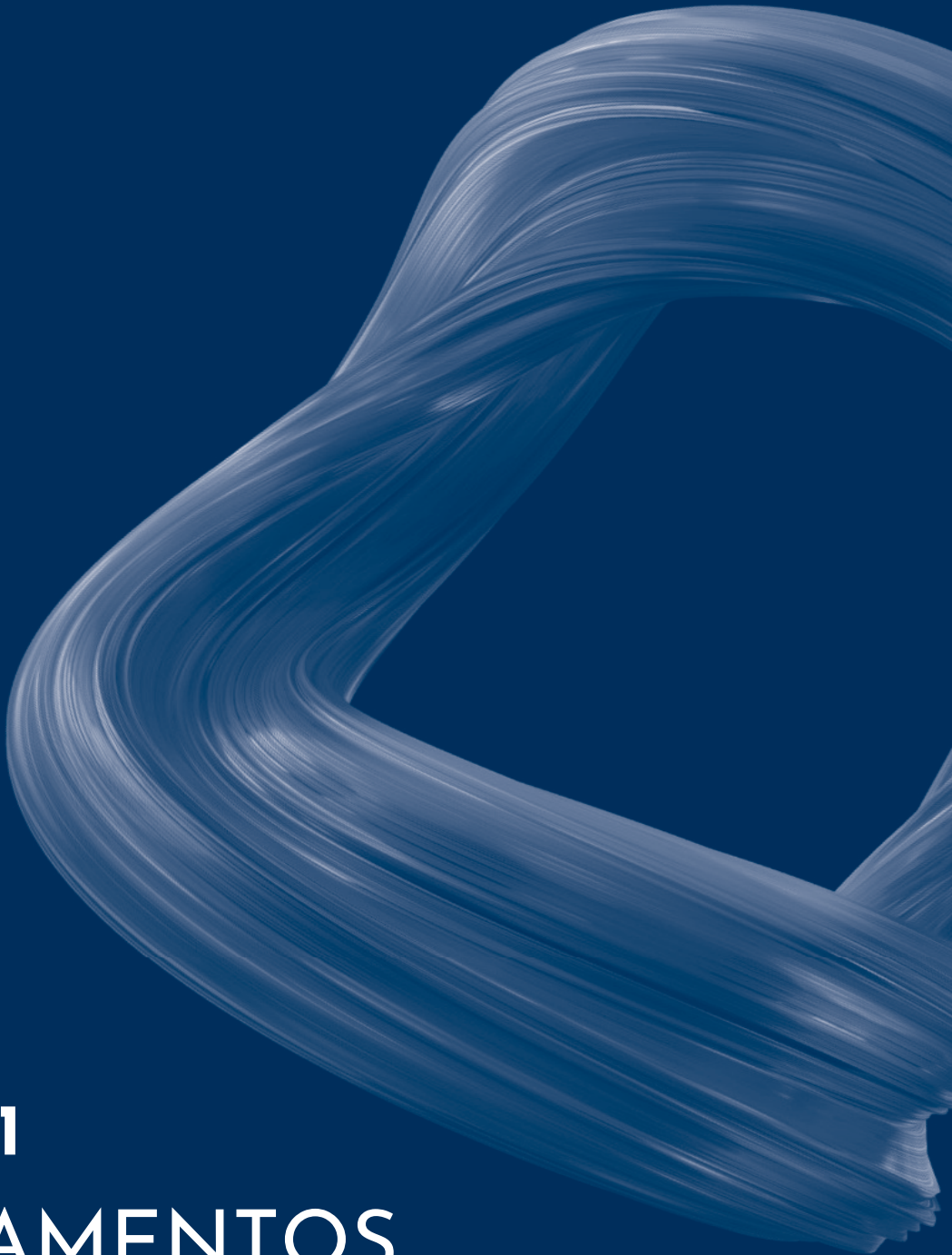


A large, abstract, light blue brushstroke graphic that curves from the top right towards the center of the page, creating a sense of movement and depth against the dark blue background.

PARTE 1

FUNDAMENTOS

1

UMA BREVE HISTÓRIA DO CONHECIMENTO PSIQUIÁTRICO E DE SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

MAURO V. MENDLOWICZ
MARCIO GEKKER
ANTONIO EGIDIO NARDI

Muitos médicos mais jovens podem ficar com impressões infundadas sobre a história da psiquiatria: que esta começou para valer com a publicação da 3ª edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III), em 1980,¹ que tudo que aconteceu antes seria parte de uma pré-história de interesse muito restrito, ou que os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e os antipsicóticos atípicos estiveram disponíveis desde sempre. Mas, se o que William Faulkner escreveu para o terceiro ato de *Requiem for a nun*, “[...] O passado nunca está morto. Ele sequer é passado [...]”, for verdade, vale sempre a pena rever a história e procurar no seu entendimento as raízes dos fatos atuais, e, por que não, das tendências futuras.²

Uma breve história da psiquiatria deve aspirar a brevidade e concisão. Isso nem sempre é possível. Os relatos que compõem a história da psiquiatria não estão organizados linearmente e tendem a ser dominados por uns poucos personagens proeminentes. O destaque no relato não deve ser confundido com a questão da primazia. Não se trata de identificar quem “descobriu” a esquizofrenia ou o transtorno bipolar (TB). Os autores citados neste capítulo representam, em nossa proposta, marcos históricos maiores, que influenciaram significativamente o desenvolvimento do conhecimento e da atuação psiquiátrica. Sua proeminência pode ter sido reforçada, por exemplo, por estarem atuando em centros mais avançados e com maior acesso à publicação, como a França e a Alemanha do século XIX e início do século XX. Pesquisadores brilhantes em centros menores podem ter sido – e muitos de fato foram – relegados a um esquecimento injusto. Relatos históricos distintos poderiam ter sido escritos se tivéssemos dado um peso diferente à atuação notável de vários autores que nem sequer mencionamos. Seja como for, saber situar os nomes e conhecer as ideias de alguns dos principais autores/atores da saga psiquiátrica, mesmo que esta seja apresentada de forma abreviada, só pode contribuir para tornar os bons psiquiatras melhores ainda.

MODELOS MÉDICO-FILOSÓFICOS DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Há um consenso entre os historiadores da medicina de que o primeiro modelo médico a se constituir foi o hipocrático, na Grécia do século V A.E.C. A novidade trazida por esse modelo consistiu na naturalização da doença, não mais concebida como o resultado da ação mágica de deuses e demônios. Esse entendimento está inserido em um contexto filosófico mais amplo de certas correntes do pensamento pré-socrático. Esses pensadores rejeitaram a concepção divina do Universo em favor de uma concepção naturalista: o cosmo era sujeito a leis que regiam seu funcionamento, as quais não davam margem à intervenção caprichosa dos deuses e podiam ser conhecidas por meio da razão humana.

Para a escola hipocrática, o homem era um microcosmo, regido por leis físicas semelhantes às do universo, do macrocosmo. Assim, por exemplo, existiriam no Uni-

verso, quatro elementos fundamentais: ar, água, terra e fogo. Segundo Empédocles, a esses quatro elementos corresponderiam quatro humores: o sangue, a pituíta, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. Segundo Hipócrates, o corpo humano seria constituído de partes sólidas e desses quatro humores. Qualquer predominância desses humores romperia o equilíbrio (crase) para gerar a doença (discrasia), agora tida como um fato natural. Esse desequilíbrio poderia levar à morte, ou, por uma tendência natural do organismo, à restauração do equilíbrio. A medicina seria a arte de favorecer o retorno ao equilíbrio. Ela seria uma ciência constituída pela acumulação de observações empíricas sobre os sinais do corpo, cujo conhecimento crítico permitiria ao médico formular um diagnóstico e um prognóstico. A doença mental faria parte dessas rupturas do equilíbrio do organismo. A epilepsia, por exemplo, perdeu seu *status* de doença sagrada para se transformar no resultado da invasão da cabeça por fluxo de pituíta. O frenesi, marcado pela excitação e pelo comprometimento da inteligência, resultaria da obstrução das membranas do cérebro e consequente refluxo da bÍlis amarela.

A teoria hipocrática introduziu uma ordem racional na patologia, que passou a ser explicada de acordo com leis físicas e a basear-se em observações sistemáticas. Contudo, ela apresentava duas fraquezas fundamentais: em primeiro lugar, a escassez de conhecimentos científicos, e, em segundo lugar, a dependência excessiva de doutrinas filosóficas, o que a predispunha a analogias e interpretações espúrias, distanciando-a da ênfase clínica. Na obra hipocrática, contudo, a sistematização das doutrinas estava em equilíbrio com um verdadeiro culto à observação clínica, culto esse que desapareceu por trás do sistema galênico.

Essas tendências deletérias se acentuaram quando da adoção das principais teses hipocráticas pelas escolas médicas que a sucederam: a escola dogmática alexandrina (que insistia nas relações com a filosofia de Platão), a escola latina [cujo principal expoente foi Galeno (131-211 E.C.)] e, com o desaparecimento do Império Romano, com as escolas árabe-persa de Avicena e árabe-judaica de Maimônides. A partir do século X, concepções clássicas hipocráticas foram reintroduzidas na Europa ocidental a partir das fontes islâmicas, principalmente por intermédio das escolas médicas de Salerno e Montepellier, como a doutrina dos humores, o primado da observação clínica, etc.

