trazendo à luz a natureza intrínseca de nossas emoções subconscientes, desvendando nossos pensamentos recônditos e a propensão instintiva de nossas associações de idéias, o sonho é muita vez um instrutivo instrumento de sondagem das camadas desconhecidas que sustentam nossa personalidade comum. Isso dá lugar, às vezes, a muito tristes descobertas, porém, algumas vezes, também permite que se revele assim a melhor parte de nós mesmos. (Flournoy, 1900, p.133; in: Mueller, 1976[1978], HP, p.282)*

A história do percurso psicanalítico de Freud desde Breuer, passando por Charcot, Liébault, Bernheim e Fliess, chegando a Jung, Bleuler, Adler, Rank, Ferenczi, etc., é sobejamente difundida e não constitui o escopo de nossa análise. Passaremos, portanto, à apresentação de algumas idéias da teoria psicanalítica e do movimento psicodinamicista na psicopatologia do século XX, tomando como foco a obra de C.G. Jung intitulada “Freud e a Psicanálise” (Jung,[1989], FP), uma coletânea de artigos que percorre principalmente o período entre 1906 e 1914 e conclui com um artigo sobre “a divergência entre Freud e Jung” (1929).

A psicanálise apareceu como uma teoria e uma nova técnica de tratamento de doenças mentais, a fim de preencher uma lacuna científica no âmbito da psicologia e da

psicopatologia, ligando a medicina à filosofia da mente e à epistemologia da neurociência e da psicopatologia. A teoria freudiana da psique assumiu uma postura exageradamente centrada na sexualidade e isso afastou muitos cientistas, tais como Eugen Bleuler, Alfred Adler, Otto Rank e o próprio Jung, dentre outros. Segundo Jung, faltou à psicanálise uma discussão mais ampla de seus princípios teóricos em meio a uma farta casuística e formulações casuísticas, além da falta de aceitação do próprio método psicanalítico, pois “*quem não reconhece a cientificidade do método também não reconhece o caráter científico de seus resultados*”. (Jung, 1913[1989], FP, p.221)

O processo de análise psicológica ou psicanálise pode ser definido sumariamente como uma espécie de redução dos conteúdos atuais da consciência aos seus fatores psíquicos, o que não significa que a análise seja uma simples reconstrução anamnética da história da doença e tampouco um método de sugestão ou uma psicopedagogia: “*ao contrário da terapia sugestiva, o psicanalista se esforça para não impor ao paciente aquilo que ele não vê ou percebe como evidente*”. (Jung, 1913[1989], FP, p.222)

Além disso, o psicanalista procura evitar dar ao paciente as sugestões e conselhos que este tanto deseja, a fim de tirá-lo da atitude passiva e facilitar as condições para que o paciente utilize o seu juízo, esforço e autonomia no enfrentamento de seus conflitos e adaptação à realidade, assim “*os princípios da psicanálise são totalmente diferentes dos princípios da terapia de sugestão*”. (Jung, 1913[1989], FP, p.222)

O método sugestivo ou persuasivo, baseado na racionalização e na argumentação vai de encontro ao desejo dos pacientes que esperam obter um conselho de uma autoridade para se livrarem da responsabilidade de assumir os erros decorrentes de atitudes próprias, e, nesse sentido, a eficácia terapêutica do aconselhamento psicológico para a psicanálise é tão confiável quanto a da hipnose. (Jung, 1913[1989], FP, p.222-3)

A teoria psicanalítica não pretende antecipar a resposta aos problemas apresentados pela doença segundo um esquema teórico pronto e artificial. Ao contrário, não existe um caminho esquemático prévio para se chegar às resistências e aos conflitos inconscientes. O trabalho do analista é o de um facilitador ou catalisador da cadeia de associações ligadas aos conflitos inconscientes e ao desconhecimento desses conteúdos. (Jung, 1913[1989], FP, p.224)

A análise dos sonhos é um recurso da técnica psicanalítica com o objetivo de trazer à consciência o rico material dos conteúdos inconscientes na medida em que “*o sonho é uma associação livre, uma fantasia solta; não é forçado e é um fenômeno psíquico tanto quanto a associação*” (Jung, 1913[1989], FP, p.225). O conjunto de associações oníricas que vão se acumulando no decorrer do processo de análise até que o problema oculto se torne claro ao analista e possa ser reconhecido pelo próprio paciente e elaborado conscientemente. (Jung, 1913[1989], FP, p.225-6)

A psicanálise freudiana foi muito criticada pela sua suposta tendência reducionista com sua ênfase na etiologia sexual das neuroses e a uma igualmente suposta prática baseada em pressupostos equivocados. Jung considera que na análise dos sonhos:

*Não existem significados prefixados. Há certos símbolos que ocorrem muitas vezes, mas não estamos em condições de ir além de constatações gerais. Dizer, por exemplo, que a cobra sempre tem significado apenas fálico nos sonhos, é tão errado quanto negar que tenha algum significado fálico. Cada símbolo tem ao menos dois significados. O significado muitas vezes sexual dos símbolos oníricos é, no máximo, um dos significados.* (Jung, 1913[1989], FP, p.227-8)

Por conseguinte, não há, para Jung, um significado exclusivamente sexual e nem simplesmente apenas uma satisfação de desejos infantis, pois tais reducionismos são insatisfatórios e unilaterais. Um paciente de Jung sonhou o seguinte: “*subia com minha mãe e minha irmã uma escada. Chegando ao topo, fomos informados de que minha irmã teria um bebê*”. (Jung, 1913[1989], FP, p.228)

Este sonho poderia facilmente ser reduzido a uma interpretação exclusivamente sexual. No entanto, sem descartar a possibilidade teórica de um significado sexual incestuoso ou da escada representando o movimento rítmico de subida com conotação de coito numa perspectiva teórica não reducionista, o jovem do sonho, que passava por um momento de indecisão profissional e ficou neurótico, abandonou o trabalho e assumiu um comportamento homossexual. Ele se censurava por não ver a mãe há muito tempo. O símbolo “mãe” representava possivelmente o seu “trabalho”, segundo as próprias associações livres do paciente. A “irmã” foi associada a “saudades” e ao fato de não vê-la há muito tempo também. Lembrou-se de que, ao despedir-se dela no passado, beijou-a com verdadeiro amor e entendeu naquele momento pela primeira vez o que significava um verdadeiro “amor por uma mulher”. Associou a escada ao “ato de chegar ao alto, fazer carreira, tornar-se grande, crescer”. Ao “bebê” associou “recém-nascido, renovação, renascimento, tornar-se nova pessoa”. A partir destas associações livres foi possível interpretar-se o sonho não como a satisfação de um desejo infantil, já que uma interpretação baseada numa teoria unilateral e reducionista de significado exclusivamente sexual torna-se falsa na maioria das vezes. Afinal, o aspecto sexual é um dos meios de expressão no presente com vistas à realização de objetivos imediatos:

*Se nos fixarmos na unilateralidade do significado sexual, não vamos captar o verdadeiro significado dos sonhos. O sexual no sonho é, em primeiro lugar, um meio de expressão e não o sentido e objetivo do sonho. A descoberta do sentido prospectivo ou teleológico dos sonhos é de grande importância, sobretudo quando a análise já avançou tanto que o olhar do paciente se volta melhor para o futuro do que para seu mundo interior e para o passado. (Jung, 1913[1989], FP, p.229)*

Segundo Jung, não há um simbolismo predeterminado nos sonhos, de um modo detalhado, mas sim, e no máximo, uma frequência média de símbolos com um significado geral. Deste modo, no que diz respeito ao significado sexual nos sonhos valeriam as seguintes regras práticas: 1) se a análise inicial dos sonhos mostrar um significado



indiscutivelmente sexual deve-se tomá-lo como real e os problemas sexuais do paciente devem ser submetidos a uma acurada pesquisa e revisão: “*se, por exemplo, a fantasia incestuosa for o conteúdo essencial do sonho então é preciso submeter a um exame minucioso as relações infantis do paciente com seus pais, irmãos e outras pessoas capazes de fazer o papel de pai ou mãe*” (Jung, 1913[1989], FP, p.229); 2) o sentido oculto do sonho é uma analogia com a fantasia sexual e não se deve atribuir a esta um significado real, reduzindo reiteradamente o paciente à sexualidade reprimida e impedindo o desenvolvimento de sua personalidade e o seu progresso terapêutico, pois “*a salvação do paciente não está em ser remetido constantemente à sexualidade primitiva, senão acaba fixando-se num grau cultural inferior e nunca atinge sua liberdade humana, nem a saúde completa. A volta ao barbarismo não é vantagem nenhuma para o homem civilizado*”. (Jung, 1913[1989], FP, p.230). Por isso, se num estágio adiantado do processo analítico o conteúdo essencial do sonho for realmente a fantasia do incesto representando uma condição que se pressupõe realizada, deve-se considerá-la ainda assim simbólica, pois o significado onírico relativo ao presente é sempre uma analogia que se expressa através da fantasia do incesto (Jung, 1913[1989], FP, p.230). É por isso que o psicanalista, mesmo em casos ditos “reais” sempre lidará com fantasias e o valor simbólico das fantasias sexuais do neurótico só tem um autêntico valor real se tais fantasias influenciarem a sua vida prática, dificultando-lhe uma melhor adaptação à realidade e induzindo-lhe todo tipo de atos sexuais, inclusive o incesto. (Jung, 1913[1989], FP, p.230)

Freud concebe o sonho como sendo uma camuflagem simbólica dos desejos reprimidos em conflito com os objetivos da personalidade do sonhador e da realidade social, enquanto na concepção junguiana o sonho é uma imagem subliminar da situação psicológica atual do indivíduo em estado de vigília, que fornece um resumo dos conteúdos associativos subliminares reunidos em torno do conflito atual do indivíduo. Deste modo, para Jung, o significado volitivo do sonho, o assim denominado “desejo reprimido” de Freud, seria

essencialmente um modo de expressão geral ou um resumo geral da situação psíquica do momento. (Jung, 1913[1989], FP, p.230)

Na teoria analítica junguiana, *“biologicamente falando, a atividade consciente representa a luta de adaptação às necessidades momentâneas, (...): apresentam-se tarefas que o indivíduo precisa levar a termo”* (Jung, 1913[1989], FP, p.230). A solução consciente do conflito é muitas vezes desconhecida *a priori* e a tendência é se buscar soluções baseadas na experiência passada. Além disso, a experiência prática tem mostrado que as soluções subliminares (pré-conscientes) são de mesma natureza que as supraliminares (conscientes). O fundamento essencial do aprendizado simbólico é a assimilação de soluções desconhecidas por analogia às experiências passadas: quando os espanhóis chegaram pela primeira vez à América os nativos interpretaram a visão dos cavalos como sendo grandes porcos. Do mesmo modo, o aprendizado por analogia nos leva a conceber o sonho como uma compreensão analógica subliminar (pré-consciente) e os desejos oníricos aparentemente reprimidos, como tendências volitivas que fornecem o conteúdo manifesto verbal às idéias inconscientes. (Jung, 1913[1989], FP, p.231) Neste ponto, segundo Jung, esta concepção coincide com a de Alfred Adler. Para Jung, uma visão teórica não reducionista, ao invés de reduzir a personalidade neurótica às suas tendências primitivas, promove um alargamento dos horizontes psíquicos e atende à necessidade filosófica do homem de enriquecer o seu conhecimento e aprofundar o seu pensamento com o objetivo de atingir graus progressivos de realização. (Jung, 1913[1989], FP, p.231) Na concepção junguiana os símbolos religiosos e filosóficos seriam ferramentas de libertação da primitividade e da doença mental, o que não significa que haja uma identidade conceitual entre “atitude” filosófica ou religiosa e “crença” dogmática, filosófica ou religiosa, pois:

*O dogma é uma formulação intelectual passageira, a manifestação de uma atitude religiosa e filosófica condicionada pelo tempo e pelas circunstâncias. Mas a atitude em si mesma é uma conquista cultural e uma função biológica de suma importância.*

*Ela cria os motivos que levam o homem a sair de si mesmo e, quando necessário, a dar a vida pelo bem da espécie. (Jung, 1913[1989], FP, p.232)*

Qualquer redução do ser humano à primitividade instintiva fará dele apenas um neurótico ou um animal deteriorado pois *“não ajudamos o neurótico poupando-o das exigências da cultura, mas fazendo-o participar da dolorosa construção do desenvolvimento cultural. Os sofrimentos por que passará neste trabalho tomarão o lugar de sua neurose”* (Jung, 1913[1989], FP, p.232). O trabalho realizado e o sofrimento produtivo no enfrentamento da realidade levam à superação das dificuldades reais e da neurose, trazendo como resultado a paz e a satisfação de ter realmente vivido a vida. O ser humano atinge em seu existir consciente a unidade, a totalidade, a confiança e a capacidade de sacrifício que o animal feroz possui instintiva e inconscientemente. (Jung, 1913, FP, p.232)

A etiologia traumática da primeira teoria freudiana da histeria e das demais neuroses foi substituída, porque *“ficou logo evidente que o trauma sexual não podia ser a verdadeira causa da neurose pela simples razão de se ter percebido que o trauma era algo praticamente universal”* (Jung, 1913[1989], FP, p.236). Apesar de ser muito difícil encontrar um ser humano que não tenha tido um choque emocional relacionado ao sexo na primeira infância, poucos desenvolvem uma neurose de origem traumática sexual na vida adulta. Além disso, mesmo quando o trauma realmente ocorreu, nem sempre ele contribui para a formação total da neurose: *“se a neurose fosse consequência inevitável do trauma, não se entende por que o número dos neuróticos não é muito mais numeroso. O efeito aparentemente ponderável do choque deveu-se à fantasia mórbida e exagerada do paciente”*. (Jung, 1913[1989], FP, p.236)

Freud denominou “perversões infantis” às atividades fantasiosas que se manifestavam relativamente cedo em maus hábitos e baseou, neste ponto de vista, sua nova concepção etiológica da neurose, supondo que a origem dessa ligava-se a alguma atividade sexual da primeira infância. Este pressuposto levou Freud a elaborar o conceito de “fixação”

de traços vivenciais da infância na atitude mental da vida presente do neurótico: *“Freud tentou ainda classificar ou diferenciar as neuroses, bem como a ‘dementia praecox’ (esquizofrenia) de acordo com o estágio do desenvolvimento infantil em que ocorreu a fixação”* (Jung, 1913[1989], FP, p.236). A teoria da fixação mental a uma fase do desenvolvimento na infância explicava que os conflitos, as deficiências morais e praticamente todos os problemas da vida presente e futura do neurótico se originam das poderosas influências do seu passado infantil, tornando-o inteiramente dependente deste passado: *“conseqüentemente, a principal tarefa do tratamento é resolver esta fixação infantil que seria uma vinculação inconsciente da libido sexual a certas fantasias e hábitos infantis”*. (Jung, 1913[1989], FP, p.236)

A essência da teoria freudiana sobre a neurose se baseia na existência da “fixação libidinal” às fantasias e hábitos da infância, mas qual é a causa dessa fixação, já que nem todas as pessoas que tiveram fantasias e hábitos infantis se tornam neuróticas ou se fixam a essas fantasias? Na medida em que somente os que se fixaram às fantasias e hábitos infantis se tornam neuróticos, a etiologia deve estar no fenômeno da “fixação” e não na simples “existência” de fantasias sexuais infantis. Por isso, atribuir a etiologia da neurose a tais fantasias sexuais infantis é cientificamente irrelevante, pois as mesmas fantasias são encontradas em pessoas normais. (Jung, 1913[1989], FP, p.236-7)

O embasamento da hipótese freudiana da teoria da fixação às fantasias sexuais infantis como etiologia da neurose encontra-se nos resultados das investigações sobre “o Inconsciente”. As fantasias inconscientes têm a sua origem no passado infantil e formam um “complexo nuclear” cujo núcleo é o desejo incestuoso, denominado por Freud “Complexo de Édipo”, em ambos os sexos, por analogia à figura mitológica grega do rei Édipo, e por Jung de “complexo de electra” no caso do sexo feminino. A característica principal do “complexo de incesto” ou edipiano é o conflito afetivo (sexual) infantil e a existência de tal conflito é a

base das investigações da psicanálise freudiana. A fixação libidinal teria a sua origem nas fantasias incestuosas infantis do complexo edipiano e a forte influência desse sobre o indivíduo neurótico adulto levou Freud à hipótese da fixação neurótica ao complexo incestuoso. A plausibilidade da hipótese freudiana da fixação se baseia no fato de que a infância costuma deixar marcas permanentes na personalidade do adulto e o complexo mantém-se muitas vezes atuante e poderoso por quase toda a vida, em graus variáveis, nas pessoas que foram neuróticas desde a infância. Não obstante, esta hipótese se torna duvidosa nos freqüentes casos de pessoas que não mostravam traços marcantes de neurose e apresentaram os sinais somente no exato momento em que adoeceram. A hipótese da fixação não pode conviver com a contradição de existir num dado momento e desaparecer em outro. (Jung, 1913[1989], FP, p.237)

Uma possível explicação é a de que o momento da irrupção da neurose não é casual e ocorre na vigência de uma necessidade de adaptação a uma nova situação existencial. Portanto, *“se a fixação fosse real, esperaríamos encontrar uma influência constante; em outras palavras, uma neurose que dura a vida inteira”* (Jung, 1913[1989], FP, p.238). Para Jung, a determinação psicológica de uma neurose se deve apenas parcialmente a uma “predisposição” edipiana infantil e muitas outras causas predisponentes encontram-se no presente; além disso, é sabido que os povos primitivos estão muito mais ligados à sua infantilidade que os ditos civilizados e nem por isso são mais neuróticos. Acresce a isso que a maioria dos indivíduos adultos normais tem as mesmas experiências internas e externas e podem permanecer fortemente influenciados a ela sem se tornarem neuróticos. Portanto, a fixação poderia ser um fenômeno normal e não o elemento principal do mecanismo etiológico da neurose. Do mesmo modo, a importância da infância nas atitudes do adulto parece ser perfeitamente natural e não leva normalmente à neurose. Uma possível resposta a este problema etiológico poderia estar menos na influência dos conflitos infantis inconscientes e

mais num fenômeno essencial: o uso exagerado que o neurótico faz de suas reminiscências de seu passado infantil, atribuindo-lhe uma importância e um valor exacerbado e artificial. (Jung, 1913[1989], FP, p.238)

O doutor Freud denominou “regressão” ao fenômeno psíquico de reativação exagerada das reminiscências infantis. Na teoria freudiana o real elemento causal primário da regressão às fantasias infantis parece ser o desejo incestuoso do complexo de Édipo, o que conflita com a idéia de que a intensidade das tendências incestuosas primitivas não leva normalmente à neurose. A comparação que Freud faz entre o que ele denomina “barreira ao incesto” nas crianças e o “tabu do incesto” no homem primitivo tem como escopo explicar que o desejo incestuoso real teria resultado nas leis primitivas de interdição ao incesto. Para Jung, o tabu do incesto é mais um dentre muitos medos do homem primitivo e a etiologia puramente sexual da neurose é uma concepção demasiado reducionista. O enfoque energético seria uma alternativa à teoria psicológica das neuroses, pois todos os fenômenos psíquicos podem, em princípio, ser considerados manifestações de energia, do mesmo modo que os fenômenos físicos, como muito bem demonstrou Robert Mayer através de sua “lei de conservação da energia”. (Jung, 1913[1989], FP, p.238-9)

A energia psíquica, isto é, a libido em seu significado original (desejo), pode ser subjetiva ou psicologicamente concebida como “desejo” ou, numa perspectiva mais ampla, como a energia vital em geral. O “*élan vital*” de Henri Bergson tem o mesmo significado de pulsão ou energia vital na opinião de Jung. (Jung, 1913[1989], FP, p.239)

A primeira manifestação da energia vital ou libido seria na forma de instinto nutricional e, a partir dessa pulsão mais primordial a libido evoluiria lentamente para a função sexual, através de inúmeras variantes do ato de mamar. Assim, para Jung, o ato de mamar não é um ato sexual: *“o prazer de mamar não pode ser considerado um prazer sexual, mas um prazer de nutrição, pois não está provado em parte alguma que o prazer em si mesmo seja sexual”*.

(Jung, 1913[1989], FP, p.239) O processo evolutivo ocorre durante toda a vida com vistas à adaptação externa. O acúmulo de libido ocorre toda vez em que há um obstáculo ao seu livre fluxo no processo natural de adaptação. Esta sobrecarga de energia acumulada é necessária ao esforço de superação adaptativa do obstáculo:

*Mas quando o obstáculo parece intransponível e o indivíduo abandona o trabalho de superá-lo, a libido acumulada regride. Ao invés de ser empregada para um esforço concentrado a libido abandona seu trabalho atual e retorna para um mundo anterior e mais primitivo de adaptação. (Jung, 1913[1989], FP, p.239)*

A teoria da regressão libidinal, isto é, do desejo ligado a um funcionamento psíquico mais primitivo de adaptação parece ocorrer mais frequentemente nos casos de neurose histérica desencadeados por uma desilusão no amor ou no casamento, sob a forma sintomática de distúrbios viscerais como dor precordial, distúrbios digestivos, etc. Nas denominadas doenças psicossomáticas de caráter histérico conversivo a libido regressiva se retrai do esforço de adaptação externa e se concentra nas funções mais primitivas de nutrição, provocando os distúrbios digestórios. Pode acontecer também que a energia se acumule sobre as atividades psíquicas da imaginação e da memória, causando o reflorescimento de reminiscências passadas e reativando as imagens parentais do complexo de Édipo, dando aos acontecimentos da primeira infância uma importância que até então eles não tinham na vida atual. Esta ativação regressiva do complexo edipiano até então dormente nas profundezas do Inconsciente ocasionará a neurose, que só desaparecerá com a retirada do investimento libidinal patológico, isto é, com a desativação do processo psíquico regressivo. O mecanismo de ativação e de desativação do processo de regressão encontra-se ativo o tempo todo, influenciando o ser humano de modo imperceptível à consciência. Tal ponto de vista se assemelha às idéias Claparède sobre os sintomas neuróticos como reflexos emocionais de uma natureza primitiva. Assemelha-se também às concepções de Pierre Janet quando afirma que “*as partes superiores (parties supérieures) de uma função são substituídas por suas partes*

*inferiores (parties inferieures)*” (Jung, 1913[1989], FP, p.240). Por tudo o que foi dito até agora a respeito da etiologia da neurose, do ponto de vista psicanalítico, a causa da neurose deveria ser procurada muito mais no presente do que no passado. A extensa lista de vivências e fantasias infantis não parece fornecer uma explicação satisfatória acerca da etiologia da neurose na medida em que a inflação ou o superinvestimento da energia libidinal ligada às representações fantásticas infantis deve ser redirecionado às tarefas de readaptação à realidade atual do indivíduo e às exigências da vida (Jung, 1913[1989], FP, p.240). Assim, a dificuldade do neurótico em se adaptar às exigências da vida de relação poderia ser explicada pelo desejo de se adaptar à vida seguindo a lei natural do menor esforço ou da inércia, comum a todos os indivíduos. Acontece que o natural desejo inercial de conseguir satisfazer as necessidades da existência através do menor esforço possível encontra no indivíduo sensível e mais predisposto constitucionalmente ao desequilíbrio emocional, o neurótico, uma maior dificuldade de cumprir tanto as tarefas necessárias à sobrevivência quanto também as tarefas mais incomuns. A hipersensibilidade do indivíduo neurótico dificulta a sua resistência à adaptação desde o início da sua infância, o que já pode ser percebido na dificuldade de alimentar-se no período de amamentação ou então nas reações nervosas exageradas. Esta predisposição constitucional neurótica parece contradizer as teorias psicológicas baseadas numa etiologia psicogênica ou sociogênica. Jung denomina essa predisposição “sensibilidade à adaptação”, que se traduz pela “resistência à adaptação”: *“Uma vez bloqueado o caminho da adaptação, a energia biológica que chamamos libido não encontra sua saída ou atividade apropriadas e a forma de adaptação adequada é substituída por uma forma anormal ou primitiva.”* (Jung, 1913[1989], FP, p.241).

Segundo Jung, as neuroses não são causadas pelas fantasias sexuais infantis, pois estas não constituem um fenômeno primário baseado numa predisposição sexual pervertida e sim um fenômeno secundário conseqüente à falta de aplicação adequada da libido



regressiva armazenada; as fantasias determinariam apenas a forma e o desenvolvimento subsequente da neurose, mas nunca a etiologia. Na concepção junguiana das neuroses o ponto de vista de que a neurose é uma “tentativa de autocura” ou “um ato de adaptação que fracassou” poderia conciliar as teses de Freud com as de Pierre Janet: “*A perturbação psicológica na neurose e a própria neurose podem ser qualificadas como um ato de adaptação que fracassou.*” (Jung, 1913[1989], FP, p.241). Jung é categórico em excluir as fantasias sexuais como sendo a etiologia das neuroses, o que leva à questão da utilidade ou inutilidade de se trazer à consciência todas as fantasias sexuais e não sexuais do paciente se admitirmos que elas não possuem valor etiológico:

*Não é possível encontrar a verdadeira etiologia da neurose nas variadas manifestações do desenvolvimento sexual e nas fantasias a que elas dão origem. O fato de essas fantasias serem exageradas na neurose e ocuparem o primeiro plano é consequência da energia acumulada ou libido.* (Jung, 1913[1989], FP, p. 241)

Entretanto, na medida em que a energia libidinal encontra-se ligada às representações inconscientes necessárias à adaptação, é útil trazer à consciência as fantasias ligadas a essa energia psíquica a fim de redirecioná-la para a realidade atual de modo construtivo e útil. A psicanálise procura promover o restabelecimento da conexão entre a consciência e a energia psíquica inconsciente para que a libido seja trazida ao controle da vontade. Assim, a energia “seqüestrada” pode retornar ficar disponível para as necessárias atividades vitais da existência (Jung, 1913[1989], FP, p.242). Jung combate o reducionismo de Freud e propõe que a psicanálise assuma um papel psicopedagógico e moral:

*“Assim considerada, a psicanálise não mais parecerá simples redução do indivíduo a seus desejos sexuais primitivos, mas, se corretamente entendida, será uma tarefa altamente moral e de imenso valor educativo”.* (Jung, 1913[1989], FP, p.242)

Entre as concepções dinamicistas, de um lado, e as concepções neo-organomecânicas da atual psiquiatria neurobiológica, de outro, permanece ainda as conquistas

epistemológicas das modernas sínteses organodinâmicas, a iluminar o caminho de um possível modelo de consenso da psicopatologia do século XXI. Enquanto isso não ocorre, passemos adiante em nosso percurso teórico e continuemos a apresentação panorâmica dos principais enfoques teóricos da psicopatologia contemporânea, escoradas na perspectiva teórica de Georges Lantéri-Laura, para logo a seguir tentarmos nos aproximar das possíveis soluções para o dilema psicopatológico na voz de dois de seus mais profícuos representantes, o psicólogo analítico e psiquiatra Carl Gustav Jung (1875-1961) e o seu contemporâneo do período da Clínica Burghölzli, da Universidade de Zurique, o filósofo e psiquiatra Eugène Minkowski.

### **1.11 AS TEORIAS PSIQUIÁTRICAS CONTEMPORÂNEAS**

O panorama geral das principais teorias da psiquiatria contemporânea e sua função com respeito à clínica, ao diagnóstico e ao tratamento, na proposta de Georges Lantéri-Laura, em seu artigo intitulado “As principais Teorias na Psiquiatria Contemporânea”, de 2004, faz uma distinção entre a teoria, de um lado, e teoria da prática, de outro, e classifica as teorias em intrínsecas, conforme se refiram ao sistema nervoso central e à psicogênese, ou em extrínsecas, se a referência for à conduta e à sociogênese (Lantéri-Laura, 2004, E-37-006-A-10,TPC, p. 1-15). Desse modo, teríamos no grupo das teorias intrínsecas à psiquiatria as teorias: 1) organomecânicas neurobiológicas, 2) neuropsicogenéticas, 3) biotipológicas, 4) psicogenéticas reativas, 5) psicanalíticas, 6) organodinâmica (Henri Ey) e 7) antipsiquiatria inglesa. Já no grupo das teorias extrínsecas teríamos: 1) reflexologia, 2) condutismo, 3) comportamentalismo, 4) cognitivismo, 5) concepções sociogenéticas, 6) escola de Palo Alto e

7) antipsiquiatria italiana. Ficam de fora a fenomenologia e a etnopsiquiatria, e nem sequer são consideradas as escolas ecléticas e holistas de orientação espiritualista, em função de seus pressupostos religiosos, a exemplo da psicologia espírita, budista, hinduísta, trans-humanista ou transpessoal, etc. Segundo Lantéri-Laura, a medicina contemporânea está habitada por teorias, mas não quer saber delas. A psiquiatria, ao contrário, aceita as teorias, sem, todavia, denegri-las, em princípio, embora oscile entre uma espécie de “monoteísmo” intransigente da teoria pretensamente verdadeira e única, e um “politeísmo” tolerante que justapõe no mesmo altar os neurotransmissores, o inconsciente dinâmico e a neuropsicopatologia, de um lado, e o cognitivismo, de outro lado. Vemos, portanto, nesta proposta classificatória que o ponto de clivagem das orientações teóricas deslocou-se, ao longo dos anos, da oposição organicismo-psicodinamismo para uma espécie contemporânea de “neuropsicodinamismo” intrínseco, de um lado, e um sociogenismo cognitivista extrínseco, de outro lado. Mas serão novas essas concepções teóricas contemporâneas ou suas fontes de inspiração seriam as já tradicionalmente conhecidas, com algumas modificações não essenciais?

Para expor sucintamente a problemática das teorias psicopatológicas ou psiquiátricas, precisamos nos ater às interrogações que se colocam sobre a delimitação do campo da clínica psiquiátrica, as funções das teorias, a distinção entre teoria propriamente dita e teoria da prática psiquiátrica e, finalmente, a taxonomia ou classificação nosográfica (Lantéri-Laura, 2004, TPC p.2). O primeiro problema da psicopatologia diz respeito à especificidade da psiquiatria. Qualquer modalidade de reducionismo neurobiológico ou microsociológico levará à esterilidade epistemológica, e só fará sentido colocarmos questões de cunho empírico se adotarmos um pressuposto metodológico de caráter não reducionista, em função da complexidade do objeto da psicopatologia. O segundo problema psicopatológico concerne à uniformidade ou ao polimorfismo do campo nosológico, isto é, se a loucura corresponde a uma única ou a várias enfermidades distintas, ou seja, se ela seria uma doença

polimórfica ou várias doenças monomórficas. O terceiro problema diz respeito às relações entre a homogeneidade e a heterogeneidade do campo da psiquiatria e a enorme quantidade de teorias disputando a primazia do campo epistêmico. Se o campo for considerado homogêneo, apenas uma dentre as múltiplas teorias será a verdadeira, mas se o campo for heterogêneo, poder-se-á aplicar várias teorias a várias partes desse campo psicopatológico.

Lantéri-Laura divide artificialmente a evolução psiquiátrica em quatro grandes períodos históricos, a saber: 1) Período Pré-clássico da alienação mental (1793-1854): “a loucura”, no singular, é concebida homogeneamente como uma única enfermidade mental, ainda que podendo se apresentar sob quatro formas distintas ou aspectos psicopatoplásticos: mania, melancolia, idiotismo e demência; 2) Período Clássico das enfermidades mentais (1854-1926): “as doenças mentais”, no plural, são concebidas heterogeneamente por várias espécies mórbidas naturais, autônomas e irreduzíveis entre si, e respaldadas pela cientificidade do método anatomoclínico e pela semiologia ativa; 3) Período Moderno (1926-1977): os distúrbios mentais são concebidos pelos conceitos operatórios de estrutura de personalidade (análise fenomeno-estrutural de Minkowski, psicanálise de Freud, construtivismo sintético de Jung, organodinamismo de Henri Ey, etc.; 4) Período Pós-moderno ou “Ateórico” (1977 em diante): os transtornos mentais não são concebidos por nenhuma teorização específica, homogênea ou heterogênea; adota-se uma postura pretensamente ateórica, na esperança de que os avanços das pesquisas neurobiológicas e neurofarmacológicas venham clarear o panorama caótico do campo psicopatológico e alijar definitivamente da ciência do objeto “mente-cérebro” os conflitos epistêmicos dos paradigmas ditos “psiquiátricos”.

Esta atitude pseudoteórica parece cometer o engano filosófico de pretender ignorar que o empirismo já é por si mesmo uma concepção filosófica, dentre outras, e que as nosografias atuais da décima classificação internacional de doenças de 1982 (CID-10) e da quarta revisão do manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais contêm,

implicitamente, as marcas epistemológicas das escolas teóricas e os conflitantes paradigmas heterogêneos.

As teorias psicopatológicas pretendem explicar, pelo menos parcialmente, o campo-objeto problematizado e, nesse aspecto, a sua posição, no registro fisiopsicopatológico, é distinta da prática clínica (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.2). A grosso modo, a teoria psicopatológica possui pelo menos três grandes funções, a saber: 1) dirigir a investigação clínica e propiciar o aparecimento de sinais que confirmem ou infirmem o saber clínico; 2) avaliar a evolução da doença quanto à relação clínico-terapêutica; 3) propiciar uma comunicação efetiva através de referências comuns intra-teóricas ou inter-teóricas no intercâmbio com profissionais sobre um ou vários casos clínicos, de pesquisa ou de tratamento. P. Bourdieu, sociólogo e filósofo da sociologia, citado por Lanteri-Laura (2004,TPC, p.3) em sua obra “Esboço de uma teoria da prática”(1972) assinalou a necessidade epistemológica de distinguir entre teoria e teoria da prática, isto é, entre o saber e o saber-fazer, pois o plano dos conhecimentos gerais não é idêntico ao das singularidades do paciente e a teoria nunca proporciona uma representação exaustiva do fenômeno particular. A prática real segue uma teoria da prática que não se reduz completamente à teoria geral em si. Além disso, cada clínico se refere a uma teoria que, embora lhe seja útil, não é idêntica àquela que é utilizada em cada caso clínico, em função das singularidades próprias de cada caso. Por isso, há que não se deixar identificar a teoria com a teoria da prática, embora a função efetiva das teorias seja a de procurar coincidir o saber com o saber-fazer.

Lantéri-Laura (2004,TPC, p.3), ao tratar das fontes das teorias, considera que “*não se pode pensar em uma teoria viva em princípios do século XXI sem se perguntar de onde provém*”, porque, muitas vezes, ela remonta a um século atrás. A atual teoria do comportamento não pode ser compreendida quando “*se esquece que (ela) deriva, por*

*caminhos oblíquos, não só do conceito de comportamento operatório de B.F. Skinner<sup>2</sup>, senão, todavia, e antes inclusive, de tratados de I.P. Pavlov, realizados no final do século XIX e princípios do século XX, desconhecidos e caricaturizados na atualidade; Este exemplo não é o único<sup>3</sup>”.*

As classificações nosológicas por oposição simplista entre os pares dicotômicos mente e cérebro, reação psicotraumática e traumatismo craniano, psicogênese e organogênese, etc. parecem ter como defeito básico o ato de considerar apenas uma das partes como a verdadeira e desconsiderar as demais, remetendo-as ao esquecimento. Por esse motivo, Lantéri-Laura adota um modo de classificação diferente que distingue as teorias segundo sua gênese histórica, a partir do interior (intrínseca) ou do exterior da psiquiatria (extrínseca). Um exemplo desse novo critério taxonômico de teorias psicopatológicas é a Psicanálise, que surgiu no final do século XIX com uma nova concepção da Histeria de conversão, e conseqüentemente, com uma nova terapêutica que diminuía a importância da hipnose e apagava o papel do conceito de “degeneração”. Posteriormente, a psicanálise revolucionou a psiquiatria, tornando-se intrínseca a ela ao propor uma exaustiva teorização e uma antropologia da patologia mental. Ao contrário, um exemplo de teoria extrínseca seria o das concepções cognitivas da psiquiatria (escola de Palo Alto) com os conceitos operatórios de informação analógica e de duplo vínculo, isto é, uma micro-sociologia da comunicação que procura explicar a Esquizofrenia a partir de uma teoria informacional. Por se tratar de um campo teórico cuja origem é externa à psiquiatria, o cognitivismo é classificado por Lantéri-Laura como teoria extrínseca. (Lantéri-Laura, 2004, TPC, p.3-4)

A evolução cronológica da teoria psiquiátrica se desenvolveu tanto diacrônica quanto sincronicamente. Do ponto de vista diacrônico a patologia mental passou, na segunda

---

<sup>2</sup> B.F. Skinner. *Science and Human Behaviour*, New York: McMillan, 1953.

<sup>3</sup> 1) I.P. Pavlov. *Essai d'une Interprétation Physiologique de l'Histérie*. Encéphale, 1:285-293, 1933; 2) *Oeuvres Choisies*. Moscow: Édition en langue Étrangère, 1954; 3) *Essai d'une Interprétation Physiologique de la Paranoïa et de la Nevrose Obsessionnelle*. Encéphale, 2:381-399, 1935.

metade do século XIX, de um paradigma de tipo alienado *versus* não-alienado (no singular) para um paradigma de “as enfermidades mentais” (no plural). O campo da psiquiatria passou, portanto, da unicidade à pluralidade de “*entidades mórbidas naturais, irredutíveis umas às outras e distinguíveis entre si mediante o uso sistemático do diagnóstico diferencial*” (Lantéri-Laura, 2004, TPC, p.4). Ainda hoje a semiótica psiquiátrica utiliza essa combinatória de signos e evolução do processo psicopatológico, para a elaboração dos nomes das enfermidades. No entanto, no início do século XX, a psiquiatria passou a orientar-se pela noção de estrutura. A oposição entre estruturas neuróticas e estruturas psicóticas trouxe novamente a unidade teórica e o fim à pluri-atomização diagnóstica, até a década de 70 quando retornaram as pretensões organomecanistas de “re-atomizar” as enfermidades, sob os auspícios da psiquiatria biológica, herdeira atual do positivismo localizacionista da segunda metade do século XIX.

Numa perspectiva sincrônica, as principais teorias psiquiátricas contemporâneas constituem respostas parciais a várias questões dicotômicas: 1) A distinção entre o fenômeno psicopatológico e o fenômeno normal seria relativa ou, ao contrário, haveria uma especificidade essencial na doença mental?; 2) A psiquiatria é uma medicalização parcial dos desvios comportamentais ou, ao contrário, ela é relativa à singularidade das condutas individuais?; 3) Pode-se explicar tudo pelas normas e anomias sociais ou, ao contrário, o sofrimento psíquico e as alterações da experiência vivida independem, em sua essência, das normas sociais; 4) A possibilidade de sofrer numa patologia mental é imanente ou contingente?; 5) Os animais não-humanos, pelo menos os mamíferos superiores, também podem enlouquecer? Poderia haver uma psiquiatria animal não-humana?; 6) Há um desenvolvimento patológico da personalidade ou, ao contrário, há uma reação contingente ao acontecimento vivenciado? A resposta a essas e outras questões concernem ao dilema em que se encontra ainda hoje a psiquiatria clínica.

Vejam os que contribuições a psiquiatria contemporânea nos trouxeram até agora; E. Kretschmer afirmou que há uma continuidade entre um tipo de caráter e a psicose correspondente, cujas seqüências seriam as seguintes: 1) sintonia–cicloidia–psicose maníaco-depressiva e 2) esquizotimia–esquizoidia–esquizofrênica; Karl Jaspers faz uma oposição entre a reação contingente ao acontecimento vivido e o desenvolvimento da personalidade, enquanto que Kurt Schneider faz um corte radical entre o tipo de caráter e o tipo de psicose. John Hughlings Jackson e Henri Ey, dentre muitos outros, consideram que a ontogênese reproduz a filogênese da espécie humana e dos mamíferos. Sigmund Freud, na sua segunda teoria tópica, explica a doença mental a partir da dualidade conflitiva entre pulsão e resistência, na medida em que a adaptação sadia à realidade externa depende da superação de conflitos essenciais originados ou desenvolvidos na infância, tais como a triangulação edípica e os conflitos entre as instâncias psíquicas do “isso”, do “eu” e do “super-eu”, etc. Em suma, o que as teorias precisam solucionar são os questionamentos ligados à existência ou à não-existência de uma especificidade essencial ou de uma contingência “a-causal” na doença mental. Lantéri-Laura considera como intrínsecas à psiquiatria as teorias baseadas no sistema nervoso central, a psicanálise, o organodinamismo de Henri Ey e a antipsiquiatria inglesa. (Lantéri-Laura, 2004, TPC, p.5)

A neuropsicologia tem início a partir de 1970 e passa a englobar o estudo dos mecanismos neuronais dos quais depende o comportamento humano e se constitui numa *“disciplina baseada na análise sistemática dos transtornos consecutivos às alterações da atividade cerebral normal causadas pela enfermidade, a lesão ou a modificação experimental”* (Lantéri-Laura, 2004, TPC, p.5). A neuropsicologia se apresenta como uma concepção renovada das localizações cerebrais como também uma tentativa de aproximação ou correlação entre as patologias associadas a lesões cerebrais e algumas síndromes psiquiátricas. Mostra-se também como sendo uma área conexa interdisciplinar na intersecção



entre as neurociências (neurologia, neuroanatomia, neurofisiologia, neuroquímica) e as ciências do comportamento (psicologia fisiológica, psicologia genética, psicolinguística e lingüística).

O neo-localizacionismo cerebral da neuropsicologia e psiquiatria biológica contemporâneas se caracteriza por uma atribuição probabilística de determinadas funções simbólicas a determinadas áreas e não por uma relação pontual entre uma área e uma função. Desse modo, a compreensão das patologias da linguagem se renovou com as aproximações semiológicas entre a neurologia e a psiquiatria. A partir daí, surgiram, por exemplo, os estudos sobre a taquifemia (taquilalia), a esquizofrenia, a prosopagnosia (*prosopos*, rosto; *agnosia*, não reconhecimento), etc. A neuropsicologia não reduz a psiquiatria a uma neurologia reformada, apenas esclarece as ligações entre a patologia mental, a estrutura e o funcionamento do sistema nervoso central.

As técnicas contemporâneas de neuro-imagem cerebral permitiram o conhecimento de que:

*As mesmas zonas do cérebro cumprem diversas funções e, de maneira sucessiva, podem formar parte de várias redes funcionais distintas; Em outros termos, uma zona cerebral determinada não tem uma função única, senão que seus recursos se aproveitam em estratégias cognitivas diferentes. (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.7)*

Em outras palavras, para cada função se encontrou não mais uma área específica de correlação e sim mais áreas e conexões múltiplas entre os campos corticais do cérebro. A capacidade de transmissão de informação varia em função da atividade da rede à qual pertence dada estrutura geral de conexões durante o processo dinâmico de aprendizagem e o de comunicação intrasubjetiva e intersubjetiva. Um dos aspectos mais importantes da investigação neuropsicológica contemporânea se constitui no reconhecimento recíproco do outro e dos meios neuronais e sinápticos que possibilitam tal reconhecimento. Não obstante, pelo menos até o presente momento, a neuropsicologia não conseguiu oferecer nenhuma

teorização eficaz que dê conta de explicar as relações entre o conjunto da patologia mental e o cérebro, numa reformulação teórica do reducionismo.

A biotipologia constitucional de E. Kretschmer pretendia estabelecer correlações entre a morfologia corporal e os tipos de doenças mentais, a exemplo da morfologia pícnica com o transtorno afetivo bipolar (maníaco depressivo), da morfologia leptossômica com a esquizofrenia e da morfologia atlética com a epilepsia. Além disso, Kretschmer pretendeu também estabelecer uma teoria da continuidade entre o tipo de caráter, a patologia do caráter e a patologia mental, que se opõe radicalmente à teoria de Kurt Schneider sobre a descontinuidade absoluta entre o caráter e a doença. Para Kretschmer, haveria uma continuidade que poderia ser expressa nas seguintes ocorrências: a) Ciclotimia (sintonia), cicloídia e psicose periódica maníaco-depressiva (transtorno afetivo bipolar); b) esquizotimia, esquizoidia e psicose esquizofrênica (esquizofrenia); c) “gliscrotimia” (neologismo nosso, por falta de um termo na literatura), gliscroidia e psicose epiléptica (epilepsia). Note-se que essa teoria da continuidade da série categorial tipológica “caráter–characteropatia–psicose” se apóia na divisão tripartite das funções mentais elementares e irreduzíveis que estão presentes na maioria dos sistemas fisiológicos desde Aristóteles, a saber: sentir (senso-percepção ou sensibilidade), pensar (ideação, cognição ou intelecção) e querer (volição ou conação).

Esse modo de conceber a psicopatologia, aliado à heredologia genética, teve grande influência na tradição psiquiátrica brasileira (escola do Hospital de “Juquerí”, Franco da Rocha, S.P.) através da nosografia de Aníbal Silveira, na esteira filosófica de Augusto Comte e do organicismo de Karl Kleist e C. Wernicke. No âmbito da psiquiatria biológica contemporânea, herdeira sofisticada da teoria dos humores da tradição hipocrática, poderíamos denominar de teoria neuroquímica da psiquiatria a concepção de etiologia psicopatológica baseada nos progressos da bioquímica cerebral, a partir de 1950, com os

neurolépticos antipsicóticos e ansiolíticos, os antidepressivos (psicoanalépticos), os estabilizadores de humor (estado de ânimo) e os anticonvulsivantes (antiepiléticos). Entretanto, a questão que surge no atual estado de desenvolvimento da neuroquímica é de que modo ela proporciona os modelos teóricos capazes de esclarecer a etiopatogenia psiquiátrica. (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.8)

Para se configurar uma espécie de “hodologia” neuroquímica (*hodos*, caminho, via) e um modelo teórico válido, a partir da experimentação animal, seria necessário recorrer a analogias múltiplas para uma adequada transposição entre a observação animal e os efeitos terapêuticos e secundários dos psicofarmacos no homem, com medições precisas dos diversos tipos de neuro-transmissores cerebrais. No entanto, até agora, não se identificaram mecanismos simples que possam fundamentar uma teoria reducionista neuroquímica consistente, principalmente no domínio das neuroses; a psicanálise de Sigmund Freud (1856-1939) exerceu uma revolução profunda no interior da psiquiatria e da nosografia das neuroses, a partir dos estudos sobre histeria (de Breuer e Freud); a taxonomia (nosografia) psiquiátrica enriqueceu-se com a oposição entre as neuroses e as psicoses, entre as neuroses atuais e as de transferência (histeria, neurose fóbica e neurose obsessiva), entre a distinção das perversões de fim e as de objeto, etc. Historicamente falando, a psicanálise surgiu de um setor da psiquiatria na condição de uma terapêutica das neuroses de transferência, afastando-se em direção a uma teoria antropológica da existência humana e retornando à psiquiatria para revolucioná-la em seu conjunto. (Lantéri-Laura, 2004, TPC, p.9)

Os conceitos de neurose e de psicose sofreram uma profunda influência das concepções freudianas de fixação, regressão, desenvolvimento psico-sexual, conflitos, angústia de castração e de morte, etc. Da metapsicologia freudiana resultou toda uma nova nosologia a partir da oposição do registro nosográfico neurótico ao registro psicótico, com subdivisões ulteriores, a exemplo da Psicose maníaco-depressiva e da Esquizofrenia. Daí, a

comparação de Freud entre as relações da psiquiatria com a Psicanálise, como sendo análogas às relações entre a anatomia e a microanatomia (histologia). Os desenvolvimentos da teoria psicanalítica após 1939, através de uma multiplicidade de nomes como Melanie Klein, W.R. Bion, D. Winnicott, J. Lacan e outros tantos ampliaram o entendimento das questões etiopatogênicas e terapêuticas dos transtornos psiquiátricos, muito além de uma concepção psicogenética generalizada e exclusiva.

O organodinamismo de Henri Ey constituiu a última e a mais importante tentativa da psiquiatria de teorizar e explicar a patologia mental através de uma concepção ampla e global (holista). Como nos adverte Lantéri-Laura (2004, TPC, p.10), a primeira parte da palavra organodinamismo não tem o significado de organicismo ou de orgânico, e sim de “organização”, sendo que a palavra inteira remete à organização dinâmica do sujeito ao longo de sua existência, vista como uma auto-construção contínua (autopoiesis). Henri Ey propõe, ao mesmo tempo, o reconhecimento da unidade do campo da psiquiatria e uma teorização precisa da diversidade nosológica; desde a primeira formulação do dinamismo organizacional em 1934, (*Hallucinations et delire. Paris: F. Alcan, com prefácio de J. Séglas, 1934*) até a última em 1975 (*Des Idées de Jackson à un modèle organodynamique en psychiatrie. Toulouse: Privat, 1975*), Henri Ey se inspirou concomitantemente na experiência clínica e nas concepções de John Hughlings Jackson, o grande neurólogo inglês do século XIX, que considerava as afecções do sistema nervoso central como sendo desestruturações das funções ao nível da lesão, as quais se expressavam clinicamente mediante sinais negativos, conseqüentes às funções superiores abolidas, e sinais positivos, efeitos de funções inferiores liberadas.

O modelo teórico de Jackson, aplicado ao organodinamismo por Ey, tem suas raízes epistêmicas em Augusto Comte, através de J.S. Mill e Herbert Spencer, e enfatizado

por H. Head e Kurt Goldstein; tal modelo trouxe à psiquiatria uma fisionomia e uma consistência homogênea, inteligível e racional. (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.9)

A concepção “cosmológica” de Henry Ey se funde numa base aristotélico-tomista do universo dividido em três elementos fundamentais: 1) A Matéria, composta de átomos e agrupada em moléculas da química mineral; 2) A Vida, constituída dos mesmos átomos materiais nas biomoléculas orgânicas, isto é, a base da matéria e da vida sendo a mesma, havendo apenas uma diferença de complexidade ou de forma, conforme o princípio hilemórfico aristotélico (*hylé*, matéria); 3) O Espírito (*nous*, *psiqué*, *anima* ou mente), originado da mesma base material que a vida, mas caracterizado pela liberdade que a matéria e a vida não possuem. As doenças mentais eram concebidas como patologias da liberdade, num duplo sentido, que poderíamos traduzir em linguagem moderna como 1) o resultado de uma inibição da liberdade das funções superiores do sistema nervoso central, nas lesões estruturais e funcionais, e 2) uma libertação das funções inferiores das estruturas subjacentes àquelas lesões. Na visão teórica de Ey, a distinção de enfoques teóricos da psiquiatria em relação à neurologia se daria na medida em que a primeira concebe as patologias como sendo desestruturações globais do sistema nervoso, enquanto a segunda se caracteriza pelas desestruturações parciais. Daí, o motivo da psiquiatria concernir à liberdade do “espírito”, enquanto o mesmo não ocorreria com a neurologia. A marca teórica de Jackson está presente na concepção organodinâmica de Ey, na medida em que as estruturas nervosas, adquiridas durante a embriogênese ontogenética, a partir da recapitulação filogenética, podiam ser globalmente desestruturadas e conseqüentemente afetar a estrutura da consciência ou da personalidade.

Essa separação entre as desestruturações da consciência e as da personalidade teriam uma explicação. Para Henri Ey, as desestruturações globais da consciência ocorrem nas psicoses agudas: mania, melancolia, acessos delirantes, estados oniróides e estados

confuso-oníricos, num espectro contínuo que vai de um grau leve de desestruturação na mania, piorando na melancolia e nos acessos delirantes, e tornando-se mais intensa nos estados oniróides, chegando a atingir o seu ápice nos estados confusionais oníricos. Deste modo, a patologia mental manteria o seu caráter unitário dentro da diversidade de formas de expressão das psicoses agudas garantindo cada forma o seu *status* diferencial na nosografia organizacional dinâmica ou, mais precisamente, organodinâmica. Já o registro das desestruturações da personalidade se tornaria mais complexo na medida em que, sem comprometer a unidade da personalidade enquanto estrutura global, haveria graus diversos de desorganização do sistema dinâmico da personalidade e da consciência de si (autoconsciência). A linha contínua e unitária do espectro nosológico ligaria as formas análogas na desestruturação diacrônica da personalidade, tais como: o “eu” demenciado e o “eu” não-mentado do retardo intelectual; o “eu” delirante das psicoses e o “eu” alienado do caracteropata; o “eu” neurótico que neutraliza a angústia e o “eu” “normótico” (Neologismo para a neurose socialmente negada, a normose), que se identifica com a contradição do mundo real; o eu das fixações caracteropáticas e o eu da liberdade na luta pelas transformações possíveis; etc.

Desse modo, Henri Ey reconhece a unidade e a diversidade do campo teórico da psiquiatria, numa síntese genial e profunda que integra as contribuições valiosas das diversas escolas teórico-científicas de todas as épocas, naquilo em que elas somam conhecimento e experiência ao imenso campo teórico-prático do universo psicopatológico. A Antipsiquiatria inglesa, cujos protagonistas mais representativos foram R.D. Laing e David Cooper, desempenhou nos anos 60 e 70 do século XX um papel importante no retorno à unidade da patologia mental e na denúncia da violência direta e indireta das práticas pseudo-psiquiátricas, da violência das altas doses de psicofármacos neurolépticos, da eletroconvulsoterapia, do aprisionamento miserável ou luxuoso das instituições ditas

reabilitadoras, das interpretações dispendiosas dos psicanalistas de renome ou da ausência de psicoterapia nas filas ambulatoriais públicas de atenção à saúde mental que apenas repetiam cronicamente os mesmos neurolépticos, o que na verdade seria uma forma disfarçada e corrompida de manicomização extra-muros.

Apesar da linguagem, às vezes excessiva, das teorizações anti-psiquiátricas, ela teve o mérito de alertar as consciências entorpecidas da prática médica contra o falso triunfalismo terapêutico, a violência da supressão dos sintomas a qualquer custo, sem o benefício de uma cura real e duradoura, a ilusão das interpretações alienantes e o isolamento do elemento mais frágil da constelação social ou familiar, sem se perguntar como este chegou à condição de enfermo psiquiatrizado, muitas vezes pela própria loucura das contradições do sistema social.

As teorias extrínsecas à psiquiatria podem se dividir, segundo Lantéri-Laura (2004, TPC p.10-13), em dois grupos de acordo com sua origem psicológica ou sociológica; as teorias extrínsecas prevalentemente referidas à psicologia são: a reflexologia de Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936), o condutismo de John Watson e as teorias cognitivas, todas elas materialistas ou organomecânicas. A reflexologia pavloviana foi sendo aplicada a certas enfermidades mentais à medida que foram surgindo conceitos mais complexos como excitação, inibição, reforço, descondicionamento, segundo sistema de sinalização, etc. Pavlov concebia a aprendizagem pela substituição progressiva e hierarquizada de estímulos absolutos por estímulos e respostas condicionadas. A associação arbitrária e repetitiva de um estímulo condicionado (som) a um estímulo absoluto (alimento) tornava-se eficaz na produção de secreção gástrica. O caráter arbitrário da associação tornava possível que a relação entre o estímulo condicionado e o estímulo absoluto fosse análoga à relação entre o significante e o significado, facultando à reflexologia uma aplicação legitimamente humana (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.11). A linguagem concebida a partir desse segundo sistema de sinalização

(semântica) permitiria a Pavlov ingressar no campo da psicologia experimental, pois, se é legítimo, Do ponto de vista reflexológico, considerar a linguagem humana como sendo idêntica ao comportamento lingüístico e, se a vida mental for redutível à linguagem, então a reflexologia estará apta a descrever todas as condutas humanas, incluindo os pensamentos, sentimentos e volições. (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.3)

A neurose experimental pavloviana se baseava numa experiência simples de condicionar um cão a receber recompensa após a apresentação de um círculo e receber castigo após uma elipse. A apresentação de uma figura ambígua (um círculo levemente elíptico ou uma elipse levemente circular) gerava uma resposta de inquietação que Pavlov comparou com a neurose de angústia no ser humano e que foi denominada de neurose experimental. Pavlov foi além e esquematizou uma tipologia canina segundo as respostas experimentais de comportamento mais reticentes ou mais propensos ao estado de inquietação: fortes-impetuosos (coléricos), fortes-equilibrados (sangüíneos), fortes-equilibrados-lentos (fleumáticos) e débeis (melancólicos) (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.3). Apesar da duvidosa transposição de resultados, do cão ao ser humano, tais modelos reflexológicos abriam possibilidades de investigação e de explicação das síndromes psiquiátricas, além de aplicações terapêuticas. Assim sendo, a esquizofrenia podia ser pensada como sendo uma espécie de estado hipnótico crônico associado a uma liberação concomitante das formações subcorticais cerebrais. O estado hipnótico crônico explicaria os sintomas de inibição cortical extensa e duradoura que produziria a apatia, o negativismo, as estereotipias, a ecolalia, a ecopraxia e a catalepsia. A liberação das formações subcorticais do cérebro resultaria no puerilismo, nos acessos delirantes, nas excitações e nas agitações psicomotoras, etc. (Lantéri-Laura, 2004, p.11)

A reflexologia pavloviana pretendia reduzir as síndromes psicopatológicas à ocorrência conjunta de signos que pudessem ser explicados por semelhança aos resultados da



experimentação sobre os reflexos condicionados; tanto a reflexologia pavloviana quanto o condutismo watsoniano procuravam construir uma psicologia experimental livre do conceito de consciência. J. Watson concebia a patologia mental como sendo constituída por determinada quantidade de síndromes resultantes de condicionamentos negativos, passíveis de serem descondicionados, com exceção das patologias mentais induzidas por lesões cerebrais ou intoxicações. Ética à parte, Watson afirmou ter conseguido produzir um estado equivalente a uma neurose fóbica de contato com peles de animais, em uma criança normal, através da associação de um ruído muito violento com uma pele de animal. Por conseguinte, do ponto de vista condutista, ou de um modelo estímulo-resposta, qualquer interrogação etiológica era relegada ao plano metafísico ou metapsicológico e a atitude científica pragmática era a única garantia de explicar consistentemente as neuroses e as psicoses, as quais seriam agrupamentos de sintomas reprodutíveis experimentalmente mediante condicionamentos e curáveis mediante descondicionamentos.

O condutismo watsoniano, as terapias do comportamento a partir de J. Wolpe (*The practice of behaviour therapy*, New York: Pergamom Press, 1969) e a noção de condicionamento operatório de B. F. Skinner, embora não se estendam à totalidade do universo psicopatológico, exerceram uma importante contribuição terapêutica no âmbito da ansiedade, impotência sexual, frigidez, homossexualidade, asma, estereotípias esquizofrênicas, etc. (Lantéri-Laura, 2004, p.11)

As teorias extrínsecas prevalentemente referidas à sociologia são aquelas que realçam a importância dos fatores ambientais, sócio-econômicos e profissionais na etiopatogenia mental. A grosso modo, podemos dividir as teorias sócio-patogênicas em dois grupos, segundo a sua referência predominante à microsociologia e psicologia social, ou então, à macrossociologia e às condições históricas. O primeiro grupo (Escola de Palo Alto)

utiliza a teoria da informação e da comunicação com os elementos da cibernética e da teoria geral dos sistemas (de L. Von Bertalanfy).

A etiologia da esquizofrenia é concebida como uma patologia da experiência e do comportamento, explicável por uma metapsicologia da comunicação baseada na ação etiopatogênica das informações contraditórias, que levariam o indivíduo a se adaptar, para sobreviver, ao duplo sentido da mensagem. A esquizofrenia seria, então, uma espécie de solução de compromisso adaptativo à dupla informação contraditória, cuja cisão decorreria da incapacidade de distinção entre dois tipos lógicos antagônicos e persistentes. O modelo de produção de signos contraditórios na esquizofrenia, expresso na linguagem da teoria da comunicação se assemelha às concepções reflexológicas das neuroses experimentais pavlovianas.

A vertente teórica macrossociológica da sociopatogênese mental encontra-se na denominada antipsiquiatria italiana, representada principalmente por Franco Basaglia e seus discípulos. Na teoria basagliana, alguns transtornos patológicos apresentados pelo sujeito passavam de uma condição eventual para a condição de psicose irremediável, devido à repetição persistente de situações opressivas próprias do estado capitalista ou ditatorial pseudo-democrático. A solução basagliana desembocava na ação pragmática de extinção da instituição hospitalar psiquiátrica e a substituição da segregação institucional por ações ambulatoriais e núcleos abertos de atenção e reintegração psico-sociais, hospitais-dia, oficinas terapêuticas, lares abrigados, residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, unidades psiquiátricas de urgência, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, atendimentos terapêuticos domiciliares, consultórios particulares, programas recreacionais, etc.

A dúvida que rondava a mente dos opositores desta perspectiva teórica sociologizante era se a extinção de todos os condicionamentos oriundos da opressão sócio-

econômica, resolveria o problema da loucura, reduzindo todo o saber clínico secular a uma espécie de mistificação ou de impostura acadêmica. (Lantéri-Laura, 2004,TPC, p.13)

Para finalizar essa breve exposição das principais teorias contemporâneas que “sustentam” a psiquiatria desse princípio de século XXI, cabe mencionar o pensamento fenomenológico e a etnopsiquiatria, ou psiquiatria transcultural. A atitude fenomenológica poderia ser tomada mais como um método e um ponto de vista que caminham para uma teoria, do que propriamente uma teoria da psicopatologia. Aqui encontramos, dentre outros, os trabalhos de Ludwig Binswanger sobre a fuga de idéias, de Eugène Minkowski sobre a melancolia e a esquizofrenia, de A. Tatossian sobre as psicoses, de W. Blankenburg sobre a perda da evidência natural nas esquizofrenias pauci-sintomáticas (mitigadas), de G. Lantéri-Laura sobre o desaparecimento da contingência na paranóia ou o não deixar impressões na neurose obsessiva, etc. (Lantéri-Laura, 2004, TPC, p.13)

Para Lantéri-Laura, a atitude fenomenológica não pretende captar intuitivamente a vida mental do paciente e sim descrever o efetivo funcionamento da doença mental e do saber psiquiátrico, revelando as suas condições de possibilidade. Por exemplo, em vez de tentar captar intuitivamente algo que se supõe ser a experiência vivida de um maníaco, a atitude fenomenológica visa descrever “como” aparecem os diversos elementos que remetem à mania, atualizando as suas condições prévias de possibilidade e apreendendo as suas referências inevitáveis. A proposta metodológica da atitude fenomenológica não consiste em teorizar, mas em interrogar acerca da organização dos pressupostos que se deve adotar no âmbito do “saber-fazer”, do “saber” e do “saber” e do “fazer-saber” psiquiátricos.

A atitude etnopsiquiátrica ou culturalista de Bronislaw Malinowski não se resume à polêmica sobre a universalidade do complexo de incesto e ao papel do tio materno no desenvolvimento psicosexual dos habitantes das ilhas Trobriand; a sua contribuição tornou-se significativa ao realçar que a pretensão da psiquiatria de elaborar todo o saber

científico milenar sobre a doença mental está inserida no interior de uma cultura que não é a única existente no universo das culturas humanas. (Lantéri-Laura, 2004, p.13)

Descartando-se qualquer postura dogmática na escolha e no uso das teorias em psiquiatria e tomando-se como princípio que nenhum paradigma é eterno, como salientou Thomas S. Kuhn em sua “A estrutura das revoluções científicas” (1983), cabe, contudo, notar que as teorias são ferramentas imprescindíveis à semiologia e à prática clínica, sobretudo se as formulações teóricas forem claramente organizadas e heurísticamente ricas para uma crescente e produtiva compreensão do universo clínico e uma conseqüente eficácia pragmática na ação terapêutica. Não obstante, embora algumas teorias sejam tidas como inúteis num dado momento da evolução científica, no que se refere ao paradigma dominante do saber oficial, elas são imprescindíveis ao progresso da ciência psiquiátrica na sua relação com outras áreas conexas do conhecimento científico, exercendo uma função decisiva na superação dos paradigmas em conflito.

No próximo capítulo analisaremos a psicopatologia hermenêutico-sintética ou construtivo-sintética de Carl Gustav Jung (1875-1961) e, a seguir, a teoria psicopatológica fenomeno-estrutural do filósofo, psicopatologista e psiquiatra Eugène Minkowski (1885-1972), ambos perseguindo o ideal de criar uma teoria consensual entre a teoria organicista tradicional e a teoria psicodinâmica da psicanálise, com o intuito de tentar resolver o secular enigma da etiopatogênese das doenças mentais no campo da oposição organogênese–psicogênese.

## **2 A CONCEITOGRAFIA PSICOGENÉTICA JUNGUIANA**

### **2.1 PSICOPATOLOGIA CONSTRUTIVO-SINTÉTICA**

#### **2.1.1 A TEORIA DOS COMPLEXOS**

Neste capítulo, apresentaremos a proposta teórica da psicologia analítica ou complexa junguiana, que tenta solucionar o dilemático problema da etiopatogênese das doenças mentais a partir de um método denominado construtivo-sintético, prospectivo-sintético ou hermenêutico-sintético e de uma psicopatologia que apresenta propostas teóricas comuns à psicopatologia fenomeno-estrutural de Eugène Minkowski (1885-1972). O método construtivo-sintético de Carl Gustav Jung (1875-1961) objetiva superar a unilateralidade do princípio de causalidade e o reducionismo causalista das correntes teóricas tradicionais, buscando a origem das doenças mentais não somente na causalidade, mas também no condicionalismo dos múltiplos e complexos fatores desencadeantes da doença mental ou psíquica. Para tanto, Jung parte da psiquiatria de Eugen Bleuler e da psicanálise de Freud, e passa a investigar o funcionamento dinâmico do Inconsciente e as formas ou estruturas defensivas predisposicionais de natureza conflitiva, os “complexos” ideofetivos. A teoria junguiana dos complexos nasceu das investigações experimentais de associação de palavras desenvolvidas por ele mesmo na clínica psiquiátrica do Hospital Burghölzli da Universidade de Zurique (Suíça), sob direção de Eugen Bleuler, entre 1902 e 1906.

Em nossa análise das idéias junguianas sobre os complexos e sua importância na determinação das doenças mentais, reportaremos-nos principalmente às suas obras psiquiátricas principais: 1) EP: Estudos Psiquiátricos (*Psychiatrische Studien*, 1902-5), 2) EE: Estudos Experimentais (*Experimentelle Untersuchungen*, 1906) e 3) PDM: Psicogênese das Doenças Mentais (*Psychogenese der Geisteskrankheiten*), uma coletânea de textos, doravante referenciados entre parênteses (Jung, PDM, 1986, p.1-258), com os seguintes títulos: a) *A Psicologia da Demência precoce: um ensaio* (1907); b) *O Conteúdo da psicose* (1908); c) *Crítica a E. Bleuler: Sobre a Teoria do Negativismo Esquizofrênico* (1911); d) *A Importância do Inconsciente na Psicopatologia* (1914); e) *O Problema da Psicogênese nas Doenças Mentais* (1911); f) *Doença Mental e Psique* (1928); g) *A Psicogênese da Esquizofrenia* (1939); h) *A Esquizofrenia* (1958); i) *Novas Considerações sobre a Esquizofrenia* (1959).

O método de associação de palavras de Jung consiste na detecção e na análise dos conteúdos das associações decorrentes de complexos psicopatológicos conscientes e inconscientes, a partir da cronometragem do tempo de reação ou mesmo da falta de reação desencadeada por palavras-estímulo previamente selecionadas, em função da história afetiva do indivíduo. O resultado, inicialmente interpretado como falha do experimento, mostrou-se heurísticamente importante, analogamente às descobertas de Freud com relação aos sonhos e aos lapsos de linguagem. Jung percebeu que as falhas eram na verdade os mesmos lapsos da psicopatologia da vida cotidiana que Freud descreve em seu artigo do mesmo nome. Os pacientes histéricos e esquizofrênicos de Jung também cometiam lapsos lingüísticos quando as palavras-estímulo eram representadas. Tais anomalias do experimento levaram, portanto, à descoberta de que as aparentes falhas do método de associação de palavras indicavam que determinadas palavras-estímulo se referiam a assuntos pessoais de caráter penoso, isto é, a um conjunto pessoal de idéias ligadas a uma carga emocional comum a todas as pessoas, normais

ou psicóticas, o complexo ideoafetivo. A interpretação do experimento, que em geral se constitui de cem palavras-estímulo selecionadas e ordenadas, ocorre a partir da detecção dos conteúdos psíquicos do paciente e de seu modo de reação, levando à descoberta dos complexos ou conjuntos de estruturas conflitivas, geralmente inconscientes, que desestruturam a vida psíquica do indivíduo neurótico ou psicótico (Jung, 1906[1997], EE, p.606-11).

A teoria junguiana dos complexos ideoafetivos e da natureza das neuroses e de certas psicoses, principalmente a demência precoce ou esquizofrenia, surgiu da psicologia e da psicopatologia dos experimentos de associações. Jung faz uma diferenciação entre fatores causais (predisponentes) reais ou essenciais e fatores estimulantes ou desencadeantes (precipitantes), conforme vemos nesse trecho de seus “Estudos Experimentais”: *“os estados somáticos não são as causas reais, mas apenas as causas predispositivas (desencadeantes) das neuroses. A neurose em si é psicógena e provém de um conteúdo psíquico especial que chamamos complexo”*. (Jung, 1906[1997], EE, p.607)

É interessante ressaltar que o fato de Jung ter atribuído à estrutura psíquica, denominada “complexo”, a natureza de um “conteúdo” especial ou de um conjunto complexo de conteúdos que atuam na formação da neurose e de várias psicoses, especialmente a esquizofrenia, levou Eugène Minkowski (1885-1972) a negar ao complexo ideoafetivo a condição de fator gerador essencial ou fundamental na formação da esquizofrenia. O problema que então se coloca é o de se investigar e comparar a natureza do complexo, na teoria junguiana, e a natureza da estrutura fundamental da vida mental, na teoria minkowskiana, além do papel do conflito na gênese da doença. Na visão analítica de Jung, herdeira em parte da psicanálise freudiana, os pacientes submetidos ao método de associação de palavras, como também acontece na associação livre da psicoterapia psicanalítica, costumam negar ou minimizar a existência do complexo devido à sua natureza desagradável

ou penosa, resistindo assim à conscientização e à elaboração terapêutica dos conflitos, evitando o enfrentamento da dura realidade externa e mantendo reprimidos os conteúdos ideofetivos conscientemente reprimidos ou os conteúdos inconscientemente recalçados. O experimento de associação seria, portanto, um meio de acesso à estrutura inconsciente e à interação entre o complexo inconsciente e sua expressão na forma manifesta de doença, possibilitando o estudo experimental do comportamento do complexo (Jung, 1906[1997], EE, p.608).

O complexo atuaria em determinadas situações de conflito ou de profunda desagregação das funções da estrutura mental, de modo quase automático ou autônomo, dando a impressão de tratar-se de um processo totalmente independente do controle volitivo do indivíduo ou de sua intenção consciente. Após o término do teste de associação, o indivíduo é submetido ao método de reprodução que consiste na repetição das palavras obtidas anteriormente, na primeira fase do teste, em função do tempo de reação maior ou menor de cada palavra-estímulo. As falhas de memória costumam ocorrer exatamente onde ocorreram as falhas associativas, sugerindo a presença de uma ação (volitiva) perturbadora ou perseverativa dos complexos ideativos e a presença de uma forte tensão afetiva e volitiva a ele incorporada. A carga emocional do complexo, segundo Jung, pode também ser verificada nas alterações das medições psicofisiológicas como os ritmos respiratório e cardíaco, alterações bioelétricas registradas pelo galvanômetro, etc. O complexo atuaria como uma espécie de pequena psique secundária que conflituaria com a psique “principal” resultando em reações sintomáticas histéricas, esquizofrênicas, etc. O retraimento na expressão ideofetiva e a aparência degenerada dos psicóticos esquizofrênicos esconderiam uma intensa vida interior de fantasia, de pensamento primitivo, que poderia ser interpretado como uma substituição à adaptação com relação à realidade externa, decorrente de uma pressão do complexo conflitivo. A obra junguiana intitulada “*Psicologia da Demência Precoce*” (1907), surgiu da



necessidade de aplicar os resultados das pesquisas experimentais de associação de palavras à teoria da psicogenia das doenças mentais em geral e à psicopatologia da esquizofrenia em particular, no contexto teórico da psicanálise freudiana e dos princípios psicopatológicos bleulerianos. Ainda que Jung considere que a predominância contínua de um complexo intenso possa levar à histeria e à esquizofrenia, também considera que há uma diferença disposicional e sintomática entre essas duas modalidades de perturbação mental e sugere a hipótese de que o complexo na esquizofrenia pode sofrer a ação reforçadora de um fator tóxico-metabólico que dificultaria a remissão da psicose, conforme se depreende nesta passagem:

*O complexo histerogênico produz sintomas reparáveis, enquanto que na demência precoce o afeto favorece o aparecimento de anomalias no metabolismo (toxina?) que danificam o cérebro, de modo mais ou menos irreparável, a ponto de paralisarem as funções psíquicas mais elevadas. (Jung,1986,PDM,p.29-30)*

Desse modo, da ação somatória de um possível fator tóxico produzido pelo organismo e do modo de atuação do complexo haverá um bloqueio poderoso do desenvolvimento e da readaptação do psicótico à realidade externa e o esquizofrênico permanecerá fixamente resistente a se libertar do complexo ideoafetivo. Quanto aos mecanismos fundamentais implicados na constituição da esquizofrenia, Jung reconhece que *“Freud possui o mérito de ter comprovado pela primeira vez, num caso de demência precoce paranóide, o ‘princípio de conversão’(repressão e ressurgimento indireto de complexos)“*. (Jung,1986,PDM,p.30)

No entanto, apesar de reconhecer a importância dos mecanismos psicológicos defensivos na dinâmica das psicoses, Jung coloca uma ressalva com relação à esquizofrenia, uma herança da escola de Zurique e de sua adesão parcial ao freudismo, dizendo que *“os mecanismos de Freud são, no entanto, insuficientes para explicar por que surge uma demência precoce paranóide e não uma histeria”* (Jung,1986,PDM,p.30). Em vez de sugerir

uma diferença qualitativa ou de natureza entre as estruturas mentais ou as personalidades, do hístico e do esquizofrênico, Jung parece sugerir a possibilidade de uma ação patogênica tóxica, de natureza “somática” e de origem desconhecida, que funcionaria como um elemento de acionamento do processo de fixação do complexo, comprometendo a capacidade de reação do psiquismo e o restabelecimento do conjunto das funções psíquicas (Jung, 1986, PDM, p.30). Todavia, nem todos os complexos seriam patogênicos, visto que as experiências assimiladas pela cultura provocariam impressões duradouras na vida mental. Para Jung, a duração do efeito do complexo depende da quantidade de afeto ligado às idéias que o constituem, conforme fica claro nesta citação: *“No fundo, a educação tem por fim implantar complexos duradouros na criança. A durabilidade do complexo é garantida pela existência de uma tonalidade afetiva vigorosa. Desaparecendo a tonalidade afetiva, desaparece também o complexo”*. (Jung,1986,PDM,p.36)

A origem do delírio poderia, nesta perspectiva teórica, ser explicada pela intensa ação do complexo ideoafetivo na medida em que as necessidades defensivas e as carências emocionais ligadas ao desejo influenciariam a faculdade judicativa, conforme se depreende na seguinte citação:

*Os melhores exemplos podem ser observados nas crenças religiosas. Não existe um só argumento, por mais inconsistente, que não seja aduzido como prova em favor de alguma convicção, enquanto que os mais plausíveis e consistentes argumentos contra não causam a menor impressão; eles simplesmente caem por terra, pois as inibições emocionais são mais fortes do que qualquer lógica.*  
(Jung, 1986, PDM, p.36)

A necessidade afetiva de crer de acordo com um padrão de idéias ligado a uma forte afetividade (o complexo) explicaria o motivo de encontrarmos indivíduos muito cultos e inteligentes imersos nos devaneios e delírios místico-religiosos:

*Podemos observar algumas vezes, mesmo em pessoas muito inteligentes, que tiveram uma formação e experiência consideráveis, uma absoluta cegueira, uma insensibilidade sistemática quando, por exemplo, alguém tenta convence-los da teoria determinista. E como é também freqüente uma simples impressão desagradável produzir em certas pessoas um julgamento falso que nenhuma lógica, por mais férrea que seja, pode desfazer! (Jung,1986,Jung,PDM,p.36)*

Como fica claramente compreensível nesta passagem, Jung concorda que, tanto nos simples devaneios quanto nos delírios mais resistentes ao convencimento, a grande força motivadora das ilusões momentâneas, dos devaneios neuróticos e dos delírios psicóticos se fundamenta na afetividade que dirige o pensamento lógico para a realidade dos fatos objetivos ou para a irrealidade das representações fantásticas. Resta procurar, em cada caso em particular, as origens e as condições que tornam necessária a formação do mundo psicótico.

O mecanismo psicanalítico de deslocamento também foi invocado para explicar a ação patogênica do complexo, conforme a seguinte passagem:

*Encontramo-nos assim diante de um deslocamento: o complexo deve sobreviver, afirmando-se em todas as circunstâncias. Uma vez que em muitas circunstâncias o complexo não consegue se afirmar, ele busca outros caminhos. Na puberdade, por exemplo, pode adquirir a forma de fantasias sexuais relativamente anormais, muitas vezes alternadas com fases de entusiasmo religioso (deslocamento). (Jung,1986,PDM,p.42)*

O modo como Jung explica a ação e o poder do complexo, salvo se tratar-se de metáfora, poderia dar a entender que o complexo funciona como uma entidade autônoma, capaz de minar todas as resistências do indivíduo e condena-lo à irreversibilidade da psicose. Mesmo que seja clinicamente inquestionável a existência de casos não curados de esquizofrenia, a questão da incurabilidade não pode ser atribuída a um único fator, o complexo “autônomo”, com ou sem a ação reforçadora de um possível, ainda não identificado, fator bioquímico ou tóxico-metabólico de origem genética.

Continuando a nossa análise dos conceitos junguianos, vejamos como ele explica a relação do complexo com os mecanismos psicodinâmicos de defesa, tomando como exemplo o deslocamento na sublimação neurótica:

*Nos homens, a sexualidade (não sendo diretamente vivida) é deslocada para a febre de uma atividade profissional ou extravagâncias (esportes, perigosos, etc.) ou ainda para paixões especiais, hobbies (mania de coleção, etc.). E, nas mulheres, para atividades altruístas que podem ser determinadas pela forma específica do complexo (dedicam-se à enfermagem nos hospitais onde se encontram jovens médicos assistentes, etc.). Ou então para certas excentricidades, um 'comportamento peculiar', curioso que deve exprimir distinção e orgulhosa resignação. (Jung,1986,PDM,p.42)*

O complexo na neurose assume o poder específico de determinar a conduta compensatória do indivíduo, diante de um conflito de natureza sexual ou outra. Entretanto, o tipo de estrutura de personalidade dará a forma exterior peculiar de deslocamento, de acordo com a natureza lógica, ética e estética do sujeito. Dessa forma, o conteúdo da neurose varia de acordo com a natureza constitucional do indivíduo e do seu estilo de vida próprio, a fim de facilitar o deslocamento do desprazer gerado pelo conflito e substituí-lo pelo prazer compensatório da sublimação, como se verifica nesta passagem:

*Naturezas artísticas desenvolvem-se a partir desses tipos de deslocamentos. Existe um deslocamento muito freqüente que é o disfarce do complexo através da sobreposição de um humor contrastante. Isso é muito comum em pessoas que precisam se livrar de uma preocupação crônica. Entre elas encontramos geralmente os melhores contadores de piada, os humoristas mais refinados, cujos chistes, no entanto, são marcados com um travo de amargura. Outras escondem sua dor com uma alegria forçada e convulsiva que incomoda as pessoas por causa de sua artificialidade (ausência de afeto) e tom hilariante. (Jung,1986,PDM,p.42)*

De qualquer modo, por mais “sublime” que seja o mecanismo de sublimação, a falta de elaboração ou de solução do conflito manterá em atividade a ação do complexo conflitivo e conseqüentemente a neurose. E uma vez cronificada, a doença continuará produzindo desprazer, que poderá sofrer uma ab-reação (catarse) para atenuar a intensidade do conflito ou seguirá os multiformes caminhos alternativos dos vários mecanismos psicodinâmicos de defesa ou, então, receberá a ação bloqueadora externa dos psicofármacos sedativos, incluindo aí as drogas de dependência como o álcool etílico. O tipo de “fuga” escolhido para o alívio do desprazer gerado pelo conflito entre os complexos nas doenças mentais irá variar de acordo com a personalidade e a cultura do indivíduo:

*As mulheres se traem através de uma alegria agressiva e gritante e os homens com súbitos excessos de bebidas alcoólicas e outros desmandos e fugas! Esses deslocamentos e disfarces podem produzir, muitas vezes, verdadeiras personalidades duplas como aquelas que inspiraram os escritores dedicados à compreensão da alma humana. (Jung,1986,PDM,p.42)*

Se o estado conflitivo neurótico gerar um desprazer muito intenso e a estrutura de personalidade do sujeito não encontrar recursos psíquicos para transformar e reestruturar a psique de um modo adaptativo mais em harmonia com a realidade externa, poderá ocorrer uma “evolução”, ou melhor, uma involução de um estado neurótico para um psicótico, como usualmente ocorre em muitos indivíduos histéricos. Quando a dissociação das funções psíquicas permanece parcialmente sob o controle do complexo volitivo do eu teremos os estados diagnosticados com o rótulo nosográfico de “transtornos (neuróticos) dissociativos” (C.I.D.10,[1982], F44) em suas várias formas: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, estupor dissociativo, estados de transe e de possessão, transtornos dissociativos do movimento, convulsões dissociativas, anestesia e perda sensorial dissociativas, transtorno dissociativo misto, outros transtornos dissociativos e transtorno dissociativo não especificado. Enquanto a nosografia do século XXI permanece vinculada a descrições clínicas sem um compromisso teórico psicopatológico, o problema da natureza essencial das doenças psíquicas permanece à espera de uma elucidação. E, o problema da dissociação da personalidade na forma de “múltiplas personalidades” ou da dissociação esquizofrênica intensa durante o estado de desagregação das funções psíquicas fundamentais permanece também insolúvel em sua natureza essencial, dando a impressão exterior de que se trata de uma natureza dupla ou múltipla.

