

ANA TERESA A. VENANCIO
JANE A. RUSSO
MARTA F. HENNING
SILVANA ARAÚJO FERREIRA

PESSOA, INDIVÍDUO E TRANSTORNOS MENTAIS: UMA LEITURA ANTROPOLÓGICA DA
PSIQUIATRIA BIOLÓGICA CONTEMPORÂNEA

XXII Reunião Brasileira de Antropologia. Fórum
de Pesquisa 7: "A questão do sujeito na
Antropologia".

BRASÍLIA

Julho de 2000

INTRODUÇÃO

Esse trabalho visa discutir o estado atual da divisão físico-moral que tem norteado as construções sociais da Pessoa moderna e que tem acompanhado a constituição da psiquiatria desde sua origem. Para essa discussão analisamos a reformulação das classificações psiquiátricas, inaugurada em 1980 com a publicação da 3ª edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (DSM-III) – da Associação Americana de Psiquiatria; e realizamos um estudo etnográfico sobre a construção de diagnóstico psiquiátrico numa equipe de supervisão clínica de orientação biológica de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro (Brasil), durante o período de 9 (nove) meses.

Desde seus primórdios a psiquiatria tem oscilado entre uma concepção física e uma concepção moral da perturbação mental. A coexistência de diferentes versões sobre os distúrbios mentais está relacionada a esta divisão entre uma atenção ora dirigida à dimensão física, ora à dimensão moral (psicológica e/ou social) do indivíduo, divisão esta considerada como constitutiva do campo. O alienismo francês do início do século XIX – cujos principais representantes foram Pinel e Esquirol – significou o predomínio da vertente moral. No entanto, a partir de meados do século, a concepção moreliana de degenerescência e, posteriormente, a nosografia kraepeliniana fizeram o pêndulo oscilar na direção do fisicalismo mais estrito². Essa oscilação enraiza-se num dilema que tem acompanhado a medicina mental desde seu nascimento: ser *de fato* parte integrante da medicina, ou assumir-se enquanto uma medicina especial. Nesse sentido, as teorias tanto de Morel quanto de Kraepelin, através da busca de um substrato orgânico da doença mental, expressavam a tentativa (e o desejo) de transformar a psiquiatria num ramo da medicina *stricto sensu*.

No início do século XX o fisicalismo da vertente kraepeliniana viu-se colocado em cheque. Aos poucos impôs-se uma vertente “moral” representada pelo que se

¹. Trabalho desenvolvido com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ): bolsa de fixação de pesquisador e auxílio instalação para o projeto “A noção de Pessoa moderna e a psiquiatria no Brasil: um estudo do uso das atuais categorias diagnósticas” (Núcleo de Estudos em Antropologia e Saúde Mental do IPUB/UFRJ).

Ana Teresa A. Venâncio, Doutora em Antropologia Social; bolsista da FAPERJ no Instituto de Psiquiatria da UFRJ(IPUB/UFRJ).

Jane A. Russo, Doutora em Antropologia Social; professora do Instituto de Medicina Social/UERJ e do Instituto de Psiquiatria/UFRJ.

Marta F. Henning, Mestre em Saúde Coletiva; pesquisadora do Núcleo de Estudos em Antropologia e Saúde Mental – IPUB/UFRJ.

Silvana Araújo Ferreira, Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ; pesquisadora do Núcleo de Estudos em Antropologia e Saúde Mental – IPUB/UFRJ.

². Para uma história do reducionismo biológico na psiquiatria ver SERPA JR., 1998.

poderia chamar “psiquiatria dinâmica”, fortemente influenciada pela psicanálise. De fato, desde finais do século anterior o hipnotismo e práticas dele derivadas trouxeram à baila, no campo científico e entre leigos, a questão de uma divisão de si. A psicanálise, enquanto uma forma de compreender a perturbação mental, ou mesmo enquanto uma teoria sobre o ser humano, conheceu, como se sabe, uma enorme difusão e um grande sucesso, tendo sido rapidamente adotada pela psiquiatria numa reação contrária ao fisicalismo kraepeliniano que a dominou até o final do século precedente. Sua hegemonia no campo psiquiátrico implicou a afirmação da autonomia do que estamos chamando de dimensão moral do sujeito, em detrimento da dimensão física. Com isso o caráter *sui generis* da psiquiatria enquanto uma especialidade médica foi reforçado, tendo como pano de fundo a velha dualidade corpo/mente, ou somático/psíquico.

