

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

José Eduardo Sant'Anna Porto

Clorpromazina: um remédio de seu tempo

Mestrado em História da Ciência

**São Paulo
2018**

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

José Eduardo Sant’Anna Porto

Mestrado em História da Ciência

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em História da Ciência, sob a orientação da Profa. Dra. Silvia I. Waisse de Priven.

**São Paulo
2018**

Banca Examinadora

Aos meus pais e avós, cujo plano inabalável de me verem viver feliz foi uma herança que nem o azar e nem o mal podem destruir, e que o tempo só pode aumentar.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradecemos à Fundação São Paulo – FUNDASP, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, pelo apoio à realização deste trabalho.

Agradecimentos

Aos psiquiatras, a quem devemos nossa reflexão: ao *Prof. Dr. Giordano Estevão*, que nos soprou o tema, e o compartilhou conosco, e ao amigo *Giordano Estevão*, que nos brindou com sua confiança e generosidade; à *Profª. Drª. Maria Lúcia Baltazar*, que nos ensinou que o empirismo é a loucura dos olhos, e à amiga *Maria Lúcia Baltazar*, que nos deu força para os momentos difíceis, e que possui ainda mais força para cobrir nossas faltas, motivadas pelos mesmos momentos difíceis; ao professor *Dr. Getúlio Vargas da Silva*, que nos mostrou uma rota segura para navegar no mar aberto da psiquiatria, e ao amigo *Getúlio Vargas da Silva*, que nos mostrou que essa rota é inseparável da crítica, da ironia fina e da sinceridade; ao professor *Dr. Durval Mazzei Nogueira Filho*, que nos deu exemplo de crítica e de enfrentamento de crítica, e ao amigo *Durval*, que comemora e incentiva nossas ideias; à *Antonia Elvira Tônus*, professora e doutora cuja amizade, por si só, tanto nos ensina, e cujo apoio e adesão às nossas tentativas semi-sintéticas nos fez entrever a possibilidade de realizar um estudo em história da ciência. Ao *Prof. Dr. Carol Sonenreich*, que criou em São Paulo uma escola original de Psiquiatria, com esses e tantos outros professores, e que nos deu uma psiquiatria com terreno suficiente para o questionamento: uma psiquiatria para pessoas em seu mundo, que além de cerebral, é humana.

Aos historiadores da ciência, a quem devemos o caminho, o método e a nova crítica: à *Profª. Drª. Silvia Waisse*, que com generosidade, humanismo e paciência, foi capaz de tolerar nossas limitações pessoais, sem jamais tolerar nossas pretensões descabidas, dando freio ao impulso de perdermos nossos argumentos sem fundamentá-los. Ao *Prof. Dr. José Luiz Goldfarb*, que além de nos fazer refletir sobre a necessidade de alguma incompletude para que se dê o conhecimento, confiou-nos a missão de comentar o filme “Tempo de Despertar”, que modificou o curso deste trabalho, já nos últimos dias. Às professoras doutoras *Márcia Helena Mendes Ferraz*, *Maria Helena Roxo Beltran* e *Vera Cecília Machline*, que nos deram perspectivas distintas de um mesmo modo de lidar com o conhecimento. À professora *Ana Maria Alfonso-Goldfarb*, que criou em São Paulo uma escola original de História da Ciência, um centro para o seu estudo e pesquisa – CESIMA, e um programa verdadeiramente interdisciplinar de pós-graduação na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e que nos deu esperança com seu olhar encorajador e repleto de saberes, bem no início de nossa história na história da ciência, e que, dois anos depois, renovou-nos a esperança, aceitando dirigir o mesmo olhar para este registro final do início de nossa história na história da ciência à qual nos iniciou.

À *Maria Elizabeth Sant’Anna Porto*, mãe cujo ventre nos carregou, e dele ao colo, e deste ao mundo, somente para que depois tivesse que carregar os enormes e empoeirados volumes dos *Annales Médico-Psychologiques* e da *Presse Médicale*, da biblioteca central à copiadora da FMUSP; à ela e a *Eduardo Fadul Teixeira*, que precisou lidar com o desaparecimento de quem já tão pouco aparecia, a não ser para fazê-lo ouvir detalhes das permanências e rupturas de uma história idealizada, da qual, por fim, poderá ler apenas o prelúdio que segue, mas que, sabemos, o acolherá como a obra de um enciclopedista, unicamente porque é nossa. Finalmente, à generosidade dos pacientes, ao aceitarem o distanciamento que nem sempre pudemos evitar, e que permitiu-nos realizar este trabalho, muito obrigado.

RESUMO

Clorpromazina: um remédio de seu tempo

A clorpromazina, introduzida à terapêutica das doenças mentais em 1952, é considerada o primeiro medicamento psiquiátrico moderno, e marco inaugural de uma nova ciência, a psicofarmacologia, que fundamentou, por sua vez, o desenvolvimento de uma nova psiquiatria biológica, mormente a partir do último quartil do século XX, baseada na biologia molecular da transmissão sináptica, modelo que se sustenta no panorama contemporâneo da medicina mental, a despeito das críticas quanto à ausência de fundamentação teórica de seus pressupostos. De maneira análoga, a historiografia dedicada ao tema da clorpromazina é homogênea quanto à afirmação de que não existiam, em meados do século XX, pressupostos teóricos que justificassem a sua introdução no tratamento das doenças mentais. No entanto, a investigação dos documentos históricos que registram a introdução da clorpromazina em psiquiatria, estudos realizados no Hospital Sainte-Anne de Paris, mostra que o interesse de seus autores, pela referida substância, guardava estreita relação com os métodos de tratamento que foram comemorados como a tão aguardada, e finalmente alcançada, “era terapêutica” psiquiátrica, temática que movimentou o Primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria, no ano de 1950, portanto dois anos antes da introdução da clorpromazina. A atmosfera promissora de uma psiquiatria finalmente alinhada com os progressos da medicina moderna, não apenas justificou esse congresso, mas também a fundação, no mesmo contexto, da Associação Mundial de Psiquiatria, sob a presidência Jean Delay, um dos grandes teóricos das terapêuticas que então se comemorava, e o responsável pela introdução da clorpromazina, dois anos depois, sob os mesmos postulados teóricos. O presente trabalho procura examinar as conexões entre esses eventos históricos e dimensionar, pela coerência entre os conceitos científicos de que se valeram, sua ancoragem nas teorias médicas de então, concluindo que as teorias psiquiátricas que justificaram o emprego da clorpromazina no tratamento das doenças mentais, não somente guardam forte coerência interna, mas revelam-se amplamente coesas com os preceitos científicos da medicina de seu tempo.

Palavras-chave: psiquiatria, século XX, clorpromazina.

ABSTRACT

Chlorpromazine: a drug of its time

Having been introduced into mental disorders' therapeutics in 1952, chlorpromazine is not only widely considered the first of modern times' psychotropic drugs, but the very starting point of a new science called psychopharmacology, then turning into the basis of a brand new biological psychiatry, mostly developed in twentieth century's last quartile period. This new biological psychiatry, settled on molecular biology's developments on synaptic neurotransmission, is actually contemporary psychiatry's main scientific model, a framework which is kept very well and alive despite the criticism aimed at its supposed lack of theoretical foundation. Similarly, chlorpromazine's historiography has been homogeneous with regard to the assertion that, in mid-twentieth century, there were no theoretical assumptions that could justify its introduction into the treatment of mental illness. However, research on chlorpromazine's historical documents – mainly the scientific studies carried out at Sainte-Anne Hospital in Paris - clearly shows that its authors' interests were closely related to the long-awaited, and then finally achieved, treatment methods, that had been celebrated as a new "therapeutic era" for psychiatry, by the way, one of the most discussed topics in the First World Congress of Psychiatry, an event that took place in 1950, two years before chlorpromazine's introduction. Psychiatry was under a promising and cheerful atmosphere, deriving from the then recent achievements of modern therapeutic advances, which not only had justified the organization of the international congress, but also the foundation, in the same context, of the World Psychiatric Association, and the election of Jean Delay as its first president. In fact, Delay was not only one of the so commemorated therapeutic methods' greatest theorists, but also chlorpromazine's principal introducer, under the very same theoretical assumptions. Our study seeks to investigate the connections between all these historical events, aiming to find coherence between the scientific concepts in which they had been established, and their anchoring in the medical theories of their time. We conclude that psychiatry's theories justifying chlorpromazine's use in mental disease's treatment not only retain a remarkable internal coherence, but also are broadly reunited with medical scientific precepts of their time.

Keywords: psychiatry, 20th century, chlorpromazine.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1: Psiquiatria em Crise de Identidade	6
1.1 Identidades: Mito Fundador e Inocência Perdida	7
1.2 Objeto da Psiquiatria, História e Crise de Identidade	10
1.2.1 Um Ponto de Partida: O Discurso de Segunda Ordem	10
1.2.2 Discurso Definitivo ou “Objeto Cerebral Ideal”	11
1.2.3 Objetos Híbridos em Medicina	11
1.2.4 Átomos e Fixidez Ontológica: O Caminho para o Futuro	13
1.2.5 Um Modelo à Prova: Os Átomos Colocados em Xequê	14
1.3 Crise	17
1.3.1 Psiquiatria: Ciência Extraordinária	17
Capítulo 2: Psiquiatria Parisiense em Meados do Século XX	21
2.1 Jean Delay: Psiquiatra & Escritor	21
2.2 Jean Delay e Síntese	27
2.3 Síntese da Psiquiatria: O Congresso de 1950	33
2.4 O <i>Discours aux étudiants</i> , de 1947: ‘L’entre’deux’	38
2.5 Síntese e Congresso de Medicina Psicossomática ou Vitalismo na Segunda Metade do Século XX	41
2.6 Aspectos da Psiquiatria Moderna no Congresso Mundial de Psiquiatria de 1950	46
2.7 Específico ou Inespecífico – Os Tratamentos de Choque	52
Capítulo 3: Clorpromazina e a Teoria de Seu Tempo	59
3.1 Síntese da Clorpromazina (4560 RP)	61
3.2 Introdução da Clorpromazina na Terapêutica Psiquiátrica: Primeiros Movimentos	63
3.3 Excurso: Clorpromazina – Um Capítulo das ‘Revoluções Terapêuticas’?	65
3.4 A Clorpromazina de Henri Laborit	68
3.5 A Clorpromazina de Jean Delay	74
Conclusões	82
Bibliografia	89

INTRODUÇÃO

“Por que não adotamos, logo de início, a ordem histórica? [Porque] a narrativa histórica costuma inverter a verdadeira ordem do interesse e da interrogação. É no presente que os problemas solicitam uma reflexão. Se a reflexão conduz a uma regressão, então a regressão é necessariamente relativa à reflexão. Dessa forma, a origem histórica importa menos, na verdade, do que a origem reflexiva.” Georges Canguilhem¹

Refletimos sobre um presente em que uma psiquiatria que se *autodiagnostica* uma crise de *identidade* não é um paradoxo,² mas tolera uma identidade por sua vez *cindida*,³ liberando duas almas penadas, ciência sem objeto e clínica sem limites, que caminham sobre uma misteriosa linha contínua, conectada diretamente a um passado, em que um certo *Jano Bifronte*,⁴ identidade dupla e indivisível que, não vendo futuro sem passado, pode garantir que o paradoxo é o presente sobre o qual refletimos.

A terapêutica pela clorpromazina inauguraria, em meados do século XX, um processo histórico que resultou em uma nova estrutura teórica para a psiquiatria, com modificações

¹ Canguilhem, *Normal et pathologique*, 39.

² Em 17 de julho de 2015, o psiquiatra Richard Friedman, professor titular de psiquiatria clínica da Universidade Weil Cornell, em sua coluna no jornal *The New York Times*, recenseou as incoerências da psiquiatria como instituição científica, sob o título "Psychiatry's Identity Crisis". Disponível em: <https://www.nytimes.com/2015/07/19/opinion/psychiatrys-identity-crisis.html>

³ Poland & Tekin, "Introduction", 1.

⁴ Jano Bifronte, divindade mitológica romana de duas faces, uma voltada para o futuro e outra para o passado, cujo fado seria jamais poder prescindir de uma delas ao se determinar no presente. Figura à qual o psiquiatra francês Jean Delay, protagonista desta história, atribuía significados especiais, entre eles, o da impossibilidade da separação corpo-alma, característica fundamental, na sua concepção, da identidade da psiquiatria, e referência ubíqua em sua obra; cf. por exemplo, Delay, *Psychiatrie moderne*, 71. A efígie de Jano foi o símbolo da psiquiatria que Delay escolheu para decorar sua espada de imortal da Academia Francesa, juntamente à raiz de mandrágora e à murta, para a psicofarmacologia, bem como a serpente de Epidauro, o brasão de armas sua cidade natal, Baiona, e a cruz do país Basco; cf. Moussaoui, *Jean Delay*, 107.

significativas em suas práticas e em novos postulados para a pesquisa. Inicialmente recebida com entusiasmo, interna e externamente, há longos anos essa lógica operativa contínua tem sido apontada como a principal fonte de emanção de uma atmosfera de crise, que, por sua vez, teria se adensado com a percepção da insuficiência de seus resultados, que não parecem corresponder às expectativas geradas por seus postulados. Não obstante a crise, o panorama geral é o de manutenção da referida estrutura fundamental, o que tem sido objeto de diversos estudos, entre os quais podemos incluir, de certa forma, a nossa pesquisa histórica.

A historiografia tributou essa permanência longeva a um contexto que, mais recentemente, revelou-se insuficiente para explicá-la, pelo menos de maneira exclusiva. De forma que, dispondo do instrumental da história da ciência, voltamos os olhos para essa manutenção de pressupostos teóricos em linha contínua – da clorpromazina aos dias atuais – e que se sustenta mesmo em crise, com o objetivo de constituí-la, num primeiro momento, como nosso objeto de estudo.

Ocorre que a análise preliminar dos documentos já pareceu suficiente para observarmos que não haveria continuidade entre a fundamentação teórica que concebeu a clorpromazina como medicamento para a psiquiatria em 1952 e aquela que se constata no presente. Por outro lado, observa-se que essa linha contínua, que se convencionou em chamar de ‘psiquiatria biológica’, pode ser traçada, sem dificuldades, a partir de eventos científicos que se deram, por sua vez, alguns anos após a introdução da clorpromazina e que – estes sim – são rastreáveis, pela coerência de seus postulados, até o presente.

Não menos importante, a historiografia do tema conclui pela inexistência de uma estrutura conceitual que pudesse ter concebido a introdução da clorpromazina na psiquiatria, atribuindo-a, como em geral o faz com as demais inovações terapêuticas em psiquiatria, às artimanhas engendradas pelo acaso, ou à sagacidade e ao heroísmo de clínicos extraordinários. Diante desse achado precoce, e da perplexidade que dele decorreu, uma vez que a sustentação teórica da introdução da clorpromazina em psiquiatria se encontrava, de forma inequívoca, nos documentos históricos, vimo-nos diante de uma nova tarefa. Em primeiro lugar, registrar a teoria que concebeu, em 1952, a clorpromazina como

um remédio para a psiquiatria de seu tempo,⁵ procurando entrever em quais fundamentos teórico-conceituais, da medicina de então, essa teoria encontrou ancoragem. Em segundo, buscar explicações criteriosas para a divergência historiográfica que se impôs. Tal objetivo nos pareceu exequível graças à prolífica obra científica do psiquiatra Jean Delay (1907-1987), imortalizado pelos psiquiatras por seu papel na introdução da clorpromazina como remédio psiquiátrico em 1952, de onde partiram nossas investigações documentais.

Quanto à historiografia, pródiga em formulações como ‘descoberta ao acaso’, ‘querelas de prioridade’ e uma narrativa de ‘revolução’, cuja onipresença nos textos inicialmente não saltou aos olhos do pesquisador como possível sustentáculo desse fio contínuo, por fim nos mostrou o quanto aquilo que tomamos por evidente e monótono pode guardar de possíveis explicações intrigantes. No momento em que finalmente consideramos o contexto em que a própria pesquisa histórica se insere, foi que pudemos dimensionar a maneira pela qual as abordagens históricas podem emular o seu objeto de estudo, propagando suas propriedades imaginárias, ou desejadas, ou escotomizando suas facetas menos convenientes, e foi então que compreendemos o quão humanas são a ciência e a sua história.

No primeiro capítulo procuramos estabelecer os nexos entre os eventos descritos nos parágrafos anteriores. Dessa forma, a história começa no presente, onde faremos uma breve, porém suficiente, apreciação da atmosfera de ‘crise de identidade’ da psiquiatria contemporânea, permitindo que se possa entrever como a clorpromazina, e os demais remédios, são concebidos, pela teoria científica correspondente à linha de continuidade que chega aos nossos dias.

Em seguida, no capítulo 2, propomos um salto para além do início dessa linha, chegando ao nosso foco principal, com uma visão panorâmica da carreira de Jean Delay, no fervilhante contexto da psiquiatria parisiense de meados do século XX, cenário em que a

⁵ O título do presente trabalho, “Clorpromazina: Um Remédio de Seu Tempo”, é uma referência a *Hannehmann: Um Médico de Seu Tempo*, na medida em que é tributário do trabalho de Silvia Waisse, e da abordagem metodológica da história da ciência desenvolvida no Centro Simão Mathias de Estudos em História da Ciência (CESIMA), PUC-SP, coordenado desde a sua fundação pela Profa. Dra. Ana M. Alfonso-Goldfarb.

clorpromazina foi concebida como terapêutica psiquiátrica, em 1952, e que foi fundada a Associação Mundial de Psiquiatria, dois anos antes e no mesmo espírito.

No capítulo 3, com o foco na obra de Jean Delay, apontamos os preceitos teóricos que receberam inicialmente a clorpromazina e, como será possível perceber, não serão os mesmos utilizados para explicar a clorpromazina nos tempos atuais. O objetivo desse capítulo é a elaboração de um mapeamento, uma rede de relações conceituais, para que se possa dimensionar o alcance e entrever o nexo entre as teorias científicas envolvidas na introdução da clorpromazina, em um cenário médico mais amplo. Colocamos os pressupostos teóricos do trabalho de Jean Delay em perspectiva com aqueles do cirurgião Henri Laborit (1914-1995), em busca de coerências iniciais entre os conceitos, teorias e autores em que se basearam, um e outro, na elaboração de seus métodos terapêuticos com a clorpromazina, no momento de sua introdução.

Voltando à reflexão do presente, onde procuramos deixar as portas abertas para a conclusão de que permaneceu a clorpromazina, e com ela a nova ciência que surgiu no seu encaixe, mas os parâmetros mudaram bastante. Ainda assim, a psiquiatria biológica contemporânea pode, mesmo negando os preceitos de síntese e inespecificidade de Jean Delay, assumir a sua figura como patrono e 'precursor da psicofarmacologia', sua ciência básica. Permanecem os nomes, mudam os significados, essa não é uma novidade na história da ciência.

É importante justificarmos o fato de termos nos detido, no primeiro capítulo, em elaborações sobre a constituição do objeto da psiquiatria. Procuramos fazê-lo de forma bastante esquemática, não exaustiva, partindo das propostas de historiadores do conhecimento psiquiátrico. Recorremos a essa 'pequena propedêutica',⁶ embora não nos tenha servido como método de pesquisa, porque acreditamos que ela pode facilitar, aos passos do leitor menos familiarizado com as idiossincrasias da psiquiatria, sua breve incursão por esse terreno pantanoso, onde a medicina moderna construiu um objeto de

⁶ Pequena, no sentido mesmo em que a abreviamos ao seu mínimo. Referimo-nos às obras de imensa envergadura de dois autores consagrados: German Berrios (n. 1940), professor titular da cadeira de Epistemologia Psiquiátrica da Universidade de Cambridge e editor da revista *History of Psychiatry*; e Georges Lantéri-Laura (1930-2004), da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris.

estudo completamente rebelde às tentativas de redução às ciências da vida, mas que, por outro lado, pode ser entendido por sua característica híbrida.

Se pecamos pelo excesso, ou pela falta, não terá sido sem que tivéssemos considerado como procedimento da maior importância a utilização de todos os recursos que entendêssemos úteis para tentar transpor as conhecidas dificuldades de comunicação dos conceitos com que lida a psiquiatria, sem abrir mão da complexidade que lhe é característica. Não seria coerente simplificar o objeto da psiquiatria, quando a metodologia da história da ciência à qual subscrevemos prevê não somente a complexidade do objeto como elaborado pelo cientista, como também as instâncias ainda mais complexas de organização e classificação do conhecimento para o estudo de sua história.⁷

O direcionamento metodológico que procuramos ativamente seguir no processo de elaboração e redação deste trabalho pretende corresponder ao modelo desenvolvido pela equipe de pesquisadores do Centro Simão Mathias de Estudos em História da Ciência, no Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Ciência da PUC-SP, tendo como norte os excelentes estudos que essa metodologia já produziu, e que fizeram com que entendêssemos que seria essa a maneira mais adequada para abordar o tema do qual tratamos aqui.

Nesse sentido, a partir da análise direta dos documentos históricos originais – livros, artigos científicos e anais de congressos publicados no período em questão, pelos autores envolvidos com a introdução da clorpromazina, ou por seus contemporâneos, quando assim se fez necessário –, procuramos o nosso objeto deste estudo, considerando-o no espaço dinâmico de intersecção de três esferas,⁸ que representam a abordagem epistemológica do tema, sua historiografia e o seu contexto, o cenário da psiquiatria parisiense na metade do século passado, onde começará nossa história, depois que superar suas crises.

⁷ Alfonso-Goldfarb, Waisse & Ferraz, "From Shelves", 551-60.

⁸ Alfonso-Goldfarb, "Centenário Simão Mathias," 5-9.

CAPÍTULO 1

PSIQUATRIA EM CRISE DE IDENTIDADE

“As descobertas em medicina são frequentemente atribuídas ao acaso, à sorte ou mesmo ao erro. Em nosso caso, o progresso seria melhor atribuído à síntese de novos compostos ao serviço da hipótese de que é possível tratar as doenças mentais em um sentido estritamente médico.” Pierre Deniker⁹

Se uma identidade em crise pudesse se resolver com a elucidação das origens de um nome,¹⁰ então bastaria que voltássemos a Johann Christian Reil (1759-1813), que, ao cunhar a palavra *Psychiaterie*, em 1808, a um só tempo propôs um ramo da medicina e delimitou o seu objeto de estudo.¹¹ No entanto, o mito fundador é representado pelo célebre ato de Philippe Pinel (1745-1826), contemporâneo de Reil, que sem ter usado a palavra, e mesmo tendo seu ato considerado apócrifo – motivo pelo qual passou para a categoria de ‘mito’ – é, ainda assim, a referência inicial da psiquiatria, o que não garante uma identidade de valor positivo.¹² A respeito da identidade da psiquiatria, o psiquiatra Henri Ey (1907-1977) considera-a por sua essência:

"A psiquiatria encontrou a sua verdadeira face no dia em que sua terapêutica se confirmou através das técnicas psicoterapêuticas. Isso continua sendo verdade, mesmo considerando a importância dos métodos biológicos. A própria essência da psiquiatria, sua razão de ser, a originalidade de sua posição entre as ciências médicas e o que há de mais *específico* em seus métodos: o ato

⁹ Deniker, “Introduction”, 155

¹⁰ Fazemos referência à ‘crise de identidade’ anunciada pelo psiquiatra Richard Friedman no jornal *The New York Times*, em 2015, cf. nota 2; a identidade entendida como a maneira pela qual a psiquiatria é vista pelos psiquiatras.

¹¹ Stagnaro, “Aportes”, 108.

¹² Cf. a próxima seção.

pelo qual a mente vem ao resgate da mente, em uma *reunião* salutar de compreensão e *restauração*.”¹³

1.1 Identidades: Mito Fundador e Inocência Perdida

Se é a uma necessidade terapêutica que se justifica todo o procedimento diagnóstico, a identidade fundamental da psiquiatria é mesmo o seu estatuto como ramo da medicina, que se legitima através da capacidade de produzir a cura através do método científico. Não por acaso, foi essa identidade que se celebrou nos momentos de percepção de progresso, como também foi ela que se colocou em xeque nos momentos de crise.¹⁴

Nesse sentido, os recortes históricos elaborados na segunda metade do século XX, por exemplo, sobre a medicalização da loucura, bem como o fenômeno sócio-institucional do século XIX a que eles se referem, são histórias da psiquiatria – e da loucura – carregadas de significado, justamente porque legaram à psiquiatria, a partir da descrição de um mesmo evento histórico, uma identidade de valor positivo e outra de valor negativo.

Começamos pela identidade positiva, considerada seu *mito fundador*: o ato de Philippe Pinel, que vendo no louco uma pessoa doente, retirou-lhe as correntes e garantiu-lhe humanidade com um olhar: o olhar da ciência. Apócrifo ou não,¹⁵ o mito fundador confere ao psiquiatra a identidade daquele que faz o bem com seu olhar. É a esse olhar que Ey se referia, posto que é onde começa toda possibilidade de compreensão do fenômeno da loucura com finalidade terapêutica. Jean Delay, por exemplo, recorreu ao mito fundador por ocasião do discurso inaugural do primeiro congresso mundial de psiquiatria em 1950,¹⁶ no dia em que engendrou uma identidade coletiva de pertencimento que ainda não havia sido registrada entre os psiquiatras, em uma reação de conjunto. Delay defenderia essa possibilidade ao longo de toda a sua carreira.

¹³ Ey, *Manuel de psychiatrie*, 870. Grifo nosso.

¹⁴ Kirmayer, “Introduction”, 6.

¹⁵ Sobre essa questão, cf. por exemplo Quétel, *Histoire*, 247-57 e Postel, *Genèse*, 75.

¹⁶ Delay, *Psychiatrie moderne*, 27.

A segunda identidade, que pode assumir um valor negativo, é aquela que experimentou Daniel Lagache (1903-1972), aparentemente o primeiro psiquiatra a travar contato com a tese de Michel Foucault (1926-1984) e a se desconcertar com ela.¹⁷ Na perspectiva real do malefício e da ilegitimidade, exatamente naquilo em que, muitas vezes, uma necessidade íntima de aprovação encontra sua justa satisfação, um diploma de médico pode, frequentemente, se converter num verdadeiro fantasma.

Essa segunda identidade, a *inocência perdida*, refere-se às situações em que o discurso da psiquiatria é percebido como ilegítimo, pelo próprio psiquiatra, e revela que seu modo de pensar assumiu a ancestralidade do discurso psiquiátrico como um discurso definitivo, a exemplo das ciências naturais. A psiquiatria que assume a legitimidade de seu mister na redução sem ruído do fenômeno da loucura ao cérebro e o toma por verdade, padece, diante do discurso inaugurado por Foucault, da negatividade de uma identidade de inocência perdida.

Nesse caso, o que se observa é uma incorrigível percepção de ineficácia, porque a psiquiatria pretende uma apreensão total de seu objeto naturalizado, e seus resultados, como veremos, são sempre insuficientes.¹⁸ O valor negativo dessa identidade, que faz referência a uma psiquiatria que abdicou de sua porção fundada nas ciências humanas, é garantido pela inocência perdida a respeito de um pecado original de ilegitimidade: a tomada de assalto de algo que não lhe pertencia, crime revelado por Foucault. O mal estar é incorrigível porque, ainda que se possa argumentar que Foucault está simplesmente errado, ou mesmo mentindo, ou ainda que se possa apontar as imprecisões de suas ideias, mostrando as explicações biológicas a respeito da doença mental,¹⁹ é só a suposição de verdade única o que permite que essa psiquiatria fale, nesse caso, a respeito de seus

¹⁷ Daniel Lagache (1903-1972), psiquiatra e psicanalista celebrado por sua obra sobre a unidade da psicologia e sua carreira acadêmica no ensino de psicologia e de psicopatologia psicanalítica. Com Georges Canguilhem e Henri Gohuer, Lagache compôs, em 1961, a banca examinadora da tese polêmica de Michel Foucault, *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*. A reação de desconforto de Lagache diante dos ataques à psiquiatria e à psicologia em seus fundamentos, para os quais nenhum psiquiatra ou psicólogo poderia estar prevenido, conforme descreve Roudinesco, fez com que o examinador não apresentasse argumentos teóricos em sua apreciação; cf. Roudinesco, "Leituras", 15-6.

¹⁸ A não ser que sejam completamente justificados pela necessidade de mais pesquisas, que depositam sempre no porvir o ideal positivo de completa resolução de suas insuficiências.

¹⁹ Tratamos da questão da naturalização do objeto da psiquiatria nas seções 1.2.2 a 1.2.4.

postulados e dos resultados de suas pesquisas, que não podem refutar o *História da Loucura*, justamente porque se trata de história, e não de biologia.

No entanto, focando nosso objeto principal em meados do século XX, não é assim que encontramos os psiquiatras parisienses, mesmo os que conviveram com Michel Foucault. Henri Ey, por exemplo, descrito por seus biógrafos como um dos maiores humanistas do século XX,²⁰ baseou-se em uma perspectiva antropológica existencial para definir a doença mental como patologia da liberdade, entendendo esta última como a manifestação das potencialidades do homem a partir das relações dinâmicas de um organismo vivo em seu mundo.²¹ Mais ainda, considerando a psicoterapia como a própria essência da psiquiatria, certamente terá sido a partir dessa identidade que Ey promoveu os seus célebres colóquios,²² dialogando com todas as áreas da cultura e, por fim, teria sido essa mesma identidade a que pôde fazer com que o sujeito do discurso *psiquiátrico*²³ pensasse duas vezes, e preferisse ficar em casa, a ter que enfrentá-lo em um debate sobre as concepções ideológicas de sua tese.

Ou ainda Jean Delay, cujo modelo sintético de psiquiatria, em que “nada do que fosse humano poderia lhe ser alheio”²⁴, como teria podido oferecer ao seu ex-paciente e ex-aluno, a série que organizava nas *Presses Universitaires de France* (PUF) justamente para que publicasse a polêmica tese, quando soube da resistência de outras editoras para fazê-

²⁰ Palem, “Préambule,” 9-14.

²¹ O célebre psiquiatra Henri Ey definiu, no contexto de sua teoria sobre o organodinamismo, a doença mental como patologia da liberdade. Cf. Ey, *Manuel de psychiatrie*, 6-7; e Garrabé, “Pathologie de la liberté”, 5-13.

²² Colóquios de Bonneval eram os encontros realizados por Henri Ey no hospital psiquiátrico de mesmo nome, reunindo filósofos, antropólogos, psiquiatras, psicanalistas, neurologistas, para discussões amplas de temas em comum, como o inconsciente, objeto do VI colóquio, de 1960, que reuniu, entre outros o filósofo Paul Ricoeur (1913 - 2005) e o psicanalista Jacques Lacan (1901-1981), cf. Palem, 9.

²³ Assim se referiu Henri Ey a Michel Foucault, em 1969, por ocasião da jornada anual da sociedade *L'évolution psychiatrique*, em Toulouse, que teve como tema “A Concepção Ideológica de ‘A História da Loucura’ de Michel Foucault”. Lamentando a inesperada notícia da ausência de Foucault, e dentro do espírito de ‘confrontamos ideias, não pessoas’, Ey proferiu um astuto discurso introdutório, referindo-se ao pensador como “*un des nôtres*”, citando suas eruditas contribuições ao campo como o “suntuoso prefácio” de *Sonho e Existência*, do psiquiatra suíço Ludwig Binswanger e o “interesse contínuo pelas questões da psicopatologia e da psicanálise”. A partir desse prelúdio, o psiquiatra pode justificar com sagacidade sua ideia de “prestar o justo reconhecimento e congratular [Foucault] pela condução sistemática de suas ideias e por se recusar a aceitar a doença mental como a maravilhosa manifestação da divina Loucura, ou a fagulha do gênio poético, porque ela não [é, mesmo, somente] um fenômeno cultural”; cf. Ey, “Introduction”, 226-7.

²⁴ Delay, *Psychiatrie moderne*, 44.

lo?²⁵ Mais ainda, o que teria Delay para organizar numa editora, afinal, sem a sua perspectiva de que a psiquiatria e a literatura, por exemplo, eram uma e a mesma coisa? Ey e Delay não tinham inocência para perder, pois sabiam que o mito fundador era o olhar da ciência, e não a realidade.

Esse é o contexto inicial da linha de continuidade que parte da introdução da clorpromazina e chega à crise de identidade contemporânea, como veremos adiante. Nele, as possibilidades de diálogo entre a psiquiatria e o mundo dos significados, da cultura, da sociedade ficou limitada; a doença mental recebeu um ideal biológico de verdade definitiva confiada ao futuro. O psiquiatra, por sua vez, perdeu a capacidade de perceber que loucura e sua história são discursos, e não a realidade em si, tanto quanto o são a própria doença mental e também a medicina que dela trata.²⁶

1.2 Objeto da Psiquiatria, História e Crise de Identidade

1.2.1 Um Ponto de Partida: O Discurso de Segunda Ordem

Georges Lantéri-Laura propõe, para o estudo da história da psiquiatria, a concepção da doença mental como um discurso da medicina a respeito da representação social da loucura, cuja essência é seu caráter de ‘segunda ordem.’²⁷ Tributária das ciências naturais, a medicina mantém a *tendência* de gerar um ‘discurso definitivo’, que o historiador da medicina, por sua vez, tem como mister evitar, se não porque trata-se de uma imprecisão.²⁸ Assim, podemos dizer que, de forma geral, a psiquiatria, como ramo da medicina moderna,

²⁵ Jean Delay teve participações curiosas na biografia de Michel Foucault. Delay foi o psiquiatra de renome a quem, em 1948, Foucault foi encaminhado para tratamento após uma tentativa de suicídio. Foucault foi aluno de Delay no Instituto de Psicologia e também estagiário dos laboratórios no Hospital Sainte-Anne, sob a responsabilidade de Delay, atuando com o casal Georges e Jacqueline Verdaux nas primeiras pesquisas sobre eletroencefalografia realizadas no local. A respeito da publicação de *História da Loucura*, Foucault recusou, por fim, a ajuda de Delay, pois seu interesse era por uma editora de orientação menos acadêmica. Cf. Éribon, *Michel*, 115-6 sobre a editora, 41 sobre o tratamento, e 56-62 sobre o estágio em Sainte-Anne.

²⁶ Sonenreich & Friedrich, “Sobre a História”, 225-6, 228, 230.

²⁷ Lantéri-Laura, *Ensayo*, 16-7.

²⁸ *Ibid.*

ao elaborar o conceito de doença mental, tem o cérebro como obrigatoriedade mas, no entanto, não como exigência de exclusividade.

1.2.2 Discurso Definitivo ou ‘Objeto Cerebral Ideal’

O estudioso German Berrios demonstra como o cérebro passou a ser visto como o órgão que adoece para que o sintoma mental apareça.²⁹ Os ideais desse modelo seriam:³⁰ (1) a identificação de ligações invariantes entre sintomas mentais e regiões cerebrais; (2) a naturalização dos sintomas mentais, ou seja, sua redução sem resíduo a um substrato cerebral específico; e (3) o diagnóstico da doença mental através da identificação de modificações nesse substrato cerebral. Portanto, assim se configura um ‘objeto cerebral ideal’, que tende a ser a-histórico, naturalizado e reificado, com pressupostos e justificativas nas correntes filosóficas do positivismo, no século XIX, neo-positivismo, no XX, e atualmente da filosofia analítica.³¹

1.2.3 Objetos Híbridos em Medicina

Porém, como o modelo cerebral não é exclusivo, mas muito mais uma identificação de tipo platônico,³² Berrios propõe desenvolvimentos para um objeto que se aproxima daquele de Lantéri-Laura, ao qual nos referimos anteriormente, como discurso médico de segunda ordem.³³ O estudioso o define como um ‘objeto híbrido’: a doença mental, como objeto do conhecimento do psiquiatra, é uma contingência do contexto sociocultural, com

²⁹ Berrios & Marková, “New Epistemology”, 56-7.

³⁰ Trata-se do modelo contemporâneo, sujeito a uma identidade de valor negativo, a *inocência perdida*.

³¹ Berrios & Marková, 44.

³² Identificação platônica, utilizada aqui no sentido de um ideal de perfeição, inatingível no mundo imperfeito em que vivemos, fazendo referência ao mundo das ideias, formas ou essências, ou teoria das formas, presente, por exemplo no diálogo *Parmênides*.

³³ Lantéri-Laura, 17.

um sinal biológico primário ou secundário, e que tem uma configuração dinâmica. Trata-se do chamado modelo de Cambridge de construção dos sintomas e dos objetos mentais.³⁴

Mas não é isso só, necessitamos ainda definir a formação do sintoma mental, para que possamos ter em mente os conceitos que serão necessários para a percepção dos desenvolvimentos das teorias sobre a clorpromazina. De maneira esquemática, a partir das direções traçadas por Berrios, podemos ter uma apreensão bastante adequada da formação dos sintomas mentais. Considerando seu desenvolvimento como discurso médico de segunda ordem sobre a representação social da loucura, a medicina precisa de palavras para dar nomes aos seus sintomas. É daí que segue o esquema, a partir de meados do século XIX:³⁵

a) A *psicopatologia*, nesse momento, é o que vai constituir uma *metalinguagem*, as palavras do discurso de segunda ordem;

b) A organização de uma *semiologia*, a exemplo da medicina somática, organizando os sintomas através do reconhecimento de sinais e de atribuição de palavras, previamente concebidas, a eles;

c) Os *sintomas são atomizados*, ou seja, são independentes entre si, mas se agrupam em diferentes doenças, como elementos químicos em uma molécula.

Da filosofia escocesa do senso comum vêm os seguintes desenvolvimentos:³⁶

a) Concepção de um modelo de mapa mental com funções psicológicas;

b) Concepção de um modelo frenológico ao qual o mapa das funções será apostado;

c) Os sintomas são atribuídos a alterações de funções e, logo mais, a alterações cerebrais, do que decorre que o modelo atende às necessidades do discurso médico.³⁷

³⁴ Berrios, "History", 40-5.

³⁵ Ibid., 35.

³⁶ A filosofia escocesa do senso comum, mormente na figura do filósofo Thomas Reid (1710-1796), concebe o funcionamento mental como um agrupamento das funções, perceptivas e sensoriais, entendidas como 'sinais naturais', que também foram aproveitáveis para a organização do conhecimento na frenologia de Franz Gall. Cf. Berrios, 34.

1.2.4 Átomos e Fixidez Ontológica: O Caminho para o Futuro

Conforme o esquema de Berrios, temos sintomas mentais concebidos como alterações de determinadas funções mentais, por sua vez correspondentes a determinadas regiões cerebrais. Desenvolveu-se, então, a ideia de que os *sintomas mentais* – funções psíquicas alteradas – funcionariam como os ‘átomos’ das doenças mentais.³⁸ Considerados imutáveis e indivisíveis, poderiam ser, então, associados entre si, em combinações distintas, compondo diferentes doenças mentais. Bem como poderiam existir, sem alterar sua qualidade, em diferentes doenças psiquiátricas.

Essa fixidez ontológica,³⁹ ligando tanto a semiologia à nosografia quanto alterações de funções psíquicas isoladas a alterações cerebrais específicas, continua sendo o âmago tanto das abordagens neurobiológicas de pesquisa quanto dos sistemas classificatórios contemporâneos, como o CID e o DSM.⁴⁰ Assim, temos a sistematização de uma estrutura para uma nosografia, que surgiu nos Estados Unidos a partir de meados do século XX, inicialmente como aparato para a pesquisa em medicina social e epidemiológica, porém, sobretudo a partir do início dos anos 1980, passou a regular todo o procedimento psiquiátrico, clínico e teórico-científico.⁴¹ O modelo é percebido pela maioria como adequado,⁴² assumindo que cumpre, relativamente bem, o papel de adequação da terapêutica farmacológica aos constructos diagnósticos, principalmente quando em comparação com o modelo anterior,⁴³ de forte orientação psicanalítica, esse sim percebido

³⁷ Esse modelo irá atender completamente as propostas de ação sintomática dos psicofármacos, de acordo com sua introdução, conforme veremos adiante.

³⁸ Berrios, 35.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ CID - Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente na sua 11ª edição (2018). DSM: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, atualmente em sua 5ª edição (2013).

⁴¹ Para apreciações criteriosas do DSM, cf. Sonenreich & Estevão, *Psiquiatras*, 59-99; Strand, “Classifications”, 273-313; Frances, *Saving*, 117-38.

⁴² Lieberman, *Shrinks*, 15-149.

⁴³ O período entreguerras viu, nos EUA, uma hegemonia do saber psicanalítico nos cuidados com as doenças mentais, mesmo as mais graves. Tal démarche se deveria a uma imigração considerável de próceres psicanalistas, mas sobretudo ao grande interesse com que os norte-americanos acolheram a psicanálise, em diversas de suas instituições, não somente a medicina. Após a Segunda Guerra ficou cada vez mais evidente a crescente insatisfação com a linguagem, os procedimentos e os resultados da psicanálise, por parte dos outros psiquiatras que, a partir dos anos 1930, passaram a contar com o aparato dos tratamentos somáticos, e depois dos anos 1950, com os novos psicofármacos, dos quais a clorpromazina foi o primeiro representante. Esses

como insustentável.⁴⁴ Nessa fundamentação, atualmente em vigor, a terapêutica é entendida através de um modelo neuroquímico de bloqueio e de facilitação da transmissão sináptica, cujo estatuto do efeito, se sintomático, etiológico ou outro, não precisa de esclarecimento para a aplicação, pois é um postulado, derivado das pesquisas sobre os efeitos das medicações eficazes, introduzidas a partir de 1952, das quais a clorpromazina é o ponto inicial.

1.2.5 Um Modelo à Prova: Os Átomos Colocados em Xequê

Os desenvolvimentos da estrutura conceitual da psiquiatria, que descrevemos até aqui, partindo do início do século XIX, podem ser entendidos como o estabelecimento de dois ‘discursos de segunda ordem’ intercambiáveis na formação do objeto da psiquiatria. O primeiro reconhece-se como híbrido e é caracterizado por uma linha de continuidade em direção ao segundo, que é o seu modelo ideal, o seu norte, que chamamos, com Berrios, de ‘modelo cerebral ideal’. À medida em que a percepção do progresso da ciência do cérebro aumenta, proporcionalmente aumenta a percepção do modelo ideal como verdade absoluta, ou discurso definitivo.

O marco que nos interessa é o aparecimento dos ‘RDoC’, *Research Domain Criteria*, critérios de pesquisa em neurociência básica estabelecidos pelo *National Institute of Health* (NIMH) dos EUA, a partir de meados da década de 2000, sob o comando de Thomas Insel,⁴⁵ para a investigação das bases cerebrais das doenças mentais, sem, no entanto levá-las em consideração como entidades isoladas, a não ser por seus sintomas. Nesse modelo, os

elementos, entre outros, facilitaram o processo de ‘inversão do desequilíbrio’ da concepção do campo psiquiátrico norte-americano, sendo que, em breve estaria quase completamente pendendo para o lado biológico. Cf. Scull, “Contending,” 131-61; e também “Quarter Century,” 239-46.

⁴⁴ Ibid., Lieberman, *Shrinks*, 99.

⁴⁵ Thomas Insel (n. 1951) é um psiquiatra e neurocientista norte-americano que esteve à frente do NIMH de 2002 a 2015, iniciando um movimento de concentração do financiamento de projetos de pesquisa para estudos em neurociência básica. Insel deixou o NIMH em 2015 para ser pesquisador de uma divisão do Google voltada para as ciências da vida, cujos resultados não são conhecidos, e, em 2017, inaugurou um novo projeto, independente do anterior, *Mindstrong*. Sobre RDoC ver Insel, “RDoC”, 148-51.

sintomas *não mais* precisam ser agrupados,⁴⁶ e, portanto, em última análise, não há utilização do conceito de doença, que advém da observação clínica.⁴⁷

Não se conhece, e não se publicou, até onde temos notícia, se chegou-se a considerar que os construtos, ou pressupostos, utilizados nas pesquisas são concebidos como sintomas sem doença – o que não seria análogo ao modelo anterior, em que os átomos podem estar em uma ou em outra doença, mas não podem vagar como sintomas sem significado. Se assim for, os RDoC colocam à prova, e serviriam para testar, a maior distância conceitual em que os ‘átomos isolados’ já estiveram em relação ao seu contexto inicial, o século XIX, como descrevemos, com Berrios, nas subsecções anteriores.

Em linhas bastante gerais, mas explicativas do contexto, que é o que nos interessa para este estudo, o projeto RDoC afirma o postulado “doenças mentais são doenças cerebrais”⁴⁸, que defendem seus idealizadores. Quando do início de sua gestão no NIMH, Insel procurou colocar em prática as ideias que Eric Kandel⁴⁹ apresentara à psiquiatria na virada do século passado,⁵⁰ mas que não obtiveram dos psiquiatras o engajamento esperado no projeto de naturalização das doenças mentais.

⁴⁶ Sartorius, “Only One”, 50.

⁴⁷ A justificativa de seus idealizadores é a de que, a princípio, não se trata de um modelo de aplicação clínica, e sim de um modelo de pesquisa, motivo pelo qual as definições de seus pressupostos foram elaboradas pelas ciências básicas.

⁴⁸ Frase temática dos projetos relacionados à psiquiatria de orientação biológica norte-americana, ela aparece na obra do psiquiatra germânico Wilhelm Griesinger (1817-1868), que é considerado seu patrono.

⁴⁹ Eric Kandel (n. 1928), neurocientista e psiquiatra austro-americano, Nobel em Medicina e Fisiologia em 2000 pelo estudo da transmissão sináptica lenta no molusco de neurônio gigante *Aplysia*, com repercussões importantes ligando a plasticidade sináptica aos mecanismos de memória. O Nobel foi dividido com Arvid Carlsson (1923-2018) e Paul Greengard (n. 1925), ambos tratando dos mecanismos moleculares da sinapse em transmissões dopaminérgicas. Para revisões autorais sobre o tema, ver Carlsson, “Paradigm”, 1021-4; Greengard, “Neurobiology”, 1024-30, e Kandel, “Molecular”, 1030-8.

⁵⁰ Os anos 1990 receberam o decreto do presidente norte-americano de ‘década do cérebro’. No final da década, talvez motivado por seus resultados, no ano de 1998, Kandel publicou no *American Journal of Psychiatry* um artigo intitulado “New Intellectual Framework for Psychiatry”. O artigo era um programa de revisão completa dos pressupostos psiquiátricos para a linguagem da neurociência cognitiva. Kandel estava decidido a não permitir que a psiquiatria percesse já no final daquela década. Conclamou os psiquiatras a participarem, a aderirem, mas foi amplamente ignorado. A psiquiatria não estava preocupada. Em 1999, Kandel tentou novamente, e incluiu a psicanálise em sua reforma neurocognitiva; cf. Kandel, “New Intellectual”, 457-69 e “Intellectual Revisited”, 505-24.

Na ocasião, Kandel clamava para que a psiquiatria e a psicanálise aderissem a um projeto de integração à neurociência cognitiva, colaborando com o desenvolvimento de uma nova linguagem e uma nova estrutura conceitual para a psiquiatria e para a psicanálise.⁵¹ A proposta incluía abrir mão dos conceitos então em utilização, o instrumental psiquiátrico de sintomas e doenças. A não-adesão, segundo Kandel, implicaria na morte programada da disciplina, frente ao inexorável desenvolvimento da tecnologia neurocientífica.⁵²

No entanto, progressivamente, o que se tem notado é que as pesquisas financiadas pelo NIMH devem, necessariamente, atender a esse modelo, justificando o que seus detratores chamam de ‘modelo ideológico’ através do reforço pela perspectiva do investimento. É assim que o psiquiatra Giovanni Fava, da Universidade de Bolonha, editor de um periódico sobre *terapias psicossomáticas*,⁵³ tendo sido um dos luminares professores convidados em 2014 a comentar, no jornal *World Psychiatry*, da Associação Mundial de Psiquiatria, suas impressões dos desenvolvimentos do projeto naquele momento. Fava foi categórico: “Um problema enorme do projeto RDoC é o fato de seus dirigentes endossarem, completamente, o discurso altamente ideológico das propostas [de naturalização da doença mental], resultando na supressão imediata de qualquer possibilidade de debate”. O estudioso foi ainda além, questionando a isenção de pesquisadores que, dependentes dos fundos de um modelo pré-concebido de pesquisa, “não teriam condições de revelar que o rei está nu e que a estratégia [RDoC] pode ser *uma estrada que não termina em lugar nenhum*”⁵⁴.

⁵¹ Ibid., 467.

⁵² Ibid., 462.

⁵³ Chamamos a atenção para o título do periódico, *Psychotherapy and Psychosomatics*, desde 1953, e para a tradição de um discurso ‘mais independente e crítico’, principalmente quando Giovanni Fava passou a ser seu editor, no início dos anos 1990. Mais recentemente, tem se tornado um ‘case’, pois, para o seu perfil – publicação sobre terapêutica psiquiátrica de perfil clínico, com ‘título *démodé*’ – tem atingido fatores de impacto significativos, o que indicaria que sua linha editorial – que, enfim, é o que gostaríamos de ressaltar – tem recuperado o interesse. Seu website descreve que, entre os objetivos do jornal estariam: ‘[manter a tradição de] antecipar e desenvolver novas linhas de pesquisa em medicina psicossomática e psicoterapia, e [...] abrigar o pensamento inovador em sua interface entre as ciências médicas e comportamentais.’ Vide sua URL: <https://www.karger.com/Journal/Home/223864> ; último acesso em 05 de novembro de 2018.

⁵⁴ Fava, “Road to Nowhere”, 49-50.

1.3 Crise

Fava é um dos psiquiatras que, de dentro do *mainstream*, aponta para uma *crise intelectual da psiquiatria*. O balanço dessa crise, publicado ainda em 2006, apontou como problemas, entre outros, o reducionismo biológico, o descaso com as respostas individuais ao tratamento, a propaganda ostensiva da indústria farmacêutica e a ausência da consideração de abordagens terapêuticas múltiplas. O autor mostra que a crise conceitual é compartilhada com outros campos da medicina clínica, “originando-se de um conceito muito restrito de ciência, que ignora que a observação clínica é o método básico da medicina”⁵⁵.

1.3.1 Psiquiatria: Ciência Extraordinária

Em uma coleção de ensaios publicados em 2017 pela MIT Press, editada por Serife Tekin e Jeffrey Poland, um grupo de filósofos da ciência se dispôs a analisar a psiquiatria através de uma perspectiva kuhniana. Trata-se de *Extraordinary Science and Psychiatry: Responses to the Crisis in Mental Health Research*. É interessante observar a naturalidade e o distanciamento com que é apresentado um balanço do problema, na primeira página da introdução:

“Há um clima de crise e de polêmica no campo de pesquisa e de prática na saúde mental contemporânea, que se origina a partir de tensões internas da psiquiatria. De um lado, um ramo da medicina, a psiquiatria tem como objetivo lidar com [...] o subjetivo. [Desse lado o problema é]: diagnósticos e tratamentos excessivos, não havendo consenso sobre qual a melhor maneira de manejar os transtornos mentais. De outro lado, um ramo da ciência, a psiquiatria foca o objetivo [...] no entanto, o problema é que não há nenhum consenso a respeito de que tipo de constructos científicos para as pesquisas e o

⁵⁵ Fava, “Intellectual Crisis”, 202.

que se observa é uma situação de completa ausência de progresso [...] não há perspectiva nem previsão de progresso [...]”⁵⁶

A considerar a leitura da página 1, o panorama da contemporaneidade nos parece bastante claro: em 2017, um grupo de filósofos da ciência, em consenso, decidiu analisar a psiquiatria como uma ciência natural e observou que há duas, e não uma única psiquiatria. A psiquiatria médica lida com o subjetivo, porém seus instrumentos não são mensuráveis. Já a psiquiatria científica lida com o objetivo, mas não tem parâmetros para fazê-lo, resultando na completa ausência de progresso.

Se continuarmos a leitura, até a página 3, em busca do que pensa cada psiquiatria sobre como interromper a crise, leremos que:

“[...] aqueles que veem a psiquiatria como um ramo da medicina, entendem que abordagens que envolvam um olhar clínico e humano, com orientação fenomenológica, seria o caminho. [...] já] os que veem a psiquiatria como ramo da ciência, acreditam que a psiquiatria deve trabalhar mais duro para se aproximar das ciências básicas [...]”⁵⁷

Na página 5, os autores concluem que, dadas as tensões descritas e os movimentos e conflitos entre paradigmas distintos, trata-se, realmente, de um período de *ciência extraordinária* e quase, já não era sem tempo, de uma análise filosófica profunda ser realizada, porque as investigações demonstram que o objeto analisado é caracterizado por:

“ 1. Causalidade complexa; 2. Lida com seres humanos fisicamente incorporados que têm uma perspectiva pessoal e que se encontram envolvidos em um contexto sociocultural; 3. As ciências, embora estejam muito bem equipadas para análises causais, não dispõem de nenhum recurso, avançado ou não, para lidar com o item (2). Recomendamos, considerando o significado social e pessoal da doença mental, que *um prêmio especial* seja concedido a agendas de pesquisa

⁵⁶ Poland & Tekin, “Introduction”, 1.

⁵⁷ Ibid., 3.

que se mostrarem compatíveis com a perspectiva pessoal, o livre arbítrio e o contexto sociocultural.”⁵⁸

Uma palavra a respeito da observação desses filósofos da ciência se faz necessária, antes de uma outra a respeito do prêmio sugerido. Ao considerarem uma ‘tensão entre paradigmas’ na psiquiatria, a oposição entre psiquiatria médica e psiquiatria científica, os autores incorrem em uma apreciação naturalizada da medicina, possivelmente por utilizarem uma perspectiva pensada originalmente para as ciências naturais. Como é sabido, a medicina moderna, da qual a psiquiatria é um dos ramos, tem como pressuposto uma *fundamentação científica*, mas não se resume a ela, como acontece numa ciência básica. Nesse sentido, a medicina, psiquiatria inclusa, comporta essencialmente duas instâncias: clínica e teoria. De forma que não é possível considerá-las isoladamente, como paradigmas distintos de uma mesma ciência. Assim, a parte médica, como definem os filósofos, é a clínica, e a parte científica, é a teoria. São *sustentáculos indivisíveis*, inseparáveis, já que uma instância deve fornecer à outra o seu material.

É claro que os parâmetros de análise que utilizam os autores, partindo de um instrumental inapropriado, não devem ser levados às últimas consequências. Porém, se tomássemos, por um momento, *ipsis literis*, a análise oferecida à psiquiatria pelos filósofos, e a olhássemos através de uma lupa, concluiríamos que a psiquiatria que está em crise em 2017 não é científica, o que coloca em xeque-mate o seu estatuto como especialidade médica. Se não, vejamos: se clínica e teoria pudessem ser consideradas paradigmas distintos, completamente descontínuos, então seria possível concluir que o procedimento da clínica, a prática dos psiquiatras, não é baseado na teoria científica, ou seja, a prática psiquiátrica não é científica. Novamente, como previmos na seção 1.1, é o estatuto da psiquiatria na medicina, que é colocado em xeque.

Voltando ao prêmio: providencialmente, a *World Psychiatric Association* estabeleceu, no final dos anos 1990, um prêmio no valor de quarenta mil euros, que parece atender às recomendações de 2017, e que, por outro lado, faz das palavras de Georges

⁵⁸ Ibid., 5. Grifo nosso.

Canguilhem,⁵⁹ palavras mágicas. Porque *a reflexão do presente nos leva exatamente ao ponto do passado que nos interessa* e ainda nos apresenta o protagonista de nossa história, precisamente da mesma maneira como os psiquiatras o imortalizaram: um novo – porque há um outro, no século XIX - *mito fundador*. O que nos permite a licença de citar integralmente o texto que explica o prêmio a que nos referimos:

“No final do século passado, o Prêmio Jean Delay foi criado para honrar colegas que se destaquem através de trabalhos capazes de fazer intelectualmente a ligação entre as ciências biológicas, psicológicas e sociais que fundamentam a nossa profissão clínica e que, verdadeiramente, carregam o emblema de nossas mais altas aspirações. O Prêmio Jean Delay é a mais importante condecoração da Associação Mundial de Psiquiatria: ele carrega o nome de Jean Delay, o presidente do primeiro congresso de psiquiatria (Paris, 1950) e o primeiro presidente de nossa associação. Jean Delay é um dos mais importantes psiquiatras do século XX, uma vez que foi ele quem introduziu a clorpromazina no tratamento de transtornos psicóticos e descreveu pela primeira vez o efeito antidepressivo da isoniazida, ambos em 1952. Na verdade, ele foi tanto um grande cientista, como um grande humanista. Entre seus discípulos mais eminentes estão: Pierre Pichot, Pierre Deniker e Raymond Sadoun. O Prêmio Jean Delay é concedido por um júri a uma [pessoa física] cuja contribuição tenha sido significativa sobre os *aspectos biológicos, psicológicos e sociais da psiquiatria, ou tenha estabelecido conexões úteis entre eles.*”⁶⁰

⁵⁹ Canguilhem, *Normal et patologique*, 39.

⁶⁰ O regulamento, os critérios de exclusão e inclusão, bem como o descritivo citado, referentes ao prêmio Jean Delay, da Associação Mundial de Psiquiatria estão disponíveis em: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=5.

CAPÍTULO 2

PSIQUIATRIA PARISIENSE EM MEADOS DO SÉCULO XX

2.1 Jean Delay: Psiquiatra & Escritor

A primeira página desta história é a de um tempo que, se considerarmos a visão de seu protagonista, o psiquiatra Jean Delay, nem de longe teremos uma ‘psiquiatria em crise’. Se encontramos o recém aprovado *interne des hôpitaux de Paris* anotando, aos vinte anos de idade, em seu diário pessoal, a escolha de uma carreira ambiciosa: “*Il faudrait faire, pour la psychiatrie, ce que Charcot a fait pour la neurologie. Tout est à faire*”⁶¹, devemos compreendê-lo por sua atitude de confiança na ciência moderna, de adesão aos ideais humanistas, e de admiração e respeito a uma ascendência de notáveis, os quais poderia, a princípio, simplesmente suceder, continuando uma obra já iniciada, ou seja, tomando o ‘trem da história’. Não é difícil perceber a marca do *mito fundador* na identificação de Delay com a psiquiatria, muito embora as apreciações que sintetizou nosso protagonista sobre o ato pineliano fossem mais tardias, dos anos 1950.⁶²

Jean Delay optou pela psiquiatria sem com isso abandonar a realização da vocação que reconhecia em si próprio, a literatura. A psiquiatria era um caminho promissor a seguir, e Delay deu a ele um sentido especial.⁶³ Se vermos em seguida que há em Delay uma discordância com os desígnios paternos, não devemos entendê-la como uma manifestação

⁶¹ Delay, “Journal”, 25. “Deve-se fazer, para a psiquiatria, o que Charcot fez para a neurologia. Tudo [ainda] está por se fazer!”. O volume *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, em que excertos do referido diário são reunidos em um dos capítulos, é de 2016. Sua proposta é contextualizar trechos do diário pessoal de Delay com ensaios sobre sua obra psiquiátrica e literária, entendidos pelos ensaístas como complementares, ou mesmo inseparáveis; cf. Delay & Masson, “Introduction”, 7-8.

⁶² A identificação de Delay com Pinel parece mais do que evidente, na apreciação biográfica que escreveu em 1958 para a revista *Médecine de France*, na qual vemos o mito fundador assumir a maneira sintética de conhecer o mundo, introspectivo, até evitativo, o que estaria relacionado com a sua obstinação pelo conhecimento através do estudo, sua perspicácia classificatória, suas tendências filosóficas e a uma psicologia estruturada, seu racionalismo judicioso na recomendação das terapêuticas. Mas, sobretudo, esse temperamento, para Delay, guarda a potencialidade das grandes realizações. cf. Delay, “Philippe Pinel”, 89-106.

⁶³ Schmitt, “Fait tableau”, 11-22.

de rompimento com a ordem social estabelecida, ou de inquietação com os valores de então, em comparação com o que viria a se tornar a tônica da contracultura do final dos anos 1960.⁶⁴ Não há, a princípio, qualquer sinal de crise de identidade, institucional, ou pessoal.

O que há é um traço de obstinação, perfeccionismo e autoexigência, na personalidade de Jean Delay, conforme descrevem seus biógrafos e convivas,⁶⁵ do qual possivelmente poderíamos prescindir para os propósitos deste estudo, não fossem essas características aquelas que moveram no autor uma perspectiva de amplitude sempre crescente, que é a própria tendência de seus escritos científicos,⁶⁶ que assumem não apenas uma apreciação exaustiva do tema tratado, mas também o inter cruzamento de significados, a retomada de temas muito longínquos, tratados muitas vezes décadas atrás, sem referência direta.

Nesse sentido, cabe demarcar um início para a carreira de Jean Delay com a intervenção do então ministro da educação,⁶⁷ Léon Bérard, quando, nosso protagonista, aos 14 anos, já em condições de concluir seu *baccalauréat* em filosofia, elaborou uma monografia sobre os *Rapports du physique et du moral*.⁶⁸ Mas, pela idade, não poderia

⁶⁴ Os movimentos sociais de maio de 1968 na França tiveram impacto significativo na carreira psiquiátrica de Jean Delay, não apenas pela invasão e ocupação de seu gabinete em Sainte-Anne pelos estudantes rebeldes, o que lhe gerou forte desgosto, mas sobretudo por terem implicado no decreto do Ministro da Educação, Edgar Faure, de 30 de dezembro de 1968 que, entre outras modificações no ensino universitário, separou em definitivo as disciplinas de neurologia e psiquiatria. Jean Delay, pronunciando-se largamente contrário às modificações, terminou por se aposentar em 1971; cf. Moussaoui, *Biography*, 22-7; Delay & Masson, “Conséquences malheureuses,” 195-7; e Delay, “Loi et l’exception,” 78-82. Sobre os movimentos de maio de 1968 ver, por exemplo, Quattrocchi e Nairn, *Começo do Fim*, 1-236; e também Fauré, *Mai 68*, 1-259.

⁶⁵ Sobre o caráter obstinado e perfeccionista, ver Mossaoui, 30-2, e também Schmitt, 15-8.

⁶⁶ Ainda não tivemos chance de examinar a literatura produzida por Jean Delay.