No entanto, o que seria, se realmente existisse, uma consciência dupla ou múltipla, já que Jung fala em constelações ou aglomerados de complexos dissociados, em conflito com o complexo do eu? Qual seria a natureza dessa hipotética duplicidade na estrutura psíquica? Um fato ou uma metáfora literária? Jung responde:

*'Natureza dupla' não é simplesmente uma expressão literária, mas um fato científico que sempre despertou interesse na psicologia e na psiquiatria quando aparece sob a forma de consciência dupla ou cisão da personalidade. Os complexos dissociados se distinguem pelo seu caráter e humor peculiar, como observei num caso semelhante. ("Sobre a Psicologia e Patologia dos Fenômenos Chamados Ocultos", vol. 1, obras completas). (Jung,1986,PDM,p.42-3)*

É interessante notar que para exemplificar os casos de dissociação da consciência Jung vai buscar justamente os casos de indivíduos que apresentam dissociação parcial da consciência e que são considerados como pertencentes a duas categorias de fenômenos mentais: 1) a dos neuróticos histéricos dissociativos, da antiga denominação psiquiátrica e da atual categoria de transtornos (neuróticos) dissociativos, anteriormente mencionados (C.I.D.10: F44) ou, então, 2) a dos indivíduos que somente apresentam os estados alterados de consciência durante os rituais religiosos ditos mediúnicos, sem que haja indícios de patologia mental subjacente, mesmo sob rigorosos exames psiquiátricos. Ainda assim, cabe a ressalva de que a cisão ou dissociação da personalidade em casos de grave histeria não se distingue facilmente dos casos de dissociação esquizofrênica quanto à sua expressão sintomática ou quanto ao conteúdo manifesto. É até possível que não haja distinção de natureza entre ambas as dissociações quanto aos elementos fundamentais da estrutura psíquica e mesmo dos fatores ou elementos causais de origem. E, para buscar a origem da doença temos que partir da periferia para o centro, do exterior para o interior, dos sintomas para a forma que o determina, fazendo o percurso inverso do processo psicopatológico. Daí a importância do estudo dos "tipos psicológicos" de Jung, contidos na sua obra "Tipos Psicológicos" (*Psychologische Typen*, 1920) e da tipologia constitucional de Kretschmer, dentre outras tipologias existentes, para melhor compreender as complexas relações entre o caráter e a doença. Afinal, é o caráter que parece se modificar de modo mais perceptível no curso dos transtornos psíquicos. O caráter habitual pode também se estabilizar ou se cronificar, evitando assim tanto a progressão ou agravamento da doença como também a involução da mesma em direção à cura: *"Não raro o deslocamento gradualmente se estabiliza*

*e substitui, ao menos superficialmente, o caráter original” (Jung,1986,PDM,p.43). Trata-se de pessoas que à primeira vista parecem engraçadas e divertidas, mas que escondem na intimidade seus complexos conflitivos e só os manifestam quando perdem o controle repressivo sobre eles: “Uma só palavra, um só gesto pode atingir a ferida e evidenciar o complexo residente no fundo da alma”. (Jung,1986,PDM,p.43)*

Se interpretarmos essa citação de um modo mais literal, entenderemos que tanto para Jung como para Minkowski o “fundo da alma”, ou seja, o “fundo mental” de que nos fala Minkowski, seria uma estrutura psíquica primordial que conteria as formas essenciais ou fundamentais geradoras de sintomas, os conteúdos manifestos (delírios, alucinações, etc.); este “fundo psíquico” englobaria o continente de formas primordiais puras da doença, relacionados às “representações-representantes” (termo de Freud) ou conteúdos manifestos. A etiologia das psicoses psicogénéticas poderia ser explicada pelas constatações diárias da prática clínica psiquiátrica de crises episódicas ou verdadeiros processos esquizofrênicos que ocorrem a partir de estímulos psico-sociais intensos, seja sobre as personalidades mais adaptadas, seja sobre as personalidades mais sensíveis, determinando o tipo nosológico e nosográfico. Até mesmo nos testes de associação de palavras-estímulo de Jung, com indivíduos esquizofrênicos latentes, a hipersensibilidade característica da predisposição constitucional predominantemente esquizóide se faz notar através do exagero das respostas induzidas a partir de palavras previamente selecionadas conforme o tipo de complexo que se pretenda atingir ou testar:

*Nos testes de associação com doentes que sofrem em alto grau a sensibilidade do complexo na histeria, na demência precoce (esquizofrenia) nos deparamos com exageros desses mecanismos normais e, por isso, sua descrição e discurso significam mais do que uma exposição psicológica sumária. (Jung,1986,PDM,p.43)*

Cabe investigar, entretanto, se as descobertas de Freud na análise dos sonhos e a aplicação junguiana dos conceitos freudianos aos histéricos e aos esquizofrênicos poderão

resolver a dúvida sobre a provável identidade de natureza entre os mecanismos psicogénéticos da histeria e da esquizofrenia, eliminando qualquer necessidade de se recorrer a fatores de ordem organogénética ou toxicometabólica. Dado que o “conteúdo” da doença mental apresenta componentes de todas as funções essenciais da estrutura mental, principalmente da tríade das funções clássicas fundamentais, isto é, a volição, a afecção e a cognição, a questão da natureza do “continente” ou fundo mental se torna prioritária. No caso da forma paranóide de esquizofrenia ou psicose paranóica (Paranóia), a questão da natureza do conteúdo ideativo é desenvolvida por Sigmund Freud e Joseph Breuer na obra de parceria mútua intitulada “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1893), em que ambos os autores desenvolvem a tese de que um afeto intolerável para a consciência se expressa na forma manifesta de um conteúdo ideativo delirante ou de uma alucinação compensatória de desejos inconscientes insatisfeitos. O indivíduo “fugiria” para a psicose a fim de encontrar no estado delirante “oniróide” (*oneiros* [sonho], *eidós* [forma semelhante]; semelhante ao sonho) a satisfação substitutiva do desejo negado pela realidade ou pela sua própria consciência moral, repleta de interdições morais introjetadas pelo sujeito do conflito e assumidas como necessárias à sobrevivência da dignidade pessoal. Em 1896, Freud analisou um caso de demência precoce paranóide, que descreve no seu artigo intitulado “Novas considerações sobre as neuropsicoses de defesa” (1896), concebendo a paranóia como uma neuropsicose de defesa, do mesmo modo que a histeria e as idéias obsessivas, porquanto seus sintomas teriam igualmente a sua origem no mecanismo de repressão das lembranças dolorosas. Segue, a título de exemplo, a citação de um trecho do capítulo III do artigo referido, intitulado “Análise de um Caso de Paranóia Crônica”, de Freud:

*Desde há muito tempo alento a conjectura de que também a paranóia – ou grupos de casos pertencentes a ela – é uma psicose de defesa, isto é, que provém, do mesmo modo que a histeria e as representações obsessivas, da repressão de recordações penosas, e que seus sintomas são determinados em sua forma pelo conteúdo do reprimido. (Freud, 1896[1994], Amorrortu Ed., III, p.175)*



E, a seguir, no mesmo artigo, ele diz: “*É preciso que a paranóia possua um particular caminho ou mecanismo de repressão.*” (Freud, idem, p.175). Levando-se em consideração o uso cambiante dos termos repressão e defesa, e baseando-se na diferença entre os dois conceitos tal como aparecem em seu artigo “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926), Freud deveria ter usado aqui “defesa”, em vez de “repressão”.

A análise freudiana baseia-se na idéia de que uma resistência repressora de caráter moral emerge das reminiscências de antigas vivências infantis que servem de tema para os conflitos atuais. Em consequência da censura exercida pela repressão e da emergência de reminiscências conflitivas reprimidas, o complexo inconsciente se apresenta na forma de delírios e alucinações. As idéias dissociadas seriam complexos de idéias reprimidas, encontráveis tanto nos paranóicos como nos histéricos e normais. A incongruência entre as idéias conscientes e o estado afetivo é explicada pela formação de uma associação, ao longo da história de vida dos pacientes, entre idéias indiferentes e até triviais e afetos intensos que se formaram a partir de idéias reprimidas, resultando nos afetos inadequados da defesa psicótica. Dada a filiação ideológica parcial de Jung em relação a Freud, vejamos como aquele se expressa com relação à análise da concepção freudiana sobre a paranóia:

*Em sua forma e conteúdo, os sintomas desta demência precoce paranóide exprimem pensamentos que, em consequência da tonalidade afetiva penosa, tornam-se insuportáveis para a consciência do eu, sendo então reprimidos; essas repressões determinam o tipo de delírio e alucinação como também o comportamento geral do paciente. Então, quando aparece uma paralisia da percepção, o automatismo resultante contém os complexos de idéias dissociadas – todo o exército de pensamentos banidos é desencadeado – assim, podemos certamente generalizar as conclusões da análise de Freud. (Jung, 1986, PDM, p.28)*

Theodor Tiling, em suas duas obras, “Formas e Distúrbios Psíquicos Individuais” (1904) e “A Etiologia dos Distúrbios psíquicos” (Tiling, 1903, p.561-579), segundo a análise que Jung faz, chegou às mesmas conclusões de Freud ao atribuir a significação da origem e da forma específica da psicose aos fatores da história individual do

doente (Jung, 1986, PDM, p.72). No entanto, segundo Jung, a questão da origem das psicoses (esquizofrenia) é mais complexa do que a da origem das neuroses (histeria):

*Mas por que surge uma demência precoce? Somos capazes de entender por que o conteúdo dos delírios e alucinações é este e não aquele; mas não sabemos por que os delírios não histéricos e as alucinações não histéricas vêm à tona. Deve haver uma causa física subjacente que extrapole todas as psicologias.*  
(Jung, 1986, PDM, p.28)

Ao contrário da concepção junguiana e Do ponto de vista fenomenológico, atribuir a intensidade ou a diferença entre a neurose e a psicose apenas a um elemento, como a resistência à desagregação, seria uma opção reducionista, atomística e organomecânica diante de tantos fatores psíquicos e sociais intervenientes no processo psicopatológico, pois não deveria haver, em princípio, a necessidade de se recorrer a algum fator fisiológico ou de ordem orgânica (fator tóxico) para explicar a diferença entre os delírios e as alucinações na histeria e na esquizofrenia. O mesmo raciocínio valeria para a explicação da estabilidade do delírio na forma paranóide da esquizofrenia em contraste com o delírio em outros tipos de psicose ou na histeria, pois, em princípio, a resistência e a intensidade do mecanismo de recalçamento poderiam ser explicadas através do tipo de estrutura de caráter e do tipo de conflito que constitui a estrutura fenomenológica da doença. Dada a multiplicidade de tipos de personalidade e do contexto particular dos eventos psico-sociais com os quais o sujeito interage, o resultado pode ser tanto uma neurose resistente à cura quanto uma esquizofrenia de rápida remissão. Além disso, é muito significativo o fato de que a paranóia, atualmente rotulada de “transtorno delirante persistente”, apresenta única e essencialmente o delírio como sintoma, excluindo qualquer outro. Há, também, casos de esquizofrenia paranóide em que o único sintoma aparente é o delírio. Portanto, não haveria, pelo menos em princípio, que negar à paranóia e à forma paranóide de esquizofrenia o mesmo mecanismo e etiologia da histeria e, nem mesmo no limite, admitir-se a presença de algum fator endotóxico causal de ordem organogenética. Mas, Jung não pensa assim:

*Vamos supor ainda mais além, juntamente com Freud, que cada forma paranóide de demência precoce segue o mecanismo da histeria – mas por que então a paranóia é algo extraordinariamente estável e capaz de resistência, enquanto a histeria é caracterizada por uma enorme mobilidade dos sintomas?* (Jung,1986,PDM, p.28)

O que Jung quer é identificar esse fator desencadeante primordial, seja lá de que natureza ele se constitua, psíquica ou somática: *“Aqui nos deparamos com um novo fator da doença. A mobilidade dos sintomas histéricos encontra sua base na mobilidade dos afetos, enquanto que a paranóia se caracteriza pela fixação dos afetos, segundo Neisser”*. (Jung,1986, PDM, p.28)

Segundo Clemens Neisser, em “Individualidade e Psicose” (Berlin, 1906, p.28 e seg.), a fixação afetiva, isto é, a dos complexos ideoafetivos, anula a capacidade do indivíduo psicótico de vivenciar sentimentos positivos e o isolamento emocional ocorre juntamente com a alienação intelectual. Na concepção de Neisser, a fixação ou ausência de mobilidade afetiva levaria a uma incapacidade do paranóico de exercer uma influência satisfatória sobre o fluxo dos próprios pensamentos, o que resultaria no acúmulo de *“um grande número de grupos de complexos ideoafetivos, separados entre si, cujos conteúdos estão ligados apenas pela relação pessoal”*. (Jung,1986, PDM,p.28)

Os complexos ideoafetivos não se fundiriam de modo algum e poderiam, dependendo da constelação do momento, determinar a direção da elaboração e da associação psíquica. O resultado seria um decaimento gradual da personalidade e a instauração de um estado de passividade ou inatividade diante das fontes estimuladoras. Os afetos deixariam de funcionar como agentes de adaptação, meios de proteção do organismo ou força motriz de autopreservação, alienando-se de seu objetivo natural. A forte tonalidade afetiva seria o fator determinante dos pensamentos delirantes e da sua reprodução repetitiva diante de qualquer excitação emocional e, esta fixação dos afetos anularia a capacidade do indivíduo de ter

sentimentos, levando-o a um isolamento emocional concomitante à sua alienação intelectual (Jung, 1986, PDM, p.28-9).

A fixação afetiva concebida como resultado de mecanismos ou fenômenos estáticos e permanentes, que “*não podem mais ser eliminados do processo da consciência*” não deve aqui ser interpretada como um barramento mecânico, totalmente refratária à ação da vontade do eu, a menos que se negue qualquer capacidade de livre-arbítrio, ainda que restrita ou relativa. Jung parece atribuir a Freud uma concepção por demais mecanicista, desconsiderando a relatividade do poder do mecanismo de fixação no processo de bloqueio do desenvolvimento psíquico na psicose: “*‘Fixação dos afetos’ significa, portanto, nos termos de Freud, que os complexos reprimidos (portadores do afeto) não mais podem ser eliminados do processo da consciência; continuam agindo, impedindo assim o desenvolvimento posterior da personalidade*”. (Jung, 1986, PDM, p.29)

Jung supõe a existência de uma disposição ou predisposição constitucional geradora da esquizofrenia distinta da disposição histórica e faz a seguinte conjectura teórica para explicá-la:

*O complexo histerogênico produz sintomas reparáveis, enquanto que na demência precoce o afeto favorece o aparecimento de anomalias no metabolismo (toxina ?) que danificam o cérebro, de modo mais ou menos irreparável, a ponto de paralisarem as funções psíquicas mais elevadas. Em vista disso, a aquisição de novos complexos diminui ou cessa completamente; o complexo patogênico (ou melhor, o complexo solto e acelerado) permanece ele só, e todo desenvolvimento ulterior da personalidade é estancado definitivamente.* (Jung, 1986, PDM, p.29-30)

O termo “definitivamente” que finaliza a citação precedente dá a idéia de que uma lesão cerebral provocada por um agente bioquímico endógeno produz sintomas irreparáveis na estrutura psíquica levando a uma estagnação ou barramento “definitivo” dos mecanismos de restituição da psicose à normalidade, o que evidentemente não pode ser aplicado a todas as psicoses em geral e nem a todos os casos de esquizofrenia em particular. Entretanto, Jung admite que esse provável e hipotético fator toxicometabólico da psiquiatria

organomecânica é ainda uma possibilidade teórica e, além disso, uma possibilidade aplicável “em muitos casos” e conseqüentemente, não em todos.

Vejamos a passagem onde Jung faz concessões ao organicismo psiquiátrico clássico: *“Apesar de uma cadeia causal aparentemente ininterrupta de acontecimentos psicológicos que vão do normal ao patológico, não se deve abandonar a possibilidade de que as modificações metabólicas (no sentido de Kraepelin) podem ser, em muitos casos, primárias”*. (Jung,1986,PDM,p.30)

Surge aqui, novamente, a questão da distinção nosográfica, a partir de um critério reducionista e causalista, isto é, baseada na determinação de “um” agente primário e não da reação ativa da personalidade do indivíduo na sua relação com os múltiplos agentes biopsico-sociais e ambientais. Na seqüência da última citação, Jung conclui a sua hipótese acerca das conseqüências psíquicas provocadas pelas modificações metabólicas, as quais coagulariam a mobilidade da inter-relação dinâmica dos complexos em conflito e determinariam a manifestação sintomática, a partir do último complexo da cadeia causal de acontecimentos psicológicos: *“No entanto o complexo que chega a ser o último a aparecer ‘coagula’, determinando o conteúdo dos sintomas. Nossa experiência não é suficientemente grande para excluir esta possibilidade.”* (Jung,1986,PDM,p.30). Para Jung, portanto, não se deve descartar a hipótese de que um fator tóxico de causa orgânica (somática) ou uma manifestação “específica” da afetividade possa acionar intensa, e às vezes definitivamente, o mecanismo de fixação dos complexos de representações ideofetivas, comprometendo a capacidade de reestruturação do conjunto de funções psíquicas (Jung,1986,PDM, p.30).

Em resumo, um fator gerador fundamental, ainda a ser descoberto, causaria uma perturbação central denominada: 1) embotamento aperceptivo por Weygandt; 2) Dissociação ou *abaissement du niveau mental* de Janet e Masselon); 3) Cisão da consciência por Gross; 4) Desintegração da personalidade por Neisser e outros;

5) Discordância por Chaslin; 6) Disjunção e Autismo por Minkowski; 7) Desagregação ou “*Spaltung*” por Bleuler, etc. A tendência à fixação do estado dissociado provocaria secundariamente o empobrecimento emocional (embotamento afetivo), as dissociações e as condensações de idéias, a ambivalência global da psique (afetiva, cognitiva e volitiva), os delírios e alucinações, etc. O princípio de conversão de Freud, aplicado por ele mesmo pela primeira vez num caso de demência precoce paranóide (esquizofrenia paranóide) se baseia nos conceitos de repressão e de ressurgimento indireto de complexos ideofetivos inconscientes à consciência, os quais se expressam corporalmente na forma de sintomas (psicóticos).

### 2.1.2 O COMPLEXO CAUSAL E OS EFEITOS PSÍQUICOS

Com relação ao complexo causal e seus efeitos psicopatológicos, Jung considera que a afetividade é a base essencial da personalidade na determinação do ato de pensar normal e patológico. Do ponto de vista clássico, os processos da estrutura psíquica são fundamentalmente de três ordens: 1) senso-perceptivo-afetivo; 2) representativo-mnêmico-ideativo; e 3) volitivo-intencional-expressivo. Para Bleuler, a estrutura psíquica pode ser dividida em preponderantemente intelectual, afetiva e voluntária (“Demência Precoce e o Grupo das Esquizofrenias, 1911”; “Afetividade, Sugestibilidade, Paranóia”, 1906). O mesmo raciocínio é extensivo à clínica das doenças mentais, conforme a célebre frase de Eugen Bleuler, citada por Minkowski:

*Em cada caso, há que se colocar a questão: nem esquizofrenia nem psicose maníaco-depressiva, mas em que medida uma e em que medida a outra. Inaceitável, desconcertante mesmo do ponto de vista da patologia geral (em que medida rubéola e em que medida escarlatina?), esta questão está longe de ser destituída de significado em clínica psiquiátrica. (Minkowski, 1966[1999], TP, p.99)*

Esse ponto de vista de Bleuler pode ser interpretado tanto metodológica como ontologicamente. No primeiro caso, a colocação da dúvida bleuleriana seria apenas uma precaução metodológica para se evitar um equívoco diagnóstico, contudo levaria à escolha inevitável de apenas um rótulo, aquele que reunisse o maior número de sintomas característicos do caso típico de referência. No segundo caso, tratar-se-ia de uma afirmação ontológica com conseqüências importantes para a psiquiatria, na medida em que a esquizofrenia adquiriria uma dimensão exagerada e englobaria em suas formas clínicas todo um grupo nosológico que incluiria as formas da psicose maníaco-depressiva, os transtornos delirantes persistentes, os transtornos agudos transitórios, o transtorno esquizotípico e os controversos transtornos esquizoafetivos que apresentam sintomas comuns à esquizofrenia ao lado de sintomas característicos da psicose maníaco-depressiva (atualmente “transtorno afetivo [de humor] bipolar”). Para Jung, a preponderância da introversão (esquizoidia) sobre a extroversão (sintonia de Bleuler), enquanto traço de caráter, seria um aspecto facilitador para o desenvolvimento da esquizofrenia, porém isso não significaria de modo algum que um indivíduo não pudesse desenvolver uma esquizofrenia caso predominasse em sua estrutura de personalidade o modo extrovertido de ser. Uma vez que os testes de associação de palavras-estímulo em histéricos e em esquizofrênicos demonstram a presença de um alto grau de sensibilidade do complexo ideoafetivo na forma de reações exageradas dos mecanismos psicológicos de defesa normais, poderíamos pensar que todos os fatores que produzam a ativação exagerada de um complexo, ou um grupo deles, poderiam causar estados psicóticos em sujeitos predispostos hipersensíveis, normais ou neuróticos. (Jung,1986,PDM,p.43)

Para Jung, a intensificação das psicoses poderia ser o resultado da fusão de complexos múltiplos (constelados), analogamente aos fenômenos neurofisiológicos de potencialização de dois ou mais estímulos sensoriais pertencentes a campos sensoriais distintos, conforme a concepção de Charles Samson Féré em sua obra “A Patologia das

Emoções” (Paris, 1892). Seria, então, possível demonstrar, a partir dos experimentos junguianos de associação de palavras-estímulo, que uma ação “involuntária” ou autonômica como a respiração poderia influenciar uma ação motora voluntária. Na medida em que para Jung os complexos funcionam de modo similar aos estímulos automáticos e duradouros das atividades neurovegetativas, eles poderiam influenciar a capacidade consciente de pensar e, além disso, poderiam influenciar a formação de uma fusão de outros complexos afins (“confusão” ou constelação de complexos). Tal hipótese ou fato recebeu de Freud a denominação de “sobre-determinação”. (Jung, 1986, PDM, p.54, nota 117)

A hipótese de Jung é a de que os conteúdos ideoafetivos funcionariam, como no modelo da química, analogamente ao movimento dos átomos e moléculas, constituindo complexos moleculares inter-ativos, cujo deslocamento formaria constantemente novos compostos ou novas estruturas dinâmicas, os complexos.

Um importante mecanismo responsável pelas modificações da psique seria o mecanismo de deslocamento, o qual, aliás, já se encontrava anteriormente presente na obra de Emil Kraepelin. Em sua obra intitulada “Sobre os Distúrbios da Fala nos Sonhos” de 1910, Kraepelin afirma que nas parafasias do sonho ocorre um deslocamento de um pensamento subjacente, isto é, de uma idéia subsidiária desviante, a partir de uma associação ideativa subsidiária que possuiria algum elo essencial de ligação no fluxo das idéias. Para ele, uma idéia subsidiária, mais rica em conteúdos afetivos e volitivamente mais decisiva, possuiria o poder de reprimir uma idéia mais geral e menos significativa. Ele denomina esse modo simbólico de deslocamento, esse “descarrilamento” de idéias, com o termo “paralogia metafórica”. A maioria dessas “associações subsidiárias” seria constituída de associações por semelhança, o que explicaria o caráter metafórico da paralogia, dando freqüentemente a impressão de uma distorção quase intencional do pensamento. (Jung, 1986, PDM, p.55, nota 120).



Vale esclarecer que, para Jung, os termos “simbólico” e “alegórico” (metafórico) possuem significados opostos, conforme ele os define nesta passagem: *“a alegoria é uma interpretação intencional do pensamento, intensificada por imagens, enquanto que os símbolos são apenas associações subsidiárias obscuras de um pensamento que vela bem mais do que revela”*. (Jung,1986,PDM,p.56)

Segundo Madeleine Pelletier, em sua tese de doutorado intitulada “A Associação de Idéias na Mania Aguda e na Debilidade Mental” (Tese de Paris, 1903), o símbolo seria uma forma primitiva de pensamento, uma espécie de percepção falsa de uma relação de identidade entre dois objetos da realidade que apenas apresentam leve semelhança ou analogia (Jung,1986,PDM,p.56). Uma outra propriedade dos complexos, segundo Jung, é a sua tendência para associações de contraste quando há uma “falha” na repressão de um conflito entre duas decisões contrárias ou contrastantes. No entendimento de Jung, enquanto na histeria as associações contrastantes são usualmente mais emocionais, já na esquizofrenia os contrastes associativos são tanto emocionais como ideacionais, o que Bleuler também verificou. (Jung,1986,PDM,p.57)

Jung chega a afirmar que *“todo acontecimento afetivo torna-se um complexo”* (Jung,1986,PDM,p.58). Um acontecimento não relacionado a um complexo já existente poderia submergir gradualmente na massa latente da memória e ressurgir quando uma impressão semelhante viesse estimular a sua reprodução. No entanto, se um acontecimento afetivo incidisse sobre um complexo de mesma natureza haveria um fenômeno de somação ou reforço e um ressurgimento do antigo complexo. Um exemplo comum é o que ocorre na histeria quando um estímulo aparentemente banal desencadeia uma reação emocional intensa e aparentemente paradoxal. Sob outra perspectiva, uma impressão pode despertar um complexo insuficientemente reprimido e desencadear uma reação aparentemente desproporcional à intensidade do estímulo, o que poderia ser a razão da existência de tantas

manifestações históricas de natureza sexual, principalmente nas pessoas cuja vida está predominantemente centrada nos interesses de ordem erótica; mas isso não significaria, de modo algum, que toda histeria teria sua origem de modo exclusivo e universal sobre a sexualidade. (Jung,1986,PDM,p.58)

A adaptação ao meio ambiente e o desenvolvimento adequado da personalidade dependeriam, portanto, da solução dos complexos psicopatológicos. A elaboração ou transformação do complexo, por deslocamento, num novo complexo de natureza intensamente contrastante poderia levar à cura, espontânea ou psicoterápica, se houvesse uma modificação baseada numa real relação de compromisso entre o complexo dominante (do eu) com as exigências da readaptação à realidade externa. No entanto, em caso contrário, *“se o complexo não se modifica de forma alguma, o que naturalmente só é possível em grave detrimento do complexo do eu e de suas funções, então devemos falar de uma demência precoce”* (Jung,1986,PDM,p.59). Em outras palavras, a esquizofrenia se constitui como a resposta defensiva possível diante do fracasso do sujeito de readaptar-se às condições adversas do mundo.

Como já dissemos anteriormente, mesmo considerando o importante papel do complexo na etiologia da esquizofrenia, Jung não desconsidera a possibilidade de uma ação coadjuvante de natureza toxometabólica ainda não identificada, que agiria concomitantemente na potencialização dos processos psicopatológicos. Haveria, entretanto, uma diferença fundamental, clinicamente observável, entre as psicoses exógenas (álcool, intoxicações metabólicas hepáticas e renais, envenenamentos diversos, etc.) e as psicoses endógenas (esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, etc.). Nas psicoses exógenas, de origem tóxica, o complexo ideofetivo teria um papel secundário, enquanto que na esquizofrenia eles desempenhariam mais propriamente uma ação primária (Jung,1986,PDM,p.59). A ação secundária de fatores toxometabólicos na esquizofrenia poderia explicar o aspecto

degenerativo dos sintomas esquizofrênicos naqueles casos mais graves, o que teria levado, no passado, os psiquiatras clínicos a denominar tais casos sob o nome de “psicose histérica degenerativa”. Tal denominação proviria, portanto, do fato de que muitos casos de esquizofrenia que se iniciam com sintomas semelhantes aos da histeria, devido ao agravamento da doença por ação toxometabólica, apresentariam sintomas estereotipados, isto é, assumiriam a forma de um padrão fixo e repetitivo, característico das “degenerações” graves (Jung,1986,PDM,p.59).

Desta forma, a degeneração progressiva da personalidade poderia ser explicada a partir de inferências analógicas e de pressuposições teóricas resultantes da sinergia de dois fatores geradores fundamentais: a ação de potentes fatores de natureza toxometabólica e a ação de complexos patológicos de natureza psíquica, fortemente resistentes à psicoterapia.

## **2.2 PSICOPATOLOGIA DA HISTERIA E DA ESQUIZOFRENIA**

### **2.2.1 HISTERIA E ESQUIZOFRENIA**

Segundo Jung, os distúrbios afetivos constituem a essência tanto da histeria como da esquizofrenia. Em alguns casos de esquizofrenia, predomina a inibição emocional, enquanto, em outros, ocorre uma incongruência entre o conteúdo das idéias e o afeto. Tratar-se-ia de duas doenças distintas ou de duas formas de manifestação de um mesmo processo de natureza psicogenética? Jung sugere que “*trata-se de duas doenças absolutamente distintas!*” (Jung,1986,PDM,p.60). Para ele, a indiferença emocional dos esquizofrênicos possui uma certa analogia com a clássica “*belle indifférence*” dos histéricos, que costumam descrever

seus sofrimentos com um sorriso tranqüilo, falando de acontecimentos dramáticos e significativos sem, entretanto, demonstrar emoção ou sinais indicativos de real sofrimento afetivo. Tratar-se-ia de formas diversas de inibição afetiva? Por que os histéricos falam de seus complexos afetivos de modo tranqüilo, como se eles não tivessem uma grave importância? A fuga do assunto (fuga de idéias) seria uma forma de deslocamento defensivo contrastante, uma espécie de contra-complexo compensatório? Ou um mecanismo de contra-desejo? Haveria alguma semelhança ou identidade essencial entre a indiferença histérica e a indiferença esquizofrênica?

As respostas a estas perguntas passam necessariamente pela solução do problema da gênese das doenças mentais como um todo e não se restringe apenas a essas duas modalidades nosográficas, a neurose histérica e a esquizofrenia. A “bela indiferença” dos histéricos, quando comparada à apatia dos esquizofrênicos, apresenta diferenças no plano semiológico, isto é, dos sintomas. O mesmo vale para as diferenças entre a apatia esquizofrênica e a apatia depressiva na melancolia ou depressão afetiva grave. Os esquizofrênicos costumam apresentar estados descritos como “apatia eufórica” que contrastam com os episódios de humor imprevisível e violento, incompatível com a indiferença histérica. Os esquizofrênicos catatônicos podem apresentar formas agitadas e estuporosas (torporosas), enquanto os psicóticos maníaco-depressivos podem oscilar entre manifestações afetivas de exaltação e de depressão. Para Jung, o bloqueio defensivo dos complexos patogênicos na histeria costuma ceder quando no processo psicoterapêutico, a interpretação analítica atinge o âmago do complexo, caindo assim o disfarce da apatia ou da euforia, e provoca a intensa reação de liberação do afeto traumático na sua violência original (Jung,1986,PDM,p.61). Há, porém, os casos em que o bloqueio defensivo parece inexpugnável e os doentes passam a apresentar respostas descabidas, recusando-se a responder as perguntas relativas ao aspecto essencial do complexo. É também comum que os

esquizofrênicos aparentemente apáticos apresentem excitação intensa quando se lhes atinge os complexos “incubados” com perguntas que atingem o “ponto sensível”.

O pseudo-autocontrole dos histéricos se evidencia quando eles apresentam, momentos após uma conversa sobre o tema relacionado ao “ponto sensível” de seu complexo, surtos de descontrole que se assemelham muito aos surtos psicóticos esquizofrênicos. Não é incomum que crises histéricas clássicas evoluam para formas francamente psicóticas que exigem internação hospitalar, e igualmente, não é incomum a ocorrência de crises tipicamente esquizofrênicas, classificadas de esquizofreniformes devido à sua curta apresentação temporal, que evoluem para a normalidade passando por uma fase tipicamente histeriforme. A incongruência entre a ideação e a afetividade pode ocorrer tanto nas neuroses quanto nas psicoses e, do mesmo modo, as idéias obsessivas das neuroses de mesmo nome (atual Transtorno Obsessivo-compulsivo) também ocorrem freqüentemente nas psicoses. Da mesma forma, não é incomum que esquizofrênicos percebam o caráter absurdo e ilógico de seus pensamentos, como ocorre entre os neuróticos obsessivos.

Para Jung, *“as excitações explosivas nos dementes precoces podem irromper através dos mesmos mecanismos que os afetos explosivos dos histéricos”* (Jung,1986,PDM,p.63). Tanto nos histéricos como nos esquizofrênicos é possível encontrar a causa psicológica que se encontra na essência da doença, conforme a citação que segue:

*Contudo uma análise cuidadosa sempre encontra uma causa precisa: a expressão impensada de alguém, uma carta perturbadora, o aniversário de um acontecimento crítico, etc. Muitas vezes, apenas um detalhe, um mero símbolo, é suficiente para liberar o complexo. Analogamente nos dementes precoces, é possível encontrar, através de uma análise cuidadosa, o fio psicológico que reconduz à causa da excitação. Evidentemente isso não é possível em todos os casos, pois a doença é bastante nebulosa. Mas também não temos nenhuma razão para pressupor a inexistência de uma conexão suficiente. (Jung,1986,PDM,p.63)*

Quanto à questão da possível distinção essencial entre a histeria e a esquizofrenia, Jung considera que *“...provavelmente, os afetos na demência precoce não*

*desaparecem, mas apenas se deslocam de maneira singular, sofrendo algum tipo de bloqueio”* (Jung,1986,PDM,p.63). Ocorreria, portanto, também na esquizofrenia um bloqueio ou resistência dos afetos pertencentes ao complexo conflitivo, que poderia surgir subitamente na forma de sintomas alucinatórios ou delirantes: *“os afetos e humores sem sentido podem ser subjetivamente explicados como alucinações e idéias patológicas súbitas que dificilmente, ou quase nunca, se reproduzem no clímax da doença, porque pertencem ao complexo”*. (Jung,1986,PDM,p.63)

Quando o foco da consciência se encontra fortemente sob a ação do complexo, através de suas representações-representantes, as alucinações e os delírios assumem uma intensidade maior que as imagens perceptivas provenientes da ação normal dos estímulos do ambiente e o sujeito bloqueia a interação com a realidade externa e apresenta uma conduta descrita como alheamento da realidade. Isso acontece comumente com os esquizofrênicos catatônicos, cuja falta de afetividade seria apenas aparente já que ela está fortemente voltada para o foco do complexo ideoafetivo, de acordo com a hipótese de Jung:

*Se um catatônico é constantemente envolvido por cenas alucinatórias que penetram a consciência com força incontrolada e uma tonalidade afetiva bem mais forte do que a realidade exterior, então podemos compreender, de imediato, por que ele não é capaz de reagir adequadamente às perguntas do médico. Ou se o doente, como, por exemplo, Schreber, sente as pessoas que o cercam como ‘homens furtivos improvisados’, compreendemos que ele não foi capaz de responder adequadamente aos estímulos da realidade, embora reaja adequadamente a seu modo.* (Jung,1986,PDM,p.63)

As reações dos pacientes psicóticos, portanto, seriam adequadas à realidade interna de seu mundo conflitivo e a intensificação afetiva seria um sinal de que uma intensa perturbação da capacidade de elaboração do conflito aumenta a possibilidade de um descontrole intenso e de uma cronificação do processo de alienação:

*A ausência de autocontrole ou de descontrole dos afetos é uma característica típica da demência precoce. Sempre que se trata de uma emotividade patologicamente intensificada, encontramos esta falha, sobretudo na histeria, na epilepsia, etc. O sintoma apenas indica que um grave distúrbio na síntese do eu está ocorrendo, ou*

*seja, que existem complexos autônomos superpoderosos que não mais se ajustam à hierarquia do complexo do eu. (Jung,1986,PDM,p.64)*

Uma questão interessante é a da capacidade volitiva de controle do núcleo do eu na hierarquia de complexos conflitivos. Num modelo mecânico de aparelho psíquico teríamos um mecanismo psicopatológico regido por leis análogas ao princípio de conservação de energia e de compensação por forças antagônicas. No entanto, esse modelo parece desconsiderar a presença de um sujeito reitor, dotado de uma volição transformadora da estrutura psíquica global. Nesta óptica, os complexos ideofetivos não teriam a natureza autônoma que Jung parece lhes conferir e o superpoder de tais complexos com relação à hierarquia da psique seria nada menos que o poder da vontade do sujeito (núcleo do eu) que ora deseja o controle de um particular modo complexo de agir, ora de um outro. Assim, o descontrole do eu, isto é, do sujeito, mesmo nos estados esquizofrênicos de intensa perturbação, seriam ainda estados alternativos e inadequados de expressão do desejo de enfrentar a realidade conflitiva, sob a regência da volição primária, base da afetividade e da ideação autista (egocêntrica).

A estabilidade ou persistência de um determinado complexo, assim como a refratariedade à influência de argumentos exteriores ao sujeito e contrários à sua vontade de convencimento, parece decorrer da resistência à renúncia dos afetos que constituem e alimentam o conflito entre os complexos. Os complexos, nesta perspectiva, seriam meras estruturas representativas das possibilidades que o sujeito pode escolher enquanto indivíduo dotado de uma natureza regida pelo princípio do livre arbítrio, isto é, da vontade autônoma e livre. A sintonia afetiva com o mundo interno ou com o meio externo ocorreria então a partir da sobredeterminação da vontade do indivíduo, independentemente dele encontrar-se num estado normal ou patológico. No entanto, Jung parece preferir uma teoria calcada num pretenso poder de fatores automáticos e independentes da volição individual, como nos modelos reflexos da neurofisiologia biológica, apesar de admitir a possibilidade de que a

refratariedade possa ser uma resposta defensiva do esquizofrênico quando alguém tenta penetrar o seu mundo interno e o seu complexo conflitivo. É o que Jung coloca na passagem a seguir:

*Na demência precoce, onde o complexo é bastante estável, é possível estabelecer um rapport emocional apenas por instantes ao se tentar penetrar no complexo. ...Os doentes não conseguem sintonizar seus sentimentos com a psique do médico, prosseguem com suas afirmações delirantes, atribuindo motivos hostis à análise. Numa palavra, eles são e permanecem refratários a qualquer influência. (Jung, 1986, PDM, p.64)*

A ontologia da psique permanece necessitando de respostas mais satisfatórias, no plano da normalidade e da patologia. A tipologia constitucional e o estudo das anormalidades de caráter podem auxiliar na compreensão das anormalidades da esquizofrenia, como veremos a seguir.

### **2.2.2 AS ANORMALIDADES DE CARÁTER NA HISTERIA E NA ESQUIZOFRENIA**

Com relação às anormalidades de caráter na histeria e na esquizofrenia, Jung afirma que apesar dos distúrbios de caráter ocuparem uma posição de destaque na sintomatologia da esquizofrenia, não existiria propriamente um caráter esquizofrênico, do mesmo modo que não existiria um caráter histérico especial na histeria. Tratar-se-ia apenas de uma exageração de características constitucionais ou disposições caracteriais já existentes, o que abre a possibilidade de se compreender a psicose a partir de uma tipologia constitucional em que o tipo de temperamento determinará apenas a tonalidade sintomática característica e ditará os critérios de uma nova nosografia. É o que se depreende das seguintes considerações de Jung:



*A histeria não produz um caráter especial, ela simplesmente exagera as características já existentes. Por isso encontramos toda espécie de temperamentos nos histéricos: existem personalidades egoístas e outras altruístas, criminosos e santos, naturezas sexuais ardentes e outras frias, etc. O que caracteriza a histeria é a existência de um complexo superpoderoso, incompatível com o complexo de eu. (Jung,1986,PDM,p.64)*

Com relação ao caráter excêntrico dos sintomas histéricos e esquizofrênicos, Jung admite que o delírio megalomaniaco encontra o seu fundamento no temperamento ambicioso do indivíduo e, a doença apenas dita o estilo ou a caricatura do estado normal, embora de modo mais intensamente afetado. O distúrbio de caráter contribui, portanto, para o estilo de apresentação tanto na neurose quanto na psicose:

*Podemos indicar, como um dos distúrbios caracterológicos da demência precoce, a afetação (maneirismos, excentricidades, mania de originalidade, etc.). Encontramos esse sintoma de maneira abundante na histeria, o que ocorre, sobretudo, nos casos em que os pacientes se sentem deslocados em sua posição social. (...) Essas características se mostram na demência precoce, especialmente nos casos que, de algum modo, encobrem um 'delírio de ascensão social'. Nesse caso, a doença estiliza mecanismos das pessoas normais, ou melhor, a caricatura de pessoas normais, como a histeria, embora a afetação em si nada contenha de específico da demência precoce. (Jung,1986,PDM,p.64-5)*

No entanto, para afastar a conclusão de que a psicose seria apenas determinada pela exageração dos traços caracteriais, Jung enfatiza que se trata apenas de estilo e não de fator gerador primordial. O estilo da doença refletiria apenas o estilo individual no período normal e as características éticas, estéticas e lógicas do indivíduo normal se fariam presentes no curso da doença resultando nos distintos modos de apresentação da neurose ou da psicose. Daí, os estilos distintos da doença a se expressarem, de acordo com os recursos psíquicos do doente, em sintonia com o temperamento basal e com os conflitos específicos de seus complexos ideoafetivos:

*Os dementes precoces se caracterizam em geral por um modo de escrever bem típico: as indiscutíveis tendências contraditórias de sua psique se exprimem até certo ponto no fato de a escrita ser ora oblíqua, ora fluente, ora longa, ora curta e abrupta. O mesmo pode ser observado nos histéricos temperamentais nos quais é fácil comprovar se a modificação na escrita ocorre ou não no lugar em que o complexo incide. (Jung, 1986,PDM,p.65-6)*

Não obstante, uma prova a favor da etiologia predominantemente psicogenética da esquizofrenia poderia estar no fato de que o complexo inconsciente “sensível” é suscetível de manifestar-se de modo igualmente abrupto e violento tanto nas pessoas “normais”, como também nas pessoas neuróticas e psicóticas: *“também podemos ver, em pessoas normais, distúrbios freqüentes nas localizações do complexo”*. (Jung, 1986,PDM,p.65-6)

Os mecanismos psíquicos de defesa se fazem presentes tanto nas neuroses como nas psicoses, mesmo nos estados catatônicos da esquizofrenia, na forma de negativismo ativo ou passivo, entendendo-se aqui que o negativismo dito passivo contém tanta intencionalidade volitiva quanto o modo ativo de defesa, evitando assim o sofrimento decorrente da conscientização do complexo conflitivo:

*Vários dementes precoces negativistas, que se recusam a responder às perguntas, mostram uma grande tendência para ‘etimologias’, evitando assim as respostas. eles dissecam as perguntas, eventualmente as adornam com associações sonoras, o que significa deslocamento e encobrimento do complexo; não querem responder à pergunta e por isso desviam a atenção para seus aspectos fonéticos .* (Jung,1986,PDM,p.66).

A confusão que as antigas classificações faziam entre as psicoses, retardos mentais e demências se baseavam na semelhança sintomática. Do mesmo modo, há muitas vezes uma semelhança sintomática entre a conduta bizarra, infantil e abobalhada (hebetude) dos neuróticos histéricos e o comportamento bizarro, embrutecido e estúpido (mória, loucura) dos esquizofrênicos hebefrênicos, o que Jung não deixou de observar:

*O comportamento idiota dos hebefrênicos possui uma analogia com o estado de mória (estupidez, embrutecimento, loucura) dos histéricos. Observei durante longo período uma histérica, extremamente inteligente, que sofria de estados de excitação contínuos, nos quais ela assumia um comportamento bizarro, infantil e abobalhado. Isso ocorria de maneira regular quando tinha de reprimir pensamentos tristes relacionados ao complexo.* (Jung,1986,PDM,p.67)

Por isso, no plano sintomático, qualquer nosografia baseada em sintomas patognomônicos, isto é, típicos, distintivos, próprios de determinada doença, parece fadada ao

fracasso. Daí a necessidade de se encontrar o fator causal, ou os fatores causais, para se conseguir compreender o mecanismo íntimo dos transtornos mentais em todos os seus aspectos, sobretudo no plano afetivo e intelectual.

### **2.2.3 OS DISTÚRBIOS INTELECTUAIS NA HISTERIA E NA ESQUIZOFRENIA**

Em relação aos distúrbios intelectuais na histeria e na esquizofrenia, poderíamos conceber a existência de uma analogia sintomática entre os fenômenos da hipnose e do sonho, como também entre os estados alterados de consciência dos rituais religiosos de muitas culturas primitivas (e contemporâneas) e os transtornos histéricos dissociativos, os estados crepusculares epilépticos e a esquizofrenia. Deste modo, o fenômeno da sugestão possuiria uma analogia com o fenômeno de “estreitamento” da consciência, com uma possível limitação da capacidade de compreensão clara ou de distinção entre as associações subsidiárias e o complexo místico-religioso. Assim, tal limitação poderia levar a uma aceitação cega de idéias estranhas à consciência, com pouca rejeição ou correção intelectual do conteúdo inconsciente pela consciência. Em princípio, portanto, a sugestibilidade dos esquizofrênicos catatônicos estaria sujeita aos mesmos mecanismos da sugestibilidade dos histéricos. Contrariamente a isso, Jung advoga a tese de que existe uma diferença significativa entre a sugestibilidade na normalidade, na histeria e na esquizofrenia catatônica.

Na prática experimental de Jung, os sujeitos normais submetidos ao teste de associação de palavras-estímulo se atêm à sugestibilidade do modo mais preciso possível, enquanto, em alguns tipos de histéricos, a sugestão hipnótico-onírica se transforma facilmente em estado hipnótico-histérico ou estado crepuscular histérico. Já nos esquizofrênicos as

sugestões verbais dificilmente são executadas e mesmo no tipo catatônico a sugestibilidade se limita inteiramente à motilidade na forma exterior de ecocinesia (movimentos repetitivos) ou de ecolalia (repetição de palavras), como resultado da ação quase “automática” dos complexos inconscientes. A lucidez de consciência na esquizofrenia costuma apresentar múltiplas oscilações, desde um estado de hiper-lucidez até a confusão mais profunda. Ocorrem também na esquizofrenia catatônica os fenômenos de estupor, de bloqueio abrupto (privação de pensamento), as irrupções alucinatórias súbitas de impulsos excêntricos, os sonambulismos, as letargias e catalepsias, etc., de modo muito semelhante aos fenômenos histéricos.

Os esquizofrênicos, fora dos períodos de confusão, embora estejam ainda perturbados, costumam manter-se orientados no tempo e no espaço, e a capacidade de orientação se altera caprichosamente da mesma forma que nos histéricos, o que levou muitos psiquiatras a conceberem a esquizofrenia como sendo uma forma exagerada e mais grave de histeria (psicose histérica). Tanto o doente esquizofrênico, quanto o histérico pode apresentar respostas corretas ou delirantes dependendo do tipo de pergunta que se lhes apresente no experimento de associações de palavras. No entanto, enquanto na hipnose o complexo histérico pode ser mais facilmente reprimido, o mesmo não ocorre na esquizofrenia em sua fase ativa (Jung, 1986,PDM,p.67-8). A lucidez de consciência na esquizofrenia pode oscilar de um estado de clareza transparente a um estado oposto de confusão profunda. A hipnose pode reprimir o complexo histérico e levar à reprodução do complexo principal da estrutura inconsciente, o complexo do eu (Jung,1986,PDM,p.68-9). Os pacientes podem também vivenciar um estado de “sonho acordado”, isto é, um estado semi-vígil em que o delírio do complexo se apresenta de um modo peculiar ou crepuscular (Jung,1986,PDM,p.70).

Jung considera que se pode estabelecer um paralelo entre as fases alucinatório-delirantes e as fases histéricas, desde que se considere que se trata de doenças distintas, pois, conforme as suas próprias palavras:

*Aplicando o método de análise de Freud, podemos facilmente perceber que o conteúdo do delírio histérico é sempre um delírio que evidencia o complexo, ou seja, a emergência de um complexo patogênico autônomo elaborado geralmente sob a forma de satisfação do desejo. (Jung,1986,PDM,p.70)*

No entanto, estabelecer paralelos apenas, torna-se ainda insatisfatório, tal como as teorias que se pautam exclusivamente pelo critério do paralelismo psicofísico. Os delírios e as alucinações na psicopatologia continuam a representar as portas de entrada para o problema etiológico ou genético das doenças mentais. Vejamos, a seguir, se Jung lança alguma luz nova sobre o problema dos delírios e das alucinações na neurose histérica e na psicose esquizofrênica.

#### **2.2.4 DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES NA HISTERIA E NA ESQUIZOFRENIA**

Na teoria psicopatológica junguiana, os delírios e alucinações estão presentes em todas as doenças mentais e podem ocorrer também em situações de ausência de doença. Jung considera que eles constituem mecanismos pré-formados que podem ser ativados por vários fatores, físicos ou psíquicos, inclusive por um possível fator toxometabólico ainda desconhecido (Jung,1986,PDM,p.71). Segundo ele, poderíamos estabelecer um paralelo entre os delírios e as idéias obsessivas. As afirmações delirantes em indivíduos histéricos seriam deslocamentos, no sentido freudiano do termo, e os afetos ligados ao delírio pertenceriam aos complexos reprimidos, isto é, encobertos pela manobra defensiva na forma manifesta de delírio. As idéias obsessivas seriam uma indicação de que algum complexo, sexual ou não,

estaria recalcado nas profundezas do Inconsciente. O processo de constituição ou formação das idéias delirantes na esquizofrenia, por exemplo, seria regido por um princípio semelhante (Jung,1986,PDM,p.71). Assim, os mecanismos psíquicos de deslocamento e de assimilação poderiam explicar a origem das afirmações delirantes.

Um complexo afetivamente intenso poderia possibilitar a assimilação de acontecimentos da vida cotidiana, aparentemente sem importância, levando à estruturação de erros de julgamento, ou seja, de delírios. Conforme Jung, as sensações de referência podem ser um sinal de que exista um complexo muito intenso que esteja ativo, o que facilitará o aparecimento do complexo na consciência sob a forma manifesta de juízos preconcebidos. Tais juízos preconcebidos poderão se transformar em verdadeiros delírios de referência ou até mesmo de perseguição, levando à paranóia; porém, isso não significa, para Jung, que as idéias delirantes, inespecíficas, assistemáticas, gerais, possam ser reduzidas aos delírios de referência e, na seqüência, aos juízos preconcebidos simples, conforme as suas próprias palavras nesta passagem:

*Nos histéricos, dependendo da intensidade e duração do afeto, semelhantes juízos preconcebidos podem consolidar-se por muito tempo, surgindo facilmente os delírios de referência. Destes para a suposição delirante de maquinações estranhas é apenas um passo. Esse caminho leva à paranóia. As idéias delirantes grotescas e inacreditáveis da demência precoce, porém, dificilmente podem ser reduzidas a delírios de referência. (Jung,1986,PDM,p.72)*

No caso dos doentes mentais psicóticos que deliram em congruência com as suas alucinações ou que alucinam conforme seus juízos delirantes, fica difícil se estabelecer a ordem das razões, baseando-se tão somente nos sintomas. Tanto quanto Minkowski, Jung também procura evidenciar o fator elementar ou primordial que se expressa através de idéias delirantes ou de alucinações, como ele afirma no trecho: “*Se, por exemplo, um demente precoce acha que tudo que se passa com ele e fora dele não é natural, mas ‘tramado’, é mais*

*provável que estejamos lidando com um distúrbio elementar do que com um delírio de referência.”* (Jung,1986,PDM,p.72)

Para ilustrar clinicamente essa hipótese, Jung cita o caso de um paciente, que julgava que tudo e todos eram falsos e que tal comportamento era causado por alucinações visuais e auditivas: uma de suas vozes perseguidoras *“girava uma princesa em volta de sua cabeça vociferando o que todos deviam fazer”*. (Jung,1986,PDM, p.72, nota 152)

Para Pierre Janet, em sua obra *“As Obsessões e a Psicastenia”* (Paris, 1903, p.272), citado por Jung (Jung,1986,PDM,p.73), o sentimento de automatismo, isto é, de se sentir como que dirigido por uma força mecânica, *“alheia”* à vontade, sujeitaria o doente a realizar ações contrárias à sua vontade consciente de contrariar essa *“outra”* vontade, e tal fenômeno seria a mais importante anormalidade afetivo-volitiva da esquizofrenia.

Segundo Jung, os sentimentos de incompletude ou de vazio seriam produtos de um mecanismo de inibição afetiva causado por um complexo muito intenso que anularia a percepção dos demais conteúdos da consciência. Por conseguinte, a causa fundamental do sentimento de incompletude e da falta de afeto estaria na predominância de um complexo intensamente poderoso que anularia os demais sentimentos e idéias. A preservação do raciocínio na histeria impediria a projeção imediata do sentimento, ao contrário da esquizofrenia e do fenômeno do sonho em que a exteriorização delirante e alucinatória encontra-se facilitada por falta de um controle racional (Jung,1986,PDM,p.75).

Na concepção de Jung, no sonho normal, os sentimentos seriam projetados de um modo ingênuo e natural e os mecanismos psicológicos do sonho e da histeria estariam intimamente relacionados aos da demência precoce. Assim, não seria despropositado comparar a esquizofrenia com o sonho, pois nele podemos perceber como a realidade é constituída de fantasias. No período de vigília muitas lembranças vagas adquiririam as formas palpáveis e as impressões do meio ambiente se reorganizariam de maneira onírica. O sujeito

do sonho se encontraria então, durante a vigília, num estado novo e diferente, de devaneio, devido à projeção dos sentimentos e idéias fantásticas sobre a vida de relação. O mesmo ocorreria com os sonâmbulos, embora, neste caso, a obnubilação da consciência de vigília esteja mais alterada. Todavia, a semelhança entre esses fenômenos e a psicose é muito grande, porque, como diz Jung, “*se permitirmos que alguém circule e aja durante o sono, obteremos o quadro clínico da demência precoce*”. (Jung,1986,PDM,p.75)

Da mesma forma que no sonho, ocorre uma inibição do modo racional de pensar, no devaneio e no delírio da vigília parece ocorrer uma privação semelhante. No caso do delírio de influência, os pensamentos seriam percebidos e interpretados pelo doente como sendo influenciados por uma privação de pensamento, apesar de sua vontade de pensar e dizer o que pensam. Os doentes delirantes atribuem a culpa da sua incapacidade de pensar à ação de um poder inibitório externo, a alguém que lhe tira os pensamentos da mente. Tal bloqueio seria decorrente da ação de complexos ideativos fortemente carregados de afeto que inibiriam as associações de idéias. Analogamente às idéias delirantes, as idéias obsessivas extravagantes e absurdas ocorreriam também por ação de forte afeto do complexo patogênico dominante e o doente, apesar de não perder a percepção ou o julgamento crítico do absurdo de tais idéias, teria dificuldade de conseguir reprimi-las através do controle volitivo.(Jung, 1986, PDM, p.75-6)

Uma forma particular de bloqueio do complexo é o “encantamento” ou tolhimento óptico. Segundo Jung,

*O ‘encantamento’ consiste numa distração, em relação à palavra estímulo, para o meio ambiente a fim de encobrir o vazio provocado pelo complexo. Em princípio é o mesmo que acontece quando alguém começa a falar subitamente sobre uma banalidade fora de propósito, interrompendo uma conversa desagradável.*  
(Jung, 1986,PDM,p.77)

Em suma, para Jung, todos esses distúrbios ou sintomas aparecem reunidos na esquizofrenia em torno do complexo e pertencem aos mecanismos psíquicos de defesa no



sentido freudiano do termo. No caso do “negativismo”, passivo ou ativo, o bloqueio seria o seu protótipo. O aumento na intensidade da resistência indicaria a passagem do estado passivo para o ativo de negativismo, havendo desde os estados de acessibilidade relativa à influenciação até o estado de absoluta resistência ou defesa, em que o complexo patológico atuaria em sua plenitude inibitória, pois:

*Tão logo a experiência de associação ou a exploração encontre o complexo, ou seja, o ponto chave, o paciente se retrai e se defende da mesma maneira que os histéricos, empregando todo tipo de subterfúgio para encobrir o complexo. No negativismo, é bastante surpreendente a enorme tendência para uma generalização dos sintomas catatônicos. (Jung,1986,PDM,p.78)*

De acordo com Jung, os negativistas catatônicos são mais refratários à influenciação que os histéricos e:

*Muitas vezes, apenas uma pergunta crítica pode induzir o negativismo. Uma outra forma particular de negativismo é falar à margem do assunto, que também aparece, como sabemos, na síndrome de Ganser. Em ambos os casos, trata-se de uma recusa, mais ou menos consciente, a responder as perguntas, algo semelhante ao que acontece no ‘encantamento’ e na ‘privação de pensamento’. (Jung,1986,PDM,p.78)*

A síndrome de Ganser é um transtorno mental complexo, caracterizado por sintomas dissociativos de etiologia provavelmente psicogênica, em que o paciente apresenta voluntariamente sintomas psiquiátricos severos na forma de respostas aproximativas ou de fala despropositada, como, por exemplo, responder que o produto de quatro vezes cinco é vinte e um. A síndrome está associada a várias doenças dissociativas e conversivas, inclusive a esquizofrenia, e possui como um dos fatores predisponentes de importância uma severa alteração da personalidade em que o paciente simula ou falseia as respostas desproporcionadas quando interrogado, alegando amnésia a seguir (Kaplan,H., Sadock, B.,Grebbs,J.,1997, Compendio de Psiquiatria). Como resultado dos experimentos de associação Jung concluiu que na dissociação da psique, voluntária ou “involuntária”, os doentes desejam reprimir seus complexos dolorosos: *“Como meus trabalhos e os de Riklin de algum modo mostram, também na síndrome de Ganser existem bons motivos para que isso*

*ocorra, pois os doentes querem reprimir seus complexos. O mesmo acontece na demência precoce*". (Jung,1986,PDM,p.78)

Quanto ao mecanismo de "projeção" dos complexos inconscientes sob a forma de alucinações, o conceito junguiano de alucinação é bem mais amplo e engloba uma gradação que vai das representações mais concretas das imagens sensoriais até as representações de natureza mais abstrata como as idéias, conforme sua própria conceituação: *"a alucinação é simplesmente uma projeção externa de elementos psíquicos. Conhecemos clinicamente todas as suas gradações, desde a inspiração ou idéia patológica até as alucinações auditivas intensas e as visões plásticas"*. (Jung,1986,PDM,p.78)

Para Jung, a esquizofrenia apenas ativa um mecanismo natural presente no sonho normal, expressando fragmentos distorcidos do complexo, de modo mais ampliado que no sonho normal e na histeria. As distorções verbais, semelhantes às parafasias do sonho, são extremamente freqüentes na esquizofrenia e, na maior parte, trata-se de contaminações do complexo na forma de "vozes" ou de "visões". Muitos esquizofrênicos estruturam as suas idéias delirantes a partir de seus sonhos extremamente vivos (Jung,1986,PDM,p.79). No entanto, muitos esquizofrênicos relatam que seus sonhos não são reais ou naturais, e sim um enrijecimento artificial. Alguns histéricos inteligentes conseguem perceber e descrever com precisão a presença do complexo ideoafetivo em seus sonhos "nítidos" (Jung,1986,PDM,p.79-80).

A estereotipia ou automatismo estereotipado é um sintoma muito comum na esquizofrenia e consiste na repetição automática (reflexa), contínua e persistente da atividade expressiva na forma de palavras (logorréia ou verborragia automática, ecolalia) ou de comportamento motor mimético (ecopraxia). Tratar-se-ia de uma tendência do complexo patológico de expressar-se através da linguagem e da motilidade. O conteúdo emocional correspondente à estereotipia, mais nítida no início da doença, tende a se tornar ininteligível,

degenerando na forma de “salada de palavras” e de neologismos confusos (condensados), podendo reaparecer na sua clareza inicial nos momentos de excitação psicótica, do mesmo modo que nas alucinações (Jung,1986,PDM, p.80-4).

Em suma, embora Jung acredite que “*a histeria contém em sua essência mais profunda um complexo que jamais pode ser totalmente superado*” (Jung,1986,PDM,p.84), também afirma a sua crença clínica de que “*após algum tempo, muitos histéricos conseguem readquirir o equilíbrio, superando o complexo e evitando novos traumas*” (Jung, 1986, PDM, p.85). Por conseguinte, em princípio, a transformação do complexo patológico em complexo “normal” seria possível, com ou sem tratamento psicológico ou analítico.

Quanto à esquizofrenia, não seria diferente, embora em casos severos e crônicos os complexos estariam mais fixos e duradouros, resistindo à elaboração e à dissolução. Jung acredita que há complexos reprimidos na esquizofrenia que jamais serão superados, mas não explica se, em princípio, o poderiam, dado que os casos mais resistentes requerem mais tempo de tratamento e maior esforço volitivo do doente, o que poderia exigir um tempo maior que a brevidade da existência humana. O que o leva a assumir uma postura pessimista acerca de algumas formas severas de histeria e de esquizofrenia é a sua tendência teórica pluralista, psicodinâmica e organodinâmica. O problemático fator toxometabólico endógeno, ainda desconhecido, teria a propriedade de fixar e automatizar a durabilidade do complexo patogênico, que reprimiria o complexo nuclear saudável do eu e inibiria indefinidamente as possibilidades de remissão “*ad integrum*” da doença. Afirma, ainda, que a questão mais problemática para a elucidação da etiologia complexa da esquizofrenia é a possível quantidade indeterminada de toxina metabólica e seus efeitos sobre a psique, uma vez que é extremamente difícil identificar tais efeitos no plano psicológico. A conjectura junguiana se restringe, portanto, à ação de intensificação dos efeitos patológicos do complexo e à conseqüente tendência à automatização e fixação da duração de seus efeitos sobre o

complexo reprimido do eu, que permaneceria indefinidamente reprimido e impotente para elaborar o conflito (Jung,1986,PDM,p.86).

## **2.3 A ESQUIZOFRENIA**

### **2.3.1 OS COMPLEXOS NA ESQUIZOFRENIA**

Na teoria dos complexos de Jung, a atividade psíquica na esquizofrenia se forma a partir das “constelações”, assimilações, aglutinações ou condensações de complexos patogênicos, cuja ação constitui o elemento dinâmico principal da doença e das suas formas secundárias de expressão. A vida mental psicopatológica fica como que subjugada ou absorvida pela estrutura do complexo e o resultado é uma afetação ou estilização do discurso verbal que pode alcançar um grau intenso de incompreensibilidade, seja pelo complicado grau de condensação dos neologismos, seja pela expressão metalingüística de idiomas neoformados ou de misturas de idiomas conhecidos. Os neologismos representam as expressões de conteúdos fortemente carregados afetivamente, que se relacionam ao complexo e que formam um complicado (complexo) sistema ou estrutura. Na esquizofrenia, a maior parte das reações psicopatológicas se constelaria através de complexos ideoafetivos que se estabilizariam na forma de doença constituída, ou seja, no chamado surto esquizofrênico. A doença seria, portanto, uma forma ativa de defesa, e não, simplesmente, um efeito mecânico, de natureza puramente somática.

Contrariamente a Freud, haveria inúmeros complexos na vida mental patológica, de acordo com as características de personalidade e do tipo de conflito que se

estrutura na forma de complexo específico de tonalidade ideoafetiva: 1) complexo megalomaniaco ou de grandeza pessoal; 2) complexo de lesão; 3) complexo erótico ou sexual, etc. A partir das condições pessoais de existência e dos conflitos internos e externos, o doente mental cria uma “estrutura complexa”, a doença, de um modo extremamente fantasioso, confuso (condensado) e absurdo. O registro ordenado da lógica lingüística convencional pode persistir, mas os conteúdos só podem ser decifrados através de uma análise psicológica baseada numa teoria psicodinâmica, como, por exemplo, a psicanálise. Nas palavras de Jung: *“A análise conduzida como se fosse uma análise de sonho, nos traz um material centrado em certos ‘pensamentos oníricos’, isto é, em pensamentos que podem ser compreendidos psicologicamente, se considerarmos a personalidade e as circunstâncias da paciente”*. (Jung,1986,PDM,p.131)

A análise da esquizofrenia, conduzida como na interpretação dos sonhos, pode explicar os desejos, sofrimentos e decepções através da interpretação das imagens e símbolos que expressam os acontecimentos simbólicos ou ainda os desejos eróticos mais íntimos, o que possibilita a solução do problema pela compreensão do mesmo durante a análise da transferência de tais sentimentos pessoais ao psicoterapeuta (Jung, 1986,PDM,p.131).

Enquanto o poeta se expressa por metáforas da linguagem normal, e é por isso compreendido, o esquizofrênico se expressa por metáforas patológicas, como se estivesse sonhando acordado e projeta a sua estrutura ideoafetiva complexa na forma exterior de sintomas semelhantes ao conteúdo onírico, mas cuja decifração exige um esforço de análise muito mais vigoroso que o aplicado à decodificação do sonho dos indivíduos não psicóticos. As idéias diretoras da estrutura metafórica dos poetas possuem uma natureza conscientemente bem elaborada e inteligentemente coerente, e arquitetada de modo a possibilitar a compreensão em vários níveis de abstração. Já a metáfora psicótica do esquizofrênico, mesmo nos casos de excelentes poetas que se tornaram esquizofrênicos, as idéias diretoras que

constituem os complexos psicóticos são imagens lingüísticas confusas, condensadas e estilisticamente empobrecidas pelas distorções características do transtorno mental. Portanto, está muito longe de ser verdade que os esquizofrênicos seriam poetas adoecidos ou que todas as pessoas seriam poetas durante seus sonhos (Jung,1986,PDM,p.132).

A incompreensibilidade dos conteúdos ou da estrutura complexa que os produz, resultaria da extrema condensação (con-fusão) ou da intensa dissociação (dis-junção) de seus símbolos. Tais símbolos constituem a estrutura de cada tipo específico de complexo simbólico ou ainda de uma grande conglomeração de complexos afins, tanto no processo de desestruturação como no de reestruturação (cura) da psicose. Jung considera que *“nos sonhos, os complexos são remodelados em formas simbólicas, de maneira aforística e só muito raramente é que aparecem estruturas mais coerentes e de maior envergadura, capazes de incluir complexos de intensidade poética ou histórica”*. (Jung,1986,PDM,p.132)

A qualidade da tradução simbólica varia conforme a estrutura de personalidade, isto é, a inteligência, a sensibilidade, a afetividade e a intencionalidade volitiva particular, resultando em criações variadas que se expressam em formas sintomáticas distintas, a partir de estruturas mais ou menos elaboradas, históricas ou esquizofrênicas, confusas ou dissociadas, grosseiras ou refinadas, mais concretas ou mais abstratas, mais conscientes ou mais inconscientes, empobrecidas ou enriquecidas de elementos estéticos, éticos e lógicos, etc. Mas na base de todas as construções complexas há que se ater à importante ação dos desejos e aos mecanismos de defesa e de satisfação, segundo o princípio freudiano de prazer-desprazer, conforme se depreende da seguinte citação de Jung: *“a atividade psíquica consciente se limita à criação sistemática de satisfações de desejos como uma compensação da vida de trabalho e privações e das experiências deprimentes provocadas por um ambiente familiar miserável”* (Jung,1986,PDM,p.133). No entanto, na base da atividade psíquica ‘consciente’ encontra-se uma rica atividade psíquica

“inconsciente” constituída de complexos contraditórios reprimidos e dissociados que procuram uma forma de adaptação e a extinção do desprazer que resulta do conflito ou contradição entre os complexos patogênicos lesionais e o complexo corretivo do eu. Em termos junguianos: *“a atividade psíquica inconsciente, ao contrário [da consciente], encontra-se totalmente sob a influência de complexos contraditórios reprimidos, de um lado o complexo de lesão e, de outro, os remanescentes da correção normal”*. (Jung,1986,PDM,p.133)

As alucinações e os delírios seriam as formas de expressão mais comuns dos fragmentos da estrutura do complexo lesional na psicose ou na histeria, a partir da inibição da tensão psíquica (*abaissement du niveau mental* de Janet), desencadeando todo tipo de automatismos e a redução da atenção. Em decorrência, apareceriam as idéias patológicas súbitas, os fenômenos descritos como privação de pensamento, a incapacidade de ideação clara, as confusões, as condensações, as contaminações, as metáforas, etc. (Jung, 1986, PDM, p.133).

As alucinações auditivas expressariam os desejos durante o estado de vigília de modo similar à elaboração onírica, de acordo com as tendências mais íntimas de realização de desejos, pois, como diz Jung:

*Quem tão exclusiva e persistentemente pensa numa direção determinada e limitada deve necessariamente reprimir todo pensamento contrário. (...) Isso pode ser observado, em sua forma extrema, nos histéricos com dissociações da consciência, onde um estado é de repente substituído por outro contrário. O estado contrário se manifesta, em geral, por alucinações ou outros automatismos (cf. Flournoy) do mesmo modo que um complexo dissociado perturba a atividade de um outro presente na consciência. Isso pode também ser comparado aos distúrbios que um planeta invisível produz na órbita de um visível. Quanto mais forte o complexo dissociado, mais intensos são os distúrbios automático. (Jung,1986,PDM,p.134)*

Segundo Jung, os melhores exemplos de substituição, com forte influência de um complexo contrário, se encontram nas chamadas alucinações teleológicas, em que os pacientes suicidas interrompem seu ato final diante de um susto provocado pela emergência

abrupta de alucinações luminosas intensas que provocam uma reação de fuga do ato suicida ou, então, de uma alucinação motora que bloqueia os movimentos suicidas, ou ainda de alucinações auditivo-verbais oníricas impeditivas da realização de atos intencionados durante a vigília, todos esses fenômenos acompanhados de um profundo impacto afetivo e estimulador de mudanças de decisão no sentido oposto à intenção inicial (Jung, 1986, PDM, p.134-5).

Por isso, Jung defende a tese freudiana de que *“o sonho, que é uma alucinação da vida normal, nada mais é do que a representação alucinatória de complexos reprimidos. É natural, pois que os pensamentos dissociados tendam a se sobrepor à consciência sob forma de alucinações”*. (Jung,1986,PDM,p.135)

Para Jung, todo complexo contrastante reprimido aparece na consciência na forma de alucinações, cujo conteúdo é quase exclusivamente caracterizado por vozes desagradáveis e ameaçadoras, que se opõem vigorosamente a um dos complexos dominantes no sentido de promover uma correção necessária ao equilíbrio da psique. Um complexo megalomaniaco, que ocupe toda a consciência, passará provavelmente a atuar de modo alucinatório se for reprimido (Jung,1986,PDM,p.135). Ao lado dos complexos de grandeza poderiam existir complexos do eu normais ou semi-normais, representando a preservação parcial ou plena da capacidade de crítica, o que é vital para o restabelecimento da sanidade na doença mental. As modificações mentais patológicas na histeria e na esquizofrenia parecem, portanto, submeter-se a leis psicológicas. Tais leis parecem explicar satisfatoriamente a causa e os mecanismos da vida psíquica patológica, a partir dos mecanismos constitutivos da vida psíquica normal, em situações conflitivas internas e externas intensas naqueles indivíduos que se mostrem somática e psiquicamente predispostos.

A questão da predisposição constitucional ou diátese encontra-se na base das teorizações da hermenêutica construtivo-sintética de Carl Gustav Jung como também da



análise fenômeno-estrutural e existencial de Eugène Minkowski. Analisemos agora a questão do conteúdo da psicose na visão junguiana.

### 2.3.2 O CONTEÚDO DA PSICOSE NA ESQUIZOFRENIA

Em 1908, Jung proferiu uma conferência em Zurique, intitulada “O Conteúdo da psicose” (*Inhalt der Psychose*), que foi publicada por Sigmund Freud como caderno III nos “Estudos de Psicologia Aplicada” (*Schripte zur angewandten Seelekunde, Franz Deuticke Verlag, Leipzig und Wien, 1908*). Nesta época, Bleuler havia substituído o conceito de Demência Precoce pelo de Esquizofrenia e muitos autores tentavam reduzir a amplitude generalizante desta mais freqüente psicose no âmbito da psiquiatria clínica, propondo outras denominações e classificações. Jung reagiu a tal intento argumentando que “*do ponto de vista psicológico, uma outra nomenclatura é pouco relevante, pois é muito mais importante saber o que uma coisa é do que o seu nome. ... É indiferente se denominamos esses distúrbios de demência precoce ou de outra maneira*”. (Jung,1986,PDM,p.141)

Eugen Bleuler valorizou muitos pontos essenciais do ensaio junguiano “A psicologia da Demência Precoce” de 1907 (Jung, PDM, p.1-137) na sua extensa monografia que se tornou clássica: “Demência Precoce ou Grupo das Esquizofrenias” de 1911. A diferença essencial entre Jung e Bleuler reside mais exatamente no problema do dogma psiquiátrico da etiologia neuroanatômica das doenças mentais. Enquanto Bleuler defende uma concepção calcada no princípio organomecanicista de que as doenças mentais são doenças cerebrais e os distúrbios psicológicos são secundários à disfunção cerebral, já Jung, sem desconsiderar a influência causal dos fatores neurofisiológicos de natureza toxometabólica na constituição das psicoses, enfatiza o fundamento primário dos mecanismos

psicológicos de defesa, e os complexos psíquicos em conflito, na determinação das neuroses e psicoses em geral e na esquizofrenia em particular.

Jung contesta o dogma absoluto, vigente do início do século XX, de que as doenças mentais seriam doenças cerebrais, afirmando que tal crença leva inevitavelmente a uma esterilidade absoluta na medida em que há distúrbios mentais como a histeria e outras psicoses psicogênicas que são exclusivamente funcionais e se oporiam às doenças com substrato orgânico evidente, as assim denominadas psicoses orgânicas. No entanto, para Jung, a psicose esquizofrênica não poderia facilmente ser categorizada entre as psicoses ditas orgânicas por diversos motivos. É justamente a esquizofrenia que ele toma como paradigma para tentar resolver a questão da psicogênese das doenças mentais. O fato de haver achados anatomo-fisiológicos na esquizofrenia não significa necessariamente que esses fatores sejam primários, pois também nas neuroses conversivas e nos transtornos psicossomáticos há alterações psicopatológicas e patológicas gerais nas quais uma etiopatogênese psíquica pode ser facilmente invocada, conforme ele afirma nesta passagem:

*De certo, existem achados anatômicos, mas isso não significa que possamos derivar deles os sintomas psicológicos. Além disso, foram feitas experiências bastante positivas sobre o caráter funcional de, pelo menos, alguns estados iniciais da esquizofrenia; por fim, o caráter orgânico da paranóia e de várias formas paranóides é mais do que duvidoso. Desta maneira, é importante questionar se os sintomas secundários de degeneração também não poderiam provir de um distúrbio da função psicológica. Esse pensamento é certamente incompreensível para aqueles que defendem teorias científicas infiltradas por preconceitos materialistas. (Jung, 1986, PDM, p.142)*

No entanto, apesar de apoiar uma visão claramente psicogenética e pregar um discurso contra o que ele denomina de preconceito materialista, Jung se defende igualmente de pertencer a uma visão espiritualista arbitrária e aceita a possibilidade de que um fator disposicional ainda desconhecido possa provocar o surgimento de uma disfunção psíquica inadequada, que poderia evoluir para uma psicose grave e levar secundariamente a uma degeneração organocerebral:

*Contudo, a colocação desse problema não repousa num espiritualismo arbitrário, mas numa reflexão bastante simples. Ao invés de supor que um processo orgânico de doença seja introduzido por uma disposição hereditária ou por uma toxina, inclino-me a pensar que, por uma disposição de natureza ainda desconhecida, aparece uma função psicológica inadequada, que pode desenvolver até uma manifestação de distúrbio mental e provocar, secundariamente, manifestações de degeneração orgânica. (Jung, 1986, PDM, p.142)*

É interessante notar que Jung se inclina menos para a existência de um processo orgânico de ordem toxometabólico ou por uma disposição hereditária, e mais para uma “disposição de natureza desconhecida”, já que tanto o hipotético fator toxometabólico quanto o fator disposicional hereditário são igualmente de natureza desconhecida. Ele prefere aguardar a descoberta de um fator disposicional de natureza “desconhecida” do que aceitar a tese organicista de um fator primário de natureza orgânica também desconhecido, o que nos leva a pensar que ele é mais simpático às teses espiritualistas do que admite. Todavia, ele aponta para a maior probabilidade de que tal fator primário seja uma falha de desenvolvimento de natureza psicológica cuja história pode ser encontrada na infância:

*Essa visão se justifica pela total inexistência de provas da natureza primária do distúrbio orgânico, enquanto que são numerosas as provas da existência de uma falha primária da função psicológica, cuja história pode ser traçada se nos voltarmos para a infância dos pacientes. Essa visão também se justifica pelo fato de a prática analítica conhecer vários casos que, na fronteira da demência precoce, os pacientes ainda podem ser trazidos de volta à vida normal. (Jung, 1986, PDM, p.142)*

Jung admite o princípio da reversibilidade para os casos limítrofes de esquizofrenia, contudo é mais pessimista para os casos mais graves e tem dúvidas em aceitar uma etiologia puramente psicogenética para a maioria das psicoses. Entretanto, mesmo que a ciência venha a encontrar um fator anatômico ou infeccioso que produza sintomas orgânicos regulares, isso não eliminaria a concomitância dos já constatados fatores psicológicos (e sociais). Nessa linha de raciocínio, ele chama a atenção para o fato de que a existência de um fator infeccioso ou neoplásico não elimina a necessidade de se estudar como esses fatores

interagem com a estrutura de personalidade do indivíduo, o que é notório nos casos de tuberculose. Assim, para Jung:

*Mesmo que fossem comprovados achados anatômicos ou sintomas orgânicos regulares, a ciência não poderia supor que o ponto de vista psicológico pudesse ser abandonado e o contexto psicológico, sem dúvida presente, desprezado. Se o carcinoma, por exemplo, fosse uma doença infecciosa, o processo de crescimento e degeneração característicos das células carcinomatosas permaneceriam, apesar disso, um fator em si mesmo digno de investigação. (Jung,1986,PDM,p.142)*

Toda discussão acerca da existência provável de um fator de natureza orgânica ou psíquica parece conduzir à concepção científica reducionista. Passado um século, desde que Jung escreveu sobre esse provável fator orgânico, ainda não se encontrou nada de substancial que resolva ou aponte para uma solução satisfatória do problema. Apesar das potentes drogas supressoras de sintomas esquizofrênicos do início do século XXI, a intensificação da psicoterapia e da socioterapia atuais parecem ser mais promissoras que a psicofarmacoterapia isoladamente numa grande quantidade de casos graves. Todavia, há cem anos atrás, os achados anatômicos e bioquímicos eram ainda incipientes como Jung assinalou: *“Como dissemos, a conexão entre os achados anatômicos e o quadro psicológico da doença é de tal modo fraca que devemos examinar a fundo os aspectos psicológicos da doença, o que raramente se tem feito até hoje”*. (Jung,1986,PDM,p.142)

Não obstante, talvez, o problema da etiologia das doenças mentais seja um falso problema se abordado sob o prisma do princípio da causalidade da ciência acadêmica oficial. Segundo Jung, a explicação científica, por se basear no princípio de causalidade, faz com que a compreensão seja pautada pela redução analítica a um princípio de ordem geral, à sua causa. Desse modo, o método analítico-redutivo de Freud seria em princípio científico, mas se restringiria essencialmente a indicar os fundamentos gerais e indiferenciados do desenvolvimento dos produtos psicológicos de todo ser humano. Conseqüentemente, não apresentaria resultados satisfatórios com relação às características e à riqueza próprias da

enorme atividade simbólica nas doenças mentais em geral e na esquizofrenia em particular. As limitações do método reducionista tornam-se mais evidentes quando o complicado sistema de delírios de uma psicose se restringe a um de seus componentes mais simples e gerais, como, por exemplo, na interpretação feita por Freud em suas “Observações Psicanalíticas sobre um Caso de Paranóia” (*Dementia Paranoides*) descrito autobiograficamente (1911[1910]) e por Sandor Ferenczi em “Sobre o papel da Homossexualidade na Patogênese da Paranóia” (1911), em que a paranóia se limita etiologicamente a uma visão compreensiva de caráter retrospectivo, fundamentada num fator simples, a homossexualidade recalcada, em detrimento de uma multiplicidade de fatores simbólicos mais complexos, somente acessíveis por um método prospectivo-constutivo ou hermenêutico-sintético (Jung, 1986, PDM, p. 162-3).