Mais recentemente o pêndulo pareceu de novo inverter-se e tem sido possível assistir ao crescente predomínio da interpretação fisicalista dos transtornos mentais. A chamada psiquiatria biológica impôs-se como modelo hegemônico e hoje em dia invade a mídia com seus sucessos terapêuticos. Observa-se que o velho dualismo mente/corpo tem sido deixado de lado em favor de um monismo fisicalista radical. Esse atual monismo fisicalista da psiquiatria faz parte de um fenômeno mais amplo: pode-se notar atualmente uma espécie de “re-biologização” de temas e discussões antes circunscritos ao campo do embate político.³ Nesse trabalho vamos discutir o estado atual dessa divisão e suas possíveis relações com o campo da Reabilitação Psicossocial. Nosso ponto de partida será uma investigação sobre a reformulação das classificações psiquiátricas.

A década de oitenta é consensualmente identificada como o período a partir do qual impõe-se hegemonicamente uma versão remedicada da psiquiatria, concebida como um ramo das ciências médicas, na qual predomina uma interpretação fisicalista das perturbações mentais e que é denominada de psiquiatria biológica. As modificações terminológicas e conceituais que marcam a terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III), publicado pela Associação Psiquiátrica Norte Americana (APA) em 1980, refletem esta hegemonia.

Importa aqui salientar a ampla aceitação desse manual no campo psiquiátrico. Embora sua primeira edição tenha sido planejada para uso exclusivo nos EUA, suas

³. A publicação do livro *The Bell Curve – Intelligence and class structure in American Life*, de R.J. HERRNSTEIN e C. MURRAY, em 1994 nos Estados Unidos causou grande celeuma por suas análises calcadas numa determinação genética (e racial) dos comportamentos e pelo fato de seus autores serem cientistas respeitados na comunidade acadêmica.

edições posteriores têm exercido considerável influência internacionalmente, inclusive no Brasil, sobretudo a partir da publicação do DSM-III⁴. Diversos tratados recentes de psiquiatria fazem extensiva referência a ele, adotando sua terminologia e seus conceitos. Além disso, muitos de seus aspectos básicos foram incluídos no capítulo de transtornos mentais da décima edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁵

O DSM-III (1980) apresentou diversas diferenças marcantes em relação às suas duas versões anteriores. A principal delas residiu no esforço em elaborar uma classificação livre de quaisquer explicações etiológicas utilizadas como critério diagnóstico, resultando em um manual auto caracterizado como a-teórico e descritivo. Embora tanto o DSM-I (1952) quanto o DSM-II (1968) não se apresentassem como um sistema unificado, agrupando como doença mental uma variedade de fenômenos diversos, pode-se identificar neles um modo específico de compreender a doença mental. No DSM-I está presente uma conceituação psicossocial da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas individualmente, como o ilustra o termo *reação esquizofrênica*. A influência da psicanálise evidencia-se pelo uso freqüente de noções como *mecanismos de defesa*, *neurose* e *conflito neurótico*. No DSM-II, abandonou-se o uso da noção de *reação*, dando-se mais ênfase a aspectos ligados à *personalidade* individual na compreensão do adoecer mental. A influência da psicanálise evidencia-se ainda mais. O termo *neurose*, por exemplo, é a maior classe de perturbação presente no DSM-II.

A recusa de implicações etiológicas no DSM-III (1980) resultou na eliminação dos modelos explicativos, implícitos e explícitos, contidos nas classificações precedentes (os modelos psicológicos, psicossocial e, sobretudo, psicanalítico), fato que trouxe como consequência uma radical mudança na nomenclatura utilizada por esta classificação. Foram abandonados termos identificados como “mentalistas ou “não descritivos”, em favor do termo “transtorno” (em inglês, *disorder*)⁶. Cabe ressaltar que diversos conflitos surgiram envolvendo a inclusão de “formulações psicodinâmicas”. Por exemplo, a exclusão do termo *neurose*, considerado inadequado por remeter a uma

⁴ As versões posteriores - DSM-III-R (1987) e DSM-IV (1994) - apresentaram-se como aperfeiçoamentos do DSM-III, continuando e aprofundando a tendência aí esboçada.

⁵ A qual, aliás, teve sua edição coordenada com a preparação do DSM-IV, através de consultorias entre a APA e a OMS, resultando numa formulação de códigos e termos compatíveis entre as duas classificações).

⁶ Nas versões brasileiras do DSM-III e do DSM-III-R, o termo *disorder* foi traduzido por “distúrbio”. Isso mudou no DSM-IV (1994), quando o termo escolhido passou a ser “transtorno”.

etiologia, provocou acirrados embates envolvendo psicanalistas e os membros da força tarefa encarregada pela APA da preparação da nova versão do manual. Esse termo implicou, de imediato, numa circunscrição sintomática da perturbação, que passou a dizer respeito a um comportamento ou um conjunto de comportamentos observáveis e mensuráveis, sobre os quais deveria se ater a terapêutica. Como consequência, ocorreu uma redefinição radical da atividade de diagnosticar: a interpretação de símbolos de sofrimento foi substituída por uma leitura de sinais de doença. O diálogo interpretativo com o paciente perdeu importância bem como a preocupação com seu contexto psicossociocultural.

Não nos deteremos aqui na ingenuidade epistemológica implicada na afirmação da possibilidade de uma visão objetiva acerca de determinado fenômeno que não seja informada por algum tipo de teoria⁷. O importante é que o pressuposto empiricista presente nessa posição “a-teórica” implicou, de fato, a adoção de uma visão fisicalista da perturbação mental. E não poderia ser de outro modo. A objetividade *empírica* dos sinais e sintomas corresponde idealmente à objetividade *empírica* do substrato físico. Ou seja, a psiquiatria só terá a garantia de objetividade no caso de se apoiar no que é concreto, físico, empiricamente observável, quantificável e reproduzível através de exames e aparelhos, representado pelo substrato orgânico, pelo que é passível de tradução pela linguagem da biologia, da fisiologia, da neuroquímica, da genética. *A objetividade do diagnóstico psiquiátrico é igual à objetividade do substrato fisiológico e orgânico.* Neste sentido, o “a -teoricismo” representou, de fato, a adoção de uma teoria específica acerca das perturbações.

No DSM-III (1980) foram desenvolvidas ainda duas inovações importantes: uma lista de critérios diagnósticos específicos para cada categoria, a fim de homogeneizar a atividade de diagnosticar em diferentes partes do mundo, e um sistema de avaliação multiaxial que consiste de cinco eixos em relação aos quais o paciente será avaliado. Os eixos I e II compreendem os transtornos mentais identificados por categorias diagnósticas, sendo que o primeiro eixo agrupa os *transtornos clínicos* e o segundo eixo os chamados *transtornos de personalidade e de desenvolvimento*⁸. O eixo III, diz respeito às condições e distúrbios físicos, e os eixos

⁷ Para uma crítica dessa “ilusão epistemológica” no DSM-III ver o artigo de FAUST e MINER, 1986.

⁸ No DSM-IV (1994) os *transtornos de desenvolvimento* (transtornos invasivos do desenvolvimento, transtornos de aprendizagem, transtornos das habilidades motoras e transtornos da comunicação)

IV e V, respectivamente, à escala de avaliação para a gravidade dos estressores e à escala de avaliação global do funcionamento.

Nos deteremos aqui na apresentação mais detalhada dos eixos IV e V, por serem os que mais interessam à nossa discussão sobre os aspectos psicossociais. Utilizaremos a nomenclatura e tabelas apresentadas no DSM-IV (1994), por ser esta a versão em uso atualmente, embora os eixos IV e V tenham sofrido apenas pequenas alterações nas edições seguintes ao DSM-III (1980). O eixo IV, que no DSM-III e no DSM-III-R oferecia uma Escala de Avaliação para a Gravidade dos Estressores Psicossociais, no DSM-IV passa a destinar-se ao Relato de Problemas Psicossociais e Ambientais, deixando de oferecer uma tabela de categorias hierarquizadas desses estressores. O eixo V permanece essencialmente o mesmo.

Assim, o DSM-IV considera o eixo IV como aquele que deve ser utilizado para o Relato de Problemas Psicossociais e Ambientais que podem afetar o diagnóstico, tratamento e prognóstico dos transtornos mentais apresentados nos eixos I e II. Os problemas são agrupados nas seguintes categorias:

- Problemas com o grupo de apoio primário
- Problemas relacionados ao ambiente social
- Problemas educacionais
- Problemas ocupacionais
- Problemas de moradia
- Problemas econômicos
- Problemas com o acesso aos serviços de cuidado à saúde
- Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal
- Outros problemas psicossociais e ambientais

Já o eixo V destina-se à Avaliação Global do Funcionamento que, segundo o manual, é útil para o planeamento do tratamento e para a mensuração de seu impacto, bem como na predição do resultado. Para o relato do funcionamento global pode ser utilizada a Escala de Avaliação Global (AGF), a qual estabelece uma pontuação (de 0 a 100) para diferentes níveis de funcionamento, de modo a permitir que seja rastreado o progresso clínico dos indivíduos em termos globais, através de uma medida única⁹.

passam a integrar o eixo I, com exceção da categoria *retardo mental* que permanece junto com os *transtornos de personalidade* no eixo II.

⁹ No apêndice B do manual são incluídas mais três escalas (Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional, Escala de Avaliação Global de Funcionamento das Relações e Escala de Funcionamento Defensivo), as quais, segundo o manual, podem ser úteis em alguns contextos.

O sistema multiaxial visa, segundo o manual, facilitar a avaliação abrangente e sistemática com atenção para os vários transtornos mentais e condições médicas gerais, problemas psicossociais e ambientais e nível de funcionamento que poderiam ser ignorados se o foco estivesse na avaliação de um único problema apresentado. É ressaltado ainda no manual que, em alguns contextos ou situações, os clínicos podem preferir não utilizar o sistema multiaxial: por este motivo, o manual inclui diretrizes para o relato dos resultados de uma avaliação sem a aplicação do sistema multiaxial formal. De acordo com as próprias diretrizes do DSM-IV os eixos IV e V devem ser considerados como opcionais e segundo nossa hipótese esses dois eixos de fato não são verdadeiramente considerados quando o diagnóstico é elaborado e o tratamento é proposto. Para sustentar essa hipótese iremos apresentar os resultados preliminares de um estudo etnográfico sobre a construção do diagnóstico psiquiátrico num Hospital Universitário da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Desenvolvemos o trabalho etnográfico em reuniões de supervisão de clínica psiquiátrica da citada instituição. Tais reuniões consistiam na instância institucional na qual os alunos, tanto graduandos como pós-graduandos, reuniam-se com seus supervisores para treinamento e aprendizagem dos aspectos práticos da clínica psiquiátrica: nestas ocasiões o grupo entrevistava pacientes e discutia casos quanto a diagnóstico e condutas a serem tomadas. Duas grandes tendências dividiam os diversos grupos de supervisão existentes no hospital em questão: havia os grupos cuja orientação relacionava-se aos cânones da psiquiatria biológica e os grupos cuja orientação relacionava-se ao que anteriormente chamamos de psiquiatria dinâmica.

Interessadas em estudar as questões derivadas das relações entre psiquiatria biológica e noção de pessoa moderna a partir da análise das classificações psiquiátricas e processo de construção diagnóstica, inicialmente optamos por observar apenas as reuniões de uma das equipes de orientação biológica (à qual nos referiremos como *grupo biológico*). Posteriormente, no entanto, decidimos observar também uma das equipes identificadas como pertencentes ao grupo da chamada psiquiatria dinâmica (*grupo dinâmico*) acreditando que uma abordagem comparativa quanto aos respectivos modelos de construção diagnóstica se constituiria numa medida enriquecedora durante a análise dos dados. E assim o fizemos: durante nove meses, entre abril e dezembro de 1999, uma de nossas pesquisadoras observou o *grupo biológico* enquanto o *grupo dinâmico* foi observado por um período de quatro meses (de maio a agosto de 1999). Durante a observação do *grupo biológico* evidenciamos que, em relação ao processo diagnóstico, os manuais classificatórios

oficiais (DSM-IV e CID-10) eram os recursos mais frequentemente utilizados e valorizados. Havia preocupação na correta utilização e aplicação dos critérios diagnósticos ali definidos e grande rigor no uso das categorias determinadas pelos sistemas classificatórios. Tal procedimento trazia como consequência uma sistemática diagnóstica marcada por uma abordagem radicalmente transversal, gerando sensível diacronismo na avaliação clínica.

Apesar das recorrentes referências às classificações (DSM-IV e CID-10) e do evidente conhecimento demonstrado a respeito da dinâmica de sua utilização, não detectamos nenhuma alusão aos eixos IV e V do sistema multiaxial de avaliação durante os encontros do *grupo biológico*. Embora utilizassem regularmente os eixos I, II e III, em 16 casos de pacientes acompanhados pela equipe clínica no período de nossa observação, não evidenciamos quaisquer tentativas de categorização dos "estressores psicossociais" ou "avaliação global do funcionamento" no último ano desses pacientes, nem interesse explícito na discussão dos aspectos relacionados a estas questões.

Para além da inexistência destas referências explícitas, verificamos que as interpretações e os recursos terapêuticos voltados para a dimensão psicossocial do paciente pareciam ter sido abandonados. Como determinante da conduta terapêutica o que geralmente era levado em consideração era a categoria diagnóstica na qual se encaixava o paciente, ficando o tratamento assim reduzido em grande parte à indicação de psicofarmacoterapia. A atenção à dimensão psicológica do paciente apareceu apenas sob a forma de indicação para a aplicação de testes neuropsicológicos ou de terapia cognitivo-comportamental; neste último caso o recurso terapêutico psicoterápico não aparecia integrado ao tratamento já adotado, a saber, o medicamentoso. A esfera familiar do paciente, por sua vez, não era considerada como ponto importante para a análise do caso. A idéia de família aparecia limitada a dois sentidos específicos: como agente consciente que nada tem a ver com a doença, responsável pela tutela do paciente (por exemplo, para acompanhar se o paciente toma a medicação prescrita) e que deve ser apenas sinalizada e informada sobre o andamento do caso e seus aspectos específicos; e/ou como depositária original dos genes transmitidos ao paciente que, muito provavelmente, podem estar na base do estado psicopatológico deste. Mesmo nos casos em que foi possível observar discussões em torno da existência de "psicopatologias" em outros membros das famílias, o tratamento privilegiado foi desvinculado do contexto familiar e da possível investigação sobre as relações interpessoais dos pacientes. A abordagem do grupo

biológico voltada para os acontecimentos atuais não se interessava pela história de vida do paciente, impedindo a compreensão da totalidade individual. O objeto por excelência da investigação e da intervenção terapêutica era o *comportamento* - esta esfera individual mais exteriorizada que pode ser equiparada ao nível da manifestação externa. Nessa perspectiva, o indivíduo passou a ser considerado como aquele que, se possui uma interioridade, é por que esta é de natureza exclusivamente orgânica. A análise da história individual do paciente é referendada apenas nas marcas, sobretudo hereditárias e genéticas, que possam ter sido ou estar sendo produzidas no organismo do indivíduo.

Já no *grupo dinâmico* os achados foram diferentes. Ainda que nele também observássemos o uso das categorias diagnósticas do DSM-IV e da CID-10 o processo diagnóstico não se baseava unicamente na avaliação binária referente à presença ou não de critérios pré definidos. Ao contrário, a avaliação geralmente atribuía grande ênfase à história do paciente, suas relações interpessoais e acontecimentos de vida. Era flagrante a utilização de termos oriundos do arsenal diagnóstico da psicanálise, como *neurose, psicose, estrutura, mecanismos de defesa*, etc. A lógica de abordagem longitudinal refletia-se na dinâmica dos encontros: os casos eram longamente relatados, o contexto de vida do paciente detalhadamente exposto e seu discurso valorizado como importante dado para diagnóstico e terapêutica. Os diagnósticos referentes aos sistemas classificatórios DSM-IV e CID-10 eram geralmente dados *a posteriori*, ao final da discussão do caso, como apenas mais um elemento ilustrativo do caso e não se observava um rigor na aferição do preenchimento dos critérios diagnósticos dos manuais. Geralmente o diagnóstico por si só não determinava as condutas e era grande a importância dada às questões ligadas ao relacionamento terapeuta/paciente, isto é, a *transferência*, conceito este relacionado tanto às discussões diagnósticas como terapêuticas. Os aspectos psicodinâmicos e sociais do caso eram discutidos e tratados no âmbito das reuniões sendo fatores levados em consideração inclusive nas decisões relacionadas ao uso de medicamentos e suas respectivas doses.

Também o "grupo dinâmico" não fazia uso dos eixos IV e V do DSM-IV em nenhuma hipótese. Diferentemente do *grupo biológico* este fato, no entanto, não significou que as questões referentes à dimensão psicossocial da clientela tivessem sido esquecidas ou relegadas a um outro plano. Pelo contrário, conforme já foi colocado, era grande a ênfase aos mais diversos aspectos da história de vida do paciente. Nestes casos era dado um tratamento descritivo e não categorial da

dimensão psicossocial, e a resultante abordagem longitudinal levava a uma visão do indivíduo como uma totalidade, organismo inseparável de sua história no mundo, de suas vivências, de suas relações e infortúnios.

Cumprir destacar que em ambas as situações, tanto no *grupo biológico* como no *grupo dinâmico*, os manuais classificatórios atuais não foram capazes de representar os aspectos relacionados à dimensão psicossocial dos pacientes avaliados, tanto no que diz respeito ao “modo de diagnosticar” (baseado numa avaliação multiaxial) como na forma de sistematizar o processo diagnóstico (através dos eixos IV e V dos respectivos manuais). No caso do grupo biológico, a partir de uma lógica de avaliação radicalmente transversal, observou-se um evidente distanciamento destas questões da discussão clínica. O interesse e a análise das referências ligadas à história do paciente e de seu adoecimento passaram a ficar “fora” da investigação clínica, não mais fazendo parte de uma rotina de avaliação, a qual passa progressivamente a referir-se apenas ao quadro atual, sintomatológico e comportamental do paciente. As questões relacionadas à esfera psicossocial não influenciam mais no raciocínio clínico-diagnóstico nem determinam os caminhos possíveis tomados pelas intervenções terapêuticas que passam a ser reduzidas a prescrições medicamentosas. No caso do grupo dinâmico, a categorização proposta pelos manuais diagnósticos para representar a dimensão psicossocial não pareceu útil para a avaliação das variáveis que pretendeu retratar, não se configurando como linguagem ou instrumento adequados à abordagem desta dimensão da experiência humana. Aparentemente foram abandonados por não constituírem meio favorável à abertura e desenvolvimento de uma discussão pertinente àqueles aspectos relacionados ao processo de adoecimento dos indivíduos que não os estritamente ligados à organicidade.

A partir do que pudemos observar em nosso material etnográfico, chegamos a algumas questões as quais nos propomos discutir agora. Conforme já vimos, o pressuposto empiricista implicado a partir da posição atórica do DSM-III resultou de fato na adoção de uma visão fisicalista das perturbações mentais.

Na prática clínica a aplicação de novas classificações – DSM-IV (1994) - resultou numa radical objetividade do processo diagnóstico, objetividade esta que aproximou a psiquiatria da esfera da medicina e da biologia. Baseada numa lógica diagnóstica pragmática, voltada para a presença ou ausência de determinados sinais e sintomas auferidos numa avaliação transversal do paciente, tal abordagem clínico-diagnóstica afasta da prática clínica psiquiátrica tradicional as questões relacionadas a

outros aspectos do processo de adoecimento que não aqueles mais estritamente ligados à organicidade. As consequências deste enfoque para uma clínica voltada para a atenção psicossocial são evidentes.

Mais além, em termos de concepção de Pessoa, a pesquisa etnográfica realizada indica que a psiquiatria biológica está substituindo a reafirmação do polo fisicalista do dualismo corpo/mente pela difusão de uma representação monista de Pessoa norteada pelo paradigma fisicalista. A diferença básica entre a adoção de uma concepção dualista e de uma concepção monista de Pessoa é que, na primeira a psiquiatria organicista acaba mantendo uma certa reserva “lógica” e “simbólica” para que outras vertentes psiquiátricas continuem a se ocupar das dimensões moral, individual e social dos chamados doentes mentais: nesse espaço tem florescido há algumas décadas o que de uma forma genérica tem sido chamado de Reabilitação Psicossocial. Já na adoção de uma visada monista da Pessoa todas as questões relativas às dimensões da vida do sujeito moral estariam sendo “lidas” sob uma perspectiva reducionista fisicalista sendo, portanto, ressignificadas em termos estritamente organicistas. Nessa última perspectiva, temas como o da “consciência” e das “emoções” são considerados relativos apenas ao cérebro; os processos psicológicos sendo vistos apenas como processos do cérebro físico. O monismo fisicalista que reinsere a psiquiatria nas ciências médicas implica assim não apenas no abandono de leituras e/ou interpretações psicológicas, mas também de possíveis leituras políticas e/ou antropológicas. A preeminência do polo moral não equivale tão somente à afirmação do psicológico enquanto tal, mas de toda uma seara que diz respeito ao indivíduo e que não se reduz ao plano físico/biológico. Dessa seara fazem parte as ciências “psi”, mas também as ciências da sociedade. É possível afirmar que a preeminência do plano moral no campo da psiquiatria, concomitante à hegemonia da leitura psicanalítica, implicou na convivência entre diferentes visões morais do ser humano, permitindo que fossem incorporadas à psiquiatria questões ligadas ao campo das “ciências da moral”.

Se na prática psiquiátrica o enfoque biologicista do indivíduo e do processo de adoecimento mental reforçado pelos novos sistemas classificatórios resultou num deslocamento para fora do *setting* clínico dos aspectos relacionados à esfera psicossocial dos casos, de um ponto de vista mais geral a tendência em direção a um monismo fisicalista vem deslocando para fora do campo psiquiátrico mais estrito as questões relacionadas ao caráter social, cultural e político do ser humano. Nesse sentido, a concepção biológica da doença mental aponta para uma racionalidade

estrita, na medida que cabe à razão humana desvendar o funcionamento do cérebro de modo a controlar/erradicar os transtornos mentais: assiste-se a um banimento da desrazão, ou da irracionalidade. Todo comportamento desarrazoado passa a refletir uma disfunção neuroquímica ou genética passível de compreensão racional e de um tratamento baseado nesta compreensão. A concepção romântica de loucura como portadora da verdade - seja de uma verdade do sujeito, seja de uma verdade metafísica a respeito do humano - deixa de fazer sentido. A psiquiatria englobada pela medicina, nada mais tem a ver com as "ciências da moral". Seu campo é outro e suas soluções para os problemas colocados de agora em diante passarão ao largo das disputas do campo político-cultural. Também não é preciso ressaltar as profundas consequências que tal fato pode trazer para as teorias que fundamentam a Reabilitação Psicossocial e as práticas que delas decorrem.

Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais*. 4^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BAYER, R., SPITZER, R.A. "Neurosis, Psychodynamics, and DSM-III". *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, feb. 1985.
- FAUST, D., MINER, R.A. "The Empiricist and His New Clothes: DSM-III in Perspective". *American Journal of Psychiatry*, 143:8, august 1986.
- SERPA JR., O. D. *Mal-Estar na Natureza – estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria*. Rio de Janeiro, TeCorá, 1998.