

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

BÁRBARA GEICHE DA COSTA

**OS EXTRAVIOS DA ANGÚSTIA:
UMA GENEALOGIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO**

VITÓRIA
2019

BÁRBARA GEICHE DA COSTA

**OS EXTRAVIOS DA ANGÚSTIA:
UMA GENEALOGIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha de pesquisa: Subjetividade, Saúde e Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Gonçalves dos Santos

VITÓRIA

2019

BÁRBARA GEICHE DA COSTA

**OS EXTRAVIOS DA ANGÚSTIA:
UMA GENEALOGIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha de pesquisa: Subjetividade, Saúde e Clínica.

Aprovada em de de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Luís Gonçalves dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof. Dr. Luís Francisco Espíndola Camargo
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Externo

Prof. Dr. Fábio Hebert da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Espírito Santo e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional pelo acolhimento dado à minha proposta de pesquisa.

Ao Prof. Jorge Luís Gonçalves dos Santos por ter aceito orientar esta pesquisa, pelas leituras atenciosas e pelo rigor dado a este trabalho.

Aos Professores Fábio e Francisco, por terem aceito fazer parte desta banca e pelas contribuições valiosas direcionadas à pesquisa no Exame de Qualificação.

À minha mãe, pela compreensão e por me ajudar nos momentos mais difíceis.

Ao Francis, por bancar essa empreitada comigo, sabendo que não seria fácil. Agradeço pelas escutas atentas e pelas conversas revigorantes.

Às minhas amigas Alini, Gabi e Poli, amigas que fiz aqui no mestrado e que levarei pela vida a fora. Vocês foram fundamentais para que eu conseguisse seguir firme nesse processo de escrita.

À Luisa, pelas conversas, pelos nossos grupos de estudos com três pessoas, pelas leituras coletivas... por tantas coisas que compartilhei com você e que foram fundamentais para que esta pesquisa tomasse forma.

Ao grupo de estudos sobre *O poder psiquiátrico*: Alana Simões, Isabela Falchetto, Marcelo Gava e Yan Menezes. Nossas leituras coletivas com Foucault me impulsionaram ainda mais a continuar neste processo.

À Amanda, pela amizade cultivada, pela escuta carinhosa, pelas conversas regadas a boas risadas.

Aos colegas da Turma 11 que, apesar das adversidades, conseguimos chegar até aqui e nos alegrar por mais uma etapa concluída.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo realizar uma análise genealógica da categoria Transtorno de Pânico tal como definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5^o edição. Investiga as conexões entre o Transtorno de Pânico e a noção de angústia, assim como acompanha as transformações ocorridas no campo da psiquiatria desde o século XIX até o XXI. Analisa a emergência do saber psiquiátrico a partir da medicina geral. Acompanha o processo de inclusão da noção de angústia ao discurso da Psiquiatria Clássica. Examina os acontecimentos históricos que culminaram na consolidação da Psiquiatria Biológica. Apresenta as transformações que aconteceram nos DSM's e os caminhos que possibilitaram o surgimento do Transtorno de Pânico. E, com o auxílio do conceito de diagrama, apresenta uma análise das relações de forças que se engendram e formam uma rede de interconexões que culminam na invenção do Transtorno de Pânico. O trabalho é concluído com a afirmação de que o Transtorno de Pânico atualiza um extravio do afeto da angústia em prol do discurso biologizante e reducionista que atualmente vigora no discurso psiquiátrico.

Palavras-chave: Psiquiatria. DSM. Transtorno de Pânico. Angústia. Genealogia.

ABSTRACT

This dissertation aims at performing a genealogical analysis of the Panic Disorder category, as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th edition. It investigates the connections between the Panic Disorder and the notion of anguish, as well as makes it evident the transformations that have occurred in the field of psychiatry from the 19th to the 21st century. It analyzes the emergence of psychiatric knowledge from general medicine and keeps up with the inclusion process of the notion of anguish to the discourse of Classical Psychiatry. It examines the historical events that culminated in the consolidation of Biological Psychiatry, points out the transformations that occurred in the DSM's and the ways which allowed for the appearance of the Panic Disorder. And, with the aid of the concept of diagram proposed by Deleuze, it presents an analysis of the relations of forces that are generated and form a network of interconnections that culminate in the invention of the Panic Disorder. The paper concludes with the statement that Panic Disorder updates a misplaced affection of anguish in favor of the biologizing and reductionist discourse that currently prevails in psychiatric discourse.

Keywords: Psychiatry. DSM. Panic Disorder. Anguish. Genealogy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E A CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA TRANSTORNO DE PÂNICO	14
1.2	SOBRE A METODOLOGIA: FRAGMENTOS GENEALÓGICOS	19
1.3	UMA BREVE APRESENTAÇÃO DOS CAPÍTULOS	22
2	O ADVENTO DO SABER PSIQUIÁTRICO	25
3	O CAMPO DA ANGÚSTIA EMERGINDO NO DISCURSO PSIQUIÁTRICO ...	35
4	OS DESCAMINHOS DA ANGÚSTIA NA HISTÓRIA DOS DSM'S: A CONSTITUIÇÃO DA CATEGORIA TRANSTORNO DE PÂNICO	63
4.1	ACONTECIMENTOS EM CONEXÃO	64
4.2	A ASCENSÃO DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS E O SURGIMENTO DA PSICOFARMACOLOGIA	66
4.3	PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA: QUAIS OS EFEITOS DESSE ENCONTRO?	73
4.4	DO DSM-I AO DSM-II: A ANSIEDADE NAS NEUROSES.....	75
4.5	O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA.....	81
4.6	DO DSM-III AO DSM-V E A INVENÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO	86
5	TRANSTORNO DE PÂNICO: UM DIAGRAMA DE FORÇAS	104
5.1	UM NOVO SABER DA PSIQUIATRIA: DA LOUCURA ÀS ANOMALIAS	106
5.2	O CORPO NEUROLÓGICO	108
5.3	A CAPTURA DA NOÇÃO DE ANGÚSTIA PELO DISCURSO PSIQUIÁTRICO	110
5.4	A AGORAFOBIA E O MEDO DOS ESPAÇOS	113
5.5	CORRELATOS DA ANGÚSTIA: LINHAS QUE SE ENTRELAÇAM	114
5.6	ANSIEDADE E ANGÚSTIA.....	117
5.7	DONALD KLEIN E A EMERGÊNCIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO	118
5.8	OS ATAQUES DE PÂNICO	124

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
7	REFERÊNCIAS	135

1 INTRODUÇÃO

Em relação aos dados estatísticos a respeito da saúde no mundo e, particularmente, no Brasil, o Relatório sobre a Saúde no Mundo, produzido pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, traz estimativas de que a ansiedade é uma das responsáveis por metade das doenças mentais existentes no mundo e que, em 2020, será a segunda maior causa de incapacitação. Segundo o relatório, o Transtorno de Pânico atinge de 2% a 4% da população mundial (OMS, 2001).

Um levantamento epidemiológico feito nos Estados Unidos da América pela *National Comorbidity Survey* (NCV) selecionou determinada amostra da população e os resultados indicaram que 23% dessa amostra relata ter, pelo menos, um ataque de pânico ao longo da vida e a prevalência de ataques de pânico com agorafobia atingem 1% desta população ao longo de um ano (KESSLER et al., 2006).

No Brasil ainda não existem muitos levantamentos epidemiológicos a respeito, porém, foi feita uma pesquisa na cidade de São Paulo (SP) onde averiguou-se a prevalência de 1,6% para o Transtorno de Pânico ao longo da vida e de 1% em 1 ano (MARI et al., 2006). Encontra-se nos Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental (2013) um quadro que destaca os sofrimentos mentais que seriam comuns na Atenção Básica e que teriam ênfase nas ações voltadas ao cuidado com a família. Pânico e ansiedade estão presentes como um dos sofrimentos, sendo queixas comuns dos usuários. É notória a preocupação a respeito deste transtorno e a questão da ansiedade como fenômeno adoecedor e incapacitante na população.

Robert Whitaker, jornalista investigativo americano, em seu livro *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally* (2010), investigou a psiquiatria e as indústrias farmacêuticas nos Estados Unidos. Seu problema inicial aborda a maneira como as indústrias de psicofármacos colocam em risco a população americana quando encobrem os casos não relatados de sofrimento, angústia e enfermidades originados pelos medicamentos antidepressivos, amplamente prescritos, e os anti-psicóticos. Outro ponto tocado por Whitaker questiona a conduta dos médicos que entendem os efeitos colaterais de determinados medicamentos como sintoma de outro transtorno, o que implica em oferecer

medicações para depressão e também para ansiedade, por exemplo. Segundo Whitaker, o médico não diz “você está sofrendo de um episódio induzido por medicamentos”, mas afirma que “além de estar depressivo, sofre de transtorno de pânico” (WHITAKER, 2005, p. 03).

Como podemos observar através dessa citação, o diagnóstico psiquiátrico é feito, muitas vezes, a partir de uma sintomatologia que é desenvolvida pelo medicamento prescrito pelo próprio médico, de forma que o paciente retorna ao consultório com sintomas que são, na verdade, efeitos colaterais da medicação. Qual a conduta do psiquiatra? Prescrever outra medicação que sirva para esse novo sintoma, sinalizando que o paciente sofre de outro transtorno mental. Assim, a medicalização não tem limites e o paciente fica completamente ausente do problema que diz respeito às suas questões, gerando, muitas vezes, dependência excessiva da droga.

Como certas práticas em psicologia têm-se colocado nas discussões a respeito do Transtorno de Pânico? As pesquisas realizadas para construção desta dissertação mostraram determinada psicologia que afirma o diagnóstico, afirma as teorias neurocientíficas a respeito do Transtorno de Pânico, trabalham a importância da medicação, o tratamento é voltado para a remoção dos sintomas, vincula-se a uma prática que enaltece o processamento cognitivo e o condicionamento de comportamentos (WRIGHT et al., 2008).

O fato do pânico, e, por conseguinte, da ansiedade estar em evidência nos estudos da OMS e outras pesquisas, coloca, ao nosso ver, a importância de abordar a temática tanto para cernir o campo que está em jogo, bem como para se perguntar sobre as estratégias utilizadas para abordá-lo. O que é preciso dizer, antes de mais nada, é que a produção de Transtornos de Ansiedade descritos no DSM traz um novo modo de tratar as questões referentes à angústia. O que pretendemos demonstrar nessa pesquisa, então, é como o tratamento proposto por esse modelo visa eliminar tudo aquilo que concerne ao campo da angústia, elidindo o que há de crucial neste afeto para o sujeito. Trata-se, por conseguinte, de analisar a constituição da categoria Transtorno de Pânico na história da psiquiatria para evidenciar como essa categoria desmantela a questão da angústia, eliminando o que há de mais caro ao sujeito no processo do adoecimento psíquico.

Dado esse contexto, a presente pesquisa pretende investigar as condições prático-discursivas que possibilitam a existência da categoria nosológica Transtorno de Pânico¹ e a maneira como a noção de angústia é nela situada. Nessa investigação, ocupar-nos-emos, sobretudo, em acompanhar o modo como a angústia será descartada na discursividade que sustenta o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e, por conseguinte, o surgimento de uma nova realidade discursiva pautada nos Transtornos de Ansiedade, em especial, o Transtorno de Pânico.

No intuito de realizar uma análise genealógica do Transtorno de Pânico, lançaremos mão de um olhar genealógico para a história desse transtorno, objetivando, assim, investigar as conexões, rupturas, transformações que perpassam esta questão referente ao campo da angústia. Esperamos demonstrar as diferentes consequências de reduzir a angústia ao discurso biológico/medicalizante dos DSM's. Demonstraremos, assim, como o discurso que sustenta o DSM atualiza um modo de operar que anula o sujeito em prol da padronização do comportamento e da medicalização da vida.

Gostaríamos de afirmar, primeiramente, que nossa problemática tem como base uma crítica da redução dos problemas que concernem ao campo da angústia a um modelo biológico. O modelo ao qual nos referimos abarca os saberes produzidos na Psiquiatria, em conjunto à psicofarmacologia e a neurologia, bem como algumas práticas em Psicologia. É importante salientar, não obstante, que não buscamos aqui destituir a forma como o discurso psiquiátrico no DSM delimita e trata o Transtorno de Pânico – mas sim perguntar sobre os elementos que constituem esse discurso, seus efeitos, e como a angústia nele toma função.

A articulação que propomos entre o Transtorno de Pânico e o conceito de angústia provêm da própria psiquiatria que, em sua história, demonstra a ligação entre as diversas maneiras de tratar a angústia e o que seria paulatinamente definido pelo DSM como Transtorno de Pânico. Em outras palavras, a história da psiquiatria nos faz notar que as transformações das noções que culminarão no que atualmente denomina-se Transtorno de Pânico estão diretamente ligadas às mudanças de nomenclatura e ao

¹ DSM-V (2014).

manejo clínico referente ao campo da angústia (PEREIRA, 1997). Por isso é que, para a nossa pesquisa, se coloca como fundamental acompanhar as modulações que o conceito de angústia sofreu ao longo da história da psiquiatria.

A noção de Transtorno de Pânico surge como categoria nosológica no DSM-III em 1980 a partir de um estudo realizado por Donald Klein (apud VIANA, 2010), psiquiatra americano que realizou pesquisas experimentais num grupo de pacientes que apresentavam quadros de ansiedade bastante graves. A inserção desta nova noção no DSM ocorre por meio da resposta de um grupo de pacientes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada que fazem uso do medicamento Imipramina e, com isso, os ataques de pânico suprimem durante o uso deste medicamento. Em outras palavras, a partir dos efeitos de uma nova droga, a Imipramina, cria-se um novo transtorno para que seja medicado por ela, o Transtorno de Pânico.

A razão de colocarmos o Transtorno de Pânico no centro da discussão aqui proposta advém pelo fato dessa categoria nosográfica surgir no DSM de maneira muito peculiar; além do fato de se distinguir entre os demais Transtornos de Ansiedade por seus ataques de pânico poderem surgir sem qualquer motivo aparente.

Transtorno de pânico se refere a ataques de pânico inesperados recorrentes (Critério A). Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos. O termo *recorrente* significa literalmente mais de um ataque de pânico inesperado. O termo inesperado se refere a um ataque de pânico para o qual não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência - ou seja, o ataque parece vir do nada, como quando o indivíduo está relaxando ou emergindo do sono [ataque de pânico noturno] (DSM 5, 2014, p. 209).

Em outras palavras, diferente dos outros transtornos de ansiedade - como a Fobia, Fobia social, Agorafobia, Transtorno de ansiedade de separação etc. - o ataque de pânico do Transtorno de Pânico não está ligado a nenhum objeto ou situação, ou seja, é inesperado. Apostamos, portanto, que essa “falta de um motivo para o desencadeamento de um transtorno de pânico” poderá nos trazer algum indício sobre o que está em jogo quando o DSM aborda os Transtornos de Ansiedade. É preciso lembrar, ademais, que, nos DSM’s, a diferença entre Transtorno de Pânico e os ataques de pânico² é que os ataques de pânico podem ocorrer em outras categorias

² E, ao mesmo tempo, o Transtorno de Pânico só existe porque a Imipramina diminui os ataques de pânico aparentemente “sem motivos”.

que incluídas no Transtornos de Ansiedade, estando, no entanto, ligados a objetos ou situações específicos.

Esta dissertação propõe analisar a categoria Transtorno de Pânico de maneira a acompanhar as modulações dos discursos relacionados ao campo da angústia, bem como cernir a maneira esta problemática tem sido enunciada nos DSM's. Em outras palavras, a dissertação visa avaliar as consequências de se tratar o campo da angústia pela lógica discursiva presente no DSM, demonstrando que a consequência necessária desse discurso é a tentativa de se livrar de tudo o que se refere à angústia através de técnicas supostamente científicas.

Para isso, teremos que debruçar-nos em uma análise crítica dos discursos que paulatinamente constituíram o que atualmente se chama Transtorno de Pânico, avaliando suas formações estratégicas e acompanhando a funcionalidade que o discurso exerce no campo das práticas. Uma parte desse trabalho é, portanto, realizar uma análise genealógica deste transtorno, de forma a examinar as condições de seu surgimento e as relações de força que o constituíram. O que será colocado em análise é o modo como as questões referentes ao sofrimento do sujeito parecem ser constantemente desmanteladas a favor de categorias nosológicas e diagnósticos que estão longe de abarcar a complexidade do campo da angústia.

Temos como norte nesta pesquisa alguns campos discursivos distintos, porém, sempre em conexão: A psiquiatria clássica – que se estende desde o final do século XVIII até o século XX – e, a psiquiatria moderna ou contemporânea – aquela que se sustenta atualmente nos Manuais de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, principalmente a partir de sua terceira edição. Pretendemos, assim, examinar como cada um desses discursos aborda a problemática da angústia, quais as transformações, continuidades e rupturas relacionadas a este fenômeno da angústia.

Para isso, decantaremos nossas análises em quatro momentos, a saber: 1) em primeiro lugar, retomaremos a história da Psiquiatria Clássica a partir do século XIX, para delimitar a maneira como esta começa a produzir um discurso próprio e torna-se uma especialidade no campo da medicina; 2) em seguida, abordaremos como a emergente Psiquiatria modulou seu discurso em torno do campo da angústia, lançando mão das primeiras descrições clínicas cuja problemática girava em torno do

pânico/ansiedade relacionado a diversas situações e; 3) em terceiro lugar, examinaremos os discursos que surgem em relação aos Transtornos de Ansiedade/Transtorno de Pânico na Psiquiatria Contemporânea, principalmente o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, o DSM.

Lançamos, então, algumas questões norteadoras para a construção desta pesquisa: quais as condições de possibilidade do surgimento deste saber específico da Psiquiatria sobre o Transtorno de Pânico? Qual o lugar da angústia no discurso da Psiquiatria Contemporânea atualizada nos DSM's? Quais os efeitos dessa discursividade dita científica para o campo das práticas em saúde mental?

1.1 O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E A CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA TRANSTORNO DE PÂNICO

O DSM é um objeto importante em nossa investigação por sua discursividade não apenas ler as diversas formas de psicopatologia através de um modelo médico-biológico como também, em um mesmo golpe, impedir que sejam tratadas as questões complexas referentes ao sofrimento psíquico. Esse manual foi criado no ano de 1952 pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria, sendo atualmente referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, com a finalidade de uniformizar a linguagem utilizada para a classificação das perturbações mentais.

No DSM-V, publicado no ano de 2014, encontra-se um grupo diagnóstico chamado Transtornos de Ansiedade que, por sua vez, comporta algumas categorizações³. Dentre elas, destaca-se a categoria nosográfica Transtorno de Pânico.

De acordo com o DSM-V (2014):

No transtorno de pânico, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente apreensivo ou preocupado com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas em seu comportamento devido aos ataques de pânico (p. ex., esquiva de exercícios ou de locais que não são familiares). Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que

³ Para mais detalhes a respeito dos Transtornos de Ansiedade e suas respectivas categorizações, ver em DSM-V (2014).

atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos (DSM-V, 2014, p. 190).

Em relação ao DSM, aconteceram algumas diferenciações até chegar a tal categoria Transtorno de Pânico. O primeiro DSM, publicado no ano de 1952, considera a angústia uma reação ansiosa e a inclui no grupo das psiconeuroses, tendo supostamente como base a teoria psicanalítica de Freud. Neste manual, a noção de pânico aparece no campo de disposições complementares no apêndice C do texto (DSM-I, 1952). O DSM-II, lançado em 1968, insere a questão da angústia no campo das neuroses e afirma que sua principal característica é a ansiedade. Já a noção de pânico aparece nas categorias de neurose de angústia e neurose fóbica como uma espécie de sintoma (DSM-II, 1968). É preciso lembrar que, no contexto do DSM-I e II, a doença mental era considerada expressão simbólica de realidades psicológicas, sendo concebida psicossocialmente e embasadas em teorias da psicanálise e psicodinâmica (VIANA, 2010).

Em cada Manual o termo pânico é aplicado de maneiras diferentes e bastante específicas, de forma que é apenas no terceiro manual que o Transtorno de Pânico aparece como categoria nosológica. O DSM-III, publicado em 1980, propõe romper com a psicanálise ao se auto denominar um sistema classificatório, a-teórico e operacional das síndromes psiquiátricas. Nesse momento, o manual passa a operar um sistema classificatório onde os sinais e sintomas dos transtornos são descritos através de sintomas físicos e cognitivos.

O DSM III surge, portanto, da seguinte implicação: durante a década de 70 a psiquiatria sofre muitas críticas da medicina em relação a sua legitimidade epistemológica e, a partir de então, inicia um movimento de trazer o campo da psicopatologia para um âmbito neurobiológico, como exemplo a psiquiatria neokraepeliniana⁴. Se a maioria dos psiquiatras americanos – até grande parte do século XX – se diziam psicanalistas (BURKLE, 2009), a psiquiatria agora passa a não mais se referir a psicanálise e, em contrapartida, se apressa na feitura de um novo

⁴ “Esse grupo, que se identifica como herdeiro de Emil Kraepelin, exerceu grande influência na transformação que o DSM-III sofreu em 1980 [...] esse manual possibilitou uma ampliação inesperada da psiquiatria” (CAPONI, 2012, p. 21).

projeto que vincule o saber psiquiátrico, à estatística, à neurobiologia, à psicofarmacologia e seus estudos experimentais, e a terapia comportamental.

É assim que vemos o DSM III remeter a questão da angústia aos Transtornos de Ansiedade e caracterizar o próprio termo “Transtorno de Pânico” como um estado de ansiedade. No DSM-IV (1994) o Transtorno de Pânico continua como categoria, sendo o quadro de sintomas e a classificação semelhantes ao do DSM-V (2014).

Estudos realizados por Zuardi (2017) mostram o discurso biológico-reducionista do saber psiquiátrico em relação ao Transtorno de Pânico. Segundo Zuardi, esse transtorno é caracterizado de acordo com três principais fatores: ataques de pânico recorrentes; preocupação persistente com ataques adicionais; alterações mal adaptativas do comportamento. Para Ramos e Bernick (1997) o ataque de pânico constitui-se como sintoma central no Transtorno de Pânico. Destaca-se no DSM-V (2014) um quadro de sintomas que caracteriza categoricamente os critérios para que uma pessoa seja diagnosticada com Transtorno de Pânico. Segue abaixo:

Quadro 1 – Critérios para diagnóstico

Critérios do DSM-V para o transtorno do pânico
A- Ataques de pânico recorrentes e inesperados.
B- Pelo menos um dos ataques foi acompanhado de um mês ou mais dos seguintes sintomas: 1) Preocupações persistentes com ataques adicionais ou suas consequências (perder o controle, enlouquecer ou ter um ataque cardíaco); 2) Uma alteração mal adaptativa significativa no comportamento em relação ao ataque (ex.: comportamentos voltados para evitar o ataque de pânico, evitar exercícios ou ambientes não familiares).
C- Os ataques de pânico não são devidos ao efeito fisiológico de uma substância (ex.: medicação ou drogas ilícitas) ou outra condição médica (ex.: hipertireoidismo ou distúrbios cardiopulmonares).

D- Os ataques de pânico não são devidos outro transtorno mental.

Fonte: DSM-V (2014)

Em relação a etiologia do Transtorno de Pânico, Zuardi (2017, p. 59) evidencia fatores biológicos/genéticos, de desenvolvimento e ambientais. Apesar de afirmar que não há conhecimento exato da etiologia deste transtorno, aponta que a predisposição biológica é o fator mais provável de causa do Transtorno de Pânico, evidenciando a hereditariedade como causa deste fenômeno. Salienta, ademais, que há maior incidência deste transtorno no período da adolescência e isso devido às alterações biológicas que ocorrem nesse período que, para o autor, irão resultar numa alteração no funcionamento de algumas áreas cerebrais.

Os estudos que vem sendo feitos para compreender o Transtorno de Pânico são de cunho estritamente químico e biológico, como estudos de neuroimagem funcional e estrutural, experimentos com pacientes e estudos relacionados ao sistema de neurotransmissão (ZUARDI, 2017; RAMOS; BERNICK, 1997). Os resultados dos exames de neuroimagem sugerem que existe um aumento de atividade da insula durante um ataque de pânico, neste sentido, a insula poderia funcionar como um alarme interno para estímulos interoceptivos (que vêm de órgãos internos) - de origem visceral. Os experimentos de neuroimagem estrutural, realizados com paciente diagnosticados com Transtorno de Pânico em comparação a um grupo de pacientes ditos como saudáveis, sugerem alterações de volume em áreas corticais pré-frontais, cíngulo, amígdala, insula e mesencéfalo. Destaca que muitos estudos sugerem o envolvimento dessas áreas no Transtorno de Pânico. Em relação aos sistemas de neurotransmissão, tem-se ação do sistema serotoninérgico em função da resposta terapêutica dos inibidores seletivos de receptação de serotonina, assim como, áreas como hipotálamo e substância cinzenta periaquedutal.