De acordo com Jung, não é possível compreender a complexidade da psique humana atendo-se somente ao aspecto humano em geral, sem descobrir de que modo (“como”) o ser humano se constitui em sua complexidade subjetiva e própria. A identificação da ciência tradicional entre o princípio de causalidade e a compreensão objetiva deixa de lado o fato de que, na opinião de Jung, objetivo e subjetivo são, num certo sentido, termos puramente convencionais:

*Todo entendimento é sempre um processo subjetivo ao qual atribuímos a qualidade de ‘objetivo’ apenas para distingui-lo de um outro tipo de entendimento que costuma ser qualificado de ‘subjetivo’. Hoje é consenso geral somente atribuir validade científica ao entendimento dito ‘objetivo’ justamente por sua validade universal. (Jung, 1986, PDM, p. 164)*

Em outras palavras, toda interpretação da realidade é teórico-dependente e a complexidade dos processos psicológicos não pode, portanto restringir-se a uma interpretação científica que se paute por um referencial ou paradigma reducionista, e que, além disso, desconsidere a objetividade dos fenômenos ditos “subjetivos”, pois “*se pretendemos conhecer mais profundamente a questão psicológica, devemos ter em mente que todo conhecimento, no*

*fundo, é condicionado pela subjetividade. O mundo também é como nós o vemos, e não o puramente objetivo; isso vale ainda mais para a psique". (Jung,1986,PDM,p.165)*

A interpretação científica baseada exclusivamente no princípio de causalidade e identificada com o critério de objetividade resulta numa compreensão científica retrospectiva e unilateral, incapaz de desenvolver um entendimento construtivo ou prospectivo da realidade em toda sua complexidade. A psicanálise pretende conseguir compreender uma obra de arte a partir de sua redução a um esquema muito simples, a exemplo da redução da obra "Fausto" de Goethe ao seu desenvolvimento sexual infantil, por Freud, ou então ao desejo infantil de poder, por Adler (Jung,1986,PDM,p.165).

O entendimento científico objetivista e reducionista é, portanto, essencialmente um entendimento parcial e secundário, quando calcado apenas no princípio de causalidade:

*A interpretação causalística do 'Fausto' pode nos explicar como a obra de arte foi realizada, mas não explica, de modo algum, o sentido tão vigoroso da criação do poeta, que se mantém vivo porque o vivenciamos de alguma maneira em nós e através de nós. Na medida em que para nós a vida é algo de novo a triunfar constantemente sobre todo o passado, devemos buscar o principal valor de uma obra de arte não em sua progressão causal, mas no efeito vivo que exerce sobre nosso espírito. Ao considerarmos o 'Fausto' como uma coisa do passado, estamos, na verdade, desvalorizando-o; o 'Fausto' apenas poderá ser entendido se for interpretado como algo em contínuo devir e sempre de novo vivenciável. (Jung,1986,PDM,p.165-6)*

Neste trecho, fica evidente a semelhança teórica essencial da psicopatologia construtivo-sintética de colorido fenomenológico e existencial de Jung com relação à psicopatologia fenômeno-antropo-estrutural de Eugène Minkowski, em que a ênfase no aspecto vivencial (intuitivo) da totalidade dos fenômenos ditos subjetivos se faz presente como uma realidade mais objetiva do que qualquer visão parcial ou reducionista. A compreensão baseada no método prospectivo-sintético ou hermenêutico-construtivo de Jung guarda uma similitude, pelo menos em princípio, com o método intuitivo ou "de penetração" de Minkowski e ambos parecem originar-se das concepções bergsonianas de acessibilidade dos dados imediatos da consciência. Todavia, no plano teórico, as coisas se passam de modo

diferente entre ambos os autores, apesar de muitos pontos em comum. No entanto, no que se refere à questão central do tempo vivencial, ambos reconhecem a sua importância fenomenológica.

Retornando à questão da obra de arte, Jung afirma que a psique humana que a produz deve ser compreendida em seu:

*Contínuo devir e sempre de novo vivenciável, na medida em que a psique humana é somente em parte algo do passado e como tal sujeito ao ponto de vista causal. Por outro lado, porém, a psique é um devir, que apenas pode ser entendido de modo sintético ou construtivo. O princípio de causalidade investiga apenas de que maneira essa psique se tornou o que é agora, tal como ela hoje se apresenta. A perspectiva construtiva, ao contrário, pergunta como se pode construir uma ponte entre esta psique e o seu futuro. (Jung, 1986, PDM, p.166)*

Como dissemos, a perspectiva fenomenológica do método construtivo-sintético de Jung se assemelha à perspectiva fenômeno-estrutural de Minkowski em seus aspectos essenciais. Também no plano teórico Minkowski afirmou diversas vezes sua simpatia e concordância em relação a alguns pontos de vista essenciais contidos na obra “Psicogênese das Doenças mentais” de Jung. Na medida em que uma síntese mais completa não se restringe a uma conclusão restrita a partir de premissas parciais, tanto o método construtivo de Jung como o método “penetrativo” ou intuitivo de Minkowski dependem de uma intuição ou apreensão do fenômeno psíquico como um todo, o que envolve a questão da vivência de duração, da atemporalidade psíquica e talvez do princípio físico de indeterminação de Heisenberg, aplicados à fenomenologia psíquica. A diferença básica entre o método construtivo-sintético junguiano e o método analítico-redutivo freudiano pode ser evidenciada através de um caso clínico de Jung, que resumiremos a seguir: um paciente sonhou que recebera de presente de um homem uma espada antiga com estranhas inscrições arcaicas, o que lhe deixou muito contente. A interpretação analítico-redutiva limitou-se a concluir que o paciente encontrava-se sob uma forte influência do complexo de pai (édipo) e realizou no sonho o desejo reprimido de adquirir o poder fálico paterno simbolizado pela espada ancestral

(poder paterno). O paciente, fora do sonho, tinha consciência disso e podia interpretar o seu sonho dessa maneira; mas, seu erro infantil consistia, segundo Jung, em querer conquistar a vida de uma maneira sexualmente arcaica. Durante a análise, o paciente associou o homem (pai) do sonho a um amigo de juventude que enfrentou a morte por tuberculose com uma paciência, coragem e esperança impressionantes, dizendo que não queria morrer e que havia decidido continuar vivendo. O paciente associou a espada (falo paterno) a um instrumento de proteção e também a uma velha herança das antigas civilizações da humanidade. Na interpretação construtivo-sintética de Jung, o jovem amigo tuberculoso do paciente deu-lhe um exemplo (espada) de como é possível vencer o perigo de vida (tuberculose) por meio de uma decisão firme e corajosa. As palavras “eu quero” viver significariam a herança mais antiga da humanidade (as inscrições arcaicas na espada) e constituiria uma proteção da civilização contra os instintos e a animalidade. Segundo Jung, *“este sonho abriu para o paciente um caminho novo, no sentido de uma perspectiva mais idealista que o redimiu da autocomiseração da infância, conduzindo-o a uma atitude que sempre auxiliou a humanidade na iminência das ameaças e perigos”*. (Jung,1986,PDM,p.166-7)

Vale lembrar que, embora o artigo de Jung, “O Conteúdo da Psicose”, tenha sido publicado por Freud em 1908, a narração desse sonho foi somente acrescentada em 1915, época em que Jung já havia rompido sua colaboração com o mestre de Viena, o que explica a crítica junguiana à hermenêutica reducionista freudiana. Vale também apontar o caráter antropológico e existencialista de Jung a partir do rompimento com a psicanálise e com o organicismo psiquiátrico e que o aproxima, pelo menos em princípio, da psiquiatria fenomenológico-existencial em geral como também da psicopatologia fenomeno-estrutural minkowskiana em suas linhas gerais, excetuando-se talvez a questão específica do conceito de hereditariedade. No entanto, com relação à psicanálise, a diferença metodológica entre a psicanálise freudiana e a psicologia analítica junguiana é assim explicada por Jung:



*“Enquanto o método causal chega aos princípios universais da psicologia humana através da análise e da redução dos acontecimentos individuais, o método construtivo alcança os objetivos universais por meio da síntese de tendências individuais”.*  
(Jung,1986,PDM,p.167)

Em outra passagem, ele assim se expressa a respeito da diferença e da importância do método na interpretação dos fatos do sonho e da doença mental:

*Assim, se pretendermos captar o outro lado da psique, jamais poderemos fazê-lo através da utilização exclusiva do princípio de causalidade, e sim através da perspectiva construtiva. A perspectiva da causalidade reduz o fenômeno ao mais simples, enquanto que a perspectiva construtiva elabora algo mais complexo e elevado. Por isso, a perspectiva construtiva deve ser necessariamente especulativa*  
(Jung,1986,PDM,p.167).

Essa passagem faz lembrar os textos minkowskianos sobre o seu método fenomenológico-estrutural, enfatizando o anti-reducionismo e a importância dos fatores organopsíquicos e antropocósmicos na formação da síntese da estrutura mental. Quase que se poderia parafrasear a mesma passagem em termos minkowskianos sem perda do conteúdo significativo essencial, afinal, também para Minkowski o problema metodológico está em afastar-se de qualquer reducionismo causalista e aproximar-se de uma concepção construtivista (co-estrutural) que apreenda a vida mental (psique) no seu aspecto complexo e elevado, no seu conjunto irreduzível, formado a partir das especulações de seus constituintes essenciais. Assim, ambos os autores, Jung e Minkowski, parecem apontar para a mesma direção metodológica e o “construtivismo sintético” junguiano parece, em princípio, similar ao “estruturalismo fenomenológico” intuitivo minkowskiano. Continuando nossa análise, na sequência da citação que precede Jung adita:

*Como a psique é o ponto de intersecção, ela precisa ser definida tendo em vista ambos os aspectos (análise redutiva e síntese construtiva). De um lado, ela oferece um quadro de tudo o que passou e, na medida em que a própria alma gera o futuro, ela apresenta também um quadro do conhecimento do germe de tudo que está por vir.* (Jung,1986,PDM,p.167)

A psique adquire na psicologia e na psicopatologia junguianas um caráter fenomenológico em que a vivência temporal se faz presente, como se verifica nessa passagem:

*A psique a cada momento é, por um lado, o resultado e a culminância de tudo que foi – como se vê do ponto de vista causal – e, por outro, é a expressão do que está por vir. Mas como o futuro, em sua essência, é algo sempre novo e único, apenas aparentemente igual ao passado, a expressão que se torna presente é sempre incompleta ou um germe, por assim dizer, do que está por vir.*  
(Jung,1986,PDM,p.167)

Jung considera a perspectiva teórica construtiva ou prospectiva como essencial para a compreensão dos fenômenos psíquicos do delírio e da alucinação, na medida em que procura analisar sem reduzir; esta perspectiva decompõe ou reduz o conteúdo do delírio a tipos gerais e os analisa comparativamente, sem concluir indutiva ou dedutivamente que se trata de um princípio de caráter reducional, ou seja, de algo como um “princípio de sexualidade” ou de um “princípio de vontade de poder”. Portanto, uma comparação entre várias formações típicas apenas auxilia a compreensão da estrutura mental do paciente (Jung,1986,PDM,p.170). Jung comparou as estruturas mentais patológicas com as estruturas simbólicas dos pacientes e afirma ter encontrado várias construções mentais típicas que seriam análogas às construções dos temas mitológicos, o que o levou a expor seus resultados no seu livro “Transformações e Símbolos da Libido: uma contribuição à história evolutiva do pensamento” (1912), posteriormente reeditado com o título “Símbolos da Transformação: análise dos prelúdios de uma esquizofrenia”. Vale lembrar que a publicação desta obra assinalou o rompimento definitivo entre Freud e Jung, principalmente pelo enfoque diferencial quanto aos conceitos de energia psíquica e de pulsão fundamental ou “libido”. Dito de passagem, vale dizer que Jung considera o conceito bergsoniano de “*élan vital*” (pulsão vital) como equivalente ao seu conceito de “*libido*”. Entretanto, Jung considera que o conceito bergsoniano possui um significado mais biológico do que psicológico (Jung,1986,PDM,p.172). No entanto, Jung considera que o seu método construtivo

corresponde ao método intuitivo de Bergson, o que o aproxima, talvez, do método fenomenológico de Minkowski.

Eis a passagem em que Jung faz essa identificação metodológica, contida no apêndice do artigo intitulado “O Conteúdo da Psicose” (1908), acrescentado na segunda edição com o subtítulo “A Interpretação psicológica dos processos patológicos” (1914):

*Sei que meu pensamento estabelece um paralelo com o pensamento de Bergson, na medida em que o conceito de libido, que apresentei no livro acima citado (Símbolos da Transformação), é um conceito paralelo ao ‘élan vital’ e o método construtivo corresponde ao ‘método intuitivo’ de Bergson. A grande diferença é que me limito apenas ao trabalho prático e psicológico. Quando há um ano e meio (1912 ?) li Bergson pela primeira vez, senti uma imensa alegria ao encontrar, numa linguagem tão diferente e numa conceituação filosófica magnificamente clara, o que havia orientado meu trabalho prático. (Jung, 1986, PDM, p.174-5)*

Quanto às duas classes de distúrbios mentais “funcionais”, histeria e esquizofrenia, Jung as associa respectivamente com seus dois tipos psicológicos fundamentais, “extroversão” e “introversão”, em seu livro “Contribuição ao Estudo dos Tipos Psicológicos” (1913), que correspondem respectivamente aos conceitos de sintonia (cicloidia) e de esquizoidia, segundo Eugène Minkowski que afirma em várias de suas obras e particularmente em “A Esquizofrenia: Psicopatologia dos Esquizóides e dos Esquizofrênicos” (1927) e no “Tratado de Psicopatologia” (1966). Quanto à tipologia psicológica junguiana (Jung, 1986, PDM, p.172-3), Jung salienta que, do ponto de vista psiquiátrico, Otto Gross foi o primeiro a chamar a atenção para a existência de dois tipos psicológicos fundamentais, em sua obra “A Função Cerebral Secundária” (Leipzig, 1902): Otto Gross denominou-os de 1) tipo de “consciência ampla e superficial”, correspondente ao tipo extrovertido de Jung e 2) tipo de “consciência restrita e profunda”, correspondente ao tipo introvertido.

A obra junguiana “Tipos Psicológicos” (*Psychologischen Typen*, 1920) constitui um clássico da literatura psicológica contemporânea e mereceria um estudo à parte. Voltemos ao foco do nosso problema da gênese das doenças mentais, analisando agora a

questão dos conflitos psicogenéticos inconscientes e as reações defensivas da psique, na próxima seção.

## 2.4 OS CONFLITOS INCONSCIENTES

### 2.4.1 O CONFLITO PSICOGÊNICO E AS REAÇÕES DEFENSIVAS DA PSIQUE

Analisaremos, agora, o conflito psicogênico e as reações defensivas da psique na obra psiquiátrica junguiana. Em 1911, Jung publicou um artigo intitulado “Crítica a Eugen Bleuler: Sobre a Teoria do Negativismo Esquizofrênico”, em que analisa o conceito beuleriano de “negativismo” na esquizofrenia catatônica e introduz as conceituações psicanalíticas de conflito intrapsíquico, de resistência e de mecanismos psicológicos de defesa. As tendências psíquicas volitivas observadas na clínica psiquiátrica parecem ter levado Bleuler a afirmar que o negativismo seria uma compensação mecânica de algum fator gerador ou predisposicional da doença. Antes de tecer as suas críticas a Bleuler, Jung expõe resumidamente, em seu artigo, seus conceitos basilares acerca da esquizofrenia em geral e de sua forma catatônica em particular, como segue:

*As causas da predisposição para os fenômenos de negativismo são: 1) Ambitendência, o que faz com que cada impulso seja acompanhado simultaneamente pelo impulso contrário; 2) Ambivalência, que reprime duas tonalidades afetivas contrárias à mesma idéia, fazendo com que o mesmo pensamento apareça positiva e negativamente; 3) Cisão esquizofrênica da psique, que impede psiquismos contraditórios e intervenientes de chegarem a uma conclusão de tal maneira que tanto o impulso mais inadequado pode transformar-se em ação quanto o adequado, e a toda idéia correta, ou ausência desta, corresponde uma idéia incorreta. (...) Devido a essas predisposições, os fenômenos de negativismo podem ocorrer diretamente, de maneira que psiquismos positivos e negativos se substituem um ao outro, indiscriminadamente...*  
(Jung, 1986, PDM, p.179-80)

Estes “psiquismos” positivos e negativos que se substituem um ao outro parecem representar aqui os complexos ideoafetivos “autônomos” de Jung. Assim, do ponto de vista psicodinâmico, um conflito, ou melhor, um complexo conflitivo, pode ser a causa estruturante de um estado psíquico de resistência, isto é, um fator gerador fundamental de dissociação (cisão) da estrutura psíquica, que pode causar um estado esquizofrênico em suas variadas formas de expressão: paranóide, hebefrênica ou catatônica. O negativismo em geral, neurótico ou psicótico, resultaria da resistência do complexo do eu, que, impotente para solucionar o conflito, criaria as condições para a instauração e a manutenção do estado dissociativo defensivo. Desta forma, na ordem dos fatores que deflagrariam o mecanismo esquizofrênico no plano psíquico, o conflito volitivo–afetivo–ideativo antecederia o fenômeno de resistência e de recalque defensivo.

No final de sua obra “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926), Freud distingue cinco formas de resistência: 1) a resistência do inconsciente (id); 2) a resistência do super-eu; 3) a resistência do recalque (eu); 4) a resistência de transferência (eu); e 5) a resistência de manutenção da doença pelos seus ganhos secundários. No entanto, sempre se recusou a aceitar propriamente o fenômeno da resistência como um mecanismo de defesa inerente à estrutura do eu, permanecendo problemática a natureza primária da resistência, que não se reduziria às operações defensivas. A defesa, no seu significado mais geral, foi utilizada por Freud numa acepção próxima ao conceito de recalque ou recalque (*Verdrängung*), na medida em que a satisfação de uma pulsão, o prazer, pudesse levar a uma insatisfação, o desprazer, em função de outras exigências da estrutura psíquica do “eu”.

Para Freud, o recalque, enquanto processo psíquico primário da estrutura mental inconsciente, encontra-se presente em numerosos processos defensivos complexos e constitui a base de muitos mecanismos psíquicos de defesa. Quanto a Jung, a resistência negativista na esquizofrenia catatônica possui um significado psicológico de caráter

sistemático e a resistência catatônica não pode, como Bleuler parece sugerir, ser o produto de um jogo aleatório e indiscriminado de forças contrárias, geradas por uma espécie de predisposição mecânica (Jung,1986,PDM,p.180).

A natureza intencional ou volicional da resistência negativista na catatonia parece contrariar a tese mecanicista de uma ambitendência volitiva puramente baseada numa antinomia pulsional, que faria com que cada impulso fosse acompanhado simultaneamente por um impulso contrário ou, então, por uma ambivalência que reprimiria duas tonalidades afetivas contrárias à mesma idéia, fazendo com que o mesmo pensamento aparecesse de modo positivo ou negativo (Bleuler, in: Jung,1986,PDM,p.179).

No entanto, Bleuler parece indiretamente aceitar a possibilidade de uma determinação causal baseada na intencionalidade inconsciente da resistência negativista quando afirma que *“na maior parte das vezes, a reação negativista não parece mero acaso, mas é realmente preferida à correta”* (Bleuler, in: Jung,1986,PDM,p.180). Por isso, indiretamente, ele aceita a natureza de resistência do fenômeno do negativismo e, conseqüentemente, acaba também negando a significação causal da ambivalência e da ambitendência na determinação etiológica primária da esquizofrenia. Além disso, não se deve esquecer que tanto a ambitendência como a ambivalência não são fenômenos específicos, patognomônicos, da psicose esquizofrênica e podem ocorrer também nas neuroses e em pessoas normais (Jung,1986,PDM,p.180). Desta forma, resistência e ambivalência são fenômenos distintos na medida em que:

*A resistência constitui o fator dinâmico que manifesta a ambivalência latente (do complexo) em todos os casos. O que caracteriza, portanto, o estado psicológico não é a ambivalência, e sim a resistência. Esse fato pressupõe, evidentemente, a existência de um conflito entre duas correntes contraditórias, capaz de intensificar a ambivalência que normalmente existe, até como conflito explícito dos componentes contrários.* (Jung,1986,PDM,p.180)

Esses componentes contrários ou correntes contraditórias, denominados por Freud de “separação dos pares de opostos”, seriam intenções contrastantes ou vontades em conflito presentes na origem da cisão da estrutura psíquica na esquizofrenia:

*Em outras palavras: trata-se de um conflito entre vontades, que evidencia a condição neurótica da 'desunião consigo mesmo'. Essa condição consiste na 'cisão da psique', a única que conhecemos. Assim, ela não constitui uma causa da predisposição, mas uma consequência do conflito interno, da 'incompatibilidade do complexo (Riklin). (Jung,1986,PDM,p.180-1)*

Resumindo, o conflito latente entre vontades contraditórias ou complexo conflitivo geraria uma resistência defensiva dinâmica, que intensificaria a ambivalência natural até os limites de uma negatividade psicótica explícita e de uma cisão esquizofrênica da personalidade. Portanto, nem a ambivalência, nem a ambigüidade e nem mesmo a cisão da estrutura psíquica constituem, na teoria junguiana, causas predisposicionais da esquizofrenia, porque todos esses fatores ditos primários ou geradores da psicose seriam a consequência da incompatibilidade conflitiva da estrutura psíquica, do complexo conflitivo, e até mesmo de uma constelação (conjunto) de complexos incompatíveis em conflito mútuo. Daí, a conclusão de que a dissolução psicoterapêutica dos complexos, ou seja, a solução do conflito neurótico ou psicótico dependeria essencialmente da renúncia dos desejos incompatíveis que alimentam o complexo. O complexo seria, portanto, a causa estruturante da resistência e a resistência, por sua vez, seria o fator essencial da dissociação na psicose, conforme a tese de Jung, que assim se expressa nesta passagem sobre o fenômeno da ambivalência:

*A resistência, enquanto fato fundamental da dissociação esquizofrênica, é algo que não está necessariamente implicado no conceito de tonalidade afetiva, como acontece no caso da ambivalência. Trata-se de um fato secundário, com uma história psicológica própria e praticamente independente, e, em cada caso, é idêntica à história anterior do complexo. Assim, na medida em que o complexo é a causa estruturante da resistência, a teoria do negativismo deve coincidir com a teoria do complexo. (Jung,1986,PDM,p.181)*

Em outras palavras, na medida em que o complexo conflitivo é a causa estruturante da resistência, a causa do negativismo coincide com a causa do conflito, e a teoria da etiologia da esquizofrenia deve coincidir com a teoria dos complexos “volitivo-afetivo-ideativos” ou, simplificada, ideoafetivos.

As causas estruturantes do negativismo na concepção de Bleuler são as seguintes, conforme a ordem que Jung lhes dá em seu artigo sobre o negativismo: 1) *O retraimento autista do paciente em suas fantasias*; 2) *A existência de uma ‘ferida na vida’ (complexo) que precisa se proteger de qualquer lesão*; 3) *Compreensão errada do meio ambiente e de suas intenções*; 4) *Relacionamento frontalmente hostil com o meio*; 5) *Irritabilidade patológica dos esquizofrênicos*; 6) *A ‘pressão das idéias’ e outros impedimentos da ação e do pensamento*; 7) *Muitas vezes, a sexualidade com sua tonalidade afetiva ambivalente constitui uma das raízes das reações negativistas* (Jung, 1986, PDM, p.181).

O comentário crítico a cada um dos itens “causais” de Bleuler, por Jung, pode ser assim resumido, de acordo com a respectiva ordem numérica da citação anterior: 1) O conceito bleuleriano de “retraimento autista” ou “autismo” coincide com o conceito junguiano de “introversão” e o freudiano de “auto-erotismo”. Os gregos antigos o denominavam de *filautia* (amor egoísta) por oposição a *filantropia* (amor altruísta). Minkowski considera o autismo como sendo o fenômeno mais essencial e primário na gênese da esquizofrenia e coloca na sua base o princípio do duplo aspecto conflitivo: o aspecto organopsíquico e o antropocósmico. Para Jung, o retraimento autista das fantasias pode ser comparado a uma proliferação intensa de fantasias relacionadas ao complexo e quanto mais intenso for o complexo, maior será a resistência; 2) A “ferida na vida” significa “o complexo”, o que implica necessariamente na existência do autismo (auto-erotismo, egocentrismo), na medida em que o egocentrismo involuntário e o complexo seriam



inseparáveis e recíprocos. Pode-se dizer, então, que o complexo defende-se através da introversão e das fantasias egocêntricas; 3) O complexo conflitivo nuclear “assimila” os demais complexos afins na estrutura psíquica global formando uma espécie de conglomerado ou conjunto que se expressa defensivamente na forma de sintomas alucinatórios e interpretações delirantes, isto é, na compreensão errada da realidade externa, do meio ambiente; 4) A hostilidade é uma forma de intensa resistência ao relacionamento social, uma característica autista; 5) A irritabilidade patológica é uma consequência freqüente da “ferida narcísica”, isto é, do complexo autista. Minkowski, a esse respeito, fala em bipolaridade esquizóide que oscila entre uma forma afetiva hiperestésica e uma forma oposta anestésica. Jung fala em: a) forma “sistemática” de irritabilidade causada por uma intensificação da “sensibilidade do complexo” e b) uma forma “generalizada” causada por um estancamento ou fixação da afetividade (e da libido) em consequência da intensificação crescente das resistências. Minkowski fala em fixação ou “coagulação” da vida afetiva; 6) O distúrbio do pensamento não seria um fator causal primário da esquizofrenia, como quer Bleuler, pois os conteúdos psíquicos esquizofrênicos seriam idênticos aos produtos psíquicos da atividade mental hipnagógica (entre a vigília e o sono iminente) ou hipnopômica (entre o sono e o acordar) e dos processos associativos no estado de relaxamento da atenção (devaneio). Para Jung:

*Basta um relaxamento considerável da atenção para que apareçam imagens absolutamente idênticas às fantasias e aos modos de expressão característicos da esquizofrenia. (...) Possuo boas razões para considerar o distúrbio de pensamento, na esquizofrenia, como uma consequência do complexo. (Jung, 1986, PDM, p.182)*

A “pressão de idéias” seria um pensamento compulsivo e também um pensamento do complexo, que poderia se apresentar como uma consequência da “introversão” esquizofrênica, isto é, do autismo ou auto-erotismo na ferida narcísica, e atingir um estágio de autonomização intensamente sexualizada com delírios erotomaníacos, fenômeno este que

Jung denomina de “autonomia do complexo patológico” na sua relação de repressão ao complexo do eu; 7) Enquanto que para Bleuler a influência da sexualidade sobre o fenômeno da reação negativista é apenas ocasional, já para Jung, a resistência, além de ser a fonte do negativismo é também gerada por um desenvolvimento sexual específico, visto que *“a sexualidade sempre brota de um desenvolvimento sexual específico. Como sabemos, isso leva a um conflito, ou seja, ao complexo. Todo caso de esquizofrenia passível de análise confirma esse princípio”*. (Jung,1986,PDM,p.183)

Jung encerra as suas considerações críticas à tese bleuleriana sobre o negativismo esquizofrênico afirmando que *“a esquizofrenia (onde prepondera o mecanismo de introversão) possui, em sua essência, os mesmos mecanismos das demais ‘psiconeuroses’”* (Jung,1986,PDM,p.183). E, afirmando o seu ponto de vista anti-reducionista e fenômeno-constutivo ele acrescenta na seqüência:

*Em minha opinião, os sintomas isolados devem ser observados, além do ponto de vista clínico-descritivo (exceção-se o da anatomia), dentro da perspectiva psicanalítica, sobretudo quando a investigação visa, principalmente, seus momentos genéticos.* (Jung,1986,PDM,p.183)

Assim, Jung enfatiza a importância de uma concepção ampla que contemple tanto os elementos psicodinâmicos ou psicogenéticos na formação da doença mental quanto os elementos constituintes da estruturação da personalidade, sem desprezar as futuras contribuições do desenvolvimento da anatomo-fisiologia do sistema nervoso, numa visão que, embora mais se aproxime das correntes de pensamento psicogenéticas, também apresenta os fundamentos essenciais de uma visão fenomenológica construtivista ou estruturalista.

## 2.4.2 O INCONSCIENTE NA PSICOPATOLOGIA JUNGUIANA

O conceito junguiano de Inconsciente consiste na soma de processos psíquicos que se encontram no limiar da consciência, ou seja, que não são percebidos por esta e, portanto, não incluiria a dimensão cerebral. O problema da interação cérebro-psíquica, isto é, a interface entre os dois planos, cerebral e psíquico, é talvez o mais problemático no âmbito da neurociência e da filosofia da mente. No plano psicológico, o Inconsciente engloba tanto os processos psíquicos elementares, não claramente conscientizáveis pela consciência quanto os mais complexos que se manifestam indiretamente na consciência sob a forma de representações-representantes ou materiais psíquicos (conteúdos). Seriam as percepções insensíveis de Leibniz ou as representações sombrias de Kant (Jung,1986,PDM,p.187). Para Jung, o Inconsciente somente mostra a sua estrutura de modo indireto e negativo, pela exclusão de tudo o que é perceptível pela consciência, analogamente ao sonho. Daí a importância de um inventário exaustivo e o mais completo possível dos conteúdos da consciência:

*Neste sentido, devemos investigar todas as atividades, interesses, sofrimentos, preocupações e alegrias que estruturam o conteúdo da consciência, de maneira que tudo que for descoberto será excluído do conteúdo possível do inconsciente, já que o inconsciente só pode conter o que não se encontra na consciência.*  
(Jung,1986,PDM,p.188)

O aspecto da personalidade que não se encontra na consciência estará, por exclusão, no inconsciente, muitas vezes na forma de virtudes contrárias reprimidas ou recalçadas. Assim, um indivíduo que apresenta características positivas conscientes pode ocultar características negativas inconscientes, uma forma compensatória e essencial da estrutura psíquica inconsciente. Contrariamente, as virtudes inconscientes também podem compensar os defeitos morais conscientes:

*O esbanjador consciente é inconscientemente um avaro; o filantropo, um egoísta e misantropo [entretanto] existem disposições importantes, veladas [latentes] ou manifestas que abalam essa regra de compensação, variando-a enormemente em cada caso, isto é, não basta apenas saber que alguém é filantropo para que se possa diagnosticar um egoísmo inconsciente. Também é necessário investigar de maneira cuidadosa os motivos que o levam a se comportar dessa maneira. (Jung,1986,PDM,p.189)*

Em suma, a função essencial do Inconsciente nos indivíduos normais é a de compensação ou equilíbrio com relação às tendências extremas da atividade psíquica consciente através de atitudes inconscientes, denominadas por Freud de “ações sintomáticas”. Essa ação compensatória ocorre tanto nos sonhos de indivíduos normais quanto no de neuróticos e psicóticos (Jung,1986,PDM,p.189). As manifestações do Inconsciente nos sonhos e nos distúrbios psicogênicos de caráter neurótico são mais nítidas que nos de caráter psicótico. Assim, do mesmo modo que as intuições em pessoas normais não ocorrem por associações lógico-formais do raciocínio, também os delírios, as alucinações, as estereotípias, etc., nas psicoses não surgem de processos psíquicos conscientes, mas inconscientes (Jung,1986,PDM,p.190). A tese materialista que afirma que as doenças mentais são doenças cerebrais encontra, para Jung, um contra-argumento no fato clínico de que:

*Os primitivos têm visões e escutam vozes, mas seus processos mentais não sofrem distúrbio. Acho muito superficial e inadequado atribuir esses fenômenos a uma doença nas células cerebrais. As alucinações mostram claramente de que maneira uma parte do conteúdo inconsciente consegue ultrapassar o limiar da consciência. Essa mesma observação pode ser aplicada às idéias delirantes que se apoderam inesperadamente dos pacientes. (Jung,1986,PDM,p.190)*

A idéia de que as alucinações e as idéias delirantes não constituem, em absoluto, produtos exclusivos do adoecimento das células cerebrais, levou Jung a sustentar o argumento de que na esquizofrenia há casos de etiologia predominantemente psicogenética e até mesmo, talvez, casos exclusivamente psicogenéticos, sem que isso implique que no grupo das esquizofrenias não haja casos de ordem predominantemente organogenética ou mesmo exclusivamente somatogênicos. Do ponto de vista psicológico, a perturbação do equilíbrio

psíquico entre o conteúdo consciente e o inconsciente decorreria de “*uma irrupção anormal da atividade regular do inconsciente para a consciência, perturbando assim o ajustamento do indivíduo ao meio*” (Jung,198,PDM,p.190).

As predisposições inatas ou as adquiridas na infância encontram-se previamente à doença e costumam se manifestar na forma de tendências de caráter, introvertidas ou extrovertidas, correspondentes à esquizoidia e à sintonia de Bleuler, e isso se dá, na concepção de Jung, porque “*o inconsciente produz um antídoto que equilibra a unilateralidade da atitude consciente*” (Jung,1986,PDM,p.190). Deste modo, um conteúdo inconsciente volitivo na forma de um desejo de relacionamento humano pode ser encontrado num esquizofrênico que expressa sintomas contrários de isolamento social ou, do mesmo modo, uma autocrítica inconsciente pode ser uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio com relação a um excesso de ambição consciente. Sob outra perspectiva, o mecanismo de compensação consiste, portanto, na ação corretiva natural da volição inconsciente sobre os excessos dos desejos e ambições conscientes, uma espécie de homeostase psíquica. Isso explicaria porque se encontra freqüentemente nos religiosos convertidos e fanáticos os conteúdos contrários aos que ele condena nos demais, ou seja, atacando externamente o que internamente considera correto, principalmente no âmbito da sexualidade reprimida (Jung,1986,PDM,p.191). A defesa, portanto, se faz atuante através do mecanismo de compensação psíquica e “*a pessoa mentalmente desequilibrada tenta se defender contra seu próprio inconsciente, lutando contra suas influências compensatórias*”. Esta passagem poderia ser interpretada de duas maneiras: 1) literalmente, o Inconsciente seria uma estrutura absolutamente autônoma que se constituiria a partir de fatores exógenos ou organofuncionais independentes, analogamente à ação de uma bactéria ou de uma “neoplasia” (câncer) que se comportaria “livremente” do controle orgânico; 2) metaforicamente o Inconsciente seria concebido como se fosse uma porção primitiva da estrutura mental, que

exerceria a sua ação reflexa defensiva em situações em que a volição consciente, uma espécie de segunda vontade independente, cederia o controle à volição inconsciente (vontade do eu) com o objetivo de satisfazer o desejo de fuga da realidade hostil, evitando o conflito externo. De qualquer modo, a questão parece se centrar sobre a defesa e a luta contra as influências compensatórias, resultando num estado de excitação e numa conseqüente desarmonia entre as tendências conscientes e inconscientes:

*Os pares de oposição se separam e a conseqüente cisão conduz à doença, pois o inconsciente começa a se sobrepor violentamente à consciência. Surgem então pensamentos e humores estranhos e incompreensíveis, alucinações que trazem nitidamente a marca do conflito interno. (Jung,1986,PDM,p.191)*

E, se as alucinações trazem a marca do conflito nuclear, temos aí uma possibilidade de se compreender a essência do processo gerador da doença e a possibilidade de uma ação psicoterapêutica com vistas à cura.

No entanto, se os impulsos corretivos, via compensação ou homeostase, analogamente aos anticorpos endógenos nas infecções, podem curar a doença, porque a cura nem sempre ocorre naturalmente? Afinal, *“os impulsos corretivos ou compensações que começam a se manifestar na consciência deveriam significar o início de um processo de cura, porque a atitude anteriormente isolada estaria em vias de superação”* (Jung, PDM, p.191). A resposta a essa questão, na visão de Jung é a seguinte: *“mas, na realidade, isso não ocorre porque os impulsos corretivos do inconsciente se manifestam de tal modo que a consciência não é capaz de aceitá-los”* (Jung,1986,PDM,p.191).

Temos aqui um aparelho psíquico que funciona segundo um modelo teórico, baseado num conflito volitivo ou ambivalência volitiva. Mas, que fator essencial regeria a manutenção do conflito? O egocentrismo primário (narcisismo freudiano)? A psicose seria realmente uma espécie de compensação inadequada para atenuar o perigo da unilateralidade do consciente ou do inconsciente? A recusa da autocrítica na psicose e a conseqüente ideação

delirante seriam, para Jung, uma maneira do Inconsciente agir corretivamente como o faria a autocrítica consciente; contudo, como a autocrítica normal está projetada para o meio externo, ou seja, voltada para a adequação à cultura e ao meio social, a crítica delirante causa o efeito desagradável de chocar as pessoas que se relacionam com o doente e leva-o, muitas vezes, à percepção de sua inadequação. No caso da paranóia de ciúmes do alcoólatra, a compensação psíquica se dá na forma de desejo de retomar o seu dever de esposo, embora parcialmente. O ciúme exacerbado pela mulher mostra que seu amor por ela não desapareceu inteiramente e se manifesta na consciência na forma de delírio de ciúme. Também o fanatismo religioso nos recém-convertidos a uma dada religião por desejo de superar os próprios conflitos e problemas afetivos, através da obsessão por valores morais rígidos, pode levar a uma luta obstinada contra as resistências existentes, resultando em sintomas bastante distorcidos. Os novos convertidos, nesse caso, passam a defender com fanatismo a fé adquirida, compensando assim a sua dúvida consciente perante a fé contrária ainda existente no seu Inconsciente. Em suma, para Jung, a função do Inconsciente nos distúrbios mentais consiste, essencialmente, numa compensação do conteúdo da consciência. (Jung,1986,PDM,p.193)

No entanto, a inutilidade do mecanismo psicótico de compensação ocorreria na medida em que o conflito está estruturado sobre a tentativa de realização de ambos os desejos incompatíveis, sob a regência de uma volição nuclear diretora. Tal tentativa fracassará na medida em que a manutenção da incompatibilidade relacionada com o princípio de realidade levará à intensificação do sofrimento psíquico e às suas conseqüências em forma de sintomas da doença. A compensação, então, tornar-se-á inócua após um período de tentativa frustrada e o resultado será na forma de sintomas inaceitáveis:

*No entanto, devido à unilateralidade característica da atividade da consciência nesses casos, os meios compensatórios revelam-se inúteis. Essas tendências inconscientes irrompem inevitavelmente na consciência, mas como elas se adaptam aos objetivos unilaterais da consciência, acabam aparecendo apenas de maneira distorcida e inaceitável. (Jung,1986,PDM,p.193)*

Atrás dos mecanismos psíquicos de defesa permanece o problema da etiologia das doenças mentais: organogênese ou psicogênese?

## **2.5 A PSICOGÊNESE DAS PSICOSES**

### **2.5.1 O PROBLEMA DA PSICOGÊNESE NAS DOENÇAS MENTAIS**

As doenças mentais são doenças cerebrais ou psicológicas? A etiologia psicopatológica é física ou psíquica? Organogenia ou psicogenia das doenças mentais? As alterações neurofisiológicas na esquizofrenia constituem sua causa ou representam os efeitos somáticos das determinações psíquicas? As alterações cerebrais irregulares da esquizofrenia explicam a sua sintomatologia específica? Haveria realmente uma similitude entre a teoria junguiana dos complexos e a teoria minkowskiana das estruturas fenomenológicas da mente? Para tentar responder a essas e outras tantas perguntas Jung tece algumas considerações interessantes pró-psicogênese. A primeira delas pode assim ser expressa:

*Ao compararmos os sintomas comuns de demência precoce com os distúrbios caracterizados por lesões cerebrais orgânicas, constatamos lesões surpreendentes. Não existe, na demência precoce, qualquer sintoma que possa ser considerado sintoma orgânico. É um grande equívoco colocar num mesmo plano a paralisia geral, a demência senil e a demência precoce. (Jung,1986,PDM,p.199)*

É incontestável que o agente da neurosífilis produz um quadro clínico psiquiátrico diferente daquele dos processos arterioescleróticos na demência ou, então, do ainda desconhecido agente esquizofrenogênico na esquizofrenia. Tais diferenças sintomáticas



podem tanto sugerir que a lesão seja a causa como o efeito de um fator oculto por descobrir, e não necessariamente, que ela seja a causa da doença, no que Jung parece concordar:

*O fato de às vezes ocorrer uma lesão cerebral não justifica que se inclua a demência precoce no grupo das doenças orgânicas. Confesso que os internos na clínica revelam um quadro tão degenerado que não é difícil compreender por que a expressão 'demência precoce' foi utilizada. A visão de uma enfermaria de doentes incuráveis confirma o preconceito materialista do psiquiatra. (...) É evidente que uma amostra assim leva a essa visão preconceituosa. (Jung,1986,PDM,p.199)*

Diríamos que tal visão da psiquiatria contemporânea é tão preconceituosa quanto se dizer que, em princípio, toda esquizofrenia, ou pelo menos seus casos mais graves, é incurável e que tais infortunados devem permanecer para o resto de suas vidas numa enfermaria de doentes incuráveis. Afinal, quem já conviveu com os pacientes dos antigos e insalubres hospitais psiquiátricos ou acompanhou casos de pacientes recuperados que adoeceram após serem abandonados pelos familiares e foram aprisionados indefinidamente dentro de um hospício, deve ter constatado que muitos casos graves de catatonia decorrem do hospitalismo e da desesperança de voltar à vida sociofamiliar, como Jung ressalta nesta passagem:

*Em relação aos efeitos manifestamente destrutivos e degenerativos da demência precoce, devo salientar que os piores casos de catatonia e demência são, muitas vezes, produtos da própria clínica, provocados pela influência psicológica do meio e nem sempre por um processo destrutivo que independe das circunstâncias externas. É um fato conhecido que os piores casos de catatonia se acham nas clínicas mal organizadas e superlotadas. (...) Todas as condições que deixariam uma pessoa normal desesperada provocam no doente um efeito igualmente devastador. (Jung,1986,PDM,p.200-1)*

Não obstante, o fato de que o fator psicogenético constitua um importante fator determinante na causalidade da esquizofrenia não implica necessariamente que ele seja o único e exclusivo fator, em detrimento da co-participação de um fator somatogenético, ou vice-versa: “*Todo psiquiatra conhece casos desse tipo que confirmam a importância do fator psicológico e mostram, com clareza, que a demência precoce não pode ser considerada*

*simplesmente como doença orgânica, pois tais melhoras e recaídas não seriam possíveis”.*

(Jung,1986,PDM,p.200-1)

Jung salienta os fatos muito comuns na clínica psiquiátrica que mostram a clara influência dos fatores emocionais na irrupção da psicose esquizofrênica: pressões das recordações de uma antiga paixão reprimida, proximidade de noivados e casamentos, desentendimentos familiares ou profissionais, ambições frustradas, perdas de entes queridos, perdas econômicas ou de oportunidades de carreira profissional, solidão, etc. Em todas essas situações, muito freqüentes, Jung considera que *“é bastante improvável que existisse uma lesão cerebral primária de natureza orgânica e que a perturbação mental, as emoções violentas, as alucinações e idéias delirantes subseqüentes fossem secundárias”*

(Jung,1986,PDM,p.202)

Segundo Jung, a defesa instintiva contra a perda da liberdade pode desencadear uma psicose, o que explica porque um de seus pacientes teve uma única crise catatônica exatamente dentro de um hospital psiquiátrico, pois: *“apesar das causas psicogênicas manifestas, era um caso típico de catatonia com excitações, alucinações e idéias delirantes impossível de ser confundido com um caso que tivesse outras causas que não as psicológicas. A paciente jamais havia tido um surto desse tipo”.* (Jung,1986,PDM,p.202)

Também não são infreqüentes os casos de pacientes que ficam totalmente confusos e apresentam idéias delirantes exuberantes com alucinações intensas após um ataque de fúria desencadeado pela recusa do médico de dar alta hospitalar a um paciente que lá se interna com um quadro clínico inicial leve. Jung insiste na idéia de que a conclusão materialista que atribui uma causação orgânica exclusiva à doença mental se pauta na falta de observação clínica dos fatores de ordem psicológica e na história afetiva do paciente. Afinal, no seu entender:

*Se a demência precoce pudesse ser atribuída, em sua essência, a um processo de lesão orgânica, os pacientes necessariamente se comportariam da mesma maneira que aqueles que na verdade sofrem alterações cerebrais. O estado de um paciente que sofre de paralisia geral não melhora nem piora quando se lhe alteram as condições psicológicas. Em clínicas mal administradas, esses casos tampouco sofrem um agravamento significativo. No entanto, os casos de demência precoce pioram sensivelmente quando as circunstâncias externas são desfavoráveis. (Jung,1986,PDM,p.203)*

Por isso, pelo menos em se tratando de um primeiro episódio psicótico, não seria improvável a preponderância, ou até mesmo a exclusividade, de um fator causal psicológico na determinação de uma grande maioria de casos de esquizofrenia. A tendência da psiquiatria clássica de considerar as circunstâncias psico-sociais como fatores auxiliares ou comórbidos, que fariam surgir uma doença orgânica latente, se baseia no argumento radical de que se os fatores geradores da doença fossem exclusivamente psicológicos, então todas as pessoas na mesma circunstância de pressão psico-social teriam que desenvolver uma psicose, o que de fato quase nunca ocorre, se é que ocorre. O contra-argumento de Jung consiste em atribuir ao psiquiatra organicista o preconceito injustificado e unilateral de considerar as circunstâncias psicológicas como fatores auxiliares que apenas estimulariam uma doença orgânica latente, pois:

*Se as vivências psíquicas fossem realmente as causas da doença, todas as pessoas deveriam sofrer o seu efeito patológico. Como isso não acontece, então as causas psíquicas são consideradas apenas como fatores auxiliares. Esse julgamento é, sem dúvida alguma, unilateral e preconceituoso. (Jung,1986,PDM,p.203)*

Jung cita o caso de um paradigma da clínica médica em que o agente causal patogênico é visível ao microscópio, o bacilo da tuberculose, para mostrar que até neste caso os fatores de ordem psíquica são importantes ao nível causal:

*Hoje já não se acredita mais que a tuberculose seja causada somente por um bacilo específico. Existem muitas causas. A moderna etiologia não é mais de causalismo mas de condicionalismo. Assim, uma causa psíquica jamais pode gerar uma doença mental sem que tenha por base uma predisposição específica. (Jung,1986,PDM,p.203-4).*

Se este raciocínio é válido para as doenças infecto-contagiosas como a tuberculose ou a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS), este, com muito mais razão, deve ser válido para uma doença, a esquizofrenia, em que um agente bacteriano ou viral é altamente improvável. No entanto, não se pode eliminar simplesmente a hipótese da existência de uma predisposição orgânica latente, sensível à ação de fatores conflitivos de natureza psico-social. Mas, já que se pôde constatar exaustivamente que uma predisposição psíquica efetivamente desencadeia um conflito, e que este, por sua vez, pode deflagrar uma psicose, resta, então, assumir duas possibilidades: 1) organogênese e psicogênese combinadas ou concomitantes e 2) uma ou outra como fator latente, predisposicional, restando à sua contrária o papel coadjuvante de fator auxiliar indutor. Daí o termo corrente de “psicose induzida” adotada nas categorias nosográficas das psicoses por drogas psicotrópicas, embora atualmente se prefira o termo psicoses “associadas” ao abuso de drogas. Como se percebe, inclusive nos “transtornos mentais orgânicos de personalidade”, é totalmente impossível excluir a psicogeneticidade das doenças mentais, restando apenas determinar a possibilidade de sua exclusividade na esquizofrenia; todavia, predisposição não implica necessariamente em eclosão de psicose quando ocorrem conflitos emocionais ou sociais intensos, como muito bem Jung nos adverte e a prática clínica confirma:

*Por outro lado, pode acontecer também que haja uma predisposição e não se revele nenhuma psicose enquanto se evitarem conflitos mais sérios e choques emocionais. Podemos constatar com relativa segurança que a predisposição psíquica leva a um conflito e, com isso, num círculo vicioso, à psicose. Vistos de fora, esses casos parecem estar determinados por uma tendência degenerativa do cérebro. (Jung, 1986, PDM, p.203-4)*

O mesmo raciocínio aplicado à hipótese junguiana da existência de um reforço recíproco entre os fatores psíquicos e a hipotética fixação de uma toxina metabólica produzida por mecanismos organogenéticos na determinação da esquizofrenia é agora também aplicado à relação de somação entre o fator predisposicional psíquico e o conflito ideoafetivo do

complexo, numa espécie de círculo vicioso. A idéia de uma tendência ou diátese predisposicional exclusivamente organogenética é descartada por Jung, dada a intensa atuação de fatores psíquicos disposicionais de personalidade na sua relação com as vivências conflitivas diversas, lembrando a concepção minkowskiana fenomeno-estrutural da relação entre a estrutura da personalidade e o conflito de duplo aspecto: somatopsíquico e antropocósmico. A tendência inata heredoconstitucional perde, assim, seu caráter de fator único na determinação causal da esquizofrenia e das psicoses de um modo geral, invadindo inclusive o terreno das denominadas psicoses orgânicas e dos transtornos de personalidade orgânicos.

Se adotarmos o ponto de vista bergsoniano de que o cérebro é um órgão de ação, a questão da causação mental inverte o seu sentido tradicional e a tese da psicogênese adquire a supremacia outrora atribuída pela psiquiatria clássica à base orgânica cerebral. Jung parece adotar uma tese mista conciliatória, como se nota na seguinte passagem:

*Em minha opinião, a maioria das pessoas que sofrem de demência precoce possui uma tendência inata para conflitos psicológicos, embora esses conflitos não sejam incondicionalmente patológicos e sim experiências comuns a todos os homens. Uma vez que a predisposição consiste numa excitabilidade anormal, esses conflitos vão se diferenciar das tensões normais apenas por sua intensidade emocional. É por sua intensidade que esses conflitos estão fora de toda proporção com as demais faculdades mentais do indivíduo. Por isso eles não podem ser controlados como normalmente fazemos com a distração, a razão e o autocontrole.*  
(Jung, 1986, PDM, p.204)

A excitabilidade anormal que constitui a predisposição constitucional na esquizofrenia é denominada de esquizoidia por Bleuler e outros. Quanto à “esquizoidia”, Minkowski atribui uma bipolaridade que varia desde uma anestesia afetiva intensa no embotamento hebefrênico da esquizofrenia até uma hiperestesia exagerada na fase paranóide da mesma esquizofrenia, o que não significa a ausência nesta doença de outras bipolaridades nos dois outros elementos caracteriais fundamentais: 1) a “cicloidia” (sintonia de Bleuler), com os pólos maníaco e depressivo, e 2) a giscroidia (epileptoidia) com os pólos volicionais

de irritabilidade explosiva e o seu oposto, a lentificação psicomotora. Para Jung, um dos fatores fundamentais na causação da doença seria a dificuldade ou mesmo a impossibilidade de solução do conflito entre o complexo reprimido do “eu” por um complexo mais intenso inibidor e avassalador:

*O que leva à doença é somente a impossibilidade de a pessoa se libertar de um conflito avassalador. No momento em que o indivíduo percebe que sozinho não pode resolver suas dificuldades e ninguém pode ajudá-lo é que ele entra em pânico e se vê tomado por um caos de emoções e pensamentos estranhos. Essa experiência diz respeito ao período de incubação da doença e raramente chega aos ouvidos do psiquiatra, uma vez que isso acontece muito antes de se pensar em consultar um médico. Se o psiquiatra conseguir resolver o conflito, então o paciente pode se salvar de uma psicose. (Jung,1986,PDM,p.204)*

Apesar de acreditar que a cura se encontra na solução do conflito, Jung reconhece que não há ainda como provar de modo inquestionável que o início de uma psicose seja devido exclusivamente a fatores de ordem psicogênica e, como consequência, que uma vez o conflito resolvido não haveria mais o desenvolvimento de uma psicose. Entretanto, se um caso indiscutível de esquizofrenia fosse reconduzido à mais plena normalidade apenas através de uma psicoterapia bem sucedida e devidamente avaliada com precisão, estaríamos mais próximos de afirmar a preponderância ou até mesmo a exclusividade causal dos fatores psicogênicos na determinação da doença. Vale lembrar que, para Jung, o princípio de causalidade não é o princípio exclusivo da psicopatologia. Ao lado dele existe também, dentre outros, o princípio de condicionalismo ou de construtivismo prospectivo (finalidade), como veremos adiante; porém, como adverte Jung, sempre resta a dúvida de que naquele caso específico de cura a remissão sintomática foi apenas aparente ou, então, que não se tratava de um caso real de esquizofrenia já que, em princípio, a esquizofrenia verdadeira, por ser de etiologia organomecânica, não poderia ser curada apenas pela resolução de conflitos psíquicos. Por conseguinte, há que se continuar a pesquisar seriamente as funções e o significado do fator psicológico na etiologia e na evolução das psicoses, uma vez que as

psicoses variam amplamente em sua complexidade. Se considerarmos a questão da predisposição constitucional na etiologia da psicose poderá se pensar que a determinação do tipo de doença guarda uma estreita relação com a personalidade do indivíduo.

Na concepção psicogenética, apoiada na teoria da hereditariedade e nas estruturas herdadas, a personalidade se manifesta associada aos elementos adquiridos dos complexos pessoais (individuais) e constitui a pré-condição geral de formação das doenças mentais, conforme Jung afirma no prefácio da 3ª edição (1948) de “A Importância do Pai no Destino do Indivíduo” (1909), atualmente fazendo parte da coletânea intitulada “Freud e a Psicanálise” (FP), volume IV de suas obras completas:

*A descoberta do inconsciente coletivo foi a responsável pelo surgimento de novos problemas na teoria dos complexos. Antigamente a personalidade se manifestava, por assim dizer, como única e enraizada no vazio; mas, agora, associada com as causas dos complexos, individualmente adquiridas, viu-se que era uma pré-condição humana geral, isto é, a estrutura biológica hereditária e inata que é a base instintiva de todo ser humano. (Jung, 1909, 1948[1989], FP, p.294)*

Sob outra perspectiva, a personalidade é definida de vários modos: ela é, ao mesmo tempo, a estrutura biológica herdada e inata, o substrato instintivo pré-estabelecido, a pré-condição humana geral, a base de registro das impressões das experiências passadas, a base instintiva de todo ser humano, de onde emanam as forças resistentes à razão e à vontade do eu, que inibem ou excitam os complexos ideofetivos individuais (eu), instaurando a sua natureza conflitiva. Esta ampla descrição é assim expressa por Jung:

*Dessa esfera emanam as forças determinantes, como acontece em todo o reino animal, que inibem ou fortalecem as constelações mais ou menos fortuitas da vida do indivíduo. Cada uma das situações humanas normais é por assim dizer, prevista e impressa nessa estrutura herdada, uma vez que já ocorreu inúmeras vezes em nossos antepassados. Ao mesmo tempo, a estrutura traz consigo uma tendência inata de procurar produzir instintivamente tais situações. Um conceito reprimido poderia realmente desaparecer no vazio se não estivesse preso e seguro neste substrato instintivo preestabelecido. Aqui estão aquelas forças que fazem a maior resistência à razão e à vontade e possibilitam, assim, a natureza conflitiva do complexo. (Jung, 1909[1989], FP, p.294)*

Na concepção de Jung, os elementos dos complexos conflitivos reprimidos emergem na forma exterior de conteúdos sintomáticos, expressando a condição de substituição dos valores reais da vida pelos valores irrealis das fantasias, devaneios, delírios e alucinações, geralmente quando o sentimento de segurança vital se vê abalado:

*Quando alguém começa a perder a segurança diante dos valores concretos da vida, os conteúdos inconscientes se tornam vertiginosamente reais. Do ponto de vista psicológico, a psicose consiste numa condição mental em que os elementos antes inconscientes ocupam o lugar da realidade. (Jung, 1986, PDM, p.208-9)*

A substituição ou conversão dos valores reais pelos seus substitutos irrealis diminui o desprazer gerado pelo conflito. Então, a fuga se torna a alternativa mais econômica e a mais funesta, pois a psicose cobra um alto preço pela desadaptação à vida real. O que possibilita essa substituição defensiva, a conversão do real no irreal, a forma conflitiva no conteúdo delirante e alucinatório, é a predisposição latente, inata e herdada da estrutura de personalidade. Quando esta se dissocia, a psicose se manifesta:

*Dependerá da predisposição do paciente se uma conversão dessa espécie conduz à demência precoce. Ele se torna histérico quando consegue manter o relacionamento emocional e se dissocia em duas personalidades: uma religiosa e aparentemente transcendental, e outra demasiadamente humana. Se, ao contrário, afastar-se da relação emocional com as coisas e não mantiver contatos humanos de modo que as pessoas não sejam capazes de lhe causar mais qualquer impressão, ele se tornará esquizofrênico. (Jung, 1986, PDM, p.209)*

Em suma, com relação ao argumento organicista de que uma condição orgânica de base, uma lesão, está sempre na origem das psicoses, Jung considera que na maior parte dos casos de esquizofrenia as alterações orgânicas são secundárias, o que não descarta a hipótese da presença de processos destrutivos toxometabólicos associados (Jung, 1986, PDM, p.209).



## 2.5.2 DOENÇA MENTAL E PSIQUE

Em 1928, Jung publicou um artigo intitulado “Doença Mental Curável? Doenças orgânicas ou funcionais?” (*Heilbare Geisteskrankte? Organisches oder Funktionelles Leiden?*), cujo título, no manuscrito original, era “Doença Mental e Psique” (Jung,1986,PDM,p.213-6). Neste artigo, Jung critica o materialismo científico que preponderava na psiquiatria até a segunda década do século XX, que se pautava pelo seguinte dogma psicopatológico: “As doenças mentais são doenças cerebrais”. Essa tendência dogmática ficou conhecida como “mitologia cerebral”, na medida em que até as neuroses eram concebidas a partir de um fundamento químico que as considerava como oriundas de intoxicações metabólicas ou de distúrbios orgânicos. A concepção do fundamento organogênico foi contestada pela psicopatologia psicogenética, principalmente a partir das idéias de Forel, Freud e Janet. A natureza psíquica das neuroses levou muitos pesquisadores a tentar estender a idéia da psicogênese às psicoses, ou, pelo menos, à esquizofrenia e à psicose maníaco-depressiva. A questão era, agora, esclarecer se as doenças em que havia uma participação importante dos fatores psicogênicos e que, além disso, apresentavam concomitantemente lesões cerebrais, poderiam ser consideradas primariamente orgânicas ou psíquicas. Qual seria, afinal, a causa primária da loucura (esquizofrenia)?

Ao considerar o princípio de causalidade como não exclusivo e propor o princípio de condicionalidade ou de finalidade como um critério científico construtivo ou prospectivo, tão importante quanto o de causalidade, Jung também propõe que, ao lado do método analítico-redutivo, satisfatório em muitos casos de doença mental, mas não em casos mais complexos, se adote o método construtivo-sintético. Com relação ao tipo mais simples de esquizofrenia, a paranóide (paranóia), Jung faz a seguinte pergunta: “*o fato de a idéia de perseguição se apoderar do sujeito e lhe tirar parte de sua personalidade é psicologicamente*

*insignificante, ou seja, significa apenas o produto de uma destruição orgânica acidental do cérebro?”* (Jung,1986,PDM,p.214-5)

A resposta de Jung a esta pergunta é formulada do seguinte modo:

*Se fosse isso, as idéias delirantes seriam inteiramente ‘não psicológicas’, isto é, faltar-lhes-iam a causalidade e a finalidade psicológicas, não sendo, portanto, psicogênicas. Mas se considerarmos, ao contrário, que a idéia patológica não surge de maneira casual em qualquer momento e sim num momento psicológico determinado, então devemos, necessariamente falar de psicogênese, mesmo quando se supõe a existência de uma disposição cerebral, responsável igualmente pela catástrofe que se segue* (Jung,1986,PDM,p.215).

Jung afasta, assim, qualquer casualidade ou contingência na causação da doença mental e considera a ocorrência psicotraumática, por si só, insuficiente para desencadear uma psicose. Para Jung, o indivíduo já se encontrava com o “terreno” pronto para o surgimento da doença no seu aspecto mais manifesto, pois esclarece: *“é evidente que o fato de alguém gritar ao ver um rato e ter um surto esquizofrênico não constitui uma causalidade psicológica. Esta é sempre complexa e sutil.”* (Jung,1986,PDM,p.215).

Em outras palavras, um indivíduo que adoece ao ouvir determinadas palavras que ativam o seu complexo conflitivo psicopatológico já se encontrava latentemente doente e a idéia-estímulo apenas propagou o potencial de ação sobre uma estrutura psíquica hereditariamente predisposta, isto é, sobre uma hipersensibilidade inata ou adquirida. A conseqüente eclosão de uma psicose toma o rumo falso e a forma patológica dessa estrutura constituída pelos conteúdos ideofetivos, característicos da história emocional e do drama existencial do sujeito e com os mecanismos psicopatológicos próprios da maturidade da personalidade individual, na sua relação com uma determinada conjuntura ou meio social. A insensibilidade característica de algumas formas de esquizofrenia, em indivíduos com uma constituição psíquica hipersensível, pode ser explicada psicologicamente pelo mecanismo de compensação defensiva que substitui a hipersensibilidade pela insensibilidade catatônica, equivalente à “bela indiferença histérica” na neurose. No caso prático de um paciente de Jung

que teve um surto esquizofrênico após ter reprimido o seu sentimento de paixão pela cunhada e aceitado como verdadeira a reprovação moral do seu irmão, a estrutura de personalidade rígida e introvertida levou o sujeito hipersensível e ultra-moralista a criar defensivamente e de modo inadequado um ideal de insensibilidade e “sangue frio” irreal. Tal estado conflitivo potencializou o complexo patológico e resultou em delírios persecutórios ou acusatórios de caráter moral e até em idéias delirantes de homossexualidade para disfarçar os desejos heterossexuais inconscientes pela esposa do irmão. Assim, a austeridade dos delírios colaborava de um modo irreal com a insensibilidade defensiva do sujeito, no sentido oposto da hipersensibilidade e da passionalidade erótica com relação ao objeto de paixão socialmente proibido, a esposa do irmão. A defesa psicótica atendeu à necessidade de atenuar o desejo passional sem a perda do ideal de realização de tal desejo. O delírio homossexual apenas refletia a garantia de conter a heterossexualidade interdita pela auto-reprovação moral internalizada, reprimida.

Como diz Jung, a respeito do caso clínico exposto:

*Podemos ver, sem muita dificuldade, que um existe um nexo estreito entre a austeridade do intelecto que afastava com sangue frio todo sentimento e a convicção paranóica inabalável. É o que chamamos de causalidade psíquica, ou psicogênese. (...) Considero as alterações cerebrais que, muitas vezes, podem ser observadas microscopicamente na esquizofrenia como simples fenômenos secundários de degeneração, análogos às atrofia musculares nas paralisias histéricas. A psicogênese também explica por que os casos menos graves – que, em sua maior parte, não chegam às clínicas, ficando apenas no consultório do neurologista – podem ser curados por meio de uma psicoterapia.*  
(Jung, 1986, PDM, p.216)

Cabe aqui ressaltar que embora Jung não descarte a possibilidade da existência de um fator orgânico primário na etiologia da esquizofrenia, ele também afirma que as atrofia musculares na histeria e as alterações cerebrais microscópicas na esquizofrenia são ambas fenômenos degenerativos secundários. Cabe, portanto, definir-se o que significa propriamente o termo “orgânico” no esquema teórico junguiano, pois as degenerações

orgânicas podem ser, em princípio, primárias ou secundárias, nos vários planos degenerativos da neuroanatomia e da neurofisiologia da doença mental, assunto que nos remete a uma melhor compreensão tanto da organogênese quanto da psicogênese. Vejamos se a psicogênese poderia nos responder essa questão.

### 2.5.3 A PSICOGÊNESE DA ESQUIZOFRENIA

Num artigo de 1939, intitulado “A Psicogênese da Esquizofrenia”, Jung questiona a possibilidade de causas psíquicas na esquizofrenia lesarem secundariamente o cérebro ou se, ao contrário, uma lesão primária cerebral poderia produzir sozinha uma esquizofrenia. Ele assim se expressa a respeito:

*Ainda hoje, a questão se a esquizofrenia em si pode lesar as células cerebrais não foi respondida de modo satisfatório, nem tampouco as questões mais específicas que visam a determinar em que medida as desintegrações orgânicas primárias podem ou não explicar a sintomatologia da esquizofrenia. Concordo inteiramente com Bleuler que a grande maioria dos sintomas é de natureza secundária e que suas causas são, sobretudo, psíquicas. (Jung,1986,PDM,p.219-20)*

No entanto, no que diz respeito aos sintomas primários e à causa primária, Jung acrescenta que “*em relação aos sintomas primários, Bleuler supunha a existência de uma causa orgânica*” (Jung,1986,PDM,p.220).

Para Bleuler, o sintoma primário da esquizofrenia consistia num distúrbio funcional no processo de associação de idéias e toda desintegração psíquica resultava de uma desconexão particular dessas associações, de modo semelhante ao fenômeno que ocorre no período entre o estado de consciência de vigília e de sonho. Já Jung identifica o sintoma primário da esquizofrenia, a dissociação, com o conceito de “rebaixamento da tensão psíquica” (*abaissement du niveau mental*) de Pierre Janet, causado por uma típica “fraqueza

da vontade” (*faiblesse de la volonté*). A força de vontade seria, então, a principal força diretora da vida psíquica, e a diminuição da tensão psíquica resultaria de uma incapacidade de se produzir uma seqüência lógica de pensamentos ou até mesmo na interrupção dessa seqüência ideativa por falta de inibição de conteúdos patológicos estranhos à mente (Jung,1986,PDM,p.220).

Jung considera que existem analogias entre o estado mental neurótico e o esquizofrênico, mas a diferença fundamental reside, na sua concepção, no fato de que na neurose há uma preservação da unidade potencial da personalidade, que pode ser reconstituída através da hipnose ou da psicoterapia, enquanto em alguns casos de esquizofrenia severa a fragmentação da consciência é mais resistente à reestruturação ou reequilíbrio (Jung,1986,PDM,p.220). Com relação à distinção entre o estado neurótico e o psicótico, Jung afirma que “*um paciente histérico pode sofrer de mania de perseguição muito próxima de uma verdadeira paranóia*” (Jung,1986,PDM,p.221). Para Jung, a dissociação esquizofrênica é menos fluida e mutável, e o núcleo inconsciente do “eu” é mais resistente à “relição” com a realidade. A estrutura psíquica do esquizofrênico sofreria uma despotenciação ou rebaixamento da tensão psíquica (o *abaissement du niveau mental* de Pierre Janet). Segundo Jung, a *Spaltung* (*abaissement* de Janet) provoca uma diminuição do controle do núcleo do “eu” devido à fragmentação da personalidade e diminui a reação adequada de adaptação à realidade externa. A formação de idéias incompletas sobre a realidade facilitaria o surgimento de reações afetivas insuficientes e inadequadas, e a redução do limiar da consciência intensificaria a manifestação dos conteúdos inconscientes na forma de alucinações e delírios, como se fossem personalidades invasoras ou autônomas (Jung, 1986, PDM, p.222).

A partir desse ponto de vista, Jung formula a seguinte questão etiológica: “*pode-se considerar o sintoma primário, o ‘abaissement’ extremo, como consequência de um*

*conflito psicológico e de outras dificuldades de natureza emocional?” (Jung, 1986, PDM, p.222).*

Tanto Bleuler quanto Jung estavam convencidos de que a existência fenomenológica individual da forma e do conteúdo dos sintomas secundários era determinada psicologicamente. No entanto, em relação à existência fenomenológica da forma e do conteúdo dos sintomas primários, Bleuler, como vimos, hipotetizava uma causa orgânica, enquanto Jung, sem negar a possibilidade da ação conjunta de fatores somáticos e psíquicos, adota um ponto de vista etiológicamente mais “condicionalista”, em que diversas condições determinantes concorrem para a estruturação dinâmica de uma psicose. A dúvida, portanto, se desloca rumo à essência primária da doença, já que os sintomas secundários são admitidos como possuindo a mesma determinação psíquica por ambos os psiquiatras, tanto nas neuroses como nas psicoses, conforme nos afirma Jung:

*Não existe qualquer dúvida sobre a determinação psicológica dos sintomas secundários. Sua estrutura e origem não diferem da estrutura e origem dos sintomas neuróticos, exceto por apresentarem todas as características de conteúdos psíquicos que não mais se encontram sob o controle da unidade da personalidade. De fato, não existe nenhum sintoma secundário que não dê sinais de um ‘abaissement’ típico. Essa característica, no entanto, não depende da psicogênese, mas provém, exclusivamente, do sintoma primário. Ou, em outras palavras: as causas psicológicas só geram sintomas secundários com base em processos primários. Sendo assim, ao se tratar da questão sobre a psicogênese na esquizofrenia, os sintomas secundários podem ser abandonados. (Jung,1986,PDM,p.222-3)*

O problema da psicogênese do processo ou do estado de diminuição da tensão psíquica primária na esquizofrenia é formulado por Jung em termos das diversas fontes que condicionam a determinação causal, tais como “*fadiga, sono normal, estase, febre, anemia, forte afeto, choque, doenças orgânicas no sistema nervoso central como também por psicologia de massa, mentalidade primitiva, fanatismo religioso e político, além de fatores constitutivos ou hereditários*” (Jung,1986,PDM,p.223).

De acordo com Jung, além do pluralismo etiológico característico das doenças mentais, a forma mais geral de enfraquecimento ou inibição da tensão psíquica (*Spaltung*)

deixa intacta a unidade da estrutura de personalidade e tanto nas neuroses como nas psicoses “*encontra-se sempre uma disposição psicológica mais ou menos latente antes do ‘abaissement’, de maneira que esse surge apenas como causa condicional*” (Jung, 1986, PDM, p.223). O princípio de condicionalidade (multifatorial) ocupa na teoria psicopatológica junguiana o lugar da tradicional concepção de causalidade mecânica unilateral e reducional do organicismo ou de um “atavismo” puramente biologicista. O atavismo pode ser definido como uma condição genético-hereditária, aplicada muito mais às doenças orgânicas ou biológicas que às psiquiátricas, em que os traços latentes ou diatéticos (predisposicionais) da estrutura física ou psíquica, que permaneciam inativos por várias gerações, reaparecem nos descendentes atuais.

A esse respeito, assim se expressa hipoteticamente Jung:

*Confesso que é muito difícil decidir se a causa primária é um enfraquecimento da consciência ou um fortalecimento do inconsciente. A segunda possibilidade não pode ser simplesmente excluída, pois, na esquizofrenia, o material arcaico, extremamente rico, é a expressão de uma mentalidade ainda mais infantil e primitiva. Pode-se então tratar de atavismo.* (Jung, 1986, PDM, p.228-9)

Uma espécie de desadaptação ou inadequação de parte da estrutura psíquica, no processo de desenvolvimento da personalidade e do progresso da consciência, é invocada hipoteticamente por Jung para tentar explicar o distanciamento entre o “Inconsciente” e a “Consciência” no âmbito fenomenológico do conflito psíquico que leva à psicose:

*“Considero com seriedade a possibilidade de uma espécie de ‘inibição do desenvolvimento’ onde uma quantidade maior do que o normal de psicologia primitiva permanece intacta, não se adequando às condições modernas”* (Jung, 1986, PDM, p.229).

Aqui o elemento chave é a capacidade de adaptação, analogamente à capacidade e o desejo de aculturação nos conflitos étnicos e culturais. Uma personalidade cuja natureza é marcada por uma acentuada resistência à adaptação a uma nova realidade psico-social apresentará seus

traços inibitórios na forma de sintomas característicos e é natural que ocorram fenômenos de resistência à adaptação às novas condições:

*É natural que, sob tais condições, uma parte considerável da psique não consiga seguir o passo do progresso normal da consciência. Com o passar dos anos, o distanciamento entre o inconsciente e a consciência aumenta, gerando, então, um conflito, de início latente. (Jung,1986,PDM,p.229)*

Tal conflito, intensificado pelas exigências volitivas de satisfação de um desejo incompatível com as exigências de adaptação à realidade externa levará a uma intensificação do esforço de readaptação ou à falência da adaptação, a psicose. O conflito, então, se exacerbará e os conteúdos inconscientes primitivos se apresentarão na forma secundária de sintomas delirantes, alucinatórios, estereotípias variadas, etc., como afirma Jung nesta passagem:

*Se, no entanto, um esforço especial de adaptação for exigido e a consciência tiver que recorrer a suas fontes inconscientes, o conflito se manifesta; a mente primitiva, até então latente, irrompe, de repente, com conteúdos por demais incompreensíveis e estranhos para serem assimilados. Num grande número de casos, esse momento marca o início de uma psicose. (Jung,1986,PDM,p.229)*

Segundo Jung, o enfraquecimento volitivo na neurose (*abaissement*) poderia ser causado por fatores exclusivamente psicológicos ou pelo entrelaçamento destes com outros fatores de natureza mais fisiológica, desde que haja uma atenuação do controle egóico ou uma despotenciação da personalidade consciente, numa situação de conflito intenso entre o “eu” e outras partes da estrutura psíquica, com a substituição de uma forma mais adaptativa (complexo) por uma mais primitiva e desadaptada à realidade externa. Jung considera que:

*Todo neurótico luta pela preservação e domínio da consciência e pela subjugação das forças inconscientes contrárias. Contudo, no momento em que o paciente se deixa invadir e guiar pelos estranhos conteúdos do inconsciente, ou seja, pára de lutar, chegando a se identificar com os elementos mórbidos, ele fica exposto ao risco de esquizofrenia. O ‘abassaiment’ alcança então um grau funesto em que o eu perde toda força para resistir à influência de um inconsciente aparentemente mais poderoso. (Jung,1986,PDM,p.224)*



Na luta pela sobrevivência do equilíbrio psíquico através do domínio da volição consciente sobre a volição inconsciente, o ato volitivo de “deixar-se invadir” ou renunciar à luta contra a volição contrária, resulta no estado de caos consentido pelo núcleo volitivo do eu com o objetivo de se esquivar do desprazer do conflito e obter a satisfação de um estado mental livre de conflitos insuportáveis. No entanto, o prazer que decorre da anulação do conflito acarretará as conseqüências que a estrutura de personalidade puder consentir se não houver uma elaboração posterior, o que seria uma explicação para a resistência à cura nos casos graves de esquizofrenia. E, num espectro que oscilará entre as diversas neuroses e psicoses, encontraremos paralelamente um espectro variado de estruturas de personalidade mais ou menos resistentes ao ingresso na doença ou, ao contrário, mais ou menos resistentes ao retorno ou readaptação à realidade. O ponto crítico corresponderá ao momento de máxima resistência ao fracasso no enfrentamento das adversidades da vida. No terreno fenomenológico do limiar fronteiroço entre a saúde e a doença o indivíduo ainda poderá transitar reiteradamente no terreno da neurose e da psicose, configurando o aspecto indefinido dos quadros clínicos ditos pré-psicóticos, limítrofes, fronteiroços ou *borderline*. Neurose e psicose, neste sentido, se interpenetram o tempo todo, mesmo durante os processos esquizofrênicos mais graves:

*A neurose se encontra aquém do ponto crítico, ao passo que a esquizofrenia se encontra além dele. Sem dúvida alguma, os motivos psicológicos podem provocar um 'abaissement' que acaba se convertendo numa neurose. Uma neurose pode se aproximar do limiar perigoso, mas, de algum modo, ainda consegue se manter aquém dele. Caso ultrapasse este limiar, deixará de ser neurose. Mas será que podemos ter plena certeza de que uma neurose jamais ultrapassará o limiar perigoso? Sabemos que existem casos considerados durante anos como neuroses que, de súbito, ultrapassam as fronteiras, e o paciente se transforma inequivocamente num verdadeiro psicótico. (Jung,1986,PDM,p.224)*

Em tais casos de neuroses prolongadas que se tornam psicoses, o termo “psicose latente” pretende excluir a possibilidade de se explicar a esquizofrenia a partir de uma psicogênese predominante; mas, não seria isso um mero artifício teórico para encobrir

um preconceito organicista calcado na concepção de que as psicoses não podem ser neuroses que ultrapassaram o ponto de equilíbrio ou de contato mínimo com a realidade? Talvez, se fosse provado que todas as neuroses tivessem uma causa exclusivamente orgânica, não haveria tanta resistência da neurociência e da psiquiatria biológica em aceitar que a relação neurose-psicose é apenas uma questão de aquém ou além de um limiar perigoso, entre a adaptação parcial e a desadaptação total à realidade. A neurose seria então uma psicose que não se dissociou ou que conseguiu manter o vínculo com a realidade. No entanto, Jung prefere a teoria dos conteúdos (psicóticos) inconscientes, que sempre existiram no inconsciente coletivo do paciente na forma de um invasor insidioso, subjacente a uma neurose que apenas mascarava uma psicose latente e iminente:

*Poderíamos dizer que se trata de um caso de psicose 'latente' (que foi sempre uma psicose), escondida, velada ou camuflada por uma suposta neurose. Mas o que aconteceu na verdade? Durante muitos anos, o paciente lutou por preservar o eu, por manter o controle e a unidade de sua personalidade. No final, porém, desistiu, deixando-se vencer pelo invasor frente ao qual não é mais capaz de resistir. (Jung, 1986, PDM, p.224)*

A questão da renúncia do complexo nuclear do eu a favor de um complexo patogênico conflitivo remete necessariamente à questão do livre arbítrio e da ação volitiva inconsciente que decide a favor ou contra a estruturação de uma neurose ou de uma psicose, de uma adaptação satisfatória ou de uma fuga à realidade. Na base das “decisões” conscientes ou inconscientes parecem influenciar os valores éticos e o peso da tradição parental, associados às tendências instintivas e a estrutura de personalidade do indivíduo. A manutenção crônica do conflito parece ter seus lucros indiretos. Ao se comparar o sofrimento nos estados neuróticos em relação aos psicóticos, tem-se a impressão de que o neurótico sofre mais e busca às vezes o alívio temporário na alienação da dura e implacável realidade. A partir da constatação de que os esquizofrênicos apresentavam os mesmos complexos ideofetivos que as pessoas normais e neuróticas, Jung concluiu que tais complexos fazem

parte da constituição de todos os indivíduos e estão presentes tanto na Histeria como na Esquizofrenia:

*Essas forças e conteúdos inconscientes já se encontravam presentes há muito tempo e ele (o paciente) conseguiu lutar contra eles durante anos com sucesso. Na verdade, esses conteúdos não existem apenas no paciente e sim no inconsciente de toda pessoa normal que, no entanto, tem a felicidade de não suspeitar disso. Eles não surgem do nada nem resultam, tampouco, da intoxicação de células cerebrais, mas constituem partes integrantes de nossa psique inconsciente. (Jung,1986,PDM,p.224)*

Jung procura, a todo momento, fundamentar sua tese do inconsciente coletivo herdado e, para isso, precisa descartar a idéia de que lesões ou intoxicações cerebrais possam sozinhas causar uma esquizofrenia. Ao conceber o fator psíquico gerador fundamental como uma força e um conteúdo, parece pretender se defender das críticas feitas à psicanálise por Minkowski e outros, no sentido de que o fator fundamental não teria apenas a natureza de conteúdo, mas também de uma “força”. Resta saber o que propriamente Jung pretende significar com o conceito de “força” no contexto específico da psicologia e da psicopatologia. No entanto, em relação ao conceito freudiano de resistência, aplicado à duração das neuroses e das psicoses, as coisas parecem mais claras: *“Em meus quase quarenta anos de experiência, vi inúmeros casos de neurose que desenvolveram uma fase psicótica ou uma psicose duradoura.”* (Jung,1986,PDM,p.225).