É difundida a crença de que a Idade Média europeia considerava os loucos como heréticos ou endemoniados. Para São Tomás de Aquino, por exemplo, a loucura cor-

respondia à perda da alma espiritual, sede da razão que permitia ao homem se desprender da materialidade e atingir o conhecimento de Deus. Embora as concepções populares medievais enfatizassem o papel dos espíritos na gênese da loucura, a caça às bruxas teve início paradoxalmente com o advento do Renascimento. O marco principal da concepção demonológica da loucura foi a publicação por Sprenger e Kramer, dois dominicanos, em 1486, do *Malleus maleficarum*, um autêntico manual de caça às bruxas. Contra essa concepção, se levantaram médicos e humanistas, como o belga Jean Wier [De *l'imposture et tromperie des diables* (1570)] e o italiano Zacchas, que defenderam a assimilação da loucura à medicina.³

O SURGIMENTO DA NOÇÃO MODERNA DE DOENÇA

Nos séculos XVI e XVII, a orientação hipocrático-galênica começou a sofrer a competição de outras concepções, como a iatroquímica e iatromecânica, inspiradas nas filosofias de Descartes e Leibniz. Foi, contudo, o médico inglês Sydenham (1624-1689) quem estabeleceu a primeira versão moderna do conceito operatório de doença e condenou, de forma definitiva, a medicina hipocrática à obsolescência. Para Sydenham, a doença corresponderia a um agrupamento típico de sinais correlacionados entre si, a síndrome, que evolui de forma característica e previsível e que se mantém mais ou menos idêntica de um paciente para outro. Com base nesses princípios, Sydenham foi capaz de individualizar doenças, como a gota e a coreia, que leva o seu nome. Seu conceito de doença era completamente independente das questões fisiológicas, etiológicas e anatomopatológicas. Ele se apoiava exclusivamente na coesão dos sinais clínicos (concepção sintomatológica).³

Um novo conceito de doença emergiu, no decorrer do século XVIII, a partir de pesquisas realizadas em cadáveres. Para Morgani, uma doença seria definida pela coerência entre seus sinais clínicos e alterações nos órgãos internos observadas nas necrópsias (ou seja, alterações anatomopatológicas). Com o uso de microscópio, Bichat concluiu que os sinais clínicos devem estar relacionados com alterações a nível tissular (ou seja, alterações histopatológicas). Já no século XIX, coube

a Virchow radicalizar a proposta de seus antecessores; para ele, a patologia celular, e não a tissular, como propôs Bichat, era o fundamento da medicina (concepção anatomoclínica).⁴

Claude Bernard foi o criador da fisiologia, para ele, a ciência da vida, em oposição à medicina, que seria a ciência das doenças. Essa separação, contudo, não era radical, já que entre as doenças e o estado normal existiria apenas uma diferença de grau. Assim, ele pôde, a partir de estudos sobre o papel do fígado e do pâncreas na regulação da glicemia, criar um modelo experimental do diabetes (modelo fisiopatológico).³

Por fim, a partir das pesquisas de Pasteur e Koch sobre o papel dos microrganismos na gênese das doenças, demonstrando que agentes infecciosos diferentes produzem patologias distintas, criou-se uma mentalidade etiológica: para cada doença existiria apenas uma causa (modelo etiológico).⁵

Na segunda metade do século XX, novos conceitos operatórios de doença emergiram. Poderíamos citar, entre outros, a concepção bioquímica, segundo a qual a doença seria o resultado de uma alteração bioquímica específica (p. ex., a doença de Parkinson, cujo substrato patológico seria a deficiência de dopamina nos núcleos da base, parcialmente sanável com a reposição exógena dela) e a concepção gênica, segundo a qual um gene específico seria responsável, em última instância, pelas anormalidades clínicas, anatomopatológicas e bioquímicas observadas (p. ex., na demência de Huntington).

A CONSTITUIÇÃO DO CONHECIMENTO PSIQUIÁTRICO

No final do século XVIII, não só na França como também em diversos países da Europa ocidental, uma série de eventos modificou o perfil das instituições médicas e de sua prática:

- 1 Os hospitais perderam seu caráter exclusivamente caritativo para voltar-se para funções clínicas e terapêuticas.
- 2 Os hospitais perderam a autonomia financeira que tinham e se tornaram dependentes das funções públicas.

- 3 A medicina tornou-se clínica e anatomoclínica.
- 4 As medidas privativas de liberdade cessaram gradualmente de depender das autoridades administrativas para passarem a emanar de um poder judiciário crescentemente autônomo.
- 5 As medidas de prevenção e tratamento dos doentes mentais saíram da esfera jurídica, levando à criação de novos arranjos.

OS ALIENISTAS

Na tradição liberal francesa, Philippe Pinel (1745-1826) é apresentado como o filantropo que garantiu aos loucos de Bicêtre um tratamento humanitário. Foucault denunciou os hospitais franceses da Idade Clássica como sendo instrumentos de controle social dos desviantes de todo gênero, inclusive os loucos. O papel de Pinel, sob o patrocínio da Revolução Francesa, teria sido o de tornar os hospitais um espaço medicalizado, destinado exclusivamente à coerção da loucura. Em contrapartida, essa coerção deixaria de ser exclusivamente física para se tornar predominantemente moral.

Pinel foi considerado, em seu tempo, não um psiquiatra ou alienista, mas uma das maiores autoridades em classificação de doenças. Nesse sentido, ele foi um dos que constituíram a clínica médica como uma observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis das doenças. O sistema classificatório de todas as doenças proposto por Pinel, na *Nosografia filosófica*, baseava-se exclusivamente “no estudo aprofundado dos sintomas”.⁶

Pinel adotou inicialmente em sua *Nosografia filosófica*, de 1798, a classificação etiopatogênica do médico escocês William Cullen (1710-1790), que considerava a existência de quatro grupos de doenças, um dos quais, as neuroses (termo cunhado pelo próprio Cullen em 1769), que decorriam do envolvimento global de um órgão sem lesões anatômicas reconhecíveis. As neuroses compreendiam os comas, as adinamias, os espasmos e as vesânicas.⁷

Já no *Tratado sobre a alienação mental*, de 1802, Pinel foi além da classificação de Cullen. Em primeiro lugar, adotou o termo “alienação mental”, pois considerava “vesania” um termo vago e impreciso. Em segundo lugar, ele se sentiu compelido a dividir a alienação mental em quatro espécies: melancolia, mania, demência e idiotismo. É importante realçar que Pinel não descreveu quatro entidades. Existia uma única entidade, a alienação mental, com quatro modos de expressão, tanto que o título do seu tratado se refere a uma única “alienação mental”.

Essa entidade pineliana não tem caráter ontológico, ela seria uma síndrome clínica de etiologia desconhecida.³

Na definição de alienação mental proposta por Pinel, pode-se reconhecer o que hoje corresponderia aos transtornos mentais de proporções psicóticas. Isso é coerente com sua atitude pragmática: ele lidava exclusivamente com pacientes psicóticos cuja intensidade do quadro demandava internação, e seu modelo visava ao manejo clínico desses pacientes. No *Tratado*, Pinel desvinculou completamente a alienação mental das neuroses de Cullen, que incluíam, entre muitas outras entidades, a hipocondria e a histeria. Ao fazê-lo, ele separou quase completamente os quadros psiquiátricos maiores, a alienação mental e, posteriormente, as psicoses, dos transtornos menores, as neuroses, que ficaram, assim, afastadas do domínio da psiquiatria. Em consequência, muitos quadros que hoje conhecemos como transtornos de ansiedade e de somatização foram inicialmente descritos, analisados e classificados por não psiquiatras. Assim, por exemplo, devemos ao médico francês Paul Briquet (1796-1881) descrições e análises apuradas sobre o transtorno de sintomas somáticos e sobre a histeria, sendo que os conhecimentos sobre esta foram enriquecidos sobremaneira pelos estudos de neurologistas, como Jean-Martin Charcot (1825-1893) e Sigmund Freud (1856-1939). Descrições pioneiras de ataque de pânico foram feitas pelo otorrinolaringologista húngaro Maurice Krishaber (1836-1883) e pelo médico militar norte-americano Jacob Mendes Da Costa (1833-1900). Os primeiros relatos e análises das consequências psicológicas dos eventos traumáticos são atribuídos ao cirurgião anglo-dinamarquês John Eric Erichsen (1818-1896) e ao neurologista inglês John Russel Reynolds (1828-1896). Essas entidades foram gradualmente incorporadas às classificações psiquiátricas oficiais.

Pinel foi influenciado pelas ideias do filósofo Cabanis (1757-1808), que defendia a existência de uma influência recíproca entre o moral e o físico, um assim chamado materialismo psicofísico. Dessa forma, ele acreditava que a alienação mental podia ser determinada tanto por causas físicas quanto por fatores como hereditariedade, educação, estilo de vida, diversas paixões, etc. É importante reenfatizar que a patogenia e a etiologia não tinham o menor papel na definição da alienação mental. Aliás, Pinel opôs-se frontalmente às teorias que explicavam a loucura como lesão material do cérebro (em um sentido mais amplo, ele opunha-se ao movimento anatomopatológico inaugurado por Bichat). Como para Pinel a loucura não comprometia o cérebro, mas apenas

o funcionamento da mente, a curabilidade da loucura era o corolário natural da sua concepção nosológica.⁸

O tratamento proposto por Pinel era coerente com os fundamentos filosóficos que adotava. No que tange aos aspectos físicos, ele era adepto do não intervencionismo hipocrático: a função do médico era a de favorecer a reação do organismo do qual a doença fazia parte. Já para o notório tratamento moral, Pinel baseava-se no sensualismo do Condillac, que acreditava que a vida psíquica se formava a partir dos sentidos. Se isso era verdade, era possível restabelecer o espírito perturbado controlando as sensações nas quais ele estava imerso. Isso só poderia ser feito no ambiente rigidamente controlado do asilo.⁸

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) foi o discípulo mais fiel e ortodoxo de Pinel. Sua obra consiste basicamente na aplicação, na ilustração e no aprofundamento das ideias de Pinel. A grandeza do trabalho de Esquirol reside na acurácia de suas descrições clínicas, muito superiores às de Pinel. Contudo, do ponto de vista doutrinário, sua obra pouco trazia de original. Entre suas principais contribuições, podemos citar:⁸

- do ponto de vista semiológico, Esquirol diferenciou alucinações de ilusões;
- do ponto de vista clínico, Esquirol diferenciou o retardo mental (congenito) da demência (adquirida);
- Esquirol tentou distinguir a mania, caracterizada pelo delírio total, das monomanias, que envolveriam diversos tipos de delírios parciais, comprometendo seletivamente algumas funções psíquicas. Por exemplo, o que chamamos de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) seria, para Esquirol, uma monomania comprometendo o pensamento ou a vontade.