Quando pesquisamos sobre o tratamento recomendado e aplicado às pessoas diagnosticadas com Transtorno de Pânico, ouvimos um uníssono coro em que repete-se a dupla inseparável: psicofármacos e terapia comportamental (PROJETO DIRETRIZES, 2008). O tratamento farmacológico baseia-se na prescrição de antidepressivos tricíclicos; inibidores seletivos de recaptção de serotonina; inibidores da MAO; benzodiazepínicos. Tendo como referência principal de medicação a

Imipramina. O tratamento psicofarmacológico acentua que “o controle agudo de uma crise de pânico em curso é, geralmente, feito com tranquilizantes da classe dos benzodiazepínicos – por exemplo, o diazepam” (YANO et al., 2003, p. 128). A prescrição de antidepressivos também é feita nesses casos para controle dos ataques de pânico, as drogas mais recomendadas são: clomipramina, imipramina, fluoxetina e paroxetina, os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS) seriam a primeira escolha no tratamento.

O Transtorno de Pânico é, assim, entendido pela psiquiatria como um distúrbio crônico e seu tratamento deverá passar por duas etapas. Sendo a primeira alcançada com os medicamentos com intuito de erradicar os ataques de pânico, a segunda etapa consistirá em reduzir e/ou eliminar os sintomas fóbicos e a ansiedade antecipatória por meio da terapia comportamental. Paralelamente ao uso de psicofármacos, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) também tem sido recomendada como tratamento para o Transtorno de Pânico (PROJETO DIRETRIZES, 2008). Essa terapia trabalhará a partir do problema específico trazido pelo diagnóstico do paciente por meio de intervenções comportamentais e estratégias cognitivas, as mudanças positivas no paciente dar-se-ão através de técnicas construídas pelo terapeuta e seguidas pelo paciente (WRIGHT et al., 2008).

Avaliando o conjunto das práticas em torno do Transtorno de Pânico, vemos, portanto, que configura-se um modelo de medicalização do paciente juntamente a certa terapia voltada à cognição e à dessensibilização dos sintomas e/ou comportamentos. Demonstrando uma intervenção voltada à sintomatologia, onde não há qualquer implicação da posição subjetiva do paciente como parte inerente desse processo, tais práticas excluem a possibilidade do sujeito diante de uma questão que surge e que lhe é singular. Neste sentido, retira toda a singularidade do sofrimento e transfere todo um processo de subjetivação em curso para uma forma pronta: este saber-poder já construído sobre o Transtorno de Pânico.

1.2 SOBRE A METODOLOGIA: FRAGMENTOS GENEALÓGICOS

Será a partir do método genealógico de análise histórica realizado por Michel Foucault que realizaremos essa pesquisa. Delimitaremos, a seguir, a proposta metodológica que escolhemos para a feitura desta pesquisado, trazendo, então, o que Foucault propõe como análise da história das coisas, e apontando para a importância desta forma de análise histórica na abordagem do Transtorno de Pânico.

A história contínua das ciências, das ideias, organizada em ordem cronológica, totalizada em discursos centrais, fundamentada em origens que se perpetuam, definida por séries discursivas e autores importantes em determinadas épocas nos conta o passado dos objetos, das operações, dos conceitos e de opções teóricas. Essa mesma história inventa novos conceitos, lança inovações tecnológicas, descarta discursos que já não convêm, destaca gênios na história. A questão que Michel Foucault coloca diz respeito ao modo como tais discursos se organizam e a partir desta crítica, propõe uma outra forma de acompanhá-los. Suas obras iniciais, *História da loucura na Idade Clássica* (1978), *Nascimento da clínica* (1997) e *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas* (1997) indicam esta nova forma de analisar a história, onde descreve, respectivamente, o surgimento da psiquiatria, da medicina moderna e das ciências humanas. Logo depois, Foucault publica *Arqueologia do saber* (2014) na intenção de organizar um método de análise arqueológico que utilizara nas obras anteriores. Foucault evoca uma nova forma de analisar a história:

Não mais a pesquisa dos começos silenciosos, não mais a regressão sem fim em direção aos primeiros precursores, mas a identificação de um novo tipo de racionalidade e de seus conceitos [...] seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de usos [...] o problema não é mais a tradição e o rastro, mas o recorte e o limite; não é mais o fundamento que se perpetua, e sim as transformações que valem como fundação e renovação dos fundamentos (FOUCAULT, 2014, p. 05).

Logo, traz à luz a importância de analisar a *episteme* de uma época, assim, “[...] a episteme não é uma espécie de grande teoria subjacente, é um espaço de dispersão, é um campo aberto e, sem dúvida, indefinidamente descritível de relações” (FOUCAULT, 1972, p. 60). Foucault delimita certa forma de analisar a história a partir da descrição dos arquivos que, para ele, são o domínio das coisas ditas. Mas como fazer? Como realizar uma análise arqueológica dos saberes? Na direção das

diferenças, das transformações que acontecem no tempo, definir os limites entre os enunciados, trazer à superfície os limiares que são ofuscados pela história totalizante.

Os estudos de Foucault nos convocam a colocar em questão o modo como compreendemos a história das coisas. Para este autor, não há relações de poder sem que haja uma certa constituição de um campo de saber. A genealogia evidencia que todo conhecimento (científico ou ideológico) só pode existir a partir de condições políticas que são a base para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios do saber. Neste caso, não existe saber neutro, ou seja, todo saber é político, está imerso nessa rede das relações de poder.

A arqueologia funciona como método de análise dos discursos na dimensão de sua exterioridade, ou seja, trata o discurso passado como monumento a descrevê-lo em sua disposição própria, procura no discurso suas condições de existência – não suas leis de construção nem seus métodos estruturais – e, refere o discurso ao campo prático ao qual se desdobra na atualidade e não ao pensamento ou espírito do sujeito que lhe deu origem (FOUCAULT, 1972).

Optamos por um método genealógico de análise na medida em que concorda com as verificações e modulações da teoria de Foucault acerca das formações discursivas. No decorrer de seus estudos Foucault entende os limites da arqueologia, reconhece que esta não é suficiente para explicar a questão do discurso, e passa a analisar as relações de poder, as formações estratégicas, em que os discursos estão imersos, para ele “é justamente no discurso que vêm a se articular poder e saber” (FOUCAULT, 2003, p. 95), “a arqueologia, alcançando seus limites, sugere a necessidade de um método que torne possível compreender as formações discursivas relacionadas às práticas sociais estabelecidas entre os sujeitos” (SOUZA; GALVÃO, 2015, p. 410).

A relação entre saber e poder acontece num mesmo campo de correlações de força enquanto técnicas de saber e estratégicas de poder. É concomitante: determinada coisa se constitui como domínio a se conhecer, investe-se linguagem naquilo, ao mesmo tempo esse movimento acontece a partir de relações de poder que as instituem como objeto possível, e se o poder pôde tomá-la como foco foi porque técnicas de saber e procedimentos discursivos possibilitaram este investimento, nesse sentido, “o discurso veicula e produz poder” (FOUCAULT, 2003, p. 56).

É, assim, por afirmamos um trabalho pautado nas análises em processo e não nas prerrogativas de um método que se pretenda universal, que a genealogia surge aqui como um modo de fazer pesquisa,. Como afirma Machado (2009) “tanto das análises arqueológicas quanto das análises genealógicas para que não se tomem essas investigações como uma palavra final, um caminho definitivo, um método universal” (p. 62). A partir disso podemos afirmar que as análises sempre se darão no processo da pesquisa, não há um *a priori* a ser seguido, por isso podemos dizer de genealogias e não a genealogia, a forma correta de realizar pesquisa, sendo assim, seguimos pistas genealógicas.

Apostamos que, ao fazer uso desta ferramenta de trabalho, estamos formando e construindo táticas para dar conta de lutas que enfrentamos cotidianamente. Em outras palavras, essa maneira de realizar pesquisa “permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais” (FOUCAULT, 1979, p. 68). Precisamos, assim, compreender quais os efeitos de poder que determinada cientificidade produz para que possamos combatê-la, na medida que estes efeitos desqualifiquem e silenciem os saberes e práticas locais ou menores. Por fim, o projeto de produzir genealogias consiste em

[...] liberar da sujeição os saberes históricos, isto é, torna-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico. A reativação dos saberes locais [...] contra a hierarquização científica do conhecimento e seus efeitos intrínsecos de poder, eis o projeto destas genealogias desordenadas e fragmentárias [...] (FOUCAULT, 1979, p. 221).

Neste sentido, o intuito dessa pesquisa é fazer liberar a categoria Transtorno de Pânico do discurso psiquiátrico⁵ que atualiza-se hoje, assim, liberá-lo desse ciclo vicioso de pensamento. Foucault (2014) afirma a necessidade de desconstruir esses saberes tomados como legítimos:

[...] estas unidades como a ‘ciência’ ou a ‘literatura’, será preciso sempre dispensá-las? [...] será preciso de buscar qualquer apoio nelas, mesmo provisoriamente, e de lhes dar uma definição? Trata-se, de fato, de arrancá-las de sua quase evidência, de liberar os problemas que colocam: reconhecer que não são o lugar tranquilo a partir do qual outras questões podem ser

⁵ Partindo das análises de Michel Foucault (2001) quando define o aparecimento de um novo plano de intervenção da psiquiatria direcionado às condutas humanas, às anomalias e não mais somente às patologias “o que caracteriza essa nova psiquiatria é o poder dos médicos sobre o não patológico” (p. 292).

levantadas – sobre sua estrutura, sua coerência, sua sistematicidade, suas transformações (p. 31).

Mais precisamente, realizar uma análise dos arquivos que surgem no tempo e que dizem algo sobre a questão do pânico e/ou ansiedade, visto que no decorrer do tempo a nomenclatura se move, os termos se reorganizam de acordo com os acontecimentos. Foucault (1972) aponta para uma análise das dispersões, de fazer aparecer o feixe polimorfo das correlações, desmanchando toda simplicidade uniforme de citações sobre causalidade. Em conexão, traz a necessidade de outra forma de investigação, não separadamente desta, mas concomitante a ela, uma análise das práticas vinculadas aos discursos em jogo, isso quer dizer colocar em cheque também as relações de poder que se encadeiam neste discurso sobre o Transtorno de Pânico. Para Foucault (1997) as produções científicas também estão mergulhadas no jogo das relações de poder, estando vinculadas a um saber-poder que produz e institui formas de controle produtoras de necessidades e de realidade, no sentido de forças que se imbricam num determinado campo, em que certas práticas são prevalentes/enfatizadas e outras são despotencializadas.

1.3 UMA BREVE APRESENTAÇÃO DOS CAPÍTULOS

Esta pesquisa caminhará por três momentos principais, nos quais estarão organizados em quatro capítulos. A seguir, mostraremos como se dará essa caminhada, quais autores serão utilizados para as análises das práticas discursivas em relação ao campo da angústia e a importância de cada capítulo para este trabalho.

No primeiro capítulo, analisaremos o surgimento do discurso psiquiátrico a partir do saber médico. Acompanharemos as transformações e as rupturas ocorridas durante todo o século XIX. Nos debruçaremos sobre os textos de Michel Foucault, *O Poder Psiquiátrico* (2006) e *História da Loucura na Idade Clássica* (1978) a respeito da ascensão do saber psiquiátrico como especialidade médica. Alçaremos, também, práticas discursivas para análise através dos seguintes autores: Pinel, Esquirol e Falret, a fim de analisar o modo como a psiquiatria começa a tomar forma enquanto um saber médico e passa a produzir determinado conhecimento sobre o que chamará de doenças mentais.

E qual a importância de realizar tal análise do momento de ascensão e surgimento do saber psiquiátrico? Percebemos que a questão da angústia não foi desde sempre um objeto de estudo para o saber médico, ou seja, que até então não havia sido produzido uma necessidade de aliar a noção de angústia ao campo das psicopatologias (PEREIRA, 1997). Veremos, assim, no segundo capítulo, que tal como a loucura só se tornou objeto da medicina a partir do processo histórico e político que permitiu reduzi-la à doença e a alvo de intervenção terapêutica (FOUCAULT, 2006), nessa mesma direção, a noção de angústia foi introduzida no discurso psiquiátrico na medida em que a psiquiatria a delimita como pertencente a um quadro clínico, a define como um estado patológico.

Num segundo momento, então, acompanharemos as transformações e o surgimento do discurso médico/psiquiátrico relacionado ao campo da angústia. Buscaremos autores que trouxeram questões que atravessam de alguma maneira este campo, mesmo que a angústia não seja assinalada como uma noção bem definida ou colocada como doença mental em primeiro plano. Investigaremos como a construção do discurso psiquiátrico em torno do campo da angústia acaba por abarcar uma série de outras noções como, por exemplo, ansiedade, medo, agorafobia, terror, pânico e outras características fisiológicas como taquicardia, sudorese e sufocação. Assim como, evidenciaremos a construção do saber psiquiátrico a partir do discurso médico, através do qual a psiquiatria reivindica a todo momento um status de cientificidade.

Para este segundo momento, elencamos alguns autores que, na história, evidenciaram questões relativas à angústia e que, posteriormente, veremos a denominação do Transtorno de Pânico emergir. Investigaremos o modo como o discurso relacionado à angústia é inserido enquanto problema médico/psiquiátrico e quais são os mais diversos encaminhamentos que foram propostos às questões. Examinaremos os textos de psiquiatras como Morel (1866), Doyen (1883), Legrand Du Saulle (1878), Maudsley (1880), Beard (1879), Westphal (2002), Kraepelin (1904), Da Costa (1871) e Brissaud (1902). Nossa seleção foi realizada tendo como base os

textos de Mario Eduardo Costa Pereira (1997)⁶ no qual traz a problemática do Transtorno de Pânico e realiza uma vasta e consistente análise sobre este transtorno.

Já no terceiro capítulo, investigaremos de que forma e quais são as consequências do discurso psiquiátrico abordar o campo da angústia a partir de um modelo biológico. Analisaremos a conexão feita entre o saber psiquiátrico e a psicanálise que acontece durante o início do século XX. Assim como, acompanharemos a emergência e consolidação da Psiquiatria Biológica como norte e parâmetro em relação às práticas discursivas em torno desse campo do angustiante. Acompanharemos o discurso psiquiátrico atualmente vigente, a partir das sete edições do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais. Bem como, enfatizaremos o modo como as questões relacionadas ao sofrimento psíquico passam a ser colocadas num discurso - que se atualiza enquanto prática também – que se declara ateuico, classificatório e estatístico. Para isso, nos debruçaremos nos textos dos DSM's – I, II, III, III-R, IV, IV-TR e V, a fim de acompanhar os caminhos e descaminhos da noção de angústia, quais os extravios desta e, neste sentido, acompanhar as transformações que ocorrem na medida em que, num determinado momento, o discurso a respeito do Transtorno de Pânico surge e se estabelece enquanto verdade.

Finalizando, o quarto capítulo será dedicado às análises finais que nos levaram durante todo o percurso dessa pesquisa. Todo o processo de acompanhar a história desse transtorno, nos trouxe inúmeras questões em relação a essa rede interconectiva na qual o Transtorno de Pânico está imerso. Este capítulo será dedicado aos efeitos que essa pesquisa genealógica produziu. Perpassaremos por todo esse caminho histórico e, com isso, traremos o que delineamos e compreendemos sobre nosso problema inicial. Uma análise do campo da angústia a partir de todas as leituras e caminhos feitos até então. Veremos onde conseguimos apontar fios de acontecimentos, linhas que se interconectam e que nos ajudarão a compreender e operar nesse campo. Este capítulo é dedicado a isso, aos desdobramentos finais de todo caminho percorrido durante a pesquisa.

⁶ Psicanalista, psiquiatra, professor titular de Psicopatologia Clínica pela *Aix-Marseille Université* (França). Professor livre-docente em Psicopatologia do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde dirige o Laboratório de Psicopatologia: Sujeito e Singularidade (LaPSuS). Diretor do Núcleo de São Paulo do Corpo Freudiano - Escola de Psicanálise (Disponível em: <<https://centropsicanalise.com.br/user/mario-eduardo-costa-pereira/>>. Acesso em: 12 março. 2018).

CAPÍTULO I

2 O ADVENTO DO SABER PSIQUIÁTRICO

Nos proporemos acompanhar, nesse capítulo, as transformações ocorridas durante todo o século XIX em relação ao discurso da, então, nascente psiquiatria. Vale ressaltar que estamos aqui destacando o processo de constituição histórico-política do saber psiquiátrico, bem como suas conexões e rupturas com o campo da medicina. Neste primeiro capítulo, iremos acompanhar o surgimento do campo psiquiátrico enquanto prática e discurso científico, assinalando Pinel, Esquirol e Falret como pontos de emergência nessa história. Além disso, traremos as análises de Foucault a respeito das relações de poder inerentes à psiquiatria, tomadas por ele como um espaço médico.

Percebemos ser de suma importância trazer para início das análises este processo de configuração do saber psiquiátrico a partir do campo médico. Visto que a psiquiatria começa a criar forma a partir do que se tinha produzido enquanto saber da medicina. Veremos adiante que as questões referentes ao campo da angústia começam a ser enunciadas como um problema médico justamente neste momento em que a psiquiatria toma forma enquanto discurso médico. Por isso trazemos as análises de Foucault neste primeiro momento histórico, para entendermos como o discurso da psiquiatria começa a ter um espaço no campo da medicina e, ao mesmo tempo, a questão da angústia passa a ser um problema médico de fato.

No curso intitulado *O poder psiquiátrico*, ministrado no *Collège de France* em 1973/74, Foucault, através de um exercício genealógico, propõe compreender a relação entre o poder psiquiátrico e os biopoderes próprios da modernidade. Nesse curso, Foucault pretende elucidar as continuidades e diferenças da psiquiatria em relação ao saber médico, bem como repensar as teses enunciadas com base no conceito de biopoder⁷, em seus dois eixos articuladores, a anatomopolítica do corpo e a biopolítica das

⁷ Visto que Foucault já havia trabalhado em *O Nascimento da Clínica* essas questões relacionadas ao saber médico, porém não havia trazido esta questão das relações de poder.

populações⁸, de forma a buscar compreender como se estabelecem e circulam as relações de poder dentro desse campo da medicina (CAPONI, 2012). Temos, então, que a psiquiatria começa a tomar espaço discursivo a partir do campo médico. De acordo com Caponi (2012) “é pela sua relação com a medicina que a psiquiatria encontra legitimidade e prestígio” (p. 33). É preciso destacar, não obstante, que o modo de operar em relação à terapêutica e formação de diagnóstico são completamente distintas no que se refere ao campo da medicina e no que virá a tornar-se a psiquiatria - o que, particularmente, nos interessa analisar.

De acordo com Foucault (1974), a psiquiatria será construída por três modos heterogêneos de operação discursiva, a saber, 1) as que serão estabelecidas entre o médico e a loucura dentro do hospital⁹, 2) a imbricação da anatomopatologia no discurso psiquiátrico e 3) a demanda de diagnóstico e tratamento das doenças mentais proveniente da clínica médica - e, como afirma Foucault (2006), “é essa heterogeneidade que vai marcar a história da psiquiatria” (p. 16). Começamos, portanto, com as descrições que Foucault traz a respeito da entrada do saber médico nos asilos.

Antes de mais nada, é importante destacar que, até então, os asilos eram compostos por diversas pessoas que foram ali internadas por diferentes motivos, por exemplo, por cometerem crimes, serem considerados imorais, enfim, por pessoas que cometeram algum ato contra a moralidade da época (FOUCAULT, 1961). Essa separação entre os chamados loucos e não loucos começa a tomar uma outra forma a partir do século XIX. Com a entrada do saber médico nesse espaço asilar, o internamento passa a ser um lugar específico para o louco (FOUCAULT, 1961). Esta separação marca o momento em que a experiência da loucura começa a ser entendida e interferida como objeto de análise médica, como uma doença e, sendo assim, passível de cura. Portanto, os esforços serão de tornar esse fenômeno

⁸ Para o autor, esta nova forma de gerir a sociedade começa a substituir o mecanismo de poder do soberano sobre os indivíduos e alarda um processo de gerenciamento populacional, o controle passa a ser direcionado à população e, ao mesmo tempo, aos corpos com um discurso pautado no melhoramento das espécies e das raças.

⁹ Até o momento, os hospitais gerais também eram chamados de asilos pois ainda não ocorria esta intervenção direta do saber médico dentro desses espaços. Os asilos eram povoados por pessoas que desviavam da ordem social vigente, haviam pessoas ditas criminosos, prostitutas, loucos, etc.

inteligível ao campo da medicina e de realizar métodos de tratamento para que estes loucos sejam “curados”.

Para Foucault, é nesse momento que começa a se configurar no internamento uma ordem, que perpassa por uma regulação permanente dos tempos, das atividades, dos comportamentos e dos gestos dos pacientes ali internados. Nos asilos, começam a reinar a lei e o poder,

[...] uma ordem que envolve os corpos, que os penetra, que os trabalha, que se aplica à superfície deles, mas que também se imprime até mesmo nos nervos e no que um outro chamava de ‘fibras moles do cérebro’ [...] os corpos são parasitados e atravessados pela ordem (FOUCAULT, 2006, p. 4).

Para que essa ordem seja inserida no espaço asilar são necessárias duas coisas: primeiro, a constituição do saber médico – um olhar neutro da medicina para este objeto a fim de que sejam realizadas observações exatas a respeito do fenômeno da loucura –e, em segundo lugar, uma determinada ordem disciplinar inserida nos asilos e, por conseguinte, nos corpos dos internos. Nesse sentido, Foucault (2006) ressalta que “a condição da relação com o objeto e da objetividade do conhecimento médico, e a condição da operação terapêutica são as mesmas: a ordem disciplinar” (p. 5).

Na realidade, esta ordem disciplinar é acionada inteiramente por determinada instância que, no interior ao asilo, é dotada de poder ilimitado; sendo tal instância o lugar que o médico ocupa para que a ordem permaneça sempre numa relação não recíproca de poder. E por isso Foucault afirma que a instância médica “funciona como poder muito antes de funcionar como saber” (FOUCAULT, 2006, p. 5). Seguindo, então, com as análises de Foucault, entraremos agora nos estudos relacionados à emergência de certa anatomopatologia dos corpos, buscando demonstrar como a anatomopatologia se delinea no discurso psiquiátrico e, neste processo, como a clínica médica incide seus desdobramentos na nascente prática diagnóstica/classificatória da psiquiatria.

Foucault coloca em questão a emergência de uma nova discursividade relacionada ao corpo que se articula à clínica médica, assinalando a distinção existente entre o

que surge como corpo anatomopatológico, corpo neurológico¹⁰ e a ausência de corpo (característica própria à psiquiatria nascente). Foucault (2006) assinala que a medicina captura este corpo direcionando-o a um esquadramento anatomopatológico para construir determinado saber em relação às doenças orgânicas, sua etiologia, tratamento e, principalmente, seu diagnóstico. Este modo de realização diagnóstica difere completamente da forma como constituiu-se o diagnóstico psiquiátrico. O diagnóstico referente à medicina será pautado pela diferença, na busca de lesões anatômicas que possam comprovar os sintomas aparentes no corpo, numa relação de “estímulo-efeito”. Nesse sentido, os efeitos da doença revelariam o ponto lesionado, de forma que um exame anatomopatológico permitiria diferenciar uma doença de outra. Na psiquiatria, não obstante, o modo como se dá este diagnóstico será pautado numa prova de realidade: por meio do que o sujeito fala, o médico saberá se este é louco ou não é louco, tratando-se de um diagnóstico absoluto.

Na psiquiatria, procurei mostrar a vocês que a peça essencial da captura era o interrogatório, que é o substituto das técnicas de exame que encontramos na medicina orgânica. Interrogatório que depende, é claro, da vontade do sujeito e no qual as respostas constituem para o psiquiatra, não um teste de verdade ou a possibilidade de fazer uma decifração diferencial da doença, mas simplesmente uma prova de realidade; o interrogatório responde simplesmente à pergunta: ‘Ele é louco?’ (FOUCAULT, 2006, p. 349).

Neste sentido, sob o olhar da psiquiatria, a vida do sujeito torna-se tecido de sintomas patológicos, ao passo que, na clínica médica, os sintomas são retirados através de uma análise minuciosa da anatomia do corpo. Então temos até agora duas formas de discurso: o psiquiátrico, baseado no interrogatório e, o médico orgânico, baseado no exame anatomopatológico.

Em conexão com o que estamos discutindo até o momento, voltaremos nossa atenção aos seguintes autores: Pinel, Esquirol e Falret, uma vez que tais autores emergem munidos do saber médico na primeira metade do século XIX, nos ajudando a pensar esse processo de surgimento do discurso psiquiátrico.

¹⁰ Veremos mais detalhadamente no capítulo 4 o que diz respeito ao corpo neurológico assinalado por Foucault como um dos acontecimentos que emergem em confluência ao surgimento da Psiquiatria Moderna.