Quanto à questão da natureza dos conteúdos psíquicos nas pessoas normais, nas neuróticas e nas psicóticas, Jung admite que não há diferenças essenciais entre elas, por serem encontradas em qualquer pessoa:

*A existência de materiais inconscientes estranhos não prova nada, pois esses mesmos materiais podem ser vistos nos neuróticos, nos pintores modernos, nos poetas e também na maior parte das pessoas normais que valorizam, com especial atenção, os seus sonhos. (Jung,1986,PDM,p.225)*

Coerente com a sua concepção construtivista e condicionalista, Jung defende a idéia de que o fator fundamental que determina um estado psíquico psicótico é a “condição” de resistência (suportar) ou de fracasso diante das “forças” de oposição, isto é, das tensões conflitivas da estrutura psíquica na sua relação com as forças ancestrais herdadas na forma de arquétipos do inconsciente coletivo, que discutiremos no próximo capítulo sob a luz da psicopatologia fenômeno-estrutural de Minkowski. Voltando a Jung, quando uma gota d’água transborda o copo, isto é, quando um estímulo aparentemente banal desencadeia a passagem de uma neurose para uma psicose, o que se deve analisar são as “condições” de formação de uma estrutura psicótica e das condições de resistência, isto é, de resistir ou de sucumbir à esquizofrenia:

*A possibilidade de uma psicose posterior [a uma neurose] nada tem a ver com a estranheza dos conteúdos inconscientes e sim com a condição de a pessoa suportar um certo pânico ou resistir à tensão crônica de uma psique que se encontra em luta consigo mesma. Com muita freqüência, trata-se simplesmente de um pequeno exagero, de uma gota d’água que faz com que o copo transborde, ou de uma faísca que explode o barril de pólvora. (Jung,1986,PDM,p.225)*

Se a pressão ou tensão psíquica gerada pelo conflito entre as forças (volitivas) do complexo arquetípico e as forças defensivas do complexo nuclear (eu) da estrutura psíquica for muito intensa, haverá ou não uma dissociação (cisão parcial) ou até mesmo uma desagregação (cisão “total”) das faculdades psíquicas elementares e complexas:

*Sob a pressão de um ‘abaissement’ extremo, a totalidade psíquica se fragmenta em vários complexos e o complexo do eu deixa de desempenhar o papel principal, tornando-se apenas um dentre os outros de igual importância ou ainda mais importantes. Todos esses complexos se revestem de uma personalidade, embora permaneçam fragmentos. (Jung,1986,PDM,p.225)*

O processo de fragmentação da estrutura psíquica global depende, portanto, do grau de maturação e da capacidade defensiva ou de resistência diante do complexo arquetípico ancestral ativado. A tensão crônica refletirá a capacidade de enfrentar e elaborar

os conteúdos assimilados e ainda não neutralizados ou transformados, analogamente ao processo biológico digestório em que uma proteína de um organismo vegetal ou animal é decomposta em aminoácidos essenciais para, posteriormente, constituir as proteínas da estrutura orgânica do novo indivíduo. Quanto à perda da capacidade de elaboração e de domínio da tensão conflitiva, a pretendida autonomia de um fragmento da estrutura cindida na esquizofrenia poderia ser explicada pelo nível insuportável de tensão conflitiva da neurose. O surto psicótico seria então o estado de escape do excesso de pressão no sistema psíquico estruturado de modo contraditório. Quanto aos processos primários e secundários psicanalíticos aplicados à etiologia da esquizofrenia, Jung pergunta o motivo da dissolução onírica não levar à dissolução psicótica.

A resposta parece estar na estrutura psíquica do sonhador, cujas defesas encontram-se íntegras e resistentes à desagregação. A dissolução parcial ou incompleta reflete, então, a condição natural de sonhar:

*Mesmo sabendo que o sintoma primário surge com o auxílio de uma função normal sempre presente, ainda é preciso esclarecer por que aparece um estado doentio e não a consequência normal do sono. (...) Os sonhos decorrem de uma dissolução incompleta da consciência ou de um estado de excitação do inconsciente, cuja interferência abala o sono. (Jung,1986,PDM,p.226-7)*

*Analogamente aos processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos de absorção, distribuição, transformação e excreção de drogas, poderíamos compreender a psicocinética e a psicodinâmica dos processos psíquicos psicóticos, imaginando os conteúdos primários arquetípicos do inconsciente coletivo junguiano como espécies de 'drogas' ancestrais necessitando ser neutralizadas após atuar como elementos úteis, mas perigosos, se assimilados na dose errada. O processo não seria fundamentalmente diferente da assimilação de conhecimentos e situações novas da vida de vigília em que o excesso de informação pode levar ao colapso do sistema psíquico na forma de atos falhos, idéias deliróides e, no limite, delírios verdadeiros. Da mesma maneira que os sonhos normais, a esquizofrenia apresenta uma mistura de material pessoal e coletivo, com a diferença de que parece haver uma predominância do material coletivo. Isso é particularmente visível nos estados conhecidos como estados oníricos ou delirantes e na paranóia, e também nas fases catatônicas, desde que se consiga penetrar nas experiências interiores desses pacientes. (Jung,1986,PDM,p.227)*

O conceito fundamental da obra junguiana é o conceito de arquétipo do inconsciente coletivo, o que o levou a estudar exaustivamente os símbolos históricos e étnicos

para tentar compreender as estruturas fenomenológicas das imagens do sonho e da psicose, pois:

*Sem um conhecimento penetrante dos símbolos históricos e étnicos torna-se, naturalmente, impossível apreciar a importância da psicologia comparativa para a teoria dos delírios. (...) Decerto, começamos com por uma psicologia inteiramente personalista, sobretudo a representada por Freud. No entanto, logo percebemos que a psique humana é, em sua estrutura fundamental, tão pouco personalista como o corpo, constituindo muito mais uma herança universal. A lógica do intelecto, a 'raison du coeur', as emoções, os instintos, as imagens e formas estruturantes da imaginação possuem muito mais semelhança com a exposição kantiana das categorias a priori, ou com a 'eidé' de Platão do que com os deslizes, circunstancialidades, humores e singularidades de nossa mente pessoal. (Jung,1986,PDM,p.228)*

Retornando à questão da psicogênese, Jung parece mais inclinado a pensar num condicionalismo psicogenético associado a um condicionalismo organogenético, principalmente nos casos mais graves de esquizofrenia, do que simplesmente num psicogeneticismo puro, exclusivo ou unilateral. Uma perspectiva exclusivamente psicológica seria regida por uma espécie de princípio de causalidade psíquica absoluta, o que se torna muito difícil de provar na maioria dos casos graves, mesmo se considerando que os casos não-curados ou “incuráveis” resultam das estatísticas clínicas baseadas em seleções que costumam excluir os casos menos graves. Além disso, a falta de conhecimento sobre a causa primária dos processos de formação da psicose influencia o desenvolvimento e a aplicação de métodos de tratamento próprios à exigência da natureza esquizofrênica e conseqüentemente se reflete nas estatísticas de cura e de não cura da doença. Isso explicaria o aumento ou a diminuição da cronicidade da doença em função do sistema e dos métodos terapêuticos dispensados aos doentes mentais graves, como Jung bem observou em seu tempo, ainda válido aos dias atuais:

*A maioria dos catatônicos totalmente degenerados desapareceu por completo apenas porque lhes foi dada uma ocupação. O outro fato que me impressionou foi a descoberta que fiz logo no início de minha prática psicoterapêutica: o grande número de esquizofrênicos existentes fora das clínicas psiquiátricas. Esses casos estão, em parte, camuflados como delírios de perseguição, neuroses obsessivas, fobias e histerias e evitam, ao máximo, a proximidade com o hospício. (Jung,1986,PDM,p.231)*

Além disso, a assimilação de conhecimentos sobre o funcionamento da mente mostra seus resultados maiores ou menores na psicoterapia, reforçando as defesas saudáveis da psique, com uma eficácia superior aos potentes psicofármacos, mesmo nos casos mais graves, crônicos e aparentemente sem esperanças de recuperação:

*Mesmo quando não tenho muita esperança em relação a um paciente, tento lhe oferecer o máximo de psicologia possível, pois vi muitos casos em que, devido a um aumento do entendimento psicológico, o prognóstico melhorou e os ataques posteriores foram menos graves. (Jung,1986,PDM,p.232)*

Há casos graves de esquizofrenia que caminham mais rapidamente para a cura quando o doente passa a ter esperança e a certeza de que conseguirá curar-se. O inverso também ocorre na prática clínica e, nesse sentido, a questão nosográfica parece perder todo o seu significado e importância prática:

*“Fazer um diagnóstico correto ou confirmar o péssimo prognóstico constituem os aspectos menos importantes da atividade médica. Isso pode até mesmo sufocar o entusiasmo que, na psicoterapia, é o segredo do sucesso” (Jung,1986,PDM,p.232). E, este foi o motivo de Jung adotar uma postura prática voltada para a eficácia pragmática da psicoterapia calcada em teorias otimistas, porquanto, na interação psíquica entre o profissional de saúde mental e o doente mental, a teoria do método faz uma grande diferença em termos de eficácia: “Trato destes [casos graves] como se não fossem orgânicos e sim psicogênicos, e como se pudesse curá-los, utilizando meios puramente psicológicos” (Jung, 1986, PDM, p.232-3).*

A questão da natureza primária dos processos psicopatológicos na esquizofrenia e da hereditariedade nas doenças mentais permanece, entretanto, uma região pouco explorada (Jung,1986,PDM,p.233). O futuro da psicopatologia continuará a depender, principalmente, do futuro das pesquisas e da elucidação do problema etiológico da

esquizofrenia, a rainha incógnita das doenças mentais. Vejamos que direcionamentos Jung nos aponta para o conhecimento futuro da psicopatologia da esquizofrenia.

#### 2.5.4 O FUTURO DA PSICOPATOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA

Em seu artigo “Novas Considerações Sobre a Esquizofrenia”, de 1959, (Jung,1986,PDM,p.235-242) Jung, aos 84 anos, afirma que *“a necessidade mais premente, tanto no campo da psicologia como no da psicopatologia, é, no meu entender, o aprofundamento e a ampliação do conhecimento acerca das estruturas psíquicas complexas de que se ocupa a psicoterapia”* (Jung,1986,PDM,p.237). Segundo Jung, a falta de uma pesquisa séria e sistemática que possibilite o aprofundamento e a ampliação dos conhecimentos científicos acerca das estruturas psíquicas complexas é a falta de um fundamento teórico-científico sólido constituído por um ponto de reparo arquimediano que possibilitasse a comparação dos fenômenos psicopatológicos com os seus fenômenos psicológicos normais, equivalentes e correspondentes (Jung,1986,PDM,p.237-8). Além disso, os preconceitos teóricos das escolas de pesquisa e a falta de um paradigma sólido dificultam o desenvolvimento de métodos apropriados à complexidade do fenômeno esquizofrênico:

*Sabemos muito pouco sobre os conteúdos e a importância dos produtos mentais patológicos e, contra o pouco que sabemos, temos ainda certos preconceitos teóricos. Isso vale de modo especial para a psicologia da esquizofrenia, onde os conhecimentos de que dispomos sobre essa doença ainda se encontram num estágio bastante insatisfatório.* (Jung,1986,PDM,p.237)

O rebaixamento da tensão psíquica do estado de sono difere fenomenologicamente do rebaixamento do estado esquizofrênico em vários aspectos, sobretudo no aspecto essencial de que a esquizofrenia ocorre no estado de vigília, sem



diminuição da consciência e da atenção, e os delírios são produzidos geralmente segundo as regras da lógica formal, embora os argumentos se constituam de premissas falsas. Por conseguinte, na esquizofrenia estamos diante de um fenômeno distinto do fenômeno onírico:

*O 'abaissement' é constatável não somente no estado onírico como também na esquizofrenia. Na verdade, existe uma diferença essencial entre ambos, na medida em que, na esquizofrenia, a consciência não está tão diminuída como no sono. Mesmo quando é inquestionável a presença de sintomas de 'abaissement', a memória e a orientação geral funcionam normalmente, a não ser em seus estados oníricos e delirantes. Esses fatos mostram, com nitidez, que os fenômenos da esquizofrenia não são causados por uma diminuição geral da atenção ou da consciência, mas dependem de algum fator perturbador que, por sua vez, está relacionado a determinados elementos psíquicos em particular.*  
(Jung,1986,PDM,p.238-9)

Na concepção junguiana da esquizofrenia as hipóteses heurísticas freudianas e adlerianas sobre as neuroses são apenas parcialmente válidas para a esquizofrenia, pois as formações psíquicas complexas da psicose resultariam de uma dissociação específica fenomenologicamente diferente da dissociação neurótica. Enquanto na neurose a dissociação psíquica é mais sistemática, na psicose a desestruturação das funções psíquicas é mais assistemática, o que se percebe através de suas expressões sintomáticas, dentre elas os delírios e as alucinações. Enquanto os fenômenos neuróticos correspondem mais aos processos ideofetivos normais, os psicóticos são mais semelhantes aos fenômenos dos sonhos e das intoxicações por drogas (Jung,1986,PDM,p.238).

Os fenômenos esquizofrênicos não são causados, primariamente, por uma diminuição da atenção e da consciência, mas por um fator perturbador essencial que causa dentre outros tantos efeitos o rebaixamento de ambas. A perturbação se mostra mais nítida no plano das idéias pertencentes ao campo afetivo dos complexos em conflito, que, embora idênticos aos complexos neuróticos nas pessoas normais, apresentam a peculiaridade de se estruturarem de um modo “desestruturado”, deteriorado, auto-destrutivo, distorcido ou desordenado, comprometendo, assim, a adequada síntese de idéias e a expressão inadequada

da afetividade (Jung,1986,PDM,p.239). Mesmo que os complexos neuróticos sejam formados pelos mesmos elementos dos complexos psicóticos, a diferença se mostra no modo de funcionamento, construtivo ou destrutivo:

*Trata-se, na realidade, de um complexo idêntico aos que podem ser observados nos neuróticos e nas pessoas normais. Um complexo emocional pode perturbar a atenção geral e a concentração, mas jamais destrói seus próprios elementos psíquicos ou o seu conteúdo, como acontece num complexo esquizofrênico. Pode-se até dizer que os elementos de um complexo neurótico ou de um complexo normal são bem estruturados e também hipertróficos, graças a sua energia crescente, caracterizando-se pela tendência em aumentar sua abrangência, através dos exageros e acréscimos fantásticos. (Jung,1986,PDM,p.239)*

Jung infere que o fenômeno de auto-desestruturação do complexo central da esquizofrenia se exprime na forma de incapacidade de comunicação e expressão adequadas:

*“A autodestruição do complexo esquizofrênico se exprime, em primeira instância, pelo distúrbio da capacidade de expressão e comunicação.”*  
(Jung,1986,PDM,p.239)

A compreensão dos elementos inadequados ou patológicos do complexo ideofetivo central da estrutura psíquica como um todo se mostra mais acessível à análise no fenômeno neurótico. A perturbação da sensibilidade na esquizofrenia é praticamente constante e a falta de adequação afetiva é o efeito de uma exacerbação da “anestesia” ou da hipoestesia característica da bipolaridade hiperestesia-anestesia característica da esquizoidia predominante na estrutura caracterial da personalidade do esquizofrênico típico. Na Esquizofrenia a constituição do complexo possui uma natureza diferente do complexo histórico e a sensibilidade adquire uma outra dimensão:

*Em se tratando de neurose, basta conhecer todos os aspectos do complexo central para que os traços inadequados se tornem visíveis e compreensíveis. Na esquizofrenia, a sensibilidade é perturbada ininterruptamente, ou seja, a falta ou outro tipo de inadequação da sensibilidade não aparece sensu strictiori apenas na região do complexo, traindo-se em todos os comportamentos.*  
(Jung,1986,PDM,p.240)

O caráter “ilógico” da interpretação esquizofrênica da realidade parece refletir o aspecto desintegrado dos elementos afetivos que constituem a psicose. Tal desintegração sugere a concomitância de fatores patológicos associados, psicogênicos e somatogênicos (toxometabólicos), porém a causa primária do fator orgânico parece ser de natureza psíquica, na opinião de Jung, conforme se pode inferir nessa passagem:

*Considerando-se que até hoje (1959) os processos especificamente psicológicos que poderiam ser responsabilizados pelo efeito esquizofrênico não foram descobertos, admito a possibilidade da existência de um causa tóxica. Essa deve estar relacionada a uma desintegração orgânica e local, ou seja, a uma alteração fisiológica produzida por uma pressão emocional que excede a capacidade das células cerebrais. (Jung,1959[1986],PDM,p.240)*

Para Jung, o fato de haver inúmeros casos de remissão total de esquizofrenia através da psicoterapia indica a possibilidade de que o fator psíquico seja mais primário que o neurofisiológico, mesmo que ambos participem de modo sinérgico na manutenção da desestruturação característica da doença: “*Nós já sabemos que essa doença apresenta dois aspectos de extrema importância: o bioquímico e o psicológico. Para minha satisfação, pude provar que a doença, embora numa escala reduzida, pode ser tratada por meio da psicoterapia.*” (Jung,1986,PDM,p.240-1).

Jung insiste na concepção de que é possível encontrar nos sonhos dos esquizofrênicos um tipo impessoal de conteúdo, idêntico em sua forma aos conteúdos presentes nos mitos das antigas civilizações, sem que o indivíduo tenha tido, em algum momento de sua vida, qualquer contato cultural ou informação que pudesse estar reprimida em seu inconsciente. Devido à semelhança funcional com o comportamento instintivo, Jung denominou essas estruturas psíquicas profundamente primitivas de “arquetipos” do inconsciente coletivo ou universal, comuns a toda a humanidade, em oposição às estruturas psíquicas inconscientes pessoais, cuja forma e significado seriam constituídos a partir de conteúdos adquiridos ao longo da história biográfica do indivíduo. No entanto, Jung considera

um erro identificar tais formações arquetípicas como sendo simples conteúdos geneticamente herdados de familiares imediatos ou ancestrais remotos, conforme ele nos adverte nesta passagem:

*Seria um equívoco considerar tais formações como representações herdadas, pois são apenas as condições para a formação de idéias assim como os instintos são as condições dinâmicas para os mais variados modos de comportamento. É provável até que os arquétipos constituam a expressão psíquica ou a manifestação dos instintos. (Jung,1986,PDM,p.241)*

As formações arquetípicas seriam estruturas funcionais com poder semelhante aos instintos e, portanto, de caráter volitivo, que forneceriam as condições dinâmicas para a expressão da conduta, isto é, uma espécie de pulsão instintiva ou a expressão psíquica do instinto criativo. Os modos mais gerais do funcionamento psíquico, isto é, as formas de pensamento e de sentimento mais primitivas são formas herdadas que podem surgir de modo destrutivo ou construtivo. Assim, as expressões sintomáticas da esquizofrenia não deveriam ser compreendidas somente a partir da existência de conteúdos da existência pessoal:

*É evidente que a questão acerca dos modos de comportamento e das formas de pensamento arcaicas não pode ser tratada somente do ponto de vista da psicologia individual. Neste campo, a pesquisa deve recuar até as manifestações mais gerais do espírito humano. Assim, toda tentativa de se penetrar com maior profundidade nessa questão conduz, inevitavelmente, ao problema do espírito humano in toto. (Jung,1986,PDM,p.241-2)*

E, portanto, a pesquisa da estrutura complexa da psique depende de um enfoque multidisciplinar ou transdisciplinar que envolva praticamente todas as disciplinas da ciência, dada a complexidade do ser humano:

*A mente individual não pode ser entendida apenas por si mesma. Para seu entendimento, faz-se necessário um modo de observação bem mais abrangente, ou em outras palavras: a investigação das camadas psíquicas mais profundas só pode se realizar com o auxílio de outras disciplinas. (Jung,1986,PDM,p.242)*

No entanto, no que concerne ao fator causal fundamental, Jung às vezes parece duvidar da primariedade do fator psíquico hereditário em relação a um provável fator

toxometabólico na determinação causal da esquizofrenia e parece dar a ambos o mesmo peso causal:

*No meu entender, a investigação da esquizofrenia constitui uma das tarefas mais importantes da psiquiatria futura. O problema encerra dois aspectos, um fisiológico e um psicológico, pois, como se pode perceber, essa doença não se satisfaz com uma única explicação. Sua sintomatologia indica, por um lado, um processo basicamente destrutivo, talvez de natureza tóxica, e, por outro, um fator psíquico de igual importância, já que não se pode abandonar uma etiologia psicogênica e a possibilidade de um tratamento psicológico ao menos em alguns casos. Os dois caminhos abrem visões ricas e abrangentes tanto no campo teórico como no terapêutico. (Jung,1959[1986],PDM,p.242)*

Em seu artigo intitulado “A Esquizofrenia”, de 1958 (Jung, 1958[1986], PDM, p.243-258), Jung apresenta uma visão panorâmica sobre as suas concepções acerca da esquizofrenia e afirma que os conteúdos estranhos que emergem à consciência do indivíduo sonâmbulo ou histérico podem constituir a causa manifesta da cisão da personalidade, sem fragmentá-la cronicamente, como acontece na esquizofrenia:

*Na esquizofrenia encontram-se, com muita frequência, conteúdos estranhos que inundam a consciência de maneira mais ou menos repentina e fragmentam a coesão interna da personalidade de forma característica. Enquanto a dissociação neurótica jamais perde seu caráter sistemático, a esquizofrenia apresenta um quadro de acidentalidade assistemática que, muitas vezes, mutila a continuidade de sentido tão característica das neuroses, a ponto de se tornar irreconhecível. (Jung,1958[1986],PDM,p.246)*

Jung atribui a denominação de “estranho” aos conteúdos arquetípicos da sua teoria do inconsciente herdado para tentar explicar o comportamento aparentemente acidental ou autônomo destes conteúdos na determinação da desestruturação esquizofrênica. O caráter assistemático e irreconhecível da estrutura psíquica esquizofrênica, quando comparado ao caráter sistemático da neurose histérica, parece ter levado Jung a conceber uma natureza estranha, diferente, herdada, aos conteúdos psicóticos na esquizofrenia. Não obstante, a grande quantidade de neuroses e de esquizofrenias latentes que se “transformam” em psicoses psicogênicas ou em esquizofrenia fala mais a favor de uma etiologia primariamente

psicogenética do que organogenética. Os mecanismos psíquicos de defesa e o tipo constitucional de caráter parecem exercer um papel muito mais efetivo do que um suposto fator toxometabólico desconhecido na determinação e formação do processo esquizofrênico:

*O número de psicoses latentes e potenciais é surpreendentemente grande em comparação com o número de casos manifestos. Calculo uma relação de 10:1, embora não possa apresentar dados estatísticos precisos. Não são poucas as neuroses clássicas como histeria e neurose obsessiva que, durante o tratamento, se revelam como psicoses latentes, podendo, por vezes, transformar-se em psicoses manifestas – e a este fato todo psiquiatra deveria estar atento.*  
(Jung, 1958[1986], PDM, p.247)

A semelhança entre os sintomas ideativos da obsessão, na neurose, e do conteúdo obsessivo, na esquizofrenia, sugere a possibilidade de que as alucinações autitivo-verbais psicóticas sejam o mesmo fenômeno essencial tanto na neurose como na psicose:

*“Acompanhei, por exemplo, neuroses obsessivas clássicas em que os impulsos gradualmente foram se transformando em alucinações auditivas correspondentes, ou casos comprovados de histeria encobriram as mais diversas formas de esquizofrenia.”*  
(Jung, 1958[1986], PDM, p.247)

Por isso, a esquizofrenia seria essencialmente uma neurose que se complexificou em psicose, na forma de uma complexa estrutura de defesa contra os fatores perturbadores de qualquer natureza, somática ou psíquica, a depender da predisposição constitucional da personalidade individual, principalmente a disposição esquizóide de caráter. Entretanto, Jung resiste em conceder às disposições caracteriais o papel preponderante na determinação da psicose. Em relação à esquizofrenia, por exemplo, Jung considera que a simples disposição esquizóide de caráter, por si só, é insuficiente como fator primário gerador da desagregação esquizofrênica. A solidez de estrutura psíquica e a capacidade de resistência da ação compensatória da consciência nas neuroses parece ser diferente dos casos de “esquizofrenia latente”:

*Nestes casos, não se trata, de forma alguma, de simples predisposição esquizóide, mas de verdadeiras psicoses que ainda não minaram por completo a ação compensatória da consciência. Faz justamente cinquenta anos que adquiri, ao longo da experiência prática, a convicção de que os distúrbios esquizofrênicos poderiam ser tratados e curados por meios psicológicos. Como pude observar, o paciente esquizofrênico se comporta em relação ao tratamento da mesma maneira que um neurótico. Possui os mesmos complexos, os mesmos insights e necessidades, mas não tem a mesma solidez de estrutura. (Jung,1986,PDM,p.247)*

A estrutura psíquica na esquizofrenia parece ser mais suscetível de cisão ou fragmentação incontrolável que a estrutura neurótica, refletindo uma dificuldade de relação com o mundo e uma tendência defensiva através do isolamento social. Para Jung, há uma diferença de natureza entre a alienação neurótica e a psicótica:

*“A causa imediata do distúrbio é um afeto violento que, no neurótico, como toda emoção, produz uma alienação ou isolamento semelhante, mas passageiro. (...) Entretanto, o valor dos sintomas de isolamento nas psicoses latentes é bem diferente.”*  
(Jung,1958[1986],PDM,p.248)

Na teoria junguiana, as formas e imagens herdadas apresentam motivos míticos característicos da fantasia humana que constituem formas típicas, espontâneas e universais, independentes da tradição nos mitos, contos de fada, fantasias, sonhos, visões e idéias delirantes. Uma investigação mais cuidadosa mostra que se trata de atitudes típicas, de modos de agir, de formas de idéias e impulsos que devem constituir o comportamento tipicamente instintivo da humanidade. O termo arquétipo coincide com o conceito de *“pattern of behavior”*: *“Não se trata de maneira alguma de ‘idéias’ herdada, mas de ‘impulsos e formas instintivas herdadas’, tais como observamos em todo ser vivo”*. (Jung,1986,PDM,p.250)

Na psicologia complexa de Jung o Inconsciente é concebido como a totalidade de todas as experiências humanas, disposições constitucionais, “engramas” mnêmicos e pulsões criativas do ser humano.

Em sua obra “A Dinâmica do Inconsciente” (*Die Dynamik des Unbewussten*), Jung esclarece seu conceito de Inconsciente associado ao conceito de Instinto, no capítulo

VII, intitulado “A Estrutura da Alma”, de 1928 (Jung, 1928[1984], DI, p.145-164). Afirma que os arquétipos são as formas de expressão dos instintos e que o Inconsciente possui vários atributos, a saber: 1) conjunto de arquétipos ou reservatório de experiências passadas e herdadas; 2) sistema dinâmico de reações e aptidões; 3) fonte dos instintos que se expressam na forma arquetípica; e 4) fonte geradora do impulso criador, conforme ele o descreve nesta citação:

*(...) O inconsciente, enquanto totalidade de todos os arquétipos é o repositório de todas as experiências humanas desde os seus mais remotos indícios: não um repositório morto – por assim dizer um campo de destroços abandonados – mas sistemas vivos de reação e aptidões, que determinam a vida individual por caminhos invisíveis e, por isso mesmo, são tanto mais eficazes. Mas o inconsciente não é, por assim dizer, apenas um preconceito histórico gigantesco; é também a fonte dos instintos, visto que os arquétipos mais não são do que formas através das quais os instintos se expressam. Mas é também da fonte viva dos instintos que brota tudo o que é criativo; por isso, o inconsciente não é só determinado historicamente, mas gera também o impulso criador – à semelhança da natureza que é tremendamente conservadora e anula seus próprios condicionamentos históricos com seus atos criadores. (Jung, 1984[1928],DI,p.162)*

Em seu artigo intitulado “Instinto e Inconsciente”, de 1919, (capítulo VI de “A Dinâmica do Inconsciente”, DI, p.133-142), Jung afirma que os instintos e os arquétipos formam conjuntamente o Inconsciente coletivo ou universal (Jung,1984[1919],DI,p.137). O conceito de “arquétipo” foi empregado pela primeira vez por Jung em 1919, como equivalente à expressão “imagem primordial” (*Urbild*) de Jacob Burckhardt, o que deu origem a críticas errôneas de que Jung pressupunha a existência de uma hereditariedade de representações, idéias ou imagens. O termo “imagem primordial”, entretanto, conforme o próprio Jung, possui a significação de um conteúdo essencialmente inconsciente e desconhecido, gerado por um fator formador ou ordenador de imagens que se expressa através das imagens por ele formadas ou “ordenadas”, percebidas subjetivamente pela consciência na forma manifesta de figurações metafóricas ou míticas (Jung, 1919[1984], DI, p.137, nota de rodapé). Já os “instintos” são concebidos na teoria junguiana como qualidades herdadas ou impulsos que resultam de uma necessidade interior, sem a participação da motivação consciente. Os



“arquétipos” seriam, como já dissemos, formas de expressão dos instintos ou categorias herdadas, “formas a priori” (inatas) perceptivas e intuitivas, de todos os processos psíquicos e determinantes necessários dos padrões de conduta do ser humano. Jung denomina o Inconsciente de “pano de fundo” da psique e compara a sua realidade com o mundo visível e estabelece, além do plano consciente da psique, dois planos inconscientes, um superficial, resultado das repressões cotidianas e, um outro nível mais profundo e complexo denominado de Inconsciente coletivo, arcaico, ancestral, trans-individual ou transpessoal, repositório mnêmico-antropológico da herança espiritual da humanidade e fonte das pulsões primordiais da psique, além de encerrar as formas ou categorias (arquétipos) que regulam os instintos (Jung,1984[1928],DI,p.163).

Segundo Jung, os arquétipos são estruturas psíquicas poderosas de natureza filosófica, ética e religiosa, cujas variantes modificadas seriam os conceitos filosóficos e científicos da atualidade:

*Todas as idéias e representações mais poderosas da humanidade remontam aos arquétipos. Isto acontece especialmente com as idéias religiosas. Mas os conceitos centrais da Ciência, da Filosofia e da Moral também não fogem a esta regra. Na sua forma atual eles são variantes das idéias primordiais, geradas pela aplicação e adaptação conscientes dessas idéias à realidade, pois a função da consciência é não só a de reconhecer e assumir o mundo exterior através da porta dos sentidos, mas traduzir criativamente o mundo exterior para a realidade visível.*  
(Jung,1984[1928],DI,p.163-4)

Antes de cunhar o termo “arquétipo”, Jung utilizou inicialmente o conceito de “imagem primordial” e associou-o ao conceito de *durée créatrice* de Henri Bergson, conforme a seguinte passagem do capítulo VI de “A Dinâmica do Inconsciente”, intitulado “Instinto e Inconsciente”, de 1919:

*“Na Filosofia, Bergson nos proporcionou um exemplo de ressurgimento de uma imagem primordial, com o seu conceito de *durée créatrice* (duração criadora) que já se encontra em Proclo e, sob sua forma original, em Heráclito.”* (Jung,1984[1919],DI,p.141)

Jung diferencia os instintos dos arquétipos ao considerar que, embora ambos possuam a propriedade de repetição uniforme e regular, os instintos são formas típicas de comportamento, reações automáticas ou impulso à ação, enquanto que os arquétipos são “formas de apreensão” da experiência ancestral da humanidade, herdada na forma de disposição constitucional inconsciente, e não simplesmente de mera herança de representações psíquicas ou imagens (Jung, 1984[1919],DI,p.139 e 141). Os arquétipos seriam formas primordiais de percepção e de reação psíquica (Jung,1984[1919],DI,p.139). O Inconsciente coletivo seria constituído por ambos, instintos e arquétipos, e a prova convincente estaria, segundo Jung, na irrupção de impulsos arcaicos, associados a imagens inequivocamente semelhante aos temas míticos (Jung, 1984[1919],DI,p.141-2).

Em seu artigo intitulado “O Significado da Constituição e da Herança para a Psicologia”, capítulo IV da obra junguiana, intitulada “A Dinâmica do Inconsciente” (Jung,1984[1929],DI,p.111-116), Jung considera a importância das pesquisas sobre a constituição psicológica e a transmissão hereditária na determinação da doença mental e afirma que os processos psíquicos se apóiam na repetição de padrões de conduta e de funções herdadas juntamente com a herança organocerebral:

*Há um outro fator que a pesquisa da constituição não leva imediatamente em consideração. É o fato de que o processo psíquico não é algo que começa como se nada houvesse antes, mas é uma repetição de funções que estiveram permanentemente em preparação e foram herdadas com a estrutura do cérebro. Os processos psíquicos precedem, acompanham e sobrevivem à consciência. (Jung,1984[1929],DI, p.114)*

A vida psíquica inconsciente poderia ser transmitida através das gerações, como funções formadoras de atitudes e de formas de reação psíquica, do mesmo modo que as reações instintivas de conservação da vida. A consciência, por sua vez, seria uma função psíquica fugaz, momentânea, de uma estrutura constituída de funções automáticas que condicionam a vida psíquica constantemente, através das gerações:

*A consciência é um intervalo num processo psíquico contínuo; provavelmente é o ponto culminante que exige considerável esforço fisiológico e por isso tende a desaparecer em questão de dias. O processo psíquico que está na raiz da consciência é automático; não sabemos de onde se origina nem para onde se encaminha. Sabemos apenas que o sistema nervoso e particularmente os seus centros condicionam e exprimem a função psíquica, e que estas estruturas herdadas voltam infalivelmente a funcionar, em cada novo indivíduo, exatamente do mesmo modo como sempre fizeram em todos os outros. (Jung,1984[1929],DI, p.114)*

Jung concebe que as leis que regulam a base da constituição psíquica são fundamentalmente uniformes ou invariáveis, sem as quais não haveria a possibilidade universal do entendimento entre as individualidades que compõem a coletividade humana. As variações individuais estariam apenas nos modos exteriores de expressão dessa natureza essencial e comum:

*Por mais inumeráveis que sejam as variações da consciência individual, a base em que se assenta a psique inconsciente é uniforme. Até onde nos é possível compreender a natureza dos processos inconscientes, sempre e em toda parte eles se manifestam sob formas espantosamente idênticas, embora suas expressões, da maneira como chegam até nós através da consciência individual, possam assumir uma variedade e uma multiplicidade também muito grandes. É a essa uniformidade fundamental da psique inconsciente que os seres humanos devem a possibilidade universal de se entenderem, possibilidade esta que transcende as diferenças das consciências individuais. (Jung,1984[1929],DI,p.114)*

Tomemos, agora, algumas passagens da obra “Estudos Sobre Psicologia Analítica” de Jung (*Zwei Schriften über Analytische Psychologie*), composta de dois textos: “Psicologia do Inconsciente”, de 1916 (*Über die Psychologie des Unbewussten*) e “O Eu e o Inconsciente” (*Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten*), originalmente um texto, de 1916, com o título “A estrutura do Inconsciente”. Nesta obra (Jung, 1981[1916], EPA, p.86), Jung conceitua o inconsciente coletivo como uma figuração do mundo ou uma representação da sedimentação multimilenar da experiência universal, cujos traços ou marcas gerais e dominantes, os arquétipos, podem se apresentar na forma de projeções inconscientes ou conscientes (alucinações e delírios). Quando inconscientes, as projeções arquetípicas podem atuar como fatores desencadeadores de experiências psicopatológicas, isto é, na forma expressiva de desentendimentos interpessoais, discórdias, conflitos sociais, fanatismos e

doenças mentais variadas. A extensão dada por Jung ao Inconsciente coletivo recobre toda a filogênese evolutiva e se perde na origem ontológica das espécies:

*Pois os conteúdos do inconsciente coletivo são, não só os resíduos de modos arcaicos de funções especificamente humanas, como também os resíduos das funções da sucessão de antepassados animais do homem, cuja duração foi infinitamente maior do que a época relativamente curta do existir especificamente humano. (Jung,1981[1916],EPA,p.89)*

Aqui, Jung nos remete à obra de Hans Ganz e à sua dissertação filosófica sobre o Inconsciente na obra de Leibniz intitulada “O Inconsciente em Leibniz na sua Relação com as Modernas Teorias” (*Das Unbewusste bei Leibniz in Beziehung zu modernen Theorie*, Zürich, 1917), onde Ganz recorre à “teoria do engrama” de Semon, cuja obra se intitula “A Mneme como Princípio de Conservação nas Transformações dos Eventos Orgânicos” (*Die Mneme als erhaltendes Prinzip im Wechsel des organischen Geschehens*, Leipzig, 1904), para explicar o inconsciente coletivo a partir do conceito de “mneme antropológica”, embora, na opinião de Jung, tal conceito englobe apenas parcialmente o seu conceito mais amplo de Inconsciente coletivo (Jung,1981[1916],EPA,p.89). Na seqüência da citação anterior sobre as marcas mnêmicas ou resíduos psíquicos transmitidos hereditariamente pela evolução, Jung completa:

*Tais resíduos, ou – para usar a expressão de Semon – os engramas, quando ativos, têm a propriedade não só de interromper o desenvolvimento, como também de fazê-lo regredir, enquanto não estiver consumida toda a energia ativada pelo inconsciente coletivo. (...) Mas quando concebemos as figuras do inconsciente como fenômenos ou funções da psique coletiva, não entramos em contradição com a consciência intelectual. É uma solução racionalmente aceitável. Com isso adquirimos também a possibilidade de lidar com os resíduos ativados da nossa história antropológica, o que permitirá que se transponha a linha divisória anteriormente existente. Por isso, chamei-lhe ‘função transcendente’, porque equivale a uma evolução progressiva para uma nova atitude. (Jung, 1916[1981],EPA,p.89-90)*

O conceito junguiano de função transcendente, tema de seu ensaio de mesmo nome, “A Função Transcendente” (*Die Transzendente Funktion*, in: *Geist und Werk*, Rhein

*Verlag, Zürich, 1958*), consiste num processo natural de unificação de elementos contrários ou em conflito, que surge espontaneamente nos sonhos, nas “visões” (alucinações) e na esquizofrenia, e que pode receber aplicação terapêutica através do método sintético ou construtivo, superando assim a decomposição reducionista do método tradicional de análise e possibilitando a amplificação do significado dos fenômenos complexos do Inconsciente coletivo (Jung, 1981[1916], EPA, p.72-3).

Em suma, apesar de toda uma vida voltada às investigações da arquitetura e dinâmica da mente inconsciente, Jung reconhece as dificuldades imensas em avançar na compreensão da natureza ou essência da psique, pois:

*Tais investigações não chegaram ainda a um final satisfatório, uma vez que permanece sem resposta a questão fundamental, relativa à natureza e essência do processo inconsciente. Não me atrevo a abordar um tema de tal dificuldade sem dispor da maior soma possível de experiências. Sua solução está reservada ao futuro.* (Jung, 1916[1981], EPA, p.114)

Do mesmo modo, permanece sem resposta a questão fundamental relativa à natureza ou essência do processo fundamental de constituição das doenças psíquicas em geral e da esquizofrenia em particular.

Após esse percurso nas obras iniciais e psiquiátricas, em que Jung trata do problema da psicogênese das doenças mentais, passemos ao próximo capítulo para examinar as possíveis soluções do problema nosográfico da psicopatologia através da conceitografia de Eugène Minkowski (1875-1972), contemporâneo de Jung e discípulo de Bleuler, a fim analisar as suas contribuições e tentativas de solucionar o problemático conflito epistemológico entre a somatogênese e a psicogênese das doenças mentais, sobretudo no plano da hereditariedade e da teoria da transmissão psicorganogenética de caracteres fenômeno-estruturais.

### **3 CONCEITOGRÁFIA DA PSICOPATOLOGIA MINKOWSKIANA: A SÍNTESE PSICORGANOGENÉTICA**

#### **3.1 OS FUNDAMENTOS DA PSICOPATOLOGIA FENOMENO- ESTRUTURAL**

Neste capítulo, apresentaremos a proposta teórica da psicopatologia fenomenológica estrutural minkowskiana, que tenta solucionar o complexo problema da etiopatogênese das doenças mentais, a partir de uma visão teórica que procura conciliar as divergências entre as principais escolas teóricas em seu aspecto essencial. Para tanto, faremos um percurso teórico pelos principais conceitos da obra de Eugène Minkowski (1885-1972) concernente à interação organopsíquica e antropocósmica, no âmbito das doenças mentais. Iniciaremos com um panorama geral das relações entre a psicopatologia e a filosofia referentes ao problema em pauta, apoiando-nos inicialmente nos artigos da coletânea “Além do Racionalismo Mórbido” (*Au-Delà du Rationalisme morbide*, 1977). No seu artigo intitulado “Psychopathologie et Philosophie” de 1952, Minkowski faz um esclarecimento da importância da metafísica para a compreensão da psiquiatria, da psicologia e da psicopatologia, na medida em que o método fenomenológico intuitivo possibilitaria uma visão mais abrangente da realidade fenomênica psicopatológica através de uma “penetração” nos aspectos essenciais da doença mental (Minkowski, 1952[1997],RM,p.211-232). Enquanto a psiquiatria clínica, na condição de um ramo da medicina, se preocupa com o método e a forma da doença, dos antecedentes hereditários e pessoais, da etiologia e da evolução da doença, do diagnóstico, prognóstico e tratamento, situando os fatos no tempo “especializado” pelo raciocínio analítico, a metafísica, ou a metapsicologia, possibilita uma visão da estrutura fundamental ou essencial dos

fenômenos, sendo, por isso, a mais concreta dentre todas as ciências (Minkowski, 1952[1997], RM, p.213-4).

Na esteira do pensamento filosófico de Henri Bergson e da fenomenologia existencial, Minkowski quer ressaltar a importância da “*epokhé*” husserliana, isto é, da suspensão do juízo para a compreensão intuitiva e sintética do que realmente há de essencial no fenômeno clínico, evitando assim os desencontros e o artificialismo das construções teóricas parciais ou unilaterais. Para escapar das dificuldades advindas da adoção do princípio de causalidade, Minkowski salienta a importância da relação fundamental entre a expressão e a significação ou, em outros termos, do significado manifesto dos conteúdos mentais (conteúdo expresso) e do conteúdo significante latente. Ao longo de toda sua obra, reafirmará a importância da estrutura mental, o “continente”, com relação aos conteúdos ideofetivos que a preenchem, atribuindo à psicanálise o erro, segundo ele, de exagerar a importância dos conteúdos em detrimento da estrutura de personalidade e da hereditariedade filogenética, conforme veremos adiante. Minkowski propõe que se lance mão do método intuitivo ou penetrativo, na esteira metodológica da fenomenologia husserliana e das idéias de Bergson, com a finalidade de possibilitar a passagem dos fatores “expressantes” para os “expressos”, do significante para o significado, do conteúdo latente para o manifesto. No entanto, a diferenciação entre a forma primordial e seu conteúdo não se restringiriam a um simples “antes e depois” estendidos no tempo, mas a uma relação de intuição ou captação sintética que não se limitaria a uma simples sucessão mecânica de eventos ligados ao princípio de causalidade. Esse movimento ou fluxo da periferia dos fenômenos à sua profundidade essencial caminharia muito mais para a compreensão de como a estrutura da vida mental se constitui em seus aspectos essenciais do que para as explicações predominantemente genéticas ou energéticas, como a psicanálise, na opinião de Minkowski, parece fazer. Nos

fatos e nas situações vivenciais da trama da vida mental humana, a causalidade e a expressão se unem (Minkowski, 1952[1997],RM,p.214).

O que Minkowski quer combater é o reducionismo mecanicista das teorizações mecanicistas e positivistas posteriores à fase “romântica” inicial da psicanálise, que acabaram por empobrecer as particularidades individuais de cada caso ao tentar reduzir a vida mental às pulsões primordiais e a um complexo único fundante, o edipiano. A riqueza das formas estruturais essenciais da mente humana, na concepção de Minkowski, seria clinicamente mais fundamental que os conteúdos manifestos. Ao enfatizar que a loucura no seu conjunto se situa tanto no plano somatopsíquico quanto no plano antropocósmico (Minkowski, 1952[1997], RM, p.216), não desconsidera a importância de todas as dimensões humanas e tenta situar a impossibilidade de qualquer reducionismo que descaracterize a complexidade da vida mental no seu aspecto global bio-psico-antropo-socio-cultural, evitando assim uma psicologia “sem alma” ou uma reflexologia condicionada artificial que procure reduzir a complexidade humana à uma espécie de atomismo mecanicista ou a um funcionalismo mecânico destituído de vida biopsíquica. A loucura, para ele, enquanto um fenômeno essencial e natural à condição de “ser no mundo”, estaria longe de ser um conceito estatístico, pois “... *se todos os homens fossem loucos, eles não constituiriam de modo algum uma média e permaneceriam loucos mesmo assim.*” (Minkowski,1952[1977],RM,p.218).

Para superar as teses organomecânicas ultrapassadas e errôneas, ainda hoje atuantes através da influente e etiquetadora psiquiatria neurobiológica dos neurotransmissores e dos psicofármacos, Minkowski procura ressaltar as diferenças entre, por exemplo, as alucinações auditivas e as visuais. As primeiras, segundo Minkowski, são características dos processos mentais disjuntivos da esquizofrenia; as segundas são decorrentes de processos e estados mórbidos crepusculares e estados de confusão mental (Minkowski,1952[1997],RM,p.219).



Os fenômenos alucinatórios não deveriam, portanto, numa perspectiva teórica fenomeno-estrutural, ser colocados num mesmo nível ontológico, ou seja, eles não deveriam ser considerados como fenômenos semelhantes e equivalentes, como a psiquiatria clássica os considera, os descreve e os inscreve em suas explicações simplistas e ingênuas, quando trata do grupo de sintomas ou distúrbios ditos senso-perceptivos. O mesmo valeria para os fenômenos delirantes, pois, na clínica psiquiátrica, as idéias de grandeza de um paraplégico geral (psicose neuro-sifilítica), as de um excitado maníaco ou as de um esquizofrênico, embora sejam, de modo geral, designadas pelo mesmo conceito, o de “delírio”, estariam longe de representar um mesmo fenômeno no seu aspecto estrutural ou essencial.

No caso dos fenômenos psicóticos associados às lesões cerebrais, funcionais ou estruturais, como, por exemplo, a neurosífilis, o delírio é tradicionalmente concebido como sendo uma desordem mental que se caracteriza por um julgamento falso ou uma crença de riqueza desmedida e incalculável, incompatível com os fatos da realidade empírica. Já na psicose maníaco-depressiva, atual transtorno de humor (afetivo) bipolar com sintomas psicóticos, ocorreria mais freqüentemente a chamada “fuga” de idéias, com mudança temática do discurso, desatenção focal e hipervigilância para múltiplos focos de interesse, além de inconsistência ou incongruência com relação à lógica dos fatos da realidade. Na esquizofrenia, contudo, haveria uma disjunção ou discordância da estrutura mental decorrente de um afastamento ou perda parcial do contato com a realidade, provocado por um distúrbio gerador que modificaria o fundo mental e desarmonizaria a estrutura de personalidade na sua interação com a estrutura da realidade do mundo, acentuando o conflito somatopsíquico e o antropocósmico, ambos inerentes à condição humana.

O conflito se constituiria em elemento essencial à condição do existir do homem, que luta constantemente para dominar a compreensão da realidade da vida e do mundo, com o propósito de atenuar ou vencer a angústia de ser consumido pelas forças

ameaçadoras da doença, da fome e da morte, conforme Minkowski explicita principalmente em sua obra *“Vers une Cosmologie”*, de 1936. A desintegração das faculdades mentais, ou melhor, a desarmonia da estrutura mental, modificada por conflitos ideofetivos e antropocósmicos, numa perspectiva teórica diversa do associacionismo e do racionalismo intelectualista, qualificado como mórbidos, teria como conseqüência um distanciamento, fuga ou rejeição negadora da realidade social, motivada por mecanismos de defesa automáticos, de ordem fenomeno-estrutural. Enquanto nos estados ditos esquizofrênicos a vivência do tempo se torna reduzida a uma espacialização ou geometrização equivocada, aliada a um modo afetivamente frio ou distanciado de contactar com o mundo, isto é, através de uma racionalização mórbida, cuja expressão lingüística é designada pelo conceito de idéia delirante ou delírio; nos estados psicóticos, ditos epiléticos, a vivência temporo-espacial e as idéias de “fim do mundo”, vividas friamente pelos esquizofrênicos, adquirem um caráter de intenso afeto e motilidade exagerada, chegando a uma agressividade muitas vezes perigosa ou fatal. De modo semelhante, os indivíduos ansiosos com preocupações nosofóbicas, isto é, medo irracional de ficar doente (de *“nosos”*, doença; *“fobos”*, medo) e os psicóticos com delírios hipocondríacos (de *“hipo”*, sob; *“condros”*, costela), isto é, a crença falsa de ser portador de múltiplas doenças nos órgãos abdominais, situados sob as costelas, poderiam apresentar sintomas aparentemente idênticos a algumas formas de delírio de perseguição. Por trás dessa sintomatologia clínica semelhante ou aparentemente idêntica, fundamento de qualquer tentativa clássica de construção de uma nosografia sintomática ou sindrômica, encontrar-se-iam, numa perspectiva teórica fenomeno-estrutural ou existencial, diferentes “fundos mentais”.

Esse “fundo mental” seria a própria estrutura de personalidade, dinamicamente constituída, que reagiria de modo diverso em função de uma pré-disposição hereditária transmitida filogeneticamente e antropológicamente desenvolvida ao longo da evolução

através das experiências e interações psico-sociais, mas, não exatamente, como as explica as teorizações psicanalíticas freudianas ou as explicações da psicologia complexa junguiana em sua teoria dos complexos do inconsciente coletivo, como veremos adiante. Em outras palavras, a influência ambiental, o grau de amadurecimento ou de complexidade evolutiva da mente, a capacidade de harmonização e de adaptação à realidade da vida, o tipo de reação conflitual da estrutura homem-mundo, poderiam levar o ser no mundo aos diversos tipos de doença mental (Minkowski,1952[1997],RM,p.220).

O distúrbio gerador subjacente, ou fator gerador fundamental de doença mental, seria traduzido ou expresso através de reações sintomáticas, ou seja, pelos sintomas dos estados mentais mórbidos, as “somatizações”, que embora semelhantes entre si e descritas como sendo idênticas em termos descritivos, nos diferentes “tipos” de doenças, seriam em sua essência diferentes. A concepção minkowskiana se constitui, portanto, numa antítese da psiquiatria descritiva clássica, que tentava isolar as diferentes doenças mentais a partir dos sintomas típicos, ditos patogenômicos, isto é, sintomas que seriam distintivos, exclusivos ou específicos para uma dada entidade nosográfica. A concepção minkowskiana se afastaria, deste modo, tanto do mecanicismo organicista quanto do psicodinamismo psicologista dos conteúdos e complexos ideofetivos. O enfoque fenomenológico-existencial em psicopatologia constitui um dos capítulos mais importantes dessa terceira via da psiquiatria do século XX, na medida em que tenta afastar a psicopatologia tanto do plano estritamente médico, representado principalmente pelo estéril mecanicismo atomístico, como do plano de um psicologismo ingênuo, que atribui aos conteúdos de periferia a qualidade de forma fundamental. Como conseqüência desta mudança de enfoque teórico, em lugar de conceber o doente como um “ser doente”, a fenomenologia o toma por um “ser diferente” ou um “ser de outro modo”, modo este inserido num mundo próprio, radicalmente diferente do mundo dos seus semelhantes (Minkowski,1952[1997],RM,p.214).

A patologia perde, assim, o seu significado estritamente médico e retorna ao seu sentido original. A psicopatologia passa a constituir-se no estudo do ser humano diferente e em sofrimento, e a sua condição de ser no mundo o leva, num dado momento, à escolha de ser diferente no mundo para poder adaptar-se como pode e sobreviver com os recursos de que dispõe numa dada condição adversa, até que encontre novas formas de reintegração à vida saudável e digna. Essa disparidade de enfoque epistemológico entre a antropologia fenomenológica estrutural minkowskiana com respeito às concepções organomecânicas da clínica tradicional e da patologia geral atomística se dá, porque a psicopatologia possui duas fontes de inspiração: o fenômeno biológico da medicina e o fenômeno psico-antropo-social e cultural da alienação mental. As explicações psicopatológicas dos fenômenos neoplásicos (câncer) e das assim denominadas doenças psicossomáticas, neurovegetativas ou somatoformes, apresentariam dificuldades teóricas, na medida em que desconsideram a dimensão complexa da constituição mental em seus aspectos somatopsíquicos, psicodinâmicos e antropo-sociais. Neste sentido, a alienação mental denominada “psicótica” seria um dos pólos de um espectro patológico geral, enquanto o “câncer” e as lesões psicossomáticas constituiriam o pólo oposto e, sob este ponto de vista, os diferentes modos de reação do ser humano às agressões advindas do meio ambiente, sejam elas de ordem física, química ou biológica (intoxicações exógenas e infecções) ou de ordem psico-socio-cultural e religiosa, resultariam nos diferentes tipos de doenças, desde uma simples reação alérgica à mais bizarra das psicoses, a depender da constituição específica do indivíduo e da intensidade da pressão do mundo ambiente em seus aspectos globais.

É evidente que uma abordagem desse tipo contrasta com a expectativa de se descobrir definitivamente, na intimidade da química dos neurotransmissores ou do código genético, a fonte dos distúrbios mentais, em plena década do cérebro, nome dado à última década do século XX, minimizando o papel dos fatores “extrabiológicos” da doença mental.

A conseqüência dessa mudança de atitude psiquiátrica é o recrudescimento do neopositivismo neurobiológico e a estagnação da teoria psicopatológica através do ateorismo estéril das atuais nosografias, onde, a cada momento, uma “nova” doença mental surge, a partir de antigos sintomas que antes constituíam as síndromes, numa multiplicação de novas e pretensas entidades nosológicas sem precedentes na história da doença mental. Onde antes havia apenas tipos diferentes de sintomas constituindo determinada síndrome, ou até mesmo uma concepção de monopsicose, agora cada sintoma é praticamente categorizado como uma doença específica, com seus subtipos igualmente específicos, ou ainda mesmo o antigo sintoma isolado transformado numa “nova” síndrome, como, por exemplo, a recente “síndrome das pernas inquietas”.

Os modos distintos de reação humana aos eventos adversos de qualquer ordem na vida de relação passaram a constituir doenças isoladas, cada qual vinculada a um defeito genético ou a uma deformidade bioquímica, e tudo isso sob o paradigma da velha ideologia atomística neuropsiquiátrica que pretende provar o velho e pré-clássico aforisma positivista: o cérebro produz a mente, seu epifenômeno, tal como o rim secreta a urina e o fígado, a bile. Uma outra questão muito importante em psicopatologia é a da loucura inaparente ou imperceptível à primeira vista. Muitos indivíduos psicóticos “escondem” a sua doença e costumam apresentar a aparência de indivíduos adaptados à realidade e considerados normais pela sociedade, até que sua doença se mostre exuberante em termos de expressão social. Um dos motivos que levou a neuropsiquiatria a insistir na causação cerebral da doença mental foi a aversão e o preconceito a qualquer concepção antropológica que coloque a ênfase da determinação da doença nos fatores antro-po-sociais, culturais ou psicodinâmicos, em detrimento do reducionismo organicista neurobiológico. Apesar das pesquisas acerca das assim chamadas neuroses e psicoses experimentais em animais, de orientação pavloviana, os resultados das excitações e comportamentos anômalos provocados estão longe de se

assemelhar à complexidade da loucura humana tal como ela é descrita na literatura e na arte (Minkowski, 1952[1997], RM, p.216).

É perfeitamente admissível que a ciência delimite o seu campo de observação para melhor visualizar as particularidades de um objeto, mas com a condição de não se tentar erigir uma concepção global a partir de uma redução e uma unilateralidade, excluindo o restante dos diversos planos da realidade do objeto estudado. No entanto, em se tratando de um objeto tão complexo como o próprio ser humano, dado que o objetivo da psicologia é conhecer a psique humana, torna-se de fundamental importância a descrição da “forma” ou estrutura mental “normal” e patológica. O mundo psíquico das formas dinâmicas essenciais que determinam a estrutura fenomênica das relações humanas, do ponto de vista fenomenológico-estrutural, se rege pelo princípio do duplo aspecto dos fenômenos fundamentais que estruturam a vida mental: 1) o aspecto ideofetivo, ou ideo-emocional dos conteúdos mentais, no plano ontológico somatopsíquico e 2) o aspecto fenomeno-estrutural, ou fundamental do continente mental, no plano ontológico antropocósmico. Deste modo, os conflitos mentais se constituem igualmente em, pelo menos, dois níveis de existência: 1) conflitos ideofetivos e 2) conflitos antropocósmicos. Em consequência, qualquer tentativa de se reduzir deterministicamente as pulsões, os complexos, as desagregações, os mecanismos de defesa, etc, a uma substância concreta, atômica, ou então a uma pulsão original, levará inevitavelmente a um determinismo reducionista e a um mecanicismo excessivo e desumanizante, destituído da real essência do ser humano (Minkowski, 1952[1997], RM, p.227).

A questão do conflito antropocósmico foi desenvolvida especialmente no capítulo “*Constitution et Conflit: Conflit anthropo-cosmique*” de uma das principais obras de Minkowski, intitulada “*Vers une Cosmologie*” (1936), que forma o tripé psicopatológico do autor juntamente com outras duas: “*La Schizophrenie*” (1927) e “*Le Temps Vécu*” (1933).

Em se tratando de análise fenômeno-estrutural, o conceito de conflito adquire um significado diferente da concepção psicanalítica, em que os golpes do destino, as decepções amorosas, os choques emocionais, etc, possuem, na opinião de Minkowski, um papel fundamental na determinação dos transtornos mentais. O conflito inicial sobrevive na doença mental e encontra sua expressão simbólica nos chamados sintomas, cuja regularidade indicará a existência de um processo mórbido subjacente. Os elementos que dominam o mundo mental mórbido exercem nos doentes um poder excessivo e constante na maior parte do curso da doença. Tais elementos patológicos também podem ocorrer de modo passageiro ou sob determinadas circunstâncias particulares na vida das pessoas “normais”. Entretanto, como nos diz Minkowski, *“não se trata aí, contudo, de aproximação entre o normal e o patológico sobre o plano empírico por graduação progressiva, como aliás pode existir, mas sobre o plano fenomenal.”* (Minkowski,1952[1997],RM,p.223-4).

Em se tratando de determinar a estrutura do mundo mental patológico, há que se conhecer as linhas gerais que entretecem a trama de formas dinâmicas da vida mental em sua complexidade fenomênica somatopsíquica e antropocósmica. Tais linhas gerais que constituem a estrutura (forma) mental não são, para Minkowski, tão numerosas ou diferentes para cada pessoa. Há um pequeno número de elementos constitutivos comuns a todos os indivíduos e tais elementos ou linhas gerais são sempre os mesmos, na maior parte do tempo, numa dada cultura, o que possibilita à clínica psiquiátrica a observação do fenômeno da repetição regular das síndromes ou do conjunto de sintomas que a constituem. É essa regularidade que é buscada pela semiologia médica, o que, referindo-se a doenças mentais, nem sempre é possível, porque em muitos casos ocorre o fenômeno da “migração sintomática” e até mesmo nosográfica, quando um mesmo indivíduo parece adoecer de distintas maneiras ao longo de um pequeno período de tempo, sem que haja uma real mudança para uma doença distinta das precedentes, dado que ele pode expressar os mesmos

conflitos de modos completamente diferentes. Não é incomum que se alternem com muita rapidez sintomas depressivos, obsessivo-compulsivos e fóbicos num mesmo indivíduo, num curto período de tempo, como se os sintomas preponderantes fossem apenas sintomas ou expressões de um mesmo processo patológico subjacente. Isso explicaria o motivo de um mesmo psicofármaco, por exemplo, uma droga antidepressiva, atuar sobre a expressão bioquímica de doenças nosograficamente distintas como a distímia (depressão neurótica), a fobia e o transtorno obsessivo-compulsivo. O problema da etiopatogênese ou causação da doença mental se coloca constantemente de modo dualístico na diagnose médica. Minkowski vai tentar solucionar ou dissolver o problema da etiopatogênese (origem causal) da doença mental evitando qualquer posição teórica que apele para o princípio de causalidade, como ocorre com o organicismo e o psicogeneticismo, substituindo-o pelos princípios de contingência e de interação entre a hereditariedade similar e as influências sócio-ambientais sobre a estrutura de caráter. A visão fenomeno-estrutural objetiva compreender os fenômenos psicopatológicos através do método intuitivo.

Em vez de reunir os sintomas em grupos e construir uma classificação artificial de entidades mentais, o método fenomeno-estrutural se baseia na apreensão intuitiva ou sintética da natureza ou essência das relações entre os fenômenos mentais, isto é, dos reais e naturais elementos ou traços gerais da estrutura mental de cada personalidade em particular, considerando que as linhas gerais que formam a estrutura mental humana são geneticamente poucas e “comuns” (coletivas) à comunidade dos seres vivos. Para exemplificar um fator fundamental da constituição mental, Minkowski nos remete ao desejo de “possuir”, de “ter”. O tema schopenhaueriano da vontade de poder passa a constituir um elemento importante da fenomenologia e um elo com a concepção psicanalítica adleriana e analítica junguiana quanto à importância fundante do desejo de poder na constituição do caráter humano, a partir da pulsão original de nutrição e de preservação da vida (instinto de sobrevivência). Contudo,



Minkowski considera que o fenômeno vital e fundamental de “ter” possui um alcance que ultrapassa em muito o simples possuir qualquer coisa em seu significado social ou econômico, pois, como ele diz, “*lá onde o desejo enfraquece, o fenômeno de ‘ter’ se desagrega ao mesmo tempo*”. (Minkowski,1952[1997],RM,p.221)

O tema do desejo também está presente na visão fenomenológica no que concerne aos delírios e às alucinações. A convicção delirante não se resume a um simples distúrbio do julgamento como quer a psiquiatria descritiva clássica, pois envolve aspectos mais profundos da mente humana. Segundo Minkowski, “*delirante de nenhum modo faz simples erros de julgamento, mas exprime novamente na linguagem corrente uma modificação da estrutura da vida mental, modificação contra a qual as experiências da vida real vêm se fragmentar como contra um muro*”. (Minkowski,1952[1997],RM,p.220)

Minkowski considera que essa fragmentação da experiência vivida está intimamente ligada à vivência do tempo. A fragmentação da vivência do tempo se apresenta fenomenologicamente como uma falta de sentimento (anestesia afetiva) ou uma sucessão de momentos semelhantes e friamente experienciados, com uma ausência de propulsão dirigida ao futuro, o que leva a uma profunda subdução (termo de Maurice Mignard) ou deslocamento da vida mental quanto à percepção dos eventos temporais (Minkowski,1952[1997],RM,p.221).

Essa alteração do modo de vivenciar a duração dos fenômenos existenciais leva a uma alteração do contato vital com a realidade em várias psicoses, sobretudo na esquizofrenia, que em suas formas mais severas se apresenta como uma perda quase total do contato com a realidade, o autismo. O doente mental perde, então, a capacidade de voltar-se ao passado, como fazem todos os indivíduos em condições normais, e tirar desse passado conclusões diferentes das habituais para a necessária determinação da conduta de adaptação, agora sob um registro distinto, frente ao futuro imediato ou distante. O que Minkowski deseja aplicar à psicopatologia são as idéias bergsonianas de duração. Assim, o conceito central de

tempo vivido da concepção minkowskiana determina a forma da resistência do indivíduo delirante.

Em 1923, Minkowski conviveu diuturnamente com um doente delirante com idéias de perseguição, a quem tentou inutilmente convencer de que nada de mal lhe aconteceria no futuro, já que até o presente momento nada de mal lhe havia acontecido. A resposta do doente, de acordo com sua argumentação de caráter indutivo, foi de que o fato de até o presente momento nada ter ocorrido não era garantia alguma de que nada de mal lhe ocorreria no futuro. Sem negar o raciocínio psicanalítico de que o delírio de perseguição poderia, em princípio, ser secundário a um sentimento de culpa e a um conseqüente desejo de punição e de reparação a algum mal real ou imaginário, Minkowski prefere ater-se fielmente ao seu método de intuição das essências formais que precedem, na ordem das razões, os conteúdos manifestos e tenta captar a estrutura delirante primordial, subjacente ao conteúdo ideativo de perseguição. Apela, então, para uma interpretação fenomeno-estrutural, sem desconsiderar os fatores ideoafetivos e somáticos secundários, procurando compreender o fenômeno do “delírio” como sendo um barramento, bloqueio ou defesa contra o modo normal de relação com o meio ambiente. Eis o que ele propõe a respeito:

*O futuro se encontra barrado, contrariamente ao que acontece na vida normal, pelas idéias de punição; o passado está imobilizado pelas idéias de culpa, o mal vindo se inscrever de um modo bem mais palpável e ‘material’ na vida que o bem, o qual, exigindo ser sempre superado, surge muito mais no fluxo e na plenitude da vida; quanto ao passado, ele se traduz pelas idéias de ruína e, aqui novamente, essas idéias têm por fundamento não o seu revestimento idêico e verbal superficial, mas o fato de que os fenômenos da ‘pulsão’ e do ‘ter’ se encontram intimamente ligados. (Minkowski,1952[1997],RM,p.221)*

Para Minkowski, não podemos desejar ter o que já temos e toda realização de desejo diz respeito a algo que se quer adquirir, o que explicaria porque as idéias delirantes de ruína ocupam tão facilmente um lugar de predileção na doença mental, apesar da existência de eventos mais graves ou catastróficos. A explicação analítica fenomeno-estrutural é a que

afirma que na base ou essência da estrutura mental se encontra o fenômeno fundamental de “ter”, intimamente ligado à pulsão primordial da vida, a pulsão vital de Bergson (*élan vital*). Na teoria minkowskiana não há lugar para uma pulsão de morte, nos moldes da psicanálise freudiana e, nesse ponto, ela se aproxima mais do pluralismo pulsional de C. G. Jung. A oposição entre as teorias psicológicas e neurofisiológicas (organicistas) quanto à noção de delírio decorre dos pressupostos básicos de cada escola teórica. Para as teorias psicogenéticas, as idéias delirantes são predominantemente uma decorrência secundária do sentimento mórbido de tristeza do melancólico, enquanto que para as teorias intelectualistas ou racionalistas os estados de tristeza são conseqüentes aos pensamentos tristes. A solução desse dualismo seria possível através de uma terceira via teórica que conceba a irreduzível convicção delirante como resultado de uma modificação do mundo mental do doente, que se fragmenta em decorrência de um deslocamento (subdução) mental no tempo vivencial, a partir do desejo de evitar a aniquilação na interação com o mundo hostil. Assim, tanto na análise fenômeno-estrutural de Minkowski como na psicanálise de Freud e de Jung encontra-se o elemento conflito como sendo um dos conceitos-chave para o entendimento da etiologia da doença mental. Os conceitos psicodinâmicos de conflito interno e de conflito externo parecem assemelhar-se aos conceitos fenômeno-estruturais de conflito somatopsíquico e de conflito antropocósmico que constituem os fenômenos fundamentais na estruturação da vida mental.

O que Minkowski parece combater na psicanálise do início do século XX é uma concepção de psicogênese, tida por ele como ingênua, que atribuiria aos conteúdos ideofetivos o poder exclusivo de determinar a doença mental, independentemente da ação da estrutura mental constituída ao longo da heredologia filogenética. O conceito de conflito da fenomenologia estrutural ou existencial pretende ampliar o seu alcance teórico para além dos conteúdos, rumo às origens primordiais, e colocar o peso da determinação causal sobre a

estrutura de profundidade na sua relação conflitiva com o meio externo. Os fatores essenciais conflitivos seriam irreduzíveis a uma dada pulsão primordial, sexual ou não, ou mesmo a uma dualidade pulsional de tipo pulsão de vida e de morte. Na psicopatologia fenomenológica do delírio, o conteúdo ideativo delirante não poderia ser assimilado (reduzido) aos fatos da realidade, mas remetido às suas reais e essenciais estruturas. No entanto, a idéia de “Estrutura”, essencial na análise fenomeno-estrutural minkowskiana parece, à primeira vista, desempenhar o mesmo papel que o conceito de “Inconsciente” na psicanálise, em seu significado substantivo, na medida em que nenhuma das duas escolas psicopatológicas desconsidera o importante papel da filogênese heredológica e da ontogênese conflitiva das doenças mentais.

Para Minkowski, a estrutura mental delirante carece dos fatores de contingência e de acaso, ambos necessários ao sentimento de bem estar relativo diante das forças e obstáculos da vida. O campo de significação do indivíduo delirante se apresentaria congruente com a vivência alterada do tempo e do espaço e seria determinada por um fator gerador específico que modificaria a estrutura mental do doente. Na síndrome de automatismo mental (de Clérambault) os assim denominados “eco” e “roubo” do pensamento, as idéias de influência e as alucinações “psíquicas” (percepções internas com a certeza de não serem de natureza externa) são concebidos como sintomas ou expressões de vivências de “abertura” e de vulnerabilidade da intimidade da estrutura profunda do ser diferente diante da realidade ameaçadora da vida. Ludwig Binswanger, ao descrever os elementos essenciais da estrutura psicótica, fala de um “modo de ser em salto” (Sprunghaftes Wesen) com relação às fugas de idéias na excitação psicótica maníaca, isto é, nas rápidas mudanças temáticas com desatenção focal e hipervigilância móvel. Os esquizofrênicos funcionariam essencialmente como se houvesse um vazio existencial que os impediria de sentir a realidade com toda sua pujança afetiva, isto é, “como se” o mundo externo fosse uma espécie de buraco (Lochwelt). Tais

metáforas, embora úteis descritivamente, não resolvem o problema de se compreender as causas das doenças mentais e, conseqüentemente, de se dominar os meios de curá-la.

Ao mesmo tempo em que Minkowski quer afastar a psicopatologia de um organomecanicismo ingênuo ou de um psicodinamismo superficial, ele se depara com a dificuldade de avançar no conhecimento da estrutura íntima da vida mental e corre o risco de transformar as descrições dos fatores geradores específicos da patologia mental em meras metáforas ou conteúdos substitutos dos conteúdos sintomáticos, os sintomas da doença. Sob outra perspectiva, e tomando como exemplo as necessidades vitais de “ter”, de “ser livre”, de “estar em harmonia” com a vida, etc., o problema pode ser colocado da seguinte maneira: se tais elementos descritivos forem elevados à categoria de elementos fundantes e essenciais na determinação vida mental, poder-se-ia correr o risco de resvalar num pluralismo de indeterminações, similar à pluralidade sindrômica ou nosográfica da psiquiatria clássicas em que cada sintoma seria alçado à condição de doença isolada. Qual seria, então, por exemplo, a significação profunda e primitiva do “modo de ser em saltos” binswangeriano, isto é, das idéias saltitantes de um assunto a outro dos assim rotulados psicóticos maníacos na fase de excitação eufórica? Ou então, qual seria a significação última da expressão “mundo em buracos” que Binswanger empresta aos estados de frieza afetiva dos assim denominados esquizofrênicos? (Minkowski,1952[1997],RM p.223).

A resposta de Minkowski a estas interrogações, que ele mesmo formula, será capital para sua meta de encontrar a via consensual de síntese entre o organomecanicismo e o psicogeneticismo, com a conseqüente possível solução ou dissolução do problema da interação organopsíquica na psicologia e na psicopatologia. Para tal, precisará responder a algumas questões fundamentais, dentre as quais a da natureza da estrutura mental irreduzível nas suas relações somatopsíquicas e antropocósmicas. Dentre os caminhos preferenciais escolhidos, o da heredologia constitucional e o da antropologia sociocultural terão um

destaque privilegiado. A ampla conceitografia fenomenológico-existencial baseada na constituição do caráter humano levará Minkowski a ampliar o conceito de conflito mental e a apresentá-lo com uma significação ontologicamente monista, mas, ao mesmo tempo, metodologicamente pluralista, baseada no seu método fenomenológico.

A regularidade das síndromes mentais da clínica psiquiátrica seria a consequência da persistência de padrões caracteriais que o hábito sedimentou ao longo da história da vida mental dos ancestrais, propagados por via “somatogenética”, ou psicossomatogenética, e reforçados por via sociocultural. Aqui ressurgem o complexo problema com que Freud, seus colaboradores e seus dissidentes se depararam: a filogênese da transmissibilidade das estruturas fundamentais da mente e o processo de tradução entre os fenômenos orgânicos e os mentais. A tentativa fenomenológica de estabelecer as bases epistemológicas seguras acerca da correlação entre a estrutura e a função, ou entre a forma e o conteúdo, considerando o fundo mental (forma) como a essência dos sintomas ou conteúdos ideofetivos, levaria a clínica psiquiátrica a separar as doenças mentais em unidades regulares e distintas, a partir de um novo critério calcado em estruturas fundamentais regulares, como sempre se quis. A solução minkowskiana seguirá, então, o caminho apontado pela tipologia constitucional de Kretschmer e caberá, dentre outros, à psiquiatra Françoise Minkowski, esposa de Eugène Minkowski, a tarefa de aplicar à clínica da assim denominada psicose epiléptica o potencial heurístico do teste de Rorschach, adicionando à polaridade bleuleriana dos fatores constitucionais elementares, sintonia e esquizoidia, um terceiro denominado de gliscroidia (epileptoidia), como veremos adiante. Surge uma nova possibilidade de solução do problema diagnóstico, tentando contornar o problema da irreduzibilidade dos eventos mentais no plano neurobiológico, a partir da aparente irregularidade e desordem da estrutura que subjaz à expressão sintomática das assim denominadas neuroses e psicoses.

No caso específico do delírio, as formas mais gerais se prestariam mais à compreensão do que as formas particulares de caráter ideofetivo. O conteúdo ideofetivo, por exemplo, o de perseguição, seria a expressão secundária de elementos estruturais mais gerais e subjacentes ao fenômeno delirante. Analogamente às considerações psicanalíticas acerca do Inconsciente, também na fenomenologia existencial a estrutura íntima do “complexo organomental” se mostraria apenas através de suas “representações-representantes”, de seus efeitos, de seus derivados manifestos. À primeira vista, as noções de “Estrutura” e de “Inconsciente” parecem indicar que estamos diante do mesmo fenômeno essencial. Em princípio, as diferenças na significação essencial de ambos os conceitos nos parecem mínimas, apesar das afirmações de Minkowski em contrário, ao longo de sua obra.

Após essa introdução à conceitografia minkowskiana, passemos agora à sua conceitografia propriamente dita, seguindo em linhas gerais a ordem de apresentação teórica do próprio Minkowski em seu “Tratado de Psicopatologia” de 1966.

### **3.2 PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA**

A psicopatologia fenomenológica e estrutural, ou fenomeno-estrutural, inverte o papel de outras psicopatologias dependentes da psicologia ou da medicina e constrói, em parte, os seus próprios conceitos, afirmando assim sua autonomia (Minkowski, 1966[1999], TP, p.41). Para ela, a sintomatologia não é suficiente para evidenciar a natureza e a significação essencial dos fenômenos psicopatológicos. Ao contrário dos tratados clássicos de psicopatologia e de psiquiatria clínica, o tratado de Minkowski denuncia o erro clássico de se querer agrupar os sintomas segundo as diversas funções mentais e considerá-los como

correspondendo às suas naturezas ou significações fundamentais. Minkowski nos fornece o exemplo da “consciência” e de seus distúrbios, em que a falta de uma definição satisfatória do que é exatamente, ou essencialmente, a consciência e o seu “campo”, caminha ao lado da questão das causas suscetíveis de determinar os sintomas, tais como os denominados estados de obnubilação da consciência, estreitamento do campo da consciência, estados crepusculares, confusão mental etc., todos implicando em metáforas espaciais. O mesmo raciocínio se aplica às demais “funções” mentais, como no caso dos distúrbios da afetividade, tais como a indiferença afetiva, a exaltação, a euforia, a tristeza, a alegria, a cólera mórbida, etc., ou no caso dos distúrbios da ideação e do julgamento, a “fuga” de idéias (rápida mudança de assuntos), a dissociação de idéias, a incoerência, as idéias obsessivas, as idéias fixas, as idéias prevalentes, as idéias delirantes (delírios), etc (Minkowski,1966[1999],TP,p.42-3).

O conceito de “consciência” é empregado nos sentidos mais diversos, o que nos remete à questão de qual teoria sobre “a consciência” se utilizar para construir uma psicopatologia que mais eficazmente descreva e explique os fatos da patologia mental. Torna-se, necessário, pois, não se identificar os fenômenos sintomáticos com os fenômenos fundamentais aos quais aqueles remetem, a fim de discernir o conteúdo significado pela forma significante, evitando qualquer confusão ou identificação imprópria.

É, a partir de “Ensaio sobre os dados imediatos da consciência” e de “Matéria e Memória” de Henri Bergson, que Minkowski fará o seu extenso e profícuo percurso científico, ao lado da fenomenologia de Edmund Husserl e da psicopatologia da esquizofrenia de Eugen Bleuler, seu mestre de Zurique. As descrições dos sintomas psicopatológicos em todas as áreas da medicina recorrem a metáforas as mais diversas. No caso específico da “consciência”, por exemplo, toma-se comumente de empréstimo as figuras de linguagem do aparelho da visão, sem que nisso haja qualquer identificação com a percepção visual de vigília, pois os fenômenos tais como a claridade, a lucidez ou a obscuridade da consciência,



assim como as expressões relativas ao sonho e à nitidez das imagens oníricas constituem fenômenos distintos da ausência de luz do mundo físico (Minkowski,1966[1999],TP,p.44).

Em relação ao conceito de “Campo da Consciência”, que não pode, na realidade, ser tomado com a acepção geométrica de extensão espacial, e conseqüentemente não poderia de modo algum se estreitar ou se alargar, se contrair ou de expandir, Minkowski adverte para a necessidade de se reportar à sua dimensão vital, às suas propriedades moventes, ao seu caráter dinâmico, sem qualquer conotação de ser algo estático (Minkowski, 1966[1999], TP, p.44-6).

Também as alucinações não deveriam ser classificadas ou agrupadas semiologicamente na mesma categoria dos distúrbios da percepção, como classicamente ocorre, dada a diferença de natureza que entre elas existe. A semiologia clínica, ao aplicar nas suas descrições clínicas a teoria geral das alucinações, a partir do paradigma ou doutrina das localizações cerebrais e das excitações córtico-cerebrais, acabou identificando todos os fenômenos alucinatórios a um mesmo tipo de fenômeno. Os sintomas isolados, segundo Minkowski, quando concebidos separadamente do fundo mental de que procedem e recebem inevitavelmente sua significação como se pertencessem somente ao plano neurobiológico. A partir do unilateralismo neuroanatômico e neurobioquímico, a opção metodológica de pesquisa causal é usualmente a do reducionismo atomicista. No entanto, os sintomas psicopatológicos, embora “organicamente” constituídos, parecem pertencer a um conjunto fenomenológico e as evidências clínicas nos mostram que “*existe entre as alucinações visuais e as alucinações auditivas uma diferença importante*”, pois, enquanto “*as alucinações visuais surgem dos distúrbios da consciência*”, “*as alucinações auditivas provêm de uma cisão da personalidade*” (Minkowski,1966[1999],TP,p.46-7).

