

NARRATIVAS SOBRE A LOUCURA: AS FORMAÇÕES DISCURSIVAS NA TRILHA DA HISTÓRIA

NARRATIVES ABOUT MADNESS: DISCURSIVE FORMATIONS ON THE TRAIL OF HISTORY

Ana Boff de Godoy (UFCSPA)

anabg@ufcspa.edu.br

<https://orcid.org/0009-0008-6445-3021>

RESUMO: No presente artigo, buscou-se percorrer a história da loucura a partir da sua dimensão discursiva, com base no referencial teórico da Análise do Discurso de linha francesa e da História das Ideias. Observou-se, para tanto, as narrativas sobre a loucura (em suas diversas formas e materialidades) desde Homero até a contemporaneidade, bem como os pontos de aproximação e de distinção entre essas formas de narrar. Tal análise permitiu a constatação de certos padrões narrativos, os quais estabelecem (ou são estabelecidos por) cinco formações discursivas, cinco grandes blocos de ideias acerca da loucura. Esta pesquisa, que não se pretende exaustiva, visa analisar como isso que se nomeia loucura foi compreendido ao longo dos tempos, como foi construído, representado, simbolizado, o que simbolizou, pelo que foi afetado e o que afetou, como foi manejado e como operou na constituição dos sujeitos ao longo de nossa história ocidental.

PALAVRAS-CHAVE: loucura; formações discursivas; história da loucura; narrativas sobre a loucura.

ABSTRACT: In this paper, we sought to explore the history of madness from its discursive dimension, based on the theoretical framework of French Discourse Analysis and the History of Ideas. To this end, we observed the narratives about madness (in its various forms and materialities) from Homer to contemporary times, as well as the points of approximation and distinction between these ways of narrating. Such analysis allowed the observation of certain narrative patterns, which establish (or are established by) five discursive formations, five large blocks of ideas about madness. This research, which is not intended to be exhaustive, aims to analyze how what is called madness was understood over time, how it was constructed, represented, symbolized, what it symbolized, what it was affected by and what it affected, how it was handled and how it operated in the constitution of subjects throughout our western history.

KEYWORDS: *madness; discursive formations; history of madness; narratives about madness.*

1 Introdução

O presente artigo apresenta – de forma bastante resumida – parte dos resultados obtidos em nossa pesquisa de doutorado (2016), a qual teve seguimento no âmbito do LABAN (Laboratório de Análises Narrativas), da UFCSPA (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre), e da qual derivou a criação de uma disciplina ofertada na graduação e na pós-graduação de Psicologia (Formações Discursivas sobre a Loucura).

Neste estudo, buscamos confrontar as diversas narrativas / os diversos discursos (em suas mais diversas formas e materialidades) sobre a loucura, perseguindo seus traços e reconstruindo seu trajeto. Nossa intenção foi verificar como isso que comumente chamamos *loucura* foi compreendido ao longo dos tempos, como foi construído, representado, simbolizado, o que simbolizou, pelo que foi afetado e o que afetou, como foi manejado e como operou na constituição dos sujeitos. Nesta investigação histórica e discursiva do que venha ser essa ideia de loucura, descobrimos uma gama imensa de camadas, discursos e sujeitos; e compreendemos que a história da loucura se confunde com a própria história da humanidade.

A partir de duas trilhas centrais, uma histórico-filosófica (de Michel Foucault) e outra clínica (de Isaías Pessotti), buscamos um caminho que nos permitisse pensar a história da loucura (e a própria loucura) discursivamente, em termos de funcionamento de sentidos. Nossa investigação tem como base teórica a Análise do Discurso de linha francesa aliada à História das Ideias.

Antecipamos a conclusão sinalizando que há diferentes conceitos de loucura em diferentes épocas e que tais conceitos dependem não só de suas condições de produção (tempo, espaço, ideologia, cultura, crença, etc.), mas também dos critérios epistemológicos das ciências da saúde que operam sobre eles, a saber: critérios *etiológicos* (as *causas* – sejam elas reais ou imaginárias); critérios *sintomatológicos* (as suas formas de manifestação, os seus sintomas); critérios *nosológicos* (a sua classificação – estabelecida, por sua vez, segundo a etiologia e a patogênese); e critérios *nosográficos* (a sua descrição).

Enfrentando, então, o desafio de lidar com todas essas variáveis (e em um espaço textual tão exíguo), o que procuramos no presente artigo não é elencar exhaustivamente os conceitos de loucura, mas observar o seu funcionamento ao longo dos tempos e verificar como a loucura foi

se impondo enquanto um *constructo discursivo*. Tal movimento analítico nos possibilitou concluir que há cinco formações discursivas (FDs) sobre a loucura, ou seja, cinco grandes blocos de ideias sobre a loucura ou, ainda, cinco formas de narrá-la ao longo de nossa história humana. E é isso que nos propomos a demonstrar aqui.

2 Da Antiguidade à Idade Média: entre Deus(es) e o Diabo

É ainda na Antiguidade que a loucura (ainda que não fosse assim denominada) é definida como a ausência da *razão*. Para Homero (século VIII a.C.), que representa a memória do pensamento grego antigo, a vida de todos os mortais era definida pela vontade dos deuses, sobretudo de Zeus. Dois conceitos fundamentais para a compreensão da loucura à época aparecem operando sobre as ações dos personagens tanto na *Ilíada* quanto na *Odisseia*: *atê* – um estado de espírito marcado pela perda de razão ou por um turvamento temporário da mesma – e *moira* – o destino implacável que se abatia sobre humanos e deuses e sobre o qual nem mesmo Zeus poderia intervir. A loucura, então, é percebida como um descontrole ou uma perturbação mental gerada por interferência dos deuses quando esses, por algum motivo, se sentiam feridos pelos homens em seus caprichos ou quando os homens tentavam se desviar de sua *moira*. Os deuses, assim, vingavam-se dos homens interferindo em sua razão. A loucura, dessa forma, é a própria *vingança*, um “instrumento de restauração da ordem, do destino” (Pessotti, 1994, p. 18). Não havia, aqui, a supremacia da razão sobre as outras partes daquilo que constitui o homem. A perda da razão, assim, não significava ser menos humano, mas simplesmente ser humano e, por tal condição, ser suscetível à vontade dos deuses.

É no canto VI da *Ilíada* que Pessotti (1994, p. 19-21) vê descrito “o primeiro quadro sintomático de uma forma clássica de loucura, a melancolia”, o qual acabou por se afirmar como “o primeiro modelo teórico da loucura; um modelo predominantemente mitológico que terá reflexos duradouros nas diferentes épocas da psicopatologia”. Já no canto IV da *Odisseia*, Homero sugere (sempre dentro do seu quadro epistêmico-mitológico) a primeira (e atualíssima) forma de terapia, qual seja, o uso de um *pharmakon*, “a bebida do esquecimento, que acalma as aflições da melancolia, atenua os tormentos da ansiedade e induz a aceitação tranquila da sentença dos deuses, da própria *moira*” (Pessotti, 1994, p.19).