Até 1854, ano em que Jean-Pierre Falret (1794-1870) publicou sua obra *De la non existence de la monomanie*, a psiquiatria francesa admitiu, de modo geral, que ela tinha como objeto de estudo, único e específico, a alienação mental.

A PSIQUIATRIA ALEMÃ DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX

Os ambientes sócio-político-culturais nos quais se desenvolveram as escolas psiquiátricas francesa e alemã do início do século XIX eram radicalmente distintos. A escola francesa situava-se na sequência do Iluminismo. Esse movimento pregava a luta pela liberdade, a valorização

da razão e o combate à ignorância e à superstição; vista dessa perspectiva, a loucura podia ser comparada a um transtorno da razão. Já a escola alemã surgiu no contexto do Romantismo. Esse movimento, oposto em muitos aspectos ao ideário iluminista, valorizava a individualidade, os sentimentos, a natureza e a irracionalidade. Seria a empatia, mais do que a razão, o que permitiria que se conhecessem os fundamentos de um indivíduo e a sua visão do mundo. Na primeira metade do século XIX, duas escolas disputavam a primazia, os *psiquistas* e os *somatistas*, com vantagem inicial para a primeira. Em comum, as duas escolas tinham o fato de se basearem em sistemas explicativos fechados e completos, dos quais deduziam sua abordagem dos problemas concretos. A psiquiatria alemã da primeira metade do século XIX era, portanto, pré-pineliana, por não ter adotado ainda a concepção clínica, fato que só iria ter lugar com o advento da obra de Griesinger, que impôs o predomínio da escola somatista. Outra característica comum às duas escolas era a crença na existência de uma psicose única, *Einheit-psychose*.

A escola psiquista considerava a loucura uma doença da alma, uma perda do seu equilíbrio harmonioso e natural. A nosologia por ela proposta consistia na dedução de formas a partir de uma construção racional *a priori* do espírito humano. Os principais psiquistas foram:

J. C. Reil (1759-1813) ► Além de ser um anatomista, foi um dos precursores da psicoterapia, como ele propôs em sua obra *Rapsódia sobre a aplicação dos métodos de terapêutica psíquica aos transtornos mentais* (1803). Foi o criador do termo “psiquiatria”.³

J. C. Heinroth (1883-1843) ► Introduziu a noção de conflito interno nas doenças mentais. Ele propôs que os processos psicológicos se desenvolviam em três níveis distintos: um inferior, das forças instintivas e do magnetismo; um nível da consciência (*bewusstsein*) e do Eu (*Ich*), em que predominariam a inteligência e a autoconsciência; e um nível superior, o da consciência moral (*Gewissen*). Influenciado pela religiosidade luterana, Heinroth acreditava que a consciência do pecado chocaria o senso moral, gerando conflito e levando a um nível de funcionamento inferior. Ele também concebia o corpo e a psique como dois aspectos do um só ser e criou o termo “psicossomática”.³

K. W. Ideler (1795-1860) ► Concebia as doenças mentais como resultado das circunstâncias da vida emocional e passional, inclusive dos impulsos sexuais

insatisfeitos, muitas vezes remontando aos primórdios da infância.³

H. W. Neumann (1814-1849) ► Acreditava que as pulsões (*Triebe*), principalmente as sexuais, quando não satisfeitas, podiam entravar o equilíbrio psíquico e se manifestar sob a forma de angústia.³

F. E. Beneke (1798-1845) ► Propôs que ideias pudessem ser simbolizadas em reações psicossomáticas.³

E. von Feuchtersleben (1806-1849) ► Cunhou o termo “psicose”, significando transtorno mental em geral.³

A psiquiatria psiquista alemã foi, de certa forma, um prenúncio das descobertas psicanalíticas. Ela se opunha às escolas empiristas e racionalistas da França e da Inglaterra ao enfatizar as particularidades do indivíduo em busca de um equilíbrio em meio ao conflito com suas fontes pulsionais irracionais. Contudo, apesar das intenções terapêuticas como as de Reil, ela não chegou a qualquer realização prática, e a reação somática a condenou a um papel marginal na história oficial da psiquiatria.

A escola somatista considerava as doenças mentais como sendo sempre sintomáticas de uma afecção orgânica. Ela também partia de uma opção metafísica: a inalienabilidade da alma, criada por Deus à sua imagem, daí resultando que somente as desordens do cérebro é que podiam enlouquecer o espírito. Carl Wigand Maximilian Jacobi (1775-1858), seu representante mais prestigioso, atribuía um caráter meramente secundário ao quadro clínico, concentrando todos os seus esforços na pesquisa etiológica.³

A polêmica entre psiquistas e somatistas foi superada com a obra de Wilhelm Griesinger (1817-1888), que adotou e desenvolveu uma concepção então prevalente na psiquiatria alemã. O psiquiatra belga Joseph Guislain (1797-1860), um discípulo de Esquirol, havia sugerido, em seu *Tratado sobre as frenopatias* (1835), que todos os aspectos da alienação mental não eram senão reações subsequentes a uma alteração fundamental, a “dor moral”, ou “frenalgia”. Ernst Albrecht von Zeller (1804-1877), o mestre de Griesinger, havia combinado essa noção com a da monopsicose, ou psicose única, sistematizada por Heinrich Neumann (1814-1884), e proposto que essas reações sintomáticas se apresentavam em uma dada sequência.⁴

Para Griesinger, doença mental era uma afecção material do cérebro, embora não necessariamente apreensível pelos recursos da época. Para ele, todas as formas clínicas de doença mental não eram senão fases de um mesmo processo, que se iniciava com a frenalgia e culminava com uma demência terminal completa.⁹ Assim, teríamos:

- 1 melancolia, que seria a extensão e a sistematização da frenalgia inicial;
- 2 estados de exaltação mental, constituindo uma reação de defesa contra a frenalgia inicial;
- 3 delírio sistematizado, com enfraquecimento mental e deformação do eu;
- 4 demência agitada, mantendo, apesar do déficit, certo nível de atividade mental;
- 5 demência apática, com abolição de toda a atividade mental.

Essas etapas podiam fixar-se, progredir ou regredir, possibilidade esta que se tornava mais remota com a aproximação do estágio terminal. Podemos, então, observar que uma das contribuições originais de Griesinger à nosologia foi a introdução de um novo critério clínico, a evolução, que se revelaria, como veremos, muito importante na obra de Kraepelin.

OS MODELOS ORGANICISTAS NA PSIQUIATRIA

Como vimos anteriormente, a posição de Pinel e, consequentemente, a de Esquirol, era a de defesa intransigente da concepção clínica, em oposição à força crescente da concepção anatomoclínica. Seus discípulos, recém-saídos das escolas médicas, viam-se expostos à tentação de aplicar as concepções anatomoclínicas à alienação mental. Duas correntes se esboçaram entre os alienistas: os anatomistas buscavam (sem sucesso) uma base anatomopatológica para a alienação mental; os funcionalistas, como François Leuret (1797-1851), comparavam o distúrbio funcional da alienação mental ao dos sonhos, que “leva às falsas convicções de indivíduos razoáveis e excita os instintos e as paixões”.³

Étienne-Jean Georget (1795-1828), em *De la folie* (1820), delineou uma posição intermediária entre anatomistas e funcionalistas ao utilizar a organicidade, de forma pioneira, como um princípio diferenciador no conceito global de insanidade. Georget admitiu, como postulado geral, que qualquer patologia da mente impli-

cava uma participação do cérebro, mas ele se propôs a distinguir entre dois tipos qualitativamente diferentes de alienação mental. O primeiro, o “*délire aigu*”, seria apenas um sintoma (diríamos, hoje, uma síndrome) que expressa a reação cerebral a uma agressão física ou tóxica direta ou indireta. A segunda, loucura propriamente dita, incluiria as espécies de alienação mental de Pinel e Esquirol, mania, melancolia, idiotia e demência, acrescidas de um estado confusional curável, a estupidez. Percebe-se claramente na obra de Georget o esboço da distinção válida, ainda hoje, entre as psicoses orgânicas e as funcionais. Embora, pelos conceitos modernos, a idiotia e a demência estivessem mais bem situadas no primeiro grupo, o respeito pela obra de Esquirol impediu Georget de operar esse deslocamento.⁴

Antes de revermos as contribuições de Antoine Laurent Bayle (1799-1858), convém abordarmos sucintamente a história da sífilis. O primeiro registro histórico dessa doença foi feito em 1495, na cidade de Nápoles, então ocupada por tropas francesas. Os napolitanos a denominaram de “mal francês”; os franceses a denominaram de “mal napolitano”. Alguns acreditam que ela tenha sido trazida do Caribe pelos marinheiros de Colombo três anos antes da epidemia napolitana. Outros acreditam que se tratava de um mal antigo, até então em estado dormiente. Os mercenários a disseminaram por toda a Europa. Ainda em 1495, chegou a Paris, e o Parlamento decretou a expulsão de todos os sífilíticos estrangeiros e a reclusão domiciliar dos locais, sob pena de enforcamento. Em 1530, Erasmo utilizou pela primeira vez o termo sífilis para se referir à doença, baseando-se no poema popular, escrito pelo médico italiano Fracastoro, sobre um pastor grego iconoclasta, de nome Sífilis, que fora punido pelo deus Sol com chagas disseminadas por todo o corpo.³

No final do século XIX, a sífilis parecia representar uma nova Peste Negra; cerca de 20% da população parisiense estava contaminada. Sucumbiram às complicações da sífilis compositores, como Schubert, Schumann e Donizetti, escritores, como Maupassant e Keats, pintores, como Manet, e filósofos, como Nietzsche. Somente em 1905, Fritz Schaudin identificou o agente etiológico, o *Treponema pallidum*. Em 1910, Paul Ehrlich descobriu o primeiro tratamento eficaz, o 606, um composto de arsênico. Em 1943, a descoberta da penicilina trouxe o tratamento definitivo para essa condição.⁹

Embora Esquirol já houvesse reconhecido as características clínicas da paralisia geral progressiva, ele a havia tomado por um estado terminal de certas formas de alienação mental. Foi apenas em 1879 que Fournier

reconheceu a etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva, embora tenha sido apenas em 1913 que Noguchi identificou treponemas no cérebro de pacientes com esse quadro.³

Assim, em 1822, muito antes de a relação entre a paralisia geral progressiva e a sífilis ser suspeitada, Bayle defendeu uma tese denominada *Recherches sur les maladies mentales*, na qual sustentava que a insanidade era, algumas vezes, o sintoma de uma inflamação crônica da aracnoide, uma das membranas meníngeas que envolvem o cérebro. Entre as causas de alienação sintomática (vide Georget), figuraria a paralisia geral progressiva. Esta evoluiria em três fases: (1) um delírio monomaniaco, com exaltação; (2) um delírio maniaco geral, com agitação, logorria e, às vezes, furor; e (3) uma fase demencial com incoerência e amnésia. A descrição de Bayle foi um marco na história da psiquiatria. Pela primeira vez, uma entidade foi isolada e caracterizada clinicamente por sintomas específicos, com um curso clínico definido, e patologicamente, por uma lesão precisa no sistema nervoso central (SNC). Esse esquema correspondia perfeitamente ao conceito anatomopatológico de doença que vinha sendo desenvolvido na ocasião.

Em 1826, Bayle publicou o primeiro e único volume do seu *Traité sur les maladies mentales*, onde defendeu o ponto de vista de que seu modelo poderia ser também aplicado à alienação mental “idiopática”. A reação unânime do *establishment* alienista foi tão intensa que Bayle abandonou a psiquiatria.¹⁰ Foram necessários 20 anos para que sua descoberta começasse a ser reconhecida e contribuísse, por fim, para a derrocada final do modelo alienista.

BÉNÉDICT-AUGUSTIN MOREL E A TEORIA DA DEGENERESCÊNCIA

Em 1857, em sua obra *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles e morales de l'espèce humaine*, Morel (1809-1873) introduziu a ideia de que grande parte da alienação mental era a expressão de uma alteração funcional, talvez lesional, do SNC, produzida por um processo de degeneração.¹¹ Influenciado pelas ideias de Darwin sobre a evolução das espécies, e pelas de Lamarck sobre a transmissão hereditária das modificações adaptativas dos órgãos, Morel acreditava que causas tóxicas (álcool), climáticas, ecológicas (deficiência de iodo), morais e sociais (miséria) podiam produzir no organismo um desvio patológico do estado originalmente perfeito da

humanidade, e que esses desvios podiam ser transmitidos hereditariamente à descendência. Já que essas influências nocivas eram, em geral, permanentes, elas tinham um efeito cumulativo, e a gravidade das alterações degenerativas aumentava com a sucessão de gerações da família afetada. As desordens mentais, expressão sintomática do processo etiológico degenerativo, podiam ser classificadas hierarquicamente, das formas mais leves (o “temperamento nervoso”) às formas mais severas (a “idiotia”). Em última instância, a família gravemente acometida caminharia para a extinção. As ideias de Morel tiveram ampla repercussão, inclusive fora dos domínios da psiquiatria, tendo inspirado neurologistas, como Beard (neurastenia), escritores, como Zola e os Goncourt (noção do atavismo), e criminologistas, como Lombroso (noção do criminoso nato).⁹

A teoria da degenerescência de Morel pode e deve ser criticada por vários motivos. Apoiada em noções religiosas e fazendo uso equivocado de conceitos científicos, podia se prestar à depreciação do paciente e até a usos políticos. Contudo, alguns pontos peculiares, ou mesmo positivos, devem ser registrados. Em primeiro lugar, trata-se do primeiro sistema classificatório em psiquiatria de base puramente etiológica. Em segundo lugar, as doenças mentais de Morel extrapolaram os limites estreitos da alienação mental de Pinel. As manifestações leves de degeneração incluíam o que hoje chamaríamos de transtornos da personalidade e neuroses, que foram assim reintegradas ao corpo da psiquiatria. Por último, diferentemente da maioria dos alienistas, Morel atuou profissionalmente na cidade de Rouen e atentou para a importância dos fatores do meio. Assim, embora a noção de degenerescência pudesse ter resvalado para um niilismo terapêutico, tratava-se de uma noção dinâmica que levava em consideração a evolução das doenças e a importância dos fatores do meio. Morel propôs tratamentos morais e educativos, capazes de, se não fizessem regredir a condição degenerativa, ao menos sustarem seu desenvolvimento, e medidas eugenistas, que poderiam impedir a transmissão da condição à descendência de pacientes gravemente acometidos.

EMIL KRAEPELIN E A DEMÊNCIA PRECOCE

As escolas psiquiátricas tinham chegado a uma situação de impasse no início da segunda metade do século XIX. A escola alemã, por um lado, representada naquele mo-

mento pelas concepções de Griesinger, não conseguia superar a noção da psicose única. A escola francesa, por outro lado, livre, afinal, da noção unitária da alienação mental, mas ainda sustentando a primazia da clínica defendida por Pinel, produzia inúmeras descrições clínicas que levavam à fragmentação quase total do campo da nosologia, sem qualquer perspectiva de se produzir uma visão de conjunto. Coube a Emil Kraepelin (1856-1926) criar a visão de conjunto que ainda hoje embasa nossa concepção de psicose. Na quinta edição do seu tratado, datada de 1896, ele anunciou que, dali por diante, adotaria uma perspectiva exclusivamente clínica, que ele elaborou no seu “conceito de doença” (*krankheitsbegriff*).⁷

Para Kraepelin, existiriam, na psiquiatria, categorias finitas, as doenças. Se todos os fatos científicos estivessem à nossa disposição, essas categorias poderiam ser definidas com base em critérios clínicos, patogênicos ou etiológicos, o que levaria a três sistemas de classificações que, contudo, seriam idênticos, refletindo uma perfeita correspondência entre os três níveis postulados. Como, naquele momento, os conhecimentos sobre as causas e mecanismos das doenças eram ainda insuficientes, caberia ao estudo dos sintomas, de suas condições de aparecimento, de sua natureza e de sua evolução constituir a base para uma classificação das doenças. Assim, Kraepelin favorece uma abordagem clínica, não aquela de Sydenham ou Pinel, mas sim referenciada à patogenia e à etiologia, que não se esgotavam na própria clínica. Mais ainda, o aspecto evolutivo ganhou uma proeminência especial.⁷

Essa ênfase clínico-evolutiva permitiu a Kraepelin reagrupar e redividir as psicoses endógenas sem lesões cerebrais aparentes. Ele colocou, de um lado, a insanidade maníaco-depressiva, descrita por Falret com o nome de loucura circular (mas já conhecida das descrições feitas por Areateus da Capadócia, no século I E.C.) e caracterizada pela alternância de fases de exaltação e euforia com fases depressivas, sem que, ao longo da evolução da doença, a personalidade do paciente exibisse deterioração. À insanidade maníaco-depressiva, Kraepelin contrapôs a demência precoce, termo em uso corrente desde que Morel o utilizou para descrever o estado terminal de certos quadros psicóticos manifestados em pacientes jovens. A demência precoce, nossa atual esquizofrenia, poderia se manifestar sob três formas distintas, duas das quais haviam sido descritas anteriormente como entidades clínicas autônomas, a saber: a hebefrenia (descrita por Ewald Hecker em 1871), a catatonia (ou loucura da tensão muscular, descrita por Karl Ludwig Kahlbaum em

1874) e a demência paranoide (descrita pelo próprio Kraepelin). As três formas podiam se alternar entre si, mas a tendência principal era a da evolução na direção de um estado deficitário terminal. É importante frisar que Kraepelin utilizou o termo demência em um sentido diferente do que é empregado atualmente. Na concepção moderna, demência corresponde habitualmente a uma síndrome apresentada, em geral, por pacientes idosos e caracterizada pela perda progressiva das capacidades cognitivas e intelectuais sob a ação de um grupo variado de lesões cerebrais. Na “demência” de Kraepelin, a inteligência, a memória e a orientação permaneciam intactas; as funções comprometidas eram a afetividade (principalmente na hebefrenia), a vontade (principalmente na catatonia) e o julgamento (na demência paranoide), levando, no estado terminal, a um comprometimento profundo e global da personalidade do paciente normalmente jovem. Essa divisão do quadro das psicoses endógenas (ou seja, não orgânicas) em duas entidades com quadros clínicos e evoluções distintas constitui o legado mais duradouro de Kraepelin, tendo sido incorporado a praticamente todos os sistemas classificatórios modernos.⁷

EUGEN BLEULER E “AS ESQUIZOFRENIAS”

Eugen Bleuler (1857-1939) foi diretor do Hospital de Burghölzli, em Zurique. Suas observações clínicas o levaram a criticar a concepção kraepeliniana de demência precoce, que, para ele, não correspondia a uma demência verdadeira e nem sempre era precoce no desenrolar do processo patológico. A partir de 1906, Bleuler passou a fazer uso do termo “as esquizofrenias” (no plural) para designar demência precoce. O termo “esquizofrenia” correspondia a uma síntese da concepção psicopatológica de Bleuler, delineada em sua obra *A demência precoce ou o grupo das esquizofrenias*, de 1911. Essa concepção se originou da aplicação das teorias freudianas à demência precoce, intermediadas por Jung, na época, assistente de Bleuler e amigo e discípulo de Freud.⁷

Para Bleuler, a demência precoce não deveria ser definida pela debilitação psíquica ou pelo curso clínico deteriorante, mas por um distúrbio fundamental, um transtorno das associações entre as diversas funções psíquicas. Esse transtorno poderia afetar a passagem de uma ideia para outra no pensamento e na fala, ou a coordenação entre os processos emocionais, volitivos e cognitivos. Esse distúrbio da associação seria claramente perceptí-

vel no que Bleuler denominou sintomas primários da esquizofrenia: os distúrbios do afeto, da associação do pensamento, a ambivalência e o autismo (correspondendo a um afastamento do indivíduo do mundo real em direção a seu mundo interno). Os sintomas primários da esquizofrenia refletiriam diretamente o processo mórbido. Os demais sintomas, como delírios, alucinações e sintomas catatônicos, corresponderiam a uma tentativa secundária de reorganização do psiquismo. O conteúdo dos sintomas, este sim, poderia ser compreendido à luz da psicologia dos complexos esboçada por Jung e dos mecanismos (condensação, deslocamento, simbolização, etc.) evidenciados por Freud em seu estudo dos sonhos e dos atos falhos.⁷

Como causa desse distúrbio associativo fundamental foi sugerida a ação de uma hipotética toxina, tendo Bleuler recusado as sugestões de Jung no sentido de que o evento inicial poderia ser de natureza psicológica, a fixação no complexo ideoaafetivo levando à liberação dessa suposta toxina.

Uma consequência lógica da concepção bleuleriana é o fato de que delírios e alucinações deixaram de ser considerados requisitos necessários para se fazer o diagnóstico da esquizofrenia. Coerentemente, Bleuler acrescentou um quarto grupo aos três descritos por Kraepelin, a esquizofrenia simples, caracterizada pela presença de indícios do distúrbio fundamental desacompanhada de sintomas produtivos. O resultado desse acréscimo foi a ampliação do domínio diagnóstico da esquizofrenia, que se tornou muito mais extenso (e impreciso) do que o da demência precoce. É importante enfatizar que, na concepção de Bleuler, a demência precoce deixou de ser uma entidade mórbida com um curso clínico definido para se transformar em um complexo sintomático, em uma síndrome definida unicamente pela presença dos sintomas fundamentais.

A PSICOPATOLOGIA DE KURT SCHNEIDER

Kurt Schneider (1887-1967), professor de psiquiatria em Heidelberg, foi um dos pensadores mais lúcidos e originais em psicopatologia. Apoiando-se no que ele chamou de dualismo empírico, Schneider dividiu a psiquiatria em dois domínios separados, correspondendo o primeiro deles às “doenças” ou “enfermidades”, e o segundo, às “variações anormais”, não existindo qualquer transição entre eles.

O primeiro domínio é subdividido, a título provisório, em duas seções, *psicoses orgânicas*, cuja etiologia biológica é conhecida, por exemplo, como traumatismos cranianos, demências, malformações, etc., e *psicoses endógenas*, basicamente, a esquizofrenia e o transtorno maníaco-depressivo, cuja origem biológica, jamais evidenciada, é afirmada em tese. Como a etiologia dessas duas últimas entidades é ainda desconhecida, elas são consideradas síndromes psicopatológicas de etiologia ainda por esclarecer. Como não podem ser definidas senão a nível clínico, Schneider sugeriu uma série daquilo que ele denominou de “sintomas de primeira ordem”, que teriam um valor especial no diagnóstico da esquizofrenia:

- pensar alto (sonorização ou eco do pensamento);
- ouvir vozes que dialogam entre si;
- ouvir vozes que acompanham a própria atividade com comentários;
- roubo ou inserção do pensamento;
- transmissão do pensamento;
- vivências de controle externo;
- vivências de influxo corporal (sensação de que o corpo é um receptáculo passivo de sensações corporais impostas de fora);
- percepção delirante.

Embora as pesquisas tenham relativizado o valor dos “sintomas de primeira ordem” de Kurt Schneider para o diagnóstico da esquizofrenia, foi dado a eles um peso especial nos critérios diagnósticos da *Classificação internacional de doenças* (CID-10) para essa condição.

Diferentemente das “doenças”, as variações anormais representam variações apenas quantitativas do normal, com o qual confluem gradualmente. Estas incluem:

- disposições anormais da inteligência;
- personalidades anormais;
- reações vivenciais anormais.

Como as variações anormais apresentam uma continuidade com a normalidade (definida estatisticamente), Schneider propôs que o critério para a existência de patologia fosse a presença de sofrimento para o indivíduo ou a sociedade (“personalidades psicopáticas são aquelas que sofrem com a sua anormalidade ou que assim fazem sofrer a sociedade”).⁹

Kurt Schneider propôs, em 1923, uma tipologia assistemática, incluindo 10 tipos de personalidades psicopáticas, que são os hipertímicos, depressivos, inseguros

de si, fanáticos, necessitados de valorização, instáveis de ânimo, explosivos, frios de sentimentos, abúlicos e astênicos.⁷ Embora a maior parte desses tipos de personalidade tenha caído no esquecimento, a proposta de uma tipologia assistemática continua a fundamentar a classificação dos transtornos da personalidade no capítulo II do DSM-5.¹² Já as contestações recentes ao modelo schneideriano dominante podem ser encontradas no modelo alternativo do DSM-5 (o modelo híbrido, no capítulo III)¹² e na proposta da CID-11 (modelo dimensional).¹³

A grande percepção de Schneider foi reconhecer que, em termos dos conhecimentos da época, não era possível propor um modelo psicopatológico único para todo o campo da psiquiatria. Em sua concepção, coexistem doenças (definidas em termos anatomopatológicos, patogenéticos ou etiológicos), síndromes (definidas sintomatologicamente) e variações anormais (correspondendo, em essência, a variações quantitativas de uma normalidade definida estatisticamente).

A CORRENTE FENOMENOLÓGICA

No século XVII, o termo “fenômeno” era empregado para denotar os fenômenos físicos. No final do século XVIII, sob a influência de Kant, ele passou a significar as manifestações mentais conscientes. Este conceito foi elaborado adicionalmente nos trabalhos dos filósofos Brentano e Husserl. Este último desenvolveu o conceito de fenomenologia descritiva, que foi introduzida na psiquiatria por Karl Jaspers (1883-1969) como um instrumento para a pesquisa psicopatológica. Nesse sentido, ela consiste exclusivamente na descrição, pelos próprios pacientes, de suas atividades conscientes. A avaliação ou explicação dessas descrições fenomenológicas se situariam fora dos domínios da fenomenologia. Caberia às várias escolas psicológicas estudar as associações causais das experiências conscientes descritas fenomenologicamente, estabelecer suas justificativas, seus desvios da normalidade e sua possível psicopatologia.

Baseando-se nesses princípios, Jaspers elaborou a sua monumental obra *Psicopatologia geral* (1913), na qual ele organizou os princípios sobre os quais se assenta a semiologia psiquiátrica atualmente utilizada.¹⁴

Outros psiquiatras lançaram mão de fenomenologia descritiva para caracterizar o mundo experiencial do obsessivo (Von Gebsattel), o mundo experiencial do maníaco (Binswanger) e as vivências temporais (Minkowski). Outra linha de desenvolvimento da corrente fenomenoló-

gica, mais inspirada no pensamento existencialista de Heidegger, foi a análise existencial, criada por Ludwig Binswanger (1881-1966). Os resultados das análises e reflexões desses pensadores não deram origem a um sistema organizado – o que seria contrário ao espírito da fenomenologia –, já que favoreciam uma singularização na compreensão dos casos clínicos e no seu tratamento.

O MODELO FREUDIANO

Sigmund Freud (1856-1938) inventou a psicanálise em uma abordagem clínica, por meio de sucessivos questionamentos exigidos pelos fatos observados. As principais influências sofridas por Freud foram:

- o movimento romântico alemão, cujas ideias já abordamos sucintamente;
- o positivismo médico de escola de Viena, onde Freud foi discípulo do notável fisiologista Ernst Wilhelm von Brücke (1819-1892). Um dos autores que mais influenciou Freud foi Gustav Theodor Fechner (1801-1887), que, combinando a filosofia romântica da natureza com os princípios da psicologia experimental, teorizou sobre os princípios do prazer, da estabilidade e da repetição, que vieram a ocupar um papel de destaque na formulação metapsicológica freudiana;
- os estudos clínicos franceses sobre as relações entre histeria e hipnose (principalmente os da escola neurológica) de Charcot em Paris (que admitia um fundamento orgânico para ambos os fenômenos) e, mais ainda, por Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904) e Hippolyte-Marie Bernheim (1840-1919), da escola de Nancy, que se opunha à anterior para defender que a hipnose era apenas um fenômeno da atenção;
- a psicologia dinâmica de Johann Friedrich Herbart (1776-1841), que descreveu o processo de passagem das ideias entre o consciente e o inconsciente de acordo com seu nível de energia.

A psicanálise, obviamente, é muito mais do que uma teoria psicopatológica. Ela corresponde a um método de investigação, que permite colocar em evidência as significações inconscientes produzidas pela livre associação, um método psicoterapêutico, o tratamento psicanalítico e um conjunto de teorias fornecidas por esses métodos. Como está além de nossas possibilidades sintetizar todo esse conjunto, nos limitaremos a descrever aqueles

pontos de contato nos quais a teoria psicanalítica interagiu com as principais correntes psicopatológicas e por intermédio dos quais Freud se tornou um interlocutor dos psicopatologistas.

No momento em que Freud começou a desenvolver sua obra, o termo “neurose” estava enfrentando o seu momento de maior decadência desde que Pinel o excluiu do âmbito do alienismo. Freud logrou reabilitar o termo, dando-lhe uma consistência que só foi oficialmente questionada no DSM-III.

A principal preocupação de Freud era evidenciar os mecanismos psicogênicos de uma série de afecções. O eixo de sua classificação passava entre as neuroses atuais, em que a etiologia era procurada em uma disfunção somática da sexualidade, e as psiconeuroses, em que o conflito psíquico é o determinante.

A expressão “neurose atual” apareceu na obra *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898)¹⁵ para designar a neurose de angústia e a neurastenia. Contudo, a noção da especificidade dessas afecções ante outras neuroses data das publicações de 1894-1896 e da correspondência com Fliess. A oposição entre as neuroses atuais e as psiconeuroses é etiológica e patogênica. A causa é sexual nos dois tipos de neuroses, mas, nas neuroses atuais, ela deve ser procurada nas desordens da vida sexual atual, enquanto, nas psiconeuroses, ela residiria em acontecimentos importantes da vida passada. A etiologia é somática nas neuroses atuais e psíquica nas psiconeuroses. Na neurose de angústia, o fator causal seria a ausência de uma descarga da excitação sexual, enquanto, na neurastenia, o apaziguamento da excitação sexual é inadequado (p. ex., masturbação). O mecanismo de formação dos sintomas seria somático e não simbólico. Estariam ausentes em sua formação a mediação encontrada na formação dos sintomas das psiconeuroses. Do ponto de vista terapêutico, isso implica que as neuroses atuais nada têm a ver com a psicanálise, pois os sintomas não procedem de uma significação a elucidar.

O grupo das psiconeuroses, cujos sintomas seriam a expressão simbólica de um conflito psíquico, foi dividido por Freud, em *Lições introdutórias à psicanálise* (1917),¹⁶ em neuroses de transferência e neuroses narcísicas. As neuroses de transferência se caracterizaram pelo fato de a libido ser sempre deslocada para os objetos reais ou imaginários, em lugar de se retrair sobre o ego. Por esse motivo, elas seriam mais acessíveis ao tratamento analítico, uma vez que permitiram o aparecimento da transferência, o elemento propulsor do tratamento psicanalítico. Elas compreenderiam a neurose de ansiedade,

a histeria de conversão e a neurose obsessiva. A histeria de conversão é caracterizada pela conversão da excitação psíquica em inervação física, resultando no aparecimento de alterações das funções motora ou sensitiva (conversão histérica). A neurose de ansiedade, caracterizada pela ocorrência de sintomas fóbicos, resultaria do deslocamento de um afeto conflitante para um objeto ou situação fora do sistema do ego. A neurose obsessiva havia sido descrita anteriormente por JP Falret, entre outros, como *folie de la doute*, e por Morel como *delire emotif*.⁹ Seus principais sintomas, as obsessões e as compulsões, resultariam, segundo Freud, do manejo dos conflitos psíquicos por meio de mecanismos específicos, a saber: deslocamento do afeto, isolamento, anulação retroativa, etc.

As neuroses narcísicas caracterizariam, no plano teórico, a retração da libido sobre o ego, o que implica, no plano terapêutico, em dificuldades ou mesmo na impossibilidade do desenvolvimento da transferência. Originalmente, as neuroses narcísicas corresponderiam às psicoses, mas, em *Neurose e psicose* (1924),¹⁷ Freud restringiu o uso da expressão às afecções do tipo melancólico, diferenciando-as tanto das neuroses de transferência quanto das psicoses.

A partir do esquema classificatório elaborado por Freud, pode-se constatar que a finalidade básica dele era a de permitir a identificação das afecções potencialmente tratáveis por meio da psicanálise. De saída, são distinguidas as condições de origem somática e as de origem psíquica. Em seguida, são identificadas as afecções nos tratamentos das quais a transferência pode se desenvolver e aquelas nas quais a transferência não se desenvolve. As diversas formas clínicas de neuroses – histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva – corresponderiam a mecanismos diferentes de manejo de conflitos internos, que seriam representados simbolicamente pelos sintomas apresentados pelos pacientes.

A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

O marco inicial da instituição da psiquiatria no Brasil foi a inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852. Este foi inspirado no modelo de alienismo de Pinel e Esquirol, considerado a modalidade de tratamento mais

avançada para doenças mentais à época. Antes desse evento histórico, os pacientes com transtornos mentais eram deixados aos cuidados de suas famílias, nas ruas ou recolhidos à Santa Casa da Misericórdia. Durante as primeiras quatro décadas de atividade, porém, o Hospício de Pedro II funcionou com um asilo europeu pré-pine-liano: uma instituição ainda anexada à Santa Casa de Misericórdia, administrada por religiosas e destinada ao acolhimento de doentes, órfãos e desafortunados de toda espécie. A atuação médica era relativamente secundária nesse contexto.

Essa situação precária não se corrigiu espontaneamente. O médico fluminense João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) tornou-se o primeiro docente universitário de psiquiatria na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, então a capital federal, ensinando o alienismo francês a um grupo talentoso de alunos, publicando livros e artigos e se empenhando no plano administrativo e legislativo pela melhora das condições de assistência aos doentes no Brasil. Contudo, foi apenas em 1890, um ano após a Proclamação da República, que o Asilo Nacional dos Alienados (nome republicano do Hospício de Pedro II) foi desvinculado da Santa Casa da Misericórdia.

Uma geração depois, coube ao médico soteropolitano radicado na cidade do Rio de Janeiro, Juliano Moreira (1872-1933), alinhar a psiquiatria brasileira ao que de mais avançado havia no exterior. Uma personalidade extraordinária, filho de escrava, nascido ainda durante a era sombria da escravidão, Juliano Moreira, graças a seu talento e determinação, não apenas logrou formar-se em medicina, como se tornou diretor do Asilo Nacional dos Alienados entre 1903 e 1930. Sua longa gestão na instituição foi marcada por atuação humanista e científica. Fluente em alemão, francês, inglês e espanhol, introduziu no Brasil a psiquiatria alemã, em especial as ideias de Kraepelin sobre classificação dos transtornos mentais e psiquiatria transcultural. Criou o primeiro laboratório no Asilo Nacional dos Alienados, onde eram realizados exames de líquido para o diagnóstico e tratamento da paralisia geral progressiva. Foi um dos fundadores dos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins. Juliano Moreira lutou para humanizar o tratamento psiquiátrico, inclusive mandando retirar as barras das janelas do Asilo Nacional dos Alienados. Fez construir o Pavilhão Seabra, destinado a reabilitação, ensino artístico e treinamento vocacional dos pacientes hospitalizados. Albert Einstein, em sua vinda ao Brasil, em 1925, visitou, a convite de Juliano Moreira, o Asilo Nacional dos Alienados e admirou-se com as atividades

lá desenvolvidas pelos internos. Juliano Moreira foi o primeiro psiquiatra brasileiro a receber reconhecimento internacional, sendo, entre outras honrarias, eleito presidente honorário do 4º Congresso Internacional de Assistência ao Insano. Juliano Moreira foi um infatigável inimigo do racismo. À época, vozes influentes afirmavam que os problemas psiquiátricos no Brasil decorriam da miscigenação racial. Para Juliano Moreira, os problemas mentais eram causados por fatores físicos e ambientais, como pobreza e falta de educação.

A contribuição da psiquiatria brasileira à mundial não estaria completa sem mencionarmos a obra de José Leme Lopes (1904-1990), catedrático do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro. Em 1954, em um momento histórico no qual o diagnóstico psiquiátrico encontrava-se no nadir do seu prestígio, o professor Leme Lopes publicou seu estudo fundamental, chamado *As dimensões do diagnóstico psiquiátrico: contribuições para sua sistematização*.¹⁸ No livro, além de realizar uma avaliação sistemática da importância e do alcance do diagnóstico psiquiátrico, o professor Leme Lopes articulou uma proposta pioneira que teria amplíssima repercussão, a concepção de uma classificação multiaxial, que acabou sendo incorporada ao DSM-III e ao DSM-IV.

AS ERAS DA PSICOFARMACOLOGIA

A humanidade vem fazendo uso empírico de substâncias psicoativas desde os seus remotos primórdios para fins recreativos, espirituais e terapêuticos. A psicofarmacologia científica, porém, é filha direta da química moderna, e só viu a luz do sol na segunda metade do século XIX, inaugurando a pré-história da moderna terapêutica psiquiátrica. Mesmo assim, o arsenal terapêutico das instituições asilares da segunda metade do século XIX era bastante restrito, limitando-se a substâncias sedativas com baixa margem de segurança, como hidrato cloral, paraldeído e opiáceos e, posteriormente, os barbituratos. Tratamentos farmacológicos seletivos para quadros psicóticos, ansiedade, depressão e mania eram, então, pouco mais que distantes miragens.

O evento que logrou transformar uma dessas miragens em realidade palpável, marcando, assim, o início

da chamada Era de ouro da psicofarmacologia, foi a comprovação das propriedades deliriolíticas do composto Rhône-Poulenc 4560, por Deniker e Delay, no Centre Hospitalier Sainte-Anne, em 1952. Esse composto, que se tornaria conhecido sob o nome clorpromazina, foi sintetizado por Paul Charpentier a partir do núcleo fenotiazínico originalmente empregado na produção de corantes orgânicos. Apenas quatro anos depois, quatro milhões de norte-americanos estavam sendo medicados com esse fármaco, um primeiro passo que propiciaria a mudança irreversível do cenário do tratamento dos quadros psicóticos do meio asilar para o comunitário. A manipulação química do núcleo fenotiazínico levou à criação de várias moléculas com propriedades comparáveis, como tioridazina, flufenazina e trifluoperazina. Outros compostos, como a butirofenona haloperidol, desenvolvida por Paul Jansen em 1958, na Bélgica, revelaram-se igualmente efetivos.

Do mesmo modo impactante foi o desenvolvimento pioneiro dos antidepressivos. Em 1955, a companhia Geigy criou o composto iminodibenzil, para competir com a clorpromazina. O psiquiatra suíço Roland Kuhn, contudo, demonstrou que o principal efeito dessa substância não era antipsicótico, mas antidepressivo, o que levou à sua comercialização para esse fim sob o nome de imipramina, em 1957. Em 1960, Frank Ayd demonstrou que a amitriptilina, sintetizada pela Merck para ser antipsicótico, compartilhava dos efeitos antidepressivos apresentados pela imipramina.

O primeiro ansiolítico moderno a ser comercializado foi o meprobamato, em 1955. A demanda reprimida por esse tipo de medicação era enorme: em 10 anos, foram vendidos 14 bilhões de comprimidos de meprobamato. Apesar do inegável entusiasmo do Laboratório Wyeth, dos médicos prescritores e dos próprios consumidores, o meprobamato, contudo, compartilhava muitas das limitações e riscos dos barbitúricos, e deveria, ocasionalmente, vir a ser substituído. Leo Sternbach, pesquisando nos laboratórios Hoffmann-LaRoche uma alternativa ao meprobamato entre as benzoheptoxdiazinas, criou o Ro-5-0690. Esse composto, que ficou conhecido como clordiazepóxido, foi o primeiro benzodiazepínico sintetizado. Sternbach criou, ainda, entre outros, o diazepam, o flurazepam e o clonazepam. Os benzodiazepínicos tornaram-se a medicação de escolha para os quadros ansiosos por conta de sua relativa seletividade de efeitos e segurança de uso.

Já a história do lítio como psicofármaco tem suas raízes no passado remoto. Desde a Antiguidade, os médicos

vêm recomendando o consumo de águas provenientes de determinadas fontes para o tratamento da melancolia. Não surpreendentemente, tais águas seriam ricas em lítio. A mais conhecida dessas fontes medicinais fica em Mineral Wells, no Texas. William Hammond, em Nova York, e Frederik Lange, em Copenhagen, descreveram o tratamento bem-sucedido dos transtornos do humor com brometo de lítio ainda no final do século XIX, mas essas referências ficaram esquecidas. Em 1949, John Cade voltou a publicar, na Austrália, sobre as propriedades terapêuticas, mas também, nesse caso, as repercussões foram limitadas. Foi apenas em 1954, quando Mogens Schou, de Risskov, Dinamarca, demonstrou, em um dos primeiros ensaios clínicos randomizados, que o lítio era comparável à eletroconvulsoterapia no tratamento da mania aguda, que esse metal foi incorporado definitivamente à farmacopeia psiquiátrica. A introdução do espectrofotômetro de chama, em 1958, tornou mais prática a dosagem dos níveis sanguíneos do lítio e facilitou sobremaneira seu uso clínico.

Assim, no início dos anos 1960, o arsenal terapêutico básico psiquiátrico já estava delineado. No intervalo exíguo de uma década, condições clínicas previamente tidas como intratáveis revelaram-se amplamente manejáveis. As repercussões sociais, conceituais e científicas desses eventos foram imensas. A mais importante das consequências sociais foi a abertura da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica. Por exemplo, o número de pacientes internados em longo prazo nos hospitais psiquiátricos estaduais norte-americanos atingiu seu máximo em 1955 – 558.922 – e declinou abruptamente nos anos e décadas seguintes, caindo para 21.573 em 1974. A efetividade dos antidepressivos tricíclicos (ADTs) abalou a clássica diferenciação de origem psicanalítica entre depressões psicóticas e neuróticas e colocou em xeque a noção de que estas deveriam ser tratadas exclusivamente com psicoterapia. A especificidade do lítio no tratamento dos transtornos do humor proveu respaldo empírico sólido à contraposição kraepeliniana entre esquizofrenia e TB. O campo das neurociências também foi radicalmente afetado pelos frutos da Era de ouro da psicofarmacologia. As pesquisas de Arvid Carlsson, no final dos 1950 e no início dos anos 1960, demonstraram que a clorpromazina exercia seus efeitos antipsicóticos por meio do bloqueio da ação do neurotransmissor dopamina no SNC, dando origem à hipótese dopaminérgica da esquizofrenia. Similarmente, em 1965, Schildkraut e Bunney e Davies propuseram a hipótese monoaminérgica da depressão, baseada nos supostos mecanismos de ação dos ADTs.

À era de ouro da psicofarmacologia, seguiu-se um intervalo comparativamente estéril de 20 anos, no qual nenhum medicamento com perfil radicalmente novo foi gestado. Na verdade, uma sequência obscura de eventos acabaria tendo repercussões importantes nas décadas seguintes. Em 1958, o laboratório suíço Wander criou um composto tricíclico derivado da imipramina com propriedades antipsicóticas, que veio a se chamar clozapina. Hippius, nos anos 1960, demonstrou que a clozapina não produzia os indesejáveis efeitos adversos extrapiramidais, que, até então, acreditava-se serem indissociáveis da ação terapêutica dos agentes antipsicóticos. Em 1975, porém, a revista *Lancet* publicou um artigo sobre a ocorrência de 16 casos de agranulocitose, sendo nove deles fatais, em pacientes finlandeses tratados com clozapina. Esse relato acarretou virtual banimento do uso do fármaco e trancou o desenvolvimento de uma promissora linha de pesquisa pelo laboratório Sandoz, então detentor da sua patente.

O potencial da clozapina, contudo, era muito grande para ser ignorado e, por fim, em 1988, Kane e seus colaboradores demonstraram que a substância era superior à clorpromazina no tratamento de pacientes com esquizofrenia refratária, não produzia efeitos extrapiramidais e podia ser usada com segurança, desde que a leucometria fosse monitorada a intervalos regulares.

As propriedades extraordinárias da clozapina, reconhecidas sob a denominação de atipia, pareciam desafiar a explicação científica. Várias tentativas foram feitas para reproduzir suas qualidades em medicamentos que não manifestassem seus efeitos colaterais, principalmente o risco de agranulocitose. Dessa empreitada, resultaram diversos antipsicóticos ditos atípicos, como a risperidona, a olanzapina e a quetiapina, todos efetivos, mas nenhum deles compartilhando da “magia” da clozapina.

No final dos anos 1960, as pesquisas começaram a identificar um papel importante também para o neurotransmissor serotonina na gênese da depressão. A companhia Ely Lilly começou a investigar o potencial antidepressivo de ligandos que inibissem seletivamente a recaptação da serotonina pelos transportadores desse neurotransmissor, aumentando sua concentração na fenda sináptica e potencializando sua ação sobre os receptores pós-sinápticos. Em 1974-1975, demonstrou-se que o composto LY110140, a fluoxetina, se encaixava nesse perfil, e, em 1988, ela foi lançada no mercado com o nome de Prozac. O sucesso clínico, comercial e midiático do Prozac levou à criação de novos ISRSs, como sertralina (1991), paroxetina (1992) e citalopram (1998). Outros

paradigmas de ação antidepressiva foram identificados em seguida e materializados sob a forma de novos medicamentos, como os inibidores da recaptação de dopamina e noradrenalina (bupropiona), os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina ([ISRSs] venlafaxina, duloxetina, milnaciprano) e, mais recentemente, os antidepressivos multimodais (vortioxetina). A facilidade de uso, a grande tolerabilidade por parte dos pacientes e a elevada margem de segurança dos ISRSs e da nova leva de antidepressivos contribuíram para que estes alcançassem uma popularidade entre médicos (psiquiatras ou não) e usuários que os ADTs nunca poderiam aspirar. Assim, em 1988, ano do lançamento comercial da fluoxetina, 40 milhões de norte-americanos estavam sendo medicados com um antidepressivo. Em 2011, esse número subiu para 264 milhões, em grande parte com prescrições de médicos não psiquiatras.

Dessa forma, os anos 1990 e a primeira metade da década inicial do século XXI ficaram marcados por uma perspectiva otimista em relação ao tratamento da esquizofrenia e dos transtornos do humor. O arsenal terapêutico psiquiátrico havia passado por mudanças revolucionárias. Um conjunto de medicamentos radicalmente novos trazia confiança renovada aos psiquiatras e esperanças inéditas aos pacientes. Se não pudermos caracterizar essa época como uma segunda Era de ouro da psicofarmacologia, não seria injusto qualificá-la como uma Era de prata da psicofarmacologia.

Os estudos subsequentes, contudo, demonstraram que os antipsicóticos atípicos, apesar de seu perfil mais benigno em termos de efeitos colaterais, não se mostraram globalmente superiores aos antipsicóticos convencionais, com a importante exceção da clozapina. A despeito das inegáveis qualidades dos ISRSs, estima-se que 30% dos pacientes deprimidos não atinjam remissão dos seus sintomas mesmo após quatro tentativas de tratamento com medicamentos de perfis diferentes. Igualmente preocupante é o fato de que vários grandes laboratórios cessaram ou limitaram seus investimentos em pesquisa psicofarmacológica. A serendipidade esteve por trás de muitos dos principais avanços na psicofarmacologia. Os grandes progressos recentes no entendimento dos mecanismos genéticos, moleculares e enzimáticos das doenças em geral não parecem estar se estendendo ao campo dos transtornos mentais, em particular. É natural que os departamentos de pesquisa farmacológica optem por “cortar a natureza em suas juntas”, buscando novas modalidades de tratamento com base no conhecimento preciso dos mecanismos patogênicos fundamentais.

Até que conheçamos melhor as etapas críticas no desenvolvimento dos transtornos mentais, a criação de novas modalidades terapêuticas continuará a depender fundamentalmente da capacidade de observação clínica e de muita sorte. Uma nova e, esperamos, definitiva “Era de ouro da psicofarmacologia” dependerá, em grande medida, do esclarecimento dos mecanismos patogênicos subjacentes aos transtornos mentais.

A ERA DAS CLASSIFICAÇÕES

Os seres humanos são habitualmente tentados a buscar a ordem em meio ao caos. Classificar é, portanto, um impulso natural para impor uma ordem à natureza e tentar identificar associações ocultas. As doenças, em geral, e os transtornos mentais, em particular, não são uma exceção a esta regra. Os países e as organizações internacionais também precisam de classificações das doenças, mas, por razões operacionais, principalmente para criar um vocabulário unificado acerca das condições de saúde e doença que possibilite a comunicação universal. A primeira classificação internacional a incluir os transtornos mentais foi a *Classificação internacional das doenças, lesões e causas de morte* da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1949, a CID-6.¹⁹ A American Psychiatric Association (APA) optou por criar a sua classificação, o DSM-I,²⁰ que refletia as tradições psiquiátricas locais. A CID-8²¹ e o DSM-II²² se caracterizaram por tentarem harmonizar os sistemas classificatórios.

Em 1980, o DSM-III,¹ no entanto, revolucionou os sistemas classificatórios previamente existentes na psiquiatria. Em primeiro lugar, refinou¹ as definições operacionais mais vagas empregadas até então, introduzindo conjuntos precisos de critérios. Estes foram derivados de instrumentos utilizados em pesquisa, os critérios de Feighner e os Research Diagnostic Criteria (RDCs), os quais pressupunham que os transtornos mentais correspondiam a entidades diagnósticas independentes e bem delimitadas entre si, uma perspectiva que foi denominada de neokraepeliniana. Esse rótulo também implicava que os pesquisadores admitiam implicitamente que, para a maior parte dos transtornos mentais, o que se conhecia era o quadro clínico e a evolução; os mecanismos pato-

genéticos e a etiologia permanecem quase tão desconhecidos como o eram à época do próprio Kraepelin.

Em segundo lugar, a publicação do DSM-III¹ coincidiu com uma perda acelerada de prestígio na psicanálise nos Estados Unidos. Até então, termos e conceitos de origem psicanalítica norteavam as classificações psiquiátricas, particularmente no que diz respeito à ansiedade e à depressão. Por exemplo, depois de 200 anos de uso, a expressão “neurose” foi expurgada pelo DSM-III.¹ Longe de implicar apenas uma mudança terminológica, essa alteração refletia uma contestação do paradigma freudiano, no qual as neuroses eram consideradas como tendo etiologia psicodinâmica. No DSM-III,¹ elas também se transformaram em síndromes de etiologia desconhecida. O manual não apenas suprimiu esses termos como também se declarou “ateórico”, embora deixasse entrever pouco disfarçado organicismo de base.

Por fim, o DSM-III¹ empurrou a questão da classificação para o primeiro plano da psiquiatria. Para a psicanálise, o mais importante era a singularidade de cada paciente, e acreditava-se que os esforços classificatórios limitariam e empobreceriam essa característica. Em última instância, o DSM-III¹ ia além do esforço para criar uma linguagem comum e continha uma aposta no futuro do conhecimento psiquiátrico. Se os critérios diagnósticos propostos conseguissem delimitar com precisão um transtorno mental, as pesquisas clínica, epidemiológica, genética e dos marcadores laboratoriais acabariam por validar a existência daquele transtorno mental, isto é, provar sua existência independente e separada de outros transtornos mentais. Cada transtorno descrito no DSM-III¹ estaria, portanto, à espera dos esforços de validação. Como os critérios diagnósticos estavam sujeitos a reformulações, e novas entidades eram continuamente propostas, ele foi sucedido pelo DSM-III-R,²³ pelo DSM-IV²⁴ e, recentemente, pelo DSM-5.¹² O DSM-III¹ e seus sucessores também coincidiram com um crescimento quantitativo e qualitativo da pesquisa psiquiátrica e se tornaram a sua inseparável linguagem científica. Nessa perspectiva, as diferentes edições do manual passaram a acumular as funções de vocabulário unificado da psiquiatria e de seu projeto científico central, papel este que a CID-10²⁵ não tinha condições de exercer, pois enfatizava primordialmente a facilitação de comunicação em níveis nacional e internacional. A publicação de cada nova versão do DSM era, portanto, saudada com entusiasmo, como um passo a mais em direção a uma classificação cientificamente embasada dos transtornos mentais.

A popularidade e a influência do DSM-III¹ e de seus sucessores foram um fenômeno sem precedentes na his-

tória da psiquiatria. O foco maior do interesse coletivo foi deslocado dos nomes dos grandes psiquiatras e até dos transtornos mentais mais importantes para a classificação em si. Não que esse sistema seja imune a críticas. Além das esperadas críticas externas, pesquisadores de renome apontaram, desde o início, problemas, como a alta prevalência de comorbidades, a ocorrência de casos não classificáveis de acordo com os critérios e a incapacidade persistente em validar as categorias diagnósticas propostas. Outra crítica bem fundamentada diz respeito à sobrevalorização dos critérios diagnósticos em detrimento da psicopatologia, levando a um empobrecimento relativo do conhecimento e da utilização da semiologia psiquiátrica pelas gerações de psiquiatras treinados no período pós-1980.

O modelo de proposta classificatória instituído pelo DSM-III¹ acabou vitimado por uma grave crise de confiança por ocasião da publicação do DSM-5, em 2013.¹² Uma das principais manifestações dessa perda de confiança foi a publicação, nesse mesmo ano, pelo National Institute of Mental Health – a principal agência de fomento científico dos Estados Unidos na área de psiquiatria – dos *Research Domain Criteria* (RDoCs),²⁶ que buscariam fundamentar a classificação psiquiátrica em medidas laboratoriais objetivas, e não mais nas categorias diagnósticas do DSM. O sistema DSM continua, atualmente, a ocupar papel central na clínica e na pesquisa psiquiátricas, mas seu direito à exclusividade nesta última, antes aceito sem contestação, é agora objeto de questionamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso breve relato do desenvolvimento histórico do conhecimento psiquiátrico ilustrou o processo pelo qual a psiquiatria emergiu a partir de um alienismo incipiente e se tornou uma especialidade médica de grande impacto clínico e social, com fundamentação científica considerável. A maior barreira que se encontra à frente da psiquiatria, atualmente, é o relativo desconhecimento sobre os mecanismos patogênicos que subjazem os transtornos mentais. Para que possa haver progresso real em direção a uma nosografia e a uma nosologia, com sólidas bases científicas, e a um tratamento radicalmente efetivo dos

transtornos mentais, é preciso alcançar um patamar mais elevado de conhecimento nessa empreitada.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 1980.
2. Faulkner W. Requiem for a nun. New York: Vintage International; 2011.
3. Berrios G, Porter R. A history of clinical psychiatry: the origin & history of psychiatric disorders. London: The Athlone; 1995.
4. Bentall RP. Madness explained: psychosis and human nature. London: Penquin Books; 2004.
5. Torrey EF, Miller J. The invisible plague: the rise of mental illness from 1750 to the present. New Jersey: Rutgers University; 2001.
6. Pinel P. Compendio de la nosografía filosófica del dr. Pinel. Los Angeles: Hard; 2019.
7. Shorter E. A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac. New York: John Wiley & Sons; 1997.
8. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1972.
9. Micale MS, Porter R. Discovering the history of psychiatry. New York: Oxford University; 1994.
10. Bayle ALJ. Traité des maladies du cerveau et de ses membrane: maladies mentales. Paris: Gabon; 1826.
11. Morel BA. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades. Paris: Chez J. B. Baillière; 1857.
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
13. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. 11th ed. Geneva: WHO; 2021 [capturado em 19 jun. 2021]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
14. Jaspers K. Psicopatologia geral. Rio de Janeiro: Atheneu; 1987.
15. Freud S. Sexuality in the aetiology of the neuroses. Worcester-shire: Read Books Limited; 2014.
16. Freud S. Lições Introdutórias à Psicanálise. In: Freud S. Edição standard das obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
17. Freud S. Neurosis and psychosis. In: Freud S. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth; 1924. p. 147-154.
18. Leme Lopes J. As dimensões do diagnóstico psiquiátrico (contribuição para sua sistematização). Rio de Janeiro: Agir; 1954.
19. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death: CID-6. Geneva: WHO; 1949.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-I. Washington: APA; 1952.
21. Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito: CID-8. Washington: OMS; 1969.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. Washington: APA; 1968.
23. Associação Americana de Psiquiatria. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III-R. São Paulo: Manole; 1989.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington: APA; 1994.
25. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
26. The National Institute of Mental Health Information Resource Center. Research Domain Criteria (RDoC) [Internet]. Bethesda: The National Institute of Mental Health Information Resource Center; 2021 [capturado em 27 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/>.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Aftab A, Ryznar E. Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *Int Rev Psychiatry*. 2020;1-14.
- Beauchesne H. Histoire de la psychopathologie. Paris: Presses Universitaires de France; 1986. v. 97.
- Bercherie P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
- Braslow JT, Marder SR. History of psychopharmacology. *Ann Rev Clin Psychol*. 2019;15:25-50.
- Brisset C. Les modèles médicaux et la psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*. 1982;47(2):499-520.
- Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow WE, Reed GM. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci Public Interest*. 2017;18(2):72-145.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV. Manual de psicopatologia descritiva e semiologia psiquiátrica. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2017.

Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology. Br J Psychiatry. 1968;114(516):1313-23.

Lantéri-Laura G. La connaissance clinique: histoire et structure en médecine et en psychiatrie. L'évolution Psychiatrique. 1982;47(2):423-69.

Mathias C, Nardi AE. João Carlos Teixeira Brandão, the first Brazilian professor of psychiatry. Arq Neuro-Psiquiatr. 2018;76(10):713-5.

Nardi AE. Sixty years (1954-2014) of José Leme Lopes's fundamental book: as dimensões do diagnóstico psiquiátrico. Rev Bras Psiquiatr. 2014;36(1):1-2.

Nardi AE, Carta MG, Shorter E. The remarkable Juliano Moreira (1872-1933): an Afro-Brazilian psychiatrist, scientist, and humanist in an environment of slavery and racism. Braz J Psychiatr. 2020.

Pichot P. Nosological models in psychiatry. Br J Psychiatry. 1994;164(2):232-40.

Shorter E. The history of nosology and the rise of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(1):59-67.

Taylor FK. The role of phenomenology in psychiatry. Br J Psychiatry. 1967;113(500):765-70.



Para quizzes sobre o conteúdo do livro e casos clínicos complementares, acesse:

<https://apoio.grupoa.com.br/tratadopsi/>