Segundo Minkowski, a partir da concepção de Seglas, tanto as denominadas alucinações “verdadeiras”, que são percebidas como possuindo realidade externa, quanto as

denominadas pseudo-alucinações, que são percebidas com juízo crítico de sua irreabilidade externa, se caracterizam pela objetividade em relação ao eu e ao corpo. No entanto, somente as alucinações “falsas” ou pseudo-alucinações possuem objetividade em relação ao eu (Minkowski,1966[1999],TP,p.49). Evidentemente que deve haver, para melhor conceituação, uma distinção fenomenológica entre uma sensação, uma percepção e uma representação mental, assim como não se deve confundir o real significado que subjaz às descrições dos próprios pacientes quando dizem “ver” em vez de dizer “entender”, os quais trocam no plano vivencial o significado real dos fenômenos percebidos ou representados. Também há uma diferença qualitativa entre as alucinações desencadeadas por ação tóxica e as expressas por distúrbios psicóticos predominantemente psicogénéticos. Para Minkowski, os fenômenos psicopáticos, ou melhor, psicopatológicos, se situam no plano vivencial ou vivido e nele encontram sua verdadeira significação, conforme se evidencia nesta passagem:

*A natureza e a significação dos fenômenos psicopáticos não podem ser buscados unicamente nas perturbações de funções isoladas; eles dependem ainda dos fenômenos fundamentais aos quais as ditas perturbações se referem diretamente; do mesmo modo, eles ultrapassam o plano constituído por essas perturbações e fazem pressentir a existência de um distúrbio sub-jacente indo mais em profundidade e tendo relação com a personalidade por inteiro, tocada na sua estrutura e no seu modo de existência, cujas perturbações seriam a expressão, o revestimento.* (Minkowski,1966[1999],TP,p.51-2)

A afetividade, do mesmo modo que as alucinações, não deve ser colocada simplesmente no mesmo plano de outras funções mentais, como a memória, por exemplo, dado que em seu caráter essencial não pode ser reduzida a um distúrbio conseqüente, a uma alteração de uma outra função mental. Uma indiferença afetiva é algo fenomenologicamente distinto de uma alteração decorrente de uma disfunção mnêmica tal como a amnésia, até porque, ao contrário, há amnésias psicogénicas, ditas históricas ou dissociativas, que parecem provir de distúrbios predominantemente ou quase totalmente de ordem afetiva. Do mesmo modo, as idéias delirantes ou delírios são classicamente ordenados pela semiologia clínica em

paralelo com as alucinações e demais sintomas de acordo com seus conteúdos sintomáticos: idéias de grandeza ou megalomania, de perseguição, de prejuízo, de ruína, de culpa, de influência, de doença ou hipocondríaca, etc. No entanto, uma mesma idéia delirante pode apresentar significado diverso em cada indivíduo delirante, em função de cada fundo mental particular; as idéias de grandeza na psicose sífilítica (neuroles) são distintas fenomenologicamente da megalomania no transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos delirantes (antiga “psicose maníaco-depressiva”) ou do delírio de grandeza na esquizofrenia (Minkowski,1966[1999],TP,p.52-4).

As convicções ditas delirantes apresentam diferentes graus de certeza em cada caso particular. Podem ser parcialmente acessíveis aos argumentos em contrário ou, então, possuir como caráter essencial a quase total ininfluenciabilidade e irredutibilidade ao convencimento. A convicção delirante, em seu aspecto fundamental, apresenta o fenômeno oposto da predisposição ingênua às crenças induzidas que os retardados mentais demonstram comumente, o que mostra a necessidade de se aprofundar o conhecimento da natureza dos fatos psicopatológicos antes de se fornecer explicações impróprias ou de classificá-los num grupo com uma suposta identidade de natureza. A psicopatologia fenomenológica e estrutural de Minkowski engaja-se nessa via de priorizar as essências fenomênicas (Minkowski, 1966[1999], TP, p.54-5).

Esta via metodológica, ao invés de se pautar pelo critério quantitativo, que muitas vezes comete equívocos ao se apoiar na idéia de diferença de grau entre os diversos sintomas, isto é, na idéia de que a intensidade dos sintomas equivale à gravidade do órgão doente, faz exatamente o oposto dos critérios usuais da patologia orgânica geral. Então, em vez de procurar pautar-se pelo aspecto quantitativo dos sintomas a partir dos estímulos externos, procura evidenciar os caracteres essenciais dos eventos psicopatológicos centrais e mais graves, tais como a convicção delirante ou ainda as alucinações, a partir de critérios

qualitativos, sem dar prioridade ao método estatístico. Antes de tentar explicar o distúrbio, a análise fenomeno-estrutural procura estabelecer as correlações entre as categorias vitais essenciais, compreendendo o valor vital dos fenômenos psicopatológicos. No entanto, o método fenomenológico de investigação não limita o seu campo de aplicação somente à sensopercepção. Minkowski procura incluir também os diversos modos de existência com relação a certas atividades psicomotrices como andar, correr, saltar, etc, que diferem sensivelmente umas das outras no plano vital na medida em que cada uma delas realiza um modo próprio de existência. A realidade humana primitiva permanece sendo o fundamento imutável da psicopatologia e dos dados imediatos da consciência (Minkowski, 1966[1999], TP, p.55-8).

A psicopatologia fenomenológica procura transcender o fenômeno existencial de “estar sendo no tempo”. O fato psicopatológico se distingue do fato clínico psiquiátrico na medida em que, ao invés de partir de um quadro clínico fixo de sintomas fornecidos pela psicologia a psicopatologia fenomeno-estrutural, procura criar seus próprios conceitos fundamentais e aproximar-se da pessoa humana sob um ponto de vista global, enquanto uma entidade indivisa e inesgotável. O que o método fenomenológico procura principalmente evitar é uma explicação baseada numa teoria unilateral ou numa posição teórica mecanicista, estática e reducionista, que queira explicar o todo pela generalização de uma de suas partes. Não se trata absolutamente de resistir a uma explicação causal e nem mesmo de assumir uma postura categórica do tipo “*ignoramus et ignorabimus*” (ignoramos e ignoraremos sempre), mas de tentar evitar o equívoco de tomar o efeito pela causa, o manifesto pelo latente, o conteúdo pela sua forma sua fundamental (Minkowski, 1966[1999], TP, p.58-60).

No entanto, a visão de profundidade pretendida pelo método fenomenológico não atinge os mesmos resultados que a psicologia de profundidade (psicanálise) promete alcançar, na medida em que a análise fenomenológica renuncia estrategicamente à

interpretação causal e posterga para o futuro a certeza etiológica, evitando os possíveis equívocos das interpretações baseadas em sistemas dogmáticos e racionalistas. Ao se contentar em captar intuitivamente, em visão direta, os dados imediatos da realidade vital em seus aspectos essenciais ou formais, a psicopatologia fenomeno-estrutural procura evitar os erros das interpretações parciais ou reducionistas que desvalorizam os dados essenciais de uma determinada realidade; todavia, isso não significa que haja um abismo entre a investigação da psicopatologia fenomenológica e a clínica psiquiátrica, mas apenas uma postura metodológica que procura solucionar o clássico dilema da relação sintomas-síndrome-doença. Ao contrário de um suposto afastamento da clínica psiquiátrica prática, o método fenomeno-estrutural facilitaria a interação, a conciliação e a interpenetração entre a fenomenologia e a clínica psiquiátrica, através de uma espécie de dupla óptica que, embora procure valorizar os avanços da neurofisiologia, da neuropatologia, da heredologia e da psicofarmacologia, ressalta a insuficiência desses ramos paramédicos da pesquisa psiquiátrica devido à sua parcialidade inevitável com relação ao todo da complexidade fenomênica que constitui o ser humano de modo geral e o complexo mente-cérebro em particular. Ao lado da dimensão somatopsíquica da vida humana há também a dimensão antropocósmica dessa mesma vida, em seus diversos aspectos psico-sociais, etnoculturais, socioeconômicos, político-religiosos, etc. À objeção de que tal maneira de focar a doença mental é um modo anti-científico de aplicação de concepções filosóficas metafísicas ou antropológicas aos fatos psicopatológicos, Minkowski responde que os conceitos elaborados pela clínica psiquiátrica tendem a sofrer a influência das tendências comuns às diversas correntes de pensamento naquilo que se mostra essencial no decurso da prática e da pesquisa científica, pois:

*Toda pesquisa é chamada a trazer, cedo ou tarde, os seus frutos e as 'imagens' que emanam diretamente da realidade vivente têm incontestavelmente a sua palavra a dizer, quando se trata de nossa vida mental, na medida mesma em que essa vida transcende o campo da simples eficiência. (Minkowski,1966[1999],TP,p.62)*

O conceito de degenerescência, que na época de Morel e Magnan exerceu tanta influência, já não possui mais importância na psicopatologia, o que mostra o caráter evolutivo das relações entre a psicopatologia e clínica psiquiátrica. Quanto à questão dos conceitos de adaptação à realidade e de equilíbrio mental, Minkowski nos diz que o ser humano pode sofrer tanto por excesso de adaptação quanto por excesso de realismo. Ao lado do equilíbrio e da adaptação entram em jogo as forças desequilibrantes e desadaptantes da realidade, pois a vida seria, contrariamente a uma visão de mundo estática, muito mais um estado movente de constante “equilíbrio-desequilíbrio-reequilíbrio” ou de “adaptação-desadaptação-readaptação”. A adaptação sem limites, a qualquer custo e a qualquer condição de vida, embora necessária à sobrevivência, pode significar em sua forma mais exagerada um sinal de fraqueza ou de desorganização da personalidade, isto é, pode levar a uma patologia orgânica geral como um infarto do miocárdio, a uma patologia mental ou, ainda, a simples mediocridade. Quando o equilíbrio e a adaptação são erigidos como norma de saúde física, mental e sociocultural, sem que haja plena concordância com o dinamismo da vida, pode ocorrer uma patologia do complexo biopsico-social, o ser humano total (Minkowski, 1966[1999], TP, p.63-4).

A psicopatologia fenomenológica é muito mais uma psicologia dos fenômenos psicopatológicos do que uma simples patologia dos fatos psicológicos. Se pudéssemos abstrair todo e qualquer aspecto psicopatológico da vida humana, o resultado seria, provavelmente, muito mais um vazio ou um nada, do que propriamente o normal. A psicopatologia minkowskiana pretende ser uma “psicologia do psicológico”, isto é, uma psicologia com tudo aquilo que existe de genuinamente humano na nossa existência, e não uma psicologia “sem alma” ou sem humanidade. Mesmo que seja verdadeiro que não há ainda uma psicologia, mas psicologias diversas, dado que não há ainda um consenso do que seja verdadeiramente o objeto dessa ciência humana, o fato é que alguns métodos se distanciam

tanto do “fato psíquico”, cedendo seu terreno a outras ciências particulares, nas quais, no fundo, nada mais resta de seu objeto original, de uma psicologia do psíquico, de uma psicopatologia do sofrimento humano, da nostalgia e da esperança, do tempo e do espaço vivenciais ou de outros fenômenos de mesma ordem, a ordem do humano no homem. Para Minkowski, somente uma psicopatologia que abranja todos os aspectos do ser humano pode servir de porta de entrada privilegiada para uma psicologia que pretenda ser uma ciência do ser humano, longe de qualquer concepção limitada, mecânica e cientificista (Minkowski, 1966[1999], TP, p.65-6).

### **3.3 O FENÔMENO DA LOUCURA**

A partir do momento em que passou para o âmbito da ciência médica, particularmente, da psiquiatria clínica, o fenômeno da loucura foi traduzido em termos de sinais, sintomas, síndromes e entidades nosográficas ou doenças distintas, gerando uma multiplicidade de nomes desconcertantes ou rótulos imprecisos, alguns até quase anedóticos, em que praticamente cada sintoma adquiriu a etiqueta de doença ou de síndrome. O entendimento do fenômeno da loucura, vestido de nomes “científicos”, reduziu-se a quase nada no capítulo de doenças mentais da atual classificação internacional de doenças de 1982 (C.I.D.-10).

A solução do problema nosográfico permanece em aberto. A proposta de Minkowski passa pela estratégia de, primeiramente, se evidenciar os aspectos essenciais do fenômeno mental patológico para somente após, se for possível, tentar dar conta da explicação etiológica, isto é, principiar inicialmente pelo “como” para somente depois se chegar ao

“porquê”. Neste sentido, a loucura deve ser inicialmente compreendida como uma “ruptura” que se produz na relação entre dois seres humanos, quando um deles, o assim denominado psicótico, sofre uma alteração deficitária na sua capacidade de interação com a realidade externa, decorrendo disso uma perda, parcial ou quase total, temporária ou definitiva, da capacidade de adaptação à realidade e da vivência de harmonia consigo mesmo e com a comunidade de seres humanos. No caso do indivíduo delirante de perseguição, o modo de conceber o personagem imaginário do perseguidor se caracteriza pela crença de que a única preocupação do suposto perseguidor consistiria na intenção e no poder de perseguir a sua vítima. Quanto ao aspecto epistemológico, embora a medicina necessite diferenciar os diversos casos clínicos de loucura e distribuí-los entre as diversas formas de transtornos mentais, isso não significa necessariamente que o fenômeno da doença mental deva ser reduzido unicamente ao plano fisiológico ou neurobioquímico em que os transtornos mentais são concebidos como sendo exclusivamente uma alteração quantitativa de neurotransmissores cerebrais e desconsiderando-se os planos psíquico, social, antropológico, cultural, e religioso. Numa visão fenomenológica, o fenômeno da loucura faz parte da constituição da vida humana e a psicopatologia é predominantemente uma psicologia do patológico enquanto variação de um amplo espectro de vivências psicológicas. A loucura deveria se apoiar essencialmente sobre o plano psíquico, e não apenas ao plano biológico ou social (Minkowski, 1966[1999], TP, p.74).

A questão da curabilidade *versus* incurabilidade passa pelas referências teóricas das escolas psicopatológicas na medida em que, em princípio, não haveria motivo para se negar a curabilidade de qualquer tipo de doença mental, conforme se constata na prática clínica, embora nem todos os casos de doença mental sejam curados. Minkowski, a esse respeito, cita Maurice Mignard, que afirma que “*o que nós chamamos de remissões, são as curas que nos incomodam*” (Minkowski, 1966[1999], TP, p.75-6).



Mesmo as constatações clínicas de seguimento por décadas de casos de esquizofrenia grave, cujos sintomas desapareceram, são interpretados como sendo casos provavelmente temporários de “remissão total” espontânea ou quimicamente suprimida, ou então, constituem casos em que a doença permanece inativa, como um vulcão dormente que poderá voltar à atividade a qualquer momento. Minkowski considera a ruptura com a realidade um aspecto fundamental da loucura, pois não existe uma comunidade de loucos que sobreviva ao caos da loucura. Além disso, o conceito estatístico de normalidade não se aplica de modo algum à loucura, na medida em que se todos os seres humanos fossem loucos, a loucura continuaria a ser um evento “anormal, além de catastrófico (Minkowski, 1966[1999], TP, p.78).

O lado negativo de toda doença mental está ligado ao aspecto “pático” (*pathos*, afecção) da existência humana, que tende sempre para uma meta positiva de adaptação e de integração à vida, ao reequilíbrio e à sobrevivência. Minkowski coloca como um ponto crucial no entendimento da loucura que *“não é mais ‘ser doente’ que serve em primeiro lugar de porta de entrada às nossas investigações, mas ‘ser diferente’”*, no que também Ludwig Binswanger insiste (Minkowski, 1966[1999], TP, p.80).

O doente mental, nesse sentido, é um ser radicalmente diferente dos demais, inserido num modo de existência particular que apresenta uma natureza fenomênica diferente, cujas características essenciais devem ser estudadas antes de se procurar estabelecer explicações causais. As diferentes formas de “ser de outro modo”, que caracteriza aquele que sofre por ter sido atingido no seu destino humano, deve-se ao fato de que, no seu sentido amplo, a doença mental se constitui numa variedade do “*pathos*”, numa capacidade natural de vivenciar afetivamente as forças do mundo e da existência (Minkowski, 1966[1999], TP, p.81).

No caso do delírio de perseguição, por exemplo, embora o conteúdo de perseguição não se coloque no mesmo plano fenomênico das perseguições reais, pode ocorrer

o caso em que haja um pretexto real ao mesmo tempo em que os pretextos irreais, conforme a seguinte citação:

*A convicção delirante uma vez dada, a questão que se põe, mas em segundo lugar somente, é a de saber o porquê dela se fixar às idéias falsas. Todavia, nem sempre é assim; os delírios de ciúme e de perseguição podem conter um pretexto real sem que a atitude e as reações sejam menos delirantes por isso.*  
(Minkowski,1966[1999],TP,p.83)

Sem desprezar a importância da explicação causal, o método fenomenológico tem como objeto primário o estudo das diversas modalidades de “ser diferente”, sendo que, em cada uma dessas modalidades de “ser de um modo diferente”, se realiza um mundo existencial à parte, mesmo que o número de síndromes seja restrito a algumas formas básicas comuns à essência humana.

Para Minkowski, as diversas síndromes mentais se repetem como se estivessem regidas por uma lei comum ao gênero humano, o que permitiria uma restrição das síndromes a um pequeno número delas. As degradações das estruturas mentais, segundo ele, parecem seguir sempre os mesmos traços preformados, de acordo com uma ordem regular em meio à aparente desordem da loucura (Minkowski,1966[1999],TP,p.84).

O problema do conteúdo e da forma reaparece constantemente ao longo de toda a obra psicopatológica de Minkowski, paralelamente à crítica minkowskiana à psicanálise freudiana e aos conceitos de arquétipo do inconsciente coletivo e de complexo da psicologia analítica junguiana. Minkowski adota uma atitude metodológica visando priorizar o fator essencial do distúrbio mental e não a sua expressão de fachada, os sintomas delirantes, alucinatórios e outros. Para atingir esse objetivo, ele propõe seguir duas vias distintas: 1) a psicopatologia afetiva (psicanálise) que se situaria periféricamente à especificidade dos diversos fundos mentais e 2) a psicopatologia fenomenológica ou fenômeno-estrutural que se ligaria a essa especificidade e se esforçaria por evidenciar “como” a forma se constitui ou se estrutura. Em torno da forma e do conteúdo, desenrolar-se-á o debate entre a análise

fenomeno-estrutural minkowskiana e a psicanálise, segundo o entendimento pessoal de Minkowski a respeito das idéias de Freud.

### 3.4 SINTOMAS, SÍNDROMES E DOENÇAS MENTAIS

Do ponto de vista geral, o conceito de sintoma pode ser definido como um signo, um sinal, preciso e localizado, que remete à sede de uma lesão ou a uma disfunção determinada de um órgão. O conceito de síndrome representa uma associação de dois ou mais sintomas que coexistem com regularidade e revelam, assim, uma origem comum. Na clínica médica, de modo muito simples, a presença de sintomas, tais como a febre, a tosse ou a dor no peito pode constituir uma síndrome infecciosa pulmonar que poderá levar a um diagnóstico de pneumonia. A síndrome neurológica de Brown-Sequard reúne sintomas tais como a paralisia, a hiperreflexia de um lado do corpo e a abolição da sensibilidade do lado oposto, remetendo a uma lesão específica a nível neuroanatômico. Vejamos agora o que acontece quando aplicamos o tradicional raciocínio médico às doenças mentais, no caso específico da Esquizofrenia.

A Esquizofrenia foi definida inicialmente por Eugen Bleuler como sendo uma síndrome psicótica constituída por 1) sintomas fundamentais ou obrigatórios de dois tipos: a) simples: constituído pelo relaxamento das associações de idéias ou dissociação ideacional, rigidez afetiva ou embotamento afetivo e, ambivalência ideativa, afetiva e volitiva; b) complexos: como o autismo e a desagregação (*spaltung*); e 2) sintomas acessórios, menos essenciais, menos constantes e mais claros: idéias delirantes, alucinações, neologismos, sentimento de despersonalização, episódios confusionais e oníricos, rigidez muscular

catatônica, estados de excitação e de depressão etc. A partir das formulações de seu mestre de Zurique, Minkowski irá propor, na sua tese de doutorado de Paris, que o autismo ocupe o lugar do sintoma fundamental de Bleuler, o relaxamento nas associações de idéias, substituindo a concepção associacionista pela fenomenológica, já que o autismo, sendo uma condição psicopatológica essencial e complexa, traz em si o caráter de irredutibilidade exigido pela concepção psicopatológica fenomeno-estrutural. Isso não implica necessariamente que se possa, posteriormente, explicar a causa do autismo através de pesquisas heredo-constitucionais e psicogenéticas, desde que não se apele para algum tipo de reducionismo pulsional ou organomecânico. Voltando à questão do raciocínio clínico-psiquiátrico, até o presente momento, século XXI, nenhum sintoma patognomônico ou diagnóstico, isto é, típico ou inteiramente característico de doença ou estado patológico, foi identificado para a esquizofrenia. Acresce a isso o fato complicante de que não se conseguiu ainda definir claramente os limites entre os transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e esquizofreniformes, e mesmo ainda entre os diversos grupos de transtornos mentais ditos psicóticos no que se refere especificamente à sua sintomatologia própria.

Tal fato levou à necessidade prática de se compor a nosografia psiquiátrica a partir de um critério misto que reúna elementos cronológicos e sindrômicos, com o objetivo de se estabelecer um diagnóstico e atender à necessidade médica de um prognóstico e de tratamento da doença. Deste modo, mesmo não havendo diferenças sintomáticas ou sindrômicas nítidas entre, por exemplo, os transtornos esquizofrênicos e seus similares esquizofreniformes, isto é, entre a esquizofrenia e a) o transtorno esquizotípico, b) os transtornos psicóticos agudos e transitórios, c) o transtorno delirante induzido, d) os transtornos esquizoafetivos e f) outros transtornos psicóticos não-orgânicos, tais diagnósticos-etiqueta somente se tornaram possíveis a partir de diferenças de características evolutivas formais, expressos por adjetivos indicativos, tais como: forma aguda ou crônica, episódio

(fase) ou processo (contínuo), transitório ou permanente, com remissão completa ou incompleta, episódico com déficit progressivo ou com déficit estável, com ou sem estresse agudo associado, etc.

O mesmo critério descritivo vale para todas as demais “entidades nosológicas”, levando a nosografia psiquiátrica à crise da “ateoricidade”, até que as futuras pesquisas venham solucionar o problema. Se considerarmos os dois paradigmas, o psicanalítico e o fenomenológico, de um modo geral, nos aspectos em que ambos estão de acordo, ou seja, de que a mesma expressão sintomática pode se produzir a partir de processos psicopatológicos completamente distintos, a ênfase no critério cronopatológico ou evolutivo perde a sua importância diagnóstica em termos causais e essenciais (Minkowski,1966[1999],TP,p.117).

Se um mesmo conteúdo afetivo pode se encontrar na origem de um sintoma neurótico ou psicótico, o valor dos sintomas, e até mesmo das síndromes, se torna relativo e, conseqüentemente, qualquer nosografia que nele se apóie, perderá a sua cientificidade e credibilidade. Do mesmo modo que a síndrome pneumônica não nos revela claramente qual é o micro-organismo que se encontra na base do processo infeccioso, ou, então, a síndrome neurológica de Brown-Sequard não mostra claramente a causa da hemi-secção e da paralisia, no caso das síndromes psiquiátricas há mais dificuldade ainda, por não se dispor de um aparelho psíquico anatomicamente visível e a natureza da mente só pode ser inferida, pelo menos até hoje, a partir de seus efeitos ou representantes sintomáticos, os conteúdos psíquicos e as expressões comportamentais. Além disso, como ressalta Minkowski, “*longe de atingir a precisão de um sinal neurológico, o dito sintoma psiquiátrico varia em função do fundo mental de onde ele procede.*” (Minkowski,1966[1999],TP,p.88). No entanto, a seqüência da investigação clínica, que vai do sintoma à doença, passando pela síndrome e pelas condições anatomo-fisiológicas, encontra um grave entrave no plano de uma equivalente “anatomo-

psicopatologia”, porque o termo sintoma adquire um outro significado no plano da sintomatologia psicopatológica.

A natureza dos sintomas mentais diz respeito à natureza da estrutura que lhes dá origem e, compreender tal estrutura, torna-se prioritário antes de qualquer tentativa de explicação etiológica análoga às explicações das teorias neurológicas. Conceitos como melancolia, histeria e mania são mais antigos que a própria psiquiatria, já que remontam à antiguidade grega clássica. Entretanto, conceitos novos como o de “autismo”, introduzido por Bleuler, apresentam uma complexidade bem diversa dos sintomas neurológicos. O autismo, concebido como sendo uma retração particular do contato vital com a realidade exterior e um retorno regressivo sobre si mesmo, possui uma natureza complexa com relação a uma paralisia muscular decorrente de uma lesão de um nervo motor. Trata-se de algo muito mais complexo na medida em que os conceitos psicopatológicos essenciais, além de mais complexos que os conceitos dos conteúdos psíquicos, dizem respeito a mecanismos profundamente dinâmicos e irredutíveis a qualquer pulsão elementar ou atomismo organicista.

A falta de uma técnica psiquiátrica análoga às técnicas semiológicas físicas e instrumentais dos demais ramos da medicina é o que dificulta a construção e o desenvolvimento de uma clínica psiquiátrica satisfatória que pudesse dispensar uma conceitografia tão elaborada e complexa. É comum dizer-se, na prática psiquiátrica, em tom de brincadeira, mas que expressa uma grave realidade que falta à psiquiatria, no exame clínico do estado mental, um aparelho de inspeção da mente, um “psicoscópio”. É bem verdade que se tem tentado caminhar neste sentido através dos progressos das técnicas de imagens funcionais da atividade cerebral, mas a mente, ou, se quisermos, a parte mental do complexo cérebro-mente, ainda está bem distante do plano da atividade bioelétrica neurocerebral. Admitir a irredutibilidade da mente e assumir uma concepção baseada na complexidade dos fenômenos mentais costuma causar um profundo mal estar científico e talvez seja este o

principal motivo das concepções psicopatológicas de Minkowski terem sido praticamente ignoradas até hoje pela vertente neuropsiquiátrica oficial.

Apesar de reconhecer que Gatan Gaëtan de Clérambault foi um organicista radical, Minkowski também reconhece, nas suas concepções de “automatismo basal” e de “psicose à base de automatismo mental”, um importante avanço teórico na compreensão da produção de sintomas automáticos e neutros, sem que seja preciso recorrer a uma concepção de causalidade necessariamente psicogenética (Minkowski, 1966[1999], TP, p.91-2).

Ao se posicionar teoricamente entre o organogeneticismo e o psicogeneticismo, concedendo-lhes igual importância relativa na determinação da doença mental, Minkowski adota um particular organodinamismo fenomenológico fundado principalmente numa espécie de estrutura heredo-constitucional que se desenvolve nas interações conflituosas organopsíquica e antropocósmicas. Para ele, a psicanálise equivoca-se ao optar por um reducionismo mecanodinâmico pulsional unilateral. No entanto, ele afirma por diversas vezes que muitas de suas idéias se compatibilizam com as obras psiquiátricas iniciais de C.G.Jung sobre a psicogênese das doenças mentais, quanto aos fundamentos mais essenciais do funcionamento mental, apesar de algumas reservas quanto ao conceito de arquétipo e de inconsciente coletivo.

O conceito psicanalítico de “inconsciente” e os conceitos fenomeno-estruturais de “estrutura”, “fundo mental”, “forma” e de “heredo-constituição” parecem assemelhar-se, como se fossem terminologias diferentes tratando do mesmo objeto, a subjetividade humana. Nas síndromes psíquicas, diferentemente das síndromes neurológicas, não há uma coexistência de sintomas isolados e independentes entre si, mas sim de uma ligação intensa e íntima entre os fatores ideacionais, afetivo-emocionais e volicionais, que se expressam coligados aos conteúdos simbólicos da linguagem comportamental na condição de sintomas aparentemente independentes, tais como os delírios, as alucinações, as reações psicomotoras

catatônicas ou as condutas agressivas. Um elo interno parece ligar os sintomas psicopatológicos entre si e qualquer deslocamento ou substituição de um deles parece refletir-se em forma de uma modificação no seu conjunto, o que explica a constante mutabilidade das síndromes no mesmo indivíduo no curso da mesma crise psicótica. Daí a frequência maior dos ditos casos atípicos e casos comórbidos ou associados.

Os casos clínicos psiquiátricos são geralmente tão complexos que parecem pertencer ao mesmo tempo a diversas síndromes, refletindo-se na nosografia sob a etiqueta de casos atípicos ou mistos, como se fossem reais casos de múltiplas doenças associadas ou casos comórbidos. A coexistência de duas ou mais afecções mentais distintas, concepção esta que está sujeita a reservas, seria a regra em psiquiatria? Ou será que a grande frequência de casos ditos associados (comorbidade) não estaria simplesmente refletindo um pressuposto teórico equivocado? A tais questões se impõe o fato de que há casos clinicamente “puros”, isto é, que parecem expressar uma forma particular nitidamente diferente, sem outros sintomas associados, como no caso do transtorno delirante crônico ou paranóia, em que um único sintoma intervem, o delírio, realizando assim uma *“síndrome maníaca na sua forma essencial sem que algum elemento externo venha obscurecer essa forma”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.93-4).

No entanto, a “pureza” sintomatológica de alguns poucos casos poderia ser explicada através da teoria dos tipos constitucionais de caráter em que o sintoma expressaria uma exageração de um determinado traço de caráter.

O problema da relação forma-conteúdo remete ao problema da determinação da perturbação ou distúrbio gerador primitivo. O conceito de “perturbação geradora” ou “distúrbio primário” subjacente, fundamental, essencial, formal, constitui o foco das pesquisas fenomenológicas em psicopatologia e a condição necessária e prévia para se explicar as causas da doença mental. Ao contrário da psicopatologia sintomática clássica, que parte



inicialmente do sintoma, passando à síndrome e à base anatomo-fisiológica para encontrar a causa da doença, a psicopatologia fenomeno-estrutural de Minkowski parte da síndrome para dar aos sintomas o seu significado preciso no contexto do conjunto sintomático a que pertencem, condição fenomenológica fundamental para a determinação precisa da perturbação geradora. Numa expressão metafórica análoga à da psicanálise, os sintomas seriam a tradução em superfície da perturbação geradora de profundidade, algo semelhante à relação conteúdo latente e conteúdo manifesto, com a diferença de que Minkowski parece atribuir ao conteúdo latente psicanalítico a condição de conteúdo que permanece sendo uma tradução de periferia com relação à forma essencial. A psicopatologia fenomeno-estrutural, portanto, na medida em que pretende se centrar sobre a pessoa humana, afirma tomar o seu impulso a partir das síndromes, diferindo radicalmente da psicopatologia sintomática ou clássica (Minkowski, 1966[1999], TP, p.94).

A razão desta atitude anti-reducionista é baseada na idéia de que se uma perturbação isolada for considerada o produto de uma lesão anatomo-funcional, chegar-se-á forçosamente a considerações de ordem neurológica e não mais psicológica, resultando inevitavelmente numa proliferação desconcertante de diagnósticos-etiqueta; contudo, isso não significa necessariamente que a neurobiologia deve se limitar aos sintomas isolados, dado que há fenômenos neuropsicopatológicos na zona de transição entre a neuropatologia e a psicopatologia.

Minkowski cita o fato de que Guiraud descartou a idéia de uma classificação puramente etiológica, devido à insuficiência de conhecimentos acerca da causa das doenças mentais, e preferiu adotar uma visão sindrômica neurofisiológica ou neuroanatomo-clínica, que não fornece satisfatoriamente as respostas de uma visão sindrômica de ordem antropoclínica (Minkowski, 1966[1999], TP, p.94-5). Propõe a superação de explicações etiológicas intra-sindrômicas por uma visão mais abrangente. Entre uma teoria emocional, que explica a

tristeza patológica ou melancolia como resultado de um distúrbio primário das emoções, e uma teoria intelectualista, que atribui a causa primária da melancolia às idéias delirantes de ruína, Minkowski propõe a superação do dualismo intra-sindrômico por uma visão fenomenológica “inter-sindrômica”, isto é, pela confrontação das diversas síndromes psicopatológicas entre si (Minkowski,1966[1999],TP,p.95-6).

Para Minkowski, cada síndrome constitui uma estrutura própria, diferente das demais. Nesta perspectiva, enquanto na síndrome de automatismo mental de Clérambault os sintomas parecem traduzir um único distúrbio primário subjacente, na síndrome depressiva ou melancólica prevalece o isolacionismo social, o passado é vivenciado unicamente sob a idéia de culpa, o presente é negado sob a forma de idéias de ruína e de indignidade, e o futuro é bloqueado pela idéia catastrófica de um fim iminente. Além disso, os diferentes modos de se situar com relação ao tempo e ao espaço vividos expressam os diversos distúrbios geradores que se encontram na origem de cada síndrome psicopatológica (Minkowski, 1966[1999], TP, p.96-7).

Já o conceito de “doença” transcende o conceito de “síndrome” e envolve a idéia de progressão, evolução ou processo, o que não significa, de modo algum, a idéia de incurabilidade, porquanto as forças defensivas naturais do organismo podem atingir o restabelecimento e a cura sem intervenção médica, mesmo em casos aparentemente graves de esquizofrenia (Minkowski,1966[1999],TP,p.97).

O problema da controvérsia nosográfica em psiquiatria ocorreria principalmente devido à dificuldade de se estabelecer a real etiologia do complexo problema da doença mental. Assim, por falta de uma compreensão da real estrutura fundamental da doença, uma mesma “doença”, ou síndrome, acaba recebendo nomes diferentes ao longo da evolução da clínica, conforme alguns exemplos que se seguem: 1) a demência precoce de Kraepelin se opunha à degeneração de Magnan e, 2) a confusão mental de Régis invadia o

domínio da demência precoce; 3) a demência precoce, por sua vez, mantinha limites imprecisos com a psicose alucinatória crônica e a psicose paranóica, isto é, o delírio de interpretação ou de perseguição; 4) a psicastenia de Pierre Janet compartilhava o mesmo domínio da esquizofrenia de Bleuler; 5) a esquizofrenia sucedeu conceitualmente a demência precoce de Kraepelin; 6) os sintomas da síndrome de automatismo mental de Clérambault se encontravam entre os sintomas da esquizofrenia de Bleuler; 7) os sintomas do automatismo mental, tomados isoladamente podiam ser encontrados tanto na esquizofrenia quanto nas psicoses tóxicas alcoólicas, sem o fator desagregação mental do processo esquizofrênico. Além disso, fatores étnicos, mais que divergências de escolas psiquiátricas, pareciam estar envolvidos nas divergências nosológicas (Minkowski, 1966[1999], TP, p.97-8).

O problemático conceito de “doença” em psiquiatria clínica se torna mais evidente quando se trata de psicoses associadas ou comorbidade. A coexistência de duas ou mais entidades clínicas psicopatológicas distintas é rara, na opinião de Minkowski. Tratar-se-ia muito mais do que a coexistência de duas afecções concomitantes, pois raramente há uma concordância entre as manifestações sintomáticas e sua doença, já que esta se encontra mais próxima da vertente orgânica da natureza organomental, do complexo “cérebro-mente”, do que propriamente do plano mental dos conteúdos sintomáticos. Diferentemente da patologia geral onde as doenças são delimitadas a partir de um critério intra-sindrômico e etiológico, na patologia mental é perfeitamente aceitável um critério clínico inter-sindrômico ou mesmo co-sindrômico. Por exemplo, a famosa e desconcertante frase de Eugen Bleuler “*nem esquizofrenia, nem psicose maníaco-depressiva, mas em que medida uma e em que medida a outra*”, inaceitável na patologia geral (*em que medida rubéola e em que medida escarlatina*), adquire na patologia psíquica ou psicopatologia uma significação própria e aceitável na medida em que os diversos fatores das síndromes particulares integram-se num novo conjunto sindrômico ou doença inteiramente diferente, denominada de quadro clínico misto ou atípico

(Minkowski,1966[1999],TP,p.p.99). Tratar-se-ia, portanto, não da coexistência de duas doenças atomisticamente concebidas, mas de uma única entidade nosográfica que englobaria de um modo inteiramente novo as características sintomáticas anteriormente pertencentes a fenômenos psicopatológicos distintos e que agora remeteriam a um novo fundo mental ou distúrbio primário.

O anti-reducionismo e o anti-epifenomenalismo de Minkowski torna-se problemático na medida em que, ao mesmo tempo em que prioriza a síndrome como ponto de partida para se chegar à causa da doença, também aponta para a provável causa orgânica primária da doença mental via transmissão hereditária, sem desconsiderar a importância dos fatores psicodinâmicos do que denomina de “cadeias causais curtas”, do “princípio de causalidade” e do princípio de “determinismo integral” (Minkowski,1966[1999],TP,p.122).

O problema da etiologia psíquica, na teoria de Minkowski, está intimamente ligado ao conceito de “predisposição” ou disposição heredo-constitucional. A predisposição ou diátese hereditária seria o elemento estrutural que permitiria a tradução de um conflito moral pré-existente em sintomas neuróticos, como ocorreria particularmente na conversão e na dissociação histéricas da terminologia psicanalítica. Assim, o conjunto de distúrbios mentais procederia de um fundo mental ou de um mundo das formas, semelhantemente à idéia de psicoplasticidade de Dupré e Logre (Minkowski,1966[1999],TP,p.116).

O valor atomístico dos sintomas na psicopatologia sintomática deveria dar lugar à psicopatologia das formas essenciais, fenomeno-estruturais, na medida em que a mesma expressão ou conteúdo afetivo parece se produzir em função de processos patológicos totalmente diversos, como ocorre, por exemplo, na desinserção psico-social da realidade nas psicoses ou nos conflitos afetivos intensos, sem perda do juízo de realidade, nas neuroses.

### 3.5 DEGENERAÇÃO, DEMÊNCIA E PSICOSE

A falta de conhecimentos etiológicos precisos levou a clínica psiquiátrica à alternativa metodológica de fundamentar a nosografia sobre um critério misto, sindrômico e evolutivo. A ênfase no aspecto evolutivo nos faz compreender o conceito de “demência precoce” a partir de Morel, cujo adjetivo, “precoce”, remetia a precocidade a um duplo significado: 1) ocorria numa idade jovem (precoce) e 2) apresentava uma evolução rápida, precoce, para um estado “demencial”. Posteriormente, com Kraepelin, a “Demência precoce” (*Verbloedung*) tornou-se uma vasta entidade nosográfica que englobava os quadros clínicos da “Catatonia” de Kahlbaum, a “Hebefrenia” de Hecker e a “Demência Paranóide”, além da maioria dos estados psicóticos observados em indivíduos jovens.

Os critérios fundantes da conceitografia kraepeliniana foram a consequência da falta de conhecimentos etiológicos precisos como o caráter intercambiável dos sintomas paranóides, hebefrênicos e catatônicos que, embora diferentes no seu aspecto exterior, podiam coexistir simultaneamente ou se alternar sem mudar o aspecto geral da doença, assim como, também, o princípio de hereditariedade similar, isto é, a semelhança de traços de caráter entre o indivíduo e seus antepassados genéticos.

O estudo dos antecedentes hereditários parece apontar para a existência de três formas clínicas (paranóide, hebefrênica e catatônica) presentes em indivíduos de uma mesma família, indicando que se trata muito mais de uma mesma entidade clínica do que um simples princípio apriorístico ou metafísico, o que aponta para uma promissora linha de pesquisa genética. A transmissão inter-geracional de traços de caráter via hereditariedade apresenta intrinsecamente a idéia de similitude caracterial. Além disso, os princípios de identidade temporal e de hereditariedade similar negam a idéia de um polimorfismo específico e apontam para uma tipologia constitucional geral, com aspectos comuns a todos os indivíduos, levando

a poucos tipos clínicos específicos e facilitando a análise das assim denominadas psicoses associadas (comorbidade). Enquanto o antigo conceito de degeneração reforçava a idéia de polimorfismo das doenças mentais, o conceito de demência passou a ser mais preciso ao afirmar a idéia de similaridade ou, ainda mesmo, a idéia de identidade, a favor de uma teoria genética de conservação de traços de caráter transmissíveis hereditariamente (Minkowski, 1966[1999], TP, p.126-8).

Quanto à especificidade dos estados terminais, as formas clínicas denominadas de “Demência Paranóide”, “Hebefrenia”, “Catatonia”, que parecem evoluir para estados terminais idênticos, se distinguem da “Demência senil” ou degenerativa (Alzheimer, Pick, etc.) e da “Demência paralítica” (infecciosa ou sífilítica). No entanto, a demência precoce kraepeliniana incluía em seu domínio nosográfico até mesmo uma forma clínica periódica pertencente à psicose maníaco-depressiva. A razão dessa inclusão foi atribuída ao fato de que os estados de excitação eram freqüentemente uma etapa de um processo mórbido idêntico, ou muito similar, ao processo evolutivo e sintomático da demência precoce e diferente dos estados maníacos “puros”. Além disso, os estados de excitação periódica eram freqüentes no curso dos estados terminais da demência precoce e, além disso, havia bons motivos para se estabelecer a hipótese de uma relação hereditária de similaridade entre os dois estados psicopatológicos (Minkowski, 1966[1999], TP, p.128-9).

A confrontação da demência precoce com a psicose maníaco-depressiva, concernentes ao modo de ser dos doentes que pertencem a um ou a outro quadro clínico (Minkowski, 1966[1999], TP, p.125-6), isto é, no que diz respeito à distinção clínica entre ambas as entidades quanto ao caráter evolutivo, se baseia na idéia de que a demência evolui continuamente e a psicose maníaco-depressiva evolui por fases ou períodos, com alternância entre a forma maníaca e a depressiva (melancólica) ou, ainda, com a aparição periódica de apenas uma dessas síndromes. Além disso, não ocorre uma deteriorização ou deficiência

definitiva na personalidade do doente no período de remissão entre os acessos (Minkowski,1966[1999],TP,p.129-30).

O conceito kraepeliniano de demência precoce pôs um fim temporário e parcial ao período de pulverização diagnóstica em psiquiatria e marcou o início de uma importante revolução paradigmática através da ordenação de quadros clínicos diversos sob o mesmo denominador comum. O mesmo distúrbio ou perturbação fundamental de uma entidade nosográfica podia se expressar através de sintomas distintos, os seus representantes secundários. A pesquisa desse fator específico, primário e fundamental se deslocará dos sintomas para os distúrbios psíquicos “elementares”, sua forma fundamental. Segundo Minkowski, Kraepelin deu o passo inicial para a superação do mecanicismo associacionista e para o nascimento de uma visão global que se expressaria com sua maior pujança no movimento fenomenológico existencial (Minkowski,1966[1999],TP,p.130-1).

O conceito de esquizofrenia nasceu do paradigma kraepeliniano, a partir da formulação de alguns princípios constitutivos básicos e evoluiu para a elucidação de seu fator fundamental oculto na conceitografia bleuleriana, através principalmente dos conceitos fundamentais complexos de autismo e de dissociação (*Spaltung*), termos equivalentes aos de desagregação, disjunção, sejunção etc. O conceito kraepeliniano de “perda da unidade interior” evoluiu para o seu equivalente de “discordância”, de Chaslin e o de “perda do contato vital com a realidade” no “autismo”, de Minkowski, conforme sua tese de doutorado sobre a esquizofrenia.

O enfoque analítico de Kraepelin, baseado na distinção psicológica clássica de funções mentais isoladas (intelecto, afetividade e vontade) se deslocará para uma espécie de associacionismo dinâmico em Bleuler, rumo ao enfoque sintético da fenomenologia estrutural de Minkowski, do organodinamismo de Henri Ey e da psicanálise de Freud. A primazia dos fatores intelectuais cedeu lugar aos fatores volitivo-afetivos e a psicopatologia afetiva passou

a se afirmar na psiquiatria, direcionando-se à etiologia emocional das doenças mentais. Os conceitos de psicose reativa e de psicose psicogenética passaram a exercer um peso importante nas considerações diagnósticas psiquiátricas através principalmente da obra de Bleuler e de Jung.

As idéias de uma psiquiatria dinâmica também surgem a partir de Binet e Simon (1910) com a idéia de “unidade hesitante” das entidades nosográficas: os mesmos sintomas pertencem indistintamente a várias e diferentes entidades nosográficas, o que impede a devida delimitação ou determinação de uma patognomonía e sugere a busca de um fator fundamental distinto, que se situaria “atrás” de seus representantes sintomáticos. A possibilidade de uma solução se dirige, então, para uma concepção de conjunto, sindrômica, sem perder de vista a confrontação de suas partes componentes, com o objetivo de se diferenciar as diversas e reais entidades nosográficas (Minkowski, 1966[1999], TP, p.133). A psicopatologia sintomática é, então, substituída pela psicopatologia sindrômica, evitando assim o “psitacismo” (papagaísmo, nomes sem significado) nosográfico ou etiquetamento exagerado em que a proliferação de entidades, no limite, torna-se quase tão intensa quanto a quantidade de sintomas.

Minkowski preocupa-se em enriquecer ou aperfeiçoar os conceitos sindrômicos, pois *“mais vale alguns poucos conceitos precisos do que uma quantidade de termos mal delimitados”* e, além disso, *“o progresso da psiquiatria não se mede pelo número de doenças que ela discerne, mas à sua faculdade de penetrar mais além na vida do ser mentalmente doente, isto é, na natureza dos conceitos psicopatológicos que ela permite colocar em evidência”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.133-4). A psicopatologia sintomática, estática, é, então, substituída pela sindrômica, dinâmica, *“pois o que importa”*, diz Minkowski, *“não são os sintomas, mas o estado mental que os condiciona”*, isto é, o fundo mental constituído de aspectos realmente característicos e essenciais da forma estudada



(idem,TP,p.134). No caso da Histeria, os traços fundamentais seriam a sugestibilidade e a expressão pseudo-neuropática sensorial e motora, as paralisias e as anestésias sem lesão somática de ordem neurológica.

E, para concluir a definição sintética de doença, além de delimitar os seus traços essenciais, torna-se necessário, ainda, adicionar um fator, a maneira como o conjunto da personalidade se comporta frente aos sintomas específicos. O ataque contra uma ou mais funções resultaria inicialmente em sintomas e, em seguida, o restante não comprometido da personalidade reagiria de um certo modo.

O estado mental completo seria constituído pelo tipo de personalidade, pela atitude reacional da personalidade frente ao fator desencadeante, pelos fatores reacionais e, finalmente, pelos sintomas. Em outras palavras, a atitude intelectual, afetiva ou volitiva dependerá do tipo de personalidade na sua relação com os agentes desencadeantes, interno ou externo (Minkowski,1966[1999],TP,p.134-5).

A atitude de conjunto de todas as funções mentais, diante de um evento patogênico, poderá resultar numa espécie de paralisia psíquica ou numa ação mental suspensiva. Muitas formas de psicose seriam caracterizadas em conjunto por fatores fundamentais como a separação, o conflito, o deslocamento, a desorganização, as interrupções de organização, etc. A análise fenômeno-existencial apresenta essa particularidade de procurar definir com apenas um conceito sintético a essência significativa de determinado estado mental psicopatológico (Minkowski,1966[1999],TP,p.135).

O conceito de personalidade, desde Binet e Simon, passa a adquirir uma importância cada vez maior e atingirá uma posição de destaque na obra de Kretschmer e dos fenomenólogos do século XX. O diagnóstico por “intuição” ou “penetração” se afirmará através principalmente das idéias de Husserl e de Bergson e o método psicoclínico se mostrará mais vantajoso que o método clássico descritivo, o seu antecedente. O conceito de

esquizofrenia, empregado desde 1908 e consagrado no “Tratado” de Bleuler de 1912 substituiu o conceito kraepeliniano de demência precoce, que já não expressava mais a idéia de uma verdadeira demência e, tampouco, a idéia de ser precoce em seu surgimento ou evolução. O mesmo quadro clínico já havia recebido outros nomes, tais como: Loucura Discordante (Chaslin), Ataxia e Desarmonia Intrapsíquica (Stransky e Urstein), etc. Bleuler elaborou o novo conceito de Esquizofrenia a partir das seguintes observações clínicas: 1) ausência de perda de memória, ou de outros distúrbios mnêmicos, em casos avançados de esquizofrenia, contrariando um sinal característico da demência real. 2) ausência de deterioração das funções cognitivas, afetivas e volitivas em quadros clínicos igualmente avançado, com preservação das funções mentais (Minkowski, 1966[1999], TP, p.140).

Apesar de permanecer fiel à nosografia kraepeliniana, Bleuler fundou uma nova concepção psicopatológica, a da esquizofrenia, incorporando nela as contribuições da psicanálise freudiana e estabelecendo uma hierarquia de sintomas fundamentais simples e complexos ao lado de sintomas acessórios. Os sintomas fundamentais são aqueles que se situam mais próximos do plano dos conteúdos e não possuem o valor causal que as teorias psicogenéticas lhe atribuem. Dentre os sintomas fundamentais simples temos a dissociação ou afrouxamento da associação de idéias, a inibição afetiva ou embotamento e a ambivalência ideativa, afetiva e volitiva. Entre os sintomas fundamentais das funções mentais complexas Bleuler coloca os conceitos de “Autismo” e de “Spaltung” (desagregação ou disjunção) e os sintomas acessórios, que podem ou não existir durante a doença, são os conteúdos ideofetivos ou sintomas de “periferia”, os mais facilmente perceptíveis. Os sintomas se apresentam como delírios, alucinações, estados catatônicos, estados depressivos, estados de agitação e agressividade, episódios confusionais e oníricos, neologismos, sentimentos de despersonalização, etc. Minkowski adotou o conceito complexo de “autismo” como sendo o mais importante conceito bleuleriano na caracterização da essência da esquizofrenia,

motivando a sua tese de doutorado de Paris (1926) intitulada “A noção de perda de contato vital com a realidade e suas aplicações em psicopatologia”.

Ao lado do conceito de “autismo”, Bleuler coloca o de “*Spaltung*” (dissociação) como sendo o sinal ou sintoma patognomônico, característico, indicativo de tratar-se de uma psicose esquizofrênica. No entanto, para Bleuler, nenhum desses dois conceitos complexos representavam o fator essencial da doença, mas sim o conceito fundamental simples denominado “distúrbio dissociativo de idéias” ou relaxamento de associações de idéias, de acordo com a escola naturalista e realista, o associacionismo.

Minkowski irá contestar o associacionismo bleuleriano e adotará uma linha de pensamento de inspiração bergsoniana e husserliana, procurando uma concepção consensual entre a psicanálise e o organicismo. Citando um pronunciamento de Bleuler (*La Schizophrénie*, 1926), Minkowski aborda a posição associacionista de Bleuler ao tratar do fator mórbido fundamental da esquizofrenia, conforme o trecho que segue:

*A Spaltung é a condição prévia da maioria das manifestações complexas da afecção; ela confere a toda a sintomatologia o seu selo particular. Mas, atrás dessa Spaltung sistemática em complexos de idéias determinadas, nós encontramos anteriormente um relaxamento primitivo da cadeia de associações que pode ir até a uma Zerspaltung não ordenada de produtos tão sólidos quanto os conceitos. Eu queria, em me servindo do termo ‘esquizofrenia’, obter esses dois modos de Spaltung que nos seus efeitos se confundem freqüentemente.*  
(Bleuler, 1926, in: Minkowski, TP, p.145-6)

Fica clara a necessidade de Bleuler de permanecer fiel, no plano teórico, à filiação epistemológica associacionista, embora no plano prático ele se prenda mais ao conceito de *Spaltung* (dissociação), de *Zerspaltung* (Desagregação) e de Autismo (perda ou perturbação do contato vital com a realidade). Bleuler considerou a “*Spaltung*” um fenômeno muito mais próximo da primitiva diminuição de tensão entre as associações de idéias do que o fenômeno do autismo, que seria uma consequência direta daquela (*Spaltung*). Nos casos clínicos de grave desagregação das funções mentais, o autismo intenso poderia resultar num

estado mental de total recusa da realidade externa e de seus estímulos sensoriais, porém nos casos psicopatológicos menos graves, em que a desagregação esquizofrênica era menos intensa, os efeitos dos complexos de forte carga afetiva podiam ser considerados quase nulos (Minkowski,1966[1999],TP,p.146).

Minkowski nos adverte sobre a diferença que existe entre o fator dissociativo simples e o fator disjuntivo complexo, isto é, entre o conceito de dissociação de idéias e o conceito de desagregação (*Spaltung*). Para explicar essa diferença no mecanismo dissociação-desagregação, ele utiliza uma metáfora geométrica em que a dissociação se situa na porção periférica de uma “esfera” e a desagregação (*Spaltung*) na porção interna perinuclear. Assim sendo, o conceito de dissociação expressaria o sintoma fundamental simples em que o relaxamento associativo de idéias seria direta e facilmente constatável no plano da observação clínica objetiva, enquanto a desagregação ou *Spaltung* se constituiria num mecanismo complexo mais fundamental, uma verdadeira cisão das regiões mais profundas da mente (Minkowski,1966[1999],TP,p.146). A falta de precisão e de limites entre o fator dissociativo e o desagregador (disjuntivo) ou *Spaltung* na teoria bleuleriana torna-se mais acentuada pela falta de um mecanismo equivalente de oposição, de mesma ordem, para dar conta de explicar não somente a esquizofrenia, mas também a psicose maníaco-depressiva.

Em relação à clássica oposição clínica entre a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva, Minkowski considera que não há nenhum elemento ou mecanismo opositivo equivalente à desagregação esquizofrênica (Minkowski,1966[1999],TP,p.147). Uma hipótese possível, pensamos, seria a de um mecanismo psicopatológico análogo à oposição entre a esquizoidia e a sintonia (cicloidia) no plano da tipologia constitucional, ou, então, entre o autismo e a euforia exagerada do transtorno afetivo bipolar, isto é, entre o retraimento autista e a intenso contato afetivo com a realidade na euforia maníaca, como uma espécie psicopatológica de “filautia” oposta a uma “filantropia”. Os mecanismos defensivos

biológicos de luta e fuga, juntamente com os mecanismos defensivos psicanalíticos se inscrevem aqui de modo importante. Como já dissemos, o centro de gravidade da clínica se deslocou, a partir das concepções fenomenológicas, dos sintomas periféricos ou acessórios para os sintomas simples e principais, e destes, para as formas mais complexas, primitivas ou essenciais.

A maioria dos casos de esquizofrenia se apresenta sob a forma branda ou atenuada e são denominados de esquizofrenia latente. A falta de um sinal ou sintoma “patognomônico” (distintivo ou característico de uma doença) de ordem negativa, que pudesse excluir com certeza se a psicose era ou não uma esquizofrenia, trouxe ao conceito de Bleuler severas críticas, sendo que a principal delas consistiu em que a esquizofrenia não era mais uma das doenças mentais e sim “a” doença mental, lembrando a antiga hipótese da monopsicose (Minkowski, 1966[1999], TP, p.147).

O grande paradoxo que agora se apresenta é que quanto maior a precisão psicopatológica, através de conceitos mais gerais, menor se torna a precisão clínica quanto aos seus limites nosográficos. De qualquer modo, querer conceber a psiquiatria do mesmo modo que as outras disciplinas médicas não lhe traz nenhum progresso, dadas as características de seu objeto próprio, a mente doente, com a sua complexidade peculiar. A distinção bleuleriana entre as funções simples (dissociação) e as funções complexas (autismo) se prestam a múltiplas discussões na medida em que há entre elas uma importante diferença de natureza. Essa dualidade teórico-prática bleuleriana desaparece na prática clínica, onde os conceitos de autismo e de bom e mau contato afetivo com o ambiente refletem melhor o que acontece com o esquizofrênico. O conceito de relaxamento das associações de idéias pouco acrescenta à observação clínica. O conceito de “bom e de mau contato afetivo com o ambiente” e a oposição entre os modos real e desreal de pensar (*dereirendes Denken*) encontram-se centrados sobre a realidade externa.

Os conceitos de “sentido do real” e de “função de presentificação” de Pierre Janet são significativamente importantes no estudo da esquizofrenia, na medida em que a “hipotensão psíquica” ou “*abaissement de la tension psychologique*” acarreta um sentimento de irrealidade, de inexistência e outras queixas comuns aos esquizofrênicos de Bleuler e aos psicastênicos de Janet. Há uma afinidade conceitual entre o “autismo” bleuleriano e o “sentido do real” janetiano e a diferença entre ambos os conceitos situa-se no contexto das diferenças teóricas dessas duas escolas de psicopatologia. Enquanto os psicastênicos de Janet têm consciência de seus estados mentais, os esquizofrênicos de Bleuler nem sempre se dão conta de seu mau contato com a realidade ou autismo.

O sentido do real, segundo Minkowski, não significa a mesma coisa que o sentido de realidade nas “adaptações” realistas e conflitivas, excessivamente pragmáticas e utilitaristas da sociedade alienante de consumo, destituída de valores éticos coerentes e humanistas. O exemplo típico de indivíduos “bem adaptados” exteriormente a uma realidade injusta e cheia de contradições é o do sujeito eficiente profissionalmente, mas que peca por excesso de realismo e de adaptação, tornando-se afetivamente obsessivo e emocionalmente infeliz. Na arquitetura da realidade, o irreal intervém em conexão com o real e não com o ambiente (Minkowski, 1966[1999], TP, p.152-4).

### **3.6 A TIPOLOGIA CONSTITUCIONAL**

Ainda que aparentemente idênticos e freqüentemente utilizados indistintamente, os conceitos de caracterologia e de tipologia diferem no sentido de que o tipo se baseia em conhecimentos *ad hoc*, excedendo os traços de caráter (Minkowski, 1966[1999],

TP,p.155-6). A classificação das características individuais varia em função do ponto de vista adotado e envolve múltiplos pontos de intersecção entre as estruturas morfológicas e de caráter. Morel considerava o “temperamento” como sendo a causa predisponente da degeneração ou alienação mental. A loucura seria uma conseqüência da exageração do caráter habitual do indivíduo e, na ordem dos fatores que determinam a doença mental, o caráter psicopático precederia a alienação mental.

Magnan permaneceu fiel ao conceito de degeneração e de temperamento nervoso de sua tradição, contudo distinguiu as psicoses acidentais ou reativas das psicoses degenerativas ou constitucionais. Além disso, separou esta última em dois tipos opostos, de acordo com a intensidade e a qualidade do processo mórbido: 1) degeneração por predisposição simples, como a psicose maníaco-depressiva e 2) degeneração por predisposição degenerativa, de evolução progressiva, como a esquizofrenia (Minkowski, 1966[1999], TP, p.157).

Dupré, em sua obra “Os desequilíbrios constitucionais do sistema nervoso” (1919), apresentou oito variedades de desequilíbrio constitucional: 1) da sensibilidade física ou cenestopatia; 2) da motilidade; 3) da emotividade; 4) dos apetites ou toxicomanias; 5) dos instintos; 6) do humor, do caráter e da atividade (ciclotimia); 7) da constituição paranóica, com orgulho e desconfiança; e 8) da constituição mitopática, com os estados pitiáticos (histéricos) e a simulação intencional (Minkowski,1966[1999],TP,p.158).

Todas essas variedades de desequilíbrio constitucional se encontram no plano sintomático e estão centradas muito mais nos conceitos de “desequilíbrio mental” e de “predisposição constitucional” do que propriamente no conceito de “constituição”. Já o conceito de “tipo constitucional” engloba a personalidade como um todo e forma um quadro clínico de onde procedem as diversas predisposições suscetíveis de variações ou nuances

distintas em função desse quadro, que manifestará seus traços essenciais de modo patológico ou não-patológico (Minkowski,1966[1999],TP,p.158-9).

A obra de Kretschmer, intitulada “Estrutura do Corpo e do Caráter” (1921), apresenta a elaboração de uma tipologia em conexão estreita com a nosografia psiquiátrica, mas os tipos descritos divergem de outras tipologias, do mesmo modo que divergem as diferentes nosografias, contudo têm o mérito de seguir a evolução dos conceitos clínicos e de contribuir para o aperfeiçoamento dos conceitos psicopatológicos e a descoberta dos fatores essenciais das doenças mentais (Minkowski,1966[1999],TP,p.159).

Para Kretschmer, há dois traços caracteriais psicopatológicos fundamentais, que se situam próximos à doença mental, a cicloídia e a esquizoidia. A primeira pertence à categoria expressa pela série “psicose maníaco-depressiva/cicloídia/ciclotimia e a segunda, à série esquizofrenia/esquizoidia/esquizotimia. Enquanto a cicloídia e a esquizoidia se situam na região fronteira ou de latência das psicoses, a primeira invadindo os domínios das psicoses afetivas e a segunda, o da esquizofrenia, já a cicloídia e a esquizotimia invadem o domínio dos fenômenos mentais não-mórbidos, estabelecendo aí as diferenças tipológicas individuais. Os conceitos de “ciclotimia” e de “esquizotimia”, além de significar dois tipos essenciais de caráter, nomeiam as duas categorias básicas ou séries fundamentais referidas como duas séries constituídas pela doença (esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva), pelo caráter anormal (esquizoidia ou cicloídia) e pelos traços caracteriais gerais não-patológicos (esquizotimia ou cicloídia) (Minkowski,1966[1999],TP,p.160).

Minkowski desenvolve suas idéias sobre relações entre o caráter anormal esquizóide e a esquizofrenia na sua obra “A Esquizofrenia” de 1927. A classificação de Kretschmer se baseia tanto na dualidade fundamental “esquizoidia–cicloídia”, ou na oposição “esquizofrenia–psicoses afetivas maníaco-depressivas”, quanto no conceito de hereditariedade por semelhança com o caráter dos ancestrais genéticos (princípio de hereditariedade similar),



levando a psicopatologia a se ocupar do estudo da personalidade pré-psicótica dos parentes próximos e distantes dos doentes mentais. Dentre os aspectos essenciais da tipologia kretschmeriana, encontramos o conceito de tipo morfológico particular, oriundo de pesquisas antropométricas, aplicado às duas categorias fundamentais, ciclotimia e esquizotimia. No esquema de Kretschmer, a categoria ciclotímica corresponde ao tipo morfológico pícnico (de “*pynós*”, condensado, compacto) e se caracteriza por linhas geralmente arredondadas e harmoniosas, pele rosada e hidratada, ossos e musculatura delicados. A esquizotimia corresponde aos tipos atlético e astênico, ambos desarmônicos, displásicos e até mesmo degenerativos quanto ao seu aspecto geral. O conceito de “unidade organopsíquica” substituiu a estéril dualidade somatopsíquica e os caracteres morfo-biológicos se encontram em estreita conexão com as propriedades psicológicas. Para Minkowski:

*Ao mesmo tempo, a existência de um tipo morfológico, próprio a cada uma das duas categorias examinadas, vem acentuar ainda mais a sua especificidade respectiva, ao mesmo tempo em que os laços de parentesco estabelecidos entre os dois elos de cada série. (Minkowski,1966[1999],TP,p.161)*

O exemplo caricatural típico de cada série ou categoria fundamental seria o do esquizotímico “Don Quijote” e o do ciclotímico “Sancho Panza”, tanto no aspecto físico quanto no modo psíquico de ser.

O conceito de “Bipolaridade” em tipologia constitucional é também muito importante, dado que cada tipo constitucional, a ciclotimia e a esquizotimia, pode comportar dois pólos: 1) a ciclotimia oscila entre as reações de alegria e de tristeza, isto é, entre a expansão e a inibição afetivas, passando facilmente de uma a outra; esses dois elementos se encontram em proporção variável no mesmo indivíduo, determinando uma proporção predisposicional ou “coeficiente diatético” (diátese = predisposição) ou, em outras palavras, uma espécie de “coeficiente de humor” (humor = estado de ânimo ou afetivo); 2) a esquizotimia varia entre os polos de hiperestesia e de anestesia (indiferença) afetivas,

determinando uma proporção ou “coeficiente psico-estésico” (estesia = sensibilidade). No entanto, um indivíduo em que predomine os aspectos esquizotímicos sobre os ciclotímicos, poderá se situar afetivamente numa posição mediana entre a “hipoestesia” e a “hiperestesia”, isto é, não será nem extremamente insensível nem hipersensível durante a maior parte do tempo, podendo ter crises de anestesia afetiva ou de hipersensibilidade, independentemente de encontrar-se num estado psicótico esquizofrênico ou maníaco-depressivo, já que possui em sua estrutura mental o complexo disposicional e constitucional ciclo-esquizo-tímico com sua dinâmica móvel e intercambiável. Os dois coeficientes de predisposição constitucional, o diatético e o psico-estético formam um todo constituído por uma cadeia ampla de fenômenos de ordem “instintivo-sensoperceptivo-afetivo-emocional”, pois, como diz Minkowski, *“trata-se mais de um conjunto que de relações de causa e efeito. É a nuance que conta antes de tudo.”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.162-3)

Por conseguinte, todos os indivíduos seriam constitutivamente ciclo-esquizotímicos, pois o esquizotímico não “é” puramente esquizotímico, podendo ou não “estar” temporariamente fixado num modo predominantemente esquizotímico, esquizóide ou esquizofrênico, sem perder a sua predisposição constitucional ciclotímica, ciclóide e ciclofrênica (ciclofrenia ou psicose maníaco-depressiva ou transtorno afetivo bipolar). As atitudes predominantes parecem ser determinadas voluntariamente, colocando a gênese da questão nos planos epistêmico e ontológico do desejo e da intencionalidade, campo comum à fenomenologia estrutural e à psicanálise. Deste modo, pelo menos em princípio, apesar das influências heredo-familiares e socio-culturais, a transição dos modos de estruturação dinâmica podem variar constantemente. A predominância do fator ciclotímico sobre o esquizotímico pode se alternar, do mesmo modo que também pode variar a predominância do pólo hipo-sensível sobre o hipersensível na cadeia constitucional psico-estética da série “esquizotimia–esquizoidia–esquizofrenia”. Igualmente, pode haver um predomínio do pólo

afetivo-expansivo (maníaco) sobre o pólo afetivo-depressivo na cadeia constitucional diatético-afetiva da série formada pela cadeia “ciclotimia–cicloidia–ciclofrenia”.

Esse amplo esquema tipológico-constitucional de inspiração kretschmeriana possibilita o entendimento da variabilidade e da mutabilidade das formas clínicas da nosografia psicopatológica ou psiquiátrica. A união da heredologia constitucional com a somatoantropogênese fenomeno-estrutural e a psicanálise formará o conjunto de tendências teóricas em que Minkowski se apoiará para construir a sua psicopatologia, que é, concomitantemente, organodinâmica e psicodinâmica, entendendo-se por “organopsicodinamismo” algo intermediário entre a psicanálise e o organicismo mecânico, muito próximo, todavia não exatamente idêntico, ao organodinamismo de Henri Ey, dada a influência fortemente bergsoniana na epistemologia psicopatológica minkowskiana.

No que diz respeito à relação com a realidade ambiente, o indivíduo, cuja personalidade é marcada por um caráter mais acentuadamente ciclóide, tende a apresentar, após uma crise de intensa raiva ou explosão colérica, uma preservação do seu contato afetivo-social. Já o indivíduo predominantemente esquizóide, nos seus diversos graus de esquizoidia, tende a apresentar, no período pós-crise colérica, um rompimento mais ou menos duradouro e persistente com relação à realidade ambiente, resistindo em ceder ao seu descontentamento e egocentrismo patológicos, passando a agir mais por dever moral do que por um natural e espontâneo desejo. Em suma, enquanto o ciclóide é maleável e afetivamente cordial com os semelhantes, o esquizóide é mais inclinado para a atividade racional, abstrata e excessivamente inflexível, sem com isso perder a sua extrema sensibilidade interior e capacidade de intuição (Minkowski, 1966[1999], TP, p.162-3).

Tanto a esquizoidia como a cicloidia constituem a base de fundo da estrutura mental e se ligam muito mais ao modo de expressão dos traços de caráter, na sua relação com o mundo ambiente, do que propriamente a um traço de caráter particular ou habitual. Assim,

tanto o esquizóide quanto o ciclóide podem ser ambos homens de ação, mas o primeiro o será de modo intransigente, enquanto o segundo, de modo cordial. A coexistência ou mistura da esquizoidia com a cicloídia está presente em todos os indivíduos em proporções variáveis, tanto no estado saudável como no psicopatológico e, neste último caso, recebe a etiqueta diagnóstica de psicose mista ou associada, a depender do predomínio do aspecto esquizóide sobre o ciclóide ou vice-versa (Minkowski,1966[1999],TP,p.164).

As linhas diretrizes ou fatores formativos de cada tipo de psicose devem ser submetidos, segundo Minkowski, a uma análise fatorial genética (psicoclínica), isto é, que se fundamente sobre os “gens” e a hereditariedade, porquanto a esquizotimia e a ciclotimia são suscetíveis de se mesclar em proporções variáveis ao se complementarem no todo da personalidade (Minkowski,1966[1999],TP,p.164).

O conceito de “sintonia” de Bleuler, equivalente ao de ciclotimia e de cicloídia de Kretschmer, apresenta a vantagem conceitual de representar o aspecto mais essencial do fenômeno de relação vital, de vibração em uníssono com o ambiente, com a realidade externa. A ciclicidade é uma propriedade comum às duas séries, esquizotímica e ciclotímica, mas é uma propriedade menos fundamental que o contato vital (cognitivo, afetivo e volitivo) com a realidade. Para Bleuler, a esquizoidia e a sintonia constituem os dois princípios fundamentais da vida mental, normal e patológica. O conceito de sintonia representa a necessidade profunda de fusão íntima e harmoniosa com o mundo externo; já o conceito de esquizoidia assinala a tendência de afastamento entre o eu e mundo, resultando numa forma diferente de adaptação à realidade. Cada uma delas, sintonia e esquizoidia, afirma a sua importância com relação às vantagens e desvantagens de uma maior ou menor fixação defensiva e, *“quanto à sua união plena e harmoniosa, ela está ainda pouco acessível ao ser humano em sua organização individual. Mas, ainda assim, é a essas duas noções que se dirigia a evolução das noções clínicas que nós havíamos seguido até agora”*. (Minkowski,1966[1999],TP,p.165)

Minkowski salienta que cada tipo constitui a pré-condição para qualquer realização humana. Ambos possuem algo de positivo em si mesmos, pois *“um leve grau de hipomania associado a uma esquizoidia moderada, constitui a melhor garantia de um bom rendimento do sujeito”* (Minkowski,1966[1999],TP,p.165) e quando uma delas atinge um grau excessivo, em detrimento do equilíbrio que deveria haver entre ambas, tem-se a doença.

A personalidade subjaz às duas condições basais, sintônica e esquizóide, e ambas as condições são necessárias para todas as realizações humanas, tais como, por exemplo, a atividade, as aspirações, a criatividade etc. (Minkowski,1966[1999],TP,p.165). Por isso, o fundamento para a classificação nosográfica se encontra no conceito geral de “bom ou mau contato afetivo” com a realidade e o observador-clínico deve apreender tal fenômeno a partir do método intuitivo, isto é, de uma “penetração” em profundidade na essência da estrutura da personalidade, através da capacidade de estabelecer um contato afetivo de “vibração” em uníssono com a vida interior do doente, o que só pode ser adquirido após uma longa vivência profissional ou boa formação clínica (Minkowski,1966[1999],TP,p.166).

Nesse ponto, o conceito bergsoniano de intuição via percepção dos dados imediatos da consciência guarda uma semelhança com o conceito de “comunicação entre inconscientes” e o de “transferência” na psicanálise. O sentimento penoso de distanciamento, captado pela intuição do clínico no contato com o seu “paciente”, aponta para a existência de um fator esquizóide, enquanto que, ao contrário, a percepção intuitiva de um sentimento de euforia patológica ou de melancolia profunda indica a existência de um predomínio do fator sintônico, embora nem a sintonia, nem a esquizoidia constituam unicamente fenômenos deficitários, pois entre a genialidade e a loucura há diferenças qualitativas notáveis.

O conceito de “tipo” constitucional de personalidade refere-se mais à qualidade do que à quantidade estatística. Se por um lado consideramos algo como característico, dada a sua freqüência ou ocorrência repetitiva e suficiente em certa coletividade, por outro lado, no

plano fenomenológico, o que é “típico” não é necessariamente o caso mais freqüente. Ele se impõe como tal, bastando apenas ser o modelo a partir do qual se possa distinguir os casos mistos com relação a outros casos típicos. Um caso típico ou privilegiado, “o caso” exemplar, não tem a necessidade, do ponto de vista fenômeno-estrutural, de resultar de cálculos, comparações, repetições exaustivas ou de registros estatísticos (Minkowski, 1966[1999], TP, p.167).

Assim, a caracterologia não se superpõe à tipologia, porque, enquanto a caracterologia é mais descritiva e procura enumerar os traços de caráter, a tipologia procura evidenciar o caso “típico”, modelar, puro, para formar um quadro categorial que ordene os traços de caráter, conferindo a cada um deles a sua nuance ou tonalidade particular (Minkowski, 1966[1999], TP, p.167).

Como nos diz Minkowski, *“no fundo, assim cremos, a esquizoidia e a sintonia revelam mais o típico, o modelo. Um traço fundamental nos é revelado como tal”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.168). Ainda que haja casos clínicos em que a correlação morfo-caracterológica parece contrariar o modelo teórico baseado na dualidade conceitual esquizoidia-sintonia, como no caso de um indivíduo morfologicamente pícnico e com a predominância de traços caracterológicos esquizóides, todavia no plano fenomenológico as contradições aparentes se desfazem e o modelo inspirado nesses dois conceitos fundamentais se mostra heurísticamente fecundo.

O modelo teórico kretschmeriano constitui o ponto de partida para as futuras pesquisas hereditárias que almejem revelar a hipótese da existência de fatores hereditários dessemelhantes. Além disso, o desenvolvimento da caracterologia poderá estudar a influência de outras circunstâncias particulares em ação, na estrutura da mente, que estejam “facilitando”, mas não determinando, a formação ou o desenvolvimento de personalidades pré-psicóticas, pois constituição ou tipos constitucionais não significam fatalidade, apenas

intervenção ou influência (Minkowski,1966[1999],TP.p.168). Segundo Minkowski, a psicanálise aceita, teoricamente, o ponto de vista da existência de fatores inatos, mas terapêuticamente ela abandona a análise caracterológica e se afasta demasiadamente da visão fenomenológica (Minkowski,1966[1999],TP,p.169). A constituição mental, com seu fundo ou “campo existencial” é um todo vivo e movente, “aberto” ou “fechado” afetivamente com relação ao ambiente e à realidade, para utilizar os conceitos de abertura e fechamento bergsonianos (“A Evolução Criadora”) (Minkowski,1966[1999],TP,p.169-70).

Nesse jogo interativo com a realidade externa, a ambiência física (*spiritus loci*) exerce um importante papel na terapêutica e na recuperação do paciente, que tende a se furtar das dificuldades exteriores através de reações de enfraquecimento interativo com a realidade e, conseqüentemente, com o empobrecimento psicótico da sua constituição psíquica, resultando na doença em suas múltiplas apresentações sintomáticas.

A tipologia constitucional tem o papel de indicar o ponto de partida para as investigações da estrutura do caráter e desenvolver métodos de tratamento que possam auxiliar os indivíduos preponderantemente mais sintônicos a se libertarem da necessidade patológica de contato afetivo com o ambiente, tornando-se, assim, menos dependentes. Do mesmo modo, a tipologia constitucional fornece as indicações de como desenvolver nos indivíduos predominantemente esquizoide-autistas uma maior tonalidade afetiva e uma atividade mais pragmática para com a vida social. Daí o erro dos programas únicos em pedagogia escolar, em psicoterapia (psicanálise) ou na vida de relação em geral, de desconsiderar a necessidade de uma linguagem adaptada às reais necessidades de cada personalidade em particular, segundo cada natureza individual, ao ajudá-la a progredir. Neste aspecto, a psicoterapia bem compreendida não difere muito de um ato pedagógico ou psicopedagógico. Afinal de contas, conforme a visão minkowskiana, se o objetivo principal da psicoterapia é o de proporcionar as condições de adaptação à realidade, o objetivo da

psicoterapia deveria ser o de oferecer ao doente um modo mais fácil de assimilar a realidade (Minkowski,1966[1999],TP,p.170-1).

Torna-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um método que nos coloque em presença de categorias vitais essenciais, tanto no plano morfológico como também no plano caracterológico, descobrindo atrás das metáforas da linguagem, dos sintomas clínicos e do dualismo racional discursivo a unidade profunda sobre a qual a vida mental se fundamenta (Minkowski,1966[1999],TP,p.171).

### **3.7 CONSTITUIÇÃO E CONFLITO**

Em sua obra intitulada “Para uma Cosmologia” de 1936, Minkowski aborda a questão da constituição da personalidade e dos dois tipos de conflito que subjazem à constituição humana: o conflito antropocósmico e o conflito ideoafetivo. Para ele, enquanto o conflito ideoafetivo ou pessoal surge da luta de uma conquista “real”, material, da vida de relação, o conflito antropocósmico resulta da luta “ideal” de ultrapassar os limites da existência humana a partir de uma tomada de consciência de si mesmo. O conflito antropocósmico seria um fenômeno primordial destinado a projetar uma espécie de luz viva sobre o papel e a natureza da consciência em geral, que surgiria do esforço da atividade pessoal de romper as resistências do universo ambiente e realizar o desejo de fusão com o devir, para atingir o estado de felicidade, de sentimento de plenitude e de harmonia pessoal (Minkowski, 1936, VC, p.197).

À primeira vista, conforme Minkowski, poderia parecer que o homem sintônico, aquele em que predomina o modo constitucional de harmonia (sintonia) com o



meio ambiente, físico e social, estaria em melhores condições de atingir a realização existencial. Entretanto, ele corre o risco de não realizar o seu desejo de integração harmônica (fusão) com o devir e de, ao contrário, se dissolver nos fatos da vida cotidiana sem produzir nada de novo e de útil, para si e para a sociedade (Minkowski,1936[1999],VC,p.198). A sintonia propiciaria somente raros momentos de êxtase ou de sentimento prazeroso de harmonia com o ambiente e o homem deveria continuamente buscar conhecer-se a si mesmo para não sucumbir a uma vida de mera luta para a satisfação das necessidades mais básicas da vida instintiva.

O conflito da conquista da “transcendência” é, portanto, na visão minkowskiana, o conflito original do “ser no mundo”, do homem no cosmos. Tais momentos raros e isolados de sintonia, de completude, de sentimento de conquista e de realização, descritos comumente como sentimento religioso de união com a potência criadora da vida, é, então, rapidamente substituído pela sintonia de integração com a vida evolutiva de relação, isto é, com o estado sintônico conflitivo concreto e seus movimentos oscilatórios interpolares de hiperatividade hipomaniaca (entusiasmo) ou, ao contrário, de hipoatividade depressiva (desânimo) (Minkowski,VC,1936[1999],p.199).

Na teoria minkowskiana, o conflito antropocósmico surge do sentimento de limitação diante do cosmo ambiente e do desejo nostálgico de paz, harmonia e superação das limitações existenciais. O conflito original, fundamental ou antropocósmico da vida humana consciente se diferencia do conflito pessoal ou ideoafetivo da vida cotidiana, à medida que o ser humano busca escapar, em parte em vão, às forças ambientes e aos sofrimentos decorrentes das opressões naturais do mundo; já no conflito pessoal uma pulsão qualquer vem se opor a uma defesa específica e material. Todavia, diante das barreiras quase intransponíveis do ambiente, um impulso poderoso se insere e surge do conflito: a pulsão criadora (Minkowski,1936[1999],VC,p.199-200).

A pulsão criadora, equivalente ao “*élan vital*” de Bergson, é a única resposta eficaz do homem ao seu conflito original, por lhe possibilitar transcender sua condição limitada de existência (Minkowski,1936[1999],VC, p.200).

Para Minkowski, a psicanálise, originalmente pelo menos, não considera o conflito original antropocósmico e atribui um valor exagerado à ação causal do conflito ideofetivo e do complexo edipiano, ou seja, ao princípio de causalidade, na explicação das manifestações psicopatológicas:

*A psicanálise considera apenas o conflito afetivo, resultado da ação de pulsões e de interdições. É o conflito que está na base da explicação que ela dá das manifestações da vida humana. Ela não vai além. É aí que reside a sua força, mas também a sua fraqueza.* (Minkowski, 1936[1999], p.200)

Para ele, a psicanálise chega a negar, muitas vezes, as intrincações da vida decorrentes dos conflitos afetivos no plano das considerações mais gerais da vida humana, a favor de considerações mais particulares e menos essenciais. A nosografia psicanalítica, ao desconsiderar os aspectos mais essenciais do conflito original a favor dos conteúdos particulares dos conflitos afetivos, acabaria igualando a genialidade do artista ao empobrecimento vital do doente mental, ou de um desenho desajeitado de uma criança, desconsiderando, assim, a diferença entre um poema e a descrição sumária de um sonho qualquer (Minkowski,1936[1999], VC, p.200).

Tal nivelamento de fenômenos tão diferentes, a loucura e a genialidade, resultaria no fato de a psicanálise não considerar a existência do conflito essencial e da pulsão criadora no jogo das demais pulsões. Nem mesmo a sublimação, na acepção psicanalítica, resolveria a questão, conforme se lê nesta passagem:

*A noção de sublimação não é, nesse ponto de vista, de alguma ajuda. Sem dúvida, pode-se reduzir, se isso se quer, nossa vida espiritual ao funcionamento das células cerebrais, mas é aí desconhecer a natureza própria dos fenômenos vitais para fazê-los entrar à força no quadro da doutrina estabelecida de antemão.* (Minkowski,1936[1999],VC,p.200-1)

E, na seqüência, completa o raciocínio:

*É que a pulsão criadora, como além disso a pulsão moral, em razão de seu alcance, em razão da parte toda particular que elas ocupam no contexto geral da vida, escapam por inteiro de toda explicação baseada unicamente sobre a psicologia do indivíduo. (Minkowski,1936[1999],VC,p.200-1)*

Para Minkowski, portanto, o conflito antropocósmico toca mais na essência dos fenômenos da vida mental do que os conflitos ideofetivos, e quando estes alimentam a pulsão criadora com forças novas, assim o fazem porque já encontram pronta a via traçada pelo conflito cósmico, vertendo nela o excesso de energia vital que o conflito afetivo concentra em si. (Minkowski,1936[1999],VC,p.201).

As patografias baseadas na doutrina das constituições situam-se mais próximo da personalidade do artista analisado, porque não se limitam ao conteúdo ideofetivo e, conseqüentemente, estabelecem uma ligação essencial entre o “estilo” de vida do artista e do “estilo” da sua obra (Minkowski,1936[1999],VC,p.201). Minkowski não crê em explicações puramente psicológicas acerca do gênio e de sua obra de arte, porquanto a pulsão criadora precede fenomenologicamente todas as formas concretas e parciais da vida que constituem o objeto das ciências (Minkowski,1936[1999],VC,p.202).

Ele propõe aceitarmos como dado o fato de que a pulsão criadora se realiza sob uma forma mais ou menos concreta em alguns indivíduos do que em outros, conforme a natureza estrutural de cada um (Minkowski, VC, 1936, p.202). O conflito antropocósmico parece anteceder o conflito afetivo, pois este último, dada sua limitação completa com a relação à vida própria do indivíduo, encontra-se numa situação inferior ao caráter geral e universal da pulsão criadora (Minkowski,VC,1936,p.202). A questão essencial não seria mais a de se saber quais seriam os mecanismos individuais que determinariam a criação e sim, de um modo muito mais geral, quais seriam as condições compatíveis com a inserção da pulsão criadora na atividade de certos indivíduos (Minkowski, VC, 1936, p.202). O conflito antropocósmico pareceria estar tão próximo da enfermidade mental, porque uma parte dele

seria constituída pela tomada de consciência pelo indivíduo de sua própria limitação, insuficiência e aprisionamento em si mesmo (Minkowski, VC, 1936, p.202).

Embora o nascimento fenomenológico da genialidade esteja mais próximo do desequilíbrio mental do que de um estado de equilíbrio no universo, isso não significa, para Minkowski, que haja uma espécie de aproximação entre o gênio e o alienado, pois, conforme as suas próprias palavras a esse respeito:

*Aí onde nasce o gênio, cessa a alienação mental, sem que para tanto a pulsão criadora deixe de encontrar as condições propícias à sua realização lá onde, na vida cotidiana e do ponto de vista completamente diferente, nós às vezes falamos de distúrbios mentais.* (Minkowski, 1936[1999], VC, p.202-3)

Minkowski admite que não se possa tirar ainda conclusões empíricas a respeito da diferença entre o gênio e o louco, mas considera que o ponto de vista fenômeno-estrutural permite estabelecer uma relação de afinidade de estilo entre a obra, a vida e a psicose de um artista genial. A pulsão criadora, em si mesma, presidiria a vida humana e lhe escaparia, dadas suas proporções diante da capacidade de penetração intuitiva do homem no fenômeno da vida (Minkowski, VC, 1936[1999], p.203).

O conceito minkowskiano de constituição psíquica está subordinado ao princípio de identidade no tempo, porém esta circunstância não significa que as particularidades constitucionais tenham um caráter de imutabilidade, como se fossem uma estrutura rígida constituída de elementos coligados e estáticos (Minkowski, VC, 1936[1999], p.186). Na concepção teórica de Minkowski a vida mental é dinâmica e qualquer concepção de caráter estático, imutável, resultará em uma barreira a qualquer esforço educativo ou terapêutico diante das necessidades humanas. Seria equivocada, para ele, qualquer doutrina psicogenética que se propusesse a exaltar a importância dos fatores ideofetivos na doença mental em detrimento dos aspectos constitucionais da personalidade humana. Uma concepção exagerada, que coloque as pulsões vitais recalcadas e os mecanismos recalcantes como a

essência da personalidade humana, seria uma visão tão insatisfatória quanto a sua oposta, que concebesse a estrutura mental como um conjunto fixo de traços de caráter.

Na visão minkowskiana, a noção de “unidade da vida mental” pressupõe a idéia fundamental de identidade da personalidade e é incompatível com uma visão pulsional estritamente mecanicista. Do mesmo modo, a noção de dinamicismo pressupõe que a personalidade seja constituída por um conjunto dinâmico de traços de caráter (Minkowski, 1936[1999], VC, p.187-188). Tanto a postura teórica mecanicista como também a organodinamista *“têm assim provavelmente a sua razão de ser, com a condição de não perder-se nos seus próprios exageros”* (Minkowski, V.C., 1936[1999],p.187-8).

Segundo Minkowski, a atitude geral na vida e o perfil psicológico de ordem constitucional, de um lado, e os eventos traumatizantes e os conflitos pessoais, de outro, *“não se excluem de modo nenhum, mas, ao contrário, em interação constante, condicionam a história da vida do sujeito, com todas as suas nuances individuais”* (Minkowski, 1936[1999], VC, p.188). Esse aspecto é também por ele desenvolvido no seu artigo intitulado *“Troubles mentaux, complexes et constitution”* de 1925 (*Annales médico-psychologiques*).

O aspecto central da questão sobre os conflitos psíquicos se baseia no fato de que um mesmo evento pode ou não se tornar psicotraumático em função da constituição pessoal do sujeito, do modo como este reage em relação aos eventos “traumatizáveis”, de como os integra à sua vida de relação e os neutraliza através do mecanismo de adaptação, colocando neles forças renovadas através de sua vontade ou atividade pessoal (Minkowski, 1936[1999], VC, p.188).

Minkowski considera factível evitar-se discussões estereis a este respeito, bastando para tal considerar-se convincentemente as duas faces do problema. Para ele, a psicanálise (até 1936 pelo menos) prende-se ainda, demasiadamente, aos sintomas psicopatológicos (conteúdos) em suas apreciações relativas à noção de constituição da

personalidade, enquanto os “constitucionalistas” já há algum tempo ultrapassaram a linha de demarcação entre o normal e o patológico, visando os aspectos ou traços mais gerais e próprios da personalidade, normal e patológica (Minkowski, VC, 1936[1999], p.188). Assim, a esquizoidia, um desses traços constitutivos gerais do ser humano normal ou mentalmente doente, é uma noção que, embora não explique profundamente nenhum dos sintomas esquizofrênicos tomados isoladamente, explica o “modo” de ser particular e característico da personalidade esquizofrênica naquilo que a distingue das demais personalidades psicopatológicas e, esse modo esquizóide de ser é o que determina o que há de mais essencial no fato de “ser esquizofrênico”, refletindo-se, em seguida, na forma exterior de sintomas (conteúdos) (Minkowski, 1936[1999], VC, p.188-9).

Por isso, para Minkowski, a recusa de alguns psicanalistas contemporâneos, de explicar uma obsessão ou uma alucinação pela constituição do sujeito não significa necessariamente renunciar a considerar o modo particular de expressão sintomática e nem renunciar a lhe atribuir uma importância primordial, independentemente de tratar-se de uma neurose ou uma psicose, de uma obsessão ou de um delírio, pois para ele *“um fenômeno obsessivo pode aparecer tanto num emotivo quanto num esquizóide. Em cada um desses casos, ele terá uma tonalidade totalmente diferente”* (Minkowski, VC, 1936[1999], p.189).

Os traços essenciais da análise fenômeno-estrutural proposta por ele para conciliar as radicalizações tanto da psicopatologia afetiva quanto da doutrina das constituições encontram-se já delineados na sua obra *“Le Temps Vécu”*, de 1933. Contudo, ele adverte, considerar alguém como esquizóide não significa condená-lo fatalmente a uma esquizofrenia e nem tampouco querer explicar as alucinações ou as idéias delirantes que possa apresentar no curso de um processo esquizofrênico. Trata-se apenas, conclui ele, de *“indicar um modo de ser muito geral que implica uma fragilidade específica quanto à aparição possível de*

*distúrbios mentais, e que se encontra novamente tanto no aspecto desses (distúrbios) quanto fora deles”* (Minkowski, VC, 1936[1999], p.189).

A psicopatologia fenomeno-estrutural, longe de defender uma postura teórica de caráter estático, coloca as noções fundamentais de esquizoidia, sintonia (cicloidia) e gliscroidia (epileptoidia) como a base da compreensão dos sintomas ditos neuróticos, que compõe a classificação psiquiátrica tradicional (Minkowski, VC, 1936[1999], p.189-190). Esta tríade fundamental forma o quadro geral da estrutura de personalidade e não se confunde com as formas particulares de caráter como a bondade, a sociabilidade, a força de vontade, a suscetibilidade, a emotividade, a franqueza, etc., e nem com qualquer dom especial ou inato (Minkowski, VC, 1936, p.190).

O traço preponderantemente esquizóide de caráter expressa a bondade, por exemplo, de modo diferente do traço sintônico ou do gliscróide. Enquanto o indivíduo predominantemente sintônico apresenta uma conduta calorosa, intuitiva e simpática, com um sentimento profundo de medida ou bom senso, o esquizóide se apresenta de um modo mais frio, mais distante socialmente, mais por um sentimento de dever do que propriamente por um sentimento espontâneo em si mesmo (Minkowski, VC, 1936[1999], p.190). Não se trata, portanto, de uma simples agregação de traços particulares de caráter que, de um modo contingente, formaria uma estrutura por adição aos traços primordiais, mas sim, trata-se de um caráter geral “triádico” que constitui a essência humana. Este modelo triádico formulado pela psiquiatra Françoise Brokman Minkowska, continuadora do trabalho de Kretschmer, guarda uma semelhança com as concepções semióticas triádicas da lógica semiótica de Charles Sanders Peirce, com as suas categorias básicas de primeiridade, secundidade e terceiridade, em sua teoria geral dos signos. A tríade caracterial do casal Minkowski se expressaria através das particularidades dos traços de personalidade conhecidos da psicologia

do senso comum e, assim sendo, seria a forma estrutural que determinaria o conjunto dos conteúdos derivados (Minkowski,1936[1999],VC,p.190).

O diagnóstico por “penetração” introspectiva ou intuitiva, das linhas gerais da estrutura mental patológica, é proposto por Minkowski para o reconhecimento das características do quadro (forma) geral que determina as formas particulares ou conteúdos sintomáticos da doença mental. Mas, o que há de fundamental por trás da tríade caracterial da forma geral da mente? A resposta a essa pergunta passa pela identificação do fator fundamental que caracteriza a doença mental como produto da interação somatopsíquica e antropocósmica:

*“O que há de original nas noções de esquizoidia, de sintonia e de gliscroidia, é o fato de que todas elas têm por fundamento o fenômeno do contato vital com a realidade. Elas repousam sobre a idéia de interação íntima e elementar entre o indivíduo e o ambiente”* (Minkowski,1936[1999],VC,p.191).

Minkowski nos adverte para que não se confunda o termo “ambiente” com “mundo exterior” percebido e, tampouco, com os elementos decompostos do mundo externo, porque o ambiente deve ser concebido como um todo vivo e vasto, em que se distingue os seres vivos, os objetos e inclusive os estímulos fisiológicos. O ambiente é primitivamente uma espécie de oceano em movimento, um “vir a ser” (devir), um movimento progressivo do qual se desprende a personalidade humana que nele se apóia e se modela à sua imagem, segundo seus caracteres gerais e individuais, num processo de afirmação ou busca de união com a sua essência formal e com o seu devir ambiente. A personalidade se coloca, então, entre essas duas necessidades ou forças opostas.

A oposição entre a esquizofrenia e a sintonia se baseia na antinomia das necessidades vitais de afirmação e de fusão íntima com o devir ambiente. Seja predominantemente esquizóide ou sintônico, o ser humano é sempre uma espécie de



“enfermo” com relação ao ambiente, diz Minkowski, pois para ele, ninguém é capaz de esgotar ou absorver em si mesmo todo o ambiente, que permanece sempre o mesmo em sua imensidão, meios, modos de ser ou modelo. (Minkowski,1936[1999],VC,p.191).

Para melhor explicar suas idéias ele recorre à metáfora fotográfica:

*São como fotografias da mesma paisagem tomadas sob ângulos diferentes, suscetíveis, cada uma, de reproduzir somente certos aspectos. É superpondo-as umas às outras que se poderia chegar a reconstituir a imagem fiel da paisagem, mas isso é uma tarefa bem acima das forças humanas. São os diversos modos desta enfermidade profunda que parecem estar na base das noções colocadas em destaque pela doutrina moderna das constituições.*  
(Minkowski, 1936[1999],VC,p.192)

O fenômeno de contato vital com a realidade, mais amplo que um simples contato afetivo, é o fundamento das noções fenomenológicas de esquizoidia, sintonia e gliscroidia, que estão sempre presentes, em maior ou menor grau no fenômeno natural de interação entre o indivíduo e o ambiente, determinando o perfil ou quadro da vida mental. O dinamismo triádico da esquizoidia-sintonia-gliscroidia não anula de modo algum a existência dos conflitos pessoais, dos eventos contingentes ou os acasos da vida. Em oposição a um determinismo estático, a fenomenologia constitucional aponta para um livre-arbítrio em que o indivíduo ao tomar do ambiente o que lhe parece convir, termina freqüentemente reforçando as suas deficiências ou as suas enfermidades constitucionais (Minkowski, 1936[1999], VC, p.193).

O psicoterapeuta pode tentar contrabalançar as “atitudes viciosas” do paciente, evitando bater de frente com o que é quase impossível de sofrer modificações a curto e médio prazo, assim como sugerir a assunção de valores essenciais de que ele procura afastar-se. O resultado deste tipo de psicoterapia fenomeno-estrutural seria uma ação educadora, que não se restringiria à sessão de análise, porém se inseriria num contexto socioterápico de cunho psicopedagógico. A importância do conceito de “consciência” ou de “consciente” assume uma grande importância em fenomenologia, na medida em que as noções de esquizoidia, de

sintonia e de gliscroidia forneceria indicações psicopedagógicas precisas quanto ao aspecto da personalidade carente de transformação ou elaboração através da ação volitiva consciente (Minkowski,1936[1999],VC,p.193-4).

O conceito de constituição na fenomenologia minkowskiana encontra-se bastante distanciado de qualquer esterilidade prática ou fatalidade determinística que se lhe queira atribuir, conforme afirma Minkowski em tom interrogativo em *“A noção de uma diátese de qualquer natureza, não implica ela, por si mesma, toda uma série de regras de higiene que, sem suprimi-la, coloca o indivíduo ao abrigo de agravações possíveis?”*. A resposta que se segue assim se apresenta: *“A noção de constituição da psicopatologia e da patologia mental se junta novamente à noção de terreno da medicina geral”* (Minkowski, VC,1936 [1999],p.194). Por conseguinte, o valor concedido ao conceito de predisposição ou diátese constitucional é capital na teoria psicopatológica minkowskiana na medida em que mais importante do que evidenciar a causalidade da doença mental é a descrição e a explicação de “como” se constitui a estrutura dos fenômenos psicopatológicos em sua essência ou natureza, implicando nas medidas psicoprofiláticas de higiene mental.

### **3.8 A BIPOLARIDADE CONSTITUCIONAL NA NOSOGRAFIA**

Uma das características primordiais do conceito de constituição na psicopatologia fenômeno-estrutural minkowskiana é a bipolaridade comum à tríade constitucional formada pelas disposições denominadas de esquizoidia, sintonia e gliscroidia. A bipolaridade na teoria fenômeno-estrutural apresenta uma oscilação dinâmica, mais ou

menos constante ou variável no mesmo indivíduo, de acordo com o estado vivencial característico do mesmo.

A constituição do caráter possui uma natureza dinâmica e se apresenta como um jogo de reações que não se limita a uma simples enumeração de “elementos” fixos ou estáticos, ainda que possa parecer fixa ou permanente na maior parte do tempo para um mesmo indivíduo. É graças à oscilação bipolar de sua constituição que a riqueza da vida mental se mostra exuberante e resguardada (Minkowski,1936[1999],VC,p.194-5). A bipolaridade esquizóide oscila entre a hiperestesia e a indiferença; a bipolaridade sintônica (ciclóide) varia entre a euforia (hipomania) e a depressão; e a bipolaridade gliscróide (*gliscros*, viscoso) ou epileptóide, entre a explosividade e a lentidão-viscosidade (adesividade). Os fatores relevantes de cada um dos polos podem existir em proporção variável no mesmo indivíduo e as oscilações podem se produzir num movimento interpolar constante. Este caráter móvel e dinâmico dos quadros caracteriais apresenta uma grande praticidade na elaboração e delimitação da nosografia da esquizofrenia, e mesmo de todas as doenças mentais, inclusive das psicoses associadas a lesões cerebrais anatomicamente evidentes.

O caráter intercambiável dos principais tipos nosográficos de esquizofrenia: o paranóide, o hebefrênico e o catatônico, deriva da predominância da disposição esquizóide no tipo paranóide, assim como da disposição sintônica (ciclóide) na psicose maníaco-depressiva. A gliscroidia predominante parece relacionar-se com o tipo catatônico. Uma diretriz nosológica semelhante direcionou a classificação de linhagem wernickeana de Karl Kleist e de Aníbal Silveira, este último sob a influência do positivismo comteano tardio na psiquiatria brasileira da Escola do Juquerí, em Franco da Rocha (SP). A nosografia de Kleist-Silveira está calcada na predisposição ou diátese constitucional dos sistemas cerebrais intelectual, afetivo e ativo (volitivo) e nas esferas de personalidade: inteligência, afetividade e atividade

(conação). A este respeito, Aníbal Silveira apresenta uma tabela diagnóstica no seu artigo “Esquizofrenia e psicoses degenerativas de Kleist”, publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Na teoria das constituições, a bipolaridade comum à esquizoidia, à sintonia e à gliscroidia pode existir em proporções variáveis no mesmo indivíduo e as oscilações podem ocorrer de um pólo ao outro, apesar da aparente fixação que uma análise estática de caráter possa apontar (Minkowski,1936[1999],VC,p.194). No caso da esquizoidia, os dois extremos da bipolaridade seriam a hiperestesia e a anestesia (indiferença), tratando-se aqui de uma alteração da sensibilidade que não se mostra aparente no comportamento social, conforme se observa clinicamente nos transtornos paranóide e esquizóide de personalidade, codificados alfa-numericamente como F60.0 e F60.1, respectivamente, na nosografia oficial internacional (C.I.D.-10). No caso do transtorno paranóide de personalidade, as características principais são apontadas assim: sensibilidade excessiva face às contrariedades, recusa de perdoar os insultos, desconfiança, tendência a distorcer os fatos, suspeitas recorrentes e injustificadas a respeito da fidelidade sexual do cônjuge e um sentimento combativo e obstinado de seus próprios direitos, podendo existir também uma superavaliação de sua auto-importância e uma auto-referência excessiva (O.M.S., C.I.D.-10, 1982). No caso da personalidade esquizóide, predomina clinicamente o retraimento social e afetivo, a preferência pela fantasia e atividades solitárias, a reserva introspectiva e a incapacidade de expressar os sentimentos e de experimentar prazer.

Na base da noção minkowskiana de esquizoidia, parece encontra-se essencialmente uma alteração psicopatológica primária da sensibilidade (afetividade), embora os sinais clínicos mais evidentes sejam aqueles concernentes à esfera cognitiva da mente, tais como as idéias de desconfiança, a tendência a interpretar os fatos de modo distorcido ou suspeito e a introspecção intelectual. A razão para que Minkowski atribua à essência da

esquizoidia um elemento constitucional estético de “hiperestesia com indiferença” sugere que na base da atividade ideativa haja um forte componente disposicional afetivo primário, comum à esquizofrenia e à psicose maníaco-depressiva (atualmente denominado “transtorno de humor bipolar misto, maníaco e depressivo”).

Do mesmo modo, no caso da sintonia, a bipolaridade varia entre a exaltação do estado de ânimo (humor) nos estados de hipomania e uma depressão afetiva do humor (estado de ânimo) na “distímia” (a antiga neurose depressiva) e nos transtornos depressivos em geral, com ou sem sintomas psicóticos. Novamente encontramos aqui a presença da característica constitucional afetiva, contudo os sinais e sintomas clínicos mais evidentes são os de ordem volitiva como, por exemplo, na vontade de poder exagerada na fase maníaca da doença e, no seu oposto, a vontade de morrer do depressivo melancólico. E, finalmente, as oscilações gliscróides entre a explosividade e a lentificação adesiva parecem se apoiar na afetividade adesiva ou na raiva explosiva, isto é, num sentimento que parece submeter-se a um elemento mais primitivo na ordem da hierarquia constitutiva do caráter e da doença do caráter, o poder da vontade. A predominância de uma conduta psicomotora agitada, ou ao contrário, catatônica, parece decorrer da predominância da esfera volitiva na exteriorização preferencial dos sintomas psicomotores sobre os alucinatórios, delirantes ou afetivos num dado caso particular.

Para Minkowski, a constituição da personalidade delinea a enfermidade que nasce do conflito entre o ser e o universo ambiente, isto é, o conflito antropocósmico (Minkowski, 1936[1999], VC, p. 196). Esse conflito possibilita a tomada de consciência de si e do mundo externo e, à medida que o esforço volitivo de romper as resistências das forças externas obtém êxito progressivo, o ser se desenvolve e adquire maior resistência adaptativa ao ambiente. Ele passa então a realizar mais intensamente os seus desejos, a ampliar a sua liberdade e libertar-se do determinismo das forças ambientes. Neste aspecto, a filosofia

fenomenológica minkowskiana parece coincidir com as concepções otimistas da psicologia existencial humanista e a logoterapia de Victor Emil Frankl.

Ao sair do repouso ou da inércia volitiva, o indivíduo exerce um esforço de penetração através da barreira ambiente e inicia um movimento de oscilação reativa através da interpolaridade triádica movente e dinâmico da série disposicional “esquizoidia-sintonia-gliscroidia”. Ele pode desenvolver as suas potencialidades no devir da existência ou sofrer períodos de retardo no enfrentamento das pressões internas e externas, o que se traduz na forma de doença mental.

A predominância de determinado fator constitucional, esquizóide, sintônico ou gliscróide, assim como a maior ou menor persistência ou fixação em determinado estado polar de cada fator disposicional determinará, na expressão nosográfica, o conjunto de sintomas mais regulares, o que resultará no diagnóstico-etiqueta de uma determinada classificação psiquiátrica. Por exemplo, o predomínio da esquizoidia no seu pólo hiperestésico, associado a uma sintonia hiperativa e a uma gliscroidia explosiva resultará num quadro clínico psicótico esquizofrênico com delírios, alucinações e hetero-agressividade. Já, um predomínio da sintonia com exacerbação do seu pólo hiperativo, associado a uma esquizoidia hiperestésica e a uma gliscroidia reativo-explosiva resultará numa psicose maníaco-depressiva, atualmente denominada de transtorno afetivo bipolar, em sua fase excitação maníaca, com delírios de grandeza. Um terceiro exemplo, seria a antiga “psicose epiléptica”, atual epilepsia parcial complexa com sintomatologia psicótica, em que ao lado de uma gliscroidia predominantemente explosiva se associaria uma sintonia hiperativa e uma esquizoidia hiperestésica, resultando no quadro clínico denominado “estado crepuscular epiléptico” com distúrbios senso-perceptivos (aura), obnubilação da consciência, excitação psicomotora e hetero-agressividade violenta, com ou sem convulsões tônico-clônicas generalizadas. O atual transtorno delirante orgânico, de tipo esquizofreniforme (C.I.D.-10: F06.2), anteriormente

designado como psicose de tipo esquizofrênico na epilepsia, poderia também se enquadrar num esquema disposicional gliscróide predominante. O mesmo raciocínio esquemático, para fins de rotulação nosográfica, poderia ser aplicado com relação aos quadros clínicos que resultariam da predominância de um dos três fatores estruturais fundamentais, em função de uma fixação polar momentânea. No caso da Esquizofrenia, e de suas formas variáveis de apresentação teríamos uma persistência evolutiva mais estática ou menos cambiante, de acordo com a maior ou menor permanência ou fixação em determinado fator da tríade disposicional, e em cada um destes, de acordo com a posição polar, conforme a exemplificação que segue:

1) Uma esquizoidia predominante com um pólo anestésico, associada a uma sintonia depressiva e a uma gliscroidia com lentificação, resultaria num quadro clínico de embotamento afetivo com inibição volitiva que seria rotulado como “Esquizofrenia hebefrênica” (C.I.D.-10: F20.1);

2) Uma sintonia predominante com um pólo predominantemente fixado num estado depressivo, associada a uma esquizoidia anestésica (indiferente) e a uma gliscroidia com lentificação, resultaria num quadro clínico de melancolia que seria tipificado com o rótulo nosográfico de “Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos”, se o quadro clínico tiver uma duração breve (C.I.D.-10: F32.2), ou denominado de “Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos” (C.I.D.-10: F31.4), se o quadro for crônico.

No entanto, se a esquizoidia for caracterizada por um pólo hiperestésico e a gliscroidia por um pólo explosivo, a sintonia predominante, embora seu pólo seja depressivo, resultará num quadro clínico descrito como “Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos” (F32.3). Será um quadro agudo se a evolução for breve, mas se tratar-se de um curso crônico (persistente), será tipificado nosograficamente como um “Transtorno afetivo

bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos” (F31.5). Os sintomas psicóticos poderiam ser algo do tipo: delírios de ruína, ideação suicida e alucinações de conteúdo fanático, com possíveis fatores complicadores a depender do tipo de personalidade do doente: anorexia grave, estupor e ação suicida;

3) Uma gliscroidia predominante com uma predominância na polaridade da lentificação psicomotora, associada a uma esquizoidia anestésica (indiferença) e a uma sintonia depressiva, resultaria num quadro clínico classificado como “Transtorno orgânico de personalidade”, anteriormente denominado de “Síndrome do Lobo Frontal”, “Síndrome de Personalidade da Epilepsia Límbica”, “Síndrome Pseudo-psicopática Orgânica”, etc. (C.I.D.-10: F07.0). Nesse último caso, a presença de uma lesão orgânica verificável faz com que se relegue a um segundo plano a constituição do caráter na determinação da doença, com uma ênfase no aspecto organomecânico “causal” devido à lesão cerebral. O problema da causalidade na determinação da doença mental é um problema central no conflito epistemológico entre as correntes teóricas organogenéticas e psicogenéticas, na medida em que o conceito de “gene” parece se restringir, mesmo para os assim chamados psicodinamicistas, à sua dimensão material de “genoma”. A idéia de um “gene psíquico” primordial, que seria a “forma” essencial e causal de sua expressão genômica, o ácido desoxirribonucléico (DNA) não parece encontrar muitos adeptos na ciência “normal” ou oficial. Passemos à análise da problemática questão da transmissibilidade das predisposições constitucionais do caráter.



### 3.9 A TRANSMISSÃO HEREDITÁRIA DO CARÁTER NA EPILEPSIA

Após analisar as principais teorias anatomo-fisiológicas e biológicas em psicopatologia (Minkowski,1966[1999],TP,p.173-224), dentre as quais o Behaviorismo de Watson, o Integracionismo de Sherrington, a Reflexologia de Pavlov, a Sociopsiquiatria de Adolph Mayer e o Biodinamismo de Massermann, e expor sucintamente as diferenças entre as neuroses experimentais animais e as psiconeuroses no ser humano nas principais teorias da psiquiatria (Minkowski,1966[1999],TP,p.225-232), Minkowski apresenta em seu “Tratado de Psicopatologia” uma visão geral da psicologia das condutas de Janet e os seus principais conceitos, tais como o de automatismo psicológico, tensão psicológica, psicastenia, função do real, força e tensão, tempo criador, etc.

No capítulo intitulado “Do ponto de vista anatomofisiológico, do ponto de vista biológico”, Minkowski também aborda a evolução das idéias em neuropsiquiatria através do exemplo da alucinação e conclui, após uma análise das idéias de vários autores como Esquirol, Raoul Mourgue, Moret, Tamburini e Tanzi, Seglas, Leuret, Moreau de Tours, Ball, Seglas, C. von Monakow, Hughlings Jackson, Ey, Head, Köhler, Henri Wallon, Watson, Bergson, Maurice Mignard, Merleau-Ponty e Freud, que é falsa a idéia que afirma ser a alucinação uma percepção sem objeto (Minkowski,1966[1999],TP,233-258).

A seguir, avança do plano anatomofisiológico e neurobiológico para o plano psico-antropológico ou fenomenológico-existencial, através de uma análise fatorial genética e explora os conceitos de hereditariedade, de filiação, de traços de caráter hereditariamente transmissíveis, de responsabilidade, de afirmação, de profundidade e de plenitude da vida, de maturação, de adaptação, de aspiração, de realidade viva, de devir, etc. (Minkowski, 1966[1999], TP, p.259-273).

Embora, importantes para a compreensão global do pensamento fenomenológico-existencial de Minkowski, não nos deteremos neles, dado que o foco de nosso percurso teórico deve se restringir aos conceitos que tratam mais diretamente da questão-objeto em curso, o problema da organogênese e da psicogênese das doenças mentais na epistemologia da psicopatologia. Na medida em que a afetividade encontra-se no centro das questões etiológicas em psicopatologia, vamos nos ater mais a ela. Todavia, sem se afastar do foco privilegiado da formação da doença mental na esquizofrenia e na histeria, abordaremos a concepção de transmissão de disposição ou de predisposição da doença mental, tomando como exemplo um estudo da psiquiatra Françoise Minkowska sobre a hereditariedade da epilepsia. O distúrbio essencial da epilepsia consistiria numa lentificação e numa viscosidade afetiva particular do fundo mental e a constituição epiléptica ou gliscróide forma uma tríade com a esquizoidia e a sintonia de Kretschmer e de Bleuler.

Françoise (Brokman) Minkowska fez um estudo sobre a transmissão hereditária da esquizofrenia e da epilepsia e publicou os resultados no artigo intitulado “Investigações Genealógicas e Problemas relacionados ao Caráter” (*Recherches Généalogiques et Problèmes touchant aux caractères [en particulier à celui de l'épileptoïdie]*, *Annales méd.-psych.*, 1923). Segundo Eugène Minkowski, as investigações sobre a hereditariedade da epilepsia podem ser cotejadas com a hereditariedade da esquizofrenia e da psicose maníaco-depressiva a partir do estudo das disposições constitucionais da tríade caracterial constitutiva da mente normal, isto é, dos elementos constitucionais denominados de esquizoidia, sintonia e gliscroidia. Eis o que ele nos diz sobre as investigações de Françoise Minkowska:

*As pesquisas sobre a hereditariedade da epilepsia abundam no mesmo sentido. Mais particularmente a senhora Minkowska pôde reconstruir e seguir durante seis gerações duas árvores genealógicas completas, em que uma comporta toda a descendência de um esquizofrênico (família F.) e o outro o de um epiléptico (família B.). Deste modo, a autora, sem se limitar aos problemas puramente clínicos e à transmissão hereditária da esquizofrenia ou da epilepsia, em comparando essas*

*duas árvores genealógicas, pôde estabelecer ainda, em cada uma delas, uma relação de similitude entre os traços essenciais da doença familiar e as particularidades psicológicas e caracterológicas dos membros são de espírito.* (Minkowski,1933[1995],p.190)

Minkowska baseou sua pesquisa em dois doentes mentais descendentes da família F., um rapaz e sua irmã, ambos diagnosticados como psicóticos esquizofrênicos com evolução periódica, filhos de uma mãe epilética, e internados várias vezes no hospital psiquiátrico de Zurique, cuja história clínica passaremos a resumir a seguir. Os ancestrais das famílias F. e B. vivem em condições semelhantes como agricultores de propriedades próximas. O ancestral F. nasceu em 1757 e o ancestral B. em 1761. Ambos eram doentes: F. era esquizofrênico e B. era epilético. Como nos diz Minkowska:

*Aí reside a diferença entre os dois indivíduos; esta diferença é transmitida à sua descendência e vem se refletir nesta não somente nos traços essenciais dos distúrbios mentais e dos caracteres anormais, mas ainda em toda a evolução e nos destinos de suas famílias.* (Minkowska, in: Minkowski,1933[1995],p.191)

Minkowska explica as diferenças entre as duas linhagens psicopatológicas quanto aos seguintes aspectos: 1) a intensidade da procriação; 2) o local de residência; 3) a profissão; 4) as relações entre a família e as diferenças sociais; 5) os temperamentos.

No caso estudado, 1) as famílias F. e B. são, de modo geral, igualmente numerosas; 2) a descendência da família F. se afasta do local de origem, a fazenda é vendida e ramos inteiros emigram para a América. Ao contrário, a maior parte da família B. permanece na mesma cidade e apenas alguns emigram para a América; 3) a maioria dos indivíduos da família F. permanece agricultor, porém muitos se tornam obreiros, comerciantes, empregados, profissionais liberais (técnicos, engenheiros, etc.), mas os professores são raros. A maior parte da família B. continua a cultivar a terra e amam seu trabalho, mas quando a deixam é para se tornarem professores e ascender a uma escala social superior; 4) as diferenças sociais são pronunciadas na família F., em que se encontram ricos ao lado de pobres. O nível social é

muito mais uniforme na família B. Quanto aos sentimentos familiares, o contraste entre as duas famílias é grande: a) os laços afetivos estão rompidos na família F., pois os membros ricos não se importam com os pobres, não se interessam pela genealogia familiar, os primos não mais se conhecem e os membros pobres falam dos parentes ricos com inveja e ódio. Ao contrário, os membros da família B. permanecem unidos, ajudam-se mutuamente, conhecem bem os seus parentes, se visitam mesmo quando moram longe, não se deixam influenciar pelas diferenças sociais e se interessam muito pela pesquisa genealógica. Enquanto a família F. possui uma tendência para se afastar do meio social e acentuar as diferenças sociais, a família B. procura nivelar as diferenças através do relacionamento afetivo. Enquanto um indivíduo F. busca destruir os laços familiares e afirmar o seu eu, um indivíduo B. busca apoiar-se na família e coloca os interesses pessoais em último lugar; 5) quanto aos tipos de temperamento há uma grande variedade deles na linhagem familiar F., como se fosse um grande mosaico desordenado ou desconectado, já na família B., os tipos são mais uniformes.

A disposição esquizóide de temperamento (caráter) traduz adequadamente a evolução e o tipo caracterial predominante da família F., de acordo com a tipologia constitucional de Kretschmer. Ele afirma em sua obra intitulada “O Caráter e a Estrutura do Corpo” que *“os esquizóides representam um tipo de temperamento que se manifesta por saltos, a sua linha afetiva não é arredondada e ondulosa, como nos sintônicos, mas é abrupta e angulosa”* (Minkowski, 1933[1995], p.192-3).

Ao contrário do predomínio da constituição esquizóide na linhagem F., encontramos na família B. uma surpreendente continuidade afetiva, sem saltos, mas também sem um aspecto afetivo arredondado ou ondulado. Aqui predomina uma afetividade adesiva ou gliscróide particular: eles não se “desgrudam” entre si e se apegam com muita obstinação à profissão, à família e ao solo natal. O caráter predominantemente gliscróide da família B. oferece um quadro caracterial de continuidade, estabilidade, condensação e concentração de

fatores afetivos, que pode ser comparada geometricamente por uma linha paralela à superfície da terra que não consegue vibrar em uníssono com o ambiente terreno por se ligar nas pontas ao sol. Essa metáfora da vibração afetiva ilustra o caráter predominantemente gliscróide de personalidade da família B. A análise caracterológica de um desses representantes, um veterinário, mostrou que ele era um homem inteligente e culto, conhecia muito bem o seu ofício e era um excelente pai e marido, detalhista, modesto, não impositivo. Embora seja um excelente marido e pai, dá maior valor ao dever do que às necessidades de repouso e de distração da esposa; além disso costuma dar menos atenção aos filhos mais sensíveis e mais frágeis.

Uma terceira irmã dos dois sujeitos da família F. estudados na análise de Minkowska, não se parece em nada com eles, pois é a única irmã que permanece ser ligada à família e que, ao longo dos anos, mantém a condição de empregada e é considerada como um dos membros da família que a emprega, fazendo o seu trabalho de modo devotado e responsável, embora o faça de modo “lento”; ela aproveita as suas férias para visitar os parentes. Um outro membro da família F. é uma simples camponesa que lavra o campo durante o dia e, à noite, lê os jornais com muito interesse e apreço pelas notícias políticas e as considerações éticas sobre a necessidade da paz universal sobre a terra. Um outro membro pobre da família F., que se recupera de um surto esquizofrênico catatônico, apresenta uma atitude paranóica, desconfiada, mas passa facilmente do sentimento de desconfiança para uma atitude de preocupação com os órfãos de guerra e de gratidão à missão dos médicos com relação à dor humana, enfatizando a necessidade de justiça social e doando o seu pouco dinheiro às vítimas da injustiça social e às crianças órfãs. Um outro indivíduo da família B., Rodolfo, apresentava os sinais típicos de caráter epilético: era emotivo e exuberante nas expressões sentimentais, oscilando freqüentemente entre a depressão e a exaltação do humor; gostava de ler poesias e interessava-se por problemas de ordem elevada. Abalado pela morte

de sua esposa foi internado por vários anos no hospital psiquiátrico de Innsbrück, no Tirol austríaco, com o diagnóstico de Amênia. Após a longa internação trabalhou como contramestre de uma fábrica austríaca. Apresentou à análise caracterológica os traços típicos de um caráter gliscróide, com os antecedentes de labilidade afetiva, irritabilidade, impulsividade e ataques de cólera violenta. No início da entrevista apresentou reservas e desconfiança, porém, depois, sob a influência das lembranças do passado, falou com desembaraço e interesse, fornecendo ricos detalhes e, ao final, despediu-se com um aperto de mãos “colante”. No dia seguinte não havia mais traços de desconfiança e falou sobre a sua vida de único protestante num meio católico e descreveu, de modo um pouco confuso, o conteúdo dos seus sonhos e as suas visões, às quais atribuía um caráter profético.

Para Minkowska, toda a família B. descendia de um indivíduo epiléptico e, Rodolfo B., apresentava essa característica que percorreu toda a evolução hereditária da família, mantendo, assim, uma linha heredológica contínua, sem interrupção, do ancestral epiléptico aos atuais descendentes, na mesma cidade e nas mesmas condições gerais. Ele apresentava, após 170 anos de evolução heredoconstitucional, a característica de falta de mobilidade da disposição caracterial gliscróide, com falta de iniciativa, amor à terra, conservação da tradição, incapacidade de se desprender do ambiente, irritabilidade fácil, impulsividade freqüente, propensão a explosões coléricas e labilidade emocional. Não há aqui, nenhum salto, nem grandes diferenças sociais, como na família F. (Minkowski, 1933[1995], p.191-6).

Em suma, as conclusões de ordem teórica e prática seriam as seguintes: 1) a existência de indivíduos com traços de caráter particular gliscróide (epileptóide), sem epilepsia clinicamente manifesta, em família onde se encontram casos de epilepsia; 2) o caráter particular forma provavelmente a verdadeira base sobre a qual se manifesta a epilepsia essencial; 3) a epilepsia essencial é provavelmente a expressão de uma constituição biológica

particular que propicia uma predisposição especial à convulsão epiléptica; 4) epileptoidia é uma designação provisória para a predisposição epiléptica nos indivíduos normais, por analogia às predisposições esquizóide e sintônica (ciclóide); 5) o modo de ser afetivo do indivíduo é o ponto de partida para delimitar a esquizoidia, como acontece também com a esquizoidia e a sintonia; 6) a afetividade gliscróide é concêntrica, condensada, atarracada, viscosa, aderente aos objetos ambientes e de mobilidade lenta; 7) o indivíduo gliscróide tem dificuldade de vibrar em uníssono com as pessoas, como o faz os sintônico, tem amor pela ordem, durabilidade e estabilidade, ou então por valores como a paz universal, a religião, a moral, etc; 8) no plano intelectual o gliscróide apresenta lentificação associativa e apego aos detalhes, com perda da idéia de conjunto. São conservadores e trabalham muito, mas possuem pouca capacidade de iniciativa e de criatividade. A exageração da disposição gliscróide pode chegar à bradipsiquia mórbida (*bradi*, lento), à afetividade “adocicada”, colante, adesiva, viscosa (*grudenta*) e ao egocentrismo, colocando a afetividade sobre a sua própria pessoa e evitando, assim, o esforço de adaptação à dura realidade. O gliscróide produz a impressão de falsidade e egoísmo, sem propriamente sê-lo. A crescente demanda da realidade externa pode levar a uma reação de acumulação de tensão ou êxtase pré-convulsiva com alucinações (aura epiléptica), a uma descarga explosiva de emoções, ou, ainda, a uma convulsão epiléptica abrupta e violenta. A lentificação psicomotora se torna excitação e acesso de cólera violenta, atos impulsivos, fugas, estados crepusculares de longa duração, angústia intensa, delírio de natureza impessoal, “visões”, idéias místicas e estados extáticos (Minkowski, 1933[1995], p.196).

Eugen Bleuler, certa vez, afirmou à Françoise Minkowska que “*a esquizoidia se afasta muito do ambiente, a sintonia o faz de modo suficiente e a epileptoidia não o faz muito*” (Minkowski, 1933[1995], p.195).

A questão da hereditariedade das doenças mentais é talvez o principal e o mais difícil problema da psiquiatria, na medida em que a sua solução depende da solução do problema da interação cérebro-mente e da relação organogênese-psicogênese.

Eugène Minkowski nega ser organicista e afirma que nem a organogênese, nem a psicogênese, e nem mesmo uma pretendida fusão das duas tendências, satisfazem as exigências de uma solução possível do problema da formação da doença mental, porquanto os conceitos de choque, trauma, conflito, etc., são tão obscuros quanto os conceitos organomecânicos. Isso nos remete ao texto bergsoniano intitulado “O paralogismo psicofisiológico” de 1904, contido na coletânea “A Energia Espiritual” de 1919. Para Minkowski, as teorias ditas psicogenéticas parecem ser mais materialistas que o materialismo mais extremado. A psicanálise, reivindicando o primado da psicogênese, acaba chegando em suas concepções gerais à filiação do princípio de determinação universal de um materialismo psicológico radical (Minkowski, 1933[1995], p.201-2).

Na próxima seção, analisaremos as principais idéias minkowskianas a respeito da aplicação do conceito de tempo vivido à psicopatologia fenomeno-estrutural.

### **3.10 A PSICOPATOLOGIA DA VIVÊNCIA DO TEMPO**

O conceito de contato afetivo da psiquiatria foi substituído por Minkowski pelo conceito de contato vital a partir da sua filiação à fenomenologia husserliana e à filosofia bergsoniana dos dados imediatos da consciência e da duração-qualidade. Na psicopatologia fenomenológica estrutural minkowskiana, o conceito de tempo-qualidade ou tempo vivido foi desenvolvido principalmente em sua obra intitulada “O Tempo Vivido” de 1933, em que



deixou em aberto a questão do espaço vivido como um fenômeno complexo a ser investigado.

O problema da “instantaneidade” do tempo psíquico é assim explicado por Minkowski:

*O passado é passado, logo ele não é mais; o futuro não é ainda; o presente se encontra assim entre dois nada; mas o presente, o agora, é um ponto sem extensão; no momento que o presente está lá, ele já não é mais; o agora é pois contraditório e deste modo é também um nada. É assim que a realidade se reduz, por um momento, a um nada situado entre dois nada.* (Minkowski,1933[1995],TV,p.18)

Na concepção minkowskiana, o tempo concebido apenas do ponto de vista lógico-discursivo torna-se um “puro nada”, algo essencialmente irracional (Minkowski, 1933[1995], TV, p.18). Em relação à concepção artificial da passagem do tempo vivido ao tempo assimilado ao espaço, Minkowski invoca o critério metodológico bergsoniano: *“Fiéis à filosofia de Bergson, temos feito ressurgir o caráter irracional do devir. Mas o que fazer em presença desse desacordo profundo entre o tempo vivido e os procedimentos do pensamento discursivo?”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.19). Sua resposta a esta questão é a seguinte: *“Uma solução se impõe ao espírito. O tempo, em razão do seu aspecto particular, exige, se não é para ser analisado, ao menos para ser posto mais em relevo, um método particular, próprio à sua natureza.”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.19).

Nas três citações que seguem, dá o nome do método adequado à captação deste fenômeno imediato da consciência (o tempo), o método intuitivo ou de penetração:

*Bergson preconizou o método intuitivo. (...) Pode-se, como fez o próprio Bergson na sua ‘Evolução criadora’, atribuir ao tempo um substrato mais estável e mais consistente, sob a forma de fenômenos biológicos, e deste modo chegar a uma percepção luminosa do encadeamento dos fatos da natureza.*  
(Minkowski,1933[1995],TV,p.19-20)

*Nos momentos de fadiga, de desencorajamento, de decepção, tudo me parece fugidio, efêmero, imperceptível.* (Minkowski,1933[1995],TV,p.20)

*(...): o tempo se apresenta, de um lado, como um fenômeno irracional, refratário a toda fórmula conceitual; mas, por outro lado, desde que tentamos representá-lo, ele toma de um modo natural o aspecto de uma linha reta; é preciso pois que existam fenômenos vindo se intercalar e se escalonar entre os dois aspectos extremos do tempo, tornando possível a passagem de um ao outro.*  
(Minkowski,1933[1995],TV,p.22)

Quanto aos fenômenos da duração que flui e da sucessão, Minkowski diz que:

*Tanto quanto os objetos imóveis do mundo exterior duram, sem se penetrarem do fluxo vivo do tempo, assim também duram os nossos estados de consciência e os eventos que se desdobram em torno de nós, em se desdobrando.*  
(Minkowski,1933[1995],TV,p.23)

A seguir, completa:

*O caráter temporal, e ao mesmo tempo a natureza elementar dos dois fenômenos que constituem a questão, são evidentes. Isso se aplica ao fenômeno da sucessão. Para o fenômeno da duração que flui, as coisas se complicam, ao menos aparentemente, pelo fato de que nós não temos na nossa linguagem um termo único para designar esse fenômeno. Daí a impressão que ele contém dois elementos distintos, a saber, a duração e o fluxo. É assim que Volkelt concebe a duração como sendo um fator não temporal (ausserzeitliches Moment), admitindo totalmente aliás, que a duração pertence de algum modo ao tempo. Além disso, ele o concebe também em função do princípio de que tudo o que é tempo deve se modificar, trocar, deslocar-se incessantemente, princípio que como nós vimos anteriormente, constitui uma visão do espírito, mas não repousa de modo algum sobre a natureza mesma do tempo.* (Minkowski,1933[1995],TV,p.23)

E, sobre a duração vivida:

*No fundo, trata-se aí também de um fenômeno simples que não deixa de modo algum se decompor. É aí que surge todo o alcance das considerações de Bergson, concernentes à diferença entre a ‘duração pensada’, com os seus pontos justapostos, e a ‘duração vivida’, com a sua constante organização vivente. E nós não saberíamos fazer melhor do que lembrar as palavras de Bergson, por meio das quais ele situa os fenômenos da duração e da sucessão sobre o mesmo plano: ‘não há diferença essencial entre passar de um estado a um outro e persistir no mesmo estado’, ou ainda: ‘pode-se conceber a sucessão sem a distinção, e como uma penetração mútua, uma solidariedade, uma organização íntima de elementos, onde cada um, representativo do todo, disso se distingue e disso se isola para um pensamento capaz de abstrair’.* (Minkowski,1933[1995],TV,p.23-4)

Henri Bergson, falando sobre a realidade presente aceita pela consciência, nos explica a sua concepção de tempo presente, na terceira parte de sua obra “Matéria e Memória”. O conceito de “tempo vivido” de Bergson inspirou Minkowski a escrever, talvez, sua mais importante obra: “O Tempo Vivido” (*Le Temps Vécu*, 1933). Diferentemente do tempo puro, idealmente concebido, o tempo vivido, real ou concreto, o tempo existencial da experiência normal ou patológica é o tempo da percepção presente que ocupa uma duração:

*O que é, para mim, o tempo presente? É próprio do tempo decorrer; o tempo decorrido é o passado, e chamamos presente o instante em que ele decorre. Certamente há um presente ideal, puramente concebido, limite indivisível que separaria o passado do futuro. Mas o presente real, concreto, vivido, aquele a que me refiro quando falo de minha percepção presente, este ocupa necessariamente uma duração.* (Bergson, 1896[1999], MM, 161)

Mas, como entender a duração, usando metáforas espaciais, sem retificá-la espacialmente? Bergson explica:

*Onde portanto se situa essa duração? Estará aquém, estará além do ponto matemático que determino idealmente quando penso no instante presente? Evidentemente está aquém e além ao mesmo tempo, e o que chamo “meu presente” estende-se ao mesmo tempo sobre meu passado e sobre meu futuro.* (Bergson, 1896[1999], MM, 161)

Assim, a duração se “estende” ao mesmo tempo sobre o passado e o presente, e o limite entre ambos é indivisível, já que a divisibilidade é um atributo espacial e o estado psicológico presente é concomitantemente uma percepção imediata passada e uma “propensão” (determinação) imediata futura:

*“É preciso portanto que o estado psicológico que chamo ‘meu presente’ seja ao mesmo tempo uma percepção do passado imediato e uma determinação do futuro imediato.”* (Bergson, 1896[1999], MM, 161)

O momento presente é um estado consciencial da corporeidade, ao mesmo tempo sensopercepção e movimento, ação e percepção, sensorialidade e motricidade, sem um limite ou divisibilidade de caráter espacial:

*Ora, o passado imediato, enquanto percebido, é, como veremos, sensação, já que toda sensação traduz uma sucessão muito longa de estímulos elementares; e o futuro imediato, enquanto determinando-se, é ação ou movimento. Meu presente portanto é sensação e movimento ao mesmo tempo; e, já que meu presente forma um todo indiviso, esse movimento deve estar ligado a essa sensação, deve prolongá-la em ação. Donde concluo que meu presente consiste num sistema combinado de sensações e movimentos. Meu presente é, por essência, sensorio-motor. Equivale a dizer que meu presente consiste na consciência que tenho de meu corpo.* (Bergson, 1896[1999], MM, 161-2)

Ao contrário do tempo quantidade, espacial, deslocamento de um objeto numa superfície espacial, que é artificialmente concebido para os fins práticos da vida de relação, o tempo qualidade ou vivido pela mente (duração vivida) torna-se um fenômeno essencial da vida humana e não pode ser entendido de forma espacializada ou com as qualidades da extensão física, pois *“o agora se impõe bem mais globalmente como um elemento essencial do tempo qualidade”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.31).

Por isso, os conceitos tradicionais de passado, presente e futuro adquirem um significado de relação imediata e perdem qualquer atributo, aliás falso, de extensão ou espacialização, conforme nos explica Minkowski na esteira teórica das concepções bergsonianas:

*“O passado e o futuro não existem senão pela relação ao presente e não de outro modo, assim como o presente não pode ter surgido senão do passado ao qual ele deve se juntar; ele deve, por outro lado, dar nascimento necessariamente ao futuro”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.33).

Minkowski desenvolve a sua psicopatologia a partir da relação entre o tempo vivido pela consciência e a pulsão vital da estrutura da vida mental, colocando a questão do passado e do futuro imediatos numa nova visão de realidade. Essa ligação íntima entre a pulsão de vida e vivência da realidade se apresenta, ao longo de toda sua obra, como essencial à compreensão da existência e da patologia mental. Sobre o conceito de futuro, Minkowski nos afirma que:

*O futuro e a pulsão vital (élan vital) estão tão intimamente ligados um ao outro que constituem um só. É a pulsão vital que nos revela a existência do futuro, que lhe dá um sentido, que abre e cria diante de nós esse futuro a respeito do qual um dia chegaremos a saber talvez qualquer coisa, bem poucas coisas aliás.*  
(Minkowski,1933[1995],TV,p.35)

A seguir, realça a importância de não se deixar prender por nenhuma forma de reducionismo, mesmo que de natureza volitiva ou instintiva: *“A pulsão vital (élan vital) não*

*se deixa de nenhum modo reduzir a uma qualquer volição ou a uma tendência dirigida para um fim preciso e nem a uma soma de volições ou de fins semelhantes que virão se escalonar no tempo.*” (Minkowski,1933[1995],TV,p.35)

A relação entre o passado e o futuro é agora concebida como uma relação conceitual que ocorre necessariamente na instantaneidade do presente vivido, o que implica na assunção de uma visão dinâmica do tempo, em que o futuro é uma espécie de presente do que poderá vir a ser. Para Minkowski, o empobrecimento da vivência presente do que o futuro viria a ser costuma quase invariavelmente determinar a vivência atual do que o passado teria sido, e teria determinado, em termos de projeção futura, conforme se lê nesta passagem:

*O futuro não é de modo algum feito sobre a imagem do passado da memória, mas é ele que, ao contrário, em se empobrecendo, dá verdadeiramente nascimento a este passado. Não é de nenhum modo possível fazer surgir o que é expansão e riqueza do que é estático e pobre.* (Minkowski,1933[1995],TV,p.36)

A respeito dos elementos da vida mental e o “fundo movente”, de profundidade, da estrutura viva denominada mente, na sua relação consciente-inconsciente, assim nos fala Minkowski: *“E se, falando desses elementos (da vida mental), nós os consideramos sob certas circunstâncias, como fatos conscientes, nós designaremos de bom grado o fundo movente que se encontra atrás deles, em profundidade, de inconsciente”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.47).

O conceito minkowskiano de inconsciente pode ser concebido fenomenologicamente com o significado de uma “consciência inconsciente” sem cair na aparente contradição que o termo apresenta, pois, do ponto de vista fenomenológico o conceito de estrutura mental una e indivisível não implica na existência de partes decompostas, isoladas e antagônicas. A aparente contradição de termos encontra-se, na fenomenologia, na contradição da formulação ou na conceituação imprópria que o termo tradicionalmente incorre:

*O termo inconsciente... está, no fundo, tão presente, senão mais presente, à consciência do que tudo o que habitualmente se descreve sob o nome de consciente, e o elemento negativo que se encontra no termo 'inconsciente' significa somente que o fundo inconsciente, em razão mesma de seu caráter essencialmente dinâmico e vivo, não pode ser nem detido, nem decomposto, nem expresso de um modo tão preciso, no sentido racional da palavra, do que os elementos conscientes de natureza estática. Nesse sentido, não hesitaremos de modo algum em falar de 'consciência do inconsciente', sem cairmos na contradição que parece conter esta expressão. (Minkowski,1933[1995],TV,p.47)*

Por conseguinte, o conceito de inconsciente deixa de ser concebido como uma instância impenetrável e obscura, e adquire muitas das propriedades comumente atribuídas à consciência, sem perder a sua natureza de movente primário ou motivação basal da vida mental:

*É o inconsciente, impreciso e obscuro à primeira vista, que parece ser o verdadeiro suporte, o primeiro móvel de nossa pulsão pessoal; é ele que torna plausível que as nossas ações isoladas possam em geral repousar sobre os móveis positivos acessíveis à razão, que possa em geral existir na consciência esse algo inteiramente particular que nós designamos pelo nome de 'motivação'. (Minkowski,1933[1995],TV,p.47)*

O conceito fenomenológico de inconsciente está também ligado ao conceito de sincronicidade vivida ou sincronismo vivido e relaciona-se com o conceito dinâmico de tempo-duração e de contato vital com a realidade:

*É evidente que o contato vital com a realidade seja de natureza dinâmica. Não se trata aqui nem de 'tocar' a realidade material ou de ser tocado por ela, nem de algum fenômeno comparável às relações desta ordem. O que temos em vista, é a faculdade de 'avançar' harmoniosamente com o devir ambiente, deixando-nos penetrar inteiramente por ele, sentindo-nos um com ele. Neste sentido, empregamos também o conceito de sincronismo vivido para designar o fenômeno estudado. (Minkowski,1933[1995],TV,p.59)*

O conceito de “sincronicidade” é um conceito importante na concepção construtivo-sintética da psicologia analítica de C. G. Jung. Aqui, Minkowski o toma na acepção temporal, similar à junguiana, de duração psíquica que flui e evolui harmoniosa e paralelamente, através de duas séries fenomênicas que se interpenetram constantemente, ao

longo do percurso do contato vital da vida mental com a realidade. Minkowski explica o conceito nesta passagem que completa a anterior citação:

*Esse termo (sincronismo vivido) nos faz pensar em duas linhas paralelas. Com efeito, há como que um esboço de paralelismo no contato vital com a realidade. São como duas durações que evoluem harmoniosamente e em mútua concordância, uma ao lado da outra. Mas a imagem do paralelismo não poderia ser aplicada integralmente ao fenômeno estudado. (Minkowski, 1933[1995], TV, p.59)*

Um outro conceito, o de “simpatia” é utilizado por Minkowski para descrever o fenômeno de interpenetração intuitiva entre duas pessoas, similarmente ao conceito freudiano de comunicação entre inconscientes, mas aqui aplicado ao fenômeno de contato vital ou “comunhão” interpessoal:

*Um outro fenômeno ainda realiza de um modo particularmente vivo o contato vital com a realidade; é a ‘simpatia’, no sentido etimológico da palavra. Denominamos assim esse dom maravilhoso que carregamos em nós de fazer nossas as penas de nossos semelhantes, de nos penetrarmos inteiramente, de nos sentirmos em perfeita comunhão, de nos tornarmos um com eles. (Minkowski,1933[1995],TV,p.61)*

A teoria fenomenológica minkowskiana se apóia na relação ou contato vital entre o ser e o outro, o eu e o tu. Na doença mental, ocorreria uma retração ou inibição do contato vital com o meio ambiente, levando a uma desagregação da síntese da personalidade humana e a uma independência dos elementos que constituem a estrutura da vida mental. A vivência do tempo se imobilizaria na forma de sucessão espacializada, como se a instantaneidade do tempo vivido fosse dissociada em partes semelhantes, fixas, levando inevitavelmente às clássicas aporias de Zenão de Eléia. Na relação entre o ser e o mundo, se intercalariam os objetos do ambiente que passariam a ser interpretados de acordo com a estrutura mental interpretante, o outro interlocutor. No caso da estrutura psicótica, o delírio assumiria um caráter muito mais complexo do que um simples distúrbio do juízo:

*Assim, as idéias delirantes não serão mais unicamente os produtos de uma imaginação mórbida ou distúrbios do julgamento; elas representarão, ao contrário, uma tentativa de traduzir na língua do psiquismo do passado a situação não costumeira em presença da qual se encontra a personalidade que se desagrega. (Minkowski,1933[1995],TV,p.179-80)*

Um fenômeno primordial na constituição da estrutura de personalidade, que não passou despercebido a Freud, mas que adquiriu um caráter muito mais fundante em Adler, é o conceito de “ter”. Em Minkowski, o “ter” adquire uma ligação íntima com a faculdade volitiva e a pulsão vital:

*O fenômeno do ter é uma parte integrante da nossa personalidade. Ele está, como já dissemos, em correlação estreita com o desejo; nós não desejamos jamais o que temos e, por outro lado, a realização de um desejo acresce de um modo ou de outro a esfera de nosso ter. (Minkowski,1933[1995],TV,p.180-1)*

Vejamos, agora, a concepção de tempo e de espaço vividos no plano da interação entre as conceituações organomecânicas e a proposta fenômeno-estrutural minkowskiana, de orientação organodinâmica, apresentando a adesão parcial de Minkowski às formulações organicistas de Gatian Gaëtan de Clérambault.

### **3.11 ORGANICISMO E ORGANODINAMISMO FENOMENO-ESTRUTURAL**

O conceito organicista de automatismo mental de G.G. de Clérambault não se confunde com o conceito de automatismo psicológico. Trata-se de uma concepção neurobiológica baseada na idéia de uma organogênese a partir de uma lesão cerebral primária, cuja seqüela levaria à formação das síndromes como um todo, constituindo seus sintomas mais ou menos invariáveis. Deixemos a Minkowski a explicação da sua admiração por Clérambault:



*Clérambault era organicista. ... é nesta orientação puramente organicista, que reside o essencial de sua teoria. Para ele, o automatismo mental é uma seqüela tardia de infecções ou intoxicações anteriores, a expressão de um 'ataque sutil e sistemático' sofrido pelas células nervosas, e ele vê como uma das principais vantagens de sua concepção a possibilidade que esta fornece de classificar a síndrome psiquiátrica de automatismo mental, assim como as psicoses que esta (síndrome) serve de ponto de partida, no quadro da neurologia e da patologia geral. (Minkowski,1933[1995],TV,p.199-200)*

Na tese organicista de Clérambault, o distúrbio inicial age promovendo um desenvolvimento ideativo secundário e essas tendências pré-estabelecidas constituem a personalidade primária do indivíduo, como, por exemplo, as tendências paranóicas de um delirante persecutório, na forma de uma reação intelectual. De acordo com os caracteres pré-estabelecidos, os diferentes tipos de delírios se agregariam ao mesmo distúrbio inicial, nos mais diversos tipos de psicose, porém uma grande parte da ideação no automatismo mental seria elaborada mecanicamente no “subconsciente” orgânico (pré-consciente de Freud), em função direta da agressão sofrida pelas células nervosas. Como consequência, parte da ideação se revelará à consciência pelos seus resultados de natureza autônoma, inoportuna ou imprevista, como se fosse uma neoplasia, um câncer (Minkowski,1933[1995],TV,p.200).

Essa ideação autônoma, progressiva e coerente, de origem parcialmente mecânica, que emerge do “subconsciente” orgânico (pré-consciente), resultado das “lesões” neurocerebrais, teria a sua origem primária inteiramente na “personalidade secundária”. A ideação delirante resultante do processo mórbido de natureza neurológica poderia cindir-se em duas partes: uma pessoal, não mórbida e reativa aos diversos automatismos, e, uma outra, mórbida, integralmente automática e freqüentemente antagonista. O delírio poderia ser em parte uma consequência organomecânica e automática, mas teria necessariamente uma gênese heredoconstitucional ou adquirida que somada à somatogênese comporia a evolução da sistematização delirante. Deste modo, o delírio não seria exclusivamente organogênico nem exclusivamente psicogênico, como se verifica nesta longa passagem:

*Assim a formação da idéia de perseguição não é forçosamente o resultado de uma constituição paranóica; ela pode igualmente ter esta origem puramente mecânica e automática ... ; ela parece inevitável, se nos colocamos unicamente sobre o terreno da evolução progressiva do processo orgânico. No entanto, nascida assim, uma tal idéia não transforma profundamente um caráter e não é suficiente para constituir um perseguido 'maximum'. Lá onde a idéia de perseguição produz um 'maximum' de ódio, o caráter paranóico, inato e adquirido, precedeu o automatismo mental, mas os distúrbios alucinatórios levam à enésima potência o caráter paranóico, não somente porque eles fornecem ao sujeito os motivos racionais das queixas, mas também porque a osmose constante entre o caráter e as vozes devolvem ao caráter o que as vozes lhes emprestaram sob diversas formas.*  
(Minkowski,1933[1995],TV,p.200-1)

Minkowski nega ser organicista ou psicodinamista, mas reconhece a profunda influência das idéias de Clérambault e da importante contribuição da psicologia dos complexos afetivos na sua psicopatologia fenomeno-estrutural. Para ele, todo o problema do dualismo entre a organogênese e a psicogênese dos transtornos mentais, como também os da gênese das manifestações psíquicas normais, encontra-se no modo de colocação do problema em geral (Minkowski,1933[1995],TV,p.201). Neste, como em outros tantos pontos de vista, Minkowski concorda com Bergson sobre a crítica à tese do paralelismo psicofisiológico. Tanto a opção idealista quanto a realista de equivalência entre o estado psíquico e o estado cerebral implicam em contradição e a tese do paralelismo somente parece sustentável se aplicarmos instantaneamente à mesma proposição ambas as concepções. Do contrário, cairemos na dualidade de posições teóricas estáticas e aporéticas, conforme Bergson nos esclarece o tempo todo.

Em seu artigo intitulado “O Cérebro e o Pensamento: uma ilusão filosófica”, de 1904, Bergson assim se expressa sobre a dualidade do realismo e do idealismo na tese do paralelismo psicofísico:

*A tese do paralelismo somente parece sustentável se empregarmos ao mesmo tempo, na mesma proporção, os dois sistemas de notação de uma só vez. Ela só parece inteligível se, por uma mágica intelectual inconsciente, passamos instantaneamente do realismo para o idealismo e do idealismo para o realismo, abandonando um ou outro no exato momento em que estamos para ser surpreendidos em flagrante delito de contradição. Somos, aliás, aqui, naturalmente mágicos, pois o problema em pauta, sendo a questão psicofisiológica das relações entre o cérebro e o pensamento, sugere-nos, pela sua própria colocação, os dois pontos de vista do*

*realismo e do idealismo, uma vez que o termo 'cérebro' nos faz pensar numa coisa e o termo pensamento, numa representação. Pode-se dizer que o enunciado da questão já contém, em potência, o equívoco pelo qual ela será respondida. (Bergson,1904[1984],CP,p.45)*

Assim, de acordo com sua filiação filosófica bergsoniana, o mesmo raciocínio vale para a problemática dualidade genética das doenças mentais. Minkowski, a este respeito, nos diz que *“nem a organogênese nem a psicogênese, e além disso tampouco a sua pretendida fusão, não me satisfazem de modo algum e apresentam para mim tantos pontos de interrogação que não há soluções possíveis desse ponto de vista”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.201).

Para Minkowski, a psicogênese das doenças mentais apresenta tantos problemas quanto sua antagonista, a teoria da organogênese, dado que os conceitos de ambas as tendências teóricas apresentam problemas de falta de clareza conceitual intrínsecos às suas próprias formulações e princípios fundantes. Assim, os conceitos psicodinâmicos trazem problemas genéticos que carecem de elucidação mais precisa, conforme a colocação que segue nesta citação:

*Os choques, os traumas, os conflitos, mesmo quando justificados, me parecem ainda conceitos muito obscuros. E por vezes eu ainda me pergunto se esses conceitos, que manifestamente tomam por paradigma tanto o choque dos corpos quanto a oposição de duas forças, são outra coisa que uma 'materialização' da vida psíquica, que uma expressão de uma tendência inata em nós a subordiná-la à força ao princípio causal. Muito freqüentemente as teorias ditas psicogenéticas me dão a impressão de serem mais 'materialistas' no final das contas que o materialismo mais extremo. (Minkowski,1933[1995],TV,p.201-2)*

Para responder à questão do dualismo organogênese–psicogênese, Minkowski procura compreender unicamente, no tempo presente, as características essenciais dos distúrbios mentais, postergando, se preciso, o estudo do encadeamento daquelas características temporais, no intuito de evitar a dualidade organopsíquica e de poder estabelecer os pontos de contato onde se faça mais necessário ou essencial.

As concepções de Clérambault se tornaram atrativas para Minkowski, na medida em que trazem parcialmente essa tendência para um organodinamismo baseado na inversão da fórmula clássica da mecano-organogênese, colocando agora a ênfase fenomenológico-estrutural na estrutura sintomática e não em seus elementos isolados, para depois reuni-los artificialmente em síndromes e diagnósticos-etiqueta. A este respeito, ele assim se expressa:

*A idéia que domina a psicose não é a [idéia] geradora [da psicose], como a psicologia comum parece indicar e que a psiquiatria clássica o confirma. Ao contrário, é o conjunto de sintomas, os quais reunidos formam a síndrome de automatismo mental que podemos igualmente denominar de síndrome de Clérambault, que constitui o distúrbio inicial. (Minkowski,1933[1995],TV,p.202)*

Por isso, o conjunto de sintomas constitui o distúrbio inicial e fundamental da psicose, cuja evolução se torna automática e independente, ao menos em sua maior parte, o que explicaria a irredutibilidade dos delírios à influência da argumentação lógica ou ao convencimento racional. A construção intelectual delirante teria, portanto, a sua base fenomenológico-estrutural num fato primordial que seria o automatismo mental de Clérambault, numa versão menos organomecânica e de caráter organodinâmico.

Minkowski considera que as idéias delirantes surgem à consciência, desencadeadas por processos orgânicos preparados de modo parcialmente mecânico, no plano “subconsciente” (pré-consciente) da mente. Descarta, concordando com Clérambault, a necessidade causal na explicação da doença mental e afirma que os complexos ideofetivos pessoais, sejam antigos ou atuais, constituem inclusões na psicose, mas não inclusões estáticas no plano dos processos funcionais neurológicos, e sim espécies de inclusões dinâmicas num quadro particular da vida psíquica a ser fenomenologicamente determinado e esclarecido. Tanto Clérambault quanto Minkowski são adversários da psicogênese pura, mas o mecano-organicismo neuro-histológico do primeiro difere do fenomenológico-estruturalismo dinâmico do segundo (Minkowski,1933[1995],TV,p.204).

Na concepção neurobiológica clerambaultiana, as “vozes” objetivadas e as temáticas verbais das alucinações auditivas propriamente ditas, assim como outros distúrbios psicopatológicos elementares, constituem fenômenos tardios do automatismo mental. A partir de um distúrbio inicial de natureza cerebral, as alucinações se organizariam segundo mecanismos de interação entre a disposição constitucional do caráter e os elementos ideoafetivos dos conflitos existenciais dados na existência. Assim, as alucinações não seriam simples formações caóticas que careceriam de conteúdos significativos:

*A ausência total de organização temática nos fenômenos iniciais do automatismo mental parece indicar que eles (os distúrbios elementares) têm como causa um processo histológico irritativo; É gradualmente que essas alucinações elementares se organizam para se tornarem ideativas e temáticas. Mas, o fato de (eu) ter colocado em relevo uma síndrome fundamental subsiste independentemente dessas considerações. (Minkowski,1933[1995],TV,p.204-5)*

Para se situar a meio caminho entre o organicismo e o psicogeneticismo, Minkowski parte do conjunto sintomático da estrutura mental em direção à distinção fenomenológica entre as doenças mentais, porquanto o que importa é evitar o reducionismo de qualquer natureza:

*O que nos importa é que nos encontramos muito mais na presença de um doente mental do que de um doente neurológico. (...) Que ele tenha sido antes somente um doente neurológico, ou não, não nos interessa de modo algum. Qualquer que seja o interesse das concepções neurológicas, é pelos sinais mentais que se distingue uma doença mental de uma outra e é através desses sinais que nos esforçamos de penetrar a contextura particular da consciência mórbida que os condiciona. (Minkowski,1933[1995],TV,p.205)*

Minkowski adota parcialmente as concepções de Clérambault pelo fato deste não se limitar a um único sintoma para constituir a sua síndrome. Ao contrário, na concepção clerambaultiana, as psicoses alucinatórias crônicas pertencem a uma síndrome “fundamental” e os sintomas que a constituem, em vez de formarem um todo contingente constituído por sinais disparatados, parecem formar um todo constituído pelas diversas manifestações de uma única modificação subjacente da personalidade humana (Minkowski,1933[1995],TV,p.205).

É justamente a delimitação e a compreensão fenomeno-estrutural dessa modificação subjacente fundamental que levou Minkowski a dirigir sua psicopatologia mais para o lado do organicismo do que para o do psicodinamismo. No entanto, ele confessa, ainda, estar muito distante de fornecer uma resposta satisfatória à solução do problema “psicorganogenético”. Para ele, todas as manifestações parciais da síndrome de Clérambault possuem um fator vivencial de natureza espacial, isto é, os doentes “percebem” as relações temporais de modo espacializado, na forma de imobilização, fixação ou repetição das mesmas idéias, como ocorre na limitação do contato afetivo com a realidade na esquizofrenia.

Ao contrário da esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva (transtorno afetivo bipolar) a estrutura da vivência psicótica aponta para a imediaticidade do tempo psíquico quanto ao passado, e o futuro se encontra barrado pelos sentimentos de culpa, tristeza profunda, remorso, idéias de ruína e de morte, etc., isto é, entre a culpa pelas faltas do passado e o desejo de expiação no futuro (Minkowski,1933[1995],TV,p.205). Contra todo e qualquer reducionismo ou dualismo, Minkowski procura dissolver as dicotomias resultantes da oposição clássica entre a internalidade e a externalidade, entre a objetividade e a subjetividade, e considera tais oposições correntes como sendo insuficientes e inaplicáveis à realidade fenomênica (Minkowski,1933[1995],p.396).

A ênfase da concepção minkowskiana sobre a essência da doença mental se dá sobre o conjunto da personalidade una e indivisível. A personalidade é a estrutura fundamental, a partir da qual se pode realmente pretender erigir uma nosografia psiquiátrica minimamente satisfatória, o que depende fundamentalmente de uma visão menos causalista e mais condicionalista ou interacionista, que apreenda o fato mórbido intuitivamente e elabore um diagnóstico pautado nessa apreensão global ou conhecimento intuitivo do fenômeno mental (Minkowski,1933[1995],TV,p.209).

Na visão fenomeno-estrutural minkowskiana, o distúrbio gerador da doença sobre o plano psíquico corresponde essencialmente à base anatomo-psicológica das síndromes somáticas, mas isso não significa uma redução aos órgãos ou às funções cerebrais, como quer o organomecanicismo, e sim à personalidade viva, una, indivisível e irreduzível às clássicas funções psíquicas. Desse modo, as preocupações hipocondríacas na neurose de ansiedade e na esquizofrenia apresentam uma estrutura fenomênica distinta, em decorrência da diferença do fundo mental que as constitui particularmente, porque não há identidade fundamental entre ambas as estruturas, e sim, apenas uma similitude superficial nas expressões sintomáticas, nos conteúdos ideafetivo e verbais. O mesmo raciocínio vale para as idéias do delírio de grandeza na paralisia geral (psicose sífilítica) e na esquizofrenia, ou então entre as obsessões verdadeiras e a pseudo-obsessão de natureza esquizofrênica. Isso se dá, na medida em que os doentes possuem poucos conceitos precisos para expressar as suas descrições sintomáticas ou pela imprecisão natural decorrente da confusão mental (Minkowski,1933[1995],TV,p. 211).

Minkowski insiste na preocupação de se tentar evitar as similitudes sintomáticas e de se procurar penetrar intuitivamente na intimidade da estrutura da personalidade mórbida com o objetivo de tentar unificar os sintomas primários a um só distúrbio gerador, sem cair na tríade clássica das funções psíquicas (inteligência, afetividade e atividade volitiva) ou em qualquer tipo de reducionismo funcional. Ele quer colocar como eixo privilegiado de investigação psicopatológica a estrutura de personalidade em sua forma particular e única para cada indivíduo, num dado momento existencial de adoecimento, partindo do centro para a periferia sintomática e não inversamente. Esta orientação teórica remete ao estudo das constituições ou predisposições constitucionais, dos fatores geradores e da hereditariedade. No caso da esquizofrenia, o fator gerador fundamental e particular seria o enfraquecimento dos fatores dinâmicos da vida que condicionam uma deficiência pragmática particular (Minkowski,1933[1995],TV,p.215). Já, no caso do automatismo mental de

Clérambault, isto é, das psicoses à base de automatismo mental, como a psicose alucinatória crônica da escola francesa, embora todos os seus sintomas se encontrem entre os sintomas secundários da esquizofrenia de Bleuler, não se trata simplesmente de incorporá-lo ao grupo das “esquizofrenias”. Ao contrário, seria melhor tentar procurar o ponto de partida ou a lesão primitiva num conjunto de sintomas invariável e diferente dos sintomas da esquizofrenia.

Em suma, há que se encontrar o distúrbio gerador que modifica radicalmente a estrutura íntima do conjunto da personalidade, a forma da vida mental, que está condicionada pela faculdade de afirmação do eu na existência em relação ao espaço e ao tempo vivenciais. No caso da síndrome de automatismo mental de Clérambault, o distúrbio gerador particular seria a degradação em bloco da personalidade na vivência do espaço, enquanto no caso do delírio melancólico, o fator gerador seria a degradação do tempo vivido (Minkowski, 1933[1995],TV,p.216).

Minkowski adota o conceito de subdução mental mórbida de Maurice Mignard para explicar a estrutura espacio-temporal das síndromes psicopatológicas, isto é, da vida mental patológica. Considera que não se trata de uma associação simples de um fundo mental predisponente, como, por exemplo, um fundo depressivo, e uma idéia, como a idéia de tristeza, para compreender a estrutura particular da doença. Há que se encontrar, por trás do conteúdo ideofetivo, uma estrutura particular, que ele denomina “subdução mórbida da personalidade no tempo”, pois ao lado do aspecto expressivo ideofetivo há também um aspecto estrutural (Minkowski,1933[1995],TV,p.220-1). Assim, o distúrbio gerador, sendo dinâmico, parece modificar radicalmente a forma essencial da estrutura da vida mental, podendo conduzi-la a um nível inferior de funcionamento mais primitivo, ao modo jacksoniano, subsumindo-a ao tempo, como no delírio melancólico, ou ao espaço, como no automatismo mental de Clérambault (Minkowski,1933[1995],TV,p.217).



Ao lado do conceito de compensação afetiva da psicopatologia dinâmica há o conceito de compensação fenomenológica. O conceito de compensação fenomenológica ou compensação primária difere do conceito de compensação afetiva da psicologia dinâmica por se referir às formas primárias de constituição da vida mental. Enquanto a psicopatologia afetiva procura explicar a doença mental através dos conceitos de causalidade ou de gênese, a psicopatologia fenomeno-estrutural evita cair em qualquer tipo de reducionismo etiológico que leve a concepções unilaterais e que caracterize a essência humana com adjetivações parciais, levando a denominações, tais como “*homo libidinosus, homo economicus, homo sapiens, etc.*” (Minkowski,1933[1995],TV,p228).

A compensação fenomeno-estrutural difere dos mecanismos psíquicos de defesa, ou seja, da compensação ideoafetiva dos conteúdos variáveis, as expressões sintomáticas, na medida em que diz respeito aos caracteres essenciais dos fenômenos psicopatológicos. No caso da esquizofrenia, o distúrbio fundamental consiste numa deficiência ou falha do dinamismo vital com relação à realidade, na forma de uma imobilização, estase ou bloqueio da ação dos fatores sintônicos e através de uma assimetria intensa entre a disposição constitucional sintônica e a esquizóide, ou seja, entre as disposições de extroversão (extrospecção) e de introversão (introspecção) (Minkowski, 1933[1995], TV, p.274). A partir deste retraimento do dinamismo vital, ocorre o fenômeno fundamental do autismo na esquizofrenia.

O autismo é fenomenologicamente definido por Minkowski como um distanciamento da vida ambiente com uma possível falha na capacidade de intuição e de vivência do tempo, além de uma predominância compensatória, relativa ou absoluta, da vida interior. O autismo é, portanto, quase sinônimo de “interiorização” e, de certa forma, os esquizofrênicos seriam fenomenologicamente sonhadores vigís ou imaginadores excessivos (Minkowski,1933[1995],TV,p.262). Cabe lembrar que a antiga oposição clássica entre o

conteúdo, a matéria, a substância, de um lado, e a forma, de outro, não se confunde com a distinção fenomenológica contemporânea entre o aspecto ideofetivo e o aspecto estrutural na vida normal e psicopatológica (Minkowski,1933[1995],TV,p.237).

O conceito de “constituição” pretende restringir o papel dos complexos ideofetivos, da psicopatologia afetiva e da psicanálise, na psicogênese das doenças mentais. A falha no mecanismo (dinamismo) compensatório conduziria ao modo autista de reação, ou seja, a estrutura de personalidade apresentaria uma reação de retraimento defensivo, em relação à realidade ambiente na forma exterior de devaneios, sentimentos e pensamentos patológicos (Minkowski,1933[1995],TV,p.229). A análise fenomenológica das relações espacio-temporais do eu vivo, ou seja, da estrutura de personalidade da vida mental em sua vivência de tempo e de espaço, procura encontrar a base essencial do aspecto estrutural dos transtornos mentais, incluindo, aí, a “pulsão ética” enquanto fator essencial na formação da estrutura psicopatológica, que cria o futuro e o modo de vida coletiva (Minkowski, 1933[1995], TV, p.237). O processo de identificação pela estrutura de personalidade leva ao desenvolvimento de expressões afetivas compatíveis com os fatores estruturais fundantes. Desta forma, um amor próprio exacerbado faz nascer o desejo de conquista e o ciúme provoca o desejo de vingança e de destruição (Minkowski,1933[1995],TV,p.251).

A psicopatologia fenomeno-estrutural pretende ser uma reação e uma compensação da racionalização unilateral que a psicopatologia afetiva acabou representando ao subordinar a vida psíquica a qualquer uma das suas funções, racionalizando a afetividade num psicologismo tão errátil quanto o antigo (e ainda atual) racionalismo neurobiologicista, desenbocando numa teoria energeticista e materialista da alma humana, de caráter reducionista, mecânico ou atomístico (Minkowski,1933[1995],TV,p.262). Quanto à estrutura espacio-temporal dos distúrbios mentais nos esquizofrênicos, as experiências pessoais relativas ao tempo e ao espaço vividos “*se produzem sobre um fundo mental profundamente*

*perturbado pela doença*”, na forma de um “*deslocamento muito profundo do fenômeno do tempo com uma prevalência do passado que representa, como sabemos, o aspecto mais estático do tempo vivido*” (Minkowski,1933[1995],TV,p.266-7). O tempo na vivência esquizofrênica se imobiliza e é sentido como se não existisse mais (Minkowski, 1933[1995], TV, p.268-9).

Minkowski foi profundamente influenciado pelas conceituações bergsonianas. Esta influência encontra-se presente inclusive na relação de assimetria entre as disposições estruturais essenciais, a esquizoidia e a sintonia, na sua relação com a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar (psicose maníaco-depressiva). Na esquizofrenia, ocorre uma deficiência da intuição e do tempo vivido, sem perda da sensibilidade, podendo oscilar entre a hiperestesia paranóide e a anestesia catatônica, com a concomitante hipertrofia dos fatores de ordem espacial (concretismo ou reificação). No entanto, a falta de fatores estáticos e de concretismo não significa necessariamente que o transtorno psicótico afetivo (psicose maníaco-depressiva) seja a imagem espectral oposta da esquizofrenia.

As duas categorias básicas de tipologia constitucional kretschmeriana, esquizoidia e sintonia (cicloidia), não implicam numa simples relação de graduação quantitativa ou uma simples oposição de qualidades disposicionais antagônicas, que resultariam na formação da esquizofrenia ou da psicose maníaco-depressiva. Embora se aceite que há mais esquizoidia na esquizofrenia do que na própria disposição esquizóide normal, não se pode dizer que haja mais sintonia na excitação maníaca ou na depressão melancólica do que na sintonia normal, porquanto, nesse último caso, o contato vital com a realidade não está simplesmente aumentado, mas sim degradado ou deformado, quando comparado à sintonia afetiva verdadeira ou normal (Minkowski,1933[1995],TV,p.272).

No entanto, o que são, então, esses dois princípios vitais, a sintonia e a esquizoidia, e quais são as modificações patológicas que eles podem produzir na vida mental normal? A resposta de Minkowski a essas questões se coloca em três níveis, a saber:

1) é necessário pesquisar os fenômenos representativos e colocar em relevo os fenômenos capazes de esclarecer as origens e os caracteres essenciais da esquizoidia e da sintonia. O fenômeno representativo da esquizoidia parece ser uma atividade de limitação ou de perda, ou seja, uma estrutura autística similar aos conceitos de egocentrismo, auto-erotismo ou narcisismo patológicos. No caso da sintonia, os fenômenos representativos essenciais seriam o fenômeno de simpatia ou ainda o de contemplação. Logo, existe uma distinção essencial entre a esquizoidia e a sintonia (Minkowski,1933[1995],TV,p.272-3). Enquanto a esquizoidia representa uma antítese do eu com relação ao mundo, a sintonia, na psicose, representa um caráter essencial de harmonia, quietude repousante, bem estar absoluto e sociabilidade, ainda que fugaz, mas que não pode ser aceito como mais sintônica que a própria sintonia normal (Minkowski,1933[1995],TV,p.273). Do mesmo modo, não se pode dizer que a hiperestesia esquizofrênica seja mais artística que a sensibilidade dos grandes artistas no estado de normalidade ou que a introspecção psicótica esquizofrênica seja mais inteligente ou intuitiva que as grandes sínteses filosóficas e científicas dos assim denominados gênios, porque o racionalismo patológico leva invariavelmente a um empobrecimento da vida mental;

2) as propriedades estruturais e formais da sintonia contêm em si mesmas um fator essencial de duração vivida (instantânea) e comporta uma organização ou síntese temporal constante, além de um elemento de harmonia ou ritmo entre o “vir a ser” do indivíduo com relação ao “vir a ser” ambiente, ou seja, há na sintonia uma “sincronia vivida” (Minkowski,1933[1995],TV,p.273);

3) psicopatologia da esquizoidia e da sintonia: a atividade da personalidade na esquizoidia patológica contém também fatores sintônicos e intuitivos que podem sofrer atenuação ou bloqueio, propiciando a manifestação do fator autismo e tornando a estrutura mental mais retraída, “fria”, rígida, impregnada de fatores racionais, perdendo-se em devaneios estéreis e numa falta de pragmatismo útil com relação ao mundo ambiente.

Em suma, o agravamento da esquizoidia na esquizofrenia ocorre paralelamente ao da sintonia. Além disso, no domínio da caracterologia e da psicopatologia, com exceção da esquizotimia normal, tanto a esquizoidia quanto a esquizofrenia são determinadas por uma deficiência dos fatores sintônicos; a esquizofrenia resulta em parte do agravamento da esquizoidia (Minkowski,1933[1995],TV,p.274). No caso da sintonia, não parece haver uma espécie de sintonia normal ou ciclotimia não patológica, o que leva Minkowski a considerar que há uma assimetria profunda na relação entre as duas disposições caracteriais no início das modificações psicopatológicas, tornando esta fórmula disposicional caracterológica um esquema útil, porém simples e incompleto, em meio à complexidade da vida mental.

Entre a sintonia e a psicose maníaco-depressiva não há *“uma diferença de grau, causada por uma deficiência progressiva do fator esquizóide. Ao contrário, as modificações nesse domínio devem ser de uma outra ordem e devem se produzir no seio próprio da sintonia. Mas, de que natureza, afinal, são essas modificações”* (Minkowski,1933[1995],TV,p.274-5).

Contrariamente ao esquizofrênico excitado, a excitação maníaca no transtorno afetivo bipolar é uma atividade degradada de uma outra natureza, pois o contato vital existe, mas falta-lhe penetração intuitiva e, além disso, não há mais a duração vivida normal; a vivência temporal restringe-se ao agora instantâneo, sem o necessário desdobramento no tempo que engloba num todo o passado e o futuro imediatos. O tempo vivido torna-se “degenerado” (analogamente à degeneração sîgnica de Peirce) por excesso de instantaneidade

e há uma subdução da personalidade no tempo, o que se reflete sintomaticamente na chamada “fuga” de idéias, com falta de concentração (hipoconcentração) associada à hipervigilância desatenta (distração), característica dos estados de excitação maníaca. O excesso de suscetibilidade ou de acessibilidade às excitações e incitações externas leva o doente a tentar acompanhar todos os possíveis focos de estímulo sensorial com a sua atenção exagerada (hiperprosexia), sem um aumento concomitante da capacidade de compreensão (Minkowski, 1933[1995], TV, p.275-6). A “congestão” de estímulos multiformes no sistema perceptual do doente torna-se inevitável e ocorre um estreitamento compensatório do contato com a realidade, instaurando-se a necessidade de evitar o colapso gerado pela atividade anteriormente intensa (compensação fenomenológica, estrutural) e levando à depressão do estado de ânimo (humor). A identidade estrutural dos estados de excitação maníaca e de depressão melancólica não se encontra no fato de ambas constituírem os dois polos de uma mesma série nosológica, mas sim por possuírem a mesma subdução no domínio da sintonia normal (Minkowski, 1933[1995], TV, p.277).

Quanto à depressão melancólica (endógena), a partir da oposição de Hönlgswald entre o tempo imanente e o tempo transitivo (movente), Erwin Straus elabora os conceitos paralelos de “tempo do eu” (*Ich-Zeit*) e “tempo do mundo” (*Welt-Zeit*) (Minkowski, 1933[1995], TV, p. 278). Na melancolia, o tempo imanente parece lentificar-se à medida que ocorre um desacordo na harmonia habitual entre as duas modalidades de fenômenos temporais, imanente e transitiva. Para Minkowski, a vida mental está essencialmente orientada para o futuro e qualquer inibição patológica se traduz por uma excitação ou uma depressão que empobrece a vivência normal do tempo. Daí, a existência de fenômenos obsessivos comuns nos estados de depressão afetiva, já que a obsessão se caracteriza pela repetição e pelo bloqueio do fluxo normal da vida mental. Quando a inibição aumenta de intensidade o tempo do eu (*immanente Zeit, Ich Zeit*) parece atingir uma parada e

uma degradação completas e o psiquismo parece estar dominado por uma idéia de influência absoluta do passado, traduzida na forma manifesta de delírio melancólico de ruína, indignidade, culpabilidade ou hipocondria. Assim, os diversos sintomas depressivos expressam uma profunda modificação na estrutura temporal da vida mental imanente, permitindo na prática o diagnóstico diferencial entre as depressões endógenas e as depressões reativas (Minkowski,1933[1995],TV,p.279-80).

Em suma, para von Gebsattel e Minkowski, o tempo imanente se detém e o doente procura compensar ou suprir essa deficiência através da substituição possibilitada pela subdução ao tempo transitivo (especializado). A compensação patológica também se dá através de cálculos matemáticos obsessivos (contar, verificar, repetir), o que não traz satisfação ao doente e nem resolve o problema, já que não há uma progressão real ou uma resolução da doença, por não se dissolver a irrealidade do tempo transitivo em relação ao tempo imanente real (Minkowski,1933[1995],TV,p.285). Ao perseguir esse caminho falso da transitividade física do tempo, o doente permanece condenado a recomeçar sempre o seu cálculo obsessivo infundável, sempre sobre o mesmo mecanismo obsessivo, podendo chegar ao suicídio como última tentativa desesperada de interromper o processo martirizante do delírio alienante.

### **3.12 O TEMPO VIVIDO NO RETARDO MENTAL**

Ao tratar da fenomenologia da deficiência intelectual, Minkowski ressalta a importância de se ir além da mera quantificação do grau de capacidade intelectual dos oligocrênicos ou hipocrênicos, ou seja, dos indivíduos com retardo mental. As investigações

minkowskianas pretendem alargar o entendimento da mente intelectualmente deficiente sob o prisma teórico fenomeno-estrutural. Para ele, os mecanismos fenomenológicos de compensação se mostram nas reações comportamentais dos indivíduos retardados com a finalidade de contrabalançar sua inferioridade. Minkowski crê que a consciência da própria inferioridade leva o indivíduo com retardo intelectual a realizar uma forma particular de vida mental que pode ser intuitivamente captada, ao menos em parte, pela perspectiva fenomenológica. A personalidade do débil mental é peculiar:

*Preso em si mesmo, por dentro, ele não se sente privado de nada e a sua irregularidade aparente realiza o seu próprio equilíbrio. A sua potência intelectual satisfaz plenamente a sua personalidade e esta se tornou o que aquela lhe permitiu tornar-se. Ele é o último a se sentir tocado pela suposição de sua incapacidade. Ele julga toda a humanidade a partir de si mesmo, como o normal o julga a partir de si. E ambos se enganam. (Minkowski,1933[1995],TV,p.330)*

Segundo de Greeff e Minkowski, a estrutura mental do deficiente mental pode ser investigada segundo três aspectos; 1) o débil tal como ele se vê; 2) como ele vê os outros e 3) a sua inaptidão para fazer previsões (Minkowski,1933[1995],TV,p.330). As experiências clínicas mostraram que o débil não se sente inferior ao seu meio e que, além disso, ele se sente mais importante quanto mais retardado for. E, na medida em que ele não possui consciência de sua inferioridade e acredita ser superior aos outros, não sente necessidade de compensar a inferioridade que não reconhece em si. O estado de consciência subjacente à personalidade rudimentar do retardado se caracteriza por um egocentrismo primitivo e refratário ao aprendizado dos valores éticos e sociais. Um importante aspecto da vida mental do deficiente é que nela não há propriamente juízos falsos, mas uma falta de juízos. Resumindo, como o deficiente mental não se sente inferior aos demais, não há necessidade dele utilizar mecanismos de defesa. O seu pragmatismo o leva a considerar o auxiliar que o



alimenta mais importante e superior que o médico que o examina ou o diretor da instituição onde vive.

A incapacidade de abstrair do retardado caracteriza uma personalidade, cujo aspecto temporal encontra-se modificado, tornando-o incapaz de fazer previsões para o futuro. O distúrbio gerador primário do retardo mental encontra-se na incapacidade de se libertar do concretismo ou reificação, o que resulta na incapacidade de abstrair o real valor da personalidade alheia e da sua própria. Quanto ao fator essencial do tempo vivido no deficiente mental, o modo geral como ele se situa em relação ao ambiente é um modo primitivo de racionalidade em que o presente é intuído de forma estática, sob a forma de etapas sucessivas, desprovidas do dinamismo normal que contém o passado e o futuro no seu conjunto e que possibilita o ato mental de realizar previsões (Minkowski,1933[1995],TV,p.328-38). A limitação do horizonte temporal decorrente da imaturidade no desenvolvimento da personalidade “infantil” do retardado reflete a limitação da sua capacidade de abstrair o tempo vivencial e o concretismo de sua vida mental.

### **3.13 O TEMPO VIVIDO NA SENILIDADE E NA DEMÊNCIA SENIL**

Analisemos, agora, a fenomenologia do tempo vivido na psicopatologia da senilidade. A senilidade é usualmente concebida como um enfraquecimento não demencial e natural das faculdades psíquicas, que consiste numa restrição geral da afetividade, intelecto, volição e memória. Como consequência, haveria um distanciamento das coisas e das pessoas devido ao esquecimento dos fatos passados e o sujeito estaria condenado a um eterno presente, empobrecido pela falta de imaginação e de lembranças, a uma vida automática

regida pelas reações mais simples e pelos hábitos mais rudimentares (Minkowski, 1933[1995], TV, p.338). No entanto, há indivíduos senís que apresentam uma formidável memória passada, uma impressionante conservação da capacidade de julgamento, uma tendência a falar do passado, ao lado de uma amnésia para os fatos atuais (idade, endereço atual, nomes de pessoas, etc.). A estrutura do tempo vivido se apresenta desprovida do futuro e o passado se apresenta na forma de atualidade. Como consequência disso, o indivíduo apresenta uma serenidade aliada à falta de curiosidade afetiva pelos fatos atuais, já que a sua volição está voltada à atualização das vivências antigas, adquiridas ao longo da existência e ligadas à afetividade. Por isso, a conservação do julgamento relativo ao passado e o interesse de reviver no presente a atualização dos temas afetivos mais desejados.

Em relação aos fatos presentes cotidianos, o indivíduo senil compreende, responde e age por hábito, mas a presentificação do tempo vivido e a falta de prospecção à vida futura o leva a refletir de modo imediato e empobrecido com relação ao fluxo movente da sucessão temporal e ao dinamismo da vida. Com isso, a memória recente falha:

*A memória de fixação que nos impõe o pesado dever de continuidade da vida na sua marcha em direção ao futuro, não intervém mais lá onde esta marcha parece chegar aos seus últimos limites, ao passo que as lembranças antigas podem intervir ainda sem perturbar o presente, não porque elas são melhor fixadas que as lembranças recentes, mas porque elas são como que destacadas deste presente, em razão do seu distanciamento próprio e se deixam flutuar por assim dizer, abandonadas a si mesmas. Minkowski, 1933[1995], TV, p. 342-3)*

Minkowski conclui que o preço desta serenidade diante da vida é esta forma de alienação com relação ao tempo vivido.

No caso da demência senil propriamente dita, o fundo mental demencial produz sintomas de uma outra natureza, mas as coisas se complexificam quando ocorre a associação de diversos distúrbios mentais co-mórbidos a ela: as depressões melancólicas, as excitações maníacas, as psicoses alucinatórias crônicas, a intensificação de atitudes

esquizóides com deslocamento do pólo mais hiperestésico para o pólo mais anestésico, etc. Também pode ocorrer, ao lado do enfraquecimento intelectual natural e das alterações primárias da demência verdadeira, uma série de sintomas secundários e acidentais da própria demência: estados depressivos reacionais, idéias deliróides e delirantes de perseguição devido à intensificação de um antigo transtorno paranóide e esquizóide de personalidade, etc.

Os transtornos demenciais não se restringem à memória e ao juízo de realidade. As modificações psíquicas podem ocorrer a partir de elementos estruturais que permanecem intactos e condicionam a fenomenologia sintomática da demência senil (desorientação no tempo e no espaço, falsos reconhecimentos, fabulações múltiplas, etc.) através de mecanismos psíquicos que permanecem intactos e se refletem nos últimos vestígios da vida mental do idoso (Minkowski,1933[1995],TV,p.346).

O conceito fenomenológico fundamental denominado por Minkowski de “eu–aqui–agora” encontra-se intacto e ativo na demência senil. Na ausência intensa de lembranças, o fenômeno do “aqui–agora” fica subordinado ao fenômeno do “lá onde eu estava antes” ou do “lá onde estarei depois”, mostrando que a estrutura do tempo vivido na demência sofre uma modificação caracterizada por uma forte tendência a se situar constantemente no tempo vivencial. Por isso, as expressões de ordem temporal como: outrora, depois, sempre, daqui a dois dias, neste instante, há cinco minutos, muitas vezes, ontem, anteontem, etc. (Minkowski,1933[1995],TV,p.247).

As fabulações traduzem a mesma tendência e constituem mecanismos de compensação voltados para a falta de expansão do tempo e do espaço vividos. Ao contrário dos esquizofrênicos, cujo pensamento está subduzido pela espacialização do tempo vivido, o demente senil está voltado para as relações temporais e torna-se distante das relações espaciais; os fatores de natureza espacial estão subordinados ao tempo e desempenham um papel secundário e apagado na vida mental, porque não apresentam nada de “geométrico”,

intervindo temporalmente na forma de oposição entre o “aqui” e o “ali” (alhores), apenas com a finalidade de estabelecer um movimento de ligação entre o presente e o passado (Minkowski,1933[1995],TV,p.348).

Os esquizofrênicos subduzem o tempo ao espaço e a expressão “eu existo” fica destituída de sentido: os dementes senís subduzem o espaço ao tempo presente e o futuro não lhe diz mais respeito; já os dementes orgânicos da paralisia geral (neurosífilis) apresentam, no estado menos avançado da doença, uma conservação viva da cadeia dinâmica de compreensão do espaço onde ele se encontra. No estado avançado da neurolues (sífilis terciária), numa época anterior à penicilinoterapia, a estrutura temporo-espacial ficava caracterizada por uma incapacidade total de nomear o lugar onde o doente se encontrava. Ele perdia a capacidade de reconhecer de onde vinha e para onde ia, refletindo em suas respostas a preocupação de nela inserir um fator temporal. Ele lutava para preservar o seu dinamismo vital e chegava a apelar para a fabulação a fim de consegui-lo (Minkowski, 1933[1995], TV, p.257).

A necessidade de preencher as lacunas mnêmicas através da fabulação reflete a influência do passado na vida mental do demente senil e a subordinação do futuro ao passado, na tentativa de estabilizar e deter o curso das transformações da vida; a estrutura do tempo passado se constitui de um passado imediato, mas também de uma continuidade homogênea no vir a ser; ele pode projetar o presente no passado distante e subestimar o distanciamento dos eventos recentes e atuais em relação aos eventos passados (Minkowski, 1933[1995], TV, p.349-50).

Os falsos reconhecimentos e as fabulações não seriam, na teoria minkowskiana, propriamente distúrbios da memória, e sim uma tentativa de estender o presente de modo ilimitado ao passado, para que este seja atualizado no presente e resgatado na vivência atual. A fabulação senil também pode ser uma tentativa de garantir um contato

afetivo entre o demente senil e o seu interlocutor normal, pois dizer conhecer quem na verdade não se tem certeza de já ter conhecido, pode significar pelo menos o desejo de ter reencontrado alguém do passado (criptomnésia). Entretanto, à medida que a memória se torna caótica, o contato interpessoal se torna cada vez mais impessoal e perde toda sua atualidade e o instante presente perde o seu elo estrutural com o passado e o futuro vividos (Minkowski, 1933[1995], TV, p.350).

As manifestações mentais do demente senil com relação ao tempo vivido se caracterizam, de um lado, por uma predominância do passado sobre o presente, acompanhada por uma intervenção simultânea do fenômeno de sucessão imediata e, do outro, por uma continuidade e uma reiteração; ao lado do dinamismo ocorre uma tendência a estabelecer uma estabilidade e uma continuidade no fenômeno vital de vir a ser (Minkowski, 1933[1995], TV, p.351).

Em suma, quando se compara a estrutura temporal da vida mental entre as diversas doenças psíquicas, conclui-se que, atrás de um mesmo aspecto deficitário, como, por exemplo, a memória, podem intervir fatores de mesma natureza, porém de uma ordem totalmente diferente: nas manifestações psíquicas da psicose sífilítica (demência paralítica) relativas à estrutura temporal há um predomínio da sucessão imediata e uma exclusão da continuidade, ao contrário da demência senil (Minkowski, 1933[1995], TV, p.351).

No entanto, fugindo à regra, muitos dementes senís conseguem assumir o presente vivido de uma forma normal quando sentem ser necessário, a fim de conseguir estabelecer uma relação de afeto com alguém. São lacunas de normalidade, inteligência e intuição profunda em meio à profunda confusão que reina na maior parte do tempo da vida cotidiana do demente senil, incompatíveis e paradoxais com a extensa deterioração do seu cérebro atrofiado. Mistérios da ciência.

### 3.14 AFETIVIDADE E EXPRESSÃO

O conceito de afetividade, na concepção minkowskiana, ultrapassa o que ele denomina de “conteúdo”, numa crítica à psicopatologia afetiva (psicanálise), e percorre toda sua obra psicopatológica no sentido de que a afetividade é um fenômeno muito mais essencial que a sua expressão sintomática (Minkowski,1966[1999],TP,p.277-459). Minkowski considera que a afetividade engloba diversos fenômenos que vão das sensações mais elementares, como o prazer e o desprazer (dor) aos sentimentos mais complexos e elevados da vida humana.

No espectro da fenomenologia mental, a dor “física” estaria mais próxima do sofrimento moral do que das representações menos concretas ou das idéias abstratas, não impedindo, na visão minkowskiana, que se faça uma diferenciação de suas naturezas fenomênicas enquanto “bons” ou “maus” sentimentos ou de “bom ou mau contato afetivo” com a realidade. Os qualificativos de bom e mau sentimento servem apenas de fio condutor para o estudo e a diferenciação entre os diversos tipos de fenômenos afetivos, visando, dentre outras coisas, a construção de uma nosografia psicopatológica caracterial em que a estrutura de personalidade irá influir significativamente na compreensão da doença mental numa perspectiva fenomeno-estrutural e existencial.

Os “bons” sentimentos seriam as diversas modalidades de amor altruísta como a generosidade, a fidelidade, o respeito, a consideração, a comiseração, a renúncia útil, a indulgência, a complacência, a compaixão, a bondade, o perdão, etc. Os “maus” sentimentos seriam os decorrentes do amor egoísta e patológico, a partir da exageração do ressentimento (mágoa, raiva, ira, ódio, cólera), ciúme, inveja, desejo de vingança, orgulho, ambição, cupidez, remorso e conflitos de várias espécies, que podem ser expressos volitivamente através de agressão interna, gerando males psicossomáticos, ou externamente à sociedade,

gerando os diversos tipos de agressão, incluindo os crimes mais hediondos. Os adjetivos de bom e mau, tirados da linguagem do senso comum, são também substituídos, nas descrições minkowskianas, por outros adjetivos equivalentes tais como rico e pobre, profundo e superficial, quente e frio, adequado ou inadequado, eficiente ou deficiente, adaptado ou desadaptado, eficiente ou deficiente, normal ou patológico, etc., sem alterar o que ele pretende, isto é, a descrição da qualidade ou natureza do sentimento, da afetividade. (Minkowski, 1966[1999], TP, p.280-81)

Minkowski preferirá os conceitos de boa e má afetividade ou de bom e mau sentimento em suas análises fenomenológicas. A boa afetividade se situaria fenomenologicamente mais próxima da compreensão da natureza humana, da sociabilidade fraterna e da intuição sutil. Entretanto, a sociabilidade superficial não significa necessariamente uma boa afetividade e tampouco o retraimento social significa sempre uma má afetividade. No caso de indivíduos esquizofrênicos hebefrênicos, que além de psicóticos são também criminosos, a criminalidade coexistiria com uma deficiência afetiva que os diferenciariam dos hebefrênicos dóceis, já que a estrutura de caráter teria o poder de influenciar a modalidade ou a severidade da psicose no que tange à hetero-agressividade.

Isso seria uma possível explicação para o fato criminal nos indivíduos não psicóticos, os ditos sociopatas ou personalidades psicopáticas anti-sociais, não significando que as manifestações anti-sociais dos psicóticos sejam da mesma natureza que as dos indivíduos com transtorno de personalidade de tipo anti-social ou com instabilidade emocional impulsiva. Para Minkowski, falta aos anti-sociais qualquer coisa de essencial em seu caráter e nas suas relações inter-humanas. Igualmente, há o bom e o mau humor. O bom humor poderá ser agradável, contudo superficial e não atingirá necessariamente a profundidade de uma tonalidade afetiva boa, nem gerará bons sentimentos. O mesmo vale para o mau humor que poderá coexistir com bons sentimentos, embora mais raramente. O

essencial é que o humor ou estado de ânimo se caracteriza por ser passageiro e variável durante todo o tempo, dependendo principalmente das condições exteriores e da predisposição interna ou capacidade de controle, enquanto o sentimento é um estado afetivo mais duradouro, estável ou permanente. Portanto, os distúrbios da afetividade e do humor não se confundem, o que não significa que as fronteiras entre esses dois eventos mentais sejam rigidamente separadas. Um humor triste pode coexistir com um bom sentimento e, do mesmo modo, um humor alegre pode estar ligado a um mau sentimento, conforme se observa facilmente na vida de relação ou nas doenças mentais.

No entanto, para a emotividade e para a memória os adjetivos bom e mau serão apenas termos de comparação. O indivíduo emotivo difere do afetivo e a emotividade não garante a existência de uma boa afetividade. Há indivíduos que são hiperemotivos, hipersensíveis, egoístas, com uma afetividade empobrecida, assim como, há os pouco sensíveis ou pouco emotivos com uma afetividade rica. No plano psicopatológico, há igualmente os esquizóides hiperestésicos ou os hipoestésicos (exteriormente indiferentes); os ciclóides (sintônicos) exaltados ou os deprimidos; Françoise Minkowska acrescentará uma terceira categoria, a dos indivíduos gliscróides (epileptóides), que podem oscilar entre um pólo de lentificação e outro de explosividade emocional (Minkowski, 1936[1999], VC, p.186-203).

A emotividade possui um caráter essencialmente reacional e, enquanto movimento senso-afetivo e volitivo, se dirige ao plano somático sob a forma de manifestações psicossomáticas: *“A afetividade é um fenômeno psicossomático por excelência. A afetividade se situa sobre o plano das relações inter-humanas”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.285).

A separação entre os dois termos é apenas artificial, porquanto, no plano da unidade psicossomática, possuem um fundamento fenomenológico comum: *“No fundo, nem um nem outro, pois ‘estar triste’ e ‘chorar’ se situam muito perto um do outro, são apenas*



um” (Minkowski,1966[1999],TP,p.285). Enquanto a emotividade se situa sobre o plano somatopsíquico da vida mental, a afetividade-contato se liga à dimensão antropológica ou antropocósmica. A afetividade-contato não pode se relacionar diretamente com o inconsciente, pois provém e pertence à dimensão intuitivo-afetiva (Minkowski, 1966[1999], TP, p.294-5).

Cada forma de afetividade (contato, conflito, instinto ou intuição) tem seu papel próprio. A afetividade do contato inter-humano é principalmente intuitivo-afetiva, enquanto a emotividade concerne mais ao aspecto instintivo-afetivo (Minkowski, 1966[1999], TP, p.294-5).

Os conceitos de “sentimentalidade” e de “afetuosidade” também diferem, no sentido de que uma sentimentalidade excessiva pode assemelhar-se à emotividade, mas dessa difere por apresentar um aspecto exagerado (supersensível) e pouco natural de sensibilidade (*sensiblerie*). No entanto, a afetividade, em sua tonalidade profunda ou qualidade, não se restringe a uma mera quantificação ou relação de intensidade que poderia ser expressa apenas em termos de uma hiper ou hipofunção, porque *“no vasto domínio da ‘afetividade’, a variedade própria de termos denota a riqueza e a diversidade de manifestações que ela engloba; não se poderia separá-las inteiramente; a afetividade e a emotividade parecem todavia poder servir de polos à nossa avaliação aproximativa”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.285). Explicando melhor, a afetividade se situa no plano fenomenológico mais profundo e a emotividade o faz no plano mais superficial da expressão. O conceito de “Afetividade-contato” difere do conceito de “Emotividade-choque”, como o próprio nome diz, pela diferença que há entre o significado próprio de “contato” e de “choque”.

Minkowski prefere os termos sentimento e ”paixão” (*sentiments et passions*) ao termo psicanalítico “afeto” (*der Affekt*) e distingue afetividade-contato de afetividade-conflito (choque). No caso dos delírios, prefere usar o adjetivo “passional” a “afetivo” (delírio

passional). A afecção (*affection*), cujo significado é semelhante ao de afetividade (*affectivité*), se aproximaria do significado de amizade, todavia a afecção não seria sempre sinal de reciprocidade. A afecção, fenômeno particular da relação entre duas pessoas, não se situaria na afetividade-conflito (nível mais superficial), e sim mais próxima da afetividade-contato (nível mais essencial ou geral). Analogamente, Minkowski faz a distinção de planos fenomenológicos entre a via instintivo-afetiva e a via afetivo-intuitiva (ou intuitivo-afetiva). O que quer evitar é a identificação de fenômenos de profundidade com os de superfície, isto é, a forma essencial com o conteúdo manifesto, em qualquer instância da estrutura mental. Assim, evitando a confusão entre a afetividade-contato e a afetividade-conflito, distingue, igualmente, afetividade e instinto.

Para Minkowski, os instintos são a origem e a fonte da vida afetiva, da afetividade. O conceito de eco ou ressonância afetiva é outro conceito fenomenológico essencial, que coloca a importância da interação social no desenvolvimento ou construção da personalidade e amplia a extensão do campo da vida instintivo-afetiva para a dimensão intuitivo-afetiva. Um fenômeno afetivo peculiar e aparentemente paradoxal ocorre na psicopatologia da esquizofrenia: o sentimento de “falta de sentimento” ou “vazio” afetivo, que consiste na vivência sentimental de não poder perceber o próprio sentimento. Os pacientes relatam sentir unicamente o “vazio” e o “nada”. Minkowski coloca essa incapacidade psicopatológica de “sentir” e de “se sentir” consciente, de viver e de perceber-se pensando, numa espécie de percepção quase insensível de bloqueio da vida afetiva e cognitiva. Esse estado de consciência peculiar, descrito como sentimento de incapacidade de sentir, é, para Minkowski, um estado mental pleno de sentir, na medida em que o fenômeno do assim denominado vazio seria um fenômeno real e pleno de existência, expressando algo fenomenologicamente significativo, muito diferente de uma mera ausência de existência.

O conceito de anedonia ou ausência de sentimento de prazer se inscreve igualmente na clínica da esquizofrenia, ligado ao fenômeno da disjunção ou dissociação das funções mentais, como se houvera uma real separação radical entre as faculdades de pensar, sentir e querer. Também na catatonia esquizofrênica o fenômeno do “não sentir” adquirirá um aspecto aparentemente semelhante, mas fenomenologicamente distinto, da anestesia histérica. Minkowski irá tratar desse fenômeno de apagamento da vida mental interior e exterior, principalmente em “O tempo Vivido”, de 1933. Françoise Minkowska denominará o estado catatônico esquizofrênico de “autismo psicomotor”.

A síndrome catatônica está repleta de fenômenos clinicamente impressionantes como a ecolalia e a ecopraxia, duas formas de estereotipia caracterizadas pela: 1) repetição “automática” (reflexa) e imediata de palavras, de gestos e de movimentos alheios; 2) negativismo ou resistência “automática”, oposta à oposição voluntária; e 3) estereotipias ou manutenção invariável de atitudes ou repetições de gestos ou movimentos contínuos sem um propósito aparente. Minkowski sempre se refere ao perigo de se interpretar as similitudes superficiais dos sintomas no lugar da sua natureza real e profunda, isto é, de confundir o conteúdo expresso com a essência expressora. Considera a vivência (*le vécu*) como uma categoria fenomenológica fundamental, além do consciente e do inconsciente. Para ele, *“as representações podem ser conscientes ou inconscientes, mas, como tais, elas não são ainda de modo algum vividas. O vivido não se confunde com o inconsciente”* (Minkowski,1966[1999],TP,p.313-4).

A categoria do “vivido” ou vivenciado se coloca no esquema teórico minkowskiano, além da oposição consciente-inconsciente, sustentando-os e conferindo-lhes seus atributos presentes e potenciais. Coloca-se, ainda, a hipótese de que atrás das aparências se oculta a real fonte que alimenta os mecanismos do aparelho mental e a preocupação de não se atribuir ao inconsciente mais atributos do que ele realmente contém. Minkowski se

pergunta qual seria o “órgão” que nos faz sentir um estado do tipo “sentir que não se sente absolutamente nada”, como ocorre na esquizofrenia. A falta de conhecimento sobre esse algo vivo que produz o sentimento de vazio aponta para um aspecto importante da organização dinâmica da vida psicopatológica: a constatação do doente de que não sente, ou melhor, que sente que não sente, se impõe, de modo global, a um só tempo e não em dois momentos subseqüentes, como um dado imediato que é fornecido integralmente e é inerente ao desenvolvimento e à estrutura da vida e pelo qual “o vivente e o vivido” reafirmam seu alcance vital (Minkowski,1966[1999],TP,p.321).

O movimento de expansão ou de retraimento da vida mental lhe dá a forma e a torna estruturada, integrando e desintegrando constantemente seus elementos vivenciais de evolução e de aparente involução ao longo da existência. Segundo Minkowski, a vida se rege pelo movimento afirmativo que resulta do princípio de “integração”. Qualquer concepção dualista que oponha dois princípios opostos ou duas pulsões contrárias é demasiadamente esquemática e estática, dado que, adotando uma metáfora hemodinâmica, sístole e diástole constituem na verdade apenas um movimento único que contém indissolúvelmente em si, como um todo ontológico ou fenomenológico, a integração pulsátil de ir e vir, sem que haja uma real distinção enquanto movimento. O atributo vetorial, que permite a denominação de sístole ao fluxo centrífugo e de diástole ao fluxo centrípeto, é apenas um recurso analítico do raciocínio humano para fins de aplicação científica, com a condição precípua de não se tomar o esquema estático, e toda representação intelectual é uma estase representacional, pelo dinamismo real da existência (Minkowski,1966[1999],TP,p.323).

Mesmo uma dualidade do tipo vida e morte adquire, na visão fenomenológica minkowskiana, um caráter afirmativo, diferindo radicalmente de uma concepção dualista pulsional como a da psicanálise.

A afetividade pode se alterar sob diversas formas: 1) alterações por esvaziamento ou esgotamento: reações leves e anestesia afetiva; 2) alterações por inibição: anestesia dolorosa; 3) alterações por disjunção: afetividade esquizofrênica; 4) alterações do ritmo ou da mobilidade da afetividade: inconstância e afetividade adesiva; e 5) alterações por falta de maturação afetiva: retardo afetivo (Minkowski,1966[1999],TP,p.343-376).

Embora a afetividade seja um fenômeno contínuo, há situações reacionais em que ela se torna atenuada, podendo chegar até a um estado de anestesia afetiva, atendendo às exigências do instinto de conservação, como, por exemplo, nos casos de segregação atroz e de tortura, em que o entorpecimento afetivo age como mecanismo defensivo (síndrome de Estocolmo). Nas alterações por inibição nos indivíduos deprimidos melancólicos, ocorre um fenômeno aparentemente paradoxal, resultante da inibição do fundo mental: os doentes sofrem dolorosamente a alteração de suas reações afetivas, decorrente da paralisação do movimento afetivo espontâneo e do bloqueio do impulso vital. Daí, decorrem as queixas dos esquizofrênicos que descrevem o seu sofrimento como um “sofrer por incapacidade de sentir” ou de não conseguir amar as pessoas amadas. Essa anestesia dolorosa se traduz pela incapacidade de permitir a penetração das emoções alheias no mundo esquizofrênico ou, ao contrário, pelo bloqueio do impulso interno em direção ao mundo externo na melancolia.

A participação da volição nos dois casos parece exercer um importante papel. A anestesia afetiva resulta de uma deterioração particular e global da mente. As alterações afetivas por disjunção ou desagregação de natureza esquizofrênica se caracterizam por um estado afetivo de “indiferença” que surge a partir de fatores específicos, tais como o autismo e a “*Spaltung*” (desagregação). A afetividade não está ausente, mas sim presente na forma de isolamento ou rigidez, podendo haver episódios de explosões coléricas. As alterações do ritmo ou da mobilidade da afetividade, por falta de termo mais adequado, se ligam ao conceito

de “debilidade da mobilidade afetiva” (hipomobilidade) ou ao conceito de “inconsistência” de Pierre Janet, a respeito das condutas temporais (Minkowski, 1966[1999], TP, p.356-59).

A afetividade esquizofrênica pode se apresentar com um ritmo ou mobilidade débil, fraca, leve, frágil, instável, sem solidez ou consistência, aparentemente superficial, imóvel ou estática. Entretanto, trata-se de uma modalidade afetiva, em cuja profundidade existencial há uma mobilidade intensa de natureza variada e variável. Para Minkowski, embora a inconsistência (fraqueza ou hipomobilidade afetiva) se expresse sintomaticamente pela incapacidade de se fixar afetivamente ao ambiente, colocando em questão a dimensão profunda da vida mental, ela compromete simultaneamente a capacidade de reflexão, porquanto o indivíduo “inconsistente” não sabe refletir de acordo com as exigências da vida de relação. Todavia, nos indivíduos hiperativos (taquipsiquia) ocorre a dificuldade de reflexão e de atenção focal, como no caso da fase maníaca do transtorno bipolar ou no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Na afetividade adesiva dos epiléticos ocorre uma lentificação afetiva (bradipsiquia) que pode se alternar com episódios de explosividade colérica.

No entanto, há uma diferença entre a “inconsistência” excessiva e a adesividade exagerada no indivíduo em que predomina o fator caracterial gliscróide (epileptóide), a epileptoidia, em sua estrutura de personalidade, pois a inconsistência da constituição epilepto-sensorial, a fragilidade afetiva dos epiléticos, que oscila entre a lentificação e a quase convulsão, ou, até mesmo, a convulsão tônico-clônica generalizada, é uma deficiência sem contrapartida ou sem uma oposição simétrica, situando-se a meio caminho entre a esquizotimia e a ciclotimia, em termos kretschmerianos, ou entre a esquizoidia e a sintonia, na conceituação bleuleriana. A “descoberta” da constituição epileptóide pela Dra. Françoise Minkowska e sua comunicação do “fato” a Eugen Bleuler, seu mestre, levou este a comentar a respeito: *“Agora eu compreendi, o esquizóide se desliga*

*muito da realidade, o epileptóide não muito, o sintônico o faz na medida em que seja necessário”* (Minkowski,1966[1999],TP,p.724).

Os diversos traços da constituição epileptóide devem ser considerados como a expressão de um quadro geral subjacente, isto é, de uma estrutura particular ainda não compreendida. As alterações por falta de maturação da afetividade nos levam ao conceito de “retardo afetivo”, por analogia ao retardo intelectual ou cognitivo, que se liga aos conceitos de fixação e de regressão. Mais do que propriamente um fato, o retardo afetivo é um mecanismo que pode se constituir por fixação a um período anterior de evolução ou por regressão a um período do passado, através da influência de fatores patogênicos. O retardo afetivo por fixação pode constituir um dos fatores predisponentes da esquizofrenia, que, uma vez constituída, torna-se igualmente uma condição para uma regressão ao passado. Uma característica importante do retardo afetivo em relação ao retardo intelectual é o fator de “reversibilidade”, que também é uma propriedade da esquizofrenia desde que deixou de ser uma demência precoce (Minkowski,1966[1999],TP,p.367).

Evolutivamente, a mente primitiva pode se constituir numa mente mais racional do que intuitiva, também a esquizofrenia, em princípio, poderia ser revertida à condição anterior de equilíbrio mental. Uma boa analogia é a da inter-reversibilidade entre os estados oníricos do sonho e os estados lúcidos da vigília, com uma infinidade de estados intermediários designados como devaneio, delírium, sonambulismo, despersonalização, desrealização, alucinação, etc. No que concerne à determinação causal da doença, é a extensão que se deve dar ao mecanismo do “retardo afetivo” em detrimento da importância do fundo mental que condiciona os distúrbios mentais. Há também o problema de uma espécie de hierarquia de funções e mecanismos estruturais na determinação das expressões nosográficas, de colorido jacksoniano. Uma diferença capital entre a concepção minkowskiana e a freudiana, pelo menos sob o ponto de vista de Minkowski, é a que concerne à regressão ao

“útero” ou à fuga regressiva da realidade. O conceito bleuleriano de “autismo” implica, é verdade, o conceito psicanalítico de auto-erotismo ou narcisismo, contudo para Minkowski não há propriamente no autismo uma tendência a se criar um tipo de fuga para poder fugir da realidade e, menos ainda, uma identidade entre tal mecanismo de fuga e a vida intra-uterina (Minkowski,1966[1999],TP,p.366).

Na óptica minkowskiana, o autista se colocaria de modo peculiar diante da realidade, criando a “fuga”, se fuga é realmente o que ocorre na perda de contato com o mundo, muito mais como uma tendência a buscar adaptação às condições internas que o acometem diante dos conflitos organopsíquicos e antropocósmicos. Assim, o que pareceria ser uma fuga regressiva, poderia ser entendida como um modo de defesa ativo num registro diferente, de feição alucinatória e delirante. Na base das contra-argumentações minkowskianas às teorizações freudianas, parece haver uma preocupação de viés fenomenológico contra qualquer espécie de reducionismo pulsional que identifique a constituição mental do indivíduo adulto à constituição da mente infantil. O estado autista adulto não poderia ser reduzido ou identificado ontologicamente ao estado mental infantil ou fetal e qualquer analogia não passaria de mera metáfora, no contexto próprio de uma psicologia do “como se fosse”. O conceito de “retardo afetivo”, por fixação ou por regressão, se baseia no conceito de período ou fase de desenvolvimento evolutivo da mente e, como diz Minkowski, *“a passagem de uma fase à seguinte pode ser desde então concebida como privação das vantagens e dos prazeres que apresentava a fase precedente e desembocar assim numa situação conflitiva; o esforço de adaptação à nova situação pode falhar”* (Minkowski,1966[1999],TP,p.368).

No entanto, a formação da personalidade é um todo indiviso e as fases que se sucedem, se integram a esse todo. A vida amorosa é um dos fatores que contribuem para a formação da personalidade e, embora a psicanálise coloque uma ênfase maior nas fases de



desenvolvimento sob o enfoque da libido, “*a agressividade profunda e a imoralidade da criança permanecem desse modo igualmente sujeitas a dúvidas*” (Minkowski, 1966[1999], TP, p.369).

De acordo com Minkowski, o amor oblato (altruísta) constitui a essência da constituição humana tanto quanto o egoísmo, e a chamada fase anal da psicanálise é apenas um elemento no conjunto dos que participam do desenvolvimento sem que a sucessão de fases elimine as fases precedentes. O conceito de maturação afetiva não envolve a perda das qualidades infantis que seriam substituídas por outras mais evoluídas. A fixação excessiva de um filho ao “cordão umbilical” de sua mãe castradora não esgota o assunto, porquanto há também a hereditariedade individual e social (hereditariedade do meio), a predisposição, a constituição e o modo particular de agir (Minkowski, 1966[1999], TP, p.372-3).

A perspectiva antropológica em psicopatologia se baseia num modelo de mente diferente do modelo biológico de funcionamento dos animais não-humanos e a imprecisão dos conceitos fenomenológicos não significa uma falta de precisão científica, mas sim uma necessidade de descrever apropriadamente a essência característica da vida mental, sem incorrer num reducionismo equivocado. No que se refere à vida mental, toda representação estática, toda abstração, toda precisão, todo dualismo, toda psicologia funcional que isola as funções mentais umas das outras, permanece aquém da compreensão da realidade viva (Minkowski, 1966[1999], TP, p.375-6).

As funções mentais, no seu conjunto, interagem entre si e tendem à harmonia mútua e procedem do mesmo dinamismo vital primitivo, do mesmo fundo movente, da mesma unidade organamental. Afetividade, razão e vontade são conceitos que representam imprecisamente alguns aspectos funcionais do todo da mente.

### 3.15 ANÁLISE FENOMENO-ESTRUTURAL E PSICANÁLISE

Eugène Minkowski considera que nenhuma concepção ou escola psicopatológica, por si só, pode levar a uma compreensão ou conhecimento global do fato psicopatológico (Minkowski,1966[1999],TP,p.761-797). Concordando com Rogues de Fursac, Minkowski afirma que a doença mental envolve fatores causais relativos a todas as áreas da vida humana: biológicos, psicológicos, sociais, antropológicos, éticos, étnicos, hereditários, profissionais, culturais, religiosos, individuais, etc, pois o ser psíquico vive sob o princípio de que não existem doenças mentais de funções isoladas, porém unicamente de doenças em que tal ou qual função pode estar muito particularmente lesada (idem,TP,p.829).

Ao longo de toda sua obra psicopatológica, Minkowski assume uma postura teórica dialética e axiológica que repudia qualquer etiquetagem fisicalista ou qualquer espírito de sistema, esforçando-se por unificar conceitualmente as diversas correntes de pensamento:

*Sempre fiel ao princípio geral (...) da existência humana como um conjunto de modos de presentificação 'em' o tempo realizado dialeticamente, segundo os 'fenômenos' que diversamente 'o' contém; de sorte que a pesquisa seguirá uma orientação 'formal' se propondo por sua vez ultrapassar e manter os aportes daquilo que se considera como as patologias 'do conteúdo'...* (Mario Francioni, citado por David F. Allen no posfácio do Tratado de Psicopatologia de Minkowski) (Minkowski,1966[1999], TP,p.913)

Na busca de unificar conceitualmente o que há de melhor na neuropsicologia e na psicologia “afetiva”, Minkowski procura fazer uma leitura crítica da psicanálise de modo a negar qualquer exclusivismo ou qualquer reducionismo fisicalista ou positivista que leve a psicopatologia à concepção de um ser humano maquinal, um aparelho psíquico destituído de um “sujeito”. Passemos agora à análise de algumas de suas considerações acerca da psicanálise freudiana, através de alguns conceitos psicanalíticos fundantes. A preferência

metodológica de Minkowski pela fenomenologia não significa que ele desconsidere os demais métodos.

Sua análise fenômeno-estrutural resulta primordialmente da idéia de que uma modificação da estrutura mental a partir de fenômenos existenciais essenciais como o acaso, o imprevisto ou a contingência, resultam, em primeiro lugar, num estreitamento particular dessa estrutura organopsíquica e, em segundo lugar, em alterações dos fatores afetivos mais pessoais, no jogo de sentimentos positivos e negativos, a respeito das relações do sujeito com o seu mundo ambiente. Por conseguinte, o mundo delirante não deve ser posto no mesmo plano fenomenológico do mundo real, isto é, o conteúdo do delírio de perseguição não deve ser posto em relação imediata com o mundo das perseguições reais que lhes fornecem o tema. O que importa é a determinação dos reais fatores causais ou as origens da doença mental, conforme nos afirma Minkowski, de modo interrogativo, nesta passagem de seu tratado de Psicopatologia:

*Em outros termos, e dito de um modo mais grosseiro, a subdução mental segue diversos traços; mas, o que é que faz com que ela aí se engaje ou, em outros termos ainda, o que é que afinal determina essa doença, qual é a origem ou a causa dos mundos mórbidos que procedem por consequência desta? (...) 'Lacuna', pois nós não saberíamos renunciar à noção de origem ou de causa, tal como o exige o ponto de vista médico. (Minkowski,1966[1999],TP,p.762-4)*

Ainda que Minkowski atribua todas as modificações qualitativas da estrutura organopsíquica ao modo pelo qual o indivíduo se situa em relação ao tempo e ao espaço vivenciais, diferentes do tempo e do espaço discursivos ou lógicos, o problema das origens subjaz à base das perquirições fenômeno-estruturais e permanece a questão sobre a causa da determinação da modificação estrutural espacio-temporal da mente. Sem abdicar das origens primárias, o objetivo mais imediato do método fenomenológico é o de enriquecer os conhecimentos referentes aos fatos organopsíquicos vivenciados, mais que aos fatos pensados (Minkowski,1966[1999],TP,p.764).

Passemos agora à tentativa de aproximar os conceitos minkowskianos essenciais, no que eles dizem respeito, aos conceitos freudianos. Tomemos o conceito psicanalítico de “narcisismo” e o conceito fenomenológico de “egocentrismo” no contexto particular do delírio de perseguição (paranóia). Para Minkowski (Minkowski, 1966[1999], TP, p.765), citando a opinião de Georges Dumas em sua obra “A Vida Afetiva: Fisiologia, Psicologia e Socialização” (1948), a tendência natural das pessoas é a de explicar os reveses da vida atribuindo-os aos fatores exteriores de injustiça ou perseguição real mais do que à própria inferioridade ou impotência. Essa tendência teria origem na necessidade humana de agir diante da vida, atribuindo à própria personalidade um maior valor que aos de seus semelhantes em função da necessidade vital de conservação ou sobrevivência da vida em todos os seus aspectos. Daí, decorreria que as atitudes e tendências paranóicas estariam presentes em todos os indivíduos, tanto como uma tendência natural de leve desconfiança quase normal diante dos fracassos e contrariedades da vida, como também na forma marcadamente patológica das constituições verdadeiramente paranóicas.

Do mesmo modo, os exageros mais ou menos naturais dos devaneios do período de desenvolvimento denominado de puberdade-adolescência poderiam assumir formas mais extravagantes e desmedidas, no formato de idéias de grandeza, como um mecanismo de compensação.

O sentimento de influência, igualmente, poderia permanecer sob a forma de predisposição particular ou evoluir de uma fase pré-delirante para um verdadeiro delírio de influência. Citando a teoria afetiva de A. Ceillier, conforme seu artigo intitulado “Investigação sobre o automatismo psíquico” (1927), Minkowski afirma que o elemento essencial dessa teoria é o contraste ou discordância afetiva. A maior parte de nossos estados afetivos seriam fortemente incorporados ao nosso eu, todavia algumas modificações da

afetividade romperiam o equilíbrio da vida afetiva e destruiriam o sentimento de unidade pessoal (Minkowski,1966[1999], p.766; 1933[1995],TV,p.223).

Em outros termos, o desacordo afetivo entre um estado passado e um estado presente ou entre duas modalidades de estados presentes (conflito afetivo) resultaria numa grande variedade de tonalidades afetivas ou estados que poderiam se excluir. Assim, poderia ocorrer dois estados afetivos discordantes, sendo ambos conscientes ou, então, um dominando a consciência, enquanto outro, permaneceria recalcado, pois, para Ceillier, não se pode verdadeiramente falar de um estado afetivo inconsciente. As duas tonalidades afetivas desiguais ou contrárias tenderiam a se excluir mutuamente.

O estado afetivo recalcado traduziria freqüentemente as tendências afetivas profundas e o estado consciente dominante assumiria uma atitude volitiva de contraste, resultando numa “luta” de elementos contrários (conflito) entre o que o indivíduo “é” e o que ele “queria ser”. A tradução sintomática dessa “luta” ou conflito interno se apresentaria de vários modos: 1) pelo triunfo de ambas as tendências contrárias; 2) pelo triunfo da vontade predominante; 3) pela luta ansiosa permanente; 4) pela obsessão; 5) pela negação de um grupo de tendências; 6) pelo sentimento de automatismo. Contrariamente aos delirantes perseguidos, os delirantes influenciados teriam uma predisposição constitucional com predomínio de características como a fraqueza da capacidade de síntese mental, a fraqueza de caráter, a ausência de vontade, a credulidade, a necessidade de conforto, o desejo de vivenciar estados fantásticos ou de ser conduzido a estados sobrenaturais. Todavia, Minkowski considera que a tese de Ceillier se aplica somente a alguns casos.

Um ponto de vista análogo é defendido por Hesnard em seu artigo “A propósito das aplicações do método psicanalítico à clínica psiquiátrica corrente” (1927), que Minkowski cita em sua obra “O Tempo Vivido”, afirmando que o doente mental recusa, como sendo seus, os pensamentos que lhe parecem hostis, antipáticos, perversos, obscenos,

etc., mas que isso não esgota o problema, porquanto considera apenas um de seus aspectos e negligencia a busca de seus próprios limites (Minkowski,1933[1995],TV,p.223-4). Segundo Minkowski, as teorias afetivas, incluindo a psicanálise, não compreendem os casos em que uma afirmação delirante de influência aparece de repente e de modo intenso.

A teoria de Ceillier também não evidencia os elementos predisposicionais constitucionais essenciais do delírio e nem explica, satisfatoriamente, a passagem do sentimento de influência à idéia de influência. Uma possível explicação para essa limitação das teorias afetivas mencionadas estaria na diferença de natureza entre o sentimento de influência e o pensamento de influência, porque, no plano do sentimento, o doente expressaria a mesma linguagem comum a qualquer ser humano não-doente e, no plano lógico ou cognitivo, o delirante expressaria a modificação radical que se produziu na sua personalidade (Minkowski,1933[1995],TV,p.224). Em outras palavras, o fato de o indivíduo delirante, no plano afetivo, recusar ou não perceber, como sendo seus, os próprios sentimentos estranhos, não explica satisfatoriamente “como” os pensamentos delirantes se constituem realmente, o que leva Minkowski a procurar a resposta na existência de um distúrbio gerador particular, de um processo interposto entre o sentir e o pensar, entre o passado e o delírio presente, constituído, como uma expressão parcial, dentre outras tantas, de uma profunda modificação estrutural da vida mental (Minkowski,1933[1995],TV,p.224).

As relações entre a personalidade primeira, anterior ao delírio, e a personalidade segunda, gerada pela doença, seriam regidas pelo princípio do duplo aspecto dos distúrbios mentais, o aspecto ideoafetivo (conteúdos) e o estrutural (forma geral). Portanto, o conteúdo afetivo do sintoma, tomado isoladamente, possui um valor relativo e secundário em relação à personalidade mórbida que o condiciona. A transposição de planos não garante que o sintoma conserve as suas qualidades originais e a aparente ausência de

expressão fisionômica não significa necessariamente que o doente não esteja aterrorizado por suas vivências em meio a uma confusão mental. Segundo Minkowski:

*A psicopatologia afetiva, fascinada pela idéia de gênese, quando não pela de princípio causal, desconhece esse aspecto do problema ou mais exatamente o abandona totalmente sem dificuldade. Obrigada a fazer os fenômenos entrarem à força no quadro que ela previamente lhes fixa, ela subordina o ser humano inteiramente a um lado qualquer da sua vida. Ela o faz um 'homo libidinosus' que como o 'homo economicus', como o 'homo sapiens' ou como em geral todo 'homo' com um qualificativo qualquer que seja, barra, a partir de um certo momento, a rota que leva à compreensão do homem por inteiro ou do homem simplesmente. (Minkowski,1933[1995],TV,p.228)*

O conceito de constituição, na teoria psicopatológica minkowskiana, de ordem mais essencial e invariável, é um conceito que restringe o papel dos complexos ideofetivos, de ordem secundária e contingente, na gênese dos distúrbios mentais. Analogamente, o papel da compensação afetiva é limitado pela compensação fenomenológica, termo criado por Minkowski para contrapor os dois planos de ação do mecanismo de compensação, entre a forma e os conteúdos. Afinal, se os mesmos complexos ideofetivos podem se encontrar na base de sintomas totalmente diferentes, o papel dos complexos se torna forçosamente limitado na patogenia de tais sintomas (Minkowski,1933[1995],TV,p.230).

Enquanto Bleuler localiza o distúrbio gerador da esquizofrenia num fator de ordem orgânica, construindo, a partir dele, sua teoria de sintoma primitivos e secundários, Minkowski procura tal distúrbio gerador no conjunto de elementos essenciais que formam a estrutura da vida mental, a partir de fatores hereditários, em sua relação existencial com o mundo externo nos múltiplos aspectos sociais, culturais, etc. O aparente ecletismo minkowskiano está longe de ser categorizado como ingênuo ou estéril. O que ele busca evitar são as conclusões parciais e o reducionismo tentador da maioria das teorias afetivas que desconsideram o importante papel das determinações hereditárias e antropológicas. Ele mesmo nega ser um eclético, conforme suas próprias palavras nesta passagem a respeito dos diversos pontos de vista na tentativa de aproximação a uma concepção consensual: “*Contudo,*

*não se trata de modo nenhum de ecletismo, já o dissemos. Os pontos de vista tomados para cada uma das facetas são refratárias a um 'lado a lado', a uma simples adição, em que se reclama de hábito o ecletismo”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.771).

A falta de respostas satisfatórias, a partir de um método como o fenomenológico, é concebida por Minkowski como a expressão natural do desejo de se subtrair a qualquer dogmatismo, ecletismo, reducionismo ou unilateralismo.

### **3.16 A CRÍTICA FENOMENOLÓGICA ESTRUTURAL À PSICANÁLISE**

Na óptica minkowskiana, as concepções psicanalíticas são essencialmente de orientação genética, na medida em que se encontram centradas sobre o problema das origens ou causas das doenças mentais. Daí, resulta que o tema central da epistemologia metapsicológica ou metapsicopatológica é a problemática ou dilemática relação entre a psicogênese e a organogênese. O objetivo de Minkowski é estreitar essas relações sob o denominador comum de uma conceitografia geral que dispense as contradições e antíteses das escolas psicopatológicas, evitando o dogmatismo, o reducionismo fisicalista, o ecletismo ou qualquer espécie de mecanicismo que desconsidere todos os aspectos constituintes e irreduzíveis da vida mental. Tal sonho, à primeira vista, quase impossível, desenrolar-se-á, ao longo de sua obra psicopatológica, sob a forma de uma epistemologia baseada no método fenomenológico, que, sem negar a possibilidade das explicações causalistas, coloca como estratégia a descrição dos fenômenos a partir da diferenciação entre os fatores formais ou essenciais do continente mental latente e os fatores externos dos conteúdos manifestos. Aparentemente, a psicanálise e a análise fenômeno-estrutural estariam de acordo neste ponto e



a divergência estaria no plano da ontologia do aparelho mental e das explicações causais, isto é, na oposição entre o reducionismo pulsional psicanalítico e uma espécie de holismo ou globalismo baseado num multi-fatorialismo das pulsões vitais, assim como no princípio do duplo aspecto da vida mental, o somatopsíquico e o antro-po-cosmológico, englobando todos os níveis da existência humana (bio-psico-social-cultural-etc.).

O conceito de causalidade ou de causa está presente em todas as correntes de pensamento e não poderia ser de outro modo. A ênfase dada pela fenomenologia ao “como” antes de se preocupar com o “por quê” é apenas uma questão de método para tentar evitar as ilusões dogmáticas. Façamos, portanto, uma exposição e uma análise das considerações minkowskianas acerca da psicanálise freudiana na tentativa de compreender as possíveis aproximações e aporias entre a fenômeno-análise e a psicanálise. Na visão de Minkowski, o conceito de causa ou gênese, como o próprio nome o indica, é intrínseco tanto ao psicologismo quanto ao biologismo. Não obstante, a psicogênese é interpretada segundo o modo como o conceito de causa é aplicado sobre o mundo material, isto é, a partir do ponto de vista pulsional que lhe serve de fundamento. Uma vez aceito, o conceito paradigmático de “pulsão” torna-se o eixo das querelas epistêmicas. Mas, o que significa exatamente “pulsão”? Sem uma resposta satisfatória, quanto ao significado do conceito de pulsão, não faz sentido se fazer outra pergunta: monismo, dualismo ou pluralismo pulsional? O mesmo ocorre com o termo psicogênese, porque é fundamental que se compreenda exatamente o que ele realmente significa. É aí que a questão do método e da teoria do método nos leva à dissensão de escolas e de paradigmas.

A resposta à questão de a psicogênese ainda possuir seu significado essencial, parece depender do significado que se atribua ao termo “psíquico”, da concordância entre os conceitos de “psíquico, de “gênese” e de “causa” e, posteriormente, da possibilidade de subordinação integral e independente do conceito de psiquismo ao de causalidade ou de

gênese (Minkowski,1966[1999],TP,p.772). Então, uma questão fundamental se coloca: a natureza das correlações fundamentais e dos aspectos essenciais e específicos da vida psíquica se subordinam integralmente às concepções causalistas ou geneticistas? A “instintivo-gênese” ou “pulso-gênese” corresponde realmente a uma psicogênese? A denominação de psicologia de profundidade, utilizada pela psicanálise, não seria mais propriamente uma psicologia de múltiplas camadas ou planos de profundidade, conforme propõe Paul Schiff em seu artigo “Os Paranóicos e a Psicanálise” de 1935 (Minkowski,1966[1999],TP,p.772-3).

Para Minkowski e Schiff, a verdadeira “profundidade” da vida mental não está necessariamente identificada com as pretendidas profundidades do “Inconsciente” psicanalítico e o essencial da doutrina psicanalítica diz respeito, em princípio, à interpretação etiológica ou causal. A idéia delirante de perseguição, por exemplo, teria como origem uma homossexualidade recalcada inconsciente que reapareceria à “Consciência” sob a forma exterior de uma negação dupla de sentimentos fraternos, em que o sentimento mútuo de ódio entre o doente e seus irmãos levaria inicialmente ao estado pré-delirante de ciúme e, posteriormente, ao delírio de perseguição. Em outras palavras, o ódio que o paranóico sente como sendo dirigido a ele, é, na verdade, seu próprio ódio projetado, isto é, o ódio refletido que é sentido ilusoriamente como procedente do exterior. A assunção da concepção da homossexualidade recalcada abre caminho para a idéia de regressão da homossexualidade recalcada em direção às fases mais primitivas de desenvolvimento psíquico e, particularmente, à fase anal-sádica em que o perseguidor se encontra identificado com os excrementos fecais. Minkowski ressalta que a sua postura científica é, antes de mais nada, metodológica e, portanto, fica à vontade de se abster de discussões acerca dos desenvolvimentos teóricos da psicanálise. Sua preocupação fundamental é o questionamento dos princípios essenciais que fundamentam a teoria da psicopatologia, porquanto, uma vez assumido um postulado doutrinário enquanto alicerce de uma corrente teórica,

necessariamente teremos que ser coerentes com seus desenvolvimentos lógicos e suas conseqüências epistemológicas.

Segundo Minkowski, o afastamento psicanalítico do conjunto dos fenômenos psicopatológicos e a assunção de alguns deles, ou mesmo de um deles em especial, para, em seguida, buscar seus mecanismos ou sua causa, de acordo com sua diretriz conceitual psicogenética, pode levar a uma aplicação indevida dos conceitos manifestos, tomados como se fossem latentes, ou cair no unilateralismo das reduções fisicalistas ou mecanicistas. Se a busca das origens é o que mais importa no progresso das investigações científicas, também é igualmente verdadeiro, que mais vale se contentar com um “ainda não sabemos” do que cair na ilusão dos sistemas equivocados. A autenticidade das manifestações observadas depende, fundamentalmente, da possibilidade de uma diferenciação de natureza entre os diversos fenômenos e o não isolamento de um determinado fenômeno do conjunto a que este pertence. Há que se realizar o isolamento analítico dos elementos, apenas para melhor entendê-lo em seu contexto global, porém com a condição precípua de não tomá-lo como um fato destacável do conjunto de sua estrutura, para não recair, por exemplo, num determinado unilateralismo de um pan-sexualismo ou de qualquer tipo pan-heredologismo. O conceito de intuição delirante vem ao encontro das pesquisas sobre delírio, na medida em que, apesar de seu mecanismo se subordinar à existência de uma grande quantidade de manifestações psicopatológicas diferentes, permaneça mais restrito à sua característica principal: o aparecimento brusco e intuitivo da idéia delirante (Minkowski, 1966[1999], TP, p. 774-5).

Toda intuição, por definição, é uma apreensão imediata, instantânea, de um fenômeno cognitivo ou afetivo e pode ser normal ou patológico, a depender de sua referência ou correspondência à realidade. A intuição parece nos conduzir ao Inconsciente, sua fonte geratriz, na medida em que, no caso da intuição patológica, ocorra na forma de um “paroxismo” ou acesso repentino (explosão) da afetividade, isto é, de um afeto passional

desconhecido do sujeito que o expressa. Minkowski considera que a existência do Inconsciente concebido como um fenômeno que se encontra em conexão íntima com o fenômeno da intuição, delirante ou não, não coincide com o Inconsciente freudiano e está longe de possuir apenas um significado único ou restrito, segundo seu artigo intitulado “As vias de acesso ao consciente: a consciência e o inconsciente”, de 1949 (Minkowski, 1966[1999], TP, p.776).

O Inconsciente “intuitivo” minkowskiano se origina mais do devir, isto é, do movimento dinâmico de transformação dos fenômenos durante o processo de relação da vida mental com o mundo e, também, das estruturas inefáveis e dinâmicas da organização primitiva da vida, do que do sentimento ou dos complexos, elementos ideofetivos recalçados. O Inconsciente da intuição é como uma luz inesperada que, de repente, traz uma resposta às questões de ordem científica ou vital de qualquer ordem. O Inconsciente minkowskiano opera um trabalho análogo àquele das operações silogísticas e reflexões conscientes. A emergência da intuição delirante do Inconsciente para o Consciente está longe de ser uma prova de que o delírio se origina de complexos recalçados, porque todos os fatores reivindicados pela psicanálise para explicar o delírio, adicionados uns aos outros, não produzem a resposta falsa ou delirante. A estrutura pré-delirante, com seu sentimento de influência, difere qualitativamente da estrutura do delírio de mesmo nome (Minkowski, 1966[1999], TP, p.776-7).

Sobre a questão psicanalítica do homossexualismo recalçado como elemento originário do delírio de perseguição ou paranóia, Minkowski nos diz que a relativa frequência ou coexistência de ambos, latente ou manifesta, assim como a coexistência clínica da frigidez com os fenômenos obsessivos não é prova de que a homossexualidade seja o fator determinante da paranóia ou que a frigidez determine a obsessão. Para ele, “*os temas homossexuais não devem ser tomados ao pé da letra*” (Minkowski, 1966[1999], TP, p.783),

embora haja “os casos, raros, em que o fator homossexual pode ser colocado em evidência por uma investigação psicanalítica” (Minkowski,1966[1999],TP,p.785).

Em relação às parafilias ou perversões sexuais em geral, Minkowski faz a seguinte pergunta: “*Mas como conceber a homossexualidade em si mesma: uma simples pulsão instintiva levando ao orgasmo ou um fenômeno mais complexo se referindo à vida amorosa do homem?*” (Minkowski,1966[1999],TP,p.786). Para ele, uma concepção de ordem geral acerca das perversões pode colocar sob reserva as formulações freudianas quanto à patogenia delas, em particular, da homossexualidade como fator determinante das idéias de perseguição. Minkowski cita como importante contribuição ao tema das parafilias a obra de Meddard Boss, um psicanalista da escola freudiana, aberto às concepções da análise existencial, intitulada “Significado e conteúdo das perversões sexuais” (*Sinn und Gehalt der Sexuellen Perversionen*), de 1947, cujo subtítulo, “contribuição existencial à psicopatologia do fenômeno do amor”, indica a linha de pensamento da obra (Minkowski, 1966[1999], TP, p.786).

Para Boss, a introdução de conceitos fenomenológicos e fatores existenciais na interpretação psicanalítica permitiu o progresso de casos que haviam estacionado na evolução do tratamento. O caráter fisicalista ou psicofisicalista da teoria freudiana acabou por desconsiderar as características essenciais de fenômenos como o amor e a existência humana. Também Max Scheler apontou a insuficiência da teoria freudiana para explicar as perversões sexuais a partir da teoria da libido, afirmando que, apesar de os valores correspondentes ao sexo oposto serem buscados e encontrados no próprio indivíduo homossexual, a variedade de perversões sexuais mostra justamente que o direcionamento ao outro sexo permanece conservado (Minkowski,1966[1999],TP,p.787).

Minkowski concorda inteiramente com Max Scheler, conforme se constata nessa afirmação: “*Nós diríamos em suma: não perversões sexuais mas perversões ou,*

*melhor, desviações da vida amorosa, e isso não é uma simples querela de palavras”* (Minkowski,1966[1999],TP,p.787). Por isso, as parafilias ou perversões seriam, em princípio, numa visão geral de caráter fenomeno-estrutural, desviações da vida sentimental amorosa ou transtornos globais do desenvolvimento afetivo, que poderiam se expressar secundariamente, ou não, através de conteúdos sexuais ou eróticos.

A adjectivação sexual conferida às perversões do caráter seria mais uma questão de necessidade descritiva da clínica médica, do que propriamente um fato psicopatológico essencial e, a manifestação sexual das perversões da vida mental consistiria apenas num modo de exteriorização de um transtorno afetivo latente ou essencial, que poderia se expressar sob outras formas secundárias como a agressividade ou a bizarria esquizofrênica. Minkowski parece procurar situar-se entre o organicismo dinâmico, de um lado e a psicanálise e a antropologia, de outro.

Concordando com Max Scheler, ele procura centrar o estudo das perversões sob um “Eros” de caráter sintético e antropológico (humano) e não sob pulsões elementares e parciais. Concorda, também, com E. von Gebattel de que as parafilias são *“formações destrutivas de natureza reacional” (destruktive Reaktionsbildungen)*, porquanto *“o que caracteriza esses sujeitos não é de modo algum uma busca primitiva de prazer (Lust) mas um fator reacional, uma tomada de posição dissimulada da pessoa contra a possibilidade da atração elementar por uma pessoa do outro sexo”* (Minkowski,1966[1999],TP,p.788).

Em outras palavras, o comportamento agressivo dos exibicionistas, por exemplo, não seria somente a expressão de uma busca narcísica de prazer, mas muito mais uma revolta contra as convenções sociais e o pudor puritano relativos à vida amorosa. As perversões se produziriam exatamente sobre os valores morais ligados à escolha da modalidade de expressão erótica. O conteúdo excitante dos atos perversos do parafilico seria a

conseqüência da inversão da orientação normal do amor ou da destruição evidente do verdadeiro significado erótico (Minkowski,1966[1999],TP,p.788).

Desta forma, sob esse ponto de vista, não se trataria mais, como o quer a psicanálise, de uma fixação a uma pulsão parcial que barraria o livre desenvolvimento da vida amorosa, mas, ao contrário, tratar-se-ia de uma reação destrutiva e contestatória da vida amorosa contra o impedimento de sua livre manifestação. Segundo este raciocínio, Donald Winnicott também explicará a delinqüência infanto-juvenil a partir da privação afetiva, em sua coletânea de artigos reunidos na obra “Privação e Delinqüência”. Para Minkowski e Gebattel, “*o homossexual não busca prazeres perversos, mas procura realizar a sua vida amorosa de algum modo*” (Minkowski,1966[1999],TP,p.788).

Também para Minkowski e Erwin Strauss, o sadismo seria um comportamento reacional ou uma negação de valores pelo desejo e ação de contrariar a norma moral vigente e, essa negação dos valores morais constituiria o conteúdo excitante da experiência sádica, porque o prazer estaria agora centrado no ato de contrariar a norma, de vingar-se da privação afetiva, de negar o orgasmo ao parceiro como representante atual do agressor social original e receptáculo da vingança reivindicada (Minkowski,1966[1999],TP,p.789).

H. Kuntz defende, em linhas gerais, essa tese, com algumas modificações, em sua teoria da deformação das perversões (*Deformierungs-theorie*), afirmando basicamente que o indivíduo perverso procuraria, através da agressão destrutiva, punir o parceiro amado pela recusa de ternura e amor que este representa (Minkowski,1966[1999],TP,p.789). A teoria da deformação, todavia, adverte-nos Minkowski, não explica satisfatoriamente nem o “como”, nem o “por quê” dos desvios sexuais, apesar da veracidade das idéias centrais desse direcionamento teórico. Em outras palavras, resta explicar como essa deformação do “Eros” pode determinar o conteúdo excitante dos atos perversos, já que a excitação sexual e o ato sexual representam a afirmação e a construção criativa do amor e da vida, isto é, a união e o

desenvolvimento de uma tendência (pulsão) criadora de completude existencial, algo que é exatamente o contrário da negação e da destruição (Minkowski, 1966[1999], TP, p.789).

A conclusão de Minkowski é que tanto as explicações antropológicas de Boss, Gebattel, Strauss, Schwartz, Scheler e Kunz, quanto as explicações psicanalíticas de Freud, desconhecem o fundamento da realidade da vida mental amorosa dos assim denominados parafilicos ou perversos sexuais. Além disso, o pretexto psicanalítico para colocar a realidade da perversão no enquadramento estreito da libido se deve à necessidade fisicalista de restringir o âmbito do fenômeno do amor às exigências positivistas e reducionistas da psicologia dita científica. E, portanto, o impasse na elucidação do problema etiológico em psicopatologia permanece em aberto por falta de uma análise científica apropriada do fenômeno do amor em sua plenitude primeira e do fenômeno da vida mental em geral. Para superar essa dualidade conceitual, evitando, assim, tanto a unilateralidade de uma concepção em que o amor seria uma super-estrutura secundária a um recalque pulsional, quanto uma visão oposta, igualmente unilateral, em que o amor seria unicamente um ato pessoal, reduzindo o papel do parceiro à condição de um simples objeto, Minkowski aponta para a proposta teórica de Allers, que aborda o fenômeno relacional do “eu-tu”, isto é, do “nós”, na medida em que o significado mais profundo do amor estaria no movimento de constituição da unidade relacional entre dois seres humanos destinados a cumprir uma determinação evolutiva. A questão que permanece é a da origem da deficiência do potencial de maturação, a partir da ação perturbadora dos fatores constitucionais endógenos e das influências exógenas, resultando nas formas deterioradas do amor e do ato sexual (Minkowski, 1966[1999], TP, p.790-2).

Na mesma linha de argumentação crítica à psicanálise, os complexos de Édipo e de castração não seriam as causas determinantes de toda angústia e de todo recalque. Na visão da análise existencial, a angústia seria um elemento primitivo da existência humana,



decorrente da necessidade humana de isolamento, isto é, do modo isolado de ser e de estar no mundo. A angústia ligada ao complexo de Édipo, ao incesto ou à castração indicaria as vias pelas quais a angústia primitiva irromperia brutalmente, como uma fratura ou cisão, na vida do indivíduo. As angústias localizadas ou atuais seriam a reedição concreta da angústia originária do sentimento de isolamento existencial do homem diante da complexidade da vida e do mundo. No contexto da concepção fenomenológico-existencial minkowskiana, a homossexualidade seria, dentre todas as perversões, a mais rica em ensinamentos e em problemas (Minkowski, 1966[1999], TP, p.794-7).

A homossexualidade subjaz à essência da existência dos fenômenos masculino e feminino, isto é, da atividade e da passividade da estrutura da vida mental como modalidades particulares e fundamentais de existência. Minkowski cita um caso clínico de Boss em que um indivíduo, após uma crise psicótica esquizofrênica, apaixonou-se por uma prima. A seguir, ele desenvolveu um sentimento amoroso por um amigo, três anos mais moço. Até então, ele nunca tinha sentido algum desejo homossexual. O relacionamento amoroso assumiu formas mais concretas e, depois, desapareceu assim que a psicose remitiu. O período homossexual da psicose trouxe-lhe mais tranquilidade que o período heterossexual e, uma possível explicação para o fato seria a de que a ligação amorosa com alguém do mesmo sexo levava-o a identificar-se com o outro, isto é, a reencontrar a sua própria masculinidade, sem provocar o receio de perder-se na ligação com um outro diferente de si, um ser feminino (Minkowski, 1966[1999], TP, p.794-5).

O movimento de retraimento do contato afetivo e vital com a realidade levou o esquizofrênico a evitar a identificação amorosa com sua prima e compensar a falta de troca afetiva por um outro ser mais semelhante e identificável com sua própria estrutura mental, mais predominantemente masculina. À medida que a psicose involuía, também diminuía os sentimentos homossexuais, desaparecendo por completo, após a remissão total da doença. A

homossexualidade psicótica, na concepção existencial da teoria de Boss, seria uma forma existencial mediana da existência (*hälftenhafte*), entre o estado normal e o patológico ((Minkowski,1966[1999],TP,p.796).

O “homo” (semelhante) do termo homossexualidade remete ao elemento de similitude ou homogeneidade presente à essência da constituição mental, o que explicaria a tendência da regressão defensiva homossexual nas neuroses e nas psicoses, conquanto os casos de homossexualidade estejam longe de serem parecidos em função de seus fundos mentais particulares. Não se trataria, portanto, na concepção fenomenológica, de conceber a homossexualidade como um ponto fixo de determinação que originaria o delírio de perseguição, como na interpretação psicanalítica, pois, segundo Boss, nas palavras de Minkowski, a homossexualidade não pode ser considerada uma pulsão elementar e parcial, conforme suas palavras neste trecho de “Tratado de Psicopatologia”:

*Ela (a homossexualidade) não pode ser considerada como uma pulsão elementar e parcial sempre idêntica a si mesma. Seria contentar-se com similitudes superficiais. Não somente a análise existencial dá agora à homossexualidade uma significação totalmente diferente, mas também as diversas variedades que ela pode apresentar vêm confirmar, mesmo sobre o plano clínico, este modo de ver. É assim que para o homossexual psiconeurótico a fixação excessiva à mãe não poderia ser considerada como a causa da homossexualidade, pois os dois (ele e a mãe) seriam ao mesmo tempo a expressão de sua pessoa infantil não suficientemente desenvolvida. O mesmo se dá ainda, acrescentamos a fortiori, com a homossexualidade e as idéias delirantes, ambas expressão simultânea do retraimento e da desestruturação própria da existência humana. (Minkowski,1966[1999],TP,p.796-7)*

Em relação às características anatômicas de natureza constitucional, apresentadas por alguns homossexuais, Boss e Minkowski consideram que seriam aspectos somáticos facultativos, inconstantes ou eventuais de um fenômeno mais amplo e que sozinhas não traduziriam nada de essencial. Tais estereótipos estariam mais ligados ao histrionismo ou dramaticidade de algumas constituições de caráter, independentemente da presença ou ausência de uma parafilia.

Até aqui apresentamos um panorama geral da conceitografia psicopatológica minkowskiana dentro de sua abordagem própria, a fenomenologia existencial centrada no aspecto relacional entre a estrutura da vida mental com a sua predisposição constitucional, baseada essencialmente na heredologia e na dualidade conflitual organopsíquica e antropocósmica. Na seqüência de nosso percurso teórico, apresentaremos e analisaremos na próxima seção a distinção fundamental da conceitografia psicogenética junguiana com sua proposta metodológica construtiva ou hermenêutico-sintética. Cotejaremos, principalmente, as diferenças entre as duas abordagens psicopatológicas e, tomando como tema de discussão privilegiada, a problemática teoria da transmissão das características psíquicas adquiridas e a questão da genealogia ou filogênese somatopsíquica, analisaremos a polêmica tese junguiana dos arquétipos do inconsciente coletivo ou ancestral, a fim de tentar evidenciar a possível solução psicopatológica minkowskiana para o dilemático problema do conflito nosográfico decorrente da oposição, ainda aporética, entre a organogênese e a psicogênese das doenças mentais.

Tentaremos verificar também até que ponto Minkowski teria sido mais junguiano do que admite, além do simples assentimento de que concorda com Jung nos aspectos fundamentais de sua concepção construtivo-sintética. Esperamos mostrar, ao final desse capítulo, que a exposição da conceitografia psiquiátrica básica de Jung e de Minkowski apontam igualmente, guardadas as diferenças específicas, para a solução do dilema psiquiátrico da etiologia nosográfica.

Os conceitos mais essenciais de ambos os co-discípulos do Professor Dr. Eugen Bleuler, no Hospital Bùrgholzli, da Universidade de Zurique, dizem respeito a idéias, algumas vezes semelhantes, e parecem apontar, em princípio, para a mesma direção epistemológica. No entanto, em relação à hereditariedade, Minkowski tem sérias críticas a Jung, como veremos a seguir.

### 3.17 O PROBLEMA FUNDAMENTAL DA HEREDITARIEDADE

A hipótese da transmissão dos caracteres psíquicos adquiridos constitui um dos mais difíceis problemas da psicopatologia e da psiquiatria clínica. Constitui também um dos pontos mais polêmicos na temática da etiologia das doenças mentais. A filogênese psíquica é mais especificamente tratada por Freud em, pelo menos, dois de seus manuscritos metapsicológicos: “Totem e Tabu” e “Neuroses de Transferência: uma síntese”.

A crítica minkowskiana à teoria dos arquétipos do inconsciente coletivo de Jung será agora analisada, dada sua importância, em relação à questão da possível psicofilogênese das psicoses. No capítulo dedicado às alterações da afetividade de seu “Tratado de Psicopatologia” (1966), Minkowski critica o que considera a pedra angular da obra psicopatológica de Jung: o conceito de arquétipo do inconsciente coletivo (Minkowski, 1966[1999], TP, p.411).

Minkowski inicia sua crítica ao conceito de arquétipo, tomando como referência a obra junguiana intitulada “Psicologia do Inconsciente” de 1916, atualmente contida em “Estudos sobre Psicologia Analítica” (Jung, 1917[1981]), dizendo que sua posição teórica em relação a de Jung difere em alguns pontos essenciais. Na opinião de Minkowski, Jung se orienta pela hipótese do inconsciente coletivo, supra-individual ou “transpessoal”. O termo “transpessoal” será utilizado para rebatizar o movimento trans-humanístico em psicologia, de orientação filosófica oriental e que surgiu das experiências com drogas psicodélicas, sobretudo a droga sintética dietilamida do ácido lisérgico (LSD), na década de 1960, nos Estados Unidos da América. Até hoje, os adeptos desta corrente psicológica, que possui uma técnica de “cura” baseada nas experiências místico-religiosas, procuram estudar a obra junguiana posterior, a fim de fundamentar suas teses sobre a unicidade da filosofia, ciência e religião. Voltando ao nosso tema, dizíamos que Minkowski considera que Jung se

orienta pela hipótese do inconsciente coletivo e sintetiza, sob esse ângulo, os dados fenomenológicos essenciais à existência humana que aparecem durante as sessões de análise ou psicoterapia. Minkowski considera que são justamente esses dados ou fenômenos essenciais da vida mental que servem de fundamento à sua concepção fenomeno-estrutural.

Sob outra perspectiva, segundo Minkowski, os fenômenos essenciais da vida mental, que se ligam uns aos outros através de correlações específicas, são fenomenologicamente muito mais primários que os dados secundários, os conteúdos dos sonhos, mitos, crenças, lendas, etc., denominados por Jung de “arquetipos” ou imagens e funções arcaicas, primordiais, do inconsciente coletivo. Minkowski não desconsidera a importância dos conceitos de Inconsciente e de Consciente dentro de seu contexto específico, mas pensa que a fenomenologia precede as aplicações que se possam fazer desses conceitos (Minkowski, 1966[1999], TP, p.412).

Minkowski vê uma certa ambigüidade no ponto de vista junguiano, concernente ao conceito de arquetipo como figuração ancestral constituída pelas potencialidades do patrimônio representativo, isto é, como possibilidades transmitidas hereditariamente ou imagens das experiências dos ancestrais transmitidas filogeneticamente, que poderiam ser sempre revivenciadas e tornadas conscientes. Os arquetipos, espécies de engramas ou “mnemes” antropológicas psicofilogenéticas, conduzem-nos à seguinte questão fenomenológica: é o “arcaico” ou o “tipo” que vem antes na ordem das razões causais? O tipo é prefigurado pelo arcaico ou é esse que determina aquele? Em que medida esse inconsciente coletivo ultrapassa o inconsciente individual (pessoal), constituído de potencialidades transmitidas hereditariamente e não o resultado da influência da cultura e da história social da humanidade?

Para Minkowski, um inconsciente assim concebido elimina a possibilidade teórica de se conceber um inconsciente de natureza essencialmente extra-histórica e, até

mesmo, extra-biológica. Na concepção minkowskiana, ao lado da história da humanidade há também fatores extra-históricos essenciais, necessários e indispensáveis. As similitudes constatadas nos relatos de doentes mentais ou de místicos religiosos quando comparadas aos sonhos, mitos, lendas e crenças das diversas culturas ancestrais, tema central da “arquitetura” psíquica junguiana, seriam causadas pelo depósito filogenético acumulado pelo passado da evolução humana? Ou, ao contrário, as semelhanças entre as imagens alucinatórias dos esquizofrênicos e as imagens dos relatos míticos seriam causadas pelas reações formais, dado que o conteúdo pode variar, no ser humano em presença de situações particulares diante da realidade?

A resposta de Minkowski a essas difíceis questões aponta para uma visão fenomenológica em que as formas comuns e primárias de reação, independentemente do tipo de conteúdo, semelhante aos mitos ou não, encontrar-se-iam aquém dos conteúdos arquetípicos junguianos e constituiriam os elementos simples e comuns à essência da vida mental, conforme nos esclarece Minkowski na passagem que citamos a seguir:

*Eu não creio que os sonhos religiosos de um neurótico, ou visto sob o mesmo ângulo, os mitos e as crenças possam de novo nos ensinar plenamente sobre o verdadeiro valor do sentimento religioso, tal como ele preside o destino humano, como ele existiu e como ele é chamado a existir sempre, sem ser limitado aos modos (gramaticais) do tempo e conferindo-lhe, nesse sentido, um caráter atemporal, isto é, eterno. Pois aqui ainda, se eu não me engano, é o individual que prima, ainda quando não se trate de inconsciente coletivo, em detrimento porém, não do coletivo, mas do comum, como nós nos expressamos anteriormente.*  
(Minkowski,1966[1999],TP,p.414)

O termo “Anteriormente” da citação, refere-se à citação seguinte: “*Esses dados* (os fenômenos essenciais da existência humana), *tomados sob esse ângulo* (fenomenológico), *se colocam muito mais em perspectiva sobre o humanamente comum, dado primeiro, que sobre o coletivo*” (Minkowski,1966[1999],TP,p.414). Sob outra perspectiva, a essência comum a todos os indivíduos é um dado fenomenologicamente primário em relação às imagens coletivas, os conteúdos que lhes são consequência, isto é, o inconsciente comum ou

essencial de Minkowski seria mais primário que o inconsciente dos conteúdos coletivos de Jung. Minkowski considera que a semelhança das imagens alucinatórias dos doentes mentais com as imagens da mitologia antiga, embora intrigantes e merecedoras de uma investigação séria, não seriam única ou absolutamente explicáveis através de uma teoria, a junguiana, que atribui a ocorrência dessas imagens a uma transmissão necessariamente hereditária. Embora Minkowski não exclua peremptoriamente essa hipótese, rechaça-a como explicação dogmática e unilateral.

Em outros termos, algo pode ser comum a todos homens, mas não pertencer ao patrimônio de todas as culturas da antiguidade, até porque, em princípio, podem existir comunidades isoladas que nunca tiveram acesso a uma outra cultura ou, que tiveram experiências sem uma linha genealógica de transmissibilidade em relação às demais culturas. Além disso, a questão da transmissibilidade de experiências psíquicas puramente através da genética biológica permanece sujeita a infindáveis reservas. A precipitação ou depósito de experiências ancestrais, segundo Jung, se renovariam, isto é, se repetiriam sempre da mesma forma, o que comprovaria empiricamente o seu caráter coletivo de pertença atemporal a todos os seres humanos, mesmo àqueles que nunca tiveram comprovadamente acesso a tais símbolos de origem ancestral.

No entanto, na medida em que Minkowski prescindiu do empirismo estatístico em favor do critério fenomenológico qualitativo, bastando apenas um caso, “o caso” típico, para assegurar a existência de um dado fenômeno essencial, a repetição de um símbolo semelhante ou mesmo idêntico na sua condição de conteúdo manifesto, não prova que ele seja uma forma primária e essencial do fundo mental comum a todos os indivíduos. Logo, embora lexicamente o termo “coletivo” possa ser sinônimo de “comum”, ele difere significativamente nas duas teorias, a fenômeno-estrutural de Minkowski e a construtivo-sintética de Jung. Sobre isso assim se expressa Minkowski:

*Ele (Jung) fala, entre outras coisas, de precipitação de experiências humanas sempre renovadas. E é essa 'renovação' (ce 'renouvelées') que se presta agora à reflexão. 'Renovada' significa simplesmente se repetindo sempre do mesmo modo, como o quer o ponto de vista empírico, e conseqüentemente nada mais é que uma atestação factual autêntica, ou, ao contrário, visto que não procede de uma repetição, mas da renovação eterna, tal como é própria dos fenômenos originais da existência diante das situações vitais que se encontram na sua série, (renovada) significa renovando-se necessariamente sob a mesma forma?*  
(Minkowski,1966[1999],TP,p.414-5)

Em outras palavras, na concepção de Minkowski, os fenômenos originais ou essenciais da vida mental não se repetem deterministicamente e a aparente regularidade dos conteúdos ou mesmo a eventual identidade quanto à aparência exterior de sua expressão periférica, como os sintomas alucinatórios e delirantes nas psicoses, não implica num princípio de identidade similar entre a forma e o seu conteúdo manifesto. Para ilustrar metaforicamente a sua concepção ele assim se expressa:

*O curso do sol, ainda que se reproduzindo de uma maneira idêntica todos os dias, nos fascina sempre de novo; não nos entedia jamais; Contudo, devido à sua repetição, ele corre o risco de ser observado de modo banal, como o temos observado a propósito dos esquizofrênicos, perdendo desse modo a sua tonalidade e a sua significação original.* (Minkowski,1966[1999],TP,p.415)

Nesta alegoria, Minkowski apela para sua filiação teórica bergsoniana, colocando a questão fundamental do tempo vivido para descartar a idéia de repetição dos fenômenos mentais. Na seqüência de sua argumentação anti-determinística, visando refutar a sua interpretação do arquétipo junguiano como uma repetição das mesmas imagens coletivas ou primordiais, hereditariamente transmitidas sob a forma de caracteres adquiridos por filogênese psíquica inconsciente, Minkowski exprime o seguinte:

*Os arquétipos, ao que parece, não são o resultado das impressões deixadas pelas experiências, tipos que se renovam no curso da existência individual e da vida da humanidade, mas, ao contrário, considerados sob a perspectiva do empirismo, eles (os arquétipos) se comportam como centros energéticos, forças ou tendências que impelem o sujeito a renovar essas próprias experiências.*  
(Minkowski,1966[1999],TP,p.415-6)



A propósito da referência que Jung faz a Robert Mayer (Jung, 1916[1981], EPA, p.59), sobre a inspiração ou idéia captada intuitivamente, que o levou à descoberta do princípio científico ou lei de conservação da energia, Minkowski considera que o fenômeno fundamental de descoberta intuitiva da verdade ou inspiração joga um importante papel na vida humana e emerge instantaneamente de uma dimensão não-espacial, do dinamismo primitivo da vida que mantém e contém a existência na forma de uma força viva e indeterminada. A inspiração, essa emergência instantânea, essa forma sempre renovada, constitui um dos mais preciosos, senão o mais precioso, privilégio (*apanage*) da existência humana (Minkowski, 1966[1999] TP, p.416-7).

De acordo com a concepção antro-fenomenológica de Minkowski, a inspiração (intuição) constitui uma das características essenciais da vida mental, contudo não significa que a fonte primordial da inspiração se encontre no patrimônio ancestral das imagens do inconsciente coletivo de Jung e nem que tais imagens sejam necessariamente transmitidas hereditariamente (Minkowski, 1966[1999], TP, p.417).

Minkowski critica a correlação que Jung faz entre o conceito de conservação de energia e o princípio de identidade aplicado às imagens primordiais ou arquétipos. Para Minkowski, a crença na imortalidade da alma não implica necessariamente na idéia de sua conservação, do mesmo modo que a crença em Deus não implica necessariamente na idéia ou conceito de existência de Deus. Em vez de dizer, como Jung o faz, que o conceito de Deus responde a uma função psicológica necessária e de natureza irracional, um arquétipo do inconsciente coletivo, Minkowski prefere falar simplesmente de sentimento religioso, necessário e essencial à natureza humana. Para ele, o conceito de Deus é um pensamento geral, filosófico, que não se encontra precisamente ligado à idéia de um inconsciente coletivo e que, na sua opinião radical, o sentimento religioso não tem nada a ver com a idéia de

inconsciente coletivo, pois podemos admitir o conceito de Deus e nos inspirarmos nele, sem precisar recorrer ao conceito de inconsciente coletivo (Minkowski,1966[1999],TP,p.419).

Minkowski afirma não acreditar que se possa chegar a uma concepção de mundo, da vida e da existência partindo-se unicamente do conceito de inconsciente, em detrimento do conceito de consciente ou de consciência, sobretudo do consciente em sua relação de oposição ao inconsciente (Minkowski,1966[1999] TP,p.419-20). Para ele, o conceito de “irracional” ou de irracionalidade, como dado imediato, não é idêntico ao conceito de inconsciente coletivo. Do mesmo modo, também é difícil aceitar a afirmação junguiana de que é a sabedoria, e não a crença, que leva o indivíduo a experienciar a presença de Deus.

Em suma, para Minkowski, os arquétipos são mais “tipos” que propriamente “*arkhé*”, com a condição de que se atribua ao termo “tipo” o significado próprio em seu contexto específico. No entanto, o que quer dizer ancestral? pergunta ele (Minkowski, 1966[1999], TP, p.420). A resposta a essa pergunta nos leva inevitavelmente à problemática questão da transmissão hereditária dos caracteres adquiridos. Segundo Minkowski, as experiências não-individuais, primitivas, ancestrais, hereditárias, implicam na questão da transmissão de caracteres adquiridos pelos ancestrais. No caso da transmissão do medo enquanto caráter essencial, ou da angústia primitiva enquanto medo inconsciente, não ligado a um perigo atual real, que se originaria no passado ancestral, a concepção fenomenológica tem algo diferente a dizer da psicanálise.

Se admitirmos que o medo primitivo inconsciente teria sua origem na experiência ancestral e que a angústia, como medo inconsciente, seria fundada igualmente sobre as experiências não-individuais do passado ancestral, segue-se, por dedução, que a angústia seria fundada sobre a idéia de perigo, resultante de uma experiência real num passado ancestral e transmitida geneticamente. Resta, então, provar que realmente ocorre a

transmissão psíquica de tais caracteres psíquicos ancestrais, através de uma linha genealógica sem fim, rumo às origens mais remotas da evolução. No entanto, como provar que o medo que sentimos seja a seqüela de um medo real experimentado pelos nossos ancestrais diante de um perigo real? Quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha? A resposta é desconcertante, na medida em que a pergunta já encerra na própria formulação a impossibilidade da solução.

Minkowski se pergunta se é possível penetrar os mistérios do passado desconhecido e inexplorado, já que a vivência do tempo passado (*le passé vécu*) continua a existir no presente, de modo atenuado, e não na forma de simples lembranças evocadas, perdendo-se nas brumas do tempo e do desconhecido. Essa evanescência da memória constitui um dos fatores essenciais do passado movente e vivido. A pulsão criadora que emerge do inconsciente, alimenta o consciente, na forma de pensamentos. O desconhecido, do ponto de vista fenômeno-antropológico, constitui uma parte integrante da vida, que se expressa de dois modos distintos: um, qualitativo e vivido, e outro, quantitativo e pensado. A angústia nasce tanto do conflito somatopsíquico quanto do conflito antropocósmico. A angústia se transforma, se humaniza e perde toda sua identidade com o medo animal. O domínio do conhecido e do conhecimento é alimentado pelo domínio do desconhecido em sua dimensão vital. O astrônomo se move para o conhecimento através do seu telescópio e da sua força de abstração, e a angústia tem sua origem na correlação dos diversos pontos de vista possíveis rumo à descoberta das possibilidades reais e não nas profundezas do passado desconhecido.

A Angústia do desconhecido possui um caráter elementar, primitivo, que ultrapassa qualquer experiência ancestral e não tem nada a ver, no fundo, com os nossos ancestrais, suas crenças ou sua vida primitiva. Na concepção minkowskiana, a angústia assume uma dimensão não apenas ideoafetiva, mas também antropocósmica, com um caráter

essencialmente prospectivo, teleológico, bem diferente do aspecto retrospectivo da psicanálise freudiana. Neste aspecto, as teorizações junguianas coincidem com as de Minkowski.

Para Minkowski, o conceito de ancestral ou arcaico ultrapassa qualquer consideração genealógica ou genética e refere-se a uma fonte comum mais essencial, porque *“o inconsciente coletivo, ancestral, arcaico, tomado ao pé da letra, permanece no fundo tão sujeito a reservas quanto o inconsciente individual. É que não se trata de modo algum unicamente de experiências adquiridas pelos nossos ancestrais”* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.430).

Ao dizer que não se trata “unicamente” de experiências herdadas dos ancestrais, Minkowski deixa entrever a possibilidade de que algo de ancestral possa ser herdado e que ele não nega a dimensão das experiências comuns herdadas. A esse respeito, ele assim se pronuncia: *“Evidentemente não negamos a dimensão dessas experiências de modo algum. Contudo, não cremos poder conduzir a essas experiências tudo o que ‘de ancestral’ sentimos viver em nós”*. (Minkowski, 1966[1999], TP, p.430)

O que Minkowski parece contestar na tese junguiana é a unilateralidade hereditária das imagens ditas ancestrais, impedindo que as imagens de caráter mitológico sejam o produto atual, não herdado ancestralmente, do indivíduo. Segundo ele, ancestral não é necessariamente racial, pois:

*Erigir sobre o ancestral a idéia de uma ‘raça’ não é aqui senão um erro. É restringir singularmente o comum. Pois tudo que é desconhecido, como já dissemos mais de uma vez, tudo o que é trevas, não permanece oculto atrás do conhecido, chamado a se apagar cedo ou tarde diante de seus progressos. Em banhando-lhe por todas as partes, ele se eleva às alturas, forma essa trama viva, comum a todos os seres humanos, abre a porta em direção a esse reino onde, solidários, eles são chamados a se reencontrar e a se unir.* (Minkowski, 1966[1999], TP, p.430-1)

Minkowski procura descaracterizar qualquer tendência a conceber a mente humana à luz de forças deterministas que anulem o livre arbítrio transcendente e a riqueza da intuição humana a partir de sua própria vontade criativa. Para ele, sem negar o que há de

realmente coletivo, ou melhor, “comum” a todos os seres humanos, prevalece o que há de profundamente autêntico e único em cada individualidade, no seu modo especial de existir. A importância do tema da hereditariedade das imagens ou formas possivelmente herdadas nas teorias de Jung e de Minkowski, correlaciona-se com a concepção freudiana de primordialidade fundante do complexo edipiano como estrutura ordenadora da constituição e do desenvolvimento humanos e, por conseqüência, com a teoria da herança genética das doenças mentais psicorgânicas. Entretanto, a solução do conflito epistemológico entre a organogênese e a psicogênese das doenças mentais parece ainda distante de sua elucidação. Por isso, o fiel da balança parece pender para a via mediana de consenso da análise fenomenológica estrutural e da síntese organopsicogenética de Minkowski. As concepções de Minkowski, longe de constituir uma fuga da ciência para as elucubrações metafísicas, são mais propriamente uma das vias que a ciência da mente deveria experimentar para não permanecer na esterilidade e no vazio das formulações inúteis.

Antes de rejeitar as propostas metapsicológicas e metapsicopatológicas minkowskianas, do mesmo modo que Jung propunha em relação à psicanálise nos seus primórdios, deveríamos experimentar o método que ele nos indica através de sua lanterna epistemológica, produto autêntico de sua experiência e vivência práticas com a realidade viva da doença mental no seu existir concreto e fenomenal.

Para finalizar, gostaríamos de dizer que se Eugène Minkowski não resolve definitivamente, como Jung também não o faz, o problema epistemológico da ontogênese da doença mental, ao menos aponta para uma concepção e um método heurísticamente pragmático, que somente quem o aplica na prática clínica diária da atividade psicoterapêutica ou psiquiátrica pode vivenciar e comprovar. A simples mudança de atitude fenomenológica frente ao doente mental de qualquer ordem psicopatológica, faz a diferença entre a persistência da doença ou o desenvolvimento do processo de cura. Essa lição tirada da prática

psicoterápica e da vivência clínica coloca Minkowski, assim como também Jung, no mesmo plano de contestação de uma ideologia organomecânica que desconsidera a importância da dimensão psico-social e antropocultural na origem, desenvolvimento e remissão da doença mental.

## CONCLUSÃO

O objetivo geral desta análise epistemológica dos conceitos fundamentais de psicogênese e de organogênese, desde a era clássica grega até a atualidade do século XXI, foi, primeiramente, o de procurar compreender as razões que levaram a psicopatologia em geral e a psiquiatria clínica em particular a permanecerem até hoje cativas de uma confusão conceitual e de uma indefinição doutrinária. Os atuais esforços de pesquisadores organicistas, organodinamistas e psicodinamistas, no sentido de tentar resolver ou dissolver o milenar problema do dilema organopsíquico da psicopatologia e da psiquiatria decorrem, numa perspectiva teórica “essencialista” ou fenomeno-estrutural, de uma necessidade vital: compreender a mais complexa das doenças humanas, a doença mental, e resolver o maior dos enigmas científicos de todos os tempos, a estrutura íntima do ser humano, para que o antigo aforisma pré-socrático, “conhece-te a ti mesmo”, deixe de ser uma impossibilidade da capacidade científica humana. Ao longo de nosso percurso histórico e epistemológico, procuramos centrar nosso olhar sobre as principais teorias, ou, pelo menos, as consideradas como mais relevantes na história das ciências, no conjunto geral de disciplinas que estão, de algum modo, interconectadas, visando a elucidação do que se convencionou chamar anti-dualisticamente “complexo mente-corpo”, ou melhor, a unidade ontológica “mentecorpo” (sem hífen), dado que o único dualismo aceitável na filosofia da ciência atual parece ser o metodológico.

Sabíamos de antemão, ao iniciarmos nosso percurso filosófico, ao mesmo tempo metapsicológico e metapsicopatológico, que a solução ou a dissolução do milenar e dilemático problema da interação entre as dimensões psíquicas e somáticas do complexo “Ser Humano” ainda necessita percorrer um progressivo e lento percurso transdisciplinar, já que a

complexidade do “objeto sujeito” envolve a competência de áreas multidisciplinares, tanto das assim denominadas ciências naturais quanto das ciências humanas. O quase infindável elenco de disciplinas direta ou indiretamente relacionadas ao estudo do ser humano aumenta a cada dia, na forma de subdisciplinas que tentam preencher os espaços vazios das áreas de intersecção ou conexas. Sem contestar a importância imprescindível do desenvolvimento científico ultra-especializado das atuais e futuras micro-áreas do imenso mosaico interdisciplinar que a ciência atual se tornou após o processo de emancipação secular da mãe filosofia, vale ressaltar que toda ciência que pretenda prescindir de alguma teoria filosófica ou metaciência, para não dizer metafísica, deverá incorrer fatalmente no aforisma do filósofo da mente contemporâneo John Rogers Searle (*O Mistério da Consciência*, 1998, p.55): “O preço pago por desprezar a filosofia consiste em cometer erros filosóficos”.

A pretensa “ateoricidade” estratégica adotada pela atual psiquiatria impede a possibilidade de se erigir um constructo nosográfico heurísticamente útil e totalmente independente de uma teoria psicopatológica. Enquanto o desenvolvimento científico não propiciar uma teoria psiquiátrica consensual, pelo menos em seus princípios mais fundamentais, continuaremos a conviver com uma espécie de polióptico teórico “esquizofreniforme”, em que as querelas de escolas se multiplicarão ainda mais, ou apenas mudarão de nome, mantendo os seus arcaicos pressupostos fundamentais, dourados com o brilho de pseudo-avanços científicos. Vimos que, ao longo das eras pré-científicas e científicas, a gangorra epistemológica da psicopatologia e suas metateorias tem oscilado entre dois paradigmas essenciais, apesar da grande variedade de enfoques intermediários: materialismo e espiritualismo, rebatizados respectivamente por organicismo e psicodinamismo. Um olhar panorâmico sobre as nosografias da mente nos leva, quase que imediatamente, a notar que elas refletem os pressupostos teóricos de seus autores. Nada mais óbvio; entretanto, sofisticções e reais desenvolvimentos à parte, os problemas fundamentais



permanecem praticamente os mesmos, com ligeiros progressos epistemológicos. A necessidade de misturar critérios nosológicos variados na construção das nosografias da loucura parece decorrer da falta de uma compreensão e uma definição satisfatórias do que seja realmente a mente e a doença mental, numa perspectiva teórica “essencialista” ou fenomenológica-estrutural.

A psicopatologia e a psiquiatria clínica sempre dependerão de sua metapsicologia. Todas as tentativas reducionistas, atomicistas e mecanicistas de explicação redundaram até hoje em fracasso, diante do complexo objeto que é o organopsiquismo humano. Por outro lado, todas as formas ingênuas de ecletismo trilharam o caminho da esterilidade científica. O espiritualismo dualista também naufragou, pelo menos até agora, por falta de comprovação inquestionável de sua base empírica, o espírito imortal e sua memória perene. As perspectivas teóricas mais promissoras parecem pertencer ao paradigma da interdisciplinariedade, ainda em gestação, no âmbito da recente transdisciplinariedade científica que se propõe como o novo paradigma metodológico do século XXI. Uma concepção consensual transdisciplinar dependerá, evidentemente, da solução do problema ontológico da constituição “estrutural” (essencial) do ser humano, ou do estabelecimento de critérios metodológicos heurísticamente apropriados. Mas, euforia à parte, para se avançar rumo a uma concepção heurísticamente satisfatória e elaborar um programa metodológico mínimo, será talvez necessário que a comunidade científica internacional adote esquemas teóricos novos, mesmo que não compatíveis com os tradicionais, a fim de colher possíveis frutos no processo de investigação. Não será a primeira vez na história das descobertas científicas que o absurdo e o impensável trouxeram avanços revolucionários. Os elementos multidimensionais que estruturam a existência humana são demasiadamente complexos para que nos percamos em novos reducionismos unilaterais, nos diversos níveis de pesquisa.

Ao percorrer a história da loucura, nas concepções teóricas de seus mais ilustres representantes, tomamos consciência de que os mais notáveis avanços da psicopatologia estão dispersos no imenso mar das revelações científicas, quais pérolas perdidas por incontáveis naufrágios da aventura do homem nos oceanos do conhecimento. Algumas vezes, sentimo-nos desejosos de nos restringirmos a um determinado sistema ou doutrina de idéias e, de tranquilizarmos definitivamente nossa angústia diante das incertezas persistentes que brotam ao longo das perquirições científicas, quando se adota teorias muito abrangentes. Mas, ao reduzir a nossa ambição e tentar compreender a complexidade da mente através de alguns poucos princípios essenciais, muitas vezes, esterilizamos o nosso progresso epistêmico e, mais rapidamente, percebemos que a certeza radical é a de que jamais chegaremos ao final daquilo que intuímos como sendo perene: a busca sempre renovada de conhecimento. E é ótimo que assim seja, para que o jogo do “por quê” não acabe e o prazer de conhecer continue.

Diante da confusão e profusão de doutrinas neurobiológicas e psicossociológicas que tentam fundamentar tanto a psicopatologia quanto a “organopatologia” (neologismo para uma patologia do ser destituído de psique), escolhemos dois representantes da psiquiatria da primeira metade do século XX, Carl Gustav Jung e Eugène Minkowski, para tentar analisar os rumos que ambos apontaram na direção da possível solução do dilema psiquiátrico de hoje e, talvez, de sempre: organicismo ou psicodinamismo? organogênese ou psicogênese dos transtornos mentais. Analisando os textos de ambos os autores, concluímos que, pelo menos em seus princípios mais essenciais, há muitas idéias semelhantes e algumas até mesmo idênticas, embora, com outros nomes ou conceitos aparentemente distintos. O escopo da nossa análise foi o de tentar assinalar, e tentar evidenciar, as idéias perenes que talvez jamais poderão ser descartadas por uma metaciência que pretenda iluminar o caminho da observação, da experimentação e da corroboração científicas.

A falta de uma perspectiva fenomenológica, na atual nosografia da Organização Mundial de Saúde, décima Classificação Internacional de Doenças (C.I.D.-10), em seu capítulo de transtornos mentais e de comportamento, tem levado vários pesquisadores no mundo todo a tentar elaborar uma reformulação ou ressystematização nosográfica que se concretize numa décima primeira classificação mais satisfatória. Grande parte dos problemas da atual nosografia psiquiátrica se deve ao predomínio excessivo de elementos descritivo-comportamentais e à carência quase absoluta de elementos fenomenológicos e psicodinâmicos. A diversidade de formas psicopatológicas é maior dentro de uma mesma categoria do que entre as diversas categorias. O problema do conceito de comorbidade reflete a falência teórica atual e a falta de um consenso paradigmático. Uma nova nosografia deve contemplar uma perspectiva evolutiva ou temporal, ao lado da perspectiva estrutural. Deve, também, conter fatores contextuais, fenomenológicos e uma formulação diagnóstica personalizada (idiográfica) que atenda à singularidade de cada caso, indo além de uma simples codificação ou rotulação. Enfim, a falta de elementos explicativos, compreensivos e integrativos, dentre outros tantos, na atual nosografia, reflete a problemática ausência de uma teoria psicopatológica simples em seus fundamentos e complexa em sua abrangência explicativa, a fim de atingir seu objeto, a doença mental.

Entendemos que tanto Carl Gustav Jung como Eugène Minkowski contribuíram substancialmente na construção deste tão almejado edifício teórico psiquiátrico, na medida em que seus conceitos essenciais refletem décadas de esforço epistemológico calcado em prolífera experiência clínica.

Embora as obras posteriores, do período de maturidade científica, tanto de Jung como de Minkowski, tenham se desenvolvido com enfoques diferentes, entendemos que a primeira fase de ambos, ou seja, a fase psiquiátrica, psicodinâmica ou prospectivo-hermenêutica (sintética) de Jung e a fenomenológico-estrutural de Minkowski, conservou uma

notável convergência epistemológica através de vários conceitos equivalentes ou similares e de outros tantos aproximativos, em torno dos elementos essenciais da estrutura psíquica e da etiologia da doença mental.

Dentre as diversas similitudes na obra de Jung e de Minkowski, expostas ao longo de nossa análise, elencaremos as principais, mesmo correndo o risco de nos enganarmos por falta de um estudo mais aprofundado. Eis os que nos parecem mais relevantes e dignos de pesquisa conceitual:

1) O método construtivo-sintético de Jung apresenta outros sinônimos: construtivo, hermenêutico, prospectivo, teleológico, progressivo, de pesquisa psicológica, simbólico, de compreensão prospectiva, de perspectiva construtiva, especulativo, não reducionista, método equivalente ao “método intuitivo” de Bergson (Jung, [1989], FP, pp.196-7, 229, 284; PDM, [1986], pp.163,167,169,174,175), etc. O método fenomenológico-estrutural de Eugène Minkowski é um método igualmente inspirado na intuição bergsoniana, conforme o autor afirma em suas diversas obras;

2) Ambos os autores pautam suas obras no antiassocionismo, anti-reducionismo, no anti-atomicismo, no antimecanicismo, no condicionalismo não causalista, no anti-racionalismo, na perspectiva da complexidade e da fenomenologia existencial;

3) Os conceitos junguianos de conflito interno e externo parecem ser equivalentes aos conceitos minkowskianos de conflito ideoafetivo e antropocósmico;

4) A concepção antropológica e dinâmica da mente humana está presente em ambas as teses;

5) O conceito Inconsciente (continente) de Jung e o conceito de Estrutura (Forma) da vida mental de Minkowski possuem naturezas semelhantes (1952[1997] RM, p.216); os conteúdos, latente e manifesto, de Jung parecem desempenhar a mesma função conceitual que os conceitos minkowskianos de Forma e Expressão;

6) O aparelho psíquico “psicodinâmico” possui propriedades semelhantes à Estrutura fundamental ou essencial da vida mental com sua propriedade “movente” e prospectiva ou teleológica;

7) A filogênese heredológica e a ontogênese conflitiva estão implícitas de alguma forma, mesmo que indiretamente, na psicologia analítica junguiana e na análise fenomeno-estrutural minkowskiana; a transmissão hereditária de predisposições organopsíquicas e a descrença na possibilidade de transmissão de representações mentais são teses comuns em ambos (Jung, 1986,PDM, p.241), etc.;

8) O conceito junguiano de “sincronicidade” e o conceito minkowskiano de “sincronismo vivido” são equivalentes (Minkowski, 1933[1995], TV, p.59);

9) O antipluralismo nosográfico (sindrômico e entitário), o anti-atomicismo nosológico e a anti-ateoricidade encontram-se em ambos os autores;

10) Presença em ambos, de fatores conflitivos essenciais e irredutíveis na etiologia das doenças;

11) Ênfase ontológica nos aspectos extrabiológicos da constituição ou estrutura mental em associação aos fatores psíquicos irredutíveis;

12) Tipos psicológicos de Jung e caracterologia em Minkowski assumem um relevante papel na explicação da formação dos tipos nosológicos, isto é, a constituição individual ou particular determina o tipo de expressão patológica;

13) Os complexos do inconsciente coletivo do Inconsciente junguianos funcionam atendendo a funções semelhantes aos fatores geradores fundamentais do “pano de fundo” de Minkowski (distúrbio gerador subjacente) (Minkowski, 1952[1997], RM, p.220);

14) Os complexos ancestrais do Inconsciente coletivo de Jung assemelham-se ao “inconsciente” comum ou essencial de Minkowski (1966[1999], TP, p.414);

15) A Estrutura psíquica dinâmica e a estrutura de personalidade (Jung) assemelham-se ao Fundo mental (Minkowski);

16) A concepção fenomenológica do “ser humano” está presente em ambos;

17) A afetividade é a base essencial da fenomenologia psicológica e psicopatológica, na determinação da saúde e da doença mental;

18) A concepção etiológica da doença mental como um fenômeno essencialmente psíquico e irreduzível ao cérebro;

19) A doença mental possui os mesmos complexos que o sonho, a neurose e o devaneio;

20) A doença mental como fenômeno natural e essencial à existência humana, e não como rótulo estatístico ou a partir apenas de um defeito orgânico ou casual (M.,1952[1977], RM, p.218);

21) Etiologia multicausal e condicionalismo: superação do conceito de causalidade e de monocausalidade orgânica em Jung;

22) Pluralismo ontogenético biopsico-social em ambos; concepção teleológica e concepção antropocósmica em Jung e em Minkowski;

23) Concepção “transpessoal”, holística ou integral do ser humano (o termo transpessoal, como vimos, é de Jung, mas não tem ligações diretas com a psicologia espiritualista trans-humanística ou transpessoal norte-americana);

24) Minkowski enfatiza a religiosidade enquanto elemento natural da constituição humana; ambos possuem uma concepção religiosa de mundo, de caráter agnóstico, desvinculado de cultos ou filiações institucionais e, também, uma concepção integral de homem: bio-psico-socio-culturo-antropo-cósmica;

25) Ambos concebem o homossexualismo como uma mera expressão periférica da necessidade básica de afeto, sem nenhuma redução a um complexo incestuoso, desenvolvimento anômalo ou fixação traumática;

26) O conceito de Angústia de ambos os autores é “prospectivo” e anti-retrospectivo, na medida em que a cura encontra-se no presente com vistas ao futuro, e não num reducionismo do tipo freudiano, consoante a crítica que ambos fazem à psicanálise “ortodoxa”.

Há outras tantas semelhanças, conceituais e teóricas, resultantes dos métodos abordados: construtivo-sintético e fenomeno-estrutural.

Tanto Jung como Minkowski, ambos colaboradores de Eugen Bleuler na clínica psiquiátrica da Universidade de Zurique, conviveram com a atmosfera científica do organicismo e da revolução psicodinâmica de sua época. Entretanto, enquanto Jung foi progressivamente se afastando da psiquiatria hospitalar para se dedicar à pesquisa estritamente psíquica dos complexos inconscientes na clínica particular e nos estudos sobre antropologia cultural, filosofia e psicologia oriental, religião, arte, literatura, etc., Minkowski partiu para a experiência de vivenciar a essência da loucura no contato pessoal com o sofrimento humano nos campos de batalha, no risco de vida para evacuar judeus perseguidos da condenação cruel do nazismo e da convivência com a insanidade mental em qualquer local onde ela se encontrasse, sempre com a perspectiva humanista de compreender o ser humano sem dogmatismos ou sistematizações artificiais.

Os aspectos sumariamente elencados anteriormente, comuns a ambos, além de encontrarem elos de semelhança metodológica ou teórica, servem de alerta para o fato de que qualquer solução consensual em epistemologia da psiquiatria terá que passar por conceitos que excluam tanto o reducionismo quanto o ecletismo ingênuos. Os princípios basilares ou fundamentais de Jung e Minkowski, apesar de se filiarem a correntes psicopatológicas

diferentes, apresentam atitudes científicas francas, democráticas e despreconceituosas, fato que conduziu ambos os autores a se situarem numa perspectiva mediana entre o organicismo radical de caráter mecanicista, atomista e reducionista da psiquiatria esquirol-kraepeliniana, de um lado, e a psicanálise freudiana, igualmente reducionista em suas formulações psicodinâmicas fortemente influenciadas pelo positivismo neurobiologista, que Freud não quis ou não pôde superar para se manter fiel a seus princípios, do outro. Numa analogia própria da política, poderíamos dizer, metaforicamente, que Jung se situa epistemologicamente mais na ala centro-esquerda da psiquiatria organodinâmica, ou psicorgânica, já que sua ênfase é maior nos elementos etiológicos de natureza psíquica, e, Minkowski, mais na ala centro-direita, já que tende para o organicismo das estruturas complexas, a partir da conciliação das grandes e distintas filiações teóricas em psicopatologia: o organicismo do automatismo mental clérambaultiano, o autismo da esquizofrenia bleuleriana, a fenomenologia husserliana e a filosofia bergsoniana.

Para finalizar, gostaríamos de acrescentar que, apesar da psiquiatria e da psicopatologia ainda se encontrarem sob o pesadelo da falta de uma teoria consensual psicorganogenética, importantes avanços epistêmicos e experimentais já foram acrescentados e, talvez, tenha chegado a hora de se promover uma mudança paradigmática essencial à luz de alguma forma de concepção transdisciplinar que contemple todos os elementos constitutivos do saber psicopatológico, sob a regência de um princípio diretor geral que não seja nem redutivista nem neo-associacionista. O grande problema do secular conflito epistemológico em psicopatologia é, obviamente, a falta de definição da etiologia primária da doença mental. Todos os outros problemas derivam deste fato.

As tentativas de Freud, Jung e Minkowski, por exemplo, em localizar a origem da loucura e definir o conceito de doença mental em termos causais, esbarraram inevitavelmente no difícil problema da transmissão hereditária de predisposições psíquicas e



caracteriais. Na medida em que o avanço científico da neurociência genética ainda não desvendou a estrutura e os mecanismos, ou dinamismos, íntimos do genoma humano, o entendimento da transmissibilidade psicorgânica parece um sonho distante. Talvez a insolubilidade do problema esteja contida na sua própria formulação. Numa perspectiva fenomeno-estrutural ou prospectiva, e seguindo a recomendação filosófica de preferir formulações ou princípios teóricos simples a teorizações complexas, o problema ontológico humano somente seria solucionado quando houvesse uma revolução análoga à copernicana, no que diz respeito à descoberta do núcleo de gravitação da fenomenologia psíquica ou mental. No entanto, para isso, a natureza primária da origem e da estrutura da psique precisaria ser desvendada.

Será, no mínimo, surpreendente se a ciência futura chegar a corroborar empiricamente alguns postulados metafísicos das antigas filosofias e religiões orientais como o hinduísmo, o budismo, o taoísmo, etc., ou mesmo os princípios da filosofia espírita (1857) de Hippolite León Denizard Rivail (pseudônimo: Allan Kardec, 1804-1869), cuja teoria da palingênese (reencarnação ou ressurreição na carne), uma vez que o problema da hetero-herança, transmissão de vivências e qualidades psíquicas ancestrais na forma de predisposição caracterial para os descendentes, seria traduzido em termos de auto-herança, simplificaria, a princípio, a questão da transmissibilidade dentro de parâmetros mais solipsistas. Não obstante, mesmo que tal conjectura venha se tornar uma realidade tão trivial como o conhecimento sobre a transmissão de ondas herzianas, a complexidade ontológica do ser humano é de tal monta que, a comprovação cabal de uma teoria tão primitiva como a da palingênese, ou da transmigração das almas, apesar do grande impacto na “visão de mundo”, na ética e nas concepções predominantemente psicosociogenéticas, ainda teria que se defrontar com o problema da imortalidade da memória e da individualidade. A corroboração científica inquestionável da teoria “metafísica”, metapsíquica, espiritualista ou espírita da reencarnação

carrega ainda um problema fundamental, na linha de nossa suposição antimaterialista: o processo de transmissão heterogenética, isto é, das disposições psíquicas dos ancestrais, problema este tratado por Freud em suas duas versões filogenéticas (“Totem e tabu” e “Neuroses de transferência: uma síntese”), se deslocaria para o problema da transmissão autopsicogenética, isto é, a herança das experiências passadas do indivíduo para o próprio indivíduo (autopsicogênese), supondo-se que ele herdaria as suas próprias experiências de seu passado em pregressas existências. O conceito de gene, nesta perspectiva espírita, adquiriria uma natureza predominantemente psíquica e o problema fundamental seria a pesquisa da memória integral das experiências do passado e da imortalidade da identidade individual. A memória, então, deveria ser procurada não mais na estrutura orgânica da dimensão somática do genoma, e sim na estrutura genética psíquica, mental, do espírito (*nous*) ou alma (*psykhé*) imortal. Entretanto, se Jung e Minkowski estiverem certos, o problema fundamental da elucidação da constituição e da cura da doença mental encontra-se principalmente no presente e, recuar no passado, poderia ter um interesse muito mais antropológico do que psicoterapêutico, na medida em que a solução dos conflitos estaria muito mais no enfrentamento dos problemas atuais e na adaptação à “realidade objetiva”.

Enquanto o problema etiológico da doença mental não for minimamente resolvido, teremos que nos contentar com os critérios de que dispomos ou então procurar elaborar critérios heurísticamente úteis na prospecção dos conhecimentos científicos sobre os transtornos mentais. Carl Gustav Jung, tido como místico e espiritualista, acabou por construir um complexo sistema teórico, cuja essência é, a princípio, de natureza materialista e monista; Minkowski, tido como organicista e materialista, apresenta uma fenomenologia humanista, com características do espiritualismo e da religiosidade.

Apesar de nenhum dos dois ter resolvido o dilemático problema da ontogênese da loucura, seus ricos e heurísticamente úteis direcionamentos de suas teses psicopatológicas

não foram, até hoje, aproveitados como deveriam pela psiquiatria. Após dois séculos de exaustivas investigações, desde Pinel e Cotard, passando por Freud e seus discípulos, por Minkowski, Jung e Henri Ey, a psiquiatria continua procurando seu objeto e sua cura na tessitura íntima dos hormônios neurotransmissores ou, numa linguagem muito distante no tempo e na história da medicina, na eterna concepção humoral hipocrática. A tecnologia avançou, os conceitos se sofisticaram, mas a incógnita loucura permanece ativa e desconhecida. Somente uma psicologia concreta, derivada da observação empírica, da experimentação exaustiva e de uma doutrina coerente, poderá dar respostas satisfatórias e permitir um desenvolvimento seguro do conhecimento científico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERCHERIE, Paul. **Os Fundamentos da Clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989. Título original: *Les Fondements de la Clinique: Histoire et structures du savoir psychiatrique, 1980*.

BERGSON, Henri. **O Cérebro e o Pensamento**: uma ilusão filosófica. Col. Os Pensadores. São Paulo: 1984, 2ª ed. Título original: *L'Énergie Spirituelle, 1919[1904]*.

\_\_\_\_\_. **As Duas Fontes da Moral e da Religião**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Título original: *Les Deux Sources de la Morale et de la Religion, 1932*.

\_\_\_\_\_. **Duração e Simultaneidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. Título original: *Durée et Simultanéité*.

\_\_\_\_\_. **Ensaio sobre os Dados Imediatos da Consciência**. Paris: P.U.F., 1958. Título original: *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience, 1927*.

\_\_\_\_\_. **Matéria e Memória: Ensaio sobre a Relação do Corpo com o Espírito**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 2ª ed. Título original: *Matière et Mémoire, 1939*.

\_\_\_\_\_. **Memória e Vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2006 (tópicos). Título original: *Mémoire et Vie*.

\_\_\_\_\_. **A Evolução Criadora**. Paris: Quadrige/P.U.F., 1986, 156ª ed. Título original: *L'Évolution Créatrice, 1941*.

BLEULER, Eugen. **Textbook of Psychiatry**. New York: Macmillan Co., 1924. Título original: *Dementia praecox oder gruppe der Schizophrenien, 1911*.

BRANDÃO, J.S. **Mitologia Grega**. 3 vols., Petrópolis: Vozes, 1991, Vol. 1.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, 5ª ed. Título original: *Le Normal e le Patologique, 1966*.

ELLENBERGER, Henri F. **The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry**, 1970, USA: BasicBooks.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1995, 4ª ed. Título original: *Histoire da la Folie à l'Âge Classique, 1972*.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**. España: siglo xxi ed., 1991, 14ª ed. Título original: *El Nacimiento de la Clínica: una arqueologia de la mirada médica, 1963*.

FREUD, Sigmund. **Neuroses de Transferência: uma síntese**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Título original: *Übersicht der Übertragungsneurosen, 1915*.

\_\_\_\_\_. **Análise de um Caso de Paranoia Crônica**. In: *Novas Considerações sobre as neuropsicoses de Defesa. Obras Completas. Vol. 3, p.175-184*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.

JACKSON, John Hughlings. **Evolution and Dissolution of the Nervous System**, 1884, Bristol, UK: Thoemmes Press, 1998.

JANET, Pierre. **As Nevroses**. Rio de Janeiro: Garnier, 1924.

JUNG, C.G. **O Desenvolvimento da Personalidade**. Obras Completas. Vol. 17. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986. Título original: *Über die Entwicklung der Persönlichkeit, 1910*.

\_\_\_\_\_. **A Dinâmica do Inconsciente**. Obras Completas. Vol. 8. Petrópolis, RJ: Vozes, 1984. Título original: *Die Dynamik der Unbewussten*.

\_\_\_\_\_. **Estudos Experimentais**. Obras Completas. Vol. 2. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. Título original: *Experimentelle Untersuchungen, 1906*.

JUNG, C.G. **Estudos Psiquiátricos**. Obras Completas. Vol.1. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.  
Título original: *Psychiatische Studien*.

\_\_\_\_\_. **Estudos sobre Psicologia Analítica**. Obras Completas. Vol. 7. Petrópolis, RJ:  
Vozes, 1981, 2ª ed. Título original: *Zwei Schriften über Analytische Psychologie*.

\_\_\_\_\_. **Freud e a Psicanálise**. Obras Completas. Vol. 4. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.  
Título original: *Freud und die Psychoanalyse*.

\_\_\_\_\_. **Psicogênese das Doenças Mentais**. Obras Completas. Vol. 3. Petrópolis, RJ:  
Vozes, 1986. Título original: *Psychogenese der Geisteskrankheiten*.

\_\_\_\_\_. **Tipos Psicológicos**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1974, 2ª ed. Título original:  
*Psychologische Typen*.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre:  
Artes Médicas, 1997, 7ª ed. Título original: *Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences  
and clinical psychiatry, 1994*.

LACAN, Jacques. **As Psicoses**. In O Seminário, Livro III. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed.,  
2002, 2ª ed. Título original: *Les psychoses, 1955-56*.

LANTÉRI-LAURA, G.; DEL PISTOIA, L. **Introducción Histórica y Crítica a la  
Psiquiatria Contemporánea**. In: Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris: Elsevier,  
37-0005-A-10, 2004.

LANTÉRI-LAURA. **Principales Teorías de la Psiquiatria Contemporánea**. In:  
*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris: Elsevier, 37-006-A-10, 2004.

MINKOWSKA, Françoise (Brokman). **Les Troubles Essentiels de la Schizophrenie dans  
leurs Rapports avec les Données de la Psychologie et de la Biologie Modernes**. Paris:  
Payot, 1925.

MINKOWSKI, Eugène; FURSAC, Rogues. **Contribution à l'Étude de la Pensée et de l'Attitude autistes (Le rationalisme morbide)**. In: *Encephale*, XVIII, 4, 1923.

MINKOWSKI, Eugène; FURSAC, Rogues. **Contribution à l'Étude de la Pensée et de l'Attitude autistes (Le rationalisme morbide)**. In: *Au-delà du rationalisme morbide*. Paris: Éditions L'Harmattan, 1997.

MINKOWSKI, E. **Au-delà du Rationalisme Morbide**. Paris: Édition L'Harmattan, 1997.

\_\_\_\_\_. **Écrits Cliniques**. Paris: Édition Érès, 2002.

\_\_\_\_\_. **La Schizophrénie**: psychopathologie des Schizoïdes et des schizophrènes. Paris: Desclée de Brouwer, 1953. 9<sup>a</sup> édition.

\_\_\_\_\_. **La Schizophrénie et la notion de maladie mentale**. In: *L'Encéphale*, 5, 6 e 7, 1921.

\_\_\_\_\_. **Structures des Dépressions - étude sur la structure des dépressions**: les dépressions ambivalentes. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, XXVI, 17, 1930. Paris: Éditions du Nouvel Objet, 1993.

\_\_\_\_\_. **Données psychanalytiques dans un cas de doute obsédant**. Cap. 3, p. 71-89, *L'Encéphale*, XVIII, n° 3, 1923. In: *Au delà du rationalisme morbide*. Paris: Édition L'Harmattan, 1997.

\_\_\_\_\_. **Phénoménologie et Analyse Existentielle em Psychopathologie**. L'évolution psychiatrique, 1948, Fasc. 4, p.137-185. In: *Écrits Cliniques*, textes rassemblés par Bernard Granger, Édition Érès, 2002.

\_\_\_\_\_. **La Notion de Perte de Contact Vital avec la Réalité et ses Applications em Psychopathologie**, Thèse de Paris. Paris: Faculté de Médecine, Jouve & C.Éditeurs, 1926. In: *Au-Delà Du Rationalisme Morbide*. Paris: L'Harmattan, 1997.

MINKOWSKI, E. **La Genèse de la Notion de Schizophrénie et ses Caractères Essentiels**. Paris: Payot, 1925, p.193-236.

\_\_\_\_\_. **Para uma Cosmologia**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 1999. Título original: *Vers une Cosmologie, 1936*.

\_\_\_\_\_. **O Tempo Vivido**. Paris: Quadrige/P.U.F., 1995. Título original: *Le Temps Vecú, 1933*.

\_\_\_\_\_. **Traité de Psychopathologie**. Institut Synthélabo/Le Plessis-Robinson, 1999.

MUELLER, Fernand-Lucien. **História da Psicologia**. São Paulo: Edusp/ Companhia Ed. Nacional, 1978.

PRADO Jr.,Bento. **Erro, Ilusão, Loucura: ensaios**. São Paulo: Editora 34, 2004.

PESSOTTI, Isaias. **A Loucura e as Épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

\_\_\_\_\_. **Os Nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

SZASZ, Thomaz. **A Fabricação da Loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, 2ª ed. Título original: *The Manufacture of Madness, 1971*.

TRILLAT, Etienne. **História da Histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

SIMANKE, Richard T. **Metapsicologia Lacaniana: os anos de formação**. São Paulo: Discurso Editorial; Curitiba: Editora UFPR, 2002.



SIMANKE, Richard Theisen. **A Formação da Teoria Freudiana das Psicoses**, São Paulo: Editora 34.

O.M.S. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. Título original: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992*.

## ANEXO A

### PERÍODO PRÉ-CLÁSSICO

Philippe Pinel	(1745-1826)
Franz Joseph Gall	(1758-1828)
Jean-Étienne Dominique Esquirol	(1772-1840)
Johann Christian August Heinroth	(1773-1843)
Johann Friedrich Herbart	(1776-1841)
Étienne-Jean Georget, Joseph Guislain	(1797-1860)
Jules Baillarger	(1809-1890)
Wilhelm Griesinger	(1817-1868)

### PERÍODO CLÁSSICO

Jean-Pierre Falret	(1794-1870)
Antoine Bayle	(1799-1858)
Gustav Theodor Fechner	(1801-1887)
Benedict Augustin Morel	(1809-1873)
Jules Baillarger	(1809-1890)
Charles Ernest Lasègue	(1816-1883)
Karl Ludwig Kahlbaum	(1816-1883)
Jules Ph. J. Falret	(1824-1902)
Jean-Martin Charcot	(1825-1893)
Valentin Jacques Joseph Magnan	(1835-1916)
Moritz Benedikt	(1835-1920)
Jules Cotard	(1840-1887)
Richard von Kraft-Ebing	(1840-1903)
Ewald Hecker	(1843-1909)
Emil Kraepelin	(1856-1926)
Jules Séglas	(1856-1939)

## PERÍODO MODERNO

<u>Ambroise Liébault</u>	<u>(1823-1904)</u>
<u>Hippolyte Bernheim</u>	<u>(1840-1919)</u>
<u>Joseph Breuer</u>	<u>(1842-1925)</u>
<u>August Forel</u>	<u>(1848-1931)</u>
<u>Emil Kraepelin</u>	<u>(1856-1926)</u>
<u>Sigmund Freud</u>	<u>(1856-1939)</u>
<u>Joseph Babinski</u>	<u>(1857-1932)</u>
<u>Eugen Bleuler</u>	<u>(1857-1939)</u>
<u>Pierre Janet</u>	<u>(1859-1947)</u>
<u>Gatian Gaëtan de Clérambault</u>	<u>(1872-1934)</u>
<u>Carl Gustav Jung</u>	<u>(1875-1961)</u>
<u>Ludwig Binswanger</u>	<u>(1881-1966)</u>
<u>Karl Jaspers</u>	<u>(1883-1969)</u>
<u>Hermann Rorschach</u>	<u>(1884-1922)</u>
<u>Eugène Minkowski</u>	<u>(1885-1972)</u>
<u>Ernst Kretschmer</u>	<u>(1888-1964)</u>
<u>Percival Bayle</u>	<u>(1892-1973)</u>
<u>Henri Ey</u>	<u>(1900-1977)</u>

## ANEXO B

### AUTORES E NOSOGRAFIAS

Relação dos principais autores e de suas nosografias, segundo o estudo de Isaias Pessotti em “Os Nomes da Loucura”, 1999 e “A loucura e as Épocas”, 1994:

**Teofrasto:** médico e herdeiro do pensamento aristotélico, que em seu “*Tratado da Vertigem*” afirma que o cérebro é apenas uma excrescência da medula espinhal e uma espécie de esponja úmida com a função de moderar os ardores da alma. A vertigem seria uma afecção da psique, com sede no coração, que seria o centro de todas as sensações (Pessotti, 1994, LE, p.61);

**Erasístrato:** desenvolve a anatomo-fisiologia do sistema nervoso e restitui ao encéfalo, em lugar do coração de Teofrasto, o papel de centro da vida psíquica e sensorial. A extensão neuroanatômica cerebral corresponde à importância e à grandeza da inteligência;

**Herófilo de Alexandria:** a inteligência corresponde à capacidade da “abóbada com três pilares” (hemisférios cerebrais?);

**Plotino, Porfírio e Jâmblico,** no final do período alexandrino, elaborarão uma concepção a partir das idéias platônicas associadas às conceituações de algumas filosofias espiritualistas orientais;

**Celsus** (42 a.C.–37 d.C.), médico romano, na esteira teórica de Hipócrates, conserva o organicismo hipocrático e divide a loucura em três gêneros: I) Insânia; II) Loucura triste (por atrabílis) e III) Loucura crônica a) com alucinações ou b) com perda da razão. A Insânia (I) (loucura) se divide em: a) *Phrenesis*, um *delirium* passageiro ou contínuo e b) Verdadeira *Phrenesis*, ou delírio crônico, dividido nos subtipos alegre, triste e furioso;

**Cláudio Galeno** (130-201 d.C.), médico romano, formou-se em Pérgamo e completou sua formação em Esmirna, Corinto e Alexandria, estabelecendo-se em Roma. Fez uma distinção clara entre a loucura e os delírios associados a outras afecções. Adotou a concepção platônica da psique tripartida: a) a racional (no cérebro); b) a irascível (no coração) e 3) a concupiscível (no fígado). Distinguiu o delírio simpático do delírio idiopático (primário). Entretanto, a natureza da loucura resulta da desarmonia humoral, como em Hipócrates. A teoria galênica é uma concepção pneumática, na medida em que o conceito chave é o pneuma (psíquico, zoótico e físico). A nosografia galênica divide a loucura em quatro gêneros de Lesões: a) da Imaginação; b) da Razão; c) da Memória e, d) Lesões Simultâneas da Razão e da Imaginação;

**Areteu da Capadócia** classifica a loucura em: a) Alucinações (*Phrenesis*): pneuma seco e rarefeito; b) Mania e Melancolia (imaginação descontrolada): pneuma seco e quente; c) Alternância entre Mania e Melancolia. Ele elabora um organicismo diferente do hipocrático, de caráter pneumatista, sendo considerado o precursor de Galeno. O tipo de pneuma determina o tipo de loucura; o pneuma rarefeito e seco produz o desvario (*phrenesis*) e as vertigens; o pneuma quente e seco produz a Mania e a Melancolia; o retorno do pneuma sobre si mesmo produz a Epilepsia, etc;

**Célio Aureliano** (séc.I d.C.), classificou a loucura em: Delírios com febre (*phrenitis*) e Delírios sem febre (mania, melancolia, alucinação e ilusão);

**Felix Plater** (1625), a loucura se divide em: a) Déficit da mente com fraqueza (*Mentis imbecillitas*) e com abolição da mente (*Mentis consternatio*); b) Depravação da mente: Fadiga mental (*Mentis defatigatio*) e Alienação mental (*Mentis alienatio*), esta última dividida em: *Mentis alienatio temulentia* (por ingestão de substâncias externas) e *Mentis alienatio animi comoto* (comoção por paixões). A alienação mental também poderia ocorrer por causas internas à mente e recebia o nome de *Desipientia* (Delírio) com três subtipos: a) *phrenesis* (com febre); b) *mania* (sem febre, com furor); c) *melancolia* (sem febre, sem furor);

**Zachias** (1651), em sua obra “*Quaestiones medico-legales*” classifica a loucura em: 1) *Dementia* (demência por redução da razão); 2) *Amentia* (amênia por redução, perda ou depravação da razão), que se divide em três subtipos: a) *fatuitas stoliditas* (imbecilidade); b) *ignorantia* (fraqueza de espírito); *oblivio* (amnésia); 3) *Amentia delirium phrenesia* (Delírio) e *Amentia delirium paraphrenesia*; 4) *Amentia insania* (loucura) em vários subtipos: mania, melancolia, furor, melancolia hipocondríaca, licantropia, etc;

**Philippus Aureolus Theophrastus Paracelsus** ou **Paracelso** representou a quimiatria do século XVI, concepção esta em que a loucura resulta de uma alteração dos sais do corpo (enxofre, mercúrio, sal sidérico, etc.) e as manias, as convulsões, as letargias e os tremores resultam do grau de volatilização e de resfriamento destes sais. Há na iatroquímica algo análogo à química dos humores da tradição hipocrática, ligado à fermentação ácida ou alcalina para explicar, por exemplo, a melancolia de origem hepatotóxica;

**Thomas Willis** (1622-1670) é um adepto, juntamente com Malebranche, da teoria cartesiana dos “espíritos animais”. A sua nosografia se divide em: 1) *Desipientia* (Loucura) com febre e 2) *Desipientia* sem febre: a) *mania* (com delírio e excitação); b) *melancholia* (com delírio e tristeza) crônica (levando à estupidez ou à mania); c) alternância entre mania e melancolia; Willis mistura um processo “espiritual” ou pneumático (a efervescência dos “espíritos”) à concepção hipocrática clássica dos humores e cria um organicismo metafísico naturalista;

**Alfonso Borelli** (1608-1679) criou a iatromecânica na sua obra “*De motu animalium*”, acentuando a concepção organicista da loucura como o resultado de processos hidráulicos e mecânicos na forma de vibrações e obstruções de vasos e dutos;

**H. Boerhaave** e seu discípulo **Van Swieten** foram iatromecânicos e explicavam o delírio como o resultado da suscetibilidade de recepção de idéias e das mudanças que ocorrem sobre a superfície externa das fibras cerebrais, na forma de dissonância, de tensão, de proporção do comprimento e da espessura das fibras nervosas;

**Boissier de Sauvages** (1767) elaborou uma nosografia “conforme o método dos naturalistas, muito semelhante às nosografias de Erhard (1794) e de Valenzi (1796), e admitiu três ordens de doenças mentais: 1) Erros do espírito (alucinações); 2) Morosidades e 3) Delírios; Os Erros do espírito apresentavam vários tipos: *vertigo*, *soffusio*, *diplopia*, *syrygmus*, *hypochondriasis* e *somnambulismus*. As Morosidades (afetos depravados) se dividiam em: a) *pica*, b) *bulimia*, c) *polydipsia*, d) *antipathia*, e) *nostalgia*, f) *panophobia*, g) *satyriasis*, h) *nymphomania*, i) *tarantismus*, f) *hidrophobia*. Os Delírios se dividiam em: a) *paraphrosine* (transe), b) *amentia* (delírio manso), c) *melancholia* (delírio parcial, manso),

dividida em *moria* (melancolia com euforia) e *attonita* (melancolia com estupor), d) *mania* ou loucura (delírio geral e furor), e) *demonomania* (*fanática, histérica e suicida*), f) *lactea* (puerperal);

**Cullen** (1782) classifica a loucura de modo simplificado: 1) Mania (loucura ou delírio universal): a) mental; b) corporal; obscura (vulgar ou periódica); 2) Melancolia (loucura ou delírio parcial): a) melancolia propriamente dita; b) *panophobia*; c) nostalgia; d) erotomania; f) demonomania; etc; 3) Demência;

**Arnold** (1782): 1) *Ideal insanity* (loucura das idéias): a) frenética; b) incoerente; c) maníaca; d) sensitiva; 2) *Notional insanity* (loucura dos conceitos, juízos): a) *delusive* (ilusória); b) *whimsical* (fantástica); c) *fanciful* (superatividade imaginativa); d) *impulsive* (linguagem descontrolada); e) *scheming* (projetos exagerados); f) *self important* ( vaidade exagerada); g) *hypochondriac* (preocupação com doenças); h) *appetitive* (desejo sexual exacerbado); i) *pathetic* (descontrole passional, com dezesseis variedades segundo as várias paixões);

**Chiarugi** (1794) divide a loucura em três gêneros: 1) Melancolia (loucura ou delírio parcial); 2) Mania (loucura ou delírio geral) e 3) Demência (ativa e passiva). A Melancolia (1) se divide em a) verdadeira (com medo e tristeza); b) falsa (com calma e alegria); c) furiosa (com audácia e furor parcial); A Mania (2) se divide em: a) mental (psicossomática); b) reativa (debilidade nervosa); c) pletórica (hipertensão sangüínea); d) imediata (tóxica); e) simpática (por outra doença);



**Philippe Pinel** (1809) classifica as doenças mentais em: I) “Formas de alienação Mental”: 1) a) Mania (delírio geral, com ou sem furor); b) Mania raciocinante (aparentemente sem delírio); 2) Melancolia (delírio parcial; 3) Demência; 4) Idiotia; II) Alternância entre mania e melancolia;

**Esquirol** (1816 e 1818): Gêneros de Loucura – 1) Lipemania (*lype*=tristeza, delírio parcial com tristeza e depressão); 2) Monomania (delírio parcial com alegria); 3) Mania (delírio geral com excitação); 4) Demência (enfraquecimento dos órgãos do pensamento); 5) Idiotia;

**Heinroth** (1818): 1) Hiperestenasias (Exaltações): a) Êxtase; b) Paranóia; c) Mania; 2) Astenia (Depressões): a) Melancolia; b) *Anoia*; c) Abulia; 3) Hiperastenasias (Estados Mistos): a) *Wahnsinn* (alternância de Melancolia e êxtase); b) *Verwirtheit* (confusão de idéias); c) *Athimia* (tendência a fugir, temores);

**Foville** (1829): 1) Mania: a) com lesão da sensibilidade (c.l.s.); b) com lesão da motricidade (c.l.m.); 2) Monomania: a) c.l.s.; b) c.l.m.; 3) Lipemania ou Melancolia: a) c.l.s.; b) c.l.m.; 4) Demência: a) c.l.s.; b) c.l.m.;

**Fantonetti** (1830): 1) Loucura Parcial ou Monomania: a) Tranqüila; b) Furiosa; c) Paralítica; 2) loucura Múltipla ou polymania: a) Tranqüila; b) Furiosa; c) Paralítica; 3) Loucura Gral ou Holomania: a) Tranqüila; b) Furiosa; c) Paralítica; d) Mista Furiosa; e) Mista Paralítica;

**Guislain** (1833): 1) *Lyperophrenia* (Melancolia; 2) *Hyperphrenia* (Mania); *Paraphrenia* (Loucura, *Folie*); 4) *Hyperplexia* (Êxtase); 5) *Hyperspasmia* (Convulsões); 6) *Ideosynchisia* (Delírio); 7) *Anacholuthia* (Devaneio, *Revasserie*); 8) *Noasthenia* (Demência); 9) combinações entre esses oito gêneros;

**Johnson** (1843): Distúrbios Mentais: Ordem I: 1) Congênitos: a) Amência; b) Idiotismo; c) Imbecilidade; d) Cretinismo; Ordem II: 1) Inflamatórios: a) Frenite; b) Hipofrenite; c) Insânia: Moral (Pantomania); Intelectual (Mania; Hipomania; Demência); Ordem III: 1) Não Inflamatórios: a) Delírio; b) Hipocondríase;

**Jules Falret** (1824-1902): (1860): 1) Loucura Paralítica; 2) Loucura Circular ou de dupla forma; 3) Loucura Epiléptica; 4) Loucura Alcoólica ou *Delirium tremens*; 5) Delírio de Perseguição;

**Benedict Augustin Morel** (1809-1873): (1860): 1) Alienações Hereditárias: a) Loucura Lúcida (*raisonnante*); b) loucura moral; c) Loucura Instintiva; d) etc.; 2) Alienações por Intoxicação: a) Alcoolismo; b) Narcotismo; c) Ergotismo; d) Pelagra; e) Impaludismo; 3) Alienações por Doenças Nervosas (*nevroses*): a) Loucura Histérica; b) Loucura Epiléptica; c) Loucura Hipocondríaca; 4) Alienações Idiopáticas: a) Demência consecutiva; b) Paralisia Geral; 5) Loucuras Simpáticas; 6) Demência (estado terminal, *terminatif*);

**Skae** (1863): 1) Idiotia; 2) loucura dos Epilépticos; 3) Loucura dos Masturbadores; 4) Loucura da Puberdade; 5) Satíriase; 6) Ninfomania; 7) Mania Histérica; 8) Mania Simpática; 9) Mania Sexual; 10) Loucura da Gravidez; 11) Mania do Puerpério; 12) Loucura do Aleitamento; 13) Loucura Climatérica; 14) Loucura Ovariana ou Uterina; 15)

Loucura Senil; 16) Mania Tísica; 17) Mania Traumática; 18) Mania Sifilítica; 19) *Delirium tremens* e Dipsomania; 20) Paralisia Geral dos Loucos; 21) Mania Metastática; 22-25) Loucuras Idiopáticas: Estênicas, Astênicas, etc;

**Beaugrand** (1865): I – Loucuras: 1) Loucuras Simples agudas: a) Mania; b) Melancolia; c) Monomania; 2) Loucuras Simples Crônicas: graus e formas da Demência; 3) Loucuras Compostas: a) Loucura Paralítica; b) Loucura Epiléptica; c) Loucura Convulsiva (*Delirium tremens*); II – Idiotia: 1) Ordinária; 2) Cretinismo; III – Imbecilidade Consecutiva: 1) Senil; 2) conseqüente de doença cerebral;

**Maudsley** (1867): I – Loucura Afetiva ou Patética: 1) Perversão Maníaca (*mania sine delírio*); 2) Depressão Melancólica (Melancolia Simples); 3) Alienação Moral Própria (Temperamento Aloucado); II – Loucura de Ideação: 1) Geral: a) Mania aguda; b) Mania crônica; c) Melancolia aguda; d) Melancolia crônica; 2) Parcial: a) Monomania; b) Melancolia; 3) Demência: a) Primária; b) Secundária; 4) Paralisia Geral; 5) Idiotia (inclui a Imbecilidade);

**Verga** (1874): I – Frenopatias Congênicas ou Frenastenias: 1) Imbecilidade; 2) Idiotia; 3) Cretinismo; II – Frenopatias Adquiridas ou Frenoses: 1) Frenoses Simples: a) Mania com furor; Mania sem furor; b) Monomania intelectual; Monomania impulsiva; c) Melancolia simples; Melancolia com estupor; d) Demência primitiva; Demência consecutiva; e) Loucura Moral ou Raciocinante; f) loucura de Dupla Forma ou Circular; 2) Frenoses Complicadas: a) Frenose Sensorial; b) Frenose Hipocondríaca; c) Frenose Histérica; d) Frenose Puerperal; e) Frenose Epiléptica; f) Frenose Alcoólica; g) Frenose Pelagrosa; h) frenose Paralítica; i) Frenose Senil;

**Schule** (1878): Estados de Deficiência ou Degeneração Mental: I – Hereditária (ou por Nevroses Graves): 1) loucura Moral; 2) Loucura Impulsiva; 3) Loucura periódica e Circular; 4) Loucura de Nevropatias: a) Epiléptica; b) Histérica; c) Hipocondríaca; II – Psicopatias (surgidas no cérebro normal): 1) Psiconeuroses: a) aguda; b) subagudas; c) mania de origem vasomotora; d) melancolia de origem vasomotora; 2) Cerebropsicoses; 3) Cerebropatias psíquicas;

**Richard von Kraft-Ebing** (1840-1903); (1879): A – Doenças Psíquicas do Cérebro Desenvolvido: I – Psiconeuroses: 1) Estados Primários Curáveis: 1.1) Melancolia: a) simples; b) atônita ou com estupor; 1.2) Mania: a) exaltação maníaca; b) mania com furor; 1.3) Estupidez ou Demência Curável: 1.4) Delírio Sensorial; 2) Estados Secundários Incuráveis: 2.1) Paranóia Secundária; 2.2) Demência Terminal: a) agitada; b) apática; II – Degenerações Psíquicas: 1) Loucura Constitucional Afetiva (*raisonnante*); 2) Loucura Moral; 3) Paranóia primária: a) com delírio de perseguição; b) com delírio de elevação de si mesmo: a) erótica; b) religiosa; 4) Distúrbios Mentais por Idéia Fixa; 5) Loucura derivada de Neuroses Constitucionais: 5.1) Epiléptica; 5.2) Histérica; 5.3) Hipocondríaca; III – Doenças Cerebrais com Distúrbios Psíquicos Predominantes: 1) Demência Paralítica; 2) Lues Cerebral (neuro-sífilis); 3) Alcoolismo Crônico; 4) Demência Senil; 5) Delírio Agudo; B – Paradas no Desenvolvimento Psíquico: Idiotia e Cretinismo;

**Jules Cotard** (1840-1887); (1879): 1) Loucura Hereditária ou dos degenerados; 2) Loucura Histérica: a) simples; b) dos hereditários; 3) Loucura Alcoólica: a) simples; b) dos hereditários; 4) Paralisia Geral: a) Idiopática; b) dos Alcoólicos; c) dos Hereditários; 5) Loucuras Circular e Intermitente: a) Idiopática; b) dos Paralíticos; c) dos Histéricos; d) dos hereditários; 6) Loucura Epiléptica: a) Simples; b) dos Paralíticos; c) dos

Alcoólicos; d) dos Histéricos; e) dos Hereditários; 7) Delírio de Perseguição: a) Idiopático; b) dos Epilépticos; c) dos Circulares; d) dos Paralíticos; e) dos Alcoólicos; f) dos Histéricos; g) dos hereditários; 8) Loucura da Dúvida: a) Idiopática; b) dos Persecutórios; c) dos Histéricos; d) dos Hereditários; 9) Mania, melancolia e distúrbios Elementares: a) Idiopáticas; b) Sintomáticas das formas referidas anteriormente;

**Ball** (1882); Loucuras: 1) Vesânicas ou Essenciais (sem lesão): a) Loucura Circular; b) Delírios Parciais; 2) Nevropáticas: a) Histérica; b) Epiléptica; c) Coréica; etc.; 3) Diatésicas (diatéticas): a) Gotosa; b) Reumática; c) Tuberculosa; d) Cancerosa; e) Anêmica; etc.; 4) Simpática: a) Genital; b) Cardíaca; c) Gastro-intestinal; d) Pulmonar; etc.; 5) Tóxicas: a) Alcoólica; b) Saturnina; c) Morfínica; etc.; 6) Orgânica ou Cérebro-espinhais; a) Paralisia Geral; b) Afasia; c) Delírio Agudo; d) Demência Hemiplégica; etc.; 7) Congênitas ou Morfológicas: a) Idiotia; 2) Imbecilidade; c) Cretinismo;

**Solfanelli** (1883): I – Psicoses Essenciais ou Típicas: A – Primárias: 1) Mania: a) Branda ou Hipomania; b) Aguda ou Típica; c) Grave (ou chamada delírio agudo); 2) Lipomania: a) Simples; b) Aguda ou Típica; c) com Estupor; 3) Demência Primitiva ou Estupidez; B – Secundárias: 1) Demência Consecutiva: a) Incompleta ou delírio Sistematizado; b) Completa; c) Agitada; d) Apática; II – Psicoses Discrásicas e de Intoxicação: A – Psicoses Discrásicas: 1) Loucura Puerperal: a) de Gestação; b) de Puerpério; c) de Aleitamento; B – Psicoses de Intoxicação: 1) Alcoolismo; 2) Loucura Pelagrosa; 3) Loucura de Sífilis Cerebral; III – Psicoses Orgânicas (com alterações cérebro-espinhais): 1) Demência Paralítica; 2) Demência Senil; IV – Psicoses Degenerativas: A – 1) Loucura Moral; 2) Loucura Periódica ou Circular; 3) Delírios Sistematizados Primitivos e Idéias Fixas; B – 1) Idiotismo; 2) Cretinismo;

**Emil Kraepelin**, [1856-1926]; Nosografia (1883-1915): esquema simplificado:

I-Loucura Infecciosa: 1) Delírios Febrís; 2) Delírios Infecciosos; c) Estados Infecciosos de fraqueza Psíquica; II- Psicose de Esgotamento: 1) Delírio por Colapso; 2) Confusão Mental (Amênciã); 3) Esgotamento Nervoso Crônico; III- Envenenamentos: 1) Agudos; 2) Crônicos: a) Alcoolismo; b) Morfinismo; c) Cocainismo; etc.; IV- Psicoses Tireotóxicas: 1) Mixedematosa; 2) Cretinismo; V- Demência Precoce: 1) Hebefrênica; 2) Catatônica; 3) Paranóide; VI- Demência Parálitica: 1) Depressiva; 2) Expansiva; VII- Loucura resultante de Doença Cerebral: 1) difusas; 2) circunscritas; VIII- Loucura da Idade Involutiva: 1) Melancolia; 2) Delírio Pré-senil de Dano; 3) Demência Senil; IX- Psicose Maníaco-depressiva: 1) estados maníacos; 2) estados depressivos; 3) estados mistos: a) loucura circular; X- Paranóia (várias formas); XI- Loucura Epiléptica (várias formas); XII- Nevroses Psicógenas: 1) Loucura Histérica; 2) Neurose de Susto; 3) Neurose de Espera Ansiosa; XIII- Estados Psicopáticos Originários: 1) Nervosidade; 2) Estado de Depressão Constitucional; 3) Estado de Excitação Constitucional; 4) Loucura coacta; 5) Loucura Impulsiva; 6) Aberrações Sexuais; XIV- Personalidade Psicopática: 1) Delinqüente nato; 2) Instável; 3) Mentirosos e Enganadores Doentios; 4) Pseudoquerelantes; etc.; XV- Retardados de desenvolvimento Psíquico: 1) Imbecilidade; 2) Idiotia;

**Tanzi e Lugaro** (1923): A- Grupo Exógeno: 1) Envenenamentos; 2) Psicoses Amenciais (com infecções ou toxicoses); 3) Psicoses Tireóideas; 4) Cerebropatias Infantis; 5) Cerebropatias Adultas; 6) Psicoses Senís; B- Epilepsia (prevalentemente exógena); C- Esquizofrenia; D- Grupo Endógeno (por causas internas): 1) Psicoses Afetivas; 2) Psicoses Obsessivas; 3) Histerismo; 4) Frenose Traumática; E- Personalidade Anômala: 1) Perversões Sexuais; 2) Imoralidade Constitucional; 3) Imbecilidade Constitucional; 4) Paranóia;

**Henderson e Gillespie (1927):** 1) Tipos de Reação Psiconeurótica: a) Neurastenia; 2) Estados Ansiosos; 3) Estados Obsessivo-impulsivos; 2) Tipos de Reação Afetiva: a) Psicose Maníaco-depressiva; b) Melancolia Involutiva; 3) Tipos de Reação Esquizofrênica: a) Esquizofrenia Simples; b) Hebefrenia; c) Catatonia; 4) Tipos de Reações Paranóides: Paranóia; b) Parafrenia; 5) Estados Psicopáticos; 6) Tipos de Reação Orgânica; 7) Epilepsia; 8) Deficiências Mentais; 9) Psicoses e Psiconeuroses de Guerra;

**Bunke (1942):** I- Psicopatias: 1) Tipos Psicopáticos; 2) Estados e Desenvolvimentos Psicopáticos: a) Nervosidade; b) Quadro Hipocondríaco; c) Estado Obsessivo; d) Reações Psicógenas; e) Imposição Histérica; f) Desenvolvimentos Paranoicais; II- Psicoses Maníaco-depressiva (e Timopatias); III- Estados Mórbidos e Doenças Orgânicas: 1) Psicoses Sintomáticas: 2) Psicoses de Intoxicação; 3) Psicoses em Doenças Cerebrais; 4) Psicoses por Lues (neuro-sífilis); 5) Psicoses da Idade Involuída e Senil: a) Psicoses de Climatério; b) Demências Pré-senil; c) Psicoses por Arteriosclerose e Hipertonia; IV- Tendência Convulsiva Hereditária e Estados Epilépticos Sintomáticos; V- Doenças Esquizofrênicas; VI- Estados de Deficiência Mental; VII- Cretinismo e Mixedema;

**Eugen Bleuler (1857-1939);** Nosografia de 1908 e 1955: A- Distúrbios Conexos a Doenças Somáticas: 1) Psicoses da Idade Involutiva: a) Demência Senil; b) Demência Pré-senil; 2) Psicoses Sifilíticas; 3) Distúrbios por outras Encefalopatias; 4) Lesões Traumáticas do Encéfalo; 5) Alcoolismo; 6) Toxicomanias; 7) Doenças Endócrinas; 8) Distúrbios por outras Doenças Internas: a) Epilepsias; b) Doenças Convulsivas; B- Distúrbios Mentais Endógenos: 1) Esquizofrenia; 1.1) Paranóide: a) Demência paranóide; b) Querulomania Paranóide); 1.2) Catatônica: a) Depressiva; b) Maniacal; c) Cíclica; d) Crônica; 1.3) Hebefrênica: a) com acessos maniacais; 1.4) Esquizofrenia Simples (ou Demência

Primária); 2) Psicose Maníaco-depressiva (Psicoses Afetivas); C- Reações Patológicas: 1) Construções Delirantes; 2) Neuroses Coactas; 3) Síndrome Neurastênica; 4) Reações Patológicas Somatizadas; 5) Síndromes Histéricas; 6) Quadros Psicorreativos Circunscritos; D- Distúrbios de Personalidade: 1) Psicopatias; 2) Oligofrenia;