Propomos que essa primeira forma de narrar a loucura (e que se constituiu como um primeiro modelo teórico da loucura) seja entendida discursivamente como uma primeira formação discursiva (FD) sobre a loucura, assentada sobre as crenças politeístas e mitológicas

da época. As formações discursivas, afinal, instauram-se com base nas formações ideológicas, as quais estão relacionadas, por sua vez, aos processos sociais e psíquicos dos sujeitos. Esse modelo de estruturação é comum a toda formação discursiva, mas é a forma como esses elementos (ideologia, inconsciente, crença, convicções) se relacionam entre si, bem como entre as particularidades de cada elemento, que irá distinguir uma FD de outra ou, em outras palavras, que irá agrupar ou separar os discursos em FDs específicas. Nem sempre, no entanto, os limites de distinção dos discursos, e consequentemente das FDs, são evidentes. As FDs não são blocos fechados e homogêneos, tanto podendo apresentar heterogeneidade no interior delas mesmas quanto interrelação com outras FDs. Nomeamos essa primeira formação discursiva sobre a loucura de *FD mitológica*, por ser esse o modelo de representação sobre o qual tal FD se funda. Atribuímos, também, a essa FD um número, o qual indica sua posição cronológica na história da loucura. A FD mitológica equivale, então, à *FD1*.

Essa forma de narrar/compreender a loucura será predominante nos próximos quatro séculos e figurará, como temática recorrente nas tragédias gregas, como traço dos seus personagens e como parte integrante da vida humana e das suas relações. As manias, os delírios, os furores e os desvarios servirão como ícones de um comportamento desviante em relação às normas sociais, comportamentos *errados* que serão descritos pelos autores trágicos Ésquilo e Sófocles como um castigo dos deuses. Orestes, Cassandra e Ajax são alguns dos personagens que serão castigados por se desviarem dos valores cultivados à época e tal castigo, ou seja, a loucura, terá uma conotação de possessão.

Já Eurípedes (480-406 a.C.) começa a ver a loucura como um produto dos conflitos internos do ser humano e não unicamente como castigo dos deuses. A grande sensibilidade desse autor trágico em colher os sentimentos humanos pode ser percebida nas caracterizações de personagens fortes como Medeia e Fedra que, ao mesmo tempo em que exprimem uma exacerbação das suas paixões (o que resulta na perda da razão e na consequente loucura), expressam vergonha, compaixão e arrependimento, em um movimento de reconhecimento da responsabilidade pessoal. Essa crítica a si mesmo e à ordem das coisas apresentada por Eurípedes rompe com uma natureza estritamente mitológica ou teológica da loucura, instaurando uma nova forma de compreensão da natureza humana, a qual reconhece a *contradição* como inerente ao sujeito. Tal contradição é levada ao extremo em *As Bacantes*, obra considerada por Pessotti como o primeiro retrato de um surto psicótico levado à perfeição, uma verdadeira imagem da esquizofrenia. Para o estudioso, “a obra de Eurípedes representa o nascimento da psicologia enquanto concepção do homem como dotado de uma individualidade

intelectual e afetiva. Uma individualidade que é a sua própria natureza pessoal. Contraditória, conflitiva, por vezes patológica” (Pessotti, 1994, p. 46).

Autor de *Tratado sobre a doença sagrada*, obra “considerada a certidão de nascimento da medicina como disciplina racional e científica” (Chauí, 1994, p. 146), Hipócrates (460-370 a.C.) é o primeiro a considerar a loucura puramente como um *desequilíbrio da natureza orgânica* do homem ou, mais especificamente, como um desequilíbrio entre os humores ou fluidos do corpo humano. Tais humores, por sua vez, estariam ligados aos quatro elementos essenciais observados por Empédocles: o calor, o frio, a secura e a umidade. As doenças, para Hipócrates, derivariam do desequilíbrio entre esses dois sistemas (micro e macro). “A loucura, como doença que é, resulta de crise no sistema dos humores. É uma doença orgânica. Com tal ideia, Hipócrates inaugura a teoria organicista da loucura, que florescerá prodigamente na medicina dos séculos XVIII e XIX” (Pessotti, 1994, p. 48).

No entanto, se por um lado Hipócrates rompe com as explicações mitológicas ou teológicas da loucura, por outro lado essa ciência que ele inaugura tem um caráter bastante especulativo e, talvez até se possa dizer, metafísico em relação às origens do desequilíbrio orgânico. Para ele, toda doença deriva de um desequilíbrio orgânico e cerebral. Assim, Hipócrates conclui que a loucura se manifesta quando há muita umidade no cérebro¹. A loucura, em todas as formas de manifestação observadas por Hipócrates, aparece como um *sintoma* cujo tratamento consistia em uma limpeza do organismo a fim de expulsar os humores em excesso que se acumulavam no cérebro. Tal limpeza, purgativa (por meio do heléboro², principalmente) ou catártica (*katársis*), deveria ser combinada com uma dieta que adequasse o calor, o frio, a secura e a umidade no corpo do paciente bem como com hábitos de vida que propiciassem tal equilíbrio.

Conforme Marilena Chauí (1994, p. 148), é também a partir do *Corpus hippocraticus* que se estabelece a distinção entre o *normal* e o *patológico*³ que continua na base de toda a nosologia, de toda forma de tratamento e de exclusão. O normal (a saúde) é aquilo que está de acordo (em ordem) com a natureza (*katà phýsin*), enquanto o patológico (a doença) é aquilo que está em desacordo (em desordem) com ela (*parà phýsin*). O pensamento hipocrático

¹ “Enlouquecemos, como já disse no meu *Tratado acerca da doença sagrada*, em função da umidade do encéfalo, no qual reside a atividade da alma. Quando sua natureza se torna úmida, o encéfalo necessariamente se desloca, de modo que nem a visão nem a audição ficam seguras. O paciente não vê e não ouve senão outras coisas, como se as tivesse ouvido e visto, e isso se confirma pelo diálogo (...)” (Hipócrates, 2011, p. 65).

² O heléboro era considerado o fármaco ideal para tratar a loucura, por ser um potente purgante. Era um composto de 21 (vinte e uma) ervas venenosas comumente usado até o início do século XX como medicamento padrão para loucura (e também como raticida).

³ Tal confronto será retomado em 1943 e em 1966 por Georges Canguilhem.

considera o microcosmo como uma versão reduzida em tamanho, mas com as mesmas propriedades do macrocosmo, de forma que a *phýsis individual* é também um reflexo da *phýsis universal*. Assim, na base da distinção entre o *normal* e o *patológico* está também a distinção entre o *individual* e o *coletivo*, entre o *privado* e o *público*, um dos nossos maiores paradoxos e um dos maiores desafios, pois, ao mesmo tempo em que se diferenciam, também se entrecruzam, evidenciando uma relação de interdependência.

Em termos discursivos, Hipócrates provoca um contradiscurso e institui uma nova FD, a qual nomeamos de *FD cientificista* e numeramos como *FD2*, uma vez que se apresenta como um segundo modelo teórico-discursivo da loucura, o qual rompe com a FD mitológica (FD1) dominante e instituiu uma nova origem para a loucura: interna, orgânica e não mais externa, mitológica ou divina.

Na esteira da teoria humoral hipocrática, Platão (428-348 a.C.) será o primeiro a traçar um esboço da *psykhé* humana. A *psykhé* grega é bastante diferente daquilo que entendemos atualmente por aparelho psíquico e aparecerá comumente traduzida a partir do seu equivalente latino (*anima*) como *alma*. Em *Timeu*, Platão descreve a *psykhé* como vida ou princípio vital que anima um ser; a alma do mundo (*anima mundi*), a fonte do conhecimento. Em *A República*, descreve uma *psykhé* humana e individual, “princípio da vida mental e espiritual ou princípio cognoscente” (Chauí, 1994, p. 291). No mito do cocheiro, em *Fedro*, Platão pensa a *psykhê* em suas três dimensões – *logos* ou *logistikón* (a racionalidade); *thumoeides* (os afetos e as emoções); e *epithumetik* (os apetites e os instintos) – e defende que o homem deve buscar a harmonia entre essas três partes, guiando-se pela razão (o cocheiro), conduzindo firmemente suas rédeas (os pensamentos) a fim de direcionar seus sentimentos (os cavalos alados) pelo caminho correto até chegar ao seu destino. Já em *Fédon*, irá afirmar que as três partes da *psykhé* (ou as três almas) são sempre *desejantes*. A loucura ou demência na teoria platônica, então, acontece quando há um desarranjo entre as três partes desse sistema, ou seja, quando a razão perde o controle dos sentimentos de cólera e/ou dos desejos ou, ainda, quando a razão, o intelecto, não é devidamente nutrido. A demência, portanto, é uma doença da alma, da *psykhé*, que, segundo o filósofo ateniense, pode ser de duas espécies: insanidade e ignorância.

Discípulo de Platão, Aristóteles (384-322 a.C.), em seu tratado *De anima* (*Peri psykhês*), terá também grande importância para a constituição da psicologia enquanto ciência dos estados e dos processos mentais, tendo sido leitura obrigatória nos cursos de medicina até o Renascimento por se constituir como uma importante tese de filosofia natural. Para Aristóteles, a alma é *substância*, é o *princípio* organizador de todas as suas potencialidades ou capacidades,

logo, não pode ser dividida. É a alma que garante coesão das partes materiais que constituem o ser vivo e, por isso, é homogênea e onipresente em todo o corpo. A *razão* é uma característica da função ou potência intelectual da alma que, no entanto, e à diferença de Platão, não é prerrogativa do pensamento em oposição à sensação ou à imaginação, as quais têm importância fundamental na constituição da razão.

Essa torção na concepção da *psykhé*, e consequentemente da razão, lança uma nova luz na compreensão acerca do funcionamento mental e psíquico e, por sua vez, do entendimento da loucura e da normalidade que se configurará como uma força paralela à FD cientificista (FD2) a partir século XX. Isso nos permite pensar em Aristóteles como o responsável por esboçar uma nova FD que, no entanto, ainda não estará completamente delineada, tampouco instaurada, nesse momento. Estamos diante de uma *proto-FD psíquica (proto-FD3)*, ou seja, de um terceiro modelo teórico da loucura ainda muito insipiente, poroso e aberto, o qual se assentará a partir do reconhecimento dos processos psíquicos, o que se dará de forma decisiva a partir da psicanálise freudiana, no despontar do século XX.

Mas, até lá, seguiremos sob a égide da FD cientificista (FD2). No século I, Areteu da Capadócia irá distinguir com bastante precisão a mania da melancolia bem como três formas de delírio: epilético, histérico e erótico; o que o coloca como precursor das práticas classificatórias ou nosográficas da loucura, as quais ganharão força e relevo durante todo o percurso da formação discursiva cientificista. É o primeiro também a adotar critérios comportamentais em detrimento de critérios puramente organicistas para diferenciar ilusão e alucinação, além de ser considerado o iniciador das práticas dos banhos em águas termais como forma de tratamento físico e emocional (uma vez que as doenças eram entendidas como *forma mentis*, ou seja, como somatizações). Discursivamente, Areteu se inscreve em uma FD cientificista (FD2), ainda que se perceba um movimento no sentido de aprimorar ou alargar essa FD inaugurada por Hipócrates.

Soranus de Éfeso, no início do século II, divide as doenças entre agudas e crônicas, receitando cataplasmas e idas ao teatro para ambos os casos: comédias para os melancólicos e tragédias para os excitados. É o primeiro a receitar a escrita e a leitura de discursos próprios, percebendo na palavra o poder da cura – o que o coloca como um dos precursores da *práxis* psicanalítica e como um dos continuadores do delineamento da *proto-FD psíquica (FD3)*.

No século III d.C., Plotino irá propor uma divisão binária da alma: uma alma superior (ligada ao intelecto) e uma alma inferior (ligada às sensações que não alcançam a consciência, bem como aos desejos que permanecem na parte apetitiva e são desconhecidos por nós). Tal

constatação se configura como uma espécie de suspeita do inconsciente, pelo que estaria antecipando Freud em dezessete séculos. Por esse motivo, alguns autores consideram Plotino como um precursor da psicanálise e da psicologia arquetípica, o que o inscreve na proto-FD psíquica (FD3), que inicia seus contornos com Aristóteles, alargando-a e preparando o solo para o inconsciente freudiano.

Até o século V, a visão predominante será a da FD cientificista, a qual oscilará entre o organicismo e um certo psicologismo, a exemplo do médico romano Célio Aureliano, o mais expressivo do último século da Antiguidade, o qual afirmará a loucura como uma doença somática derivada de um estado de tensão ou constrição do organismo, podendo se apresentar nas formas de mania (quando o desequilíbrio se dá na cabeça) ou de melancolia (quando o desequilíbrio acontece no estômago), além dos quadros de delírio e alucinação.

A partir do século V, e daquilo que a história define como Idade Média, as doutrinas demoníacas (que identificam a loucura como uma possessão diabólica) provocarão um grande impacto e repercutirão com força até a época do Renascimento (ainda que possam ser verificadas até hoje a partir de algumas comunidades religiosas). A figura do inquisidor e do exorcista como sujeito autorizado a falar em nome da Igreja se impõe na sociedade, estabelecendo novas relações de poder que, no entanto, atuam no interior de uma formação discursiva já conhecida, a FD mitológica (FD1). Se, em um primeiro momento (mundo grego antigo), essa FD se sustentava por meio de uma perspectiva divina e politeísta, nesse segundo momento de domínio dessa FD (mundo cristão), ela passa a se estruturar por meio de uma perspectiva demonológica e monoteísta que autoriza os inquisidores a falar e a agir em nome de Deus. Logo, está-se novamente apontando para um lugar externo ao sujeito como origem de sua loucura, de forma que o que se verifica é uma atualização da FD mitológica, e não a instauração de uma nova FD. No entanto, agora compete aos inquisidores, ou seja, aos homens autorizados (e não mais aos deuses ou semideuses), a tarefa de regulação e extermínio da loucura ou dos sujeitos aos quais a loucura vem imputada.

3 Do Renascimento ao final da Idade Moderna: entre a atualização da medicina hipocrática e o tratamento moral

Em reação ao apagamento em massa desses sujeitos produzido pela Inquisição e à própria insanidade inquisitorial, como uma forma de escancarar o patológico e a contradição humana, no Renascimento, o louco não é mais escondido, tornando-se o centro das

manifestações culturais e simbólicas. A loucura passa a ser simbolizada na arte e na literatura como o avesso do avesso e o louco, como aquele que possui uma espécie de *saber a saber*, um conhecimento latente desse grande paradoxo que nos distingue como humanos e cujo sinal mais trágico é o da finitude. Se a morte era aquela que reduzia o homem a nada, a loucura é agora aquela que reduz a nada a própria existência, e essa é a grande inquietude a qual se refere Foucault (1961, p. 16): “A cabeça, que virará crânio, já está vazia. A loucura é o já-lá da morte”.

As narrativas sobre a loucura no Renascimento europeu se apresentarão, então, como uma contraparte das formações discursivas mitológica (FD1) e cientificista (FD2), contraparte que chamaremos de *FD representacional* e que se apresenta como um quarto modelo discursivo da loucura (FD4). Os discursos que compõem essa FD, mais do que teorizar sobre a loucura, representam-na simbolicamente e, com isso, dão corpo e voz aos sujeitos que, nas FDs mitológica (FD1) e cientificista (FD2), ocupavam um papel passivo em relação à loucura. A FD representacional se constitui, então, a partir do domínio do simbólico, enquanto as duas primeiras se constituem a partir do domínio do imaginário. A loucura passa a representar uma sabedoria (um *a-saber*) que talvez signifique tão somente aceitar a condição de ser mortal e não se conformar em sê-lo. Nesse sentido, a loucura pode ser entendida também como *resistência* – tanto em seu sentido psicanalítico de permanência, de manutenção de um estado ou de uma condição, quanto no sentido político de resistência às relações de poder que fazem do louco um objeto documentável.

A loucura, assim, passará a ser simbolizada na arte e na literatura, sendo erigida como monumento, expondo as dores e as cicatrizes que são próprias da condição da loucura, mas que são ainda mais aprofundadas e alargadas pelas relações de poder que se instauram em seu seio. A *Nau dos loucos* se tornará símbolo de resistência e escárnio. Mais do que simples imagens que povoaram o imaginário medieval-renascentista, as *Stultiferae naviculae* ou *Narrenschiffen* são constructos discursivos que encontram forma narrativa em diversas materialidades, tramando inúmeras composições literárias e imagens da época.

Entre os pintores e ilustradores que as retrataram, os que mais se notabilizaram foram Hieronymus Bosch (1450-1516), Albrecht Dürer (1471-1528) e Jodocus Ascensius Badius (1461-1535). Na literatura, o expoente maior é *Stultifera Navis* (1494), traduzida para o português como *A nau dos insensatos*, escrita por Sebastian Brant (1457-1521). Trata-se de um longo poema-inventário em 110 capítulos, em que cada um deles é dedicado a um vício ou fraqueza moral e/ou comportamental, os quais são vistos como sintomas de insensatez, insanidade, inépcia, loucura. A exemplo de Dante Alighieri (em sua *Divina Comédia*), Brant

irá separar os sujeitos de acordo com suas fraquezas morais. Brant não poupa ninguém e aponta seu discurso satírico e moralizante para o povo e para os nobres, para os doutos e os ignorantes, denunciando também a perda dos valores cristãos e a corrupção do clero. Para ele, tudo isso é loucura, a qual deve ser combatida com o fortalecimento da razão e nutrindo-se de bons costumes e valores morais cristãos elevados. Brant inclui a si mesmo entre os néscios, assumindo uma postura autocrítica e encarnando a imagem de uma espécie de bobo da corte, sujeito sábio, que conhece a verdade e a enuncia não em tom profético, mas em tom de galhofa, de sátira. “À dança dos parvos eu me uno, colocando-me na dianteira do desfile, pois vejo a meu redor uma montanha de livros que não leio e nem consigo entender”, diz Brant (1494, p. 26). A verdade é, assim, ela mesma um escárnio. E ninguém está livre da loucura.

Outro exemplo de experiência dialética que contribuiu para forjar novos contornos ao constructo discursivo que é a loucura foi a apresentada por Erasmo (Desiderio De Rotterdam) (1466-1536) que, em 1509, dá voz à loucura, personificando-a como narradora em sua original e sempre atual obra satírica *Laus stultitiae* (*Elogio da loucura*). Teólogo, acreditava na luz da razão e condenava a crença em verdades absolutas. A razão devia servir ao homem e não o homem à razão. *Elogio da loucura* é um convite para que se olhe de perto, de frente e de forma reflexiva para natureza humana e suas suscetibilidades. Sua filosofia é pintada em tons de graça e brincadeira. Mas quanto se pode dizer através dos chistes! Aqui, loucura não é sinônimo de doença nem de possessão; também não é nada que se possa definir academicamente. Como ela mesma diz: “Não espereis de mim nem definição, nem divisão de mestre de retórica. Nada seria mais despropositado. Definir-me seria dar-me limites, e minha força não conhece nenhum” (Erasmo, 1509, p. 14).

O tema da loucura continuará figurando na literatura europeia durante todo o século XVI. Ao mesmo tempo, a ciência segue seu avanço e a tentativa de separação entre o empírico e o imaginário se fortalece. René Descartes (1596-1650) foi quem estabeleceu um método para se chegar à verdade, o qual consistia, *grosso modo*, na condução do raciocínio lógico, livre dos sentidos e da imaginação. O primeiro paradigma estabelecido pelo método cartesiano, assim, foi: *Cogito, ergo sum*, o célebre filosofema *penso, logo existo*.

Essa incisão provocou uma cicatriz muito profunda no mundo moderno, a qual Foucault chamou de *acontecimento inaugural e originário*, por considerar que tal pensamento levou a uma descontinuidade do reconhecimento simbólico em relação àquilo que, em tese, se opõe à *razão*, ou seja, a *desrazão* ou *loucura*, que passam a ser entendidas como algo exterior, alheio à razão, como se o ser *racional* estivesse imune a ela simplesmente pelo fato de pensar. Mais

do que isso, o pensar racional passa a ser determinante da existência; logo, o ser incapaz de pensar e de agir pela razão não existe! Isso equivale a um total apagamento dos sujeitos tidos por loucos. Apagamento filosófico, mas que repercutirá nas formas de organização social até hoje observadas, nas quais o louco terá um lugar de exclusão ou, ainda, a sua própria existência negada. Um idealizado *sujeito racional* e uma suposta *realidade objetiva* passam, então, a ocupar o centro das discussões filosóficas e das ciências, colocando o *sujeito* propriamente dito, com todos seus desejos, paradoxos e devaneios, à margem, juntamente com o *simbólico*.

O pensamento cartesiano, assim, fortaleceu uma visão cientificista, estimulando a retomada de uma visão organicista da loucura que terá seu caráter utilitarístico acentuado no século XVII, o qual será marcado pelo esforço do pensamento médico em encontrar uma base natural, orgânica, anatômica ou fisiológica para a loucura. Desse modo, alguns irão retomar a proposta pneumática de Galeno ou a teoria humoral clássica, outros irão pensar em termos químicos ou, ainda, em processos mecânicos. Em termos discursivos, Descartes promoveu uma retomada atávica à FD cientificista (FD2), bem como uma atualização da mesma. A preocupação maior dessa FD cientificista atualizada parece ser não a de encontrar uma forma de reconhecimento social e de bem-estar para o sujeito afetado pela loucura, mas a de criar uma sólida categorização nosográfica. A visão cartesiana acabou por justificar um processo crescente (e irrefreável) de medicalização e, principalmente, de internação que só será aplacado a partir da segunda metade do século XX. Não é sem estranhamento que Foucault (1961, p. 87) percebe que “tenha sido justamente o racionalismo quem autorizou essa confusão entre o castigo e o remédio, essa quase-identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura”.

O século XVIII exalta o *homo medicus*, como se refere Foucault (1961, p. 497), que dá ao tratamento da loucura uma legitimação, uma validade científica aos critérios morais. Boissier de Sauvages (1706-1767) ordenou metodicamente 2.400 doenças em classes, ordens, gêneros e espécies, dedicando às doenças mentais uma classe específica organizada em três distintas ordens, a saber: as alucinações, as bizarras e os delírios. Johann Erhard (1766-1827) propõe uma classificação em que são incluídas as *falsas percepções*, equivalentes às atuais psicoses paranoides. Michael De Valenzi (1728-1813), por sua vez, acrescenta a *agriothimia*, uma espécie de mania que tornava o sujeito propenso ao homicídio (o que antes era entendido como possessão). Essas categorias surgem como uma tentativa de resposta opositiva não só a uma ideia demonista, mas também a uma ideia bastante em voga nesse século, a do *contágio mental*.

A observação de casos de histeria coletiva levou à crença de que a loucura pudesse ser transmitida. Os casos de loucura coletiva eram tratados ora por meio de exorcismos ora por

meio do magnetismo e do hipnotismo desenvolvidos por Franz Mesmer (1734-1815), prática que ficou conhecida como mesmerismo. Mas o suposto contágio mental também tem relação com aquilo que Foucault (1961, p. 351-377) denomina de *o grande medo*, o qual surge em meados do século XVIII e que diz respeito ao mito moral de que os manicômios exalariam um mal misterioso, um ar putrefato que se espalharia por toda parte, contaminando a tudo e a todos.

William Cullen (1710-1790) exclui das vesânicas todo distúrbio que não implicasse em lesão das faculdades intelectuais. Dessa forma, os tipos de loucura se resumiriam a três: mania, melancolia e demência, todas de natureza delirante ou derivadas da imaginação. A loucura é, então, entendida como um prejuízo na razão. Conforme Roudinesco e Plon (1998, p. 534-6), Cullen foi quem primeiro empregou o termo *neurose* (em 1769), referindo-se ao conjunto de disfunções do sistema nervoso que decorressem em problemas de sensibilidade e motricidade sem que as causas fossem diretamente observáveis. Na mesma linha, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) define loucura como *erros de juízo e de raciocínio* provenientes de uma afecção idiopática do órgão sensorio comum.

A natureza da loucura, na passagem do século XVIII para o XIX, é entendida, então, como uma afecção de causa desconhecida ou obscura, marcada como uma lesão no encéfalo ou, mais especificamente, como uma lesão de funções mentais, com o comprometimento do intelecto e da vontade, a qual se manifesta através do comportamento do sujeito afetado por ela, dos seus sintomas. Tais sintomas comportamentais (ou comportamentos inadequados) continuam sendo estabelecidos com base naquilo que se pode/deve ou não dizer/fazer (e são essas premissas que justificarão o *tratamento moral* defendido por Pinel, como se verá a seguir). A loucura ainda é tida (ou justificada) por um distúrbio orgânico, tal qual postulou Hipócrates, mas a importância do desempenho cognitivo, intelectual, verbal ou comportamental ganhará mais espaço e será exatamente a observação clínica desses fatores que passará a considerar as mudanças na vida afetiva, as condições sociais e físicas do ambiente circundante como aspectos relevantes na distinção dos estados de depressão ou de exaltação do sentimento, bem como na produção ou desencadeamento dos estados de mania, melancolia ou demência.

A cognição e o comportamento passarão a ser determinantes no diagnóstico da loucura para Philippe Pinel (1745-1826), o qual preferirá chamá-la de *alienação mental*⁴ – que funcionará “como um termo genérico para designar doenças mentais que levavam à internação nos hospícios, como uma *categoria social*, portanto” (Oda; Galdalarrondo, 2006, p. 32). Foi

⁴ “É um termo feliz, este de alienação mental, para expressar em toda a sua extensão as diversas lesões do entendimento” (Pinel, 1800, p. 161).

com base no período de trabalho desenvolvido no hospício de Bicêtre que Pinel escreveu seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1800), o qual obteve grande repercussão e seguidores. Pinel não nega a visão organicista da loucura, mas questiona seus limites. Ao explicitar seu processo de observação dos pacientes, admite a observação dos *sinais externos* (mudanças físicas, gestos, movimentos, feições faciais) a fim de relacioná-los aos *sentidos internos*. Pinel faz várias medições dos crânios de alienados, comparando-os com a cabeça da estátua de Apolo Piton (considerada modelo por suas medidas perfeitas). As observações, no entanto, não lhe permitem concluir que a loucura estivesse ligada às conformidades físicas dos sujeitos, à exceção de uma única espécie de alienação: o *idiotismo* que, para Pinel, teria pouquíssimo sucesso de cura e cujas causas poderiam ser orgânicas, devido à configuração cerebral, a traumatismos cranianos ou a abuso de bebidas e narcóticos.

Segundo Pinel (1800, p. 182-183), essa é a espécie de alienação “mais incurável e mais frequente nos hospícios” e é facilmente identificável, pois “a maior parte dos idiotas não fala [...]; sua figura é inanimada, seus sentidos embrutecidos, seus movimentos automáticos; um estado habitual de estupor e uma espécie de inércia invencível formam seu caráter”. O *alienado idiota* do tipo *cretino* ou já nasce em “estado de degeneração ou nulidade” (Pinel, 1800, p. 185) ou desenvolve a lesão já nos primeiros anos de vida, “este ser equívoco, que parece colocado pela natureza nos últimos confins da raça humana pelas qualidades físicas e morais [...] parece vir sofrendo desde a mais tenra infância deste mesmo caráter de nulidade e idiotismo” (Pinel, 1800, p. 155) e seguirá “sem problema a uma idade bastante avançada, reduzido a uma espécie de vegetação e de existência automática” (Pinel, 1800, p. 186). Pinel defendia a observação cartesiana da *realidade objetiva*, mas ao relacionar as características de uma patologia ao caráter e à moral dos sujeitos acometidos por essa patologia, evidencia o quanto de seu próprio julgamento está impresso nessa realidade. A descrição de Pinel a respeito dos *alienados idiotas* aponta não só para a imposição de uma *ordem disciplinar* por meio de um *tratamento moral*, como também para um apagamento do sujeito, que volta a ser objeto. O doente é substituído pela sua doença, cujos sintomas estão simbolizados em seus corpos, gestos, comportamentos e discursos.

Essa corrente de pensamento sobre a loucura – que reatualiza a FD cientificista, acrescentando a perspectiva moral às perspectivas organicista e racionalista – repercute em boa medida até hoje, funcionando como justificativa para a manutenção de manicômios e clínicas psiquiátricas e como responsável pelo fortalecimento da voz de autoridade da classe *psiquiátrica*. A psiquiatria, que começa a despontar agora e que se institucionalizará no século

XIX, passará a representar os *bons sujeitos*, os bons costumes, e será a responsável por uma espécie de reeducação moral essencialmente repressiva.

A loucura (e consequentemente os sujeitos tidos como loucos) sempre fora(m) entendida(os) como *objeto(s)* sobre o(s) qual(is) atua o poder de *sujeitos autorizados*. Os sujeitos autorizados agora passarão a ser médicos (não mais deuses, não mais clérigos) e a loucura passará, então, já no final do século XVIII, a ser compreendida como *doença* a ser tratada a partir de uma prática de internação e de controle social e moral.

4 Do Século dos manicômios ao século XXI: entre a psiquiatria e a antipsiquiatria

Durante todo o século XIX, o pensamento predominante acerca da loucura tecerá variantes da proposta de Pinel, ora com mais carga organicista, ora com mais carga moral; ora com um tom mais humanista, ora objetificando completamente os sujeitos. A FD cientificista seguirá como dominante, apresentando pequenos deslizamentos em seu interior ou diferentes posições-sujeito.

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) cunhou o termo *alucinação* e defendeu fortemente a internação psiquiátrica, pois considerava o hospício como operador de transformações dos indivíduos. Sua obra *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*, de 1838, é considerada por Foucault como “o momento em que o saber psiquiátrico se inscreve no interior do campo médico e, ao mesmo tempo, adquire sua autonomia como especialidade” (1973, p.6).

Louis-Florentin Calmeil (1798-1895) estudou as paralisias ligadas a doenças neurológicas, tentando, a partir daí, separar a psiquiatria da neurologia. Sua obra, de cunho positivista, foi uma das primeiras a traçar um percurso historiográfico da loucura.

Jules Cotard (1840-1889) enfatizou o papel dos impulsos e dos desejos na produção da mania naquilo que Pessotti (1994, p. 194) considera como “uma teoria psicanalítica *avant la lettre*”, o que nos permite inseri-lo na proto-FD psíquica, em um esboço do que se constituirá, efetivamente, como uma nova FD (a ser enunciada no século XX).

Emil Kraepelin (1856-1926), frequentemente citado como *pai da psiquiatria moderna* e como criador da genética psiquiátrica, distinguiu duas classes etiológicas da loucura: *causas endógenas* (por predisposição genética e hereditária, podendo ser de caráter degenerativo e demencial ou psicótico – como as psicoses maníaco-depressivas de formas monopolares, bipolares ou mistas) e *causas exógenas* (que podem ser infectivas, tireóideas, paralíticas, por

envenenamento, por encefalopatias, psíquicas ou somáticas). As manifestações de causas exógenas, no entanto, dependeriam, para se manifestar, de uma condição orgânica, uma predisposição geral do organismo. Desse modo, ainda que as contribuições de Kraepelin tenham sido relevantes para o discurso (e para a manutenção do poder) psiquiátrico moderno e contemporâneo (sua classificação foi a base dos DSM⁵s III e IV), em termos discursivos ele atualiza a FD cientificista dominante, tal como Pinel e antecessores.

O século XIX se restringiria, então, às ideias de exclusão moral, de confinamento e de institucionalização da loucura (justificada *em nome* do organicismo e do cientificismo que pautam o discurso do poder psiquiátrico), o que fez com que Pessotti (1996) se referisse a ele como o *século dos manicômios*, que contou com um número recorde de manicômios e de internações. Não só as instituições manicomiais se proliferaram, mas a variedade de diagnósticos da loucura também se multiplicou, fazendo com que sujeitos que antes seriam considerados normais agora fossem diagnosticados como loucos e submetidos ao tratamento moral (ou *ortopedia moral*, como prefere chamar Foucault), o qual conta, cada vez mais, com “um grande número de remédios” (Pinel, 1800, p. 108) à sua disposição.

Para Foucault, esse dispositivo de poder (que é o discurso em ato, ou seja, o próprio processo disciplinar) opera diretamente sobre os corpos dos sujeitos, no âmbito daquilo que ele chama de *microfísica dos corpos*. As políticas psiquiátricas ou manicomiais do século XIX, assim, não podem ser entendidas como políticas de saúde, pois não focam seus esforços no sujeito e no seu bem-estar. São políticas higienistas, que visam livrar os *bons sujeitos* da presença incômoda dos *maus sujeitos*; políticas excludentes que visam salvaguardar a vida dos sujeitos *normais* da convivência com os *anormais*. O desconforto que a loucura provoca no seio de uma sociedade de sentidos aparentemente estabilizados engendra uma negação profunda e um desejo de distanciamento, fazendo com que se creia em um mundo ideal (utópico) livre de toda doença, de todos os desvios, de tudo o que não se possa compreender. Como lembra Eni Orlandi (2012, p. 26), “a produção imaginária do consenso por políticas públicas produz, ao contrário, e contraditoriamente, *a segregação*”, reforçada (ou justificada) por um dos poucos consensos desse século em relação à loucura: a sua caracterização como doença, o que provoca

⁵ DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health*), produzido e regulado pela APA (*American Psychiatric Association*). A primeira edição data de 1952; a segunda (DSM-II), de 1968; a terceira (DSM-III), de 1980; a quarta (DSM-IV), bastante utilizada ainda hoje, é de 1994; sendo que uma nova versão (DSM-V) foi lançada em 2013, mas, pelas inúmeras controvérsias que suscitou (sobretudo em relação à ampliação do espectro das doenças e às indicações medicamentosas), ainda concorre com a versão anterior.

a reflexão acerca da relação entre o *normal* e o *patológico* – tema da tese de doutorado de Georges Canguilhem (1904-1995).

A psicanálise, força que nasce oficialmente no ano de passagem do século XIX para o século XX com a publicação de *Interpretação dos sonhos*, de Sigmund Freud (1856-1939), inaugura uma espécie de era paralela de domiciliação dos sujeitos com a introdução do conceito de *inconsciente*. E é aqui, com o inconsciente freudiano, que a *FD psíquica (FD3)* se completa e se instaura, impondo-se como acontecimento discursivo que desestabiliza os sentidos das FDs mitológica e cientificista, reguladas por uma força externa ao sujeito. O inconsciente, essa força interna ao sujeito, aparece, então, como um divisor de águas na história da loucura, como o lugar e como o saber onde, no sujeito, a obscuridade se aloja. Tal lugar é também espaço daquilo que não pode ser simbolizado e que, por isso, revela-se obscuro, intangível, indizível. Paradoxalmente, esse espaço é o centro, o núcleo de constituição do sujeito, lugar por onde as coisas desejadas e as pulsões dos sujeitos escapam. Escapam por meio de sonhos, de parapraxias ou da própria loucura. O inconsciente talvez seja aquilo de mais particular no sujeito, tanto porque é o que há de mais privado, de mais oculto no sujeito, quanto porque é aquilo que mais distingue um sujeito do outro, que o particulariza.

A defesa de Freud e de Jacques Lacan (1901-1981) a respeito dos processos inconscientes mostrou-se como uma força questionadora dos princípios puramente orgânicos que a medicina da época insistia em defender, bem como uma possibilidade de se fazer ciência a partir de critérios não materiais. Ambos reconheciam as bases orgânicas das doenças, mas entendiam que o domínio de causalidade das mesmas estava intimamente ligado ao que Lacan chamou de *história psíquica* ou *história vivida do sujeito*, que era, em verdade, o processo de formação da personalidade do sujeito a partir de uma dinâmica de socialização em núcleos de interação, que vão desde a família até o Estado, passando por todo e qualquer grupo ou instituição social (como escola, grupos religiosos, etc.).

A história psíquica do sujeito se revela, então, por meio de uma linguagem particular, de uma espécie de gramática estrutural do inconsciente que faz a ponte entre o dentro e o fora. Lacan pensou essa linguagem em termos simbólicos, como a expressão das experiências compreendidas ou não, sublimadas ou negadas. E, aqui, no início do século XX, o simbólico volta a concorrer na compreensão da loucura, paralelamente à compreensão cientificista (FD2) e à compreensão psicogênica (FD3-psíquica). Em termos discursivos, Lacan se insere na FD psíquica, fortificando seus contornos, uma vez que centra sua investigação no inconsciente freudiano e nos processos mentais e psicológicos, aprofundando e alargando a sua perspectiva;

mas acaba por transitar, também, na FD representacional (FD4), uma vez que sua investigação do inconsciente leva à sua forma de expressão, de inscrição no simbólico.

Mas o mergulho absoluto no simbólico como forma de compreensão do inconsciente será proposto por Carl Gustav Jung (1875-1961), dissidente da psicanálise e fundador da psicologia analítica, a partir dos seus estudos sobre religiões, mitos, arquétipos, sonhos, pinturas e mandalas. Todo o domínio do simbólico se constituía, para Jung, como uma forma de acesso ao inconsciente, entendido como parte de um *processo de individuação* responsável por forjar o sujeito enquanto tal. O centro desse processo psíquico, chamado de *Self* (*si mesmo*), é estruturado pelo confronto do consciente com o inconsciente e, conforme esse conflito vai sendo enfrentado e amadurecido, vai unindo esses campos em uma espécie de síntese que conforma o sujeito. O homem é, então, forjado a partir da atuação das forças conscientes e inconscientes, não só suas, mas de todo um conjunto de consciências e inconsciências (que Jung chamou de *inconsciente coletivo*), expressas por meio do simbólico. O simbolismo verificado a partir da expressão artística dos doentes mentais aponta não só para um processo de individuação não-amadurecido, para um conflito não resolvido, mas também para a presença de uma força no interior do Self que insiste no equilíbrio de tal conflito.

Nise da Silveira (1905-1999), pioneira da psiquiatria humanista no Brasil, utilizou o simbólico como *práxis* terapêutica, confrontando a psiquiatria convencional. Em 1946, inaugurou a Seção de Terapia Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro e, em 1952, fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, ativando um centro de estudos e pesquisas para a compreensão dos processos psicóticos a partir do mergulho nas imagens.

A compreensão da importância do simbólico na estrutura do inconsciente introduzida de forma germinal por Freud, ampliada por Lacan, aprofundada por Jung e posta em ato por Nise foi fundamental para o estabelecimento de uma nova forma de entendimento da loucura, a qual culminará com a instauração de uma nova FD, que chamaremos de *FD antimanicomial*, e que se constituirá como um quinto e último modelo discursivo sobre a loucura (*FD5*). Essa formação discursiva se estabelecerá como um contradiscurso em relação às FDs mitológica e cientificista, mas também como uma contraparte, um complemento em relação às FDs psíquica e representacional. Em outras palavras, essa última FD surge da compreensão da relação entre aquilo que o sujeito primordialmente é (demarcada pela FD psíquica) e a forma como ele se simboliza (demarcada pela FD representacional). A compreensão dessa relação, que aponta para o lugar (paradoxal) em que o sujeito se inscreve, acabará por instaurar uma nova força, a qual despontará através da luta antimanicomial que tomará impulso a partir da década de 60 do

século XX e que se caracterizará como um importante momento de enfrentamento de realidades, momento de repensar teorias e formas de entender e de viver, momento de quebrar paradigmas, de se dizer *não* para discursos e práticas dominantes.

No mesmo ano (1961) em que o fotógrafo Luiz Alfredo registrava um verdadeiro holocausto no Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena, Foucault publicava a *História da loucura* (ressignificando o seu lugar simbólico e postulando-a como fruto da cultura) e Erving Goffman (1922-1982) publicava *Manicômios, prisões e conventos* (denunciando a mortificação dos sujeitos submetidos a um suposto-saber psiquiátrico instaurado a partir do manicômio).

Nesse mesmo ano, David Cooper (1931-1986) começava a trabalhar com jovens esquizofrênicos no *Villa 21*, um hospital nada ortodoxo que lhe permitiria, em 1967, através da publicação de *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, “propor concepções e procedimentos que, a princípio, parecem ser a antítese total dos convencionais, mas que, em efeito, podem ser considerados como uma *antipsiquiatria* embrionária (Cooper, 1967, p. 7-8, tradução nossa)⁶. Em 1960, Ronald Laing (1927-1989) já havia lançado *The divided Self*, onde defendia uma compreensão subjetiva, e não organicista, da esquizofrenia. Tanto Laing quanto Cooper percebem que a psiquiatria dos séculos XIX e XX estava excessivamente *a serviço das necessidades alienadas da sociedade* e que, por isso, prestou-se a rotular sistematicamente aquelas pessoas que se apresentavam como inválidas do ponto de vista das regras estabelecidas por essa mesma sociedade. A família é vista por Cooper como a célula social determinante da loucura, em especial da esquizofrenia, patologia socialmente mais difundida e a responsável pela maior parcela de internações no Reino Unido. Para o pai da antipsiquiatria, “com muita frequência, a psiquiatria não faz mais do que representar a sociedade contra seus pacientes” (Cooper, 1967, p. 11, tradução nossa)⁷ e, por isso, sustenta ser necessário ressignificar a psiquiatria, ressignificar a loucura e restituir aos rotulados o seu papel de atores sociais, a sua identidade ativa e não mais uma identidade passiva, inerte, *paciente*. Para tanto, ele defende *uma ideologia terapêutica voltada para a família* e, em boa medida, os princípios da *comunidade terapêutica* propostos por Maxwell Jones (1907-1990), ainda na Inglaterra da década de 40.

Jones aboliu a terapia eletroconvulsiva e os maus tratos comuns à internação, substituindo-os pelo psicodrama e pela terapia em grupo, por atividades artísticas e culturais,

⁶ “proponer concepciones y procedimientos que parecen la antítesis total de los convencionales y que en efecto pueden considerarse como una antipsiquiatria en germen” (Cooper, 1967, p. 7-8).

⁷ “con mucha frecuencia, la psiquiatria no hace más que representar a la sociedad contra sus pacientes” (Cooper, 1967, p. 11).

por discussões que integrassem esses sujeitos de forma ativa à *comunidade terapêutica* – que compreendia internados, médicos, enfermeiros e demais profissionais atuantes entre muros. Jones defendia, ainda, uma abordagem de controle do ímpeto do uso das substâncias por meio do que chamou de *aprendizagem social*, baseada na interação interpessoal. As experiências de Jones foram, de fato, os primeiros passos daquilo que se tornaria a *nova psiquiatria institucional comunitária*, baseada em pressupostos sociológicos. Tais experiências também prenunciariam os novos princípios de organização social propostos por Franco Basaglia (1924-1980) que, apesar de utilizar o mesmo nome proposto por Maxwell, coloca a *comunidade terapêutica* para além dos muros institucionais.

A *comunidade terapêutica* proposta por Basaglia e seus colaboradores⁸ nasce como uma negativa, como uma rejeição à própria instituição manicomial (e às instituições totais em geral) em todo o seu significado. Seu célebre livro *L'istituzione negata*, de 1968, é um manifesto do *não* a uma ciência e a uma sociedade que instituem a violência entre muros sobre os mais debilitados a fim de excluí-los e, ao fazê-lo, desumanizam tanto os violentados como os violentadores. Mais do que a reunião de relatos sobre a experiência da reforma psiquiátrica italiana inaugurada no manicômio de Gorizia, *L'istituzione negata* se caracteriza por uma profunda reflexão filosófica e social das relações humanas, as quais se pautam, conforme os autores, pela violência e pela exclusão.

Ainda que o movimento encabeçado por Basaglia não negue, em momento algum, a existência concreta da doença mental, ele relativiza o seu papel no interior das relações sociais e dos muros institucionais. Os loucos, então, apresentam-se menos como doentes e mais como os refugos, os elementos incômodos da nossa sociedade que insiste em não querer se reconhecer nas próprias contradições (Basaglia, 1968, p. 124). Nessa perspectiva, a loucura não é mais entendida como um *dado*, mas como um *produto* da violência sobre a qual o nosso sistema sociopolítico se funda. Da mesma forma, esse movimento – que, a partir de 1973, Basaglia chamará de *Psiquiatria Democrática* – compreende toda e qualquer abordagem ou manejo em relação à loucura, todo ato terapêutico, como um ato político, o qual pode ser tanto inclusivo quanto de exclusão. Entende-se também como ato político e, portanto, de *poder*, a classificação das síndromes e a etiquetagem dos sujeitos, a tão citada nosografia. Segundo Basaglia, o diagnóstico é um instrumento de poder utilizado pelo psiquiatra, uma terminologia técnica utilizada para rotular aquilo que a sociedade já determinou como válido ou não dentro do seu

⁸ Participaram de seu projeto e de seu manifesto: Lucio Schittar, Antonio Slavich, Agostino Pirella, Letizia Jervis Comba, Giovanni Jervis, Domenico Casagrande, Gian Antonio Gilli e Franca Ongaro Basaglia.

próprio sistema e que, portanto, não tem nenhum caráter terapêutico, funcionando unicamente como uma sanção ao que foge à norma, logo, ao que não é considerado *normal*.

5 Considerações finais

A loucura é substância humana; é substantiva. É substantivo e adjetivo; é abstrata e concreta; própria e coletiva. A loucura tem uma conceituação tão fugidia quanto o real (em seu sentido lacaniano) que ela persegue. Já foi tida por possessão a ser combatida e muitos já foram queimados em fogueiras por conta dela (da sua loucura ou da loucura alheia). Já foi tida por anomalia a ser escondida e muitos terminaram suas vidas como vegetais em manicômios. Já foi tida por comportamento desviante a ser tratado com psicotrópicos e muitos passaram pelas suas vidas como sujeitos habitantes de corpos e mentes que não reconhecem como seus. Já foi tida como extraordinária e muitas nações foram comandadas por ela. Já foi tida como normalidade e muitas sociedades mudaram suas configurações e seus princípios éticos por influência dela.

Percorrer as narrativas/os discursos sobre a loucura em nossa história ocidental, sejam literárias/os, trágicas/os, cômicas/os, científicas/os, religiosas/os, escritas/os ou imagéticas/os, não nos permitiu chegar a um conceito único sobre a loucura, mas nos possibilitou concluir que a loucura é um *constructo discursivo* modelado de acordo com seu tempo e seu espaço, com as crenças e ideologias dominantes. A análise desses constructos, por meio das distintas formações discursivas aqui apresentadas, aponta para a indissociabilidade entre as ciências da saúde e as ciências humanas. As narrativas em saúde são valiosos documentos na construção de um conhecimento científico, mas são igualmente valiosas para compreender a nossa própria constituição enquanto sujeitos humanos e sociais.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. (1968) *L'istituzione negata: rapporto da um ospedale psichiatrico*. Milano: Baldini & Castoldi, 2014. 380p.

BRANT, Sebastian. (1494) *A nau dos insensatos*. São Paulo: Octavo, 2010. 352p.

CANGUILHEM, Georges. (1943/1966) *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 288p.

CHAUÍ, Marilena (1994). *Introdução à História da Filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002, 539p.

COOPER, David. (1967) *Psiquiatria Y Antipsiquiatria*. Buenos Aires: Locus Hypocampus. 1976. 142p.

ERASMO, Desidério. (1508) *Elogio da loucura*. Porto Alegre: L&PM, 2010. 138p.

FOUCAULT, Michel. (1961) *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. Coleção Estudos. 551p.

FOUCAULT, Michel. (1973) *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p.

GODOY, Ana Boff de. *A loucura como constructo discursivo e sintoma social: uma análise do funcionamento da ideologia e do inconsciente na constituição dos sujeitos*. 2016. 332f. Tese (Doutorado em Letras) – PPG Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. (Indicada ao Prêmio Capes de Teses Edição 2017)

HIPÓCRATES. (460-377a.C.) *Sobre o riso e a loucura*. São Paulo: Hedra, 2011. 92p.

ODA, Ana Maria Galdini; DALGALARRONDO, Paulo. “Apresentação.” In: PINEL, Philippe. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. (Tradução de Joyce Armani Galli). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. 272p. p.15-44.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Discurso em Análise: sujeito, sentido e ideologia*. 2. ed. Campinas: Pontes, 2012. 239p.

PESSOTTI, Isaías. (1994) *A loucura e as épocas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 206p.

PINEL, Philippe. (1800) *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. (Tradução de Joyce Armani Galli). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. 272p.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. (1997) *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 874p.

Texto submetido em: 21 ago. 2025

Aceito para publicação em: 12 dez. 2025

DOI: <https://dx.doi.org/10.22456/2238-8915.149687>