⁶⁷ Léon Bérard (1876-1960), então Ministro da Instrução Pública e das Belas-Artes da Terceira República Francesa, político de origem basca, interveio, advogando pela excepcionalidade do prodígio do jovem, para que este pudesse receber seu bacharelado sem ter atingido a idade mínima para tal. O acesso a Bérard teria ocorrido através de um pedido de Maurice Delay ao deputado do país basco, Jean Ybarnégaray (1883-1956), que, segundo Moussaoui, teria dito que Jean Delay era um “ganhador nato de prêmios, e seria uma grande injustiça bloquear a ascensão meteórica dessa criança com um potencial obviamente extraordinário”; cf. Moussaoui, 6-7; ver também o discurso de recepção de Jean Delay à Academia Francesa, feito por Louis Pasteur Vallery-Radot, “Réponse au discours de réception de Jean Delay,” em 21 de janeiro de 1960. Disponível em: <http://academie-francaise.fr/reponse-au-discours-de-reception-de-jean-delay>, acesso em 25 de outubro de 2018.

⁶⁸ Ressaltamos que o problema da relação entre corpo e alma já ocupava Jean Delay, aos 14 anos. E o título de sua monografia, em referência à obra *Rapports du physique et moral de l’homme*, do médico francês Pierre Cabanis (1757-1808).

receber o diploma, para que então pudesse se matricular, aos 15 anos de idade, na Faculdade de Medicina de Paris, excepcionalidade que lhe foi concedida diretamente pelo gabinete ministerial.

Jean Delay nasceu em 13 de novembro de 1907, na cidade basca de Baiona, comuna localizada no sudoeste da França, entre os rios Nive e Adour, próxima à divisa com a Espanha e os Pirineus. Filho único, de família católica abastada, seu pai, Maurice Delay, era cirurgião, além de figura política de importância, cujos planos para o filho não contemplavam as transparentes inclinações do rapaz para as humanidades, sobretudo a literatura. Determinado em fazê-lo cirurgião, foi apenas no último momento que Maurice Delay recebeu do filho Jean a notícia de que seus planos eram menos ortodoxos.⁶⁹ Em um manuscrito tornado público,⁷⁰ Maurice Delay declarou que havia ficado estupefato, uma vez que com a posição que Jean conseguira alcançar no concurso para o internato, não faria sentido escolher qualquer outra posição de menor prestígio. Mas os tempos eram outros, e o documento, datado de 1959, tempos também distintos, ainda que possa assumir completamente seu caráter anedótico, ou mesmo apócrifo, o que, por outro lado, não passa de uma ressalva de nossa parte, confere, ainda assim, à figura de Jean Delay o caráter que assumiu na história da psiquiatria:

“Ainda vejo a esquina do Boulevard Saint-Michel, onde meu filho me declara: ‘Papa, eu não tenho nenhum gosto pela cirurgia, se tu o exigires, eu me submeterei – mas não sinto em mim qualquer vocação [...]’. Então eu lhe

⁶⁹ Mossaoui, 2-9.

⁷⁰ Delay, “Son père”, 49-50. O manuscrito pertence ao acervo pessoal de Jean Delay, que se encontra na Biblioteca Literária Jacques Doucet, em Paris. Anedótica ou não, há ainda um episódio a respeito da escolha de Jean Delay: dias depois, Maurice Delay recebeu uma carta do célebre professor de seu filho, Louis Pasteur Vallery-Radot (1886-1970), professor titular da Faculdade de Medicina de Paris, político, escritor, membro da Academia Francesa, tranquilizando-o a respeito da decisão de seu filho. A missiva, enviada em 1927, foi reproduzida por Vallery-Radot por ocasião da recepção de Delay na Academia Francesa, no corpo de uma carta de boas vindas. O texto elogioso é uma breve biografia do psiquiatra e escritor, destacando sua precocidade na ascensão aos postos mais altos e suas realizações até então. Há afirmações como “O seu trabalho despertou a psiquiatria francesa de seu longo sono. O senhor a tornou uma ciência viva”, e lembrando que foi a Delay a quem o Papa Pio XII se dirigiu, em 1958, quando atribuiu aos remédios, recentemente descobertos, a recuperação dos doentes mentais desenganados desde os tempos imemoriais. Cf. Louis Pasteur Vallery-Radot, “Réponse au discours de réception de Jean Delay”, de 21 de janeiro de 1960. Disponível em: <http://academie-francaise.fr/reponse-au-discours-de-reception-de-jean-delay>, acesso em 25 de outubro de 2018.

pergunto: ‘Que vais fazer.’ Ele responde: ‘*Psiquiatria.*’ Para mim era uma disciplina menor, um meio no qual eu não conhecia nada. Eram os asilos, por assim dizer, os incuráveis, os loucos, as instituições que eu nunca havia adentrado. E meu filho pronuncia as palavras de um verdadeiro profeta: ‘O futuro está na psiquiatria, que é um campo imenso e inexplorado. A cirurgia, de onde vem o teu prestígio, será popularizada [e não haverá lugar nela para mim...]’ E finalmente ele me disse: ‘Pode ser que eu vá mais longe...’⁷¹

Nesse sentido, não serão excessivas algumas informações compiladas como dados em sua bio-bibliografia,⁷² na tabela embaixo:

1907	Nascimento em Baiona.
1922	Obtenção do <i>baccalauréat</i> em filosofia, tendo como título de sua pesquisa: “ <i>Les rapports du physique et du moral</i> ” (aos 14 anos). Matricula-se na Faculdade de Medicina de Paris (aos 15 anos).
1925	Aprovado no concurso para o <i>externat des hôpitaux de Paris</i> . ⁷³
1928	Aprovado em terceiro lugar no concurso para o <i>internat des hôpitaux de Paris</i> . ⁷⁴
1935	Publicação de sua tese em medicina: <i>Les astéréognosies, pathologie du toucher, clinique, physiologie, topographie</i> . ⁷⁵ (Prefácio de Georges Guillain, seu orientador).

⁷¹ Ibid., 49.

⁷² Delay & Masson, “Notice bio-bibliographique”, 241-6.

⁷³ *Externat des hôpitaux de Paris*; o posto seria o equivalente ao que no Brasil temos como internato: o ciclo final dos estudos de medicina, já voltado para a prática hospitalar, normalmente com duração de dois anos. No caso da França, em 1925, tratava-se das vagas mais disputadas entre os estudantes de medicina, as vagas dos prestigiosos *hôpitaux de Paris*.

⁷⁴ Com prestígio e concorrência análogos aos descritos acima, o período de *internat* guarda equivalência com o que, em nosso meio, chamamos de residência médica, estágio em que o médico, já formado, busca sua especialização. Delay escolheu o *internat* no hospital La Salpêtrière, por onde passaram Philippe Pinel, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), Jean-Martin Charcot (1825–1893), Philippe Chaslin (1857–1923), Henri Claude (1869–1945) e tantos outros nomes, que formam uma escola coesa de neuropsiquiatria nos séculos XIX e XX. No Salpêtrière, Delay foi *interne* no serviço de André Barbé (1877-1959) e de Georges Guillain (1876-1961), que orientou sua tese de medicina. A formação decorreu de conselhos recebidos de Georges Dumas (1866–1946), que recomendou que estudasse, inicialmente, e em profundidade, neurologia e psicologia, para somente depois começar a se dedicar à psiquiatria. Os estudos que levariam à sua tese de filosofia, foram realizados no Instituto de Psicologia da Sorbonne – do qual ele mesmo tornou-se professor, e depois diretor – sob orientação de Georges Dumas e Charles Blondel (1876–1939), e também no *Collège de France*, com Pierre Janet (1869–1947), de quem Delay tornou-se muito próximo. Sobre a formação de Jean Delay em medicina e em psicologia, vide Moussaoui, 8-15 e Delay, *Psychiatrie moderne*, 1-16.

⁷⁵ Orientada pelo célebre neurologista Georges Guillain, a tese de Delay sobre as alterações do reconhecimento tátil foi referência na área.

1936	<i>Chef de clinique</i> no serviço de Georges Guillaín no hospital La Salpêtrière.
1939	Professor Assistente da Faculdade de Medicina de Paris e Médico Chefe do Centro Neuropsiquiátrico de Bar-le-Duc. Publica <i>L'électroencephalogramme normal et pathologique</i> (com Y. Bertrand e G. Guillaín).
1940	Professor Assistente na <i>Clinique des Maladies Mentales et de l'Encephale</i> , no Serviço do Professor J. Lévy-Valensi, Hospital Sainte-Anne.
1942	Publicação de sua tese em Letras: <i>Les dissolutions de la mémoire</i> (Prefácio de Pierre Janet, seu orientador). <i>Les ondes cérébrales et la psychologie</i> .
1943	<i>Les Maladies de la Mémoire</i> (PUF).
1945	<i>La Psychophysiologie Humaine – Qui Sais-Je?</i> Criação do laboratório de eletroencefalografia no Hospital Sainte-Anne. Dezembro: Nomeado expert no Tribunal de Nuremberg, encarregado especialmente do 'caso' Rudolph Hess.
1946	Professor Titular da <i>Chaire de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale</i> . Cria com Pierre Pichot o Laboratório de Psicometria Aplicada no H. Sainte-Anne. <i>La cité grise</i> (Jean Vigneau) (Pseudônimo de Jean Faurel). <i>Les dérèglements d'humeur. L'électrochoc et la psychophysiologie</i> . Setembro a dezembro: Ciclo de conferências pelos Estados Unidos, convidado pela Fundação Rockefeller.
1947	<i>Les réposantes</i> .
1948	<i>Hommes sans nom – nouvelles</i> .
1950	<i>L'oeuvre de Henri Claude</i> (editado excepcionalmente por L'Encéphale). 19 a 27 de Setembro: preside o Congresso Mundial de Psiquiatria, tendo Henri Ey como Secretário Geral. 29 de setembro a 22 de outubro: organiza, com Robert Volmat, a Primeira Exposição Internacional de Arte Psicopatológica, no Hospital Sainte-Anne. <i>Méthodes biologiques en clinique psychiatrique. L'électricité cérébrale – Qui-Sais-Je?</i>
1951	Diretor do Instituto de Psicologia da Universidade de Paris. Criação do Laboratório de Pesquisas Farmacodinâmicas em Psiquiatria H. Sainte-Anne. Novembro e Dezembro: ciclo de conferências na Itália.
1952	26 de maio: Centenário da <i>Société Médico-Psychologique</i> , apresenta sua grande conferência sobre os " <i>Chocs et Réaction d'Alarme</i> " e Pierre Deniker apresenta o primeiro trabalho do grupo sobre a clorpromazina " <i>Utilization en thérapeutique d'une phénotiazine à action centrale élective</i> " (J. Delay, P. Deniker et J.-M. Harl). " <i>Note concernant l'action de l'isonicotyl-hidrazide utilisé dans le traitement des états dépressifs</i> " (J. Delay, B. Lainé et J.-F. Buisson). Todos esses trabalhos publicados nos <i>Annales médico-psychologiques</i> .

1953	Convida Jacques Lacan para fazer seu Seminário em Sainte-Anne (que permanecerá durante 10 anos). <i>Études de psychologie médicale</i> (Prefácio de René Leriche).
1954	25 de Julho, <i>Névrose et création</i> : discurso como Presidente do Congresso de Neurologia e Psiquiatria de Língua Francesa. Membro Fundador da Sociedade Francesa de Psicoterapia. Cria com Robert Volmat um Centro de Pesquisas sobre Arte Psicopatológica.
1955	Eleito para a Academia Nacional de Medicina. 22 de fevereiro: em seu discurso de recepção à Academia Nacional de Medicina, utiliza o termo neuroléptico pela primeira vez, evocando o seu trabalho em psicofarmacologia. <i>Les tests de Rorschach et la personnalité épileptique</i> (com P. Pichot, T. Lempériere e J. Perse).
1956	<i>Méthodes psychométriques en clinique psychiatrique</i> (com P. Pichot e J. Perse). <i>Aspects de la psychiatrie moderne. La Jeunesse d'André Gide (Tome I): André Gide avant André Walter</i> .
1957	11 de maio: apresenta, com Pierre Deniker " <i>Caractéristiques psychophysiologiques des médicaments neuroleptiques</i> " na sessão clínica do simpósio sobre medicamentos psicotrópicos, em Milão. O texto é publicado em <i>Psychotropic Drugs</i> .
1958	<i>La Jeunesse d'André Gide T.II: d'André Walter a André Gide</i> (Gallimard). " <i>Effets psychophysiologiques de la psylocybine</i> " na Academia de Ciências.
1959	4 de Junho: eleito para a Academia Francesa (Cadeira 17). Membro Honorário da <i>Société des Gens de Lettres</i> . Presidente Honorário da Sociedade Internacional de Psicopatologia da Expressão.
1960	8 de Junho: recebe a sua Espada de Acadêmico do <i>Cercle Interallié de Paris</i> . 21 de junho: <i>Discours de Réception de M. Jean Delay à l'Académie française et réponse de M. Pasteur Vallery-Radot</i> . Presidente do Congresso Internacional de Medicina Psicossomática em Vittel.
1961	<i>Introduction à la médecine psychosomatique. Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie</i> (com Pierre Deniker).
1962	<i>Les Démences tardives</i> (com S. Brion). <i>Abrégé de psychologie</i> (com Pierre Pichot).
1966	<i>L'électroencephalographie clinique</i> (com G. Verdeaux. 28 de março: Conferência Presidencial, Congresso Internacional de Psicofarmacologia de Washington.
1967	Junta-se ao Comitê de Patronato da Fundação para a Pesquisa Médica Francesa.
1968	Introdução e notas à <i>Correspondance André-Gide – Roger Martin Du Gard. Une Amitié: André Gide e Roger Martin Du Gard</i> . Expert em Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde em Genebra (até 1973).

1969	<i>Le syndrome de Korsakoff</i> com S. Brion. 17 de maio: Conferencia: “ <i>Aurélia ou La maladie de Gerard de Nerval</i> ” na Sociedade Real de Medicina Mental da Bélgica (Bruxelas). Junta-se ao Comitê de Patronato do Laboratório de Psicologia Patológica da Sorbonne. Membro Honorário da Associação Mundial de Psiquiatria.
1970	Presidente Honorário da Sociedade de Pesquisas em Psicoterapia de Língua Francesa. Membro Fundador do Colégio Internacional de Medicina Psicossomática. Membro Honorário do Royal College of Psychiatrists de Londres.
1971	Prefácio “ <i>Le cas Exupère</i> ” à <i>un assassin est mon maître</i> , de Henry Montherland. <i>Discours de réception a Eugène Ionesco à l’Academie Française et réponse de Jean Delay</i> . Aposentadoria de suas funções no Hospital Sainte-Anne. Sucedido por Pierre Deniker.
1979	<i>Avant mémoire I. D’une minute à l’autre (Paris, 1555-1736)</i> .
1980	<i>Avant mémoire II. D’une Minute à l’autre (Paris 1555-1736)</i> .
1982	<i>Avant mémoire III. La Fauconnier (À Paris sous Louis XV)</i> .
1983	Prêmio Marcel-Proust por <i>Avant mémoire III. La Fauconnier (À Paris sous Louis XV)</i>
1986	<i>Avant mémoire IV. D’un siècle à l’autre (1789-1856)</i> .
1987	Morte em Paris. Sepultamento em Baiona.

2.2 Jean Delay e Síntese

A síntese da clorpromazina, em 11 de dezembro de 1950, em um dos laboratórios Rhône-Poulenc, em Paris, foi realizada por Paul Charpentier (s.d.).⁷⁶ Bem se sabe que Jean Delay não teve participação no processo de síntese química do composto, mas, no entanto, é à sua perspectiva de síntese que se deve a atribuição de seu nome ao prêmio mencionado no Capítulo 1 e, como pretendemos mostrar, a concepção e o sucesso da terapêutica pela clorpromazina.

Se considerarmos a perspectiva do contexto histórico em que encontramos Jean Delay, o texto do prêmio precisaria de uma revisão, para colocar os termos em uma perspectiva sintética, a aproximação mais precisa desses elementos teria uma ordenação hierárquica em níveis, com o significado aproximando-se de: *‘foi através de uma perspectiva*

⁷⁶ Swazey, *Chlorpromazine*, 91.

sintética da relação entre as ciências biológicas, sociológicas e psicológicas, que Jean Delay concebeu a introdução da clorpromazina ao tratamento das doenças mentais, em 1952’.

Para Jean Delay, a síntese criadora era um trabalho essencialmente intelectual, consistindo na reunião de fenômenos variados em um fenômeno novo,⁷⁷ diferente dos seus componentes. Trata-se de um modelo antirreducionista de pensamento. Por esse seu modo sintético de pensar, entendemos que Jean Delay caberia na categoria que o estudioso George Weisz definiu como *holista pragmático*.⁷⁸

Nesse sentido, pensando nas características descritas por Weisz, Jean Delay atuou de maneira completamente interna ao *mainstream* da medicina, e ocupou, por tempo considerável de sua carreira, posições de bastante destaque no meio acadêmico psiquiátrico oficial. Outra característica, a operação dos conceitos da ciência de sua época de “maneira sistêmica e contextual, seja por identificá-la como a maneira tradicional de fazê-lo, seja por entenderem que essa seria a melhor forma de abordar certos problemas”⁷⁹ também seria bastante fiel ao modo de operar de Delay.

A esse respeito, considerando as características, já descritas, do objeto da psiquiatria, por sua complexidade, e uma tradição considerável de autores da mesma época, com procedimentos análogos, cuja obra psicopatológica compõe um período que ocupa quase todo o século XX, e que Lantéri-Laura qualificou como período das “grandes estruturas psicopatológicas”⁸⁰, o perfil sintético de Jean Delay, não se distancia, pelo menos a princípio, daquele de Henri Ey, ou de outros psiquiatras contemporâneos a ambos, como Eugène Minkowski (1885-1972) e Paul Guiraud (1882-1974), por exemplo.

No entanto, no final do capítulo sobre síntese e holismo no meio médico francês, no período entreguerras, Weisz apresenta um trecho do discurso de Jean Delay, na abertura do Primeiro Congresso de Medicina Psicossomática de Língua Francesa, em que há uma referência considerável a uma perspectiva vitalista, que o estudioso sugere que seja melhor

⁷⁷ Delay, *Psicofisiologia*, 41.

⁷⁸ Weisz, “Moment of Synthesis”, 68.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Lantéri-Laura, *Ensayo*, 179-243.

investigada.⁸¹ Sem pretendermos qualquer posição definitiva, mas por outro lado considerando que tendo podido rever grande parte da obra de Delay, pensamos que é possível apontar alguns encaminhamentos, o que faremos mais adiante.

No entanto, para termos uma impressão um pouco mais fluida da perspectiva sintética de Delay, será melhor apresentá-la primeiro. Para isso, uma apreciação do discurso aberto e corrido, do próprio autor, como ilustração, pode ser capaz de demonstrar, da mesma maneira que uma figura, uma fotografia, ou um mapa, em trabalhos como este, podem também ser, aspectos adicionais que a linguagem descritiva, por si só, não é capaz de dar conta isoladamente. Podemos descrever que o discurso de Delay é dotado, essencialmente, de uma tendência notável à expansividade, que seu autor procura controlar e programar. Nesse sentido, propomos considerar o texto que segue, não como uma enorme citação, e sim como uma grande figura, no sentido de imagem ilustrativa.

Trata-se do terço final do discurso realizado por ocasião da abertura do primeiro congresso mundial de psiquiatria, em 1950. Delay, que presidiu o evento, fez uma apreciação da diversificada programação científica do evento, defendendo sua tese sintética de que o todo não é passível de compreensão a partir das partes isoladas. Mas Jean Delay o fez através de uma metassignificação: ele procurou reproduzir essa essência formulada como $[\text{TODO} > \sum \text{partes}]$ em seu discurso que, como se verá, desde a primeira linha, dá significados especiais à última. Vejamos, então, a imagem escrita, ou imaginemos essa escrita como uma imagem falada, em um discurso para milhares de psiquiatras, em uma conferência que se tornou histórica, porque foi a abertura do primeiro encontro mundial da especialidade. O trecho a seguir, apesar de significar um terço de sua conferência, carrega também o significado de parte inseparável do todo do discurso de Delay, que, como pode se ver na última frase, chega aos ideais humanos mais amplos e profundos, místicos em um certo sentido, com ideias que chegam ao infinito, ao todo divino. Para Delay, a parte só poderia ser entendida como parte um todo:

“Continuamos apresentando, indicados em linhas gerais, os objetivos e tendências deste congresso, sem pretendermos, no entanto, dar conta deles

⁸¹ Weisz, 86-7.

todos. São temas os mais diversos, de fato uma multiplicidade. Mas só os perceberemos assim, se os considerarmos isolados da programação, deixando que se apresentem por seu aspecto necessariamente pulverizado. No entanto, será somente se entendermos como são combinados, ou recombinaados, dentro de uma perspectiva articulada, entre eles mesmos, de forma a compor um panorama, sempre incompleto, sem dúvida, mas ainda assim muito representativo do estado atual da psiquiatria, é que o entenderemos, então, por que é a própria diversidade dos métodos que lhe são tributários, é certamente o maior sinal de sua vitalidade, mas unicamente se respeitarem a condição única de que não poder, jamais, cindir-se em disciplinas independentes, ignorando que ela deve acomodar todos os seus respectivos aportes, em uma perspectiva sempre comum. Se é verdade que os métodos fisiológicos e psicológicos investigam duas faces distintas da doença mental, não é menos verdadeiro, é também um fato, que essas faces são definitivamente indissolúveis, da mesma maneira que as antigas efígies de um mito de face dupla, o Jano das mitologias latinas, que perde todo o significado se suas faces forem separadas como metades. Uma separação desse tipo, no interior de nossa especialidade, seria a consagração de um dualismo, medicamente e filosoficamente ultrapassado, porque quando exploramos o encéfalo, e quando exploramos o psiquismo, somos sim obrigados a utilizar linguagens distintas, a linguagem da fisiologia e aquela da psicologia, mas sem nos esquecermos que há, também, concordâncias e equivalências entre esses dois sistemas de signos, e que uma ciência melhor estabelecida terminará, sem dúvida, por integrá-los todos, em uma língua muito bem talhada. Não lhes parece que essa obra de unificação, das duas tendências, já não a podemos entrever? Um fato *psicofisiológico*, pode ser visto através de prismas distintos, e será assim que o físico verá os neurônios dessincronizados, o químico um desequilíbrio de humores, o psicólogo a dissolução das sínteses mentais, o sociólogo um problema adaptativo a uma situação vital, levando a uma alteração de conduta e a uma agitação sem objetivo, e essas seriam traduções de um mesmo desequilíbrio de forças, uma nova repartição de energias, um problema dinâmico. Então, a perspectiva dinâmica *vai se estendendo*, pouco a pouco, para todo o conjunto da medicina mental, não

somente no caso das neuroses, que são desequilíbrios de forças instintivas e afetivas, mas mesmo nas psicoses orgânicas, em que encontramos um campo de aplicação favorável às ideias de Jackson, como foram recuperadas pelos psicopatólogos, de Ribot a Monakow e Mourgue e, mais recentemente, nos últimos anos, a defendeu e desenvolveu Henri Ey. Um simpósio, sobre evolução e dissolução, vai expor essa concepção que, num determinado panorama clínico, opõe um aspecto negativo, que significando a dissolução de uma instância superior, a um aspecto positivo, que imediatamente vai se revelar, emergindo como liberação da instância inferior, que então agora pode se fazer perceptível, como na bela comparação de Ribot, como uma voz fraca que até o momento dava o tom, encobrendo uma voz forte. No entanto essa concepção organodinâmica, somente é válida para as doenças mentais onde há um aspecto deficitário, por exemplo as confusões e onirismos, esquizofrenias, demências, e não para aquelas em que há desequilíbrio sem déficit, desvios sem dissoluções como, por exemplo, as paranoias. Ainda assim, a perspectiva dinâmica, em sentido amplo, representa um grande progresso com relação ao mecanicismo que tão fortemente deixou sua marca e seu fatalismo na psiquiatria do século XIX; *ela faz coro com a evolução terapêutica* pois ela a explica e a esclarece, porque tudo o que é dinâmico, pode ser reversível. São inúmeros os exemplos de reversibilidade dos por meio dos tratamentos modernos, que nos permitiram testemunhar o reaparecimento de atividades que acreditávamos estarem para sempre extintas, e que somente haviam desaparecido para depois reaparecerem, eles nos mostram a transformação incessante de uma síndrome em outra, mutação que comprova a *não especificidade* da maior parte dos estados mentais que doenças diferentes podem apresentar na maior parte de seus estágios de evolução, e a mesma doença em seus diferentes estados. Nessa escala de níveis, os mais superficiais, são diretamente acessíveis às psicoterapias, enquanto que os menos superficiais só o serão se inicialmente utilizarmos-nos das fisioterapias. É assim que aos esquizofrênicos começamos com os choques e a lobotomia, para romper as barreiras, criando uma nova condição afetiva, permitindo enfim que se obtenha um contato humano, antes impossível, uma relação interpessoal entre o doente e o médico, que *continua sendo o objetivo fundamental da medicina*

mental. O tratamento físico não é mais do que uma preparação para o tratamento moral, e serve para abrir-lhe caminho: um e outro, longe de estarem em oposição, se completam, e o que a clínica demanda, certamente não é a oposição, mas sim a composição, dos métodos, é o que há. No entanto, enquanto falamos de técnicas físicas ou morais, na verdade são palavras convenientes, que não supõem qualquer dualismo filosófico, mas que requerem interpretação de acordo com uma *concepção global e energética do organismo*, como recentemente desenvolvida pela medicina psicossomática. Se analisarmos à luz dos trabalhos de Cannon, o papel patogênico do choque emocional e das tensões emocionais sobre todos os sistemas da economia [energética corporal], nos mostra que a emoção *cria novos distúrbios funcionais transitórios*, cuja repetição *organiza*, e pelo mesmo motivo *organiciza*, a medicina psicossomática nos obriga a *reconsiderar*, em uma perspectiva dinâmica, até mesmo a alteração morfológica das estruturas. O debate sobre a psicogênese das manifestações somáticas será ilustrado pela psicodinâmica das doenças do estômago, exemplo bem escolhido porque ali a emoção não cria apenas o espasmo e hipersecreção gástrica, mas a própria lesão anatômica: a úlcera. Por outro lado, nos histéricos, nos assistimos aos fenômenos de conversão psicossomática que representam, de acordo com as palavras de Freud, 'o salto misterioso do psíquico para o orgânico', essa encarnação incompreensível *se houver de fato conversão* de uma ou de outra forma, mas muito menos [incompreensível] se enxergarmos ali apenas uma *regressão*, de um plano a outro, do plano das intencionalidades psicológicas subconscientes, exprimíveis em linguagem verbal, e o plano das finalidades biológicas, exprimíveis em linguagens dos órgãos. Em outras palavras, a conversão psicossomática representará somente uma caída de instancias mais delicadas e evoluídas rumo a instancias menos delicadas e evoluídas, mas que são, definitivamente, umas e outras, *estados de evolução de uma mesma energia*. Entre o distúrbio físico e o distúrbio mental, dizia Babinski, há um abismo. É precisamente esse abismo que a concepção global e energética do organismo se esforça para preencher, considerando que entre a doença física e a doença mental, não há diferença de natureza, mas apenas de gradação, ruptura em níveis desiguais de equilíbrio de forças, que mantém definido o estado de saúde.

Toda reflexão sobre a doença termina em uma reflexão sobre a saúde. A analogia, senão a identidade profunda das leis do patológico e do normal, que se amparam na fisiologia através de Claude Bernard e na psicologia através de Ribot, justificam a tentativa de toda medicina de se continuar através da prevenção. O movimento de higiene mental, colocado em prática nos últimos anos em larga escala, sob J. R. Rees, a organização mundial da saúde propôs a consideração da escalada dos conflitos individuais para alcançar os conflitos de grupos sociais, nacionais e internacionais, trazendo dessa maneira ao aspecto psicológico desses problemas uma contribuição que nunca havia sido necessária; porque no momento mesmo onde, graças ao progresso da medicina, a condição dos doentes começa a melhorar, só para que a própria condição humana se mobilize contra os perigos que rondam. A sua clara tomada de consciência deve nos encorajar a redobrar nossos esforços pois foi em um período não menos complicado da História que Philippe Pinel realizou a sua obra de humanidade, aprendendo a reconhecer no alienado um doente, e nesse doente um homem que poderia ser, cedo ou tarde, devolvido à comunidade, deu à luz a psiquiatria moderna, sob a dupla exigência de uma ideia racional e de um ato de caridade. Não é essa, meus caros Colegas, a dupla corrente que sempre levará a barca dos homens de boa vontade, nave simbólica como aquela da velha cidade onde os senhores estão embarcados para alguns dias, e que carrega o emblema de uma esperança flutuante mas indestrutível?”⁸²

2.3 Síntese da Psiquiatria: O Congresso de 1950

O evento que descreveremos aqui é o mesmo no qual Jean Delay apresentou o discurso da ilustração acima, se passa no grande anfiteatro da Sorbonne, no emblemático dia 19 de setembro de 1950. Nessa data, Jean Delay fez o discurso de abertura do primeiro

⁸² Delay, *Psychiatrie moderne*, 71-77. O volume “*Aspects de la psychiatrie moderne*”, publicado em 1956 pela PUF, reúne o que Delay qualificou como seus “*discours de circonstances*”, entre eles o discurso de abertura ao congresso mundial de 1950, cujo título dá nome ao volume, e a lição inaugural aos estudantes da Faculdade de Medicina de Paris ao assumir a cadeira como professor titular em 1947, “*Discours aux étudiants*”. Ambos serão objeto de nossa atenção nas seções seguintes.

congresso mundial de psiquiatria, evento ao qual retornaremos oportunamente.⁸³ É útil sabermos que Delay tinha um método – sintético – de elaborar seus discursos. Ele costumava dividir as suas apresentações orais, sobre a psiquiatria, em três partes: a primeira, para falar sobre aspectos físicos, a segunda, para aspectos psicológicos, e a terceira, para desconstruir as duas primeiras e apresentar uma perspectiva *sintética*.⁸⁴

No momento em que adentramos – agora para perceber o que está sendo dito com relação ao contexto imediato – o grande anfiteatro da Sorbonne, Delay está falando no púlpito. O clima é de grande satisfação na plateia, tanto porque as duas primeiras partes desse discurso haviam mencionado todas as linhas, tendências e saberes da psiquiatria de então, quanto pelo fato de que cada um de seus maiores representantes havia sido citado nominalmente. A atmosfera era a de uma certa euforia entre os presentes, que foi crescendo, e a impressão final era a de que algo diferente acontecera ali, com Delay sendo ovacionado com longo aplauso.⁸⁵

Na plateia estavam muitos dos grandes nomes de então: Julian de Ajuriaguerra, Franz Alexander, Henri Baruk, Ludwig Binswanger, Manfred Bleuler, Princesa Marie Bonaparte, Ugo Cerletti, Paul Delmas-Marsalet, Henri Ellenberger, Henri Ey, Anna Freud, Henri Hecaen, Lothar Kalinowski, Melanie Klein, Jacques Lacan, Aubrey Lewis, Jean Lhermitte, Juan José Lopez-Ibor, Wilhelm Mayer-Gross, Laszlo Meduna, Eugene Minkowski, Pierre Pichot, Manfred Sakel, Paul Sivadon, entre outros. Era um pós-guerra complexo, alemães e russos não compareceram, nem eram aguardados.⁸⁶

⁸³ Na secção 2.6 propomos, a partir da análise dos anais do congresso como documento, uma apreciação de outros tópicos relacionados ao mesmo, especialmente as questões envolvendo a terapêutica. O panorama contextual, social, do congresso, de que nos valem aqui, em boa parte é composto das descrições contidas nos trabalhos de Jean Thuillier e de Driss Moussaoui, esse último consistindo em uma biografia de Jean Delay, comissionada pela Associação Mundial de Psiquiatria, em comemoração aos 50 anos da introdução da clorpromazina. Cf. Moussaoui, 70-82; Thuillier, *Ten Years*, 39-48.

⁸⁴ Esse procedimento pode ser observado nos discursos e conferências que apresentaremos nesta subsecção, mas se considerarmos a obra de Delay como um todo, a perspectiva sintética é sempre apresentada nas conclusões dos capítulos e dos livros. Essa busca pela síntese, como demonstraremos adiante, é algo essencial nesse autor, e pode ser observada, por exemplo, na estrutura tripartida dos capítulos de “La psychophysiologie humaine”, de 1946, e também em sua tese de filosofia, orientada por Pierre Janet, “Les dissolutions de la mémoire”, de 1942, no volume “Les dérèglements de l’humeur”, de 1942.

⁸⁵ Thuillier, 39.

⁸⁶ Moussaoui, 74.

A aclamação do discurso de Jean Delay, unânime, generalizada, pode ser entendida como um resultado adicional da apreciação sintética do palestrante, justamente porque ela fez com que a parte fosse reconhecida em sua relação com o todo, ao qual ela se percebe como imprescindível. Porém, de qualquer maneira, todo o contexto desse congresso justifica a ideia de um grande esforço pela união da psiquiatria, sua institucionalização. Representando essa ideia mais do que ninguém estaria Jean Delay, seu primeiro presidente. Naquele momento a percepção era de que havia mudança suficiente para justificar o processo. Entre os fatores que contribuíram para essa percepção estão os inéditos e extraordinários resultados da terapêutica em psiquiatria, mas também as modificações políticas e sociais do período pós-guerra, relacionadas à necessidade de reconstrução, a esperança, a união, de colaboração.

“Senhores Delegados: graças à Vossa ajuda, damos início ao nosso congresso, sob os mais felizes auspícios [...] Os Senhores vieram de quarenta e sete países, trazendo os frutos de vossas pesquisas e reflexões. Vossos nomes, tão familiares àqueles que acompanham a evolução da medicina mental, são a maior garantia do valor científico dos trabalhos que ocuparão nossos dias. [A França, com a Liberação, volta a ser o país apaixonado pelo ...] clima de compreensão mútua, de livre discussão de ideias, de respeito por todas as opiniões e crenças. Para isso, haveria testemunha mais adequada do que este venerável anfiteatro da Sorbonne, repleto de lembranças do passado, onde se encontram frente a frente os símbolos de duas filosofias, um Descartes e um Pascal?”⁸⁷

Delay prosseguiu afirmando que, normalmente, os congressos reúnem psiquiatras da mesma língua, que partilham perspectivas muito próximas, e que essas seriam impressões apenas parciais, porque somente uma visão de conjunto, uma visão do todo, seria capaz de dar conta de como a psiquiatria vinha evoluindo nas últimas décadas.⁸⁸ Terminando as palavras dirigidas aos delegados, o psiquiatra francês passou a dirigir-se aos congressistas:

⁸⁷ Delay, *Psychiatrie moderne*, 48-9.

⁸⁸ *Ibid.*, 49.

“Senhores Congressistas: é possível que algum de vós, ao abrir pela primeira vez o programa do Congresso, fique espantado ao observar a multiplicidade inabitual de simpósios, colóquios e temas de discussão que [...] não é anárquica, e corresponde a uma visão de conjunto, que teremos prazer de explicar nesta apresentação. [...]”⁸⁹

Em seguida, entendendo que alguém talvez pudesse achar muito inabitual e complicado lidar com a multiplicidade de conteúdo dos dez dias de evento, a sugestão seria fazer uma síntese, um roteiro sobre como tratar o material que os congressistas tinham em mãos, e que ele passara mais de três anos compondo como uma sinfonia tonal e harmônica.⁹⁰ Depois de passar por todos os elementos, descrevendo-os e relacionando-os um ao outro, Delay foi construindo uma trama complexa da psiquiatria como um todo, chegando finalmente à parte sintética, afirmando que a diversidade de métodos da psiquiatria era o sinal de sua própria vitalidade,⁹¹ que não haveria psiquiatria se as disciplinas independentes que a compõem não compartilhassem seu conhecimento.⁹²

Foi nesse sentido que ele disse que:

“Se é verdade que os métodos fisiológicos e psicológicos exploram duas faces distintas da doença mental, não é menos verdade que elas são indissolúveis, do mesmo modo que as antigas efígies de um mito de visão dupla, o Jano das mitologias latinas, que perde todo significado se for separado em duas metades. Fazer essa separação no interior de nossa especialidade seria, de fato, a consagração de um dualismo, *ultrapassado* tanto para a medicina quanto para a filosofia.”⁹³

E assim, Delay manteve, por mais de uma hora, a atenção de todos, falando, cada vez mais, sobre cada um, ao falar do todo, por causa do poder de identificação que seu discurso possuía. Sem recorrer a anotações em nenhum momento, nem para nomes, nem

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Moussaoui, 67.

⁹¹ Delay, *Psychiatrie moderne*, 71.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid., 72.

para conferir se havia se esquecido de algo,⁹⁴ Delay estava ali falando por ele mesmo, e o efeito em quem estava na plateia percebendo-se representado, mas não somente isso, percebendo-se homenageado, ao identificar-se como *parte do todo*, poderia mesmo ser o do reconhecimento natural, e automático, desse todo. Não era necessária concordância, o que era necessário era a unidade.⁹⁵ Assim aconteceu com a institucionalização da Associação Mundial de Psiquiatria, com Jean Delay. Por exemplo, os resultados dos tratamentos de choque, por um lado, e aqueles das novas vertentes da psicanálise, por outro lado, deixaram de ser visões em oposição, explicações opostas. Todas elas, e as que aparecessem, poderiam entrar, todas eram válidas. A Associação era de todos, como a França livre, apaixonada pela diferença.

Diversos discursos sobre o mesmo tema, todos pertencentes à mesma psiquiatria, que, a partir de então, poderia ser entendida e praticada como o conjunto de saberes a respeito da doença mental, a medicina da mente. E Jean Delay, no congresso mundial que preparara minuciosamente, desde 1947,⁹⁶ estava também sintetizando a psiquiatria, criando sua associação mundial e sendo ovacionado como seu primeiro presidente.

Para essa síntese ser completa e coerente, mais uma questão foi tratada, ou melhor, foi ultrapassada, e legada como problema dos psiquiatras do passado. Talvez o psiquiatra francês, doutor em medicina e em filosofia, professor titular das duas disciplinas na Universidade de Paris,⁹⁷ tivesse ficado hesitante ao fazê-lo, mas não deixou de fazê-lo ainda assim: disse que o dualismo estava ultrapassado, tanto para médicos quanto para filósofos e, como ele mesmo nos conta, o fez diante do busto de Descartes. Eternizado no altar da Sorbonne, e agora desde 1950 testemunha silenciosa daquele dia, o busto de René Descartes também observou quando os psicanalistas da plateia, que ainda estavam sob sua

⁹⁴ Thuillier, 47.

⁹⁵ Essa premissa de unidade é a que rege a idealização de uma linguagem única para a psiquiatria, sistematizada nas classificações nosológicas e na nosografia dos códigos CID - Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente na sua 11ª edição (2018). DSM: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, atualmente em sua 5ª edição (2013). No mesmo espírito, o décimo congresso da Associação Mundial de Psiquiatria, em 1996, celebrava o tema: “*One World, One Language*”, cf. informação disponível em http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=16&content_id=744 (acesso em 25 de outubro de 2018).

⁹⁶ Moussaoui, 70.

⁹⁷ Jean Delay foi Professor Titular da Cadeira de Doenças Mentais e Encefálicas (CMME) e do Instituto de Psicologia da Universidade de Paris.

tutela, aplaudiram longa, e nada economicamente, o discurso de Jean Delay, e o aclamaram, em coro com os demais, presidente de sua associação.

2.4 O *Discours aux étudiants*, de 1947: ‘*L’entre-deux*’

Na dúvida, o vigilante busto de Pascal, com quem Jean Delay era bastante mais afinado, como ele mesmo observou, também estava lá. Além da lembrança de Pascal, a aula inaugural de Jean Delay na Faculdade de Medicina de Paris, em 22 de maio de 1947, teve muitas outras lembranças e reconhecimentos importantes, em sua parte introdutória.⁹⁸ Chegando ao anfiteatro da legendária instituição, encontramos Jean Delay apresentando a sua *léçon d’ouverture*,⁹⁹ a primeira como professor titular, agora na terceira parte, a sintética.

O jovem professor titular da *Chaire de Clinique des Maladies Mentales et de l’Encéphale* (CMME) da Faculdade de Medicina de Paris, se apresentou aos estudantes como “um professor que trabalha [as doenças mentais e encefálicas] dentro de um espírito de síntese, significando uma reconciliação entre medicina e psicologia”¹⁰⁰.

Para ilustrar a perspectiva sintética, Delay falou das grandes linhas de aplicação do método psicossomático em psiquiatria, propondo sempre que, em todas elas, como em toda a psiquiatria, o mais importante era saber o quanto há do componente somático e o quanto há do componente psicológico, para que a terapêutica fosse direcionada adequadamente.

Em uma verdadeira lição de utilitarismo em medicina, cujo objetivo é a cura, Delay iniciou a terceira parte da aula com uma afirmação um pouco mais rebuscada, talvez para criar um problema adicional para os estudantes de medicina. Disse ele: “Tais são as duas tendências que caracterizam atualmente a evolução da psiquiatria: uma investiga as causas físicas das doenças mentais e utiliza as *fisioterapias*, e a outra investiga as causas morais das

⁹⁸ Nas duas primeiras partes Delay fez um discurso formal sobre toda a sua ascendência e biografia acadêmica.

⁹⁹ Delay, *Psychiatrie moderne*, 3-44.

¹⁰⁰ *Ibid.*, 36.

mesmas, e utiliza as *psicoterapias*”¹⁰¹. Prosseguiu dizendo que a primeira seria uma “psiquiatria biológica”, de base material, enquanto a segunda figuraria como uma “psiquiatria social, baseada em um substrato espiritual”. E foi aí que introduziu o problema: “Isso se for realmente verdade o que Durkheim pensava, que a parte do homem que não pode ser reduzida ao organismo é aquela que é engendrada pela sociedade, e que seria o significado da antítese, mais ou menos claramente concebida por todos os povos, entre a alma e o corpo”¹⁰².

A complicação colocada aos estudantes – “se é verdade o que Durkheim pensa sobre o dualismo...” - pode ser resolvida, ou ultrapassada, com a finalidade do discurso médico, de acordo com a lição prática do professor: “Não se trata de entrarmos numa discussão sobre o dualismo, sempre estranho às nossas preocupações, como médicos”¹⁰³. Explicou que a única questão que o médico precisa se colocar seria: “Qual dessas duas orientações da psiquiatria teria mais *utilidade para os doentes mentais?*” E foi então que disse que a solução não era assim tão simples, como indicara no início, porque “se os métodos biológicos são geralmente mais eficazes nas psicoses e os métodos psicológicos geralmente funcionam melhor nas neuroses”, as exigências da prática são coisas bem diferentes. Diante de um caso isolado, essa dicotomia teórica não se justificaria, resumindo: “Essa dicotomia não atende às necessidades da prática”¹⁰⁴.

Em seguida, Delay apresentou suas perspectivas sintéticas da medicina psicossomática através de dois estudos de casos clínicos: uma dentro das *neuroses emotivas* e a outra nas *neuroses de conversão*, essa última tratada através de *narcoanálise*,¹⁰⁵ que

¹⁰¹ Optamos por uma tradução que guardasse o nexo didático que Delay procurava nesse discurso aos estudantes, colocando os termos ‘*physique*’ e ‘*physiothérapies*’ em oposição a ‘*psychothérapies*’ e ‘*psychique*’, ou ainda ‘*psychisme*’ – que ele não usa aqui, preferindo manter, talvez pelos mesmos propósitos didáticos, o tradicional termo ‘*moral*’, que remete aos trabalhos de Philippe Pinel e de Pierre Cabanis. Não confundir com a acepção de fisioterapia atual, que à época não era corrente.

¹⁰² Delay, *Psychiatrie moderne*, 35.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Ibid., 36.

¹⁰⁵ Narcoanálise é o procedimento de indução de estados de dissolução da consciência, através da infusão venosa de barbitúricos, com variadas indicações, tanto terapêuticas diretas quanto exploradoras, mas cuja ideia central é promover uma dissolução da consciência de forma a obter um relaxamento das inibições. Sob o efeito dessa narcose, o psicoterapeuta teria oportunidade de acessar conteúdos subconscientes, e trabalhá-los

Delay mostrou ser um tratamento apenas sintomático, da crise aguda, de um quadro histórico, com um procedimento biológico, mas que, no entanto, funcionava muito bem, contrariando o que previa a teoria.¹⁰⁶

Fazendo referência ao choque emocional,¹⁰⁷ em que, por exemplo, na vigência de situações emocionais importantes, pode haver o desencadeamento, ou mesmo a cura, de uma doença de manifestação somática, de forma aguda ou crônica, como um *tipo de doença em que ocorre uma reversão da perspectiva clássica*,¹⁰⁸ e que dizia respeito à fisiologia da emoção, de Walter Cannon (1871-1945).¹⁰⁹ Na mesma linha, citou os trabalhos de Harold Wolff (1898-1962),¹¹⁰ James Reilly (1887-1974)¹¹¹ e René Leriche (1879-1955)¹¹². Delay referiu-se a Leriche para dizer que seus estudos comprovaram que o funcional cria a lesão, na fisiologia vascular, como a crise ansiosa cria a úlcera no estômago, como afirmaram Cannon e Wolff.

Delay também falou a respeito do tratamento das psicoses orgânicas,¹¹³ que, de forma inversa às neuroses, eram tratadas pelos métodos de choque, mas, sublinhou o professor, “não por isso dispensam a psicoterapia”. A reversão da perspectiva clássica, nos casos descritos por Cannon, Wolff, Reilly e Leriche, implicava na passagem do funcional para o anatômico, “o funcional se organiza”¹¹⁴, segundo Delay, havendo, portanto, uma “organização secundária” de uma alteração funcional – a doença pode começar,

de forma terapêutica, ou mesmo testar a indução e finalmente reverter sintomas comportamentais da linha psicossomática; cf. Delay, *Méthodes biologiques*, p. 479-81.

¹⁰⁶ A histeria é o diagnóstico em que uma visão mais ortodoxa não duvidaria em dizer que a terapêutica seria, por definição, psicológica, e que o tratamento biológico estaria fadado ao fracasso.

¹⁰⁷ Delay, *Psychiatrie moderne*, 36-7.

¹⁰⁸ A reversão da perspectiva clássica significa que o funcional se torna orgânico, que o estresse emocional produz lesões no corpo humano, o que era uma importante novidade, na época.

¹⁰⁹ Walter Cannon, médico e fisiologista norte-americano, especialmente conhecido pela formulação do conceito de homeostase, isto é, a capacidade do organismo de se autorregular de maneira a manter uma condição estável.

¹¹⁰ Harold Wolff, neurologista norte-americano, cuja linha de pesquisa no contexto da medicina psicossomática incluiu a enxaqueca e a demonstração de modificações da secreção gástrica diante de eventos estressores ambientais, que chamou a atenção de Jean Delay.

¹¹¹ James Reilly, médico francês de origem irlandesa, cujos estudos sobre as infecções tifoides levaram ao conhecimento das síndromes de irritação inespecífica do sistema nervoso vegetativo em decorrência de um espectro variado de lesões, e serão consideradas com mais profundidade no capítulo 3.

¹¹² Discutimos o trabalho de Leriche em mais detalhes no Capítulo 3.

¹¹³ Delay, *Psychiatrie moderne*, 40.

¹¹⁴ *Ibid.*, 35.

episodicamente, de forma funcional, e depois se estabelecer no corpo de forma anatômica, mais estável. De forma que, para Delay, falar em tratamento das causas não seria apropriado, e até impreciso, “porque as causas, muitas vezes, nem estão no organismo doente”. O que precisava ser feito, segundo o professor disse em sua aula, ao invés de tentar saber se o problema é psicogênico ou organogênico, era aceitar que sempre é os dois, as duas coisas, e o importante seria saber o quanto de uma coisa e o quanto de outra, se observa, para indicar o melhor tratamento.¹¹⁵

A recomendação aos alunos foi o exame aprofundado e a demarcação de todos os aspectos da vida dos doentes: fisiológicos, psicológicos e sociais, em suas constituições e instituições, em anotações precisas em tabelas com três colunas, mostrando a predominância das manifestações. O professor ensinou, adicionalmente, que “Também essa coisa, por assim dizer singular, e que não pode ser reduzida às demais, e que é, definitivamente [...] a pessoa”, deveria ser colocada nessas tabelas, porque para pensar o doente mental, nada podia faltar. Para terminar sua perspectiva sintética da prática clínica, Delay voltou a lembrar Pascal: “Na psiquiatria, a necessidade é de conceber o homem total”. Isso era necessário, segundo o jovem professor, “porque a psiquiatria, pelo seu próprio objeto, está colocada nos confins das disciplinas biológicas e morais, na intersecção das ciências do corpo e do espírito, ela se estende para o que Pascal chamava de *‘l’entre-deux’*”¹¹⁶.

2.5 Síntese e Congresso de Medicina Psicossomática ou Vitalismo na Segunda Metade do Século XX

Retomamos aqui a questão levantada pelo estudioso George Weisz, da seção 2.2, a respeito do discurso de Jean Delay apresentado na sessão de abertura do Primeiro Congresso de Medicina Psicossomática de Língua Francesa, na cidade de Vittel, em outubro de 1960. Jean Delay vinha mencionando de forma constante a medicina psicossomática em seus escritos, desde 1947. Entre os meses de setembro e dezembro de 1946, Delay visitou

¹¹⁵ Ibid., 41.

¹¹⁶ Ibid., 44.

os Estados Unidos, a convite da Fundação Rockefeller, para uma série de conferências. Infelizmente não temos muitos dados a esse respeito, apenas essa informação que consta na bio-bibliografia preparada por ocasião da publicação de um volume comemorativo.¹¹⁷ No *Discours aux étudiants* de 1947, Delay relatou que havia visitado os laboratórios de reflexologia de Horsley Gantt (1892-1980) em Baltimore, e de Jules Masserman (1904-1994) em Chicago, bem como o de Harold Wolff em Nova Iorque, que já citamos, e que era adepto da medicina psicossomática, sob a influência de Walter Cannon.

Sem grandes conexões, além de termos encontrado, no mesmo volume, um capítulo do historiador da medicina Jack Pressman, que mostra que a Fundação Rockefeller financiou uma grande linha de pesquisa de base holística, em medicina psicossomática e reflexológica.¹¹⁸ Não é possível propor que haja qualquer influência direta entre essa visita aos EUA e, por exemplo, a utilização da clorpromazina, por Jean Delay. No entanto, certamente, a ideia da medicina psicossomática teve grande influência no pensamento de Jean Delay, sendo uma constante em suas publicações, discursos e apreciações da psiquiatria a partir de 1947, sobretudo com insights com relação à terapêutica, que inclusive já apontamos acima. O trecho, a que Weisz fez referência,¹¹⁹ está incluído entre os seguintes, e seguem essa ordem no texto original, que reproduzimos aqui na tentativa de mantê-lo dentro do seu contexto.

“Em conjunto, o movimento psicossomático tenta superar uma medicina dos órgãos, que tem se tornado cada vez mais especialista e localizada, em direção a uma medicina geral do organismo. Ela atribui papel preponderante ao terreno, entrecruzando-se, assim, novamente, com a tradição hipocrática, ou seja, aquela que considera a enfermidade não tanto como um processo exógeno, de certa forma extrínseco à pessoa do doente, mas sim um desenvolvimento intimamente ligado à natureza de suas reações e, definitivamente, a sua natureza própria [...]

¹¹⁷ Reproduzida na seção 2.1.

¹¹⁸ Pressman, “Psychosomatic”, 189-208.

¹¹⁹ Weisz, 86-7.

O termo psicossomática evoca o antigo problema das relações entre o físico e o moral, que é crucial no campo filosófico [...] Uma concepção holística, ou seja, total do indivíduo, considerado globalmente, como se as formas mentais e as estruturas orgânicas não representassem mais do que níveis diferentes de organização de uma mesma energia vital, se esforça por superar as contradições inerentes ao dualismo cartesiano, modelo de todos os dualismos, e as insuficiências do monismo mecanicista. *Basicamente vitalista* em seus princípios, somente distingue a organização e o organismo na medida em que é força organizadora e estrutura organizada, respectivamente.

Porém, nossa missão não é filosofar, e quando, em medicina, falamos em método psicossomático, para designar o enfoque psicológico dos distúrbios corporais, ou de método somatopsíquico para designar o enfoque somático dos distúrbios mentais, por comodidade valemo-nos dessas palavras e isso não pressupõe, pelo menos intencionalmente, na maioria de nós, nenhuma postura filosófica determinada. O importante é precisamente evitar todos os preconceitos doutrinários que possam nos impedir da utilização da totalidade das forças da pessoa humana na luta contra a enfermidade.”¹²⁰

Nossa colaboração iria mais no sentido de tentar apontar o que a leitura que fizemos de boa parte da obra de Delay, sobretudo seus discursos, para a elaboração deste trabalho, pode contribuir com a questão deixada aberta por Weisz a respeito do autor. A respeito da suposição de que Delay teria recuado e temporizado, “talvez por ter percebido que essas suas impressões eram intragáveis para muitos dos que estavam na plateia”, e então teria declarado que “a medicina psicossomática deveria, na verdade, procurar evitar pronunciamentos filosóficos e doutrinários e focar unicamente a interdependência do físico e do moral,” haveria duas observações a se fazer.

A primeira, é que parece pouco provável que o discurso apresentado no congresso, por sua estrutura, muito próxima dos demais, já não estivesse preparado, minuciosamente, para a apresentação: justificam essa forte impressão a meticulosidade do autor com a

¹²⁰ Delay, *Perspectives psychosomatiques*, 1607. Grifo nosso.

escrita, bem como sua disciplina e interesse pelo estudo, que é diário e durante a madrugada, e as anotações complexas, mapas mentais, o arquivo de manuscritos, diários, correspondências, etc.

A segunda observação diz respeito ao fato de Delay ter elaborado de chofre, ou mesmo incluído improvisadamente o discurso sobre ‘o dualismo e a preocupação com questões filosóficas em medicina’. Esta parece ainda mais improvável, justamente porque o que Delay diz ali, no seu suposto recuo, é um recurso frequente nos textos publicados por Delay, bastante anteriores ao congresso de medicina psicossomática, inclusive. Por exemplo, Weisz diz que Jean Delay introduziu na França, em 1947, uma medicina psicossomática de moldes mais formais, baseada em autores norte-americanos, o que está correto. Embora não cite a fonte, provavelmente faz referência ao discurso que citamos aqui, aos estudantes, de 1947, em que Delay propôs, por exemplo, a mesma ideia, mais de uma vez: “Mas não se trata de entrarmos em uma discussão sobre o dualismo, sempre estranho às nossas preocupações médicas”,¹²¹ e também “Ainda que o método psicossomático coloque ênfase significativa nas relações entre o físico e o moral, que é difícil de conceber no plano filosófico, mas que não deixa de ser uma realidade clínica cotidiana [...]”¹²²

A princípio, entendemos essas advertências como conselhos aos estudantes, em um sentido utilitarista da medicina, como procuramos indicar no texto. Justamente, porque há outras recomendações, inclusive a respeito de como colher e classificar os dados clínicos, por exemplo. No discurso de abertura do congresso de 1950, Delay novamente recorreu à fórmula, “fazer uma separação desse tipo no interior de nossa especialidade, seria consagrar um dualismo, médica e filosoficamente ultrapassado” e “no entanto, enquanto falamos de técnicas físicas ou morais, na verdade são palavras convenientes, que não supõem qualquer dualismo filosófico”.¹²³ A mesma formulação aparece, ainda, no capítulo dedicado às doenças psicossomáticas em *Études de psychologie médicale*, de 1953: “Nem o dualismo cartesiano, que faz referência à oposição [física x moral] já ultrapassada para a

¹²¹ Delay, *Psychiatrie moderne*, 35.

¹²² *Ibid.*, 44.

¹²³ *Ibid.*, 71.

medicina, nem o monismo materialista que reduz a uma ilusão [...]”¹²⁴. E mesmo em uma de suas crônicas para o jornal *Le Figaro*, em 1950: “Rompendo com o antagonismo milenar do espírito e do corpo, [a medicina psicossomática] postula que entre distúrbio físico e mental não há diferença de natureza, e sim de gradação [...]”¹²⁵.

Por outro lado, é importante que se diga, apesar de a palavra *vitalismo*, ou *vitalista* não ter aparecido em outros documentos a que tivemos acesso ou notícia, e termos observado que Delay fez uso, frequentemente, de termos como ‘energia única’, ‘uma só energia’, sempre fazendo referência à sua perspectiva sintética da relação mente-corpo, e à medicina psicossomática, não encontramos elementos adicionais para supor, por exemplo, que o psiquiatra concebesse qualquer das situações, relacionadas ou não à terapêutica, em termos vitalistas. Considerando que, nesse caso, estaríamos diante de algo bastante significativo, uma hipotética ‘origem vitalista da clorpromazina’, no sentido de um princípio radicalmente distinto do mundo vivo, com relação ao mundo não-vivo, conforme os critérios operativos que Silvia Waisse propõe em sua revisão a esse respeito.¹²⁶

Mais do que isso, considerando ainda a revisão de Waisse, resta a questão da verossimilhança, entre seus próprios pares, de um discurso de adesão teórica e prática ao vitalismo já àquela altura do século XX, em 1960. O que vemos nos escritos de Jean Delay é uma tendência à exaltação de manifestações daquilo que já descrevemos como ‘organicização’, ou ‘inversão da perspectiva clássica’, por exemplo, nas seguintes situações: o fato do elemento funcional poder causar a lesão, ou de haver uma perspectiva dinâmica funcional, capaz de converter uma manifestação em outra, de representar o somático em uma situação, e em outra, o psíquico, ou mesmo na questão da reversibilidade das manifestações, e até na perspectiva em níveis, tanto de observação distinta de um mesmo fenômeno, quanto nas regressões nos casos das neuroses conversivas, ou mesmo nas dissoluções jacksonianas, com liberação de instâncias até então inibidas.¹²⁷

¹²⁴ Delay, *Études*, 231.

¹²⁵ Delay, “Premier congrès,” 32.

¹²⁶ Waisse, *d & D duplo Dilema*, 32-3.

¹²⁷ Sobre Hughlings Jackson vide Capítulo 3.

Esse conjunto de manifestações costuma vir acompanhado, nos textos de Delay, de construções como: “Sob essa perspectiva, o psíquico e o orgânico surgem como evoluções de uma única e mesma energia, e a velha oposição entre medicina mental e medicina orgânica desaparece, em uma medicina holística do organismo”¹²⁸. Ou então: “[essas condições] seriam melhor compreendidas em função de uma concepção global e energética do organismo, tal como a concebe a medicina psicossomática [...]”¹²⁹. De forma que nossa impressão a respeito dos documentos, e de uma perspectiva mais ampla do trabalho científico de Jean Delay, não parece que haja indicações de uma adesão manifesta a ideias vitalistas, seja em seus discursos de circunstâncias, seja em sua obra científica.

2.6 Aspectos da Psiquiatria Moderna no Congresso Mundial de Psiquiatria de 1950

Em setembro de 1950, no emblemático *Grand amphithéâtre de la Sorbonne*, Jean Delay, agora feito *Titulaire de la Chaire de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale* (CMME) da Faculdade de Medicina de Paris, apresentou seu discurso inaugural,¹³⁰ como presidente do primeiro congresso mundial de psiquiatria.¹³¹ Um evento de proporções nunca antes vistas, com mais de 2.000 participantes dos cinco continentes, e cuja agenda social incluiu, por exemplo, uma recepção no *Palais de L'Elysée* pelo presidente

¹²⁸ Delay, *Un médecin*, 32.

¹²⁹ Delay, *Psychiatrie moderne*, 75.

¹³⁰ *Ibid.*, 47-77. O discurso de Delay é um marco em sua carreira. Nós utilizamos o testemunho de Jean Thuiller, um de seus colaboradores nos anos 50 e 60, para compor este cenário, que nos parece importante para os desenvolvimentos desta história. Cumpre assinalar que a história descrita por Thuiller em seu livro parece bastante verossímil e, mais do que isso, não é apologética à figura de Delay, o que também se pode evidenciar na entrevista que concedeu ao historiador da psicofarmacologia David Healy; cf. Thuiller, 39-40; e também Healy, *Psychopharmacologists III*, 543-59.

¹³¹ Mossaoui, 67-84. A organização do evento aproximou Delay do célebre psiquiatra Henri Ey, de quem teria partido, de fato, a iniciativa da organização de um congresso internacional, porém, que a rígida hierarquia do cenário psiquiátrico acadêmico francês não lhe permitiu presidir, pelo que assumiu o cargo de secretário geral. A parceria, que não voltaria a se repetir e que, apesar de uma convivência pacífica, continha uma divergência que será explorada adiante, organizou, a partir de 1947, o que seria o primeiro congresso internacional de psiquiatria, levando, através da organização de uma comissão internacional de notáveis, à fundação da *World Psychiatric Association*. A mesma é hoje uma entidade de proporções colossais, que congrega e regulamenta as sociedades e associações de psiquiatria no mundo todo. Delay foi o seu primeiro presidente e Ey o primeiro secretário geral.

da república francesa, Vincent Auriol.¹³² Essa apresentação ao mundo, que iria projetá-lo significativamente pelos próximos 17 anos e lhe garantir prestígio – e poder – acadêmicos, representa um panorama interessante para que se possa esboçar, já de início, não somente o significado de Delay no cenário em que introduzirá a clorpromazina, mas também o significado da psiquiatria para Delay.

E que significado não se conferiria, naturalmente, a um jovem psiquiatra,¹³³ que, ocupando o posto de maior prestígio acadêmico em seu país, recebeu seus pares com refinamento diplomático,¹³⁴ apresentando uma conferência em que abundaram amostras de erudição intelectual e conhecimento científico? Repleto de simbologias e de referências nas entrelinhas, o discurso inaugural de Delay, dinâmico e abrangente, caminhava lado a lado com sua ilustre plateia, que se enaltecia de suas palavras, ao mesmo tempo em que ansiava pelo clímax de um final que, certamente, faria jus ao gênio do escritor que, em breve, seria imortalizado pela academia francesa.¹³⁵

¹³² Archives nationales (France), Papiers des chefs d'Etat, IVe République (1947-1959) : liste chronologique des déjeuners, dîners et réceptions. Disponível em:

https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/IR/Fran_IR_005243

¹³³ Delay tinha então 43 anos de idade.

¹³⁴ Algumas descrições dos modos observáveis fisicamente de Jean Delay, encontradas nas entrevistas concedidas a Driss Mossaoui para a elaboração de seu livro, podem ajudar a compor uma impressão a respeito de sua aparição no momento de seu discurso. Para M. Druon, da *Académie française*, “Delay era muito bonito, tinha uma aparência nobre e poder de sedução [...] todas as portas se abriam;” Jean Guilton, o filósofo do catolicismo, da *Académie française*: “Ele possuía um dom [...] tinha uma voz suave, mas havia força nessa suavidade. [conseguia] dizer o essencial em poucas palavras;” Jacques-Yves Cousteau, oceanógrafo e documentarista: “Ele considerava as palavras como projéteis [...] seu desejo era o de mostrar a virtude de usar as palavras certas;” Pedro Ruiz, titular do Departamento de Psiquiatria, *Miami University*: “Seu jeito de falar era extremamente cerimonioso [...] usava [coloquialmente] referências literárias e filosóficas. Era um cavalheiro, andava de uma maneira majestosa, com muita classe;” Juan José Lopez-Ibor, ex- presidente da *World Psychiatric Association*, resume: “Era um aristocrata”; cf. Mossaoui, 31.

¹³⁵ Por sua obra literária, Delay recebeu diversos prêmios, como o *Grand Prix de la Critique*. Eleito imortal da *Académie Française* em 1959, é considerado o criador de dois gêneros literários inovadores, a psicobiografia com *La jeunesse d'André Gide*, conforme a crítica de Dominique Fernandez e de Jacques Yves-Cousteau, e a sociobiografia, segundo Claude Lévi-Strauss, com *Avant mémoire*, em quatro volumes, aos quais dedicou quase duas décadas, depois de se retirar da vida acadêmica, em pesquisa histórica ativa, em cartórios e arquivos por toda a França, para traçar um perfil narrativo biográfico de sua família, pelo lado materno, que remontava ao século XVI. Sobre a psicobiografia, ver o “*Discours de réception de Jacques-Yves Cousteau*”, disponível em: <http://academie-francaise.fr/discours-de-reception-de-jacques-yves-cousteau>; sobre a sociobiografia, (Florence) Delay & Masson, “*Conséquences malheureuses*”, 197.

Delay fez uma apreciação da psiquiatria de seu tempo como um todo, descrevendo um campo fértil, cheio de possibilidades, que através do domínio do conhecimento e das técnicas, finalmente havia alcançado aquilo de que mais carecia ao longo de sua história: tratamentos eficazes. Consagrando o congresso a uma *era terapêutica* – notemos que ainda faltavam dois anos para que Delay tivesse seu *encontro* com a clorpromazina –¹³⁶ o psiquiatra voltou-se para o ano de 1900, quando num evento semelhante,¹³⁷ mas não da mesma grandeza para a psiquiatria, outro professor de Sainte-Anne, Valentin Magnan (1835-1916) dirigiu-se a uma plateia de psiquiatras em Paris para fazer o discurso inaugural:

“O congresso de 1900 foi dominado por preocupações com a assistência. Certamente é um problema sempre atual, mas a principal transformação, da qual os Senhores são os artífices, acontece em um outro plano. Quando lemos os anais, hoje cinquentenários, não podemos deixar de notar e de sentir o fatalismo [de então]. Sob a influência de doutrinas constitucionalistas, as doenças mentais eram definidas [... através de] dogmas de uma fixidez de espécies mórbidas, com uma evolução inelutável, que hoje encontram-se vigorosamente, e talvez *vitoriosamente*, abalados. Se a palavra cura, tão grave pelas esperanças que faz nascer, não deve ser pronunciada sem reservas, ela já não nos é interdita. É o tratamento dos doentes, o que hoje visa [...] a medicina mental, reunindo-se ao propósito de toda medicina. Os asilos se tornaram hospitais e, se o congresso de 1900 tinha como signo a Assistência, o de 1950 pode enfim ser reconhecido sob o signo da *Thérapeutique*.”¹³⁸

Vindos de todos os continentes e reunidos pela primeira vez em uma França em reconstrução, mas ainda marcada pelas mazelas da guerra, mais de 2.000 psiquiatras acompanharam Jean Delay em seu raciocínio sobre os *Aspects de la psychiatrie moderne*.¹³⁹ Um dos ‘*aspects*’ mencionados era uma certa linha de pesquisa, em torno de um certo

¹³⁶ Pierre Deniker comentou que, para Delay, a palavra ‘descoberta’, que remete ao acaso, não era apropriada, e que gostava de usar a palavra ‘*trouvaille*’, que traduzimos como ‘encontro,’ considerando a previsibilidade da existência de uma substância com as propriedades da clorpromazina; cf. Deniker, “Éloge”, 562.

¹³⁷ Por ocasião da Exposição Mundial, houve um congresso mundial de medicina, com sessões especiais sobre psiquiatria.

¹³⁸ Delay, *Psychiatrie moderne*, 50.

¹³⁹ *Ibid.*, 47-77.

“*carrefour somato-psychique*”, iniciada por Henri Claude (1869-1945) – seu predecessor e ascendência reconhecida – em busca de uma “*Psychiatrie qui guérit*”,¹⁴⁰ uma *psiquiatria que cura*, a quimera que finalmente se tornara realidade, “graças ao progresso da medicina”¹⁴¹.

A conclusão do discurso consistiu na contraposição dos formidáveis avanços da ciência à precária situação da sociedade daquele momento, fazendo referência às mazelas da guerra, das quais a faceta humana seria a mais aterradora – e que seu *vis-à-vis* com o líder nazista Rudolph Hess (1894-1987) em Nuremberg,¹⁴² certamente lhe fizera conhecer de perto. Por fim, falando de um tempo em que “a condição humana em si mesma” encontrava-se “cercada de perigos”, suas palavras finais, carregadas de simbologia, eram ainda assim uma declaração de confiança e de esperança em suas realizações e potencialidades:

“Foi em um período não menos complicado da História que Philippe Pinel realizou sua obra de humanidade. Aprendendo a reconhecer no alienado um doente, e nesse doente um homem que poderia retornar à comunidade, [Pinel] dá à luz a psiquiatria moderna, sob a dupla exigência de um pensamento racional e de um ato de caridade. Não seria essa, meus caros Colegas, a dupla corrente que desde sempre conduziu a barca dos homens de boa vontade, nave simbólica como aquela [do brasão] da velha cidade, na qual os Senhores embarcaram por alguns dias, e que carrega o lema de uma esperança flutuante e ainda assim indestrutível?”¹⁴³

Como vimos na seção 2.3, este discurso de Jean Delay conferiu legitimidade à associação mundial de psiquiatria, através de seu procedimento sintético. A esperança só poderia advir da ciência, do progresso, enfim, dos “aspectos da psiquiatria moderna” que, como também pudemos observar, ao longo deste capítulo, só teriam sentido na medida

¹⁴⁰ Ibid., 7. *Psychiatrie qui guérit* era o lema de Henri Claude, antecessor de Jean Delay na CMME.

¹⁴¹ Ibid., 50.

¹⁴² Sobre a atuação de Jean Delay no caso polêmico do diagnóstico de uma amnésia histórica no “mago do nacional-socialismo”, ver por exemplo os *Reports Presented to the Nuremberg Tribunal*, publicados em Rees, *Rudolf Hess*, 214-224; ver também Schmitt, 13-4; e ainda o próprio Delay, “L’amnésique,” 43-6.

¹⁴³ Delay, *Psychiatrie moderne*, 77. *Fluctuat nec mergitur* é a inscrição – legenda sob o símbolo de uma embarcação no brasão de armas de Paris.

em que existam tratamentos que coloquem a psiquiatria em posição equânime às outras ciências médicas.

Três dias depois, no mesmo anfiteatro, ocorreu uma das mais emblemáticas sessões plenárias do congresso. Tratava-se da primeira reunião dos introdutores das terapêuticas inovadoras às quais Delay fez referência em seu discurso. O encontro, que foi publicado nos anais do congresso em mais de cento e cinquenta páginas, teria sido adiado, pela guerra, em quase duas décadas – já que tratava de métodos desenvolvidos nos anos 30. A mesa foi dirigida pelo psiquiatra brasileiro Antonio Carlos Pacheco e Silva,¹⁴⁴ que, depois de agradecer ao comitê organizador a oportunidade de representar o Brasil naquela importante sessão, declarou a abertura dos trabalhos da seguinte maneira:

“A sessão de hoje, consagrada à terapêutica biológica, tratará das ‘Indicações Respectivas dos Métodos de Choque’. Pela primeira vez, temos aqui reunidas três autoridades célebres por suas descobertas: Manfred Sakel, Ladislau Meduna e Ugo Cerletti, à quem devemos a ‘insulinoterapia’, a ‘cardiazolterapia’ e a ‘eletrochoque-terapia’, métodos que revolucionaram a terapêutica psiquiátrica moderna. Esta sessão não poderia [mesmo] passar despercebida, e [a plateia lotada] comprova que [seu tema] é o maior símbolo do interesse capital que carrega este congresso. Eu gostaria de manifestar o pensamento de todos os meus colegas, saudando as três eminentes personalidades, aqui presentes, exprimindo nossa homenagem e o profundo reconhecimento, por tudo o que lhes devemos.”¹⁴⁵

Pacheco e Silva prosseguiu seu discurso apresentando o problema a ser tratado pelos célebres psiquiatras,¹⁴⁶ que se resumiria ao fato de que, naquele momento, apesar

¹⁴⁴ O paulista Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988) graduou-se em 1920 na Faculdade Nacional de Medicina, completou seus estudos na Faculdade de Medicina de Paris no Hospital La Salpêtrière, retornando em seguida ao Brasil para assumir, entre outros postos, a cadeira de Franco da Rocha no Hospital do Juqueri, a cadeira de Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre 1936 e 1967, bem como da Escola Paulista de Medicina, entre 1933 e 1960; cf. verbete do website do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea o Brasil - CPDOC.

<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/silva-antonio-carlos-pacheco-e>

¹⁴⁵ Pacheco e Silva, “Allocution”, 7.

¹⁴⁶ Voltaremos a esses autores no capítulo 3.

de não haver dúvidas a respeito da eficácia dos tratamentos de choque, seria ainda “muito difícil concluir a respeito de suas indicações precisas”, o que impossibilitaria o “estabelecimento de um código terapêutico rígido e absoluto”.¹⁴⁷ O paulista enumerou os alvos principais dos métodos de choque à disposição dos “psiquiatras modernos”, que considerou meios rápidos e eficazes para combater: estados agudos de excitação e de depressão; formas ansiosas graves; as tendências ao suicídio; os sintomas catatônicos.¹⁴⁸ Para o psiquiatra, era consensual que tratava-se de “tratamentos sintomáticos, e não etiológicos, porque não seria possível modificar, por seu emprego, a constituição e a personalidade do doente”¹⁴⁹.

A sessão plenária viu os debatedores tratarem dos possíveis mecanismos de ação desses tratamentos, de suas ideias iniciais e de como as modificaram com o tempo. Pacheco e Silva concluiu a sessão como “um momento memorável para a psiquiatria francesa”, ainda que “conclusões claras, precisas ou *definitivas* a respeito do emprego seletivo das terapêuticas de choque em psiquiatria”¹⁵⁰ não tivessem sido alcançadas. Dessa forma, o que se observou foi a *inespecificidade* desses tratamentos, potencialmente utilizáveis em situações clínicas bastante distintas, no âmbito da psiquiatria.

Como fica claro a partir do discurso de Pacheco e Silva, as terapêuticas às que Delay fez referência abundante em seu discurso na sessão inaugural do mesmo evento, eram os ‘métodos de choque’, que intitularam a referida sessão plenária, e que, portanto, correspondem à ‘era terapêutica’ finalmente comemorada pela psiquiatria em 1950. Com essa observação, cumpre ressaltar que a percepção de grande mudança no campo, em termos de uma “psiquiatria de cura”,¹⁵¹ já ocorria de forma bastante explícita, antes da introdução da clorpromazina. Para isso, talvez já não seja mal oferecermos uma primeira impressão para linhas iniciais da primeira publicação do grupo de Jean Delay, a respeito da clorpromazina, cujo contexto apresentaremos logo mais adiante. O artigo, publicado em junho de 1952, inicia-se com as seguintes palavras:

¹⁴⁷ Pacheco e Silva, 8.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Ibid., 9.

¹⁵⁰ Pacheco e Silva, “Allocution finale”, 152.

¹⁵¹ Termo que Jean Delay atribuiu a Henri Claude.

“O melhor conhecimento dos modos de ação das terapias de choque, que atuam particularmente pela estimulação, provocando crises, no sentido hipocrático do termo, e a integração desses saberes nos dados da patologia geral (trabalhos de Reilly, de Selye), levam à busca da existência de meios inversos, que visem o repouso ou a interrupção dos processos reacionais, que em certos casos podem constituir o substrato da doença, ou mesmo a doença como um todo.”¹⁵²

Considerando que precisamos contar dez palavras, para que a décima primeira já seja a palavra *choque*, nos parece que o parágrafo acima justifica, como o próprio texto diz, considerarmos o melhor conhecimento das terapias de choque, antes de avançarmos. Nesse sentido, nas seções seguintes procuraremos entrever as relações entre a era terapêutica dos métodos de choque e a que inaugurou a clorpromazina. Para isso, já tendo observado que no congresso de 1950 “só ao que se chegou” foi à conclusão de inespecificidade, precisamos, inicialmente, entender melhor essa questão da especificidade e da inespecificidade em terapêutica, uma vez que tal discussão poderá contribuir para a compreensão a respeito da validação de um método de tratamento através da percepção de cientificidade do mesmo.

2.7 Específico ou Inespecífico – Os Tratamentos de Choque

O conhecimento clínico ancestral da *possibilidade de reversão* de algumas doenças mentais frente a modificações abruptas do equilíbrio corpóreo – situações de choque – como febre, convulsões, hemorragias, perdas súbitas de consciência e mesmo emoções intensas foi, essencialmente, o que fundamentou essa modalidade terapêutica.¹⁵³

A partir início do século XX começaram a surgir na Europa variedades consideráveis de experimentações clínicas, em busca de tratamentos para as doenças mentais, cujo objetivo era reproduzir esses eventos traumáticos, ou choques, de maneira controlável e

¹⁵² Delay, Deniker & Harl, “Utilisation”, 112.

¹⁵³ Delay, *L'électro-choc*, 1.

sistemática, bem como de explicá-los, a partir de teorizações científicas distintas. A despeito dessas últimas, que com o tempo, chegaram a promover uma certa percepção de especificidade, na medida em que seu efeito, como objeto, foi sendo moldado pela experimentação clínica, a principal característica, que define tais métodos terapêuticos, como já adiantamos, é a sua incontornável inespecificidade.¹⁵⁴

No entanto, como pudemos observar, a partir da inespecificidade de um tratamento, costuma surgir uma percepção de insuficiência, da parte dos próprios médicos, quanto aos conhecimentos que levaram a ele. Nesse sentido, a pergunta seria: já que os tratamentos são panaceias, então o que justificaria a psiquiatria como ciência? O historiador da psiquiatria Jean-Noel Missa, por exemplo, entende que a psiquiatria não possa ser considerada um empreendimento científico, justamente por conta da inespecificidade, vista por ele por um outro lado: o lado da ausência de uma teoria estabelecida de doença que possa justificar a terapêutica, e que lhe anteceda, obrigatoriamente. Em outras palavras, para Missa, a medicina só pode ser científica se puder desenvolver uma terapêutica a partir do conhecimento prévio da doença e de seus mecanismos.¹⁵⁵

A impressão de inespecificidade, e do acaso das descobertas, no entanto, é obra dos próprios teóricos, os autores, que desenvolvem seus métodos terapêuticos. Assim temos, por exemplo, em 1917, o trabalho em que Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) introduziu a malarioterapia, pela qual seria laureado com o prêmio Nobel em 1927. O tratamento, amplamente utilizado em psiquiatria a partir de então, tinha sua indicação precisa nos casos diagnosticados como paralisia geral da sífilis, ou paralisia geral progressiva, as manifestações mentais da infecção sífilítica e que seriam, à época, uma das formas mais prevalentes de doença mental.¹⁵⁶ Sabe-se que a malarioterapia foi introduzida como um tratamento inespecífico, porém com uma indicação específica, tanto é que o médico vienense, em seu discurso do prêmio Nobel de 1927, recomendou que se fizesse uma

¹⁵⁴ A inespecificidade, ainda hoje, é a característica fundamental do único remanescente, reconhecido como tal, dos tratamentos de choque na terapêutica das doenças mentais: a eletroconvulsoterapia (ECT). Embora a expressão 'tratamento inespecífico' não se encontre com facilidade nos manuais psiquiátricos contemporâneos, e muito menos a palavra 'choque', a quantidade de diagnósticos para os quais esse tratamento é indicado, nos mesmos manuais, é bastante significativa (depressão, mania, esquizofrenia entre outros).

¹⁵⁵ Missa, *Naissance*, 23.

¹⁵⁶ Healy, *Creation of Psychopharmacology*, 10.

associação: uma terapêutica inespecífica e uma específica, o que favoreceria a cura mais do que os tratamentos isolados.¹⁵⁷

Outro exemplo é o de László Meduna (1896-1964), o introdutor moderno da convulsoterapia. Quando o primeiro tratamento foi realizado, a impressão de que havia um *antagonismo biológico* entre esquizofrenia e epilepsia era bastante consistente, com base em estudos epidemiológicos, que afirmavam que a presença de uma condição era um fator de proteção do desenvolvimento da outra, e em evidências neuropatológicas, que mostravam que as fibras nervosas de pacientes com diagnóstico de epilepsia eram mais espessas do que as daqueles diagnosticados com esquizofrenia.¹⁵⁸ A ideia de Meduna era a de que provocar convulsões artificialmente em pacientes esquizofrênicos poderia hipertrofiar os seus nervos, com finalidades terapêuticas. Estudos subsequentes, no entanto, demonstraram que os dados em que Meduna havia baseado sua hipótese não tinham significância estatística.

No entanto, já em 1943, Meduna propôs outra teoria, sem modificar o método: o choque agiria no sistema endócrino, com o objetivo de restabelecer a harmonia mental na psicose.¹⁵⁹ Digno de nota, Meduna entendia que a convulsão tinha início na medula oblonga,¹⁶⁰ e valorizaria os efeitos motores da crise convulsiva. Essa discussão sobre a necessidade, ou não, das manifestações neuromusculares, tônicas e clônicas das crises convulsivas, para obter o efeito desejado, foi objeto de discussões significativas¹⁶¹ entre Jean Delay e Paul-Delmas Marsalet (1898-1977), os experts franceses do método em meados do século XX, e ainda hoje se discute o efeito superior provocado pelas crises generalizadas, convulsivas, entre as modalidades de tratamentos eletroconvulsivos contemporâneos.¹⁶²

¹⁵⁷ Wagner-Jauregg, "Award Speech".

¹⁵⁸ E confirmavam uma impressão clínica generalizada de que as duas condições não eram compatíveis também em um mesmo paciente que, ao manifestar os sintomas de esquizofrenia e, eventualmente viesse a apresentar uma crise convulsiva, invariavelmente apresentava melhora da primeira; cf. Berrios, "Scientific Origins", 106-7.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ Medula oblonga, ou bulbo raquidiano na nomenclatura contemporânea.

¹⁶¹ Delay, "Chocs et reaction", 101-2.

¹⁶² Fink, "ECT at 70", 13.

A esse respeito, as apreciações de Lothar Kalinowsky (1899-1992) são bastante ilustrativas. Nascido em Berlim, onde teve sua formação médica, Kalinowsky passou uma temporada em Viena, aprendendo com Wagner-Jauregg a tratar a demência parálitica com a malarioterapia, retornando então para a cidade natal, estabelecendo-se como psiquiatra no hospital *Charité*. Destituído de suas funções pela Lei [nazista] de Restauração do Serviço Civil Profissional, de 1933, transferiu-se então para a Universidade de Roma, onde integrou a equipe de Ugo Cerletti (1877-1963) e participou dos estudos que levaram à introdução da eletroconvulsoterapia, em 1938. Com o avanço do antissemitismo, Kalinowsky deixou a Itália em 1939 e, antes de finalmente imigrar para a América, passou pela Suíça, Holanda, Inglaterra e França, carregando consigo um exemplar do aparelho indutor de eletrochoques desenvolvido pelos italianos, divulgando o método nos hospitais locais.¹⁶³

Foi assim que apresentou o método em Sainte-Anne, na presença de Henri Claude (1869-1945), em 1940. No ano seguinte estabeleceu-se em Nova Iorque, onde também teria introduzido o método, não tivesse sua bagagem chegado com dez anos de atraso. Em terras americanas, Kalinowsky dedicou-se à psiquiatria voltada para as terapêuticas biológicas, ocupando o posto de professor associado de neuropsiquiatria no *New York Medical College*, além de atuar no Instituto Psiquiátrico de Nova York, da Universidade Columbia, ainda hoje um dos centros de referência das terapêuticas biológicas em psiquiatria, e ter sido um membro ativo dos comitês das associações psiquiátricas, americana e mundial, destinados à valorização dessas terapêuticas.

O psiquiatra editou por mais de três décadas consecutivas o tratado médico que se tornou uma das principais referências na área, amplamente utilizado em diversos países, e o que, gostaríamos de ressaltar, seria justamente a sua posição a respeito desses métodos e práticas.

Na primeira edição, de 1946, de *Shock Treatments and Other Somatic Procedures in Psychiatry*, o autor encerrou com a seguinte frase: “No presente momento, a única coisa que se pode afirmar, é que tratamos doenças cuja etiologia é desconhecida, aplicando métodos cuja ação não é menos envolvida em mistérios”¹⁶⁴. Na última edição do tratado,

¹⁶³ Rzesnitzek, “Berlin Psychiatrist”, 433-451.

¹⁶⁴ Kalinowsky & Hoch, *Shock Treatments*, 271.

de 1969, tanto quanto em publicações posteriores, o autor concluiu com a mesma frase. No entanto, em 1979, Kalinowsky ministrou uma conferência intitulada “*The Discoveries of Somatic Treatments in Psychiatry: Facts and Myths*”, em que apresentou – em espírito revisionista, mas visando esclarecer qualquer mal-entendido a respeito de sua posição – as ideias e observações que teriam levado à introdução dos mais variados tratamentos somáticos em psiquiatria, desde a malarioterapia até a clorpromazina e os psicofármacos que a sucederam.¹⁶⁵

Nas palavras finais de seu discurso, o autor rejeitou o valor do termo ‘*serendipity*’ – descoberta ao acaso – que percebia como impreciso, bem como a ideia de ‘não-cientificidade’, que considerava um equívoco decorrente da percepção, historicamente injustificável, de que as inovações, para serem consideradas científicas, deveriam decorrer de pesquisas no nível das ciências básicas. Para o psiquiatra, o erro estaria em não se atentar para o fato de que toda a terapêutica utilizada em psiquiatria, até então, possuía um único e completamente distinto denominador comum: sua decorrência do trabalho árduo e meticuloso de pesquisa realizado pelos clínicos.¹⁶⁶

Propondo que não somente a arguta observação desses médicos, mas também sua coragem de aplicar suas conclusões ao tratamento de pacientes psiquiátricos, Kalinowsky concluiu esclarecendo, ou talvez corrigindo, o sentido de sua célebre assertiva: “Nós *ainda* estamos tratando empiricamente doenças que não entendemos, com tratamentos cujos modos de ação continuamos desconhecendo”¹⁶⁷. Se em 1946 essa frase poderia ter um tom de convocação à pesquisa básica, em 1980, quando a íntegra da conferência foi publicada em um importante periódico científico, ela já não poderia ser lida da mesma forma. A essa altura, toda uma linha de pesquisa estava estabelecida, e já se anunciava, com significativa segurança, por exemplo, a relação entre o déficit de dopamina e a esquizofrenia.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Kalinowsky, “Facts Myths”.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Ibid. Grifo nosso.

¹⁶⁸ Ibid.

De forma que o tom, recalculado, seria mesmo o de uma crítica, o apontamento de uma incoerência entre os resultados das pesquisas, já naquele momento totalmente voltadas para as ciências básicas, e sua aplicabilidade à terapêutica. Poderes extraordinários da manutenção de uma pequena palavra em um contexto histórico diferente. Foi nesse momento mesmo que se considerou, de perspectivas historiográficas distintas, como por exemplo a de Lantéri-Laura, uma guinada das pesquisas rumo ao que o mesmo autor definiu como um 'discurso definitivo', de naturalização da doença mental a um suposto substrato cerebral, mas que, entretanto, já pode ser identificada no discurso de Pacheco e Silva no congresso mundial de 1950, ao lamentar a inexistência, até o momento, de indicações definitivas e incontestáveis para os tratamentos de choque que, no entanto, deveriam ser, ainda assim, comemorados como um grande avanço da psiquiatria.

A advertência, ou o alerta, de Kalinowsky, de que a ausência de cientificidade, considerada como decorrência de *serendipity*, de descoberta ao acaso, ou na suposta ausência de pressupostos teóricos, para os tratamentos em questão, significaria, nesse caso, a revelação, pelo autor, de uma imprecisão originária. O discurso de Kalinowsky, em que pesem as sempre possíveis adaptações, vieses e tendências desse tipo de relato, sobretudo quando há nele uma finalidade explícita, ainda assim permite que possamos apreciar uma perspectiva da continuidade entre o momento em que Jean Delay se referiu como o início de uma 'era terapêutica' da psiquiatria, em seu discurso de 1950 na abertura do congresso mundial em Paris, e o que poderíamos assinalar como uma 'era científica' da especialidade médica, que se iniciava bastante já com o início dos anos 1970, e que nos anos 1980 se estabeleceu fortemente no campo. Decorrente da identificação de um possível substrato cerebral das doenças mentais, a partir dos avanços da terapêutica inaugurados pela clorpromazina, essa era científica marcava as descobertas das ciências básicas cerebrais, que logo se denominariam neurociências, em psiquiatria. Como veremos adiante, a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia é o elemento que dá corpo a essa proposta.

Em suma, certamente sem termos tratado essa questão da identificação do científico com o específico em psiquiatria de forma exaustiva, ainda assim parece que não ficaria

difícil entrevermos que se a busca por especificidade, na história da psiquiatria, está ligada à idealização de um objeto cerebral, por definição inalcançável, tal qual pudemos perceber com Berrios, o ‘objeto cerebral ideal’, e se nos lembrarmos que definimos, também com esse autor, um objeto por sua vez possível, a doença mental como ‘objeto híbrido’, para o qual a inespecificidade terapêutica parece ser um caminho bastante mais realista, no sentido mesmo do que seria, de fato, possível, se entendermos que o inespecífico, em um determinado nível de abordagem do conhecimento, pode ganhar explicações mais satisfatórias em níveis mais complexos, que incluem por isso mesmo mais, e não menos, elementos, se vistos, por exemplo, a partir de uma perspectiva sintética, ou holística. Então, a questão mais simples a se fazer, nesse caso, seria a seguinte: até que ponto o binômio cientificidade – especificidade teria sido uma questão para Jean Delay, introdutor da clorpromazina, alguém a quem tudo, ou quase tudo, como vimos, era passível de uma síntese? Afinal, que tipo de discurso colocou a clorpromazina no mundo?

CAPÍTULO 3

CLORPROMAZINA E A TEORIA DE SEU TEMPO

Este capítulo tem por objetivo descrever o processo, na acepção dinâmica do termo, de construção, a partir da análise de documentos históricos, de um mapa de elementos que, assim organizados, revelam uma rede de relações conceituais. Essa rede possibilita a identificação, através da terapêutica pela clorpromazina, instituída em 1952, de uma intersecção entre o arcabouço teórico-conceitual da psiquiatria francesa de meados do século XX e as teorias científicas pertinentes a outros ramos da medicina do mesmo período.

Adicionalmente, pelo fato dessa perspectiva, mormente pelas conclusões que suscita, ir de encontro ao que a análise historiográfica revela ser a tônica dos estudos realizados sobre o mesmo tema, bastaria que obtássemos a apresentação de uma justificativa plausível para que a tornássemos inútil, ao menos por inverossimilhança. É nesse sentido que consideramos que foi necessário acrescentar ao trabalho, sob uma ótica metodológica, a tentativa de uma abordagem dessa tensão flagrante, neste capítulo e em nossas conclusões.

A formação da rede conceitual, como processo, pode ser entendida como um movimento de significações em camadas, regido pela exigência de coerência interna. O movimento, como ato de conhecimento, inicia-se pelo elemento externo, o observador que engendra, através de um elemento central, uma relação entre corpos de saber distintos – os elementos intermediários.

Registrando a semântica particular pela qual as instâncias intermediárias acomodam e definem as propriedades do elemento central, o observador é capaz de estabelecer entre elas, a partir da pesquisa ativa de suas origens, um espectro relacional de significações, que passa então a comportar desde analogias sutis até identificações completas. Conforme esse

espectro se consolida, faz-se possível entrever, nos elementos intermediários, conceitos anteriormente insuspeitos, que por sua vez serão incluídos nessas relações, reforçando-as.

O resultado é que o ponto de intersecção, elemento central inicialmente puntiforme, assume uma tendência expansiva de maneira a poder cotejar conceitos adicionais. No entanto, se o que alimenta essa expansão é a convergência entre os conceitos, e estando ela submetida a um imperativo de coerência interna, da qual o observador é tributário, o que se observa, por fim, é o estabelecimento de uma rede de relações conceituais cuja expansão, ao invés de torná-la mais frágil e etérea, garante a coerência entre os elementos, ancorando-os nos limites que encontra na materialidade dos documentos históricos. São esses limites mesmos o que a cartografia que pretendemos descrever, a partir do próximo parágrafo, procura representar.

Considerando o processo exposto acima, o procedimento cartográfico inicial seria a confecção de uma legenda que fosse capaz de esclarecer seus signos. Para tal, delimitamos três elementos iniciais nesse mapa. O primeiro, as propriedades terapêuticas da clorpromazina à época de sua introdução. O segundo, um dos ramos da medicina cujo objeto de estudo acomodou naturalmente essas propriedades; e o terceiro, o outro ramo da medicina que as acolheu, e que inclusive já nomeamos anteriormente: o arcabouço teórico-conceitual da psiquiatria francesa de meados do século XX.

Primeiro elemento da legenda e marco zero do nosso mapa, a clorpromazina, considerada por suas propriedades terapêuticas é, portanto, um medicamento. Já não se trata de uma molécula de síntese, nem de um princípio ativo a ser tratado pelos métodos farmacológicos que determinariam suas características essenciais. Como medicamento, a clorpromazina encontra-se entre os anti-histamínicos, em cujo contexto de pesquisa foi sintetizada em 1950. É assim que a clorpromazina foi colocada no centro do nosso mapa.

O segundo elemento parte das observações dos efeitos da clorpromazina como agente bloqueador do sistema nervoso vegetativo, com aplicações nos campos da cirurgia experimental e da anestesiologia. O fio condutor do qual nos servimos para examiná-la é a obra do cirurgião Henri Laborit (1914-1995).

O terceiro elemento, como já adiantamos, corresponde ao que atribuímos, a princípio, a qualidade de arcabouço teórico-conceitual predominante na psiquiatria francesa de meados do século XX. Ele segue o caminho dos trabalhos que conceberam a clorpromazina como recurso terapêutico comensurável com os demais procedimentos teóricos à disposição do psiquiatra para o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais naquela época. É a obra do psiquiatra Jean Delay a fonte documental da qual partimos para abordá-lo. Determinados os elementos, cumpre a partir de agora relacioná-los.

3.1 Síntese da Clorpromazina (4560 RP)

O esquema que segue foi elaborado a partir do trabalho de Judith Swazey, *Chlorpromazine in Psychiatry*, de 1974, possivelmente a monografia mais completa a respeito do tema, comissionada pelo *Committee on Brain Sciences*, do NIMH. Segundo a estudiosa, a clorpromazina se originou da fenotiazina, um composto orgânico sintetizado em 1883 pelo químico alemão, de Heidelberg, August Heinrich Bernthsen (1855–1911), quando estava conduzindo análises químicas de dois corantes que haviam sido sintetizados em 1876, o violeta de Lauth e o azul de metileno. O processo se deu, portanto, no contexto da indústria de corantes, intimamente relacionada, e grande impulsionadora, do desenvolvimento da pesquisa básica em química orgânica sintética, na segunda metade do século XIX, especialmente na Alemanha, onde a indústria teria investido mais em pesquisa do que na Inglaterra, nesse período.¹⁶⁹

Foi nesse cenário que o químico e industrial Heinrich Caro (1834-1910), na direção da BASF – *Badische Anilin- und Soda- Fabrik* –, depois do sucesso da síntese e comercialização da alizarina sintética, em 1869, passou a investir no estudo de diversos compostos, entre eles as aminas aromáticas. Trabalhando com essas substâncias, em 1876, Charles Lauth (1836-19130) obteve um novo corante purpúreo, o violeta de Lauth.¹⁷⁰ No mesmo ano, Heinrich Caro usou a reação de Lauth (oxidação com cloreto férrico) na *p*-aminodimetilanilina e obteve um novo corante azul, o azul de metileno. Caro contratou

¹⁶⁹ Swazey, *Chlorpromazine*, 23-30.

¹⁷⁰ *Ibid.*

August Bernthsen, em seguida, para investigar a estrutura do violeta de Lauth e do azul de metileno, já que esses rapidamente se haviam convertido em produtos bastante rentáveis.¹⁷¹

Em 1883, Bernthsen publicou dois artigos sobre seus estudos de prova de estrutura do azul de metileno. O segundo artigo, “*Ueber das Thiodiphenylamin*”, anunciava a identificação e a subsequente preparação de um núcleo básico no azul de metileno, a tiodifenilamina, ou fenotiazina.¹⁷² A sequência de eventos pode ser organizada da seguinte maneira:¹⁷³

a. O estudo da relação entre anafilaxia e histamina, o isolamento da histamina, cuja figura fundamental foi Sir Henry Dale (1875-1968);

b. O estudo de agentes bloqueadores adrenérgicos e de drogas atropínicas para o tratamento de reações alérgicas e anafiláticas, envolvendo a colaboração de Daniel Bovet (1907-1992) e Ernest Fourneau (1872-1949);

c. A pesquisa e o desenvolvimento de anti-histamínicos sintéticos, por Bovet, Fourneau e Anne Marie Staub (1914-2012) – Instituto Pasteur; Bernard Halpern (1904-1978) – Laboratórios Rhône-Poulenc; a) 1942 - fenbenzamina - Antergan®; b) 1944 - pirilamina – Neoantergan®; c) 1945 - difenidramina - Benadryl®; d) 1945 - tripelenamina – Pyribenzamina®; o efeito comum, e inesperado, dos anti-histamínicos é sonolência em doses usuais em humanos e excitação em doses mais altas em cobaias;

d. A descoberta de que as bases fenotiazínicas possuem propriedades inseticidas e anti-helmínticas, o que sugere que teriam propriedades anti-histamínicas;

e. A síntese de amins fenotiazínicas: a) 1946 – 3015 RP fenetazina – Halpern e Bovet; b) 1947 – 3277RP – prometazina – Phenergan® - Halpern, Paul Charpentier (s.d.); c) 1946 – 2987RP - dietazina – J. Sigwald (s.d.), Bovet e G. Dumont (s.d.) descoberta de seu efeito antiparkinsoniano. d) 1950 – 4560RP – clorpromazina – Largactil® - Paul Charpentier.

¹⁷¹ Ibid., 31-2.

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Ibid., 71; 35-60.

Assim, temos que a descoberta e o estudo das propriedades anti-histamínicas e anti-helmínticas das aminas fenotiazínicas, dentre as quais a prometazina, a partir da qual Paul Charpentier sintetizou, nos laboratórios Rhône-Poulenc, na França, adicionando um radical cloreto (processo de cloração), a molécula 4560 RP – clorpromazina – que em seguida seria aplicada em procedimentos anestésicos e psiquiátricos, por sua marcada atividade sobre o sistema nervoso central.

3.2 Introdução da Clorpromazina na Terapêutica Psiquiátrica: Primeiros Movimentos

A clorpromazina foi sintetizada na França, inicialmente como um anti-histamínico, e foi utilizada pela primeira vez em terapêutica médica como parte de um ‘coquetel anestésico’,¹⁷⁴ em 1951, pelo cirurgião Henri Laborit.¹⁷⁵ O mesmo notou que o fármaco provocava uma reação diferente dos demais tranquilizantes conhecidos até então: uma “sedação peculiar”, uma reação de “indiferença” ou “ataraxia”, com a qual os pacientes não chegavam a ficar sedados, mas tinham um certo grau de desinteresse pelo ambiente, e mesmo pelos procedimentos cirúrgicos aos quais seriam submetidos.¹⁷⁶

Laborit concluiu, por essa sedação peculiar, que o medicamento poderia ser utilizado em psiquiatria.¹⁷⁷ Foi a equipe de psiquiatras do Hospital Militar Val-de-Grâce, em Paris, onde Laborit atuava, que utilizou pela primeira vez, por sua insistência,¹⁷⁸ a clorpromazina em psiquiatria. Os psiquiatras aplicaram-na em combinação com sedativos barbitúricos para tratamento de um paciente em estado de excitação maníaca. Essa experiência foi publicada, em março de 1952,¹⁷⁹ em uma das revistas psiquiátricas francesas. Da maneira como a clorpromazina foi utilizada por essa primeira equipe psiquiátrica, não havia qualquer novidade com relação a outros compostos já em uso à época, como por exemplo a

¹⁷⁴ Combinação de várias substâncias com ação no sistema nervoso central, visando utilização de doses menores de cada uma delas, potencialmente menos tóxicas.

¹⁷⁵ Esse contexto foi abordado no capítulo 2.

¹⁷⁶ Healy, *Creation of Psychopharmacology*, 80-1.

¹⁷⁷ Laborit, Huguenard & Alluaume, “Un nouveau stabilisateur”, 208.

¹⁷⁸ Healy, *Creation of Psychopharmacology*. 82.

¹⁷⁹ Hamon, Paraire & Velluz, “L’action du 4560 RP”, 331-5.

prometazina,¹⁸⁰ que vimos ter precedido, na mesma linha de síntese, a clorpromazina. A prometazina possuía efeito anti-histamínico e sedativo mais pronunciado, mas não a tal ‘sedação peculiar’, e já estava no mercado desde 1948.

De forma que o efeito que esse primeiro grupo observou com o uso da clorpromazina não era novidade, e não era mais do que uma sedação como as demais, provavelmente porque havia sido utilizada em doses baixas, por alguns dias apenas, e em associação com outros sedativos, o que era corrente, e também com eletrochoques, o que não permitiria aos pesquisadores concluir ou isolar algum efeito específico da clorpromazina nessas condições. E realmente foi o que aconteceu. Essa primeira utilização da clorpromazina, foi bastante diferente da realizada por Delay e Deniker no Hospital Sainte-Anne.¹⁸¹

Há diversas versões, todas elas efêmeras, sobre como a notícia dessa ‘sedação’ teria chegado a Delay e Deniker. A mais aceita é a de Judith Swazey, que entrevistou Pierre Deniker para compor a monografia à qual fizemos referência na seção anterior. Segundo a mesma, Deniker teria sabido da clorpromazina por intermédio de um cunhado cirurgião, que por sua vez tivera notícia de que Laborit vinha utilizando um novo tranquilizante, a clorpromazina. Deniker teria ficado interessado e, com a aprovação de Delay, teria solicitado amostras aos laboratórios Rhône-Poulenc para começar a utilizá-la na enfermaria masculina que ficava sob sua responsabilidade, no setor da CMME do Hospital Sainte-Anne.¹⁸² Foi a partir daí que a terapêutica pela clorpromazina pode ser considerada como algo diferente, ao que tudo indica.

¹⁸⁰ E que inclusive já havia sido testada em psiquiatria de forma ampla, por Paul Guiraud, a partir de 1949, no próprio Hospital Sainte-Anne; cf. Guiraud & David, “Traitement d’agitation”, 599-602.

¹⁸¹ Pierre Deniker (1917-1998), psiquiatra francês, foi um dos ‘chefs de service’ de Jean Delay na CMME, no hospital Sainte-Anne, e o responsável mais direto pelas pesquisas com a clorpromazina, respondendo diretamente a Jean Delay e elaborando os movimentos dos estudos sob sua orientação. Deniker e Delay trabalharam lado a lado durante a maior parte da vida profissional de ambos, até a aposentadoria de Delay, em 1971.

¹⁸² Swazey, 127.

3.3 Excurso: Clorpromazina – Um Capítulo das ‘Revoluções Terapêuticas’?

Nesta seção procuramos seguir a linha de raciocínio de Nicolas Henckes, sobretudo porque o autor escreve seu capítulo em um volume dedicado a ‘revoluções’, *Therapeutic Revolutions*, que a princípio nos interessam, na medida em que dificilmente encontraremos um termo mais recorrente a respeito da clorpromazina, na obra de historiadores e cientistas, que não faça referência à revolução psicofarmacológica. Vamos acompanhar brevemente a narrativa deste historiador sobre a clorpromazina.

Henckes relata que a partir do momento em que travaram contato com remédio, na segunda metade de 1952, Jean Delay e Pierre Deniker começaram a publicar seus estudos numa série de periódicos franceses. A ‘sedação peculiar’ começou a ser melhor compreendida: diferentemente de outros sedativos utilizados em hospitais psiquiátricos, a razão pela qual a clorpromazina era dotada de uma ação extraordinária era o fato de ter efeito sobre delírios, alucinações, confusão mental, sem que, no entanto, induzisse narcose. Além do mais, tinha um espectro de ação imprevisivelmente amplo, da esquizofrenia a delírios crônicos e a mania.¹⁸³

O autor continua narrando que, em poucos meses, a clorpromazina já estava à disposição dos psiquiatras em outros países e, nesse curto período de tempo, iniciou-se uma espécie de corrida em busca de novos compostos com propriedades semelhantes, na expectativa de se aumentar o arsenal terapêutico farmacológico contra a doença mental. Foi então que surgiu a reserpina, segunda droga com efeitos similares, em 1954, e que levou Jean Delay a criar uma nomenclatura para essa classe de remédios, passando a chamá-los de *neurolépticos*.¹⁸⁴

¹⁸³ Henckes, “Magic Bullets”, 65-96.

¹⁸⁴ Os neurolépticos seriam, para Delay, os medicamentos que têm ação predominante na diminuição das funções psicomotoras do sistema nervoso, tomando-o como um todo e reduzindo seu funcionamento, diminuindo, adicionalmente, as manifestações psicóticas das doenças mentais. Cf. Delay & Deniker, *Méthodes chimiothérapeutiques*, 14. Apesar de termos decidido acompanhar, na presente seção, como Henckes tratou da questão dos neurolépticos em conjunto, esclarecemos que o objeto do presente estudo é a clorpromazina antes de ter sido classificada como neuroléptica por Delay, antes mesmo desse termo ter sido criado por ele. Esta ressalva se fez necessária porque os efeitos da neuroleptia, que começaram a ficar claros para Delay e Deniker a partir de 1954-1955, com os estudos a partir da reserpina, inauguraram uma série de desenvolvimentos conceituais tão importantes como consideravelmente distintos daqueles que tratamos através deste recorte. Tais desenvolvimentos não somente mereceriam um estudo à parte, porque são

Já em 1955, continuando com Henckes, Delay e Deniker organizaram, em Paris, a primeira grande conferência sobre os neurolépticos, com participação de representantes de 22 países, mostrando o quanto de entusiasmo havia no entorno da descoberta. O autor descreve, então, como surgiu a hipótese de que os neurolépticos agiam em um nível molecular, através de um mecanismo cerebral subjacente a uma doença específica, qual seja, a esquizofrenia. Essa modificação, segundo Henckes, teve início a partir de um estudo realizado nos Estados Unidos, que teria sido ‘um ponto de inflexão’ para a substituição dos conceitos iniciais. Trata-se de um estudo multicêntrico, conduzido pelo NIMH, órgão do governo americano para as políticas relacionadas à saúde mental, de que já falamos por ocasião dos RDoC. Esse estudo, realizado no início dos anos 1960, teria utilizado, pela primeira vez, uma bateria estandardizada de escalas diagnósticas para investigar a eficácia de três neurolépticos. Os resultados, segundo Henckes, tiveram um “impacto dramático”¹⁸⁵, do qual o autor sinaliza uma certa desconfiança, baseando-se na perspectiva da narrativa da estudiosa Joanna Moncrieff, que forneceu material à sua análise histórica.¹⁸⁶ Esse impacto se revelou, surpreendentemente, conforme o referido estudo, pela ação específica dos neurolépticos – clorpromazina e reserpina – sobre os sintomas do ‘core esquizofrênico’, que levou os investigadores a concluírem: “Quase todos os sintomas e manifestações características das psicoses esquizofrênicas melhoraram com o tratamento medicamentoso, sugerindo que as fenotiazinas deveriam ser consideradas um tratamento *antiesquizofrênico* em sentido amplo”¹⁸⁷.

Foi no mesmo período, conforme veremos na seção seguinte, que ocorreu a descoberta da ação dos neurolépticos sobre a transmissão sináptica de dopamina. Sempre de acordo com Henckes, já em meados dos anos 1960 surgiu a ideia de especificidade relacionada à dopamina, e o termo antipsicótico foi cunhado para substituir o termo neuroléptico,¹⁸⁸ por ser mais preciso. Nas duas décadas seguintes, como consequência, a

consideravelmente extensos, quanto ofuscariam, por sua magnitude, a percepção da independência dos conceitos iniciais, pelos quais a clorpromazina adentrou a psiquiatria, e que discutimos aqui. Temos a pretensão de realizar esse estudo sobre a neurolepsia na sequência.

¹⁸⁵ Henckes, 71.

¹⁸⁶ Ver adiante nesta mesma seção.

¹⁸⁷ Henckes, 71.

¹⁸⁸ *Ibid.*, 72.

hipótese dopaminérgica se transformou no principal modelo para explicar a causa da esquizofrenia.¹⁸⁹

Buscando uma revolução na história da clorpromazina, Henckes conclui que seria mais preciso dizer que, quanto a isso, os seus achados permitem que se fale na existência de uma controvérsia. Em uma primeira leitura de seu trabalho, esperaríamos, considerando as análises que o autor elabora, um posicionamento até mais resistente quanto a existência de uma ‘revolução’ de fato, uma vez que ele procura desmontar, a cada etapa, as transformações que compõem as narrativas usuais de ‘revolução’, sobretudo porque desmistifica a questão da ‘descoberta da causa da esquizofrenia,’ informado por Moncrieff de que a ideia de antipsicótico como tratamento específico não procede.¹⁹⁰ No entanto, o autor parece não ter conseguido chegar à conclusão imaginada, não podendo afirmar não ter havido revolução alguma, por tratar-se de uma farsa engendrada pelo mercado farmacêutico – que é o que sustentam os autores em que Henckes baseou sua apreciação médica, mormente Joanna Moncrieff.

O que ocorre é que quando avalia os termos do impacto dos neurolépticos, do ponto de vista social, Henckes tem que concluir que esses são inegáveis. Dessa maneira, entende-se que o autor conclui que houve uma revolução observável, apesar de sua retórica ser ilegítima. Como se estivesse observando o que é inegável: o efeito dessas substâncias. Não será mesmo essa uma característica plausível das revoluções? Por fim, a tese de uma ‘revolução neuroléptica’ só é controvertida porque não se confirmou a realização do sonho de se encontrar ‘a cura para a causa’ de um dos distúrbios mentais mais graves, a esquizofrenia. Isso porque, conclui o autor, há outros sinais revolucionários que não podem ser negligenciados, como decorrências do advento da clorpromazina: (1) O significado geral do que veio a se considerar saúde mental na sociedade durante e após a Guerra Fria, e que passou a ter nos parâmetros psiquiátricos um dos fatores diferenciadores mais importantes; (2) Apesar das muitas críticas, a ‘revolução neuroléptica’ continua viva, e bem, na psiquiatria contemporânea; (3) A expressão ‘saúde mental’ foi amplamente moldada pelo resultado do

¹⁸⁹ Ibid..

¹⁹⁰ A psiquiatra inglesa Joanna Moncrieff produziu uma série de artigos e livros desmistificando essa questão, com argumentos contra o fato de os ‘antipsicóticos’ serem qualquer coisa menos ‘*magic bullets*’ contra as doenças mentais. Nesse sentido, vale notar que o próprio título do trabalho de Henckes demonstra adesão às propostas de Moncrieff. Para uma revisão, ver Moncrieff, “*Magic Bullets*”, 30-46.

ciclo de reformas e transformações dos anos 50 aos 70, e persiste como uma possibilidade e uma busca ativa da sociedade; (4) A pesquisa em saúde mental, e em neurociências, é amplamente baseada e decorrente da ‘revolução neuroléptica’. Finalmente, de acordo com Henckes, talvez o “legado mais significativo das revoluções neurolépticas e psiquiátricas das décadas de 1960 e 1970 possa ser a própria ideia de revolução”¹⁹¹.

3.4 A Clorpromazina de Henri Laborit

A clorpromazina apareceu na literatura médica em fevereiro de 1952, em um artigo de Henri Laborit,¹⁹² dando conta de sua utilização nos procedimentos de anestesia, no contexto de um método que vinha sendo teorizado e experimentado por esse autor, a hibernoterapia. Em um volume publicado sobre esse método, *Pratique de l’hibernothérapie en chirurgie et en médecine*, Laborit começou a justificar sua proposta citando Claude Bernard (1813-1878) e Walter Cannon. Com o primeiro, Laborit afirmou que todos os processos vitais têm um só objetivo, a manutenção da constância das condições de vida do meio interno, elemento essencial da vida independente, o que o segundo chamaria, mais tarde, segundo Laborit, de homeostase.¹⁹³ Em linhas gerais, a hibernoterapia de Laborit consistia no controle de certas reações orgânicas gerais,¹⁹⁴ inespecíficas, através de meios distintos, entre eles medicamentos atenuadores das reações do sistema vegetativo e resfriamento com gelo, que visavam reduzir os processos de defesa do organismo frente a agressões variadas,¹⁹⁵ considerando que muitas vezes eram essas reações orgânicas, e não

¹⁹¹ Henckes, 88.

¹⁹² Laborit, Huguenard & Alluaume, “Nouveau stabilisateur”, 206-8.

¹⁹³ Laborit & Huguenard, *Hibernothérapie*, 7.

¹⁹⁴ *Ibid.*, 5.

¹⁹⁵ O método, como diz o título do livro, tinha indicações variadas, entre os capítulos podemos encontrar: cirurgia geral, estados de choque, cirurgia torácica, neonatologia, cirurgia cerebral, obstetrícia, infecções, intoxicações, hipertensão arterial maligna e possíveis indicações na cirurgia cardíaca – há um capítulo sobre cirurgia cardíaca experimental e hibernoterapia. Há ainda um capítulo sobre hibernoterapia em psiquiatria. Escrito por Henri Ey, lembramos que o livro é de 1954, enquanto estamos tratando da introdução da clorpromazina na psiquiatria, em 1952, pelo método de Delay e Deniker, de utilização em monoterapia – não combinada a outras drogas – com o objetivo de tratar as manifestações sintomáticas de certas doenças mentais. Nesse capítulo, a clorpromazina aparece como um dos agentes propícios para a indução de tratamentos de sonoterapia associada à hibernoterapia, juntamente com as outras moléculas de efeito anti-histamínico e/ou antiparkinsoniano descritas na seção X: Antergan®, Phenergan®, Diparcol®. Embora fizesse referências – superficiais – a métodos de choque e contrachoque, Ey deixou claro que utilizava esses fármacos em combinação com barbitúricos, para potencializar sua ação, e com resfriamento, em conformidade com o

necessariamente as lesões em si, as causadoras dos agravos mais importantes para o organismo.

Essas reações guardavam coerência com as teorias de Hans Selye (1907-1982) sobre as reações orgânicas gerais,¹⁹⁶ concebidas por esse autor como ‘síndrome geral de adaptação’,¹⁹⁷ e também com as propostas de James Reilly¹⁹⁸ sobre uma síndrome de irritação neurovegetativa, simpática, observada em doenças infecciosas tifoïdes, provocando sinais de reação orgânica geral e inespecífica, passíveis de reprodução experimental por agentes diversos, químicos, físicos, não necessariamente infecciosos.¹⁹⁹

Selye, em toda uma linha de pesquisa original sobre o estresse²⁰⁰ – a partir de trabalhos como os de Walter Cannon, que levaram ao conceito de homeostase,²⁰¹ e de Philip Bard (1898-1977),²⁰² que localizaram esse tipo de reação geral no sistema neuroendócrino –, demonstrou que essas reações inespecíficas e gerais dos organismos eram aquelas que lhes permitem a manutenção da vida. Portanto, as mais básicas, presentes em toda a linha evolutiva das espécies. Seriam, dessa forma, reações em que o sistema nervoso vegetativo tem um papel fundamental.²⁰³

A ideia central era a de uma propriedade orgânica intrínseca e inespecífica, concernente ao sistema nervoso vegetativo, de reagir de forma coordenada em busca de equilíbrio, o que seria uma resposta universal à injúria, à lesão – cirúrgica ou acidental. Uma

que preconizava o método de Laborit, mas com a finalidade de produzir narcose prolongada, com média de duração de 15 a 21 dias de sono. Trata-se da sonoterapia, narcoterapia, ou *cure de sommeil*, direcionada ao repouso cortical, que não encontra identidade com os métodos e teorias que, a princípio, estamos elencando em nosso mapa. Sobre as indicações da hibernoterapia e o capítulo de Henri Ey, ver, respectivamente, em Laborit & Huguenard, *Hibernotherapie*, 254-6 e 181-204. Sobre as *cures de sommeil*: Ey, *Manuel de psychiatrie*, 916-20.

¹⁹⁶ Hans Selye, médico endocrinologista e fisiologista, de origem austro-húngara, inaugurou a pesquisa a respeito das reações inespecíficas do estresse, modelando o conceito a partir da década de 1930, cf. adiante.

¹⁹⁷ Síndrome geral de adaptação é o conjunto de reações inespecíficas e coordenadas, no tempo e no espaço orgânicos, frente a um agente estressor. Cf. Selye, *Stress*, 36.

¹⁹⁸ James Reilly, já mencionado na seção 2.4.

¹⁹⁹ Sobre Reilly, ver também Hopkin & Laplane, “James Reilly”, 108-16.

²⁰⁰ No sentido que lhe dá a medicina, estresse é essencialmente o grau de desgaste no corpo. Mas é preciso compreendê-lo como um elemento ativo, que produz desgaste, cf. Selye, 3.

²⁰¹ Homeostase é a tendência do corpo para manter um equilíbrio estável a despeito das alterações exteriores; estabilidade fisiológica; cf. *Ibid.*, 346.

²⁰² Philip Bard, fisiologista americano, cuja linha de pesquisa apontou para o diencefalo como estrutura nervosa relacionada às emoções.

²⁰³ Bard, “Expression of Rage”, 490-515

formulação simplificada, a respeito de mecanismos complexos, mas que nos parece, ainda assim, suficiente para nossos objetivos, seria a seguinte: o que se observa nas doenças corresponde a uma resultante de dois aspectos distintos – a lesão representa um aspecto, por assim dizer, primário da doença, e a reação do organismo à lesão representa seu aspecto secundário. É das características inespecíficas dessa reação, com relação ao agente causal, que tratam, por exemplo os estudos de Selye.²⁰⁴

Há situações em que essa reação secundária é capaz de restabelecer o funcionamento orgânico e garantir a vida, mesmo com manutenção da lesão, através de uma nova forma de equilíbrio. Há, nesse tipo de situação, a exigência de um novo modo de funcionamento orgânico, não livre de consequências ao organismo. Seus sintomas seriam aqueles das doenças crônicas.²⁰⁵ Por outro lado, há situações em que as reações do organismo, dada a gravidade das lesões, são amplamente requisitadas, levando ao seu esgotamento e à perda do equilíbrio, que levaria à morte. Essa condição, denominada genericamente de ‘choque’, era o interesse principal de Laborit.

Em um volume dedicado a esse assunto, *Réaction organique a l’agression et choc*, de 1955, Laborit demonstrou que a hibernoterapia, na qual a clorpromazina podia ser utilizada, era uma terapêutica possível para os estados de choque, através do controle das reações do sistema nervoso vegetativo.²⁰⁶ Nesse volume, o próprio procedimento cirúrgico, invasivo, mas terapêutico, é considerado análogo a uma lesão capaz de levar ao choque: a *maladie post-operaire*, conceito de René Leriche, é tratada por Laborit como a própria reação do organismo, ou *réaction oscilante post-agressive*, com o potencial de engendrar estados agudos de choque, ou reações crônicas de complicações pós-operatórias menos ameaçadoras, mas, no entanto, nocivas. A abordagem proposta por Laborit, em termos preventivos ou terapêuticos, envolvia a modulação do sistema nervoso vegetativo, no sentido de evitar, ou conter, seus aspectos reacionais, através da hibernoterapia,

²⁰⁴ Selye, *Stress*, 148-242.

²⁰⁵ *Ibid.*, 195-215.

²⁰⁶ Laborit, *Réaction organique*, 213-43.

combinada a coquetéis medicamentosos incluindo a clorpromazina e outros agentes reguladores das reações neurovegetativas.²⁰⁷

O prefácio, em tom festivo, desse livro foi escrito por René Leriche. Nele se lê que o grande cirurgião, homenageado com uma cátedra no *Collège de France*, e cuja obra, considerada uma teorização arguta a partir da observação clínica, reconheceu a apreciação de Laborit como “muito promissora”²⁰⁸. Nesse prefácio, Leriche fez menção a uma substância, também “muito promissora”, que Laborit vinha, desde muito recentemente, utilizando no controle das reações de choque de que tratava o livro: a clorpromazina.

Há outros motivos pelos quais a figura de Leriche surge como elemento forte nessa rede conceitual que estamos delineando a respeito das reações do organismo à lesão como uma característica da doença. Esse autor, em uma de suas obras principais,²⁰⁹ propôs uma abordagem cirúrgica, a secção de feixes do sistema nervoso vegetativo, para o tratamento da dor crônica, que considerava, de forma geral, como manifestação de desequilíbrio entre lesão e reação orgânica. Essa secção cirúrgica era completamente análoga ao que Laborit pretendia obter farmacologicamente com a clorpromazina. O sistema nervoso vegetativo é coordenado, ao longo da medula espinhal e das glândulas adrenais, em gânglios. O objetivo de ambos os tratamentos era conter a ação desses gânglios nervosos, isto é, promover uma ‘ganglioplegia’.

Leriche e Laborit compartilhavam o conhecimento de que a sua terapêutica ganglioplégica, cirúrgica ou farmacológica, atuava sobre um sistema nervoso que devia ser concebido em sua totalidade e em suas relações, organizado de maneira integrada, conforme as ideias de Sir Charles Sherrington (1857-1952).²¹⁰ Do córtex cerebral ou telencéfalo, passando pelo diencéfalo, chegando à medula espinhal e aos gânglios e nervos periféricos, e em relação direta com o sistema endócrino, o sistema nervoso tido como

²⁰⁷ Ibid.

²⁰⁸ Leriche, “Prefácio” em Laborit, *Agression et choc*, 7.

²⁰⁹ Leriche, *Chirurgie de la douleur*, 13-26.

²¹⁰ Sir Charles Sherrington, neurofisiologista inglês, responsável pela descrição do sistema nervoso como integrado. A primeira edição da obra *The Integrative Action of The Nervous System*, onde o autor demonstra a integração nervosa é de 1906. Cf. Sherrington, “Integrative Action”, 7.

hierarquizado e integrado, era um postulado que não escapava a esses autores – nem a vários outros nessa rede.

Adicionalmente, a integração desse sistema nervoso era feita de forma hierarquizada, conforme os postulados estabelecidos por John Hughlings Jackson (1835-1911), tributário de uma perspectiva advinda da apreciação de Herbert Spencer (1820-1903), portanto, evolutiva, darwiniana, da organização nervosa, por aposição anatômico-funcional de estruturas através de critérios evolutivos.²¹¹ Por outro lado – da mesma efígie – os efeitos dessa integração hierarquizada conferiam singularidade à sua objetivação final, subjetivando-a, em conformidade com as propostas do sistema nervoso de um organismo dinâmico e único, ao qual se referiu Kurt Goldstein (1878-1965), como veremos mais adiante.

Com as ideias de Hughlings Jackson, como dissemos, temos um sistema nervoso com as estruturas anatômico-funcionais organizadas em termos evolutivos, assumindo, de forma ascendente, níveis progressivos de complexidade, caracterizados por uma passagem do mais automático para o mais voluntário, e do mais inconsciente para o mais consciente, abrindo ao mesmo tempo caminho para as teorizações freudianas,²¹² e para uma perspectiva evolutiva do sistema nervoso, desde suas funções vegetativas até suas funções intelectuais mais complexas, da consciência e da vida de relação. Há ainda, em Jackson, a noção de reversão desse processo, em que a evolução, por exemplo, por influência de processos patológicos, é revertida em dissolução.²¹³ O que ocorreria em diversos níveis, promovendo novos arranjos, em um sentido no qual passaria a haver um aspecto dito negativo, correspondente, digamos, à lesão, ou mesmo à disfunção, como em Selye – um componente anteriormente ativo é inativado – e um aspecto dito positivo, em que um componente, anteriormente regulado por aquele que foi inativado, é por fim liberado para agir e manifestar-se de maneira independente, portanto sintomática. Esse esquema de organização, como se pode perceber, conecta-se mais uma vez com as ideias de Selye, de uma reação inespecífica do organismo ou síndrome geral de adaptação.

²¹¹ York & Steinberg, “Life and Work”, 18.

²¹² Fullinwider, “Sigmund Freud”, 155.

²¹³ Kurcgant, “John Hughlings Jackson”, 148-53

Uma vez mais, as propostas teóricas de Jackson e de Sherrington, já vistas no corpo do que propõem aquelas de Selye, encontram importantes analogias com as de Kurt Goldstein, em cujo trabalho as correlações entre integração e hierarquização do funcionamento do sistema nervoso serão agora atributos de um organismo entendido em sua totalidade autoconsciente, em que se incluem, portanto, a idiosincrasia e a singularidade do ser humano na perspectiva de seu organismo.²¹⁴ Nesse sentido, propondo o estudo do organismo tendo o ser humano como o seu próprio ponto de partida, Goldstein trouxe, e ele mesmo a apontou como necessidade, uma perspectiva epistemológica,²¹⁵ que não por acaso atraiu a atenção de Georges Canguilhem.²¹⁶ Como é sabido, Canguilhem fundamentou suas apreciações sobre uma normatividade vital na concepção do normal e do patológico de Goldstein e de René Leriche, o cirurgião que propôs a cirurgia da dor através da secção de feixes nervosos, ou de ressecções do sistema endócrino, ou ainda infiltrações anestésicas locais, permitindo que, livre do regime imposto pela dor, o organismo possa se redefinir, ou melhor, se reorganizar.²¹⁷

Evidentemente, trata-se do mesmo Leriche que aprovou a clorpromazina como ‘muito promissora’, ou seja, no mesmo sentido em que, ao promover um procedimento médico, cirúrgico ou farmacológico, visando atuar sobre as reações orgânicas gerais, com o objetivo de alcançar um equilíbrio com a lesão, disfunção, ou aspecto inativado do funcionamento prévio, esses médicos propuseram, de forma consequente, agir nos sistemas orgânicos através dos quais se reconhecia um automatismo na manutenção da vida. Assim, a ideia mais do que justificável era a de que esse procedimento deveria ser direcionado ao sistema nervoso, em sua função mais fundamental ao organismo vivo, por isso mesmo chamada de *vegetativa*.

Dessa forma, foi para uma ação no sentido de dar contenção a esse sistema nervoso que a terapêutica pela clorpromazina foi proposta por Laborit, no contexto da

²¹⁴ Goldstein, *Human Nature*, 3-33.

²¹⁵ Goldstein, *Organism*, 18-9.

²¹⁶ Epistemologia de valor inestimável, tanto para a constituição deste mapa, quanto para a perspectiva do capítulo anterior, esclarecemos que a obra de Georges Canguilhem não é incorporada ao mapa diretamente, justamente porque constituiu uma das diretrizes pelas quais se justifica o papel deontológico do observador como balizador e responsável pela coerência interna na aproximação de conceitos neste mapa.

²¹⁷ Leriche, *Chirurgie de la douleur*, 15.

hibernoterapia, em seu artigo de fevereiro de 1952 e nas publicações seguintes. Tratava-se da mesma concepção subjacente à terapêutica cirúrgica proposta por Leriche em *Chirurgie de la douleur*. Tanto para os estados de choque do organismo, altamente agudos e ameaçadores da vida, quanto para a dor crônica, equilíbrio que garante a vida, porém às expensas da saúde, a aplicação da ideia era a mesma: o reconhecimento dessas situações como alterações correspondentes às reações orgânicas gerais e inespecíficas, conforme postuladas por Selye. Em todas elas, o elemento clorpromazina encontrou ancoragem significativa.

3.5 A Clorpromazina de Jean Delay

No mesmo ano, de 1953, em que prefaciou o trabalho de Laborit, Leriche escreveu pelo menos mais um prefácio: aquele que apresenta o livro no qual o grande nome da psiquiatria francesa, Jean Delay, demonstrava, em doze capítulos exaustivos, os conceitos e aplicações que fundamentavam a sua especialidade naquele momento, os alicerces e alcances possíveis da psiquiatria de então.²¹⁸ Trata-se *Études de psychologie médicale*. É através do prefácio de Leriche que passamos ao terceiro elemento do mapa: a psiquiatria francesa de meados do século XX.

Nesse prefácio vemos um Leriche mais protocolar, mais contido, talvez pela responsabilidade de discorrer sobre uma área do conhecimento sobre a qual, mesmo do alto de sua posição na medicina, pela especificidade de seu objeto, não fosse capaz de oferecer uma apreciação abrangente. Porém ficam claros, já nesse prefácio, em que capítulos foi possível a Leriche se encontrar, pela identificação tão satisfatória e tão comum que se tem diante do reconhecimento, em novos autores, de pontos em comum. Talvez tenha sido por isso mesmo que o cirurgião se limitou a destacar, entre os dez existentes, três capítulos que devem tê-lo levado a concluir que a psiquiatria seria o ramo da medicina cujas possibilidades de pesquisa, diante dos conhecimentos de então, eram os mais promissores. Apontou, então, como seus prediletos, o capítulo sobre o diencéfalo, aquele

²¹⁸ Conforme o próprio Leriche no referido prefácio.

sobre as terapias de choque mas, de fato, voltou a manifestar a efusividade, observada no prefácio à monografia de Laborit, ao comentar o capítulo sobre psicocirurgia:

[...] Lemos [esse capítulo], linha por linha, [tocados por percebermos] a curiosidade apaixonada com que o autor, como psicólogo, observa os resultados das operações corretivas de certas aberrações da mente [através de procedimentos sobre o cérebro...], [justamente porque foi possível adivinhar que o autor,] apesar de manifestar o necessário julgamento [criterioso, compartilha de nossa], simpatia por essa jovem ciência, tão ativa contra a tensão da ansiedade e contra as síndromes de agressão e impulsividade [...].”²¹⁹

Se nos ativermos aos três capítulos recomendados por Leriche, já será possível observarmos a referência direta, feita por Delay, aos conceitos e aos autores com lugar já demarcado em nosso mapa a partir da perspectiva de Laborit: Selye, Cannon, Bard, Sherrington, Jackson, Goldstein. Delay descreveu minuciosamente como utilizou as ideias de integração, hierarquização e singularidade, isto é, as mesmas características do sistema nervoso pressuposto por Laborit, para compor seu arcabouço teórico conceitual e para postular, a partir deles, as terapêuticas em uso naquela época: os tratamentos de choque e a psicocirurgia – o livro de Delay, provavelmente uma coleção de ensaios escritos há mais tempo, mesmo tendo sido editado em 1953, não menciona a clorpromazina, o que também permite entender que, naquele momento, ainda não se tratava de uma ‘revolução’, ou de um remédio que mudaria o mundo, e é esse o aspecto que tentamos conservar à clorpromazina.

A respeito das terapêuticas de choque, Delay deixou claro que provocá-lo, ou seja, provocar uma reação orgânica geral e inespecífica, era o único objetivo dos tratamentos sob esse título, e que assim poderia reuni-los todos sob um único mecanismo. Malarioterapia, insulino-terapia e convulsoterapia, química ou elétrica eram, para Delay, terapêuticas cujo objetivo era provocar um desequilíbrio orgânico, um choque nos mesmos termos de Leriche e de Laborit, com base nos mesmos conhecimentos e com os mesmos objetivos. A indução de um estado de choque, através do estímulo do sistema nervoso vegetativo, humoral e

²¹⁹ Leriche, “Prefácio” para *Psychologie medicale*, viii .

hormonal, seria então para Delay, a própria manifestação daquilo que, desde 1943, ele vinha chamando de ‘síndrome de Selye’.²²⁰

O efeito terapêutico do choque, para o psiquiatra, se daria através do acesso da síndrome geral de adaptação, de Selye, em sua fase de alarme, às instancias biológicas responsáveis pelas emoções. As mesmas eram totalmente inconscientes, segundo Delay, e intraduzíveis para a linguagem verbal, tendo relação com o funcionamento diencefálico, conforme os trabalhos de Canon e de Bard, e que sustentavam a afirmação de que uma ‘*psychiatrie qui guérit*’ deveria atuar sobre o ‘*carrefour somatopsychique*’ de Henri Claude: o diencefalo,²²¹ estrutura anatômica para a qual Delay reservara um capítulo inteiro.²²²

Delay dedicou a Henri Claude, no mesmo livro, também um capítulo. A obra magna desse médico teria sido uma primeira síntese das terapêuticas de choque para os psiquiatras franceses,²²³ posto que sua proveniência era estrangeira. Pelo trabalho de Claude, Delay assumiu, mais uma vez, a ascendência dos tratamentos de choque, uma vez que o volume de Claude, em coautoria com Paul Rubenovitch (s.d.), de 1940, *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, dava às terapêuticas de choque o tratamento que Delay pressupunha ser fundamental.²²⁴ as *pyréthothérapies*,²²⁵

²²⁰ Delay, “Chocs et réaction”, 100.

²²¹ Delay, *Psychologie médicale*, 22. Uma informação anedótica que se torna muito significativa é a que nos conta Jean Garrabé, psiquiatra e historiador da psiquiatria, a respeito do nome da cadeira do Hospital Sainte-Anne: “Chaire de Clinique des Maladies Mentales et de l’Encephale”. Segundo Garrabé, em seus tempos de formação em Sainte-Anne, ainda sob o comando de Delay, a piada interna era que o professor, de tanto que falava do diencefalo, estaria promovendo a mudança do nome da cadeira para “Maladies Mentales et du Diencephale”; cf. Garrabé, “Chaires de clinique”, 553.

²²² Delay, *Psychologie médicale*, 61–79. “*Le diencephale et les régulations psychologiques*” é o título do capítulo.

²²³ Sobre essas diversas modalidades e seus autores, ver por exemplo Kalinowsky, *Somatic Treatments*, 124-308; ou ainda Shorter & Healy, *Shock Therapy*.

²²⁴ Essa perspectiva do choque como denominador comum dessas terapêuticas foi perdendo-se ao longo do tempo, isolando-as cada vez mais de uma explicação comum, que, como se vê, é essencial à sua presença neste mapa, por exemplo. A esse respeito, tanto a apresentação de Delay no centenário da *Société Médico-psychologique*, mesma ocasião em que a clorpromazina foi apresentada, quanto o seu capítulo sobre choque, ambos intitulados “*Choc et réaction d’alarme*”, são esclarecedores. Cf. Delay, *Psychologie médicale*, 183; e Delay, “Chocs et réaction”, 93-108.

²²⁵ *Pyréthothérapies*: choque por aquecimento, normalmente causado por desencadeamento de febre, o mais aplicado sendo a malarioterapia ou impaludismo, método pelo qual Jauregg recebeu o prêmio Nobel em 1927. Consiste na inoculação do *Plasmodium*, produzindo malária – tratamento posterior com quina.

*insulinothérapies*²²⁶, *cardiazolthérapies*²²⁷ e *narcothérapies* foram todas mostradas pelo seu denominador comum, promover o choque.

Nesse sentido, nosso mapa acrescenta perspectivas locais, europeias, de uma mesma ideia, ou de um mesmo processo, incluindo, através do choque, a malarioterapia, que rendeu a Wagner-Jauregg o Nobel em 1927 e era de origem austríaca, como também era a insulinoterapia, terapêutica que rendeu a Manfred J. Sakel (1900-1957) grande notoriedade a partir de 1930. A convulsoterapia química, de Meduna é de origem húngara e foi proposta em 1934, e, finalmente, sua variante elétrica, de 1938, foi concebida a partir dos estudos de Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964), feitos na Universidade de Roma.

Por outro lado, o capítulo sobre Claude ressalta ainda o seu trabalho na descrição das manifestações da encefalite letárgica, ou encefalite epidêmica, com manifestações mentais as mais variadas possíveis, de psicóticas a histeriformes, e cujas lesões haviam sido descritas, independentemente pelo romeno Constantin von Economo (1876-1931) e pelo francês Jean-René Cruchet (1875-1959). Essas descrições tinham um denominador comum: a localização diencefálica exclusiva.

Como decorrência dessas observações sobre o diencefalo, a Henri Claude coube, ainda, a descrição de um ‘tônus muscular psicomotor’, cujas manifestações assumiriam a ‘lei de desintegração dos níveis psicomotores’.²²⁸ Com Henri Baruk (1897-1999) essas manifestações foram associadas ao desenvolvimento da catatonia experimental, através da injeção da bulbo-capnina, um irritante inespecífico, que aponta para o aspecto sindrômico da catatonia, como reação geral do organismo frente a estressores significativos.²²⁹

Essas impressões colocam os referidos autores, através do diencefalo de Henri Claude e Jean Delay, na mesma perspectiva de Sherrington, Jackson, Cannon, Bard e Selye. De forma que, com Claude ficam fortalecidos todos os aspectos que envolvem a ideia de um

²²⁶ *Insulinothérapies*: choque insulínico, ou tratamento de Sakel; aplicação de insulina até produção de coma, com reversão imediata.

²²⁷ *Cardiazolthérapies*: terapia convulsiva mediante injeção intramuscular de pentilenetetrazol ou cardiazol, substância convulsiva e cardiotônica, preconizada por Meduna.

²²⁸ Delay, *Psychologie médicale*, 20-1.

²²⁹ *Ibid.*

relé somatopsíquico, foco da ação dos tratamentos de choque, e ponto central das interconexões entre as instâncias superiores – corticais – e inferiores – meso e diencefálicas, e o sistema nervoso vegetativo e hormonal.²³⁰ Um ponto de interconexão das várias instâncias reguladoras do organismo que, como já vimos, são a ideia que subjazeu a introdução da clorpromazina na terapêutica psiquiátrica.

O capítulo sobre psicocirurgia,²³¹ que tanto instigou Leriche, faz referência aos procedimentos cirúrgicos sobre o cérebro, a “cirurgia funcional cerebral”, em que Delay aponta as variadas formas invasivas visando a modificação do equilíbrio funcional do cérebro, desde a insuflação de gases no espaço ventricular – pneumoterapias cerebrais – até a secção cirúrgica de feixes nervosos, as lobotomias e topectomias, uma miríade de procedimentos neurocirúrgicos na tentativa de obter efeitos sobre o estado mental dos pacientes. A lobotomia, ou leucotomia, pré-frontal, pela qual o português Antonio Egas Moniz (1874-1955) recebeu o prêmio Nobel,²³² consistia na secção de feixes nervosos córtico-talâmicos, ou seja, na modificação da relação entre o diencéfalo e o córtex cerebral. Não é senão a mesma proposta a qual Leriche aderiu cirurgicamente, na cirurgia da dor, e à que a clorpromazina corresponde como medicação ganglioplégica: uma ação de controle da condução nervosa. Não será necessário repetir que todos os autores e linhas de pesquisa citados encontram-se nessa mesma perspectiva.

No entanto, a relação entre teorias e conceitos certamente vai além da aplicabilidade terapêutica, mas não sem algum risco de extrapolação. No mesmo livro de Delay, prefaciado por Leriche, encontramos um capítulo dedicado à obra de Théodule Ribot (1839-1916). Nesse capítulo, Delay mostrou que os conceitos psicológicos de Ribot se sustentavam nas ideias de Hughlings Jackson de evolução e dissolução. Segundo Delay, o caminho do filósofo Ribot até Jackson teria sido natural, na medida em que ambos eram tributários dos ensinamentos de Herbert Spencer.²³³ Delay ainda informou que foi com essas ideias que Ribot reescreveu, no final do século XIX, a psicologia francesa, tornando-a científica, separando-a em funções mentais características, permitindo a sua independência

²³⁰ Ibid., 34-7.

²³¹ Ibid., 185-208. “*Aspects de la psychochirurgie*” é o título do capítulo.

²³² O prêmio Nobel foi concedido a Egas Moniz em 1949.

²³³ Delay, *Psychologie médicale*, 85.

da filosofia. Delay apontou, ainda, para o fato de essa psicologia ser aquela da qual eram tributários os trabalhos de dois dos últimos discípulos de Ribot, Pierre Janet (1859-1947) e Georges Dumas (1866-1946), incluindo, a princípio, esses autores no mapa da clorpromazina.

No entanto, a coerência que estávamos seguindo até este ponto é colocada em xeque pelos desenvolvimentos descritos no último parágrafo, uma vez que a ideia da divisão do psiquismo em funções mentais distintas – que são a característica do processo de atomização e de fixidez ontológica das funções e sintomas mentais, que descrevemos esquematicamente no primeiro capítulo – parecem o desenvolvimento mesmo da ideia que relacionamos ao discurso definitivo da psiquiatria, e a organização de um objeto cerebral ideal, que, a princípio, não parece encontrar concordância com a clorpromazina sendo introduzida, como estamos observando, de forma altamente inespecífica no tratamento das doenças mentais, relacionada a uma perspectiva de um sistema psicobiológico dinâmico, sem nenhuma fixidez, como tudo nos indica ter sido a de Jean Delay. Em se tratando de um impasse que merece investigação mais profunda, esses últimos desenvolvimentos colocam termo ao mapa, obedecendo ao postulado de coerência que assumimos ao iniciar sua cartografia.²³⁴

Vejamos como os elementos elencados em nosso mapa podem trazer mais segurança às informações seguintes. A introdução da clorpromazina como terapêutica em psiquiatria foi registrada no relato oral que Pierre Deniker apresentou durante a comemoração do centenário da *Société Médico-Psychologique* de Paris, em 26 de maio de 1952, a respeito do trabalho que conduziu sob orientação de Jean Delay. O artigo foi publicado na semana seguinte, intitulado *Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action C=centrale élective (4560 RP)*. Relacionando a melhora sintomática aos efeitos observáveis nas constantes orgânicas, como modificações oscilantes de parâmetros vitais como o pulso e a frequência cardíaca, a curva térmica, a diurese, na

²³⁴ Não será demais acrescentar que foi também Georges Canguilhem quem nos ajudou a definir essa interrupção, na medida em que o filósofo declarou, em entrevista a François Bing e Jean-François Braunstein, assumir uma “atitude anti-Dumas”, colocando o psicólogo e seu legado em uma perspectiva potencialmente oposta, por exemplo, às ideias de Goldstein e Leriche, sugerindo que uma análise conceitual profunda das relações desse último ramo do mapa, o psicológico, deva ser conduzida, antes que qualquer conclusão possa ser aventada. Cf. Bing & Braunstein, “Entretien Canguilhem”, 125.

constituição dos elementos sanguíneos – os glóbulos brancos – os autores propuseram que o medicamento tinha uma ação vegetativa central, notadamente diencefálica, agindo por mecanismos de repouso, de desconexão ou de exclusão, com resultados análogos àqueles das terapêuticas de choque.²³⁵

Delay e Deniker, nessa mesma comunicação preliminar de 26 de maio,²³⁶ ressaltaram que, para esse método, a clorpromazina deveria ser utilizada sozinha, em monoterapia,²³⁷ focalizando sua ação diencefálica, central, posto que, a exemplo dos tratamentos de choque, o efeito desejado não seria a sedação, e sim a modificação dos sintomas, com indicações em quadros psicóticos agudos, de excitação e de confusão mental.²³⁸ As referências fundamentais são os trabalhos de Reilly, Selye, as psicocirurgias,²³⁹ e o conhecimento do trabalho de Daniel Bovet e colaboradores, sobre os anti-histamínicos. A íntegra das observações relatadas preliminarmente foi publicada de fato no mês de julho, sob o título *Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie*. Nessa publicação, os autores prestaram esclarecimentos a respeito da hibernoterapia de Laborit: sua utilização da clorpromazina era derivada da ideia do método do cirurgião, mas não idêntica. O raciocínio de Delay e Deniker, conforme esse artigo, seria o seguinte, concluindo nosso mapeamento:

1. A hibernoterapia, através de refrigeração e da utilização da clorpromazina para potencializar métodos de sonoterapia, tinha o objetivo de colocar o sistema nervoso em repouso, de forma a não haverem contrarreações diante do aspecto agressivo da doença. Tais métodos, segundo os autores, eram os mesmos já utilizados em psiquiatria, pelo menos desde 1922, ano em que Jakob Klaesi (1883-1980), na Suíça, iniciou, “com resultados diversos”²⁴⁰, a narcoterapia ou sonoterapia;

²³⁵ Delay, Deniker & Harl, “Utilisation en thérapeutique”, 112-7.

²³⁶ Publicada em 11 de junho.

²³⁷ Delay, Deniker & Harl, “Utilisation en thérapeutique”, 113.

²³⁸ Ibid.

²³⁹ Ver adiante.

²⁴⁰ A narcoterapia, ou sonoterapia, em uso corrente à época, não havia logrado resultados significativos, como aqueles observados com as terapêuticas de choque, e o sono prolongado não estava livre de graves acidentes, de forma que o tratamento não era praticado de forma regular nos setores da CMME em Sainte-Anne, por orientação de Jean Delay; cf. Lempérière “In the Beginning”, 5.

2. Delay e Deniker, ao tomarem conhecimento do trabalho de Laborit, estavam à busca de métodos para agir terapêuticamente de forma similar aos métodos de choque, seja contrapondo-se aos seus efeitos ou estimulando-os;

3. O conhecimento de que a clorpromazina seria uma substância de ação simpaticolítica central, no entanto, garantiu a Delay e Deniker que sua ação seria sobre o funcionamento diencefálico, daí o interesse pela molécula: um fármaco capaz de alcançar o ponto 'nevrálgico' das doenças mentais, que Delay defendia desde o início de suas publicações sobre o tema, o diencefalo;

4. Foi dos pressupostos das teorias de sua época que Jean Delay se valeu para explicar a introdução da clorpromazina na terapêutica das doenças mentais, em 1952.

CONCLUSÕES

Completamos assim, ainda que provisoriamente, posto que a análise de outros documentos nos parece potencialmente capaz de ampliá-la ainda mais, uma rede de constructos teóricos coerentes e que acomodam, sem grande esforço, a clorpromazina no saber psiquiátrico de sua época. Procuramos demonstrar que as duas perspectivas teóricas, a princípio distintas, de Laborit e de Delay, abordaram, com suas particularidades, os efeitos da clorpromazina sobre um objeto que se revelava comum a ambas: a reação inespecífica do organismo frente aos estímulos nocivos, em que se basearam a totalidade dos tratamentos psiquiátricos daquela época. Seria essa a clorpromazina, remédio de seu tempo, que nossa pesquisa nos mostrou. Mais ainda, terá sido através das continuidades e discontinuidades entre as teorias, nas concordâncias e discordâncias, que ideias, hipóteses e teorias surgiram, foram testadas, e foram por fim descartadas, ou mantidas. Deixamos algumas portas abertas, com a expectativa de percorrer seus caminhos em breve.

Cumprido dizer que a linha supostamente contínua entre a introdução da clorpromazina à terapêutica psiquiátrica, e o dilema das crises da psiquiatria contemporânea, já demonstra uma primeira discontinuidade: se há no presente uma por especificidade e cientificidade, baseada na mesma clorpromazina, que tornou-se um antipsicótico bloqueador dopaminérgico, e se esse presente não pode sequer enxergar que há outras teorias em outros tempos, então está mostrado que a clorpromazina é fruto da mais científica, na concepção de seus autores, inespecificidade.

O que deverá estar também claro, neste momento, é que a clorpromazina é a mesma, de 1952 e de 2018, e com ela há inúmeras outras substâncias similares, e que a sustentação dessa linha contínua que atravessa o tempo e as gerações de psiquiatras e de pacientes e suas famílias, é um efeito nem um pouco negligenciável dessa fenotiazina de ação central cujas raízes rastreáveis, até o momento, encontram-se, como vimos, na indústria dos corantes e na química orgânica no século XIX, e daí passando pelos inseticidas, os pesticidas, pelas perspectivas sintéticas químicas e holísticas do pensamento do século XX, pela necessidade de uma ciência médica coerente a respeito das manifestações mentais,

e chegando às nuances mais sofisticadas da biologia molecular e dos desenvolvimentos neurocientíficos de nosso tempo. Não há por que acharmos que um discurso definitivo possa, por muito tempo, conter o motor da história do pensamento científico.

Dessa forma, temos uma situação bastante digna de nota para a história da psiquiatria. O descortinamento das estreitas relações entre o saber psiquiátrico e aquele proveniente de outros ramos da medicina, das ciências da vida e da própria psicologia da época, ao expandir sua rede conceitual para além dos limites de sua própria disciplina, revela a sua ancoragem nas ideias científicas de seu tempo, mostrando que, concebida como ramo da medicina moderna, a psiquiatria não teria, a princípio, razão para se ressentir da imprecisão de seus objetos de estudo.

Considerando a importância dessa conclusão, torna-se ainda mais importante lembrar que o presente processo de pesquisa não se fundamentou em de nada além do levantamento e da análise de documentos históricos que, nem de longe, esboçariam a figura de uma pedra de Rosetta ou de papéis encontrados no fundo falso de uma insuspeita escrivaninha – como no célebre caso de Newton.²⁴¹ Trata-se da produção científica publicada por autores cujo papel na *mise en point* da clorpromazina na psiquiatria é de notório conhecimento, a maior parte delas em volumes inclusive propedêuticos de suas especialidades, amplamente divulgados à época, alguns publicados em mais de uma língua, e ainda hoje localizáveis facilmente em sebos e bibliotecas.

Outrossim, os mesmos elementos conceituais foram explícita e repetidamente publicados tanto em anais de congressos e colóquios quanto na forma de volumes de divulgação científica para o público leigo. Para não mencionar sua longa e maciça publicação nos principais periódicos científicos da época, muitos dos quais hodiernamente mantêm o protagonismo em suas áreas, tanto na França como em outros países da América do Norte ao Brasil.

Ao colocarmos essas constatações iniciais em perspectiva, fica impossível negligenciar a existência, em meados do século XX, como dissemos, de um arcabouço

²⁴¹ Referimo-nos aos manuscritos inéditos de Newton encontrados por John Maynard Keynes no fundo de uma escrivaninha arrematada em leilão.

teórico-conceitual científico ao redor do qual a psiquiatria se organizou e do qual a clorpromazina não pode ser excluída. Tampouco se poderá afirmar que tal estrutura, por sua vez, não encontraria par em, pelo menos, certos aspectos dos conhecimentos médicos a ela contemporâneos. Dito de outra maneira, para a elaboração do mapeamento dessa rede conceitual, é necessário que seus elementos possam ter um aspecto inteligível de coerência entre si, de comensurabilidade.

No entanto, o que uma breve análise da historiografia a respeito dos mesmos eventos nos mostra, vai completamente de encontro às observações que procuramos resumir no parágrafo anterior. Um verdadeiro choque de perspectivas. Para a maior parte daqueles que se dedicaram a elaborar uma história da psiquiatria nesse período, se falarmos em um ‘arcabouço teórico-conceitual’ já seria visto, na melhor das hipóteses, como um eufemismo conciliador, relacioná-lo a um ou mais métodos terapêuticos – ainda mais em se falando da clorpromazina – seria um completo absurdo. Conclusões assim, tão contundentemente díspares a respeito da abordagem de um mesmo tema, exigem considerações metodológicas, sobre a elaboração do material, a construção do objeto de estudo.

Nesse sentido, conceber a clorpromazina como objeto de estudo histórico, implica em supor que sempre haverá divergências entre a clorpromazina de Jean-Nöel Missa, a clorpromazina de Nicolas Henckes, a clorpromazina de David Healy, a clorpromazina de Joanna Moncrieff, a clorpromazina de Pierre Perón-Magnan, a clorpromazina de Thérèse Lempérière, a clorpromazina de Anne Caldwell, a clorpromazina de Judith Swazey, a clorpromazina de Édouard Zarifian, a clorpromazina de Nancy Andreasen, a clorpromazina de Philippe Pignarre, a clorpromazina de Jean-Gael Barbara, a clorpromazina de Jean Thuillieur, para citar os autores cuja leitura foi importante para a construção do nosso objeto de estudo.

Volker Hess e Benoit Majerus, procurando uma visão panorâmica da história da psiquiatria no século XX, diagnosticaram a inexistência de qualquer estrutura teórica através da qual seria possível fundamentar uma historiografia da psiquiatria nesse período.²⁴² Em

²⁴² Hess & Majerus, “Writing in the 20th Century,” 139.

meio a diversas possibilidades, propõem uma reflexão que se afigura bastante aplicável ao problema: “Estamos escrevendo uma história *da* psiquiatria do século XX, ou a sua história *no* século XX?”²⁴³

A esse respeito, não seria demais dizer que é o mesmo que a psiquiatria diagnóstica para a clorpromazina em si, e para todos os outros psicofármacos: não se conhece os mecanismos exatos pelos quais esses remédios exercem seu efeito. O problema da construção de um objeto histórico que pode incorrer em autofagia pode ser intuído como segue. Suponhamos uma introdução de uma história da clorpromazina se iniciasse buscando seu escopo da seguinte maneira: a identificação do movimento pelo qual a molécula de clorpromazina, um dos inúmeros fenotiazínicos anti-histamínicos sintetizados em 1950 nos laboratórios farmacêuticos Rhône-Poulenc, na capital francesa, pôde deixar, no final de 1951, as prateleiras dos arquivos de laboratório, onde jazia sob o rótulo 4560 RP, para chegar, no início de 1952, àquelas das instituições psiquiátricas parisienses, em especial o hospital Sainte-Anne, sede da *Clinique des Maladies Mentales et de L'Encephale*, para, finalmente, no mesmo ano, ganhar as farmácias francesas e então aquelas do mundo todo, liberando milhões da doença mental, criando uma ciência que explica o homem através das moléculas químicas e criando um mercado farmacêutico bilionário.

A partir desse ponto, já se figura um risco quase inescapável de extrapolação. Se não pelos nomes-fantasia escolhidos para a molécula, Largactil® na França (de ‘largo’), Thorazine® na América do Norte (do deus nórdico Thor) e Amplictil® “no Brasil (de ‘amplo’). Nomes esses, que ao invés de disfarçar a ideia de potencialidade na imensidão desse movimento, no sentido de uma complexidade crescente, só fazem é enaltecer a sua evidente inespecificidade. Das náuseas gravídicas e alergias às esquizofrenias, melancolias e ciclotimias, suas aplicações correspondem quase que a totalidade das dores da alma e do corpo.

No entanto, esse movimento tomado como escopo, passando por sua inespecificidade em medicina, teria apenas iniciado a sua propagação como uma onda de choque. Angariando, ao longo da década que se seguiu, moléculas com efeitos análogos, ele

²⁴³ Ibid., 142.

daria forma ao ramo do conhecimento que veio a se denominar psicofarmacologia moderna e que, por sua vez, direcionou, de maneira determinante, os programas de pesquisa sobre o cérebro – as neurociências, assim, repercussões das mais distintas áreas do conhecimento humano.

Não se trata aqui de tentarmos valorizar as potencialidades ‘thorazínicas’ do composto, mas sim de ilustrar o quanto um modelo que responde por uma inverossímil ‘história da clorpromazina, da síntese da ureia à neuroética’, tendência da qual o trabalho de David Healy nos parece o exemplo mais significativo,²⁴⁴ por ser o mais abrangente e completo em detalhes, e por partir de uma longa e profunda reflexão sobre o presente. Reflexão essa cujas conclusões são bem conhecidas e que, em duas palavras, seriam o poder do mercado em criar demandas, à despeito de qualquer ética. Ao cotejar essas potencialidades como a propagação de uma onda, investindo a clorpromazina de poderes ilimitados de uma divindade mitológica, o objeto de estudo que constitui essa clorpromazina parece se distanciar demais da clorpromazina concebida em 1952 por Delay e Deniker para o tratamento das doenças mentais.

Teríamos, assim, um objeto em constante dilatação, forjado na relação dinâmica de uma hiperinsuflação de suas características intrínsecas, uma hipercontextualização, e um hiperinclusivismo historiográfico, uma síntese da história do conhecimento sem critérios de coerência interna entre os conceitos. Seria assim que uma história da clorpromazina no século XX, enlanguescendo a deontologia da liberdade de se deslocar sobre o plano imaginário do passado, se permitiria a aberração de um objeto duplo, quem sabe triplo, para além. Procuramos, com essas referências à propedêutica de Georges Canguilhem para a história da ciência, fazer bom uso da análise de nosso objeto de estudo construído na intersecção das três esferas, historiográfica, epistemológica e contextual, conforme a proposta do CESIMA.

A título de uma última ilustração do problema, tomemos uma vez mais a advertência de Hess e Majerus como perspectiva, por exemplo, para a leitura do breve capítulo de

²⁴⁴ O volume escrito por David Healy, publicado em 2002, *Creation of Psychopharmacology*, dispõe todas essas perspectivas já em seu prefácio, e procura na história da psicofarmacologia respostas para todas essas questões.

Pierre Péron-Magnan,²⁴⁵ parte de um volume em comemoração aos quarenta anos da introdução da clorpromazina, sob o título “O Lugar dos Neurolépticos na História das Descobertas em Medicina e em Psiquiatria”²⁴⁶. Chamando a atenção para a relativa *precocidade* com que a comunidade científica e os historiadores da ciência teriam se apercebido da “importância da descoberta da clorpromazina em psiquiatria”²⁴⁷, o autor faz menção às “importantes monografias da doutora Anne E. Caldwell (...) e de Judith P. Swazey” pesquisadoras de instituições cuja “autoridade científica e moral confirma a importância maior desse acontecimento”²⁴⁸.

Diante da construção quase tautológica de que seria a própria importância imputada ao objeto de estudo pelo historiador, ou por seus patronos, um indicativo válido de que seu estudo histórico é justificável, será necessário que nos questionemos, uma vez mais, a qual clorpromazina se referem tanto o autor do capítulo quanto as prestigiosas historiadoras norte-americanas.

Para tanto, é preciso que tenhamos nos apercebido de que o que comemoram, volume e capítulo, é a ‘descoberta’ da clorpromazina, que operou uma ‘revolução’ na psiquiatria, tornando possível não apenas promover sedação nos doentes mentais agitados mas, e de forma inédita, modificar os sintomas das doenças mentais. A comemoração é a de uma ‘nova era’ inaugurada por essa clorpromazina. O discurso aqui é de que, a partir de então, a psiquiatria assumiu ‘definitivamente’ seu lugar na medicina, e o cérebro, seu lugar na psiquiatria, permitindo, finalmente, desvendar o ser humano como arranjo neuroquímico, dando origem às novas teorias farmacológicas das doenças mentais, hipotetizadas como desarranjos na neurotransmissão de serotonina, dopamina e da noradrenalina.

²⁴⁵ Péron-Magnan, “Neuroleptiques dans l’histoire”, 27-38.

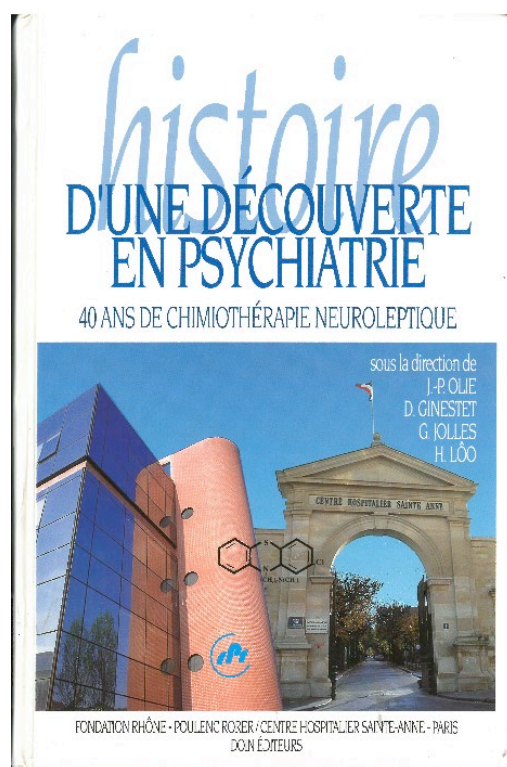
²⁴⁶ *Ibid.*, 29.

²⁴⁷ *Ibid.*, os volumes a que se referem o autor foram publicados em 1972, o de Anne Caldwell, e em 1974, o de Judith Swazey.

²⁴⁸ Péron-Magnan, 29. O autor sublinha as seguintes credenciais das historiadoras norte-americanas: o estudo de Anne Caldwell, pesquisadora da *National Library of Medicine*, Bethesda, foi publicado nas *American Lecture Series*; o de Judith Swazey foi comissionado pelo *National Council on Brain Sciences* e subvencionado pelo *National Institute of Mental Health*.

Volume e capítulos, produzidos sob a égide do *Hôpital Sainte-Anne*, cujo pórtico do século XIX figura na capa, contrastado lado a lado do ultramoderno prédio então recém-construído para abrigar, no mesmo local o novo centro neuropsiquiátrico, fruto ele mesmo dessa ‘revolução’ (Fig. 1).

Fig. 1. Ilustração do hospital Sainte Anne



No entanto, para justificar a discordância encontrada, gostaríamos de nos servir do que se pode deprender da referida análise: ainda que numerosos e metodologicamente heterogêneos, os estudos que compõem a historiografia da clorpromazina guardam, entre si, um aspecto de homogeneidade. Constroem, em uníssono, a clorpromazina do presente, esta que, neste exato momento, está sendo prescrita por algum psiquiatra em um dos quatro cantos do planeta. Seu objeto é a clorpromazina-revolução, remédio destes tempos de hoje, e não aquela concebida pelos ‘métodos de síntese’ de Jean Delay, a clorpromazina, remédio de seu tempo.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, Adriano A. de *A Psiquiatria no Divã: Entre as Ciência da Vida e a Medicalização da Existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

Alfonso-Goldfarb, Ana M. “Centenário Simão Mathias: Documentos, Métodos e Identidade da História da Ciência.” *Circumscribere* 4 (2008): 5-9.

_____, Silvia Waisse, & Márcia H. M. Ferraz. “From Shelves to Cyberspace: Organization of Knowledge and the Complex Identity of History of Science”. *Isis* 104, n° 3 (2013): 551–60.

Alexander, Franz G. *História da Psiquiatria: Uma Avaliação do Pensamento e da Prática Psiquiátrica desde os Tempos Primitivos até o Presente*. São Paulo: Ibrasa, 1968.

Andreasen, Nancy C. *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. New York: Perennial, 1985.

Andreasen, Nancy C. *Admirável Cérebro Novo: Vencendo a Doença Mental na Era do Genoma*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Ayd, Frank J., & Barry Blackwell, ed. *Discoveries in Biological Psychiatry*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1970.

Baltazar, Maria L. “Psicofarmacoterapia: Dos Rituais Mágicos à Neuroquímica”. In *Psiquiatria: da Magia à Evidência?* Org. Zacaria B.A. Ramadam, & Francisco B. Assumpção Jr. São Paulo: Manole, 2005.

Berrios, German E. “History and Epistemology of Psychopathology of Psychopathology”. In *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*, ed. Kenneth S. Kendler., & Josef Parnas, 30-50. New York: Oxford University Press, 2015.

_____. *Rumo a uma Nova Epistemologia da Psiquiatria*. São Paulo: Escuta, 2015.

_____. "The Scientific Origins of Electroconvulsive Therapy: a Conceptual History". *History of Psychiatry* 8 (1997):105-19.

_____, & Ivana S. Marková. "Epistemology of Mental Symptoms". *Psychopathology* 42 (2009): 343-9.

_____, & _____. "Epistemology of Psychiatry". *Psychopathology* 45 (2012): 220-227.

_____, & _____. "Toward a New Epistemology of Psychiatry". In *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, ed. Laurence J. Kirmeyer, Robert Lemelson, & Constance A. Cummings, 41-64. New York: Cambridge University Press, 2015.

Bing, F., & J.-F. Braunstein. "Entretien avec Georges Canguilhem". In *Actualité de Georges Canguilhem: Le normal et le pathologique. Actes du X^e Colloque de la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse*, org. F. Bing, J.-F. Braunstein, & E. Roudinesco, 121-35. Plessis-Robinson: Synthélabo, 1998.

Brill, Henry. "Historical Perspective". In *Psychopharmacology Frontiers: Second International Congress of Psychiatry – Psychopharmacology Symposium*, ed. Nathan S. Kline, 3-6. Boston: Little, Brown and Company, 1959.

Brisset, Charles. *L'avenir de la psychiatrie en France*. Paris: Payot, 1972.

Caldwell, Anne E. *Origins of Psychopharmacology: From CPZ to LSD*. Springfield: Thomas Books, 1970.

Canguilhem, Georges. "Le cerveau et la pensée". In: *Georges Canguilhem: Philosophe, historien des sciences: Actes du Colloque (6-7-8 décembre 1990)*, org. E. Balibar, M. Cardot, F. Duroux, M. Fichant, D. Lecourt, & J. Roubaud, 11-36. Paris: Albin Michel, 1993.

_____. *La connaissance de la vie*. 2^a ed. Paris: J. Vrin, 2015.

_____. *Le normal et le pathologique*. 2^a ed. Paris: PUF, 2017.

_____. *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

Carlsson, Arvid. "A Paradigm Shift in Brain Research". *Science* 294, nº 5544 (novembro 2001): 1021-1024.

_____. "A Half-Century of Neurotransmitter Research: Impact on Neurology and Psychiatry." In *Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1996-2000*, ed. Hans Jornvall, 303-22. Singapore: World Scientific Publishing, 2003.

_____, & M. Lindqvist. "Effect of Chlorpromazine or Haloperidol on the Formation of 3-methoxytyramine and Normetanephrine in Mouse Brain". *Acta Pharmacologica et Toxicologica* 20 (1963): 140-4.

Claude, H., & P. Rubenovitch. *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*. Paris: Masson & Cie., 1940.

Dagognet, François. *A Razão e os Remédios*. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

_____. *Le cerveau citadelle*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Round, 1992.

Delay, Jean. *A Psicofisiologia Humana*. 9ª ed. Trad. Maria M. de Mendonça. Coimbra: Livraria Almedina, 1973.

_____. "Adresse présidentielle". In *Proceedings of The Fifth International Congress of The Collegium Internationale Neuro-Psycho-Pharmacologicum: Washington, D.C., 28th-31st March, 1966*, ed. Henry. F. Brill, Jonathan. O. Cole, Pierre Deniker, Hans Hippius & Philip B. Bradley, XV-XXIV. Amsterdam: Excerpta Medica, 1967.

_____. *Aspects de la psychiatrie moderne*. Paris: PUF, 1956.

_____. "Chocs et réaction d'alarme". *Annales Médico-psychologiques* 110 (Fev 1952): 93-108.

_____. *Études de psychologie médicale*. Paris: PUF, 1953.

- _____. "Introduction au Colloque International". In: *Colloque International sur la Chlorpromazine et les Médicaments Neuroleptiques en Thérapeutique Psychiatrique, Paris 20, 21, 22 octobre 1955*, org. Jean Delay, & Pierre Deniker, 3-6. Paris: G. Doin & Cie., 1956.
- _____. "La loi et l'exception". In *Jean Delay: un médecin devant son temps*, org. Florence Delay & Marc Masson, 78-82. Paris: Éditions des Cendres, 2016.
- _____. "L'amnésique de Nuremberg". In *Jean Delay: un médecin devant son temps*, org. Florence Delay & Marc Masson, 43-6. Paris: Aux Editions des Cendres, 2016.
- _____. "Le premier Congrès mondial de psychiatrie". In *Jean Delay: un médecin devant son temps*, org. Florence Delay & Marc Masson, 26-32. Paris: Aux Editions des Cendres, 2016.
- _____. *L'électricité cérébrale*. Paris: PUF, 1950.
- _____. *L'électro-choc et la psychophysiologie*. Paris: Masson, 1946.
- _____. *Les dérèglements de l'humeur*. Paris: PUF, 1946.
- _____. *Les dissolutions de la mémoire*. Paris: PUF, 1942.
- _____. *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*. Paris: Masson, 1950.
- _____. "Journal: septembre 1927 – décembre 1930". In *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, org. Florence Delay & Marc Masson, 23-8. Paris: Aux Éditions des Cendres, 2016.
- _____. "Perspectives Psychosomatiques". *La Presse Médicale* 68, n° 44 (8 de outubro de 1960): 1607-1611.
- _____. "Philippe Pinel (1745 - 1826)". In *Jean Delay: un médecin devant son temps*, org. Florence Delay & Marc Masson, 89 – 106. Paris: Aux Editions des Cendres, 2016.
- _____, & Pierre Deniker. *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie: les nouveaux médicaments psychotropes*. Paris: Masson, 1961.

_____, P. Deniker, & J.M. Harl. "Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective." *Annales Médico-psychologiques* 110 (Fev 1952): 112-7.

_____, P. Deniker, & J.M. Harl. "Traitement des états d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie". *Annales Médico-psychologiques* 110 (Jul 1952): 267-73.

Delay, Florence & Marc Masson. Introduction para *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, org. Florence Delay & Marc Masson, 7-8. Paris: Aux Éditions des Cendres, 2016.

_____, & _____. "Des conséquences malheureuses et heureuses de mai 68." In *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, org. Florence Delay & Marc Masson, 195-9. Paris: Éditions des Cendres, 2016.

_____, & _____. "Notice bio-bibliographique". In *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, org. Florence Delay & Marc Masson, 241-5. Paris: Éditions des Cendres, 2016.

Delay, Maurice. "Jean Delay par son père". In *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, org. Florence Delay & Marc Masson. Paris: Éditions des Cendres, 2016.

Deniker, Pierre. "Qui a inventé les neuroleptiques?" *Confrontations Psychiatriques* 13 (1975): 7-18.

_____, & Jean-Pierre Olié. *Fou, moi?: La psychiatrie hier et aujourd'hui*. Paris: Odile Jacob, 1998.

_____. *La dépression: fin du tunnel*. Paris: France Loisirs, 1987.

_____. "Éloge de Jean Delay". *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 172, n° 4 (1988): 557-566.

Éribon, Didier. *Michel Foucault 1926-1984*. São Paulo: Schwarcz, 1990.

Estevão, Giordano. "A Respeito da Associação Sismoterapia e Neurolépticos". *Temas* 17 (1979): 17-40.

Ey, Henri. *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Privat, 1975.

_____, Paul Bernard & Charles Brisset. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson, 1960.

_____. "Introduction aux débats". *L'Évolution Psychiatrique* 36, n° 2 (1971): 225-6.

Fauré, Christine. *Mai 68 en France ou la révolte du citoyen disparu*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil, 2008.

Fava, Giovanni A. "Road to Nowhere". *World Psychiatry* 13 (2014): 49-50.

_____. "The Intellectual Crisis of Psychiatric Research". *Psychotherapy and Psychosomatics* 75 (2006): 202-8.

Ferraz, Márcia H. M., Ana M. Alfonso-Goldfarb, & Silvia Waisse. "Science and History of Science: between Comte and Canguilhem". *Transversal: International Journal for the Historiography of Science*, 4 (2018): 108-17.

Fibiger, Hans C. "Psychiatry, the Pharmaceutical Industry, and the Road to Better Therapeutics". *Schizophrenia Bulletin* 38, n°4 (2012): 649-50.

Fink, Max. "ECT at 70: What Have We Learned?" *Psychiatric Times* (1 July 2004): 13.
Acessado em 09 de Agosto de 2018 via Academic OneFile.

<http://link.galegroup.com/apps/doc/A120051793/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=e6352cf1>

Frances, Allen. *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow, 2013.

Friedman, Richard A. "A Dry Pipeline for Psychiatric Drugs". *The New York Times*, 19 de Agosto de 2013.

Fullinwider, S.P. "Sigmund Freud, John Hughlings Jackson, and Speech". *Journal of the History of Ideas* 44 n° 1 (1983): 151-8.

- Gach, John. "Biological Psychiatry in the Nineteenth and Twentieth Centuries." In *History of Psychiatry and Medical Psychology*, ed. Edwin R. Wallace IV, & John Gach, 381-418. New York: Springer Science, 2008.
- Garrabé, Jean. *La schizophrénie: un siècle pour comprendre*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil, 2003.
- _____. "Sur la pathologie de la liberté". *L'évolution psychiatrique* 83, n° 1 (janvier 2018): 5-13.
- _____. "Les chaires de clinique des maladies mentales et des maladies nerveuses à Paris". *L'information psychiatrique* 88, n° 7 (2012): 549-57.
- Gauchet, Marcel. *Dialogue avec l'insensé: essais d'histoire de la psychiatrie*. Paris: Gallimard, 1994.
- Gelman, Sheldon. *Medicating Schizophrenia: A History*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999.
- Goldstein, Kurt. *The Organism*. New York: Zone Books, 2000.
- Goldstein, Kurt. *Human Nature in the Light of Psychopathology*. New York: Schocken Books, 1963.
- Greengard, Paul. "The Neurobiology of Slow Synaptic Transmission". *Science* 294, n° 5544 (novembre 2001): 1024-30.
- Guiraud, Paul & C. David. "Traitement de l'agitation motrice par un antihistaminique (3277 RP)". In *Comptes Rendus du Congrès des Médecins Alienistes de Langue Française* n° 48 (1950): 599-602.
- Guze, Samuel. "The Neo-Kraepelinian Revolution". In *The Psychopharmacologists III*, org. David Healy, 395-414. Boca Raton: CRC Press, 2000.

- Haase, Hans-J., & Paul A.J. Janssen. *The Action of Neuroleptic Drugs: A Psychiatric, Neurologic and Pharmacological Investigation*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1965.
- Hamon, J., J. Paraire, & J. Velluz, "Remarques sur l'action du 4560 RP sur l'agitation maniaque". *Annales Médico-psychologiques* 110 (1952): 331-5.
- Harrington, Anne. *Reenchanted Science: Holism in German Culture from Wilhelm II to Hitler*. New Jersey: Princeton University Press, 1996.
- Healy, David. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*. New York: New York University Press, 2004.
- _____. "The Intersection of Psychopharmacology and Psychiatry in the Second Half of the Twentieth Century." In *History of Psychiatry and Medical Psychology*, ed. Edwin R. Wallace IV & John Gach, 419-442. New York: Springer, 2008.
- _____. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge [MA]: Harvard University Press, 2002.
- _____. *The Antidepressant Era*. Cambridge [MA]: Harvard University Press, 1997.
- Henckes, Nicolas. "Magic Bullet in the Head: Psychiatric Revolutions and Their Aftermath". In *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*, ed. Jeremy A. Greene, Flurin Condrau, & Elizabeth S. Watkins, 65-96. Chicago: The University of Chicago Press, 2016.
- Hopkin, Buxton & Robert Laplane. "James Reilly and the Autonomic Nervous System: A Prophet Unheeded?" *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 60 (1978): 108-116.
- Hornykiewicz, Oleh . "The Action of Dopamine on the Arterial Blood Pressure in the Guinea-pig," *British Journal of Pharmacology* 13 (1958): 91-94.

- Insel, Thomas. "A New Intellectual Framework for Psychiatry". in *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, ed. Eric Kandel. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2005.
- Janzarik, W. "The Concept of Schizophrenia: History and Problems". In *Search for the Causes of Schizophrenia*, ed. H. Hafner, W.F. Gattaz, & W. Janzarik, 11-18. Berlin: Springer-Verlag, 1987.
- Jones, Edward G., & Lorne M. Mendell. "Assessing the Decade of the Brain". *Science* 284, nº 5415 (abril 1999): 739.
- Kalinowsky, Lothar, & Paul Hoch. *Shock Treatments and Other Somatic Procedures in Psychiatry*. New York: Grune & Stratton, 1946.
- Kalinowsky, Lothar B., Paul H. Hoch, & Brenda Grant. *Somatic Treatments in Psychiatry: Pharmacotherapy, Convulsive, Insulin, Surgical, Other Methods*. New York: Grune & Stratton, 1961.
- Kalinowsky, Lothar B. "The Discoveries of Somatic Treatments in Psychiatry: Facts and Myths". *Comprehensive Psychiatry* 21, nº 6 (1980): 428-35.
- Kandel, Eric R. "A New Intellectual Framework for Psychiatry". *American Journal of Psychiatry* 155 (1998): 457-69.
- _____. "Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited." *American Journal of Psychiatry* 156 (1999): 505-24.
- _____. *Em Busca da Memória: O Nascimento de uma Nova Ciência da Mente*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- _____. "The Molecular Biology of Memory Storage: A Dialogue Between Genes and Synapses". *Science* 294, nº 5544 (novembro 2001): 1030-1038.

Kendler, Kenneth S., & Kenneth F. Schaffner. "The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: An Historical and Philosophical Analysis". *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 18, nº 1 (March 2011): 41-63.

Kirmayer, Laurence J., Robert Lemelson, & Constance A Cummings. "Introduction: Psychiatry at a Crossroads." In *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, ed. Laurence J. Kirmayer, Robert Lemelson, & Constance A. Cummings, 1-38. New York: Cambridge University Press, 2015.

Kramer, Peter D. *Listening to Prozac*. New York: Penguin Books, 1993.

_____. *Ordinarily Well: The Case for Antidepressants*. New York: Farrar, 2016.

Kurcgant, Daniela. "A Influência de Herbert Spencer (1820-1903) na Concepção de John Hughlings Jackson (1835-1911) sobre o Sistema Nervoso e a Epilepsia". Dissertação de mestrado em História da Ciência. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

_____, & Mario E. da Costa Pereira. "A Teoria de John Hughlings Jackson sobre Evolução e Dissolução do Sistema Nervoso: Observações Clínicas, Influências e Repercussões". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 6 (1 – 2003): 148-53.

Kushner, Howard I. *A Cursing Brain?: The Histories of Tourette Syndrome*. London: Harvard University Press, 1999.

Laborit, Henri, P. Huguenard, & R. Alluaume. "Un nouveau stabilisateur végétatif (le 4560 RP). *Présse Médicale* 60 (1952): 206-8.

_____, & Paul Huguenard. *Pratique de l'hibernothérapie en chirurgie et en médecine*. Paris: Masson & Cie., 1954.

_____. *Réaction organique à l'agression et choc*. Paris: Masson & Cie., 1955.

Lantéri-Laura, Georges. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatria moderna*. Madrid: Triacastela, 2000.

_____. *Le cerveau*. Paris: Martin Seghers, 1987.

_____. *Psychiatrie & connaissance: essai sur les fondements de la pathologie mentale*. Paris: Sciences en Situation, 1991.

Lehmann, Heinz E. "Before They Called It Psychopharmacology". *Neuropsychopharmacology* 8, nº 4 (1993): 291- 303.

Lempériere, Thérèse. "In the Beginning in Paris". In *The Psychopharmacologists II: Interviews by Dr David Healy*, org. David Healy, 1-16. New York: Oxford University Press, 1998.

Leriche, René. *La chirurgie de la douleur*. Paris: Masson & Cie., 1949.

Lieberman, Jeffrey A. *Shrinks: The Untold Story of Psychiatry*. New York: Little Brown and Company, 2015.

Lima-Thomaz, Luciana C. "Marcel Martigny: Eugenia e Biotipologia na França do Século XX". Dissertação de mestrado em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

_____. "As 'Medicinas Heréticas' e o Holismo Frances na Primeira Metade do Século XX". Tese de doutorado em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

López-Muñoz, Francisco, Alan A. Baumeister, Mike F. Hawkins, & Cecilio Álamo. "The Role of Serendipity in the Discovery of the Clinical Effects of Psychotropic Drugs: Beyond the Myth". *Actas Españolas de Psiquiatría* 40, nº 1 (2012): 34-42.

Lôo, H. "Une révolution thérapeutique en psychiatrie: la chlorpromazine". In *Histoire d'une découverte en psychiatrie: 40 ans de chimiothérapie neuroleptique*, org. J.-P. Olie, D. Ginestet, G. Jolles, & H. Lôo, 13-18. Paris: Doin Éditeurs, 1992.

Meltzer, Herbert Y., & Stephen M. Stahl. "The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: A Review." *Schizophrenia Bulletin* 2, nº 1 (1976):19-76.

Missa, Jean- Noel. "Psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique". In *Les maladies mentales*, org. Jean-Noel Missa, 131-146. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.

_____. *Naissance de la psychiatrie biologique: histoire des traitements des maladies au xx siècle*. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.

Monakow, Constantin von, & Raoul Mourgue. *Introduction biologique a l'étude de la neurologie et de la psychopathologie: intégration et désintégration de la fonction*. Paris: Félix Alcan: 1928.

Moncrieff, Joanna. "Magic Bullets for Mental Disorders: The Emergence of the Concept of an 'Antipsychotic' Drug". *Journal of the History of the Neurosciences* 22 (2013): 30-46.

_____. *The Bitterest Pills: The Troubling History of Antipsychotic Drugs*. London: Palgrave Macmillan, 2013.

Moussaoui, Driss. *A Biography of Jean Delay: First President of the World Psychiatric Association*. Amsterdam: Excerpta Medica: 2002.

Murphy, Dominic. *Psychiatry in the Scientific Image*. London: Massachusetts Institute of Technology, 2006.

Pacheco e Silva, Antonio. "Allocution du directeur de la séance". In *Thérapeutique Biologique, Comptes Rendus des Séances du Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris 1950*, org. Henri Ey, P. Marty & P. Desclaux, 7-9. Paris: Hermann & Cie, 1952.

_____. "Allocution finale". In *Thérapeutique Biologique, Comptes Rendus des Séances du Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris 1950*, org. Henri Ey, P. Marty & P. Desclaux, 152-4. Paris: Hermann & Cie, 1952.

Palem, Robert M. "Préambule." In *Henri Ey (1900-1977): Un Humaniste Catalan dans le Siècle et dans l'Histoire*, org. Patrice Bezeaux & Robert M. Palem, 9-14. Canet: Libres del Trabucaire, 1997.

- Pichot, Pierre. "The Discovery of Chlorpromazine and the Place of Psychopharmacology in the History of Psychiatry". In *The Psychopharmacologists: Interviews by Dr David Healy*, ed. David Healy, 1-28. London: Altman, 1996.
- Pichot, Pierre. *Un siècle de psychiatrie*. Le Plessis- Robinson: Les Empecheurs de Penser en Rond Synthelabo, 1996.
- Pignarre, Philippe. *Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte, 2006.
- _____. *Les deux médecines: médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. Paris: La Découverte, 1995.
- _____. *O Que É o Medicamento?: Um Objeto Estranho entre Ciência, Mercado e Sociedade*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- _____. *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- Poland, Jeffrey, & Serife Tekin. "Introduction: Psychiatric Research and Extraordinary Science". In *Extraordinary Science and Psychiatry: Responses to the Crisis in Mental Health Research*, org. Jeffrey Poland, & Serife Tekin, 1-14. London: Massachusetts Institute of Technology, 2016.
- Polanyi, Michael. *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press, 1974.
- Pressman, Jack D. "Human Understanding: Psychosomatic Medicine and the Mission of the Rockefeller Foundation". In *Greater than the Parts: Holism in Biomedicine 1920 – 1950*, ed. Christopher Lawrence, & George Weisz. New York: Oxford University Press, 1998.
- Postel, Jacques. *Genèse de la psychiatrie: les premiers écrits*. Le Plessis Robinson: Synthelabo, 1998.

Quattrocchi, Angelo, & Tom Nairn. *O Começo do Fim: França, Maio de 68*. Trad. Marcos A. Reis. Rio de Janeiro: Record, 1998.

Quetel, Jacques P.C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod, 2004.

Ratcliffe, Matthew. *Real Hallucinations: Psychiatric Illness, Intentionality, and the Interpersonal World*. London: Massachusetts Institute of Technology, 2017.

Rees, John R. *The Case of Rudolf Hess: A Problem in Diagnosis and Forensic Psychiatry*. New York: Norton, 1947.

Rose, Hilary, & Steven Rose. *Can Neuroscience Change Our Minds?* Cambridge: Polity Press, 2016.

Roudinesco, Elisabeth. *Filósofos na Tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida*. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. "Leituras da História da Loucura". In *Foucault: Leituras da História da Loucura*, org. Elisabeth Roudinesco, trad. Maria I. Duque Estrada, 7-33. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1994.

Rzesnitzek, Lara. "A Berlin Psychiatrist with an American Passport: Lothar Kalinowsky, Electroconvulsive Therapy and International Exchange in the Mid Twentieth Century". *History of Psychiatry* 26, n° 4 (2015): 433-451.

Sapolsky, Robert M. *Behave*. USA: Penguin Press, 2017.

Sartorius, Norman. "The Only One or One of Many? A Comment on the RDoC Project". *World Psychiatry* 13, n° 1 (2014): 50-1.

Schaffner, Kenneth. *Behaving: What's Genetic, What's Not, and Why Should We Care?* New York: Oxford University Press, 2016.

_____. "Reduction and Reductionism in Psychiatry". In *The Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, ed. Fulford, K.W.M, Martin Davies, Richard G.T. Gipps, George

- Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, & Tim Thornton, 1003-1022. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- Schmitt, Michel P. "Une vie qui fait tableau". In *Jean Delay: psychiatre & écrivain*, org. Florence Delay & Marc Masson. Paris: Éditions des Cendres, 2016.
- Scull, Andrew. "A Quarter Century of The History of Psychiatry". *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 35, n° 35 (1999):239-46.
- _____. "Contending Professions: Sciences of the Brain and Mind in the United States". *Science in Context* 35, n° 28 (2015):131-61.
- Selye, Hans. *Stress: A Tensão da Vida*. São Paulo: IBRASA: 1965.
- Serpa Jr., Octavio D. *Mal-Estar na Natureza: Estudo Crítico sobre o Reduccionismo Biológico em Psiquiatria*. Belo Horizonte: Te Corá, 1998.
- Sherrington, Charles. *The Integrative Action of The Nervous System*. Cambridge: Cambridge University Press, 1947.
- Shorter, Edward. *A History of Psychiatry: From the Age of the Asylum to the Era of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, 1997.
- Sonenreich, Carol, & Giordano Estevão. *O Que os Psiquiatras Fazem: Ensaio*. São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2007.
- _____, & Sonia Friedrich. "Sobre a História da Psiquiatria". *Temas* 23, n° 46 (1993): 217-47.
- _____. *Esquizofrenia: A Literatura e a Clínica dos Casos Assim Chamados*. São Paulo: Manole, 1977.
- Stagnaro, Juan C. "Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatría". *Asclepio* 67 (2015): 108.
- Stahl, Stephen M. *Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

- Strand, Michael. "Where Do Classifications Come From? The DSM-III, the Transformation of American Psychiatry, and the Problems of Origins in the Sociology of Knowledge". *Theory & Society* 40 (2011): 273-313.
- Swazey, Judith P. *Chlorpromazine in Psychiatry: A Study of Therapeutic Innovation*. Cambridge [MA]: The MIT Press, 1974.
- Tallis, Raymond. *Aping Mankind: Neuromania, Darwinitis and the Misrepresentation of Humanity*. London: Routledge Classics, 2016.
- Thuillier, Jean. *Ten Years that Changed the Face of Mental Illness*. London: Martin Dunitz, 1999.
- Wagner-Jauregg, Julius. "Award Ceremony Speech". In *Nobel Lectures. Physiology or Medicine 1922-1941*. Amsterdam: Elsevier, 1965.
- Waisse, Silvia. *Hahnemann: Um Médico de Seu Tempo*. São Paulo: Educ; FAPESP, 2005.
- _____. *d&D: duplo Dilema: du Bois-Reymond e Driesch, ou a vitalidade do Vitalismo*. São Paulo: Educ; FAPESP, 2009.
- Walter, Henrik. "The Third Wave of Biological Psychiatry". *Frontiers in Psychology* 4 (2013): 8-15.
- Watters, Ethan. *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*. New York: Free Press, 2010.
- Weisz, George. "A Moment of Synthesis: Medical Holism in France between the Wars". In *Greater than the Parts: Holism in Biomedicine 1920-1950*, ed. Christopher Lawrence, & George Weisz, 68-93. New York: Oxford University Press, 1998.
- Whitaker, Robert, & Lisa Cosgrove. *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. New York: Palgrave Macmillan, 2015.
- York, George K., & David A. Steinberg. "An Introduction to the Life and Work of John Hughlings Jackson". *Medical History* 50, n° S26 (2006): 1-34.

Zarifian, Édouard. *Les jardiniers de la folie*. Paris: Odile Jacob, 1988.

_____. *Le prix du bien-être: psychotropes et sociétés*. Paris: Odile Jacob, 1994.