

Psiquiatria: de onde viemos, em que rumo caminhamos?

Psychiatry: where do we come from, and where are we heading?

Rubens Romano Maciel¹

Quem não está habituado a olhar as estrelas pode vê-las com quase indiferença por infinitas vezes, mas se deslumbra ao perceber a ordem da aparente desordem de sua distribuição. Cada qual, com seu jeito específico, tem um lugar preciso. Obviamente que é uma ordem convencional, de identificá-las e de dar nomes a pequenos conjuntos delas arbitrariamente definidos, mas isto não diminui em nada o efeito.

Há ainda outra particularidade, não de natureza emocional, neste efeito: o observador passa a notar detalhes que antes, mesmo diante dos olhos, por desatenção passariam ocultos. Apesar de as estrelas estarem lá há muito tempo, podem ser descobertas e redescobertas muitas vezes.

As folhas vegetais, com suas minúcias, talvez produzam reação semelhante em quem se inicia no estudo de suas características e classificação; os insetos, para os que se iniciam na Entomologia; o corpo humano, para os estudantes de Anatomia. O mesmo padrão pode servir para inúmeros exemplos. São objetos desde sempre diante do olhar, mais bem vistos pelo conhecimento que pelos sentidos. A metáfora de luz para conhecimento não é casual de forma alguma.

Outros objetos se comportam na nossa mente de modo diferente, entorpecendo-a tal a carga mística que carregam em si. A exemplo, são achados arqueológicos importantes, objetos de valor histórico, rochas extraordinárias. A lista neste caso também pode ser extensa.

A Psiquiatria que está contida nas palavras impressas, a dos livros e artigos, com certeza não se coaduna em nenhum dos dois casos. Devido a sua insipidez, somente a muito custo nos impressiona. Fica enredada na superficialidade descritiva de epifenômenos e distante da visão penetrante de autores e movimentos que a nova onda objetiva, não conjectural, colocou no passado. Já a Psiquiatria que nos chega por ver e ouvir pacientes talvez caiba no segundo grupo, porém com resultados mais assustadores que deslumbrantes. Juntando as duas coisas, livros e pacientes ao vivo, os livros adquirem encanto quando, ainda que



¹ Doutorando em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

precariamente, nos salvam das extensas águas da ignorância sobre o que pensar ou fazer. É quase uma gratidão de afogado. Há que se fazer jus a alguns raros colegas que aparentam entusiasmo diante de textos psiquiátricos, mas dada a variação que existe entre humanos, parece ser o caso somente de considerá-los como raros.

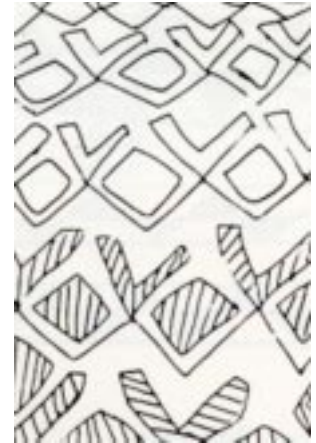
Há trabalhos, no entanto, cujo enfoque não é exatamente psiquiátrico, mas sobre Psiquiatria, que descrevem fatos, organizam-nos e chegam a resultados muito impressionantes. Neles, a Psiquiatria é outra.

O psiquiatra, imbuído de suas responsabilidades, arca, como os demais médicos, com o ônus da onipotência e da atemporalidade: deve possuir os melhores conhecimentos e habilidades, sem saber, porém, de onde veio ou em que rumo caminha. Decerto que, para não arcarmos sob excesso de peso, substituímos nossos deveres por intenções: nossas intenções são sempre as melhores, embora nossos recursos nem tanto.

Quando nos aproximamos do conhecimento já sedimentado no espaço em que a Psiquiatria, a História e a Sociologia se superpõem, esta avaliação benevolente das nossas intenções fica em situação precária. Se não mantivermos a crença nas nossas boas intenções, o ganho que podemos alcançar no nosso senso de orientação implicará em perdas a nós mesmos, enquanto categoria profissional e eventualmente até para a maneira como garantimos nosso sustento. É uma hipótese que, mesmo discutível, serve para chamar atenção para algo instigante: por que fatos objetivos, importantes, obviamente enunciados na literatura especializada, que trazem luz sobre como temos nos constituído, repercutem tão pouco? Somos todos em parte devedores afogados e estamos, orquestradamente, nos comportando de modo a abafar alguns detalhes selecionados do que testemunhamos? Há dados e conjecturas acerca deles cuja influência está em franca desproporção com o peso que possuem. Por que tomamos a Psiquiatria por esta sua versão simplificada quando outra está facilmente disponível?

Não é exagero pensar em risco para a sobrevivência da Psiquiatria se forem levadas em conta as duas ondas de transformação pelas quais ela passou nos últimos vinte a quarenta anos. Em ambas entendia-se como necessário, para que ela continuasse a existir, a total transformação na sua forma anterior de ser. E ambas teriam sido desdobramentos, em última instância, vinculados ao próprio nascimento da Psiquiatria. Ela resultou de processos diferentes dos que criaram todas as demais especialidades médicas. Enquanto todas surgiram da necessidade de divisão de áreas pelo acúmulo de conhecimento, a Psiquiatria passou a existir sem que possuísse um saber que fosse ele a razão de agregação de seus profissionais. Sua identidade vinha, no século XIX e em parte do século XX, de se incumbir do cuidado dos enfermos mentais, mesmo que não houvesse muita clareza sobre o significado desta expressão. Nascia com um objeto pouco delimitado, e já dividida: uma vertente biológica e outra moral, irreconciliáveis. Estes problemas quanto à delimitação e à definição da natureza de seu objeto persistiram na história a despeito de todos os avanços na literatura (Castel, 1975; Pam, 1990).

Tanto que uma das ondas acima mencionadas, a de contestação à



Psiquiatria (que a despeito de ser contestatória, foi levada a efeito quase exclusivamente por psiquiatras), suscitou, entre outros, o argumento de que os transtornos e as ações terapêuticas circunscritos sob sua égide deveriam ser divididos entre a Neurologia e as Ciências Humanas (Torrey, 1976).

A essas agressões, ela respondia, nos Estados Unidos, com as concepções psicossociais e preventivistas, gestadas na esteira de transformações do pós-guerra e tornadas hegemônicas nos anos sessenta e setenta (Wilson, 1993; Rochefort, 1984). Nesta mesma época, outra resposta nos Estados Unidos e também nos demais países desenvolvidos foi a desinstitucionalização, termo cujo significado variou conforme o país, mas que em comum possuía o sentido de contraposição ao asilamento de pacientes, objeto de execrável memória (Ramon, 1989; Grob, 1991). A perspectiva que nesta época era a mundialmente predominante pode ser depreendida das palavras de Menninger (apud Wilson, 1993, p.400): *“Devemos tentar explicar como aconteceu o mau-ajustamento observado e qual é o significado desta súbita excentricidade ou desesperada ou agressiva explosão. O que está sob o sintoma”*.

O esgotamento das soluções possíveis à Fenomenologia, cujos sinais eram detectáveis já nos anos trinta (Bercherie, 1989), a influência de teorias psicodinâmicas e do Existencialismo (que diluíam as fronteiras entre o normal e o patológico) e de diferentes vertentes políticas, acabaram, no decorrer dos anos setenta, por descaracterizar a Psiquiatria enquanto especialidade médica (Rogler, 1997). O não conseguir diferenciar entre normal e patológico foi um fato gravíssimo, levando-se em conta os muitos interesses que cabiam a ela atender, em particular o de empresas seguradoras (Wilson, 1993; Kane, 1996). E havia ainda a baixa confiabilidade (isto é, baixo índice de concordância nos diagnósticos feitos por diferentes profissionais), o que criava barreiras ao aprimoramento tanto teórico, quanto de práticas. Em 1976, o presidente da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA) disse que a Psiquiatria Social e o ativismo social *“conduzindo os psiquiatras à missão de mudar o mundo, levaram a profissão à beira da extinção”* (Wilson, 1993, p.402).

Em 1974, a APA instituiu a “Força Tarefa para Nomenclatura e Estatística” no intuito de reformular o DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), vigente desde 1968. O DSM-III, resultado do seu trabalho, foi apresentado em 1980 com um conteúdo tal que significou na prática a ruptura da APA com os parâmetros que até então ordenavam a nosografia. Causou enorme impacto e, de modo gradativo mas rápido, foi tendo sua influência ampliada a ponto de ser a origem da outra onda acima referida.

Segundo Wilson (1993), são três as diferenças fundamentais introduzidas pelo DSM-III: a perda do conceito de profundidade da mente, perda do conceito de inconsciente; o tempo a ser considerado para o diagnóstico foi encurtado do tempo de vida da pessoa para os 45 minutos de observação da entrevista; e, por último, houve *“uma constrição no espectro do que os clínicos passaram a tomar como clinicamente relevante (...) personalidade e desenvolvimento do caráter, conflitos inconscientes, transferência, dinâmica familiar e fatores sociais de um caso clínico cuja ênfase*

diminuiu” (p.408), enquanto tornou-se adequado descrever minuciosamente os sintomas.

Rogler (1997) faz uma proposta que talvez sirva de pista para, em parte, se compreender como a perda de tanto conhecimento pode ter contribuído para o avanço. Diz ele: “*A força central que levou à mudança de paradigma no DSM-III foi a ascensão ao poder de um ‘colegiado invisível’ de psiquiatras neo-Kraepelinianos cujo credo profissional coincidiu com a direção das mudanças culturais e institucionais na sociedade norte-americana*” (p.16). Dentre os vários pontos tocados por esta afirmação está que a Psiquiatria mudou porque, instrumentalizada com o DSM-III e sucedâneos, encontra-se com mais recursos para atender ao que é dela exigido pelas forças exteriores ao seu próprio campo. É uma conjectura coerente, que também poderia ser utilizada na reflexão de outros períodos. Falta à Psiquiatria um esqueleto que lhe dê sustentação interna, e por isso ela depende, ou sempre dependeu, de acordos com o que se passa fora dela para sobreviver? Isto possui imensas implicações, mas surpreendentemente acarreta poucas conseqüências.

Não são informações novas, não é preciso que sejam apresentadas com este arranjo ou interpretação, porém, como às estrelas, olhá-las coloca questões importantes sobre o nosso universo.

Referências bibliográficas

- BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- CASTEL, R. El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX. In: GRACÍA, R. (Org.) **Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial**. Barcelona: Barral Editores, 1975, p.71-96.
- GROB, G. N. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. **Am. J. Psychiatry**, v.148, p.4, 1991.
- KANE, J. M. Impact of recente economic changes in Psychiatry on academic Psychiatry programs. **Am. J. Psychiatry**, v.153, p.307-8, 1996.
- PAM, A. A critique of the scientific status of Biological Psychiatry. **Acta Psychiatr. Scand.**, v.82 (suppl.362), p.1-35, 1990.
- RAMON, S. The impact of the Italian Psychiatry reforms on North American and British professionals. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 35, p.120-7, 1989.
- ROCHFORD, D. A. Origins of the Third Psychiatric Revolution: The Community Mental Health Centers Act of 1963. **J. Health Polit. Policy Law**, v.9, p.1-30, 1984.
- ROGLER, L. H. Making sense of historical changes in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: five propositions. **J. Health Soc. Behav.**, v. 38, p.9-20, 1997.
- TORREY, E. F. **A morte da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- WILSON D. DSM-III and the transformation of American Psychiatry: a history. **Am. J. Psychiatry**, v.150, p.399-410, 1993.

PALAVRAS-CHAVE: Psiquiatria; comportamento; fatores culturais.

KEY WORDS: Psychiatry; behavior; cultural factors.

PALABRAS CLAVE: Psiquiátrico conductal; factores culturales.

Recebido para publicação em: 25/10/99.
Aprovado para publicação em: 06/04/00.