Philippe Pinel¹¹, um alienista francês que realizou seus estudos no hospital de *Bicêtre* e *Salpêtrière*, marca uma mudança na postura da medicina em relação às pessoas que desviavam dos padrões de conduta socialmente aceitos, introduzindo a loucura no campo da medicina. Neste sentido, os alienados passam a ser considerados doentes, sendo necessário um tratamento moral para restabelecer suas razões deturpadas. Sabemos que, antes da entrada do saber médico nos asilos, o tratamento empregado aos alienados nos hospitais da Europa era pautado na filosofia humanitária e filantrópica. A novidade trazida neste momento é colocada através da “associação dessa postura tolerante e humanista [...] com o esforço de estudar racional e metodicamente o fenômeno da alienação” (PEREIRA, 2004, p. 114). Pinel desenvolve um método clínico *sistemático* para o estudo da alienação mental, fundamentado na observação constante dos pacientes. Suas bases teóricas para tal implementação estão no empirismo¹² de Locke e no sensualismo¹³ de Condillac e também nas ideologias de Destutt de Tracy e de Pierre Cabanis. Este método era traçado por meio da ordenação dos sintomas trazidos pelos pacientes, esta ordem era produzida numa lógica de classificação do que aparecia como sintoma, num processo pautado na racionalização das expressões e emoções dos alienados.

Pinel não concebia que a loucura fosse o universo da desrazão, mas acreditava tratar-se de uma expressão das paixões violentas do sujeito e seus excessos emocionais, entendendo a alienação como uma contradição sempre presente na razão, no sujeito racional. Além disso, considerava a loucura como uma manifestação puramente mental, afirmando que “a loucura é uma doença essencialmente mental e suas bases orgânicas são concebidas em uma relação dinâmica com o arcabouço anímico individual” (PEREIRA, 2004, p. 115). Interessante ressaltar como eram suas práticas de trabalho e como funcionava o tratamento moral:

¹¹ Pinel é retratado como aquele que irá “libertar os loucos” dos grilhões e correntes dos hospícios. É colocado como herói e idealizado pelas pessoas como aquele que trará de volta àqueles desviados da razão.

¹² Uma teoria que afirma que o conhecimento vem, apenas, da experiência sensorial. Enfatiza-se muito as evidências, é parte fundamental da ideia de metodologia científica, na qual todas as hipóteses e teorias devem ser testadas contra observações do mundo natural, ao invés de afirmar somente por meio de um raciocínio a priori, uma intuição ou revelação. Foi a partir do empirismo que surgiu a metodologia científica.

¹³ O sensualismo provém da ideia de que toda a faculdade do espírito advém da sensação, assim, todo conteúdo espiritual no homem é efeito somente de suas experiências, é também, uma forma de empirismo.

Não há por que se espantar muito [...] com a importância extrema que dou à manutenção da calma e da ordem num hospício de alienados, e às qualidades físicas e morais que essa vigilância requer, uma vez que essa é uma das bases fundamentais do tratamento da mania e que sem ela não obtemos nem observações exatas, nem uma cura permanente, não importando quanto se insista, de resto, com os medicamentos mais elogiados (PINEL, apud FOUCAULT, 2006, p. 04).

Para que aconteça a manutenção da ordem no hospital, Foucault aponta que o discurso psiquiátrico operará uma prática de batalha¹⁴, que passa a ser o principal meio de alcançar a cura dos pacientes. Em outras palavras, para que possa surgir o problema do conhecimento, da verdade e da cura da doença, o médico deve ater-se, antes de qualquer coisa, a um problema de vitória. Como veremos em Pinel, a terapêutica da loucura é a “arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas ideias” (apud FOUCAULT, 2006, p. 12). Podemos perceber que, neste momento, o que funciona enquanto terapêutica de cura para os alienados não passa somente pela questão do poder que se exerce através do saber do médico, porém, mais do que isso, o poder está encarnado num corpo com qualidades físicas e morais que submete o domínio dessa força presente na loucura¹⁵.

Na tentativa de suprimir tal força inerente à loucura, na batalha que se instaura no asilo e que nada mais é do que uma cena de coerção, ocorre certa manifestação de uma verdade, o relato do doente. Por exemplo, o doente reconhece que sua crença na necessidade de jejuar é errada e delirante, reconhece o que aconteceu e confessa que passou por flutuações, hesitações, tormentos e etc. Logo, será neste momento de confissão que se consumará, se efetuará o processo de cura, ou seja, “é o próprio relato do doente que constitui, nessa cena em que até agora a verdade nunca interveio, o momento em que a verdade se manifesta” (FOUCAULT, 2006, p. 15). Não há, por parte do médico, nenhum discurso em relação às causas da doença ou qualquer reconhecimento diagnóstico ou nosográfico. Tal processo de cura “trata-se do choque de duas vontades: a do médico e daquele que o representa, de um lado, e

¹⁴ Para Foucault trata-se de um campo de batalha organizado neste asilo que, antes de qualquer coisa, existe ali uma correlação de forças, um problema de vitória entre médico e pacientes.

¹⁵ Acreditava-se que a loucura seria uma insurreição de força, desorganizando completamente tal indivíduo, uma determinada força se desencadeia no sujeito e que não é possível dominá-la (FOUCAULT, 2006).

a do doente” (FOUCAULT, 2006, p. 14). Processo que acaba por suscitar um conflito, uma relação de forças internas ao doente, no que tange às suas ideias fixas e ao medo da punição vindoura, ‘um combate que provoca outro’, assim, Foucault conclui,

[...] parece-me que, entre os que podemos considerar como fundadores da psiquiatria, a operação médica que efetuam quando curam não tem em sua morfologia, em sua disposição geral, praticamente nada a ver com o que está se tornando a experiência, a observação, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina [...] É portanto essa heterogeneidade que vai marcar a história da psiquiatria no momento mesmo em que ela se funda no interior de um sistema de instituições que a vincula, entretanto, à medicina (FOUCAULT, 2006, p. 16).

Apesar de Foucault apontar Pinel, Fodéré e Haslam como pontos emergentes desta construção histórica da psiquiatria, assinala que foi a partir do texto de Esquirol, intitulado *Tratado médico-filosófico sobre a mania*, publicado em 1818, que o saber psiquiátrico se inscreve no campo médico e, ao mesmo tempo, se instaura como especialidade. Esquirol marca, portanto, uma entrada discursiva importante na psiquiatria, pois, ao organizar quadros estáveis de doenças mentais possibilita um diagnóstico e dá início a uma série de observações minuciosas dentro do hospital para que sirvam de base para construção desses quadros de classificação nosográficas.

Segundo Berrios (2012), foi Esquirol que delimitou alguns dos quadros classificatórios, que configuraram a base do pensamento científico para o campo da psiquiatria no século XIX. Até então, não existia um pensamento médico-científico sistematizado sobre a doença mental sendo, portanto, Esquirol que possibilitou que as práticas nos hospitais psiquiátricos fossem direcionadas à delimitação de categorias psicopatológicas estáveis. Havia em Esquirol uma preocupação maior em conhecer e delimitar as apresentações sintomatológicas dos pacientes, o que o faz propor uma nova forma de sistematização baseada numa diferenciação mais detalhada das síndromes psicopatológicas. Esquirol, por exemplo, dedicou-se a promover uma mudança ao conceito de melancolia que até o momento englobava características mais generalizadas de comportamento como morosidade, tristeza prolongada e motilidade reduzida (BERRIOS, 2012), diferenciando este conceito em duas noções, monomania e lipemania. Destacou que a monomania caracterizava-se por um delírio parcial com uma paixão alegre e que a lipemania referia-se a um delírio parcial e uma paixão triste ou opressiva (ESQUIROL, apud PACHECO, 2003).

Em continuidade com a prática do tratamento moral adotada por Pinel, Esquirol acreditava que a conduta terapêutica teria maior eficácia introduzindo práticas coercitivas que pudessem perturbar emocionalmente o paciente, levando-o a abandonar sua lógica delirante e a voltar aos pensamentos e condutas aceitos socialmente. A ideia seria colocar o paciente em confrontação direta com seu delírio, não havendo necessidade de escuta ao sofrimento do sujeito. Esquirol também defendia que a relação existente entre o paciente e o médico é de extrema importância para a cura, além de afirmar que os transtornos sociais são causas das doenças mentais – tendo em vista que atuava na época da Revolução Francesa e haviam muitos casos de loucura durante este período.

Por fim, temos a emergência do discurso articulado por Jean-Pierre Falret (1794-1870), psiquiatra francês, cuja importância foi a de trazer algo inédito à psiquiatria, a saber, uma organização descritiva de certa metodologia clínica. Falret teve destaque em seu trabalho através de uma nova forma de organização em relação ao trato clínico em psiquiatria, oferecendo uma definição precisa de método clínico baseada em três aspectos principais: um enquadre dialético, uma perspectiva evolutiva e uma ênfase no protagonismo do sujeito psíquico.

Tal feito surge num momento importante de luta política na Europa: a França passou a ser referência cultural e econômica no Ocidente na época pós Revolução Francesa (1789-1799) e isso reverberou no percurso realizado pela medicina mental francesa neste período revolucionário. A derrota da França na Guerra Franco-Prussiana em 1870, que representa o fim do domínio francês no Ocidente e a ascensão alemã na Europa e no mundo, influenciará diretamente a nova disciplina médico-psicológica, a psiquiatria. Como explica Ramos (2010):

Dessa forma, a vida de Falret coincide no tempo com o ciclo áureo da medicina mental francesa. O fastígio dessa última, entre os anos 1830 e 1850, incluindo a promulgação da lei de 30 de junho de 1838, o lançamento dos *Annales Médico-Psychologiques*, em 1843, e a fundação da *Société Médico-Psychologique*, em 1852, coincidem com o ápice da carreira de Falret. Foi este o período em que Falret produziu o melhor de sua obra, começando pelo livreto sobre o projeto de lei a respeito dos alienados (cf. Falret, 1837), publicado em 1837, e se encerrando com os artigos magníficos sobre o ensino clínico das doenças mentais (cf. Falret, 1864b), de 1850, sobre a não existência da monomania (cf. Falret, 1854), de 1854, e sobre o conceito de insanidade circular (cf. Falret, 1854), também de 1854. Portanto, Falret foi, durante toda a sua vida, não apenas espectador privilegiado, mas, sobretudo, protagonista decisivo do processo de desenvolvimento da psiquiatria durante sua fase mais brilhante de fundamentação” (p. 298).

A formação de Falret foi na direção oposta do que predominava na época na qual realizava seus estudos, uma vez que a tendência da psiquiatria, na ocasião, era de tratar as questões psíquicas como sendo de cunho somente físico, de maneira mecanicista. A formação de Falret, entretanto, foi pautada em tratar a dimensão subjetiva do sujeito, rejeitando a ideia hegemônica da época. Suas referências de estudo foram a psicologia do senso comum de Thomas Reid e a psicologia espiritualista de Victor Cousin, através das quais assinala o sujeito auto consciente como principal protagonista de toda elaboração psíquica, bem como a dialética de Hegel, na qual baseia o processo de construção de seu método clínico. Segundo Falret, seu processo de desenvolvimento passou por uma posição teórica organicista, a seguir, por uma posição psiquista e, logo depois, realizou uma síntese clínica das duas.

Como dito acima, o método clínico de Falret baseia-se em três aspectos fundamentais:

- 1) Enquadre dialético, destaca a irredutibilidade entre o físico e o psíquico; a necessidade de integrá-los para que o trabalho possa ser realizado de forma satisfatória.
- 2) Perspectiva evolutiva – coloca a psicopatologia num processo de permanente mudança, destacando seu caráter histórico e processual. Neste caso, as entidades clínicas devem ser caracterizadas por sua existência diacrônica e não por manifestações sincrônicas.
- 3) Ênfase no protagonismo do sujeito psíquico – Ainda que Falret declare que ocorra uma certa modificação orgânica no paciente, acredita, não obstante, que todo o restante que se expressa enquanto sintoma é produzido por determinada narrativa que é singular àquele sujeito e historicamente construída.

Percorremos até aqui certo caminho histórico-político em relação à primeira metade do século XIX. Em primeiro lugar, nos debruçamos sobre as análises de Foucault acerca do discurso psiquiátrico que emerge com a inserção do médico nos asilos. Em seguida, trouxemos Pinel e Esquirol como pontos enunciativos desse discurso em relação ao modo como se inscreve o dispositivo de poder que Foucault afirma operar

no discurso psiquiátrico. E, delineamos, por fim, o que Falret propõe como metodologia clínica em psiquiatria, inaugurando um discurso vinculado ao saber da medicina.

Elucidando um pouco mais sobre o que trouxemos até agora, vale ressaltar alguns pontos importantes. No início do século XIX, novas teorias psicológicas foram produzidas afim de mapear e definir comportamentos. Neste sentido, o que se destacava na época era a psicologia das faculdades mentais e, tal psicologia fornecia uma matriz taxonômica para esta nascente psiquiatria do século XIX. Segundo Berrios (2012) “o princípio taxonômico reinante durante o século XIX era a possibilidade de que os três grupos de funções mentais (intelectual, emocional e volitiva) poderiam adoecer separadamente” (p. 593). Sendo assim, as contribuições de Pinel e Esquirol estão imersas neste campo discursivo também.

Há diferenças importantes em relação ao que fora produzido no início do século XIX e posteriormente a este. Por exemplo, a prática exercida nos hospitais por Pinel e Esquirol era voltada para uma observação constante dos pacientes, buscando uma racionalização de suas emoções e expressões. O processo de “cura” dos pacientes era um método coercitivo em que a força física e moral do médico se fazia preponderante. Havia uma coerção física e moral para que o paciente confessasse uma tal verdade sobre sua alienação e, a partir desta confissão, é que se organizavam os quadros nosológicos.

Tal concepção é muito diferente do que vai se configurar no discurso de Falret. Tomando como base teórica a dialética de Hegel e algumas teorias psicológicas que falamos há pouco, Falret organiza uma metodologia clínica que coloca em evidência a integração física e psíquica do sujeito, afirmando ser de suma importância que se leve em conta a singularidade deste. Há aqui uma escuta ao sofrimento psíquico, o que até então não havia sido dito. Neste processo, abre-se um novo campo de escuta ao sofrimento do sujeito, começam a emergir neste campo da psiquiatria discursos que trazem essa questão psíquica como característica de doenças mentais.

CAPÍTULO II

3 O CAMPO DA ANGÚSTIA EMERGINDO NO DISCURSO PSIQUIÁTRICO

Entraremos, agora, na segunda metade do século XIX, momento em que a problemática da angústia é inserida no discurso médico/psiquiátrico. Dando continuidade à nossa proposta de análise, abordaremos os autores que, a partir da segunda metade do século XIX, tocam no problema da angústia por meio do campo discursivo da psiquiatria. Para isso, acompanharemos o trabalho dos seguintes autores: Morel, Doyen, Legrand Du Saulle, Maudsley, Beard, Westphal, Kraepelin, da Costa e Brissaud.

Esta seleção de autores foi feita com base nos estudos do psiquiatra e psicanalista Mario Eduardo Costa Pereira, em seu livro *Pânico: contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico* publicado em 1997. Esse livro traz para análise a categoria do Transtorno de Pânico, abordando o campo da angústia em relação à psiquiatria e também à psicanálise. Por tratar-se do tema em confluência com o que propomos neste trabalho, selecionamos os autores que são abordados nesse livro para serem discutidos aqui.

Benedict-Augustin Morel (1809-1873) foi um psiquiatra franco-austríaco que tanto marcou a história da psiquiatria como foi um dos primeiros a introduzir a noção de angústia no interior do discurso psiquiátrico. Analisaremos as questões levantadas por Morel, acompanhando as movimentações nos discursos enunciados e as transformações por ele estabelecidas a partir de duas de suas obras, o *Traité des Dégénérescences*, publicado em 1857, e *Du Délire Émotif – névrose du système nerveux ganglionnaire visceral*, datado de 1866.

Morel foi amplamente conhecido por ter proposto uma teoria da hereditariedade das doenças mentais, sendo esta fortemente influenciada por sua formação religiosa, ou seja, baseada na criação divina e num ideal perfeito de homem¹⁶. Para o autor, a degeneração estaria relacionada ao pecado original, sendo transmitido pelas

¹⁶ Visto que sua criação e educação foram num convento rigorosamente católico (PEREIRA, 2008).

gerações, a “transmissão à descendência das taras, vícios e traços mórbidos adquiridos pelos antecessores” (PEREIRA, 2008, p. 490). A partir dessas ideias, produziu projetos de cunho higienista a fim de impedir a propagação das degenerações da raça. De acordo com Pereira (2008), “a introdução, por Morel, do conceito de degenerescência, modifica inteiramente o panorama psiquiátrico e as formas de se conceber as modalidades pelas quais o herdado participaria da causação dos transtornos mentais” (p. 491).

Sua teoria estabelece uma relação direta entre hereditariedade biológica e moral, apontando diferentes causas para a degeneração, a saber: o consumo de álcool, uma alimentação precária, meio social paupérrimo, imoralidade dos costumes, conduta sexual depravada, a ocorrência de doenças na infância, bem como a herança adquirida por uma linhagem já degenerada.

Essa inserção da hereditariedade como cerne etiológico das doenças mentais começa a consolidar-se na medida em que os alienistas se atentam para o fato de haver maior frequência e semelhança entre os quadros psicopatológicos dos membros de uma mesma família. Morel consagra essa observação como fator principal, estabelecendo a hereditariedade como principal causa das doenças mentais. Assim, constrói-se um pensamento de certa predisposição à loucura “seguindo a lógica de que o semelhante gera o semelhante” (PEREIRA, 2008, p. 491).

Com o pensamento sobre a degeneração das raças, Morel anseia realizar uma sistematização coerente e científica deste campo, buscando encontrar uma unidade entre o quadro clínico, a evolução e a causa biológica de cada entidade diagnóstica. Acredita que seguindo a ideia da hereditariedade, a ideia de unificar quadro clínico, evolução e causa biológica das doenças mentais se tornaria científica. É assim que, com a teoria da degenerescência, a nascente psiquiatria encontra um porto para se ancorar e se afirmar como um saber médico, buscando uma certa cientificidade. Por exemplo, Valentin Magnan, psiquiatra francês, irá discordar com a argumentação religiosa defendida por Morel, porém, a ideia da hereditariedade e degeneração das raças permanece em formato e discurso similar deste proposto por Morel.

Os esforços de Magnan convergiam para a delimitação de uma teoria da degenerescência compatível com a observação clínica imediata e sua validação empírica [...] nessa nova versão da degenerescência, as proposições relativas a essa forma de conceber a questão da hereditariedade

deveriam ser expostas de maneira positiva e em sintonia com a ciência biológica praticada pela medicina da época (PEREIRA, 2008, p. 494).

A teoria das degenerescências de Morel produz um modo de pensamento que reverbera muito fortemente aos próximos estudiosos das doenças mentais, principalmente aos psiquiatras, por exemplo, Valentin Magnan, Jules Christian e Paul Garnier (CAPONI, 2012). A ideia formulada aqui por Morel postula que a herança que se perpetua através de geração em geração, numa linhagem familiar, não será somente relacionada às características biológicas, mas, também, às dimensões morais e comportamentais. Tal teoria chega mesmo a abranger a ideia de degeneração das raças à conduta humana, reunindo num só golpe a biologia e a ordem moral, de modo que “a conduta desregrada do avô poderia constituir a evidência da base hereditária para a alienação mental do neto” (PEREIRA, 2008, p. 493).

É nesse contexto que Morel propõe um quadro patológico que interessa a este trabalho, o delírio emotivo. Em 1866, o autor publica um texto expressando suas ideias em relação a uma nova neurose. Diz tratar-se de uma afecção no corpo que atinge tanto a ordem fisiológica quanto a ordem moral dos homens:

Os fenômenos da ordem física e da ordem moral nos constituem como seres susceptíveis de entrar em um momento de crise nervosa, atos imprudentes, impressionáveis, sensoriais e emocionais, ridículos, excêntricos, em alguns casos, perigosos em outros, digo, que esses fenômenos desempenham um papel vital na patogênese da doença que descreveremos (MOREL, 1866, p. 386, tradução nossa).

Nossa proposta, ao trazer o delírio emotivo formulado por Morel, consiste em colocar esse discurso no feixe de relações que se conectam e se transformam no tempo e que tocam na questão nuclear deste trabalho, que se refere ao campo da angústia. Ao mencionar o delírio emotivo como neurose diferenciada de outras, Morel anuncia um cenário que toca naquilo que investigamos, constituindo material para nossa análise. Vejamos suas contribuições, interferências e modificações no que diz respeito ao delírio emotivo, sem perder de vista sua teoria geral das degenerescências, que instaura uma ruptura importante no campo da psiquiatria.

Para Morel, o fator disparador do delírio emotivo é uma certa disposição mórbida do sistema nervoso ganglionar visceral. Assinala tratar-se de um distúrbio de ordem

fisiológica e de ordem moral, com manifestações agudas e crônicas, relevando a importância dos ascendentes em relação à herança da doença. Em relação às características gerais do delírio emotivo,

Uma das características *pathognomônicas* essenciais desta neurose é a facilidade com que os pacientes têm de sofrer uma impressão de determinada ordem, e de repente conformam seus pensamentos sem motivo e experimentam auxiliá-los a corrigir essas impressões e a expulsar os terrores que os sitiam [...] eles se aproximam apenas tremendo de uma porta ou uma janela, abrir ou fechar, pegar o lado do casaco ou embrulhar a mão com o lenço [...] Esta situação nervosa, que é dolorosa tanto física como moralmente, devido às **tendências panofóbicas dos pacientes**, compreende até certo ponto em períodos agudos e períodos crônicos, fases de remessa com retorno de exacerbações caracterizadas pelas mesmas impressões mórbidas, pelos mesmos medos e pela perpetração dos mesmos atos ridículos (MOREL, 1866, p. 387, grifo nosso, tradução nossa).

Importante evidenciar a palavra “panofobia” presente no texto, visto que o pânico ocupa lugar crucial no panorama nosológico dos Transtornos de Ansiedade. No quadro de sintomas aparecem, como características do delírio emotivo, que os pacientes “não se atrevem a tocar certos objetos, abrindo uma porta ou janela, entrando em uma carruagem, escalando em um primeiro andar, atravessar uma rua, um rio, para ver tal e tal espetáculo, abraçar sua esposa, seus filhos” (MOREL, 1866, p. 388, tradução nossa). Morel afirma que tal neurose se distingue dos quadros hipocondríacos, histéricos e epilépticos e que, ademais, não se caracteriza como loucura. Assim, segue enumerando as características fisiológicas e morais deste delírio:

No lado das funções fisiológicas, podemos notar os distúrbios do sistema circulatório e digestivo, os distúrbios da sensibilidade, que se manifestam sob a forma de hiperestesia e anestesia geral ou local. A distribuição desigual de calor, com alternância de frio intenso e calor seguido de transpiração profusa, as sensações dolorosas que começam a partir do centro epigástrico ou da profundidade das entranhas, irradiam às vezes em todo o corpo, às vezes nas partes laterais, e determinadas anormalidades estranhas na distribuição normal de sensibilidade e calor [...] No lado das funções morais, será surpreendido pela facilidade com que as emoções de uma ordem doentia são criadas, a instantaneidade com que certas ideias fixas são implantadas na inteligência, e levam a medos sem motivo, impulsos por assim dizer, terrores irresistíveis e ridículos que às vezes assumem as proporções de uma verdadeira panofobia. Observa-se que, apesar da preservação das faculdades que constituem homens inteligentes e razoáveis, há perversões estranhas de sensibilidade no homem moral, emocional ou afetivo. Ele experimenta repulsões e antipatias que são consequência de uma doença bastante acentuada. Muitas vezes, torna-se impossível para ele realizar os atos que dependem do exercício da vontade e que se relacionam com os hábitos mais comuns da vida, como os de tocar certos objetos (MOREL, 1866, p. 704, tradução nossa).

Em conexão às considerações de Morel, damos destaque à Eugène-Louis Doyen, médico francês e seguidor das ideias de Morel. Em 1883, Doyen publica um artigo à *Thèse de Paris* intitulado *Algumas considerações sobre os terrores mórbidos e o delírio emotivo em geral* (1883) na qual explana seu pensamento em relação ao delírio emotivo investigado por Morel.

Doyen cerne um pouco mais a questão dos terrores mórbidos presente neste quadro mais abrangente que é o delírio emotivo, colocando a emoção e o medo como pontos predominantes desta categoria, que chamará de terrores mórbidos. Afirma que os pacientes que vivenciam os terrores mórbidos estão perfeitamente conscientes do que ocorre, não havendo nenhum tipo de alucinação ou concepções delirantes. Insere algumas patologias categorizadas por outros médicos, como a agorafobia e o medo do contato, como manifestações deste estado de susceptibilidade do sistema nervoso, afirmando que tal estado pode seguir até generalizar-se para um quadro de melancolia. Reafirma a hereditariedade como o fator etiológico mais importante do delírio emotivo, porém, sem que se constitua como fator universal, de maneira a ser necessária a incidência de outras causas para a eclosão do quadro. Prossegue e finaliza com o prognóstico,

Em relação ao prognóstico, acreditamos que é necessário sobretudo orientar-se sobre a origem da doença e que é sobre isso que terá que se basear. Assim, em indivíduos hereditários, dificilmente pode ser obtida uma cura definitiva, enquanto que, por tratamento apropriado, quando o delírio emotivo se desenvolveu sob outra influência, pode-se esperar, e muitas vezes tem sido obtida (DOYEN, 1883, p. 639, tradução nossa).

Apesar de ser um texto curto, Doyen coloca em questão a panofobia e traz a agorafobia como manifestação deste quadro mais geral que é o delírio emotivo. Neste caso, destaca os terrores mórbidos como forma de colocar o problema do medo emotivo em evidência.

Damos destaque agora ao médico americano Jacob Mendes da Costa no qual trabalhou num hospital militar na Filadélfia (EUA) durante a Guerra Civil Americana (1861-1865). Durante este tempo, Da Costa diz ter descoberto uma doença cardíaca comum entre os soldados e que seria uma doença que afetaria os “civis”. Da Costa realizou uma coleta de dados com mais de 300 casos atendidos e acompanhados. No ano de 1871 Da Costa publica o texto *On Irritable Heart: a clinical study of a Form of*

Functional Cardiac Disorder and Its Consequences no qual traz um estudo sobre determinada síndrome do coração. Da Costa começou a notar muitos casos de um transtorno funcional no coração, ao qual nomeou de *síndrome do coração irritável*, considerando-o como uma doença cardíaca. Realizando um histórico clínico dos casos analisados, enumerou alguns dos sintomas que configuraram tal síndrome reconhecida, que são: ter tido um transtorno digestivo prévio (na maioria dos casos, uma diarreia); irregularidade da circulação sanguínea; dor na região cardíaca; ataques abruptos de palpitações no coração; dificuldade para respirar. Da Costa (1871) exemplifica transcrevendo um relato de caso, “ele ficou sem fôlego, não conseguiu acompanhar os camaradas, ficou irritado, com tonturas, palpitações e com dor no peito” (p. 560, tradução nossa), reitera que embora o paciente apresentasse estar bem e saudável, foi colocado na zona dos “Invalid Corps” e não poderia mais estar nas batalhas.

Da Costa afirma que esta doença cardíaca é comumente encontrada nos soldados. Não há no texto nenhuma menção ao caráter subjetivo da doença, ao contrário, Da Costa (1871) considera que este transtorno funcional poderia gradualmente atingir um patamar de doenças orgânica nos pacientes, “no momento em que a crença comum de que as afecções funcionais e orgânicas são amplamente separadas, falhei em primeiro lugar em aceitar o fato de que os estados aparentemente dissimilares eram, na realidade, um só, ou melhor, que um surgiu do outro” (p. 561, tradução nossa). No decorrer da leitura percebemos que Da Costa realiza um check-up nestes pacientes, levando em consideração os exames mais importantes a serem feitos na época e então segue assinalando o que concerne ou não ao quadro de sintomas analisados. Por exemplo, Da Costa considera vários exames médicos como coleta de urina, contagem de pulso, frequência cardíaca, distúrbios nervosos, respiração, distúrbios digestivos e alguns sinais físicos. A partir dos resultados destes exames realizados, configura um quadro de sintomas que são caracterizados como uma síndrome do coração. As análises feitas são puramente pautadas em exames clínicos e observação comportamental, a questão da guerra e seus desdobramentos na vida desses soldados não é colocada em foco, percebemos que a preocupação de Da Costa consistia em encontrar as explicações para essa nova síndrome no corpo biológico desses soldados.

Foi avaliado também o curso da doença, na qual poderá diminuir gradativamente ou ir aumentando e ocasionar um crescimento acentuado na área cardíaca e, em alguns casos os pacientes conseguem voltar a realizar exercícios, já outros, não conseguem mais realizar qualquer exercício sem que haja um novo ataque no coração. Em relação ao diagnóstico, Da Costa avalia somente sobre diferenciar tal síndrome de outras que podem ter semelhanças, como a hipertrofia e distúrbio valvular funcional.

O autor indica que não há como sinalizar somente uma causa deste transtorno, o que ocorre é que muitas vezes há um “combinado” de causas. Sugere como principal causa o serviço no campo de batalha, sendo este um trabalho constante e pesado na linha do piquete por realizarem inúmeros movimentos ativos em face de um inimigo. Finaliza concluindo que esse estudo tem por objetivo avaliar a conexão existente entre distúrbios funcionais e mudanças orgânicas, examinando as etapas intermediárias desse processo de adoecimento em curso.

A seguir, fazem-se importantes as considerações de Westphal a respeito do que chamará de agorafobia. Temos uma questão colocada pelo médico alemão Carl Friedrich Otto Westphal em 1872, no texto *Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung*. O autor relata casos de pacientes que se queixam de não ser possível mais caminhar em lugares abertos, declaram um medo absurdo de atravessar lugares ou ruas abertas – sendo essa a principal queixa do quadro clínico. Seus pacientes relatam uma sensação de medo intenso que surge de imediato quando estão em lugares abertos. Medo que o autor aponta como completamente injustificado e completamente diferente da vertigem.

Westphal destaca que tal medo emerge nos pacientes em lugares abertos, acontecendo em: praças públicas, ruas com ou sem casas, a cidade à noite estando deserta ou lugares fechados como igrejas e teatros. Nestas circunstâncias, surge um medo repentino sem motivo, acometendo fortemente a pessoa e, concomitante ao medo surge o pensamento de não conseguir atravessar a praça, tendo a sensação de que acontecerá algo alarmante ao atravessá-la. A seguir, um exemplo do que determinado paciente sente e como acontece:

O medo ao tentar atravessar um lugar aberto começa logo que as casas de uma rua, que desemboca na praça, começam a se distanciar dele; a seguir, surge uma sensação repentina de angústia na região do coração, como quando se leva um susto, como se algo o agarrasse na região do coração.

Fica com o rosto vermelho e quente; dele se apossa um medo que se pode tornar mortal (WESTPHAL, 2002, p. 158).

Importante destacar que o medo e o pensamento de que algo terrível irá acontecer surgem simultaneamente. Algumas circunstâncias externas contribuem para que o estado seja diminuído ou se erradique, como a companhia de outra pessoa, de modo que quanto mais livre de casas e objetos o lugar estiver, mais propícia estará a pessoa ao surgimento do estado de medo. Em mais um caso exemplificado, Westphal diz que

O insuportável de todas essas situações é uma sensação de medo intenso que surge imediatamente, introduzido por um calor, que começa no abdômen e sobe em direção à cabeça, acompanhado de taquicardia, frequentemente também com tremor generalizado e associado a uma sensação de aturdimento, quando atinge o clímax (WESTPHAL, 2002, p. 154).

Neste trabalho, Westphal refuta as conclusões de alguns autores em relação ao assunto abordado. Cita Moritz Benedikt (1870) e Wilhelm Griesinger (1845) apontando os equívocos e as diferenças relacionadas ao que está afirmando enquanto estado neuropático. Benedikt classifica tal fenômeno como “vertigem em lugar aberto”, relatando casos semelhantes aos que Westphal traz, de pacientes que não conseguiam atravessar praças e ruas abertas. Neste caso, para Benedikt, o paciente é acometido por certa vertigem, sendo apenas consequência de uma alteração patológica do ouvido interno e ocular. Westphal descarta a ideia realizando exames em alguns pacientes, afirmando que não existe relação entre tal fenômeno e qualquer alteração da consciência muscular decorrente de certa insuficiência ocular ou de qualquer disfunção do sistema vestibular. Afirma, com isso, tratar-se de um processo puramente cerebral, de origem psíquica, reiterando, além disso, que a agorafobia tem pouca semelhança com outros processos psicológicos por neles faltarem vários sintomas de uma doença psíquica e em razão de seu efeito ser passageiro.

O estado de agorafobia se distingue do grupo de doenças que representam em sua totalidade a maior parte das chamadas mentais pelo fato de que os sintomas dos sentimentos patológicos (temor, medo) estão essencialmente ligados a certas circunstâncias e condições externas e desaparece imediatamente com a supressão destas - às quais uma relação com a estimulação de sentimento não é inerente de forma nenhuma (WESTPHAL, 2002, p. 164).

O autor diferencia a agorafobia das outras doenças psíquicas, dos estados hipocondríacos e dos estados epiléticos, com isso, define-a como uma *doença*

neuropática. Assim como refuta a teoria de Benedikt, as ideias de Griesinger também são colocadas em jogo trazendo suas considerações e diferenciando determinadas proposições das que está afirmando até então. Neste ponto, Westphal traz a questão dos ataques epiléticos e dos epileptóides, diferenciando-os do que está chamando de agorafobia. Aponta que Griesinger engloba muitos casos no diagnóstico de ataques epiléticos ou epileptóides e, pelas análises feitas, discorda deste autor colocando os ataques epileptóides como um dos sintomas desta neuropatia. Afirma ser de suma importância diferenciar os estados neuropáticos das doenças mentais ao invés de, simplesmente, generalizar o conceito de ataque epilético ou epileptóide para que abranja todos os casos sinalizados.

Quanto mais acompanho a ocorrência de ataques epiléticos e epileptóides com especial atenção, tanto mais se impõe o fato de que tais ataques, sejam eles espontâneos ou (como parece não ser raro) decorrentes de causa mínima, fazem parte dos sintomas mais frequentes das mais diversas doenças psicopáticas e neuropáticas [...] não posso partilhar desse ponto de vista depois que constatei quão comum é a ocorrência de tais ataques em todas as formas de doenças mentais e neuropatias, tão diversas em sua etiologia e surgimento, em seu desenvolvimento e seu prognóstico (WESTPHAL, 2002, p. 166).

Por ora, o autor assinala algumas considerações a respeito da etiologia, desenvolvimento, diagnóstico e tratamento da agorafobia, a saber: predisposição hereditária para as doenças nervosas; surgimento repentino da doença; semelhança com certos estados psicopáticos, no entanto diferencia a agorafobia destes estados porque são pontuais e surgem repentinamente; a agorafobia permanece por muito tempo inalterada, ou seja, não há agravamento da doença. Em relação à terapêutica, não propõe nada muito consistente, citando apenas como pontos importantes a força de vontade do paciente, a medicação por bromato de potássio, bebidas alcoólicas (afirma que mesmo não podendo receitar tal tratamento, os pacientes relatam que há uma melhora ao consumi-las), e a aplicação da corrente elétrica no pescoço, cabeça e vértebra cervical.

Dando continuidade ao nosso trabalho, determinado autor refuta as ideias de Westphal e afirma outra forma de relacionar a agorafobia ao medo de lugares, de espaços etc. Veremos a seguir, a proposta deste autor e traremos nossas análises em conjunto.

É nesse momento que a noção de angústia é colocada como característica do estado neuropático¹⁷ denominado medo dos espaços. O alienista francês Henri Legrand Du Saulle (1878), a partir de vários estudos clínicos, estabelece uma cisão em relação a noção alemã de agorafobia¹⁸ contrapondo-a com a neurose emotiva ou medo dos espaços, que seriam:

[...] um estado neuropático muito particular, caracterizado por uma angústia, uma impressão ansiosa viva, ou mesmo um verdadeiro terror, que se produz subitamente em face de um determinado espaço (DU SAULLE, 1878, p. 318, tradução nossa).

Du Saulle realiza esta distinção do termo alemão “agorafobia” ao se remeter ao medo de praças públicas. Assinala que os doentes têm medo dos espaços, do vazio, dos teatros, das igrejas, dentro dos transportes públicos e outros espaços que não só as praças. Neste momento, traz uma problemática nova à psicopatologia, colocando a questão da agorafobia no campo da espacialidade e não mais restringindo-a ao local específico das praças públicas.

Du Saulle constrói uma sintomatologia para dar conta desta noção. A angústia aparece como característica crucial desta neurose, além disso, surgem sensações no corpo de terror que são paralisantes, estados ansiosos que acompanham sentimentos de medo absurdo de ser abandonado frente ao vazio, bem como um repentino abrandamento do quadro pela convicção do paciente de que receberá ajuda de outra pessoa. Pontua também outros sinais que acompanham o quadro: fraqueza súbita das pernas, superatividade circulatória passageira, formigamentos vagos, sensação de inchaço, frio, calor, suor frio, tremor, vontade de chorar, apreensões ridículas, preocupações hipocondríacas, lamentações murmuradas, perturbação generalizada e diversas alternativas de coloração facial e de expressão fisionômica.

Em relação ao tratamento que Du Saulle opera nestes casos, evidenciam-se dois tipos: o moral e o físico. As intervenções são realizadas junto ao paciente de maneira muito próxima, o médico participa do cotidiano do paciente durante alguns meses, compreende quais são os seus medos, examina as possibilidades de existência ou

¹⁷ O termo neuropatia aparece nos discursos da medicina por Pougens (1825) para nomear algo que seria uma alteração geral do sistema nervoso sem que haja uma lesão permanente de cunho orgânico.

¹⁸ Westphal (1872).

não de alguma doença orgânica, conversa com a família do paciente e também com seus amigos mais próximos.

Traremos à guisa de exemplificação um caso que o autor aponta no texto como bem-sucedido em seu tratamento. O Sr. L que lhe escreve uma carta solicitando sua ajuda afirmando estar dominado por sua imaginação,

A minha imaginação terminou por dominar o meu ser, ao ponto que hoje tudo para mim é obstáculo, tenho desânimo e temores contínuos. Ora, com esta disposição ao terror, mesmo nas menores bagatelas, com esta desconfiança involuntária para com todos os meios propostos como dianteira ser-me favorável; com esta fatal disposição, de um lado, acreditar que isto que não tenho feito poderia fazê-lo hoje, do outro, olho a minha cura como impossível; com esta excessiva fraqueza do cérebro que se traduz por invencível - repugnância, entreguei-me menos ao exercício, de medo de afastar-me do meu domicílio, acredita que o acessório do vosso sistema médico possa ter êxito sobre mim? Dominado pela loucura em minha casa, sobre qual força seguidamente conta para agir contra ela? (DU SAULLE, 1878, p. 67, tradução nossa).

Du Saulle (1878) vai até a casa do paciente e inicia o tratamento examinando o Sr. L, constatando que este não possui nenhuma doença orgânica, a não ser uma anemia leve, e verificando que possui um alto grau de sensibilidade nervosa. No que concerne ao tratamento físico, prossegue seu trabalho aplicando práticas que chamou de hidroterapia e ginástica, “imersões, chuvaradas gerais à água e banhos de forma igualmente frios. A reação era favorecida cada vez por fricções vigorosas e prolongadas, exercícios ginásticos ou manuseio da serra em madeiras, por passeios, o jogo de bilhar, etc” (p. 68, tradução nossa). Em relação ao tratamento moral direcionado ao Sr. L, o qual manifestava angústia ao sair de sua casa e ter que ir sozinho em direção à cidade, o paciente é convocado a uma obediência passiva ao médico que o acompanha em passeios pela cidade. O trabalho de Du Saulle consiste em acompanhá-lo em passeios cada vez mais longos, aos poucos deixando-o ir sozinho. Nos momentos em que acontecia o quadro apontado como neurose emotiva, o médico explica do que se tratava os sintomas e que iriam cessar logo, explicando ao paciente que é fruto de sua imaginação. É assim que Du Saulle constata:

A partir deste dia, fiz-lhe fazer únicos passeios; primeiro, na vizinhança do estabelecimento, seguidamente cada vez mais distante. Cada vez indicava-lhe o termo da sua excursão, e, fiel o seu compromisso, seguia estritamente as minhas prescrições [...]. Compreendeu que o terror ao qual havia cedido foi a causa da crise, e que a certeza que seria socorrido fez com que dissipasse toda a crise. Atribuiu os dois fatos a sua imaginação, e, felizes desta convicção, nascida pela primeira vez no seu espírito, diz a todos que

agora acreditava que sua cura seria possível, porque reconheceu positivamente que a sua imaginação era a causa dos seus males e que ele ia, a partir de agora, fazer todos os esforços para reproduzir isto em casa (DU SAULLE, 1878, p. 71, tradução nossa).

Como se pode observar, a prática médica perpassa por um certo tipo de tratamento de persuasão moral, no qual o médico impõe a sua vontade e demonstra ao paciente com convicção que não há perigo, que o paciente não irá morrer, nem sofrer de qualquer outra afecção orgânica grave, procurando tranquilizar o paciente e, além disso, que a cura advirá de sua força de vontade. É interessante notar, ademais, que o processo de cura do paciente se dá junto à presença do médico no seu cotidiano. No caso deste paciente, em que o tratamento durou três meses, o médico o acompanhou no seu dia a dia e depois se comunicou por cartas, até não haver mais necessidade de contato por conta da cura do paciente.

Apesar do texto publicado por Du Saulle tratar a agorafobia e o medo dos espaços como noções diferentes, o autor pontua que a angústia experimentada é absolutamente a mesma nos dois casos. A característica de ambos os casos seria a manifestação súbita de uma angústia avassaladora que não é trabalhada mais detalhadamente por Du Saulle, é colocada como instância já pronta, como um adjetivo. Além de realizar essa distinção entre agorafobia e neurose emotiva, Du Saulle (2011) diferencia a agorafobia como: idiopática, que seria uma entidade mórbida em si ou, secundária, que seria um sintoma de outra entidade mórbida principal. Enfatiza também que, nestes casos, não existe perda da razão, de forma que “a inteligência é sã e a liberdade moral intacta” (p. 320, tradução nossa).

Falaremos agora um pouco sobre os trabalhos realizados por Henry Maudsley nos quais tivemos acesso pelo texto *The Pathology of Mind* publicado em 1880, em New York. No capítulo oito deste texto, o autor trata das questões relacionadas à melancolia, reiterando que tal estado seria uma depressão da mente e que não está relacionado à bile negra, como se acreditava na época. Aponta alguns sintomas que antecedem a melancolia como sinais da doença, que são

[...] lentidão do espírito, maus pressentimentos infundados e pensamento abstrato. Há muito sofrimento mental durante este estágio preliminar: a autoconfiança do indivíduo é completamente abalada, e ele está em um estado angustiante de susceptibilidade exagerada (MAUDSLEY, 1880, p. 356, tradução nossa).

Continuando com as descrições, Maudsley distingue dois graus de melancolia: simples ou sem delírio, com estupor ou atônita. No decorrer do texto, não obstante, apresenta a melancolia em estado de medo/pânico.

Os estados melancólicos são expostos pelo autor tendo quatro tipos de causas distintas: orgânica, que adviria de algum órgão do corpo em consequência da conexão simpática entre o cérebro e o restante dos órgãos; uma operação mental inconsciente, na qual ideias e sentimentos latentes podem renascer quando o cérebro está num estado anormal; impressões do exterior que podem ter efeito sobre a mente; e uma ideia pode ser suscitada por outra ideia que aparentemente não possuem relação alguma e isso aconteceria num cérebro mórbido, em pessoas cujos centros nervosos são constitucionalmente instáveis e móveis.

O ponto importante a ser enunciado é o modo como o autor expõe essa problemática, colocando-a no âmbito das práticas sociais, explicando o contexto social em que as pessoas estão e como o estado melancólico surge a partir de determinada circunstância. Vejamos sua explicação:

E configura formas do estado melancólico diferentes de acordo com a cultura e hábitos de pensamento da pessoa, e de acordo com as opiniões sociais e religiosas prevalentes da época. Entre as nações bárbaras agora, como era o caso entre as nações europeias na Idade Média, a bruxaria é dominada pela mente destemperada como a causa de seus problemas; atualmente, nos países europeus, o medo de ser perseguido pela polícia por algum crime foi despojado e substituído pela ilusão de perseguição por feitiçaria. A convicção de ter cometido o pecado imperdoável e de ter incorrido em consequência a condenação eterna, tem sido uma ilusão comum de melancolia, uma vez que os discípulos de Cristo introduziram essa doutrina para a humanidade; mas um grego antigo que sofria da mesma forma de doença não poderia ter tido essa ilusão: ele teria se imaginado, como Orestes, ser perseguido pela Fúria (MAUDSLEY, 1880, p. 360, tradução nossa).

Pois bem, neste momento entramos no que o autor irá nomear de melancolia em estado de medo/pânico. São casos em que os pacientes têm um medo desesperador por algo que não entendem. Não sabem o que temem, exibem uma suscetibilidade exacerbada e tudo o que for falado será tido como alarme agudo e apreensão total. Maudsley afirma que a angústia seria muito maior nesses casos (ainda que não ofereça uma concepção de angústia), uma vez que a falta de definição da origem de tal apreensão causaria a paralisação das energias vitais. Maudsley destaca que os estados de pânico podem ocorrer subitamente e perdurar por um período de tempo,

podendo também dissipar de um momento para outro sem que haja uma continuação do estado melancólico. Acrescenta que acontece uma existência dupla destes casos, pois num momento a pessoa está em sã consciência, vivendo de maneira racional, e num outro momento, de súbito, é tomada por um estado de pânico e terror paralisantes,

Eles parecem ser seres duplos - uma vez mais racional do que insano, em outro momento completamente insano [...] a persistência da ilusão implica o corte de uma tão saudável interação: como manifestações conscientes são independentes, isoladas [...] 'Agora estou falando com o ser racional, agora com o ser mórbido'. Aqui, temos a explicação da dúvida que esses pacientes às vezes têm de si mesmos; eles não são uniformemente confiantes, e aparentemente só têm acreditado em sua ilusão, por não estarem então sob toda a sua influência: a sua natureza racional está em ação predominante, e eles atuam em suas relações como se sua ilusão realmente fosse um delírio (MAUDSLAY, 1880, p. 367, tradução nossa).

Continuando com nossa questão, o autor aponta alguns quadros de paroxismo de angústia ou pânico como características de certos casos de melancolia, sendo súbita sua manifestação. Traz um exemplo importante, que citamos a seguir:

O paciente talvez estivesse deitado para descansar, e depois de um curto período de repouso, no qual ele dormiu ou não, ele começou uma grande agitação, seu coração batendo tumultuado, seus sentidos perturbados e se precipita violentamente para a janela para se jogar fora dela; ele está sobrecarregado por enquanto, levado ao desespero, e dificilmente sabe o que ele faz; o frenesi tem todas as características de uma convulsão que afeta os centros nervosos mentais. Em alguns casos, o pânico convulsivo é precedido por uma sensação de angústia anômala e alarmante sobre a região do estômago ou do coração, uma sensação que, aparentemente aumentando para a cabeça, é acompanhada por um terror indescritível e um terrível sentimento de desamparo. A condição é insuportável, e ele sente que irá enlouquecer ou fazer algo terrível para si mesmo ou para outra pessoa; ninguém pode conceber a terrível agonia que ele sofreu, ele irá dizer depois (MAUDSLAY, 1880, p. 365, tradução nossa).

Por meio destes casos, Maudsley afirma que não se pode considerar a melancolia como uma doença orgânica grave, mas trata-se de uma condição que modifica um elemento nervoso que poderá acontecer abruptamente seja esta modificação de qualquer natureza. Reitera que a melancolia é caracterizada por uma profunda depressão mental, que faz surgir sombrias ilusões e tudo ocorrerá pelo corpo e será presenciado por este, sentirá tal estado por todas as funções corporais.

Seguindo com os autores que elencamos como pontos de emergência em relação ao processo de constituição histórica do Transtorno de Pânico, podemos considerar que

os trabalhos de George Miller Beard (1839-1883), neurologista americano, foram fundamentais neste processo, influenciando diretamente os escritos de Freud. Beard traz de maneira inédita a neurastenia (exaustão nervosa) como doença funcional dos nervos e delinea um quadro sintomatológico para ela. Diferencia exaustão cerebral (cerebrastenia) e exaustão no cordão/coluna vertebral (mielastenia), afirmando-as como existentes neste quadro clínico que chamará de neurastenia.

Os termos mielastenia e cerebrastenia foram inventados num dado momento histórico que, de acordo com Beard “foram inventados igualmente e independentemente, e foram usados primeiramente no *Journal of Nervous Diseases*, o Dr. Jewell indica que o termo cerebrastenia foi empregado por Robert Whytt, de Inglaterra” (BEARD, 1879, p. 05, tradução nossa). A proposta aqui é entender que Beard escolhe esses termos para sua explicação a respeito da neurastenia enquanto doença funcional, diferenciando-a de doenças estruturais. Até o momento essa diferenciação ainda não se encontrava delineada nos discursos médicos de maneira técnica, apesar de comparecer como discurso queixoso dos próprios médicos, no qual falaremos a seguir.

Beard aponta um problema relacionado à produção de conhecimento da medicina e a prática médica. Afirma que, em muitos casos, os profissionais começam a encontrar sintomas relacionados a doenças do sistema nervoso neles próprios e procuram outros médicos no intuito de serem curados de algo que os acomete. E também consideram abandonar a profissão afirmando que, por estarem acometidos por tal doença, não poderão mais exercer a prática médica. Beard (1879) conclui, no que diz respeito a essa confusão, que “nossa literatura neurológica é em parte culpada, uma vez que nenhuma das obras europeias sobre doenças nervosas em qualquer lugar deixa claro o diagnóstico diferencial entre doença funcional e orgânica” (p. 8, tradução nossa). Relata alguns de seus casos onde o tratamento em pacientes, médicos ou não, que trazem sintomas relacionados a doenças do sistema nervoso, são cuidados e tratados e continuam seu trabalho normalmente.

A partir de casos clínicos e de literaturas que tratam do assunto de maneira inconsistente, Beard inaugura no campo da psiquiatria uma nova relação com as doenças mentais e coloca em análise as práticas médicas no que tange ao tratamento, higiene, produção de conhecimento e prognóstico. Cita alguns autores que foram

importantes para a construção deste trabalho e, principalmente, aponta Erb, um médico alemão, como fundamental para que tal construção conceitual tenha tomado forma neste momento. “Tanto quanto sei”, afirma Beard, “nenhum dos recentes trabalhos-padrão sobre doenças nervosas em qualquer língua tem qualquer capítulo sobre a neurastenia, com a única exceção de Erb, que, tanto na nomenclatura como na descrição geral, segue o meu primeiro artigo” (1879, p. 05, tradução nossa).

O trabalho feito por Beard foi o de distinguir a neurastenia e as doenças nervosas funcionais aliadas de doenças nervosas orgânicas. Seu objetivo principal foi realizar certa diferenciação entre os sintomas de uma condição mórbida de fato dos de uma condição neurastênica. Num primeiro momento, ressalta que os sintomas relacionados às doenças orgânicas são sempre estáveis e fixos; já os sintomas da neurastenia e estados aliados são contrários a isso, sendo passageiros, instáveis e recorrentes. Muitos sintomas que surgem na neurastenia também ocorrem nas doenças orgânicas, de modo que Beard (1879) atenta não ser possível realizar qualquer diagnóstico diferencial a partir da aparição dos sintomas gerais. Afirma que, “no neurastênico nunca se pode dizer a partir da localidade da dor ou outro sintoma onde a doença realmente é” (BEARD, 1879, p. 13, tradução nossa). Posteriormente, assinala sintomas que são intrínsecos à neurastenia e estados aliados:

Prurido geral ou local (sem doença cutânea aparente), sensibilidade dos dentes e das gengivas, rubor e inquietude, pulso marcadamente trêmulo sem doença cardíaca, idiosincrasias novas e especiais em relação à alimentação e à medicina e que não existiam antes da doença, tontura, desejo mórbido de estimulantes e narcóticos, *medo mórbido, como agorafobia, astrofobia e antropofobia*, ou medo da sociedade (BEARD, 1879, p. 11, tradução nossa).

Em outra diferenciação, Beard afirma que nas doenças orgânicas a atividade reflexa é diminuída e na neurastenia a ação reflexa é aumentada copiosamente. Assinala diferenciações da neurastenia e estados aliados de: hipocondria, anemias, histeria, sífilis, resfriado comum e reumatismo.

A princípio, havíamos falado da mielastenia (exaustão espinhal) e a cerebrastenia (exaustão cerebral) enquanto condições atreladas à neurastenia e, mais adiante, Beard aponta a necessidade de diferenciar essas duas noções para se ter um diagnóstico adequado. Os sintomas da cerebrastenia estão mais articulados com a cabeça, podendo ser físicos ou psíquicos; já os sintomas da mielastenia estão

relacionados ao corpo como um todo. Na mielastenia o esforço físico é tido como insuportável, enquanto na cerebrastenia o esforço físico é facilmente executado, sendo esse fator do exercício físico o mais importante para manter essa diferenciação no diagnóstico. Em resumo:

Cerebrastenia e mielastenia são combinados às vezes, e não frequentemente alternam entre si. Esses fatos complicam ainda mais o diagnóstico e o tratamento; em um estágio da neurastenia um paciente pode ser capaz de tomar grandes quantidades de exercício muscular; em outro estágio - separado, pode ser, por não mais do que alguns dias ou semanas - toda a atividade muscular é irritante e prejudicial, e, se persistir, pode fazer mal. Daqui resulta que os pacientes devem ser observados e estudados pelo médico, de modo que a higiene pode, em certa medida, variar com as diferentes fases da doença (BEARD, 1879, p. 22, tradução nossa).

Em 1881, Beard publica um artigo intitulado *A nervosidade americana* no qual irá trazer uma contribuição muito importante para seus estudos da neurastenia, produzindo com sua análise uma cisão num determinado modo de pensar a etiologia das doenças ditas nervosas e abrindo um novo campo de análise. O problema central em relação à neurastenia seria, para o autor, a civilização moderna. De acordo com Beard, determinada parcela da sociedade americana está adoecendo por motivos sociais, o avanço tecnológico e esta nova forma de vida civilizada produz efeitos no sistema nervoso. A ideia de que nossa energia vital não seria suficiente para dar conta do que nos é externo, neste caso, o novo modo de vida moderno.

A invenção da imprensa, a expansão do uso da máquina a vapor, na indústria e nos meios de transporte, o telégrafo, a imprensa jornalística, a máquina política dos países livres, as agitações religiosas que são sequelas do Protestantismo – as atividades da filantropia, que se fizeram necessárias pelo aumento da população e da pobreza, e certas formas de doenças – além de, mais do que tudo, talvez, o aumento e extensão da complexidade da educação moderna, dentro e fora das escolas e universidades, o efeito inevitável do desenvolvimento da ciência moderna e a expansão da história em todos seus ramos – todos esses fatores são lâmpadas adicionais introduzidas no circuito e são alimentadas à custa do sistema nervoso, cuja força dinâmica não foi aumentada na mesma proporção (BEARD, 2002, p. 178).

No decorrer de seu trabalho, Beard (2002) atentou para o fato de que há um número muito maior de casos de neurastenia e outras doenças nervosas entre pessoas urbanas e intelectuais do que em pessoas do interior e trabalhadores braçais. Assinalou também algumas novas práticas sociais que considera cruciais para a produção de uma sociedade “nervosa”, a saber: a especialização do trabalho, levando às pessoas a realizarem movimentos repetitivos; a invenção dos relógios de pulso,

que traz consigo a necessidade de pontualidade; a invenção do telégrafo, que faz com que as flutuações de preço sejam mais comunicadas e com maior rapidez para muitos lugares ao mesmo tempo, sendo a concorrência mais difundida e intensificada; o barulho das grandes cidades, que causariam uma séria perturbação molecular; a rapidez nas descobertas de novas experiências, invenções e ideias; a comercialização de muitos negócios, que acelera as transações comerciais; o investimento no mercado de ações; a desilusão e o sofrimento, que intensificam a susceptibilidade mental; a repressão das emoções e expressão da razão por conta da exigência das convenções sociais e a maior necessidade de expressar inteligência, que leva à exaustão; sofrimentos familiares e financeiros, decepções e fracasso nos negócios; política e religião; o estímulo dado para expressão da liberdade e a questão do caminho a ser seguido pelo indivíduo; o hábito de sofrer por antecipação – o interesse pelo futuro, o planejar e o pensar com antecipação, o que requer um constante e exaustivo consumo de energia.

Beard percebeu o quanto as transformações no meio urbano são diretamente sentidas no corpo das pessoas. Este momento, como assinalado acima, consiste numa mudança econômica e social muito importante na história da humanidade. Modificamos a forma de lidar com o trabalho, a produção de conhecimento, de mercadoria, enfim, toda uma concepção de como deve-se viver é modificada e, para Beard, isso também produz efeitos na saúde mental. Será, então, seguindo tal linha de pensamento, que Beard delimitará uma diferença marcante em relação às doenças mentais. A neurastenia é destacada desse conjunto de doenças ditas “nervosas” na medida em que Beard começa a perceber diversas matizes que podem produzir determinados estados psicopatológicos nos indivíduos que não estão ligados a uma origem biológica. Ao mesmo tempo, no entanto, insere a neurastenia nesse discurso neurológico, afirmando-a como um distúrbio funcional do cérebro.

Finalizando este primeiro momento de análise, pontuamos as considerações de Brissaud a respeito das diferenciações entre ansiedade e angústia, as quais produzem efeitos importantes neste campo que estamos estudando. No *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France* realizado em Paris em 1902, Brissaud assinala distintivamente que:

A angústia é um fenômeno bulbar, a ansiedade é um fenômeno cerebral; a angústia é uma perturbação física que se traduz por uma sensação de constrição, de sufocação; a ansiedade é uma perturbação psíquica que se traduz por um sentimento de insegurança indefinível. Se não se tomar cuidado de distinguir estas duas ordens de acidentes, a concepção dos estados ansiosos permanecerá sempre confusa (BRIASSAUD, 1902, p. 04, tradução nossa).

Para o autor essa distinção mostra-se extremamente necessária dado que se trata de fenômenos distintos: a angústia como fenômeno físico e a ansiedade como um fenômeno psíquico. Esta separação evitaria outras denominações incompreensíveis encontradas na literatura médica, como exemplifica “angina de peito sem angina, onde a palavra angina (que, como angústia, vem de *angor*¹⁹) serve para designar alternativamente uma perturbação física e uma perturbação psíquica” (SOUQUES, 1902, p. 1178, tradução nossa). Além desta diferenciação, Brissaud (1902) traz a noção de ansiedade paroxística como uma neurose de angústia particular, caracterizada por um estado mental que apresenta uma sensação física de constrição torácica e sufocação. Segundo o autor, a ansiedade paroxística “traduz a perturbação, a apreensão, o terror, que inspiram as consequências imediatas desta opressão: é a apreensão súbita da asfixia ou a síncope; é a clara visão do perigo supremo” (p. 44, tradução nossa).

Brissaud afirma, portanto, que não se deve confundir ansiedade com angústia. A ansiedade pode acompanhar a angústia; mas é possível que a angústia desapareça e a ansiedade persista como fenômeno psíquico que advirá por meio de crises. Tal fenômeno é denominado por Brissaud como paroxismos noturnos. Os paroxismos noturnos têm como características o despertar abruptamente do sono e uma agitação interna indefinível, sendo esse “indefinível” a característica mais marcante. A ansiedade paroxística tem relação direta com o nervo pneumogástrico, ferindo esse nervo de tal forma que produz os sintomas físicos característicos: “os nervos sensíveis dos brônquios ou os da laringe, ou ainda os do estômago, esta irritação reflete-se sempre a nível vital, e resulta às vezes numa sensação de cardialgia, às vezes asma, às vezes crise gástrica” (BRISSAUD, 1902, p. 45, tradução nossa).

Souques (1902), médico alienista, contrapõe a teoria de Brissaud com a de Litreé, uma vez que este enfatiza a angústia, a ansiedade e a apreensão como estados iguais

¹⁹ Do latim *angore* ou *angor pectoris*, o mesmo que angina no peito.

apresentados em graus diferentes. Neste caso, a angústia não seria nada mais que a ansiedade elevada a seu grau mais elevado. Litreé define angústia sendo “um sentimento de medida à região epigástrica com dificuldade para respirar e grande tristeza” (SOUQUES, 1902, p. 1177, tradução nossa) e define ansiedade como um “estado de perturbação e de agitação com sentimento de desconforto e medida à região pré-cordial” (p. 1177, tradução nossa). Traz também que os termos angústia e ansiedade têm o mesmo radical e derivam da palavra *angor* que significa aperto e sufoco. Souques (1902) salienta que:

Sem dúvida, habitualmente existe a coexistência da angústia com a ansiedade, que esta precedeu ou seguiu aquela, e esta coexistência frequente contribuiu provavelmente para a confusão filológica. Mas existem tantos casos de ansiedade sem angústia como de angústia sem ansiedade (p. 1177, tradução nossa).

Neste texto, o autor comunga a necessidade em distinguir a angústia da ansiedade, apontando para os casos em que alguns pacientes manifestam angústia sem ansiedade e vice-versa. E enfatiza a distinção feita por Brissaud, a qual expomos acima.

Por último, para encerrar esse primeiro momento de análise, traremos um autor alemão cuja trajetória de pensamento é crucial para entendermos o processo de ascensão da psiquiatria enquanto prática associada a um saber pautado na normalidade e anormalidade da vida cotidiana. O trabalho do psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) estabeleceu um importante momento na história da psiquiatria e, com efeito, noutras áreas relacionadas ao campo das doenças mentais, como por exemplo, a psicologia e a psicanálise. Neste trabalho, Kraepelin emerge como ponto de referência, de acontecimento, estabelecendo uma ruptura na história da emergente psiquiatria moderna.

O desenvolvimento inicial de suas ideias estava muito atrelado à política vigente de Bismarck²⁰ da época, e não foi somente Kraepelin quem aderiu aos direcionamentos políticos naquele momento, uma vez que a correlação entre a política e a ciência perpassou diversos debates em geral. Naquele momento histórico, acontecia uma luta

²⁰ Otto von Bismarck foi o chanceler da Alemanha no século XIX, muito conhecido por deixar de lado a política liberal da época preferindo por introduzir a política da força.

entre os localizacionistas²¹ e seus opositores, na qual venceram os primeiros pelo motivo de estarem em maior coerência ao rigor da cultura bismarckiana.

A proposta de Kraepelin era a de conectar pesquisa e cuidados ao paciente, relacionar dados anatômicos aos fenômenos psicológicos²², estabelecer critérios neuropatológicos e também descrições clínicas das perturbações mentais. Em determinado momento, concentra seu trabalho na busca por sinais prevalentes e preponderantes que pudessem basear tanto o diagnóstico quanto a classificação das doenças mentais. Inicia, assim, um programa de pesquisa ao instalar-se em Heidelberg, em 1891, quando assume a clínica e o laboratório neuropsiquiátrico. Este programa tinha como objetivo seguir um grupo de pacientes, realizando diagnóstico e o prognóstico de cada um deles, analisando com bases estatísticas os resultados. A partir dessas análises, surgem dois conceitos clínicos, a saber, o processo degenerativo psicológico²³ e a demência precoce. Por meio desse novo conceito de doença, surge a ideia de que se pode prever o curso futuro dos eventos no campo das doenças mentais. Fundamentado numa observação longitudinal e na apuração do estado terminal, Kraepelin buscava diferenciar os sintomas essenciais dos acidentais.

Tal programa de pesquisa baseava-se em dois critérios: metodológico, avaliando o curso de deterioração e incurabilidade; e clínico, com análise do quadro sintomático. Kraepelin realizava estudos transversais para formular uma ordenação e classificação dos sintomas, organizava padrões sintomáticos, estudos retrospectivos e prospectivos para caracterizar suas evoluções, e foi dessa maneira que

[...] iniciou sua pesquisa sistematicamente definindo parâmetros e mensurando-os estatisticamente. Assim, ele caracterizava a faixa etária em que certos quadros costumavam aparecer, sua prevalência, estabilidade dos complexos sintomáticos, efeito na linha de vida do doente etc. [...] rompeu com o método sintomático e inaugurou o método clínico na psiquiatria (CÂMARA, 2007, p. 680).

²¹ De acordo com Pauly apud Berrios e Hauser (2013) a política dos localizacionistas estava pautada na ordenação dos espaços, “a localização tanto representava a ordem burocrática quanto era um meio para promover a ordem de forma concreta. Ela deu apoio crucial para o argumento de que as doenças mentais eram as doenças do cérebro, trazendo assim a insanidade mais firmemente para dentro dos limites da medicina” (p. 129).

²² Interessante salientar aqui que Kraepelin estudou por um período psicologia experimental sob as orientações de Wilhelm Wundt.

²³ Os dados recolhidos sugeriam que a maioria dos pacientes acabavam num estado de demência, sendo assim, começa-se a investigar indicadores para um processo degenerativo.

No fim de suas contribuições, com a publicação do artigo *Die Erscheinungsformen des Irreseins*, em 1920, Kraepelin reformulou sua metodologia e teoria. Com suas investigações etnopsiquiátricas²⁴, avaliou que existiam elementos invariantes presentes nas doenças mentais e que seriam independentes de interferências culturais. A demência precoce, por exemplo, foi por ele entendida como uma entidade universal e somente algumas características secundárias dessa doença poderiam ser afetadas por questões culturais de regiões específicas.

Sua produção científica estava em prol da ciência biológica e experimental, de maneira que Kraepelin almejava “isolar o núcleo mórbido propriamente médico-biológico da loucura de suas expressões visíveis transformadas pela cultura, pela história e pela subjetividade” (PEREIRA, 2009, p. 162). A classificação proposta por Kraepelin em suas contribuições teórico-prática segue os moldes propostos por Kahlbaum²⁵, os quais são: a sintomatologia, a evolução da doença, o prognóstico e o isolamento de cada entidade clínica. Para Pereira (2009) “o projeto nosográfico kraepeliniano é fundamentalmente categorial” (p. 162), havendo um descarte total de uma concepção dimensional das doenças mentais. Há também um esforço em estabelecer diferenças nítidas entre uma e outra categoria nosográfica, por exemplo, a separação feita entre demência precoce e a loucura maníaco-depressiva.

Para além das classificações e descrições das perturbações mentais, a psiquiatria, neste momento, volta-se para um trabalho disposto a compreender a essência e as ligações internas dos processos de adoecimento psíquico. Pereira (2009) contesta que, “[...] o quadro psicopatológico não pode em nenhum caso ser concebido como uma expressão direta de um processo mórbido de natureza biológica. O sintoma mental observável não pode ser considerado mera manifestação da lesão” (p. 163). Por fim, Kraepelin trabalha com a integração desses três fatores, a saber: alterações biológicas, encadeamentos individuais de ordem psíquica e a história antecedente do sujeito.

²⁴ Kraepelin realizou muitas viagens em prol de sua pesquisa, em diversos países de continentes diferentes.

²⁵ Karl Kahlbaum (1828-1899), nosólogo alemão.

Kraepelin contribui à sua maneira com a noção de *Schreckneurose* (neurose de terror), descrevendo e atribuindo o papel etiológico às experiências de terror²⁶. Anteriormente, num texto publicado em 1904 intitulado *Para estudantes e médicos abstraído e adaptado da sexta edição alemã de Kraepelin "Lehrbuch der Psychiatrie"*, encontramos algumas considerações em relação às neuroses gerais e, daremos evidência às neuroses traumáticas pois diz respeito ao problema disparador desta dissertação.

Em relação às neuroses de maneira geral, Kraepelin define-as como condições de adoecimento, acompanhadas por distúrbios nervosos funcionais que possuem uma base constitucional mórbida e também perturbações transitórias envolvendo os campos físico e psíquico. Aponta como característica essencial a mudança geral de toda a personalidade do sujeito e afirma que esta diferença separa as neuroses da insanidade maníaco-depressiva. Neste pensamento, as neuroses gerais são delimitadas em três grupos: as epiléticas; as de insanidade histérica; e as neuroses traumáticas.

Ao que nos interessa, a neurose traumática, Kraepelin explica que trata-se de um complexo de sintomas que são decorrentes de traumatismo. Tendo por características básicas o surgimento gradual de inúmeros sintomas motores e sensoriais e uma depressão mental de longa duração. Aponta também que existem diferentes formas de trauma, sendo estes, o susto, uma ansiedade intensa, uma queda ou acidente. Sinaliza que existem outras formas de tratar esta questão, por exemplo, os autores Schultze, Hoffman e Mendel sustentam que tal doença trata-se de uma histeria ou uma neurastenia de origem traumática.

No que diz respeito à etiologia da doença, não há uma explicação adequada para a neurose de terror. Pontua que Westphal considera existir uma base orgânica para essa patologia, na qual ocorrem mudanças no sistema nervoso central. Mas considera, por outro lado, que Charcot relaciona-a com as condições de hipnose, o que descartaria a etiologia orgânica. Por fim, Kraepelin reitera que a visão mais aceita seria que tal patologia possui origem psíquica e ainda não poderia afirmar se o

²⁶ Importante assinalar aqui a escassez de material para pesquisa neste caso, o texto no qual se encontra esta descrição de neurose de terror chama-se *Einführung in die psychiatrische Klinik* publicado em 1921, porém, não encontramos para leitura nenhuma cópia seja no inglês, português ou francês.

distúrbio emocional é ocasionado no momento do acontecimento traumático ou se os primeiros sintomas surgem semanas ou meses após um acidente.

Os sintomas das neuroses de terror se desenvolvem gradualmente ao longo de algumas semanas ou meses após um acontecimento traumático, sendo eles: desânimo com ansiedade, medo, perda do poder de resistência física e mental, ideias compulsivas, agorafobia e ideias hipocondríacas. Segundo Kraepelin, “os pacientes ficam calados, deprimidos, apreendem com dificuldade e têm pouco interesse no meio externo” (1904, p. 373, tradução nossa). Geralmente não conseguem se livrar dos pensamentos relacionados ao acidente, acreditam que não são mais os mesmos, estão sempre cansados, esgotados e incapazes de trabalhar, como também “mostram uma tendência em observar cuidadosamente tudo sobre sua condição física que pode ter tido conexão com o acidente” (1904, p. 373, tradução nossa). No que se refere aos distúrbios emocionais, Kraepelin assinala que

Eles são muito irritáveis, sensíveis e facilmente jogados em perplexidade ou confusão, pensamentos suicidas. A memória é boa, apesar das queixas em dizer o contrário, se houver uma falta de interesse não conseguem se expressar com perfeita coerência e sempre se sentem tensionados por uma sensação de ansiedade e opressão interna [...] a capacidade de trabalho é muito dificultada pelas ideias hipocondríacas e pelas inúmeras queixas nervosas. Os sintomas psíquicos aqui enumerados geralmente não se tornam mais proeminentes. Ocasionalmente aparecem estados oníricos ou agitação alucinante aguda (1904, p. 373, tradução nossa).

Kraepelin destaca como sintomas físicos o sono perturbado por sonhos ansiosos, a perda de apetite, a nutrição prejudicada, algumas sensações na cabeça e nas costas, parestesias e dores em partes do corpo, zumbido nos ouvidos, perda de força motora, palpitações no coração, dificuldades de urinar, vômitos, distúrbios sensoriais como a hiperestesia e “muitas vezes há uma aceleração do pulso e às vezes de respiração após distúrbios emocionais” (KRAEPELIN, 1904, p. 374, tradução nossa).

Tratando-se do diagnóstico, Kraepelin afirma que este é quase impossível, ou seja, que há muita dificuldade para estabelecer o diagnóstico. Diz que se diferencia da histeria pela uniformidade dos sintomas num dado caso, explicando que “não há a mesma flexibilidade, nem os sintomas são tão transitórios como a histeria, mas, a esse respeito, eles relembram alguns dos pacientes histéricos com uma persistente autossugestão” (1904, p. 375, tradução nossa). No caso das neuroses traumáticas, o diagnóstico irá depender da conformidade de todo o quadro clínico com um dos grupos

de sintomas conhecidos da doença. Afirma também que os sintomas objetivos, como a aceleração do pulso, o campo de visão restrito e o aumento de reflexos tendinosos, não são suficientes para fechar um diagnóstico neste quadro. Kraepelin menciona que alguns testes psicológicos têm sido desenvolvidos e aplicados afim de detectar alguns sintomas psíquicos presentes neste quadro clínico. O prognóstico varia de acordo com a gravidade do trauma, ou seja, não há uma regularidade nestes casos.

Em relação ao tratamento, o autor sugere primeiramente que seja dissipada todas as ideias de litígio, as ideias conflitivas. Propõe que o paciente volte ao trabalho ou realize alguma atividade de distração, aplicações de hidroterapia, massagem, exercícios, eletricidade, sugestão hipnótica e um regime dietético.

Chegamos, assim, às considerações em relação ao que já trouxemos, neste caminho pelo século XIX, quando buscamos acompanhar os processos históricos relacionados ao discurso médico e psiquiátrico no que perpassa e atinge o problema que propomos aqui, a questão da atual categoria nosológica Transtornos de Pânico e a sua articulação direta com o campo da angústia.

Em relação ao que foi visto até aqui, podemos afirmar que a questão da angústia só aparece no discurso médico quando este saber passa a se relacionar ao corpo neurológico. A partir de então, surgem na psiquiatria enunciados que destacam a angústia como principal característica de determinadas neuroses. Isso é importante, pois, até as considerações de Brissaud, que diferencia a angústia da ansiedade, a angústia só aparece como característica de alguma doença nervosa, como por exemplo, a síndrome do coração irritável, a agorafobia, a melancolia ou a neurose emotiva.

Em outras palavras, até então, a angústia é tratada como instância pronta, como um simples adjetivo. Percebemos também que o discurso psiquiátrico começa a modificar-se com a entrada do saber psicológico sobre o sujeito, ou seja, os fenômenos psicológicos começam a ser parâmetro para explicação do que era dito de

maneira estritamente orgânica. Surge, assim, na psiquiatria, um discurso sobre a angústia, definindo-a como um distúrbio emocional de origem psíquica, mas sempre atrelada ao corpo neurológico, de modo que, no fundo, a angústia acaba por permanecer no discurso psiquiátrico como uma disfunção cerebral.

Como vimos, Kraepelin afirma que as neuroses são distúrbios nervosos funcionais que possuem uma base constitucional mórbida, ou seja, há todo um aparato discursivo em relação às neuroses que as colocam o tempo todo no campo biológico. Em relação às neuroses traumáticas, Kraepelin afirma serem um complexo de sintomas motores e sensoriais atrelados a uma depressão mental. O discurso psicológico é utilizado de modo que as questões sejam explicadas e entendidas de maneira científica e biológica. Como se pode observar, os estudos de Kraepelin tendem a relacionar os dados anatômicos aos fenômenos psicológicos, na busca de isolar cada entidade clínica que surgisse enquanto questão para a psiquiatria.

No que se refere à etiologia, podemos concluir que, a partir da teoria da degenerescência de Morel, as explicações das causas das doenças psíquicas se darão em torno da hereditariedade do sujeito, tanto nas explicações biológicas quanto nas explicações morais. Westphal, Morel e Du Saullé propõem uma origem relacionada à predisposição mórbida a tal doença, seja tal predisposição orgânica ou familiar. Importante salientar aqui que Westphal aponta a neurose emotiva tratando-a como um caso de adoecimento psíquico, não havendo adoecimento fisiológico. Neste sentido, ele salienta as diferenciações que existem entre os processos de adoecimento fisiológico e a neurose emotiva de adoecimento psíquico, definindo esta neurose como uma doença neuropática em que não há lesão orgânica. Em destaque, Beard e Maudsley, caminham para uma análise social, na qual a sociedade e a cultura produzem tal adoecimento, entretanto, o fundamento metodológico continua pautado na biologia.

Percebemos que os discursos se movimentam em torno de uma querela de autores que afirmam o fenômeno da angústia como um distúrbio orgânico e/ou psíquico. Com os casos clínicos e exemplos dados pelos autores, entendemos que não há um consenso em relação a tais fenômenos, uma vez que mesclam entre sintomas físicos, psíquicos e morais. Vimos também que há um esforço para que tais fenômenos sejam explicados como um adoecimento psíquico e como uma disfunção no sistema

nervoso. Nesse sentido, o que aparece é uma preocupação em inserir tal quadro clínico no discurso médico-biológico, trazer para uma explicação orgânica e cerebral. O que nos parece evidente, no entanto, é que não há nenhuma modulação pronta e acabada relativa à questão da angústia

Analisando os enunciados, vimos que há alguns elementos que se repetem e aparecem como sintomatologia: angústia; medo sem motivo; estados de ansiedade; terror; desespero; frio; calor; sudorese; atos ridículos; preocupações hipocondríacas; distúrbios no sistema circulatório; sufocação; ideias fixas; agorafobia; paralisação das energias vitais; sensação física de constrição torácica.

Vale ressaltar, ainda, que não houve, nos autores estudados, nenhum quadro nosológico que estivesse diretamente relacionada à questão da angústia, de modo que a angústia somente aparece no conjunto de uma construção sintomatológica para determinadas doenças nervosas: delírio emotivo, síndrome do coração irritável, agorafobia, neurose emotiva, melancolia em estado de medo\pânico e neurastenia.

Além dessa gama de sintomas, temos que assinalar que, a todo momento, são apontadas outras doenças que não equivalem ao que estão propondo, como por exemplo, a epilepsia, hipocondria e a histeria. Como vimos, tanto há uma preocupação em diferenciar os diagnósticos, assim como em afirmar que não se tratam de casos de loucura, de perda da razão.

Já quanto ao tratamento empregado, não há um padrão estabelecido. Existem as mais diferentes suposições e tentativas: medicação por brometo de potássio, a força de vontade do paciente, bebida alcoólica, correntes elétricas aplicadas no pescoço, cabeça e vértebra cervical, obediência ao médico, passeios com o paciente, hidroterapia, ginástica, insistir que o paciente reconheça que seu medo exagerado é fruto de sua imaginação.

Concluindo este primeiro momento de análise, acompanhamos como os discursos da medicina e da psiquiatria são construídos e a maneira como estão numa constante transformação prático-discursiva onde não é possível afirmar a origem disto ou daquilo já que se trata de uma rede correlacional. Ao contrário, como nos diz Foucault, há um feixe polimorfo de correlações. E, neste emaranhado de discursos, pinçamos a questão da angústia com o intuito de investigar a forma como tal discurso é constituído

e, de que maneira reverbera na atualidade e, ainda, quais são os efeitos desses discursos na contemporaneidade.

CAPÍTULO III

4 OS DESCAMINHOS DA ANGÚSTIA NA HISTÓRIA DOS DSM'S: A CONSTITUIÇÃO DA CATEGORIA TRANSTORNO DE PÂNICO

Neste capítulo, continuaremos nosso trabalho de análise, percorrendo o modo como a noção de angústia foi encaminhada durante os séculos XX e XXI pelo discurso psiquiátrico. Como havíamos proposto, acompanharemos o processo de constituição dos Manuais de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM's), colocando em evidência a temática central de análise da construção histórica da categoria nosológica Transtorno de Pânico. Para isso, iremos trazer algumas questões que perpassam nosso foco de análise, tal como o contexto histórico do pós-guerra, uma vez que, a partir de então, acontece a consolidação dos EUA como referência nas ciências, reverberando de maneira decisiva no campo da psiquiatria.

Analisando as primeiras edições dos DSM's, perceberemos uma confluência marcante entre psiquiatria e psicanálise. Veremos também, posteriormente, o surgimento da Psiquiatria Biológica como marco na história da psiquiatria e, com isso, o modo de tratar as questões referentes ao campo do sofrimento psíquico se transformará completamente. Assim como o processo de construção e consolidação da indústria farmacêutica, da farmacologia e da psicofarmacologia.

Buscaremos demonstrar que todo o caminho percorrido pela psiquiatria nos séculos XX e XXI na constituição do Transtorno de Pânico está em confluência com os caminhos que a noção de angústia percorreu até o início do século XX. Veremos como a noção de angústia se perde com o advento da psiquiatria biológica e, com efeito, outros discursos completamente distintos surgem para dar conta desse campo que, anteriormente, era nomeado e operava nesse discurso do angustiante. Para isso, a proposta do capítulo será de acompanhar as transformações que ocorreram nos manuais desde seu surgimento, prestando maior atenção às modificações que se conectam à categoria do Transtorno de Pânico.

Desde a primeira edição do DSM, lançado no ano de 1952, até o momento de escrita desta dissertação, são 66 anos de existência dos manuais de classificação dos transtornos mentais na história da psiquiatria. Foram sete livros até então: DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-V. Acompanharemos as transformações ocorridas nesse livro no decorrer do tempo, quais foram as mudanças e rupturas que emergem a partir dessas transformações, o que surge de novidade nesse tempo e como se configura a noção de Transtorno de Pânico nesse emaranhado de acontecimentos.

4.1 ACONTECIMENTOS EM CONEXÃO

Para iniciar, traremos um panorama geral do contexto histórico em que o DSM se concretiza no campo da psiquiatria como parâmetro diagnóstico e referência clínica. De acordo com Burkle (2009) haviam no início do século XX, principalmente nos EUA, outros livros em psiquiatria que serviam como referência para diagnosticar e classificar as doenças mentais, porém eram alvo de diversas críticas e divergências teóricas. Em 1913 criou-se nos EUA o “Comitê de Estatísticas da Associação Médico-Psicológica Americana”, que, juntamente com *Bureau of Statistics of the National Committee of Mental Hygiene*, publicou, em 1918, o *Statistical Manual for the use of Institutions for the Insane*, passando por 10 edições no período de 1918 a 1942.

Este manual propunha um sistema nacional de estatística das doenças mentais, com intuito de fornecer “dados que poderão ser classificados de várias maneiras e tabulados, de modo a fornecer resumos claros de fatos importantes relativos aos pacientes e suas doenças, bem como a resultados do tratamento” (NATIONAL COMMITTEE FOR MENTAL HYGIENE, 1918, p. 03, tradução nossa). As instituições vinculadas coletavam os dados a respeito de seus pacientes e repassavam para o Comitê que os compilava, sintetizando os resultados nesse manual. Em 1933, tal manual foi incorporado à primeira edição do *Standart Classied Nomenclature of Disease* da Associação Médica Americana, com o objetivo de atender à demanda da época de se ter um censo estatístico uniforme dos hospitais psiquiátricos e dos sistemas de categorização do serviço militar, com o objetivo principal de obter dados dos pacientes de forma sistemática. Aqui surge uma necessidade, exigida a partir da segunda guerra mundial, de

classificar de modo sistemático e diagnosticar as doenças mentais de maneira uniforme, padronizada.

Com isso, em 1934, a Administração de Veteranos da Guerra, a Marinha e William Menninger²⁷ (1899-1966) criam um sistema de classificação diagnóstica com 24 categorias e 84 subcategorias (BURKLE, 2009). Até o final da década de 40 existiam três tipos de nomenclaturas utilizadas nos EUA para classificar e diagnosticar as doenças mentais, sendo estas as da Associação Americana, das Forças Armadas e da Administração dos Veteranos. Nesse contexto, foi publicada em 1948 a sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6) contendo, pela primeira vez, uma sessão dedicada às doenças mentais. Em razão dessa sessão inserida na CID-6 ter sido considerada incompleta pela Associação Médico-Psicológica Americana, tal associação cria o primeiro *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) em 1952, como alternativa ao que havia disposto na CID-6, assim como dos outros sistemas de classificação. O DSM-I emerge num cenário de pós-guerra e numa época em que muitos psiquiatras americanos eram influenciados pela teoria psicanalítica²⁸.

Em relação aos efeitos da Segunda Guerra Mundial no campo da psiquiatria, ocorre um aumento drástico na quantidade de quadros de traumas psíquicos nos soldados sobreviventes e, com isso, a psiquiatria sai dos asilos e hospitais e passa a ocupar outros espaços na sociedade, começando a prestar serviços à comunidade. Como, por exemplo, cria-se na Inglaterra o *National Health Service*, em 1944, e na França, a Segurança Nacional, em 1945. Ocorrem, assim, algumas mudanças em relação ao espaço hospitalar e a nova organização da saúde, surgindo “alguns movimentos que levaram a psiquiatria para fora dos hospitais e as pessoas não internadas para dentro dos hospitais” (BURKLE, 2009, p. 36).

²⁷ William Claire Menninger, psiquiatra americano, foi nomeado no início da segunda guerra mundial, como Diretor da Divisão de Consultores de Psiquiatria no escritório do Surgeon General do Exército dos Estados Unidos. Ele presidiu o comitê que produziu o documento Medical 203, uma revisão importante da classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos.

²⁸ A psicanálise chega nos EUA no início do século XX através das cinco conferências feitas por Freud em 1909 na Clark University, Massachusetts (BURKLE, 2009).

Nesse processo de pós segunda guerra, o campo da psiquiatria é atravessado pelas teorias psicanalíticas e pelos movimentos de antipsiquiatria, como exemplo, a psiquiatria comunitária nos EUA, as comunidades terapêuticas e antipsiquiatria na Inglaterra, a psiquiatria de setor e psiquiatria institucional na França.

Hobsbawm (1995) aponta que, com o acontecimento da primeira guerra, a Europa, que até então estava no auge da civilização, experimenta um declínio político, econômico e social, havendo um colapso dessa civilização centrada no Ocidente. Nesse processo, vimos o governo norte-americano investindo ferozmente em projetos científicos, não somente na indústria bélica, como vimos na construção da bomba atômica, mas, também na indústria farmacêutica.

Acontece, então, nesse período, uma ascensão da indústria farmacêutica nos EUA. Quintaneiro (2002) nos mostra que, antes do acontecimento dessas duas guerras, a Alemanha tinha um lugar de liderança nesse campo dos fármacos, tendo a *Bayer* como referência mundial nessa área. A autora salienta que “a segunda guerra foi crucial para alavancar essa expansão e fortalecer a tentativa de substituir, tanto na indústria farmacêutica quanto em outras áreas da produção, a liderança mundial do capital alemão” (p. 142). Em 1937, os EUA já ocupavam o segundo lugar na produção mundial de fármacos e competia fortemente pelo mercado latino-americano. Sua estratégia, principalmente no campo da medicina, baseava-se em publicidade, nas propagandas dos remédios, em ofertas de material técnico-científico para os estudantes de medicina, empenhando-se para sua inserção no meio acadêmico. Pois bem, há uma enorme expansão da indústria farmacêutica norte-americana no contexto da segunda guerra mundial. Podemos perceber, assim, que as duas grandes guerras produziram efeitos inúmeros no processo de construção de um determinado saber psiquiátrico e, principalmente, o modo como esse saber começa a modular-se para ser afirmado como científico e aceito no campo da medicina.

4.2 A ASCENSÃO DAS INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS E O SURGIMENTO DA PSICOFARMACOLOGIA

Para continuarmos nossas análises trilharemos agora um caminho que será extremamente importante para acompanharmos o extravio que a psiquiatria opera no campo

da angústia. O surgimento da ciência dos fármacos, das indústrias farmacêuticas e da psicofarmacologia são acontecimentos interligados como uma rede. Essa trama de acontecimentos opera agressivamente na história do ocidente, promovendo transformações muito importantes e decisivas no campo do sofrimento psíquico, da psiquiatria, da psicologia. Desse modo, a entrada das drogas como prática terapêutica no campo da psiquiatria produz efeitos decisivos ao sujeito.

Na segunda metade do século XIX, Claude Bernard, médico fisiologista francês, identificou em suas pesquisas uma ação anestésica do curare (substância extraída de plantas da América do Sul) no músculo animal. Essa descoberta marca a história da farmacologia, pois, a partir disso foi-se possível pensar que no organismo existem receptores para drogas externas. Cria-se, então, um novo conceito “o organismo possui receptores para drogas” (BITTENCOURT, 2010, p.127). Outras substâncias também foram extraídas e isoladas das plantas, como exemplo, estriçnina, emetina, morfina e quinina.

Na Alemanha, Oswald Schmiedeberg, professor de farmacologia, dietética e história da medicina, construiu um instituto em Strassburg que foi reconhecido como o mais importante centro de farmacologia experimental na Europa. Schmiedeberg foi grande referência nas pesquisas químicas, sendo considerado o “pai da farmacologia”. A farmacologia era definida por Schmiedeberg como independente de outras ciências, considerando-a puramente biológica. Sua definição para tal ciência era pautada em três pilares, a saber: a farmacologia ocupa-se da ação dos medicamentos sem preocupar-se com a prática; ocupa-se em entender o efeito das substâncias químicas sob condições fisiológicas; e preocupa-se com estudos toxicológicos, terapêuticos e fisiológicos, afirmando o laboratório como seu local de estudos e pesquisas (BITTENCOURT, 2010). Pois bem, nesse momento, meados do século XIX, a medicina estava concentrando sua prática nos hospitais, tendo como base clínica a observação dos pacientes e a descrição dos seus sintomas. Era uma clínica baseada no modelo hospitalar, não havia inserção da farmacologia na prática médica até esse momento.

De acordo com Bittencourt (2010), a partir do século XX a farmacologia começa a ocupar outros espaços no campo social, havendo um grande desenvolvimento das ciências de laboratório com incentivo de organizações governamentais e empresas privadas. Durante as duas grandes guerras mundiais, o desenvolvimento da indústria

química cresce notadamente, os investimentos governamentais passam a ser direcionados às pesquisas químicas. Temin (1978) assinala que “a descoberta da sulfanilamida e da penicilina entre as duas guerras mundiais iniciaram uma revolução na produção e distribuição de drogas” (p. 01, tradução nossa). Ocorre também nesse período entre guerras, a regulamentação governamental de medicamentos, são criadas novas tecnologias de produção e distribuição das drogas e, novas condições de marketing. Isso provoca uma transformação no cenário da indústria farmacêutica e, em conexão, da farmacologia. Veremos, a seguir, como acontece essa virada da farmacologia e indústria farmacêutica nesse período entre guerras e, quais os efeitos disso no pós-guerra.

Importante salientar que não havia prescrição exclusiva de medicamentos por meio dos médicos antes do pós-guerra, “qualquer droga não-narcótica poderia ser comprada sem receita médica antes de 1938” (TEMIN, 1978, p. 02, tradução nossa). A seguir, alguns exemplos de drogas que eram comercializadas sem a necessidade de prescrição médica: digitalis e nitroglycerine (para doenças cardíacas), arsenicals e mercurials (para infecções). Temin (1978) afirma que a terapia passiva estava em maior evidência nesse início de século, pautadas em vacinas e antitoxinas. Porém, haviam movimentos que investiam em estudos na busca de agentes terapêuticos ativos, como por exemplo, Paul Ehrlich que produziu uma nova droga, a Salversan em 1910, para o tratamento da sífilis. Acontece também um avanço no entendimento da nutrição humana e o papel das vitaminas no corpo, com isso, em 1920 a insulina é isolada com a prerrogativa de tratar a diabetes.

Em 1935, anuncia-se de fato a primeira cura para doze doenças causadas por bactérias, tratadas com a droga sulfanilamida. Para Temin (1978) foi a partir daqui que começou a “era das drogas milagrosas”. Logo adiante, em 1938, um conjunto de leis são aprovadas no congresso dos EUA, a Lei Federal de Alimentos, Medicamentos e Cosméticos. Essa lei autoriza a *Food and Drug Administration* (FDA) supervisionar a segurança dos alimentos, medicamentos e cosméticos. Temin (1978) reitera,

Este regulamento mudou completamente a forma como os medicamentos designados como medicamentos sujeitos a receita médica eram comercializados. Os clientes mudaram de indivíduos (pacientes) para médicos. Embora a publicidade de drogas “éticas” tivesse sido dirigida a médicos antes dessa época, a maioria das propagandas de medicamentos ainda aparecia na imprensa popular, não na literatura médica técnica. À medida que o número de

remédios prescritos aumentava - a maioria dos novos medicamentos era designada como tal -, o marketing de remédios era direcionado cada vez mais à profissão médica. Esses novos "clientes" tinham uma característica peculiar; eles não pagavam pelas drogas que encomendavam. Na verdade, muitas vezes nem sabiam quanto custavam esses medicamentos. Como resultado, a demanda por medicamentos foi mais inelástica do que teria sido sem o regulamento da FDA sobre vendas de receita médica. A demanda pelas "drogas maravilhosas" do pós-guerra teria sido bastante inelástica em qualquer caso; a regulamentação diminuiu ainda mais a elasticidade da demanda (p. 10, tradução nossa).

O autor assinala acima o modo como essa regulamentação interfere no campo da medicina, porém, ele enfatiza os efeitos disso no mercado lucrativo desses medicamentos que, com essa mudança, permanece o mesmo. Para nossa análise, o que devemos pinçar desse trecho acima como mudança no campo da farmacologia e, com efeito, da indústria farmacêutica, é esse desfoque da demanda. O foco que, anteriormente, estava na venda de medicamentos para clientes que seriam os pacientes, agora o cliente torna-se o médico, principalmente os estudantes de medicina. A entrada da farmacologia como saber técnico se dará no campo da medicina, por meio de divulgação de pesquisas científicas e propagadas sobre os medicamentos com enfoque no público acadêmico.

Durante a segunda guerra mundial, devido a demandas militares, acontecem em Oxford, na Inglaterra, em parceria com os EUA, mais especificamente pela fundação militar americana, pesquisas a respeito da penicilina. Nesse momento, o governo americano começa a investir muito em pesquisas e a monetizar esse mercado das drogas. Temin (1978) aponta que

O governo gastou quase três milhões de dólares para subsidiar a pesquisa com penicilina, vendeu as plantas de penicilina que construiu para fabricantes privados pela metade do custo após a guerra e permitiu a amortização acelerada da construção privada. A lucratividade da produção de drogas sulfa e penicilina foi reforçada pela mudança no clima de negócios por volta de 1940; qualquer investimento com bênção do governo parecia melhor durante a guerra do que antes. E, embora a descoberta da penicilina tenha distraído a atenção das drogas sulfa, ela mostrou que havia mais de um caminho para a descoberta de novas e importantes drogas (p. 13, tradução nossa).

Nesse momento histórico, a indústria farmacêutica começa a deixar de funcionar somente de forma manufatureira, baseando-se também no progresso contínuo do conhecimento técnico. Ocorre um processo de patentear as drogas produzidas e, ao mesmo tempo, acontece uma integração de pequenas empresas, aumentando o capital destas, com isso, "o padrão pós-guerra de empresas farmacêuticas integradas

competindo com a introdução e comercialização de novos medicamentos estava começando a tomar forma” (TEMIN, 1978, p. 18, tradução nossa). Com efeito, surge um novo movimento, a concorrência deixa de ser entre os fornecedores de um único medicamento e torna-se outra, uma concorrência entre drogas que são similares. Muitas empresas deixam de vender seus produtos à granel e, começam a comercializar diretamente os medicamentos embalados aos médicos e farmácias.

As indústrias farmacêuticas comercializam, então, drogas que são patenteadas, embaladas e vendidas. Investindo abruptamente em marketing e propaganda, neste sentido, de acordo com Temin (1978) “uma empresa que combinava a descoberta para obter a patente, a embalagem e a venda para criar um mercado significava lucros elevados e crescimento rápido” (p. 29, tradução nossa). Como por exemplo, foi o que aconteceu com o antibiótico tetraciclina, patenteadado pela Bristol:

Essa droga milagrosa não apenas gerou grandes lucros para seus produtores nos anos 50, como também estimulou o crescimento e reorientação das empresas manufatureiras para as empresas integradas de inovação, produção e comercialização que conhecemos hoje (TEMIN, 1978, p. 28, tradução nossa).

O valor de mercado dessa “ciência das drogas” passa a ter maior relevância e espaço, isso por meio das indústrias farmacêuticas. A farmacologia se estabelece como ciência tecnológica e, ao mesmo tempo, atrela-se ao saber médico por meio dos esforços das indústrias farmacêuticas em lutar pela comercialização e consolidação das drogas nesse espaço. Nesse processo, surgem os antidepressivos, drogas que produzem efeitos que amenizariam os sintomas de pessoas depressivas. A partir daí a psicofarmacologia começa a tornar-se uma realidade no campo da farmacologia e no mercado, veremos a seguir como isso ocorre.

Alguns autores consideram que a partir da década de 50 acontece uma inflexão na história da farmacologia e, evidenciam o ano de 1952 como o ano de surgimento da psicofarmacologia (PIGNARRE, 2012; BITTENCOURT, 2010; BITENCOURT; CAPONI; MALUF, 2013; AGUIAR; ORTEGA, 2017). O que ocorre no ano de 1952? Neste ano começam a ser comercializados no mercado o primeiro neuroléptico, a clorpromazina. Esta foi utilizada primeiramente em pacientes com distúrbios mentais no hospital Saint-Anne, em Paris. Apesar da clorpromazina ter sido considerada um antipsicótico, os psiquiatras Pierre Denicker e Jean Delay criam o termo neuroléptico para

caracterizar tal medicamento. Para Bittencourt e outros (2013) tal mudança de nomenclatura foi estratégica naquele momento para que pudesse ser evidenciado que essa nova droga teria uma ação neurológica no organismo, fortalecendo um discurso pautado nos aspectos biológicos das doenças mentais.

Em 1955 entra no mercado a droga Imipramina, caracterizada como um antidepressivo tricíclico. O laboratório que sintetiza a Imipramina o faz com a intenção de obter uma nova droga que fosse similar a outra já existente no mercado, a Clorpromazina, buscando concorrer com este neuroléptico. A Imipramina teria uma estrutura molecular muito similar à Clorpromazina, porém, seus efeitos no comportamento eram completamente diferentes. Com isso, a nova droga foi testada sem que obtivesse sucesso para a demanda inicial de servir como um tranquilizante nos casos de esquizofrenia. Pignarre (2012) explica

Buscando produzir um *me-too*²⁹, foi criado um psicotrópico muito diferente que, durante muitos anos, teve dificuldade em convencer o serviço de marketing do laboratório: o que poderia ser feito com esta forma de “energizante psíquico”? Como imaginar uma indicação que criasse um real mercado, economicamente interessante? (p. 140).

Esse acontecimento coloca em análise o modo como o mercado dos medicamentos funciona e quais os efeitos disso no que veremos a seguir com a psiquiatria biológica e, por conseguinte, no DSM-III. Pignarre (2012), a partir desse exemplo citado acima, explica como a psicofarmacologia cria as drogas e qual a lógica para que estas sejam inseridas no mercado. Esse processo estaria organizado em quatro etapas:

- 1) Ocorre a descoberta de uma nova molécula;
- 2) Há a tentativa de criar um *me-too* a partir daquela droga já sintetizada, por meio de testes em animais.
- 3) Testes clínicos e reorientação;
- 4) Nova indicação.

²⁹ Esse termo se traduz como “eu também”, é utilizado para designar uma prática dos laboratórios na qual buscam produzir uma cópia quase igual de uma droga que já esteja inserida no mercado.

Tais etapas exemplificam como a psicofarmacologia pauta sua prática de trabalho, de acordo com Pignarre (2012) “este movimento é eterno [...] toda a história da psicofarmacologia restringe-se à repetição destas quatro etapas” (p. 141). E quais as consequências disso? Obter substâncias com efeitos parecidos era de extrema importância para a indústria farmacêutica, assim, diversificavam-se as indicações. Nesse contexto, cria-se uma demanda para que se tenham um maior número de indicações desses medicamentos, nessa direção, “os antigos diagnósticos psiquiátricos serão, então, modificados, triturados, redefinidos, e, neste processo, *novos diagnósticos serão inventados*” (PIGNARRE, 2012, p. 141).

O autor aponta que a partir desse direcionamento começam a haver pesquisas e triagem de moléculas de animais, órgãos e células. Nomeia esse movimento como uma “pequena biologia” e, ao mesmo tempo, acontece uma movimentação de “pequenas psicologias” na psiquiatria com o intuito de caracterizar esses novos diagnósticos e indicações psiquiátricas recorrentes das drogas alocadas no mercado. Produzindo efeitos na construção dos DSM’s após a década de 50³⁰. Os diagnósticos serão redefinidos a partir dessa entrada das pesquisas em laboratórios e produção de novas drogas, onde tudo começa a ser colocado em perspectiva molecular, sendo o mercado o componente de maior importância nesse processo. Pignarre (2012) conclui que

O que assistimos, a partir de 1952, foi o desenvolvimento do que poderíamos chamar de uma “pequena biologia”, que consistiu na triagem, pelos farmacólogos, de moléculas de cachorros, gatos, camundongos, órgãos e células. Podemos, da mesma forma, falar de “pequenas psicologias” para caracterizar as novas indicações psiquiátricas correspondentes aos remédios colocados no mercado (p. 141).

Seguindo com as análises, Bittencourt e outros (2013) afirmam que somente em 1957 a Imipramina foi patenteada e comercializada na Suíça com o nome de Tofranil. Cria-se a classe dos antidepressivos tricíclicos, veremos então que “no decorrer dos anos, novas classes de drogas, de acordo com seu mecanismo de ação, ou seja, de acordo com os tipos de receptores com os quais interagem no organismo, serão incluídas no grupo dos antidepressivos” (BITTENCOURT, 2010, p. 191).

³⁰ Veremos no próximo capítulo como essa questão da psicofarmacologia influencia diretamente no processo de constituição do Transtorno de Pânico.

Em 1960 foi lançado no mercado o primeiro benzodiazepínico, nomeado como Librium, com ação tranquilizante e ansiolítico, logo mais, em 1963, foi lançado o diazepam, nomeado como Valium. Ambos medicamentos citados foram produzidos numa empresa suíça, a *La Roche*. Vale ressaltar que o Valium foi a droga mais vendida nos EUA em relação a todo medicamento ofertado naquela época. Em 1987, foi lançado a fluoxetina, nomeado como Prozac, esta foi a primeira droga ISRS – inibidor seletivo de recaptção de serotonina. Com essa droga a psicofarmacologia amplia seu espaço terapêutico para além de sintomas depressivos e a prescrição passa a ser feita pelos médicos no geral, não só por psiquiatras. Aguiar e Ortega (2017) assinalam que “além de ter sido um grande sucesso de vendas, popularizou o conhecimento acerca dos psicofármacos entre o público leigo e ampliou as possibilidades de tratamento psicofarmacológico em psiquiatria” (p. 898).

Concluindo esse momento de análise, vimos que o fortalecimento das indústrias farmacêuticas, assim como, da psicofarmacologia irá atravessar as transformações ocorridas nos DSM's e, em confluência, na constituição da categoria dos Transtornos de Ansiedade e, principalmente, do Transtorno de Pânico que será inventado a partir dos efeitos da droga Imipramina. Todo o cenário relacionado ao campo das psicopatologias é revisto e reformulado por influência desse mercado dos psicofármacos. Veremos a quantidade de categorizações dos transtornos crescer de maneira exponencial e atrelado a isso a venda absurda de medicamentos que irão supostamente tratar desses transtornos inéditos produzidos nesse campo.

4.3 PSICANÁLISE E PSIQUIATRIA: QUAIS OS EFEITOS DESSE ENCONTRO?

A psiquiatria, ainda atrelada a um certo saber da psicanálise, nesse momento caminha para o lançamento do seu primeiro manual da classificação das doenças mentais, o DSM-I publicado em 1952. O processo de constituição do saber psiquiátrico que veremos a seguir será marcado principalmente pela cultura norte-americana e por toda produção científica e tecnológica que ali acontece.

No texto do primeiro DSM há grande influência da teoria psicanalítica trabalhada pelo psiquiatra Adolf Meyer³¹ (1866-950). Este psiquiatra começa a ter acesso aos textos de Freud, assim como a maioria dos psiquiatras norte-americanos. De acordo com Dunker (2014), as referências conceituais utilizadas eram, principalmente, as de personalidade, estrutura e psicodinâmica, com uma racionalidade diagnóstica voltada para tipos de reação, baseado na história de vida dos pacientes e em moções determinantes das doenças mentais. Caponi (2011) aponta que a abordagem de Meyer integrava elementos da teoria freudiana e também das teorias biologicistas, tendo uma prática mais biopsicossocial, neste sentido, “não aceitava a ideia de construir quadros nosológicos sem compreender os eventos da história de vida dos pacientes” (p. 40). Aponta também a importância da estrutura biológica e da personalidade e suas reações.

O termo reação aparece com muita frequência no texto do DSM-I, além disso, este termo é utilizado por Mayer devido a sua afirmação teórica de que as doenças mentais são desencadeadas por determinadas situações da vida, são reações a algum acontecimento na vida do sujeito (BURKLER, 2009; DUNKER, 2014). Existindo, assim, dois tipos de reação, neurose e psicose. A oposição entre elas ocorre nitidamente no DSM-I, esta oposição está pautada também na relação do sujeito com a realidade, em que se não há perda da realidade opera-se no campo das neuroses (de ansiedade à depressão) e, se há perda substancial da realidade, opera-se no campo das psicoses (tendo a presença de alucinações e delírios).

Dunker e Neto (2011) relatam que o comitê redator do DSM-I era composto por psiquiatras de formação teórica psicanalítica. Afirmam que essa proximidade da psicanálise se deu principalmente por esta fornecer material de trabalho à psiquiatria, contribuindo para a construção do DSM-I. Por exemplo, alguns casos clínicos de Freud funcionaram como modelos para a definição das relações de ordenamento entre os signos patológicos, inferindo, a partir disso, potenciais classificações.

Pouco mais adiante, em 1968, é lançado o DSM-II, com a prerrogativa de utilizá-lo aplicando diagnósticos dimensionais, ou seja, as classificações seriam feitas de modo contínuo onde não houvesse uma demarcação nítida que diferenciasses as doenças

³¹ Adolf Meyer, psiquiatra americano, tornou-se professor de psiquiatria na Johns Hopkins University, em 1910. Era membro da Associação Psicanalítica Americana.

entre si. Neste segundo texto, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) propôs que o DSM fosse utilizado não somente nos consultórios, mas também nas clínicas psiquiátricas e nos hospitais, formulando, com isso, um manual de nomenclatura mais amplo, com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais, evitando a ambiguidade no diagnóstico.

Com a proposta de deixar de lado discussões acerca da causalidade das doenças mentais, o DSM-II buscou nomear as doenças sem recorrer a qualquer abordagem teórica que houvesse explicações sobre suas causas. Por exemplo, no DSM-I, o que se chamava pelo termo “reação esquizofrênica”, passa a ser, no DSM-II, “esquizofrenia”. Entretanto, o DSM-II continua com seu texto predominantemente marcado pela teoria psicanalítica. Nesse cenário, a psiquiatria começa a sofrer contestações em relação à sua legitimidade epistemológica, assim, seu reconhecimento enquanto ciência médica encontra-se prejudicado.

Burkle (2009) aponta que haviam excessos de pessoas diagnosticadas e casos de que o mesmo indivíduo poderia ter diferentes diagnósticos dependendo do psiquiatra que o atendera, gerando muitas críticas em relação a confiabilidade dos diagnósticos nessas primeiras edições do DSM. Esse cenário traz as condições necessárias para que a psiquiatria tome para si o discurso da biologia e do campo médico novamente, trazendo a reformulação do manual com a publicação do DSM-III.

4.4 DO DSM-I AO DSM-II: A ANSIEDADE NAS NEUROSES

Trataremos, a partir de agora, dos dois primeiros DSM's, perpassando pelos textos e trazendo para análise o que se refere ao nosso tema inicial. Introduziremos a discussão com a análise do grupo de neuroses que aparece no DSM-I como Transtornos Psiconeuróticos, os quais são caracterizados como “distúrbios de origem psicogênica ou sem definição clara de causa tangível ou mudança estrutural” (DSM-I, 1952, p. 6, tradução nossa). Agrupados nesses transtornos estão as reações que tem como característica principal a ansiedade. De acordo com o texto, a ansiedade poderá ser sentida diretamente ou por vias de mecanismos de defesa como depressão, dissociação, conversão, deslocamento, formação de fobia ou pensamentos e atos que se

repetem. De acordo com o DSM-I (1952) “uma reação psiconeurótica pode ser definida como aquela em que a personalidade, em sua luta pelo ajuste às tensões internas e externas, utiliza os mecanismos listados acima para lidar com a ansiedade criada” (p. 13, tradução nossa). Como vimos anteriormente, os transtornos são tratados como reação psicológica, de modo que teremos nessa lista de transtornos psiconeuróticos a reação de ansiedade, reação dissociativa, reação de conversão, reação fóbica, reação obsessivo compulsiva, reação depressiva e outras reações psiconeuróticas.

A ansiedade é vista como um sinal de perigo que é percebido e sentido pela parcela consciente da personalidade humana, sendo produzida a partir de uma ameaça interna como por exemplo, emoções reprimidas, impulsos agressivos e ressentimento, podendo existir ou não, um estímulo externo para que essa ansiedade emergja. Neste sentido, ocorrem diversas formas de lidar com a ansiedade que surge como um problema, sendo tais formas as reações listadas acima, as quais analisaremos com mais atenção a seguir.

A primeira a ser assinalada é a reação de ansiedade, tendo por principal característica o fato de ocorrer de maneira difusa, por não haver uma localização ou objeto específicos para tal canalização dessa ansiedade. Enfatiza-se que essa reação não é regida por nenhum mecanismo de defesa psicológico como em outras reações, “essa reação é caracterizada por expectativa ansiosa e frequentemente associada à sintomatologia somática” (DSM-I, 1952, p. 32, tradução nossa). Percebemos que essa reação de ansiedade tem particular similaridade com o Transtorno de Pânico que veremos surgir no DSM-III e isso iremos analisar mais à frente. A reação dissociativa que, anteriormente era nomeada como histeria de conversão, refere-se à uma desorganização da personalidade ocasionada por um impulso reprimido que se transforma em ansiedade, na qual será descarregada por vias de expressões sintomáticas como, despersonalização, personalidade dissociada, estupor, fuga, amnésia, estado onírico, sonambulismo entre outros.

A reação de conversão se manifesta como sintoma corporal, em órgãos ou parte do corpo, de acordo com o texto, “os sintomas servem para diminuir a ansiedade consciente (sentida) e normalmente simbolizam o conflito mental subjacente” (DSM-I, 1952, p. 33, tradução nossa). É sinalizado que tal termo seria sinônimo da noção de “histeria de conversão” e que as reações de dissociação não estão inclusas neste diagnóstico.

Para exemplificar, teremos, então, os seguintes sintomas que serão característicos dessa reação de conversão: anosmia, cegueira, surdez, parestesia, afonia, monoplegia, hemiplegia, tique, tremor, catalepsia entre outros.

Em relação a reação fóbica teremos a ansiedade vinculada a alguma simbolização na forma de um medo específico, o paciente sente um medo descomunal de alguma situação ou objeto, como por exemplo, lugares fechados ou abertos, animais, sujeiras, etc. Por fim, afirma-se que essa reação fóbica tem semelhanças com a reação de ansiedade e que podem incluir casos desta última no diagnóstico.

A reação obsessivo-compulsiva caracteriza-se pela repetição de ideias e impulsos que seriam indesejáveis ao paciente, não há controle consciente sobre tais impulsos, sentindo-se obrigado a realizar certos rituais. O diagnóstico será feito especificando tais reações que deverão estar relacionadas a repetitivos impulsos irracionais, tais como tocar, lavar as mãos, contar, pensamentos recorrentes e etc.

A reação depressiva terá como maior manifestação a depressão e a auto depreciação sendo a ansiedade mais branda nesses casos. Segundo o texto do DSM-I (1952), “a reação é precipitada por uma situação atual, frequentemente por alguma perda sofrida pelo paciente, e é frequentemente associada a um sentimento de culpa por falhas ou ações passadas” (p. 33, tradução nossa). A gravidade da reação estará sempre em relação com a intensidade da perda experimentada pelo paciente.

E, por fim, a categoria outras reações psiconeuróticas englobam quadros que não se encaixam nas categorias citadas nessa classificação, mas, serão consideradas uma reação psiconeurótica, como exemplo reações de mania psiconeurótica. Esta categoria é necessária também para que sejam trazidas outras reações que possam parecer incompletas em relação às outras já citadas, mas que serviria de registro e estatística.

Vimos, portanto, que todo grupo dos Transtornos Psiconeuróticos tem como base a ansiedade que permanece central em praticamente todas as reações psiconeuróticas. As diferenciações entre as reações são delimitadas de acordo com os caminhos que a ansiedade toma na vida e corpo do paciente neurótico, seja por meio de mecanismos de defesa ou não. A noção de angústia não aparece em nenhum momento como característica de qualquer neurose, mesmo sabendo que Freud formula o conceito de

neurose de angústia, este não aparece no manual que é construído a partir da teoria psicanalítica.

Percebemos, então, que há um deslocamento da noção de angústia para o que veremos ser repetidamente assinalado como ansiedade. Quais as semelhanças desse conceito de ansiedade com o que tratamos até o momento como angústia? É possível dizer que estamos tratando dos mesmos fenômenos? Ansiedade e angústia são fenômenos completamente distintos? Podemos dizer que os DSM's não trazem a noção de angústia quando tratam das neuroses de ansiedade?

Prosseguindo com os textos dos manuais, sua segunda edição acompanha a Organização Mundial da Saúde (OMS), que publica em 1968 a oitava edição da Classificação Internacional das Doenças, a CID-8. Tal edição terá pela primeira vez um grupo de classificações de Transtornos Mentais construído com o respaldo da APA, entre outras instituições. A CID-8 servirá de base central na construção do DSM-II, embora tenha suas especificações. O Comitê de Nomenclatura e Estatística da APA explica que a escolha dos termos presentes no manual foi feita para que facilitasse a comunicação entre os profissionais da área e que reduzisse a confusão e ambiguidade no diagnóstico (DSM-II, 1968). Enfatiza que o texto vem minimizado de qualquer noção que possa trazer discussões em relação às causas dos distúrbios, porém, reitera que ao longo do texto podem haver alguns pontos nos quais assinalam alguma visão geral da natureza dos transtornos.

Na seção IV deste manual estão categorizadas as Neuroses, aqui percebemos que as noções de ansiedade e pânico são cruciais no constructo diagnóstico, nesse sentido, iremos evidenciar as que confluem com nosso propósito de estudo. Neste grupo das neuroses estão a neurose de ansiedade, neurose histérica, neurose fóbica, neuroses obsessivo-compulsivas, neurose depressiva, neurose neurastênica, neurose de despersonalização, neurose hipocondríaca e outras neuroses.

Aqui a ansiedade também é tida como principal característica das neuroses, ela pode ser manifestada de forma expressiva e diretamente, assim como, de maneira inconsciente por meio de mecanismos psicológicos, como por exemplo, a conversão e o deslocamento. Pode ser também que tais mecanismos produzam sintomas como *sub-*

*jective distress*³² (“angústia” subjetiva). As neuroses não apresentam distorção da realidade externa e desorganização da personalidade, exceto na neurose histérica que em alguns casos pode ocorrer alucinações que são sintomas típicos das psicoses (DSM-II, 1968). Traremos a seguir alguns aspectos sobre cada neurose tratada nesse manual.

A neurose de ansiedade caracteriza-se por haver preocupações ansiosas recorrentes que podem estender-se ao pânico e sintomas somáticos. Outra característica marcante dessa neurose é que a ansiedade pode se manifestar em situações inesperadas, sendo diferente das neuroses fóbicas, que necessitam haver objeto ou situação específica para que a ansiedade se manifeste.

Já a neurose histérica tem por característica principal a perda psicogênica involuntária, “os sintomas caracteristicamente começam e terminam repentinamente em situações emocionalmente carregadas e são simbólicos dos conflitos subjacentes” (DSM-II, 1968, p. 39, tradução nossa). Esse diagnóstico passa a englobar a reação de conversão e a reação dissociativa que outrora eram tidas separadamente no DSM-I. Na neurose fóbica o medo descomunal por um objeto ou situação específica é característico e esse paciente por via consciente reconhece que tal medo não faz sentido e que não há qualquer perigo real a ele. Neste caso, alguns sintomas podem surgir nos momentos de medo intenso como, desmaios, fadiga, palpitações, transpiração, tremor, náusea e pânico (DSM-II, 1968). Então, as fobias são caracterizadas por um medo deslocado para um objeto ou situação fóbica não qual o paciente não controla.

Continuando, as neuroses obsessivo-compulsivas são caracterizadas por abruptos pensamentos, ações e impulsos que surgem persistentemente e o paciente não consegue parar esses impulsos. Podem ser ideias ou palavras que são vistas pelo paciente como absurdas, assim como, ações de movimentos simples até rituais mais complexos como, por exemplo, lavar as mãos constantemente. A ansiedade e a “angústia” (*distress*) estão presentes nessa neurose tanto nos momentos em que o paciente se

³² A tradução para a palavra *distress* pode ser também, além de angústia, sofrimento, dificuldades, aflição e perigo. Concluímos que a tradução pode ser qualquer destas palavras, visto que a palavra angústia de fato, é traduzida para o inglês como *anguish* ou *angst* nas quais contém o mesmo radical *ang*. Trataremos sobre esse assunto de maneira mais detalhada mais à frente e também no próximo capítulo.

vê incapaz de terminar um ritual ou refém desses inesperados e repetitivos pensamentos e ações.

Em relação a neurose depressiva, ocorre uma perda de um objeto de amor ou de cuidado que desencadeia um conflito interno sendo expresso por uma reação excessiva de depressão, não há qualquer sinal de ansiedade ou “angústia” (*distress*) aparente. Na neurose neurastênica ocorrem queixas de fraqueza crônica, fadiga excessiva e exaustão. As queixas do paciente são diferentes da neurose histérica em que há um ganho secundário com o sintoma, pois na neurose neurastênica isso não acontece e os sintomas são angustiantes para o paciente.

Nas neuroses de despersonalização o paciente experimenta um sentimento de irrealidade, de estranhamento de si próprio, do seu corpo ou do ambiente. Já a neurose hipocondríaca é caracterizada pela excessiva preocupação com o corpo, o indivíduo experimenta uma sensação de medo, acreditando que existem várias doenças em seus órgãos. E, a classificação para outras neuroses engloba casos mais específicos que não estão classificados noutros lugares.

Mais uma vez, vimos na neurose de ansiedade uma semelhança com as atuais características contidas na categoria Transtorno de Pânico. A ansiedade é tida como principal característica e aparece no texto o termo *distress* como um fator subjetivo que poderá surgir nesse grupo das neuroses de ansiedade. Essa palavra em inglês tem a tradução direta para angústia apesar de haver outras traduções possíveis como, aflição, perigo, miséria, desgraça e outros. Não encontramos pistas suficientes para afirmar se tal palavra se refere a noção de angústia, mas, como nos textos anteriores da Psiquiatria Clássica, vimos que as palavras utilizadas para falar sobre angústia foram *angst* ou *anguish*, acreditamos que neste manual não há relação com a noção de angústia de fato.

Percebemos também a sinalização de alguns sintomas corporais para caracterizar um quadro de medo intenso nos casos de neurose fóbica, que tem similaridade com o que veremos ser assinalado como ataques de pânico. Veremos isso com maior atenção nos últimos manuais e no próximo capítulo.

4.5 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

Vimos que o saber psiquiátrico emerge a partir do campo da medicina, apesar de haver diferenças em relação ao modo como a psiquiatria opera esse saber. A forma de realizar o diagnóstico e os exames clínicos são diferentes. Acompanhando o processo de surgimento desse saber, vimos que a todo momento há um empenho para que mudanças ocorram no campo da psiquiatria, a fim de firmá-la como ciência médica. Neste momento, em meados do século XX, os esforços permanecem e o campo da psiquiatria luta para que seja de fato uma ciência médica, a psiquiatria almeja afirmar-se uma especialidade da medicina.

Entraremos brevemente na questão da psiquiatria estar a todo momento num movimento de afirmar-se científica. Afinal, o que está em jogo aqui? Qual o parâmetro utilizado pela medicina para afirmar-se científica? Diversos autores trazem esse problema para análise dizendo do projeto da medicina que, começa a tomar força em meados da década de 60 (CALAZANS; LUSTOZA, 2012; GUIMARÃES, 2009; GALVÃO et al., 2002; DIB, 2007; LOPES, 2000). Seu trabalho clínico e de pesquisa deveria basear-se somente em evidências, uma medicina baseada em evidências. Calazans e Lustoza (2012) afirmam que há uma transposição desse instrumento teórico-metodológico para o campo do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, para a psiquiatria. Por presumir que o campo das psicopatologias ainda não possui validade científica, aplica-se neste, por extensão, o projeto da medicina pautada em evidências.

Pois bem, o que seria então esse projeto de uma medicina pautada em evidências? Seria uma tentativa de basear a medicina numa meta-análise, ou seja, um procedimento de trabalho pautado na extração de dados de pesquisas que já existem por meio de técnicas estatísticas (CALAZANS; LUSTOZA, 2012). Então, tornar a prática médica mais científica significa objetivar a medicina sob os parâmetros estatísticos. A ideia seria fazer fluir com mais precisão essa conexão entre a pesquisa científica e a prática clínica. O que seria, então, as evidências? São estas, estudos clínicos publicados nos periódicos em formato de artigo, avaliações tecnológicas de saúde, estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos de caso controle, estudos de séries de casos, “estudos que provam e comprovam a utilidade da informação

no cuidado ao paciente” (BENSEÑOR, 2009, p. 65). Calazans e Lustoza (2012) argumentam que “a medicina baseada em evidências teria surgido de estratégias combinadas dos avanços das áreas da informática e da epidemiologia clínica na busca da melhor evidência possível” (p. 20). Temos, então, confirmado que o campo da psiquiatria, assim como algumas áreas da psicologia, tem trabalhado para que sua prática seja pautada nesse mesmo parâmetro de cientificidade que a medicina criou para si. Questões relacionadas ao sofrimento psíquico são capturadas por essa lógica estatística, baseada em evidências.

Nesse cenário, a Psiquiatria Biológica ascende nos EUA a partir das décadas de 70/80 e, mais precisamente, consolida-se como referência no campo da psiquiatria com a publicação do DSM-III, em 1980. Pois bem, tal viés biológico começa a tomar forma na psiquiatria norte-americana nesse momento, tensionando a teoria psicanalítica e a psicodinâmica, que, até a publicação dos dois primeiros DSM’s, eram as referências utilizadas como base na psiquiatria. Aguiar (2005) reitera que “a consolidação desta vertente psiquiátrica representa uma profunda mudança de paradigma no campo psiquiátrico norte-americano e nos diversos países ao redor do mundo” (p. 228). Veremos, então, que no DSM-III não existirá mais um discurso baseado na psicanálise, este será substituído por um discurso marcado por critérios descritivos e objetivos. E como acontece essa emergência da psiquiatria biológica?

Alguns autores enfatizam que a produção de conhecimento na medicina ocorre de maneira completamente distinta das outras ciências naturais (AGUIAR, 2015; FLECK, 2010; CANGUILHEM, 2006). Não iremos nos aprofundar nessa questão, somente assinalaremos distinções referentes ao campo da medicina e, com isso, entendermos os desdobramentos disso para o campo da psiquiatria. Assim sendo, a produção de conhecimento nas ciências naturais volta-se somente aos fenômenos regulares, que serão sempre tratados como inerentes à natureza. Por sua vez, a produção de conhecimento no campo da medicina pauta-se nos fenômenos irregulares, nas patologias e, terá como foco o controle de tais estados patológicos, estas são particularidades inerentes ao campo de construção do conhecimento médico. Este campo preocupa-se, então, com sua homogeneização teórica e, por conseguinte, na necessidade de resultados pragmáticos voltado para as patologias. Em relação a psiquiatria, Aguiar (2005) afirma que, “apesar de pertencer ao campo da medicina, jamais se enquadrou

plenamente em sua metodologia” (p. 230). Nesta direção, o campo da psiquiatria buscará a todo momento construir categorias nosológicas que sejam homogêneas e generalizáveis, assim como a medicina vêm fazendo ao longo de seu percurso.

Seguindo tais parâmetros postulados acima, algumas teorias como as fisicalistas e biológicas ascendem e tomam força nesse cenário que a psiquiatria vêm construindo. Tais teorias tem como foco uma abordagem exclusivamente biológica das doenças mentais, na qual exclui qualquer teoria com viés moral-humanista como a psicanálise, a fenomenologia e a antipsiquiatria por exemplo. Vimos, anteriormente, que desde o início e até meados do século XX, a psicanálise era referência teórico-metodológica da maioria dos psiquiatras norte-americanos. Assim como aponta Aguiar (2015) “a psicanálise atingirá o seu ápice de influência nos EUA durante os anos de 1960” (p. 235), baseando-se, principalmente, numa clínica de consultório, havendo pouca inserção no sistema hospitalar. Aguiar (2015) assinala que,

Em 1944, 70% dos psicanalistas americanos tinham formação em psiquiatria – ou em neurologia, pois o exame para as duas áreas era comum desde 1934. Já em 1948, três quartos de todos os comitês da Associação Americana de Psiquiatria eram compostos por psicanalistas. Em 1962, a maioria dos departamentos psiquiátricos eram chefiados por psiquiatras orientados pelo viés psicanalítico e praticamente todos os programas de pós-graduação de psiquiatria eram orientados por princípios da Psicanálise (apud HEALY, 2002, p. 235).

Entretanto, a prática vinculada ao saber da psicanálise atualizada pelos psiquiatras norte-americanos começa a sofrer tensionamentos de vários pontos da sociedade. O argumento estava vinculado aos excessos interpretativos da teoria, afirmava-se que o modo como lia-se e se interpretava a psicanálise estava completamente equivocado. Como por exemplo, abusos nas interpretações a respeito dos comportamentos maternos, com uso de termos, como aponta Aguiar (2015) de “mãe esquizofrenizante”.

Os psiquiatras tinham a convicção de que entendiam da etiologia das doenças mentais, as quais teriam origens exclusivamente psicológicas. Neste sentido, os psicotrópicos comercializados na época eram colocados num lugar de uso somente para alívio sintomático, ou seja, “abordaria os mecanismos básicos supostamente envolvidos com a origem das neuroses e psicoses, enquanto o medicamento atuava apenas sobre os sintomas” (AGUIAR, 2015, p. 236). Como afirmamos acima, muitos setores da sociedade começam a tensionar o modo como a psiquiatria lidava com as questões

relacionadas ao sofrimento psíquico, tanto em relação à teoria psicanalítica utilizada pelos clínicos de consultório quanto pelo modo como funcionavam os manicômios e a lógica de internação da loucura.

Durante a década de 60 houve diversas lutas minoritárias denunciando opressões sofridas por alguns grupos, como por exemplo, a luta por direitos civis, a ascensão do feminismo e o movimento operário. Nesse período, muitas críticas são direcionadas aos manicômios e seu modo de funcionamento, assim como os tratamentos ali realizados, como exemplo a eletroconvulsoterapia, mais conhecida como eletrochoques realizados nos pacientes. Alguns países estavam implicados num movimento antipsiquiatria, como a psiquiatria democrática formulada por Franco Basaglia na Itália, que tinha como propostas principais o fechamento dos manicômios e a recuperação da cidadania desses pacientes internados. Acontecem também outras movimentações nesse sentido, as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor, todos nessa mesma premissa de questionar o enclausuramento da loucura e seus tratamentos truculentos. Alguns autores destacaram-se nessa época por denunciarem os abusos realizados nos manicômios, construindo uma crítica ao modelo asilar, podemos citar aqui Goffman e Szasz nos EUA, Foucault na França e Laing na Inglaterra.

A partir do que assinalamos acima, perceberemos que, durante toda a década de 60/70, o campo da psiquiatria norte-americana estará imerso nesses tensionamentos de forças teórico-práticas, a psicanálise, as abordagens sociais antipsiquiátricas, assim como a ascensão da psicofarmacologia, da qual falamos anteriormente. Os desdobramentos dessa rede de acontecimentos, desses tensionamentos de forças políticas, atualizam-se no que veremos emergir a partir da década de 80, na qual ocorre a exclusão completa da psicanálise como referencial teórico no campo da psiquiatria e, por conseguinte, a consolidação da psiquiatria biológica como referencial a ser seguido a partir de então.

O acontecimento principal que marcará essa ruptura na história da psiquiatria será com a publicação do DSM-III. Este manual virá com um discurso pautado na homogeneização das classificações psiquiátricas, com critérios objetivos de análise clínica. Importante destacar que, apesar dessa mudança de referencial da psicanálise para

as teorias biológicas, não houve qualquer descoberta a respeito dos marcadores biológicos das doenças mentais contidas no manual, ou seja, não houve descobertas acerca da origem cerebral relacionada a qualquer distúrbio (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Traremos a seguir alguns fatores salientados por Aguiar e Ortega (2017) que contribuíram muito para a ascensão dessa psiquiatria biológica, colaborando para que esta viesse com tanta força, afirmando-se como prática/saber de referência no campo da psiquiatria, que são: o surgimento da psicofarmacologia; as disputas entre diversas vertentes nesse campo; o surgimento das indústrias farmacêuticas; o papel das agências governamentais reguladoras dos medicamentos; a mudança na posição que o psiquiatra exerce em meio a essa nova rede de relações. A psiquiatria biológica, com isso, insere o campo psiquiátrico num modelo de ciência tecnocientífico³³, pareado com as práticas biomédicas vigentes naquele momento. Perceberemos então que

Dentro deste novo modelo de ciência, as indústrias, as universidades, as agências governamentais, as agências de publicidade, os médicos, os pacientes e uma série de outros atores passaram a estar interligados numa complexa *rede* que transcende em muito o cotidiano da psiquiatria de outrora (AGUIAR; ORTEGA, 2017, p. 893).

Veremos a pesquisa científica passar a ser questão de Estado e de Mercado, havendo um investimento gigantesco do governo americano nesse setor, e isso produzirá efeitos no modo como a ciência irá se colocar no meio social. Aguiar e Ortega (2017) dirão que nesse processo, “a indústria e as grandes corporações se tornam uma possibilidade de trabalho a mais para o cientista” (p. 895). Tais autores apontam os efeitos dessa rede de interconexões e sua expansão pelo mundo,

[...] em certa medida, para a discussão que aqui empreendemos acerca da Psiquiatria Biológica e sua indissociável ligação com os medicamentos psicotrópicos, a indústria farmacêutica, órgãos governamentais e agências de fomento. Percebemos ainda a crescente profissionalização da pesquisa psicofarmacológica e da pesquisa psiquiátrica como parte desta *rede*. E vale lembrar que essa vertente psiquiátrica nasce nos Estados Unidos, um país com forte investimento em P&D³⁴, e a partir dele se expande rapidamente por diversos países ao longo do mundo, alguns deles como o Brasil, que não possui os recursos financeiros necessários para investir em P&D como os Estados Unidos (p. 896).

³³ Esse conceito de tecnociência vincula-se ao postulado de Latour e Woolgar (1997) que atribui quatro pontos de conexão no qual serão essenciais para garantir tal conhecimento tecnocientífico, a saber: a academia, as indústrias, o governo e os laboratórios.

³⁴ Pesquisa & Desenvolvimento.

A partir dos acontecimentos que analisamos pudemos concluir que ocorrem transformações cruciais no campo da psiquiatria, interferindo diretamente no modo de olhar as doenças mentais. Começa a consolidar-se e tomar força uma certa lógica de pensamento pautada no aspecto biológico, neurológico e psicofarmacológico desses fenômenos. A publicação do DSM-III será o estopim para que esse discurso marcado pela biologia e seus agregados seja referência no cenário inerente às psicopatologias. Com isso, veremos as questões relacionadas a angústia serem completamente descartadas e substituídas por um discurso biológico da ansiedade e dos ataques de pânico.

4.6 DO DSM-III AO DSM-V E A INVENÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO

O DSM-III foi lançado em 1980, tal edição difere consistentemente das outras duas anteriores, assim como se diferencia da CID-9 em relação ao tópico dos transtornos mentais, neste sentido, “muitas áreas específicas da classificação não pareciam suficientemente detalhadas para uso clínico e de pesquisa” (DSM-III, 1980, p. 2, tradução nossa). A força tarefa, como foi chamado o grupo de especialistas responsáveis pela construção desse manual, era constituída por diferentes profissionais das áreas de psicologia, epidemiologia entre outras especializações. Compartilhavam um compromisso com a construção do DSM-III, assegurando alguns objetivos como, ter utilidade clínica para gerir tratamentos e diagnósticos, ter confiabilidade nas categorias, deveria ser aceito por clínicos e pesquisadores de diferentes correntes teóricas, ter utilidade em formar profissionais da área da saúde, ser compatível com a CID-9 apesar de haver algumas diferenciações, ter consenso sobre os significados dos termos diagnósticos, ter consistência com os dados das pesquisas em relação a validade das categorias, entre outros objetivos nos quais já evidenciamos ao longo deste trabalho.

O psiquiatra Robert Spitzer foi nomeado pela APA como chefe da força tarefa na organização desse manual e, segundo ele, “o grupo de psiquiatras e psicólogos selecionados por ele estava comprometido com a pesquisa de diagnóstico e não com a prática clínica” (AGUIAR, 2015, p. 240). Havia uma necessidade eminente de que a psiquiatria fosse uma ciência baseada em experimentos e, com os psicotrópicos

sendo comercializados, novos tratamentos seriam criados na prática psiquiátrica. Importante salientar o fato de que, além do descrédito a respeito da abordagem psicanalítica como referencial no campo da psiquiatria, havia também tensionamentos direto pelas seguradoras de saúde e sistemas de reembolso dos tratamentos médicos, questionando a imprecisão dos diagnósticos realizados e a duração do tratamento que, segundo as seguradoras, era muito longo. O DSM-III é publicado com a prerrogativa de ser ateuórico, tendo uma objetividade que permitirá a observação e a mensuração empírica das doenças e uma descrição sintomatológica. De acordo com o texto publicado,

A abordagem feita no DSM-III é a-teórica no tocante aos processos etiológicos ou fisiopatológicos [...] uma vez que não seria possível apresentar todas as teorias etiológicas suscetíveis de serem aplicadas a cada distúrbio, a sua eventual inclusão constituiria um obstáculo à utilização do manual por clínicos de diversas orientações teóricas, e é esta a melhor justificação para a abordagem geralmente a-teórica utilizada no DSM-III no referente a etiologia (DSM-III, 1980, p. 22, tradução nossa).

Nesta nova publicação ocorre uma mudança na classificação diagnóstica que, anteriormente era dimensional e passa a ser categorial. Sendo que a primeira aplicava uma ideia de um *continuum* diagnóstico, ou seja, não há necessidade de demarcar essa fronteira entre normalidade e patologia, entende-se que há uma confluência entre os diagnósticos e aquilo que o paciente traz na clínica, e, na segunda classificação, essa ideia já não opera mais, há uma necessidade de demarcação muito bem definida. Há também uma relação colocada entre os distúrbios orgânicos e os psicológicos que, anteriormente, eram tidos como quadros distintos. No DSM-III surge um modo de pensar tais quadros pautado na função cerebral, ou seja, afirma-se que “todo processo psicológico, normal ou não, depende do funcionamento cerebral” (AGUIAR, 2015, p. 243). A avaliação diagnóstica será multiaxial na qual se dividirá em cinco eixos que são complementares.

Teremos o Eixo I contendo todos os distúrbios; no Eixo II os distúrbios de personalidade e distúrbios especiais de desenvolvimento; no Eixo III os distúrbios ou condições físicas; no Eixo IV a gravidade dos fatores de estresse psicossociais; no Eixo V o nível máximo do comportamento adaptativo no ano anterior. Os Eixos I, II e III estariam compondo o diagnóstico oficial, o Eixo IV é medido numa escala de 1 a 7 valorando a quantificação da gravidade de um fator de estresse, o Eixo V refere-se às relações sociais, atividade profissional e utilização do tempo livre. Os Eixos IV e V servem para

fornecer informações adicionais ao diagnóstico. Outro ponto importante no DSM-III é o termo neurose que ainda aparece, entretanto, afirmam ser um uso descritivo do termo. Será com a publicação do DSM-III-R, em 1987, que acontecerá a retirada do termo neurose sendo eliminada por completo.

Entraremos agora no texto do terceiro manual, no qual teremos a noção de Transtorno Mental conceituada como uma “síndrome ou padrão comportamental clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que é tipicamente associado a um sintoma doloroso (sofrimento) ou a uma ou mais áreas importantes de funcionamento (incapacidade)” (DSM-III, 1980, p. 6, tradução nossa). Além disso, conclui-se que há uma disfunção comportamental, biológica ou psicológica.

No DSM-III ocorre a omissão da classe diagnóstica das Neuroses que havíamos visto no DSM-II. O problema que se coloca neste manual refere-se ao fato de não haver um consenso no campo da psiquiatria em relação a etiologia das neuroses, sendo assim, optou-se por usar o termo Transtornos Neuróticos a fim de evitar ambiguidades em relação a etiologia e focar somente na descrição dos sintomas.

O termo transtorno neurótico, portanto, refere-se a um transtorno mental em que o distúrbio predominante é um sintoma ou grupo de sintomas que é angustiante³⁵ para o indivíduo e é reconhecido por ele como inaceitável e estranho (ego-distônico); o teste de realidade está totalmente intacto; o comportamento não viola ativamente as normas sociais grosseiras (embora o funcionamento possa ser acentuadamente prejudicado); a perturbação é relativamente duradoura ou recorrente sem tratamento e não se limita a uma reação transitória a estressores; e não há etiologia ou fator orgânico demonstrável (DSM-III, 1980, p. 10, tradução nossa).

Começam a ser colocados em questão outros campos teóricos que também estudam as causas das neuroses, além da psicanálise, e isso é colocado no texto. No DSM-III é assinalado que “existem outras teorias sobre como esses distúrbios se desenvolvem [...] existem modelos sociais de aprendizagem, cognitivos, comportamentais e biológicos que tentam explicar o desenvolvimento de vários distúrbios neuróticos (1980, p. 10, tradução nossa). O DSM-III organiza o campo das neuroses da seguinte maneira: é chamado agora de Transtornos Neuróticos e estarão incluídos e distribuídos nos Transtornos Afetivos, Ansiedade, Somatoformes, Dissociativos e Psicosexuais. A se-

³⁵ Novamente, a palavra *distress* aparece com a tradução para angústia. Apontando que no grupo dos Transtornos Neuróticos há sintomas que são angustiantes (*symptoms that is distressing*).

guir, traremos as questões referentes ao que nos interessa neste trabalho, o que remete ao campo da ansiedade e veremos pela primeira vez a categoria Transtorno de Pânico neste manual.

Nessa nova disposição na qual o campo das neuroses é organizado, a questão que era central na produção de tal adoecimento psíquico (a ansiedade), será veiculada num só grupo, o dos Transtornos de Ansiedade. Anteriormente, mencionamos o grupo das neuroses disposto nos DSM-I e II e vimos que a ansiedade permanecia como principal disparador de inúmeros transtornos englobados na categoria das neuroses. No DSM-III ocorrem uma desvinculação, os Transtornos Afetivos, Somatoformes, Dissociativos e Psicosexuais não são atribuídos tendo a ansiedade como fator central, mas, outras questões serão colocadas³⁶. Por nosso campo de análise remeter às noções de ansiedade, angústia e pânico, iremos nos ater e focar somente no grupo dos Transtornos de Ansiedade no qual falaremos a seguir.

Os Transtornos de Ansiedade estão organizados em dois grandes grupos, o dos Transtornos Fóbicos (ou neurose fóbica) e o dos Estados de Ansiedade (ou neurose de ansiedade). Nos transtornos fóbicos estão presentes a Agorafobia, a Fobia Social e a Fobia Simples. Nos Estados de Ansiedade estão presentes o Transtorno de Pânico, o Transtorno de Ansiedade Generalizada, o Transtorno Obsessivo Compulsivo e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Falaremos brevemente sobre cada um deles e suas especificações e, como dito anteriormente, nos ateremos um pouco mais sobre o Transtorno de Pânico.

Os Transtornos Fóbicos têm por característica principal o medo irracional e persistente de uma atividade, objeto ou situação específica e que produz como efeito disso uma vontade intermitente de evitar tal situação, objeto ou atividade, nomeada no manual de “estímulo fóbico”. Esse medo é reconhecido pelo indivíduo que o presencia como irracional e excessivo em relação ao grau de perigo real que tal estímulo representa.

Na Agorafobia ocorre o medo de estar sozinho ou em espaços públicos nos quais a saída possa ser difícil, como, por exemplo, estar em multidões, numa rua movimentada, pontes, túneis, elevadores ou transporte público. Diz-se que a fase inicial desse distúrbio consiste em ter ataques de pânico recorrentes, “o indivíduo desenvolve medo

³⁶ Para mais informações a respeito desses outros transtornos ver em DSM-III, 1980.

antecipado de ter tal ataque e se torna relutante ou se recusa a entrar em uma variedade de situações que estão associadas a esses ataques” (DSM-III, 1980, p. 226, tradução nossa). Pode acontecer, também, agorafobia sem ataques de pânico, e isso deve ser diferenciado no momento do diagnóstico.

Na Fobia Social, o medo irracional e persistente diz respeito à presença e ao exame de outras pessoas, de modo que o indivíduo evita situações nas quais estaria à mercê do olhar de outras pessoas, como, por exemplo, falar ou se apresentar em público, comer em público, usar banheiros públicos entre outras situações. A Fobia Simples tem por principal característica o medo irracional e evitação fóbica de certos animais, lugares fechados ou medo de altura.

Entraremos agora no grupo dos Estados Ansiosos, trazendo a questão central deste trabalho que é o Transtorno de Pânico e, primeiramente, falaremos de maneira bem sucinta do que se trata e quais as principais características que aparecem nos demais transtornos assinalados nesse grupo. No Transtorno de Ansiedade Generalizada, a principal característica é uma ansiedade persistente e generalizada de pelo menos um mês e que não esteja associada com outros sintomas específicos do Transtorno Fóbico, Transtorno de Pânico ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Já o Transtorno Obsessivo Compulsivo refere-se às obsessões ou compulsões recorrentes, em suma, este transtorno não difere do que já trouxemos anteriormente em relação a neurose obsessivo compulsiva nos dois primeiros DSM’s. Em relação ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, veremos o desencadeamento de sintomas específicos³⁷ após um evento traumático para o indivíduo.

No que concerne ao Transtorno de Pânico, tal como havíamos dito, sua categoria é incluída no DSM-III a partir de estudos feitos pelo psiquiatra Donald Klein, por meio do seu experimento com um grupo de pacientes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada, nos quais faziam uso de uma nova droga, a Imipramina³⁸. A categoria Transtorno de Pânico surge nesse contexto, a partir dos efeitos que essa nova droga produziu nos pacientes.

³⁷ “Os sintomas característicos envolvem a revivescência do evento traumático; entorpecimento da capacidade de resposta ou envolvimento reduzido com o mundo externo; e uma variedade de sintomas autonômicos, disfóricos ou cognitivos” (DSM-III, 1980, p. 236, tradução nossa).

³⁸ As análises a respeito desse episódio serão feitas no próximo capítulo, porém, já havíamos trazido tal acontecimento na introdução deste trabalho.

O Transtorno de Pânico tem como principal característica os ataques de pânico recorrentes e imprevisíveis. O que seria um ataque de pânico? Neste manual há uma breve explicação sobre esse novo conceito, a saber

Os ataques de pânico são manifestados pelo súbito aparecimento de intensa apreensão, medo ou terror, frequentemente associado a sentimentos de morte iminente. Os sintomas mais comuns durante um ataque são dispnéia; palpitações; dor ou desconforto no peito; sensações de asfixia ou sufocantes; tontura, vertigem ou sentimentos instáveis; sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização); parestesias; sensações de frio e calor; sudorese; desmaio; tremor ou agitação; medo de morrer, ficar louco ou fazer algo descontrolado durante o ataque. Ataques geralmente duram minutos; mais raramente, horas (DSM-III, 1980, p. 230, tradução nossa).

Os ataques de pânico são uma manifestação corporal que surge subitamente no indivíduo, tendo vários sintomas relacionados ao corpo biológico do sujeito, tal qual sintomas referentes a sensações subjetivas, como medo de morrer ou ficar louco. A partir de tais ataques o sujeito desenvolve um medo antecipado de que estes ataques possam ocorrer novamente e isso torna-se prejudicial na sua vida, evitando ficar sozinho ou em lugares que não tenha qualquer pessoa próxima que possa socorrê-lo, caso o ataque venha acontecer. No texto há a preocupação em diferenciar os casos de Agorafobia com ataques de pânico dos de Transtorno de Pânico, sendo o primeiro diagnóstico relacionado ao medo de espaços públicos.

Os pacientes que são diagnosticados com Transtorno de Pânico desenvolvem um grau elevado de nervosismo e apreensão entre os ataques de pânico, desenvolvendo tais sintomas, expectativa apreensiva, vigilância extrema, tensão motora e hiperatividade autonômica. Diz-se que tal transtorno pode acontecer entre o fim da adolescência e início da vida adulta, além disso, também ocorre no meio da vida adulta. Pode apresentar duração de meses ou semanas, assim como poderá tornar-se crônico. Aponta-se como fatores predisponentes a presença do Transtorno de Ansiedade de Separação³⁹ na infância e também a perda repentina de objetos de cunho afetivo para o sujeito. Em relação ao diagnóstico diferencial, é necessário que sejam descartados os casos de hipoglicemia, feocromocitoma e hipertireoidismo que podem causar sintomas semelhantes aos deste transtorno. Na verdade, a similaridade acontece mais

³⁹ Para saber mais sobre tal transtorno ver em DSM-III, p. 50.

em relação aos ataques de pânico que, curiosamente, apresentam sintomas físicos muito semelhantes aos apontados nos outros casos assinalados acima.

Os ataques de pânico também acontecem devido ao Transtorno Mental Orgânico Induzido por Substância, nesses casos o Transtorno de Pânico deve ser descartado, assim como, em Esquizofrenia, Depressão Maior e Transtorno de Somatização. Nos casos de Transtorno de Ansiedade Generalizada ocorrem quadros de ansiedade crônica da mesma forma que podem desenvolver no Transtorno de Pânico entre os ataques de pânico. Neste caso, o diagnóstico diferencial será realizado pelo fato de não ocorrerem ataques de pânico no Transtorno de Ansiedade generalizada. Nas Fobias Simples e Social podem ocorrer ataques de pânico, entretanto, a diferenciação entre o Transtorno de Pânico refere-se ao fato de que o indivíduo não consegue identificar quais situações específicas que provocam os ataques.

Em relação aos critérios que devem ser utilizados para diagnosticar uma pessoa com Transtorno de Pânico, esta deverá ter, pelo menos, três ataques de pânico num período de três semanas em situações que não estejam atreladas a esforço físico ou fatores que arrisquem sua vida, ademais, os ataques não podem ter sido suscitados por algum estímulo fóbico. Como dito anteriormente, os ataques de pânico são manifestações momentâneas de medo e apreensão intensa nos quais devem conter, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas: dispneia, palpitações, dor ou desconforto no peito, sensações de asfixia ou de sufocamento, tontura, vertigem ou sentimentos instáveis, sentimentos de irrealidade, parestesias, sensações de frio ou calor, sudorese, desmaio, tremores, medo de morrer, ficar louco ou fazer algo descontrolado durante um ataque.

Percebemos que toda a construção do Transtorno de Pânico gira em torno dos ataques de pânico. É curioso o fato dos ataques de pânico também surgirem pela primeira vez nesses manuais como um conglomerado de sinais físicos e que podem manifestar-se em diferentes transtornos, não só nos relacionados à ansiedade⁴⁰. Praticamente em todas as categorias diagnósticas existentes nos Transtornos Fóbicos e nos Estados Ansiosos os ataques de pânico fazem parte do quadro sintomatológico. Assim

⁴⁰ Falaremos sobre os ataques de pânico com mais atenção no próximo capítulo.

como, os ataques de pânico também acontecem em outros transtornos que não analisamos nesse trabalho, transtornos que estão fora deste espectro dos Transtornos de Ansiedade. A análise que fazemos, num primeiro momento, assinala que o Transtorno de Pânico será destacado e criado a partir dessa querela de estados de ansiedade (que outrora eram todos alinhados como neuroses) pelo fato de haver ataques de pânico que não estão restritos em alguma situação ou objeto no qual o sujeito possa identificar como causador dos ataques. Dito isso, acompanharemos, a seguir, os próximos manuais, continuando com nossa proposta de análise. À guisa de conclusão, de modo geral, o DSM-III estará direcionado ao tratamento, diagnóstico e pesquisa dos transtornos mentais. Baseado em critérios diagnósticos categoriais, um sistema multiaxial, a ideia de etiologia será excluída, os sinais e os sintomas serão descritos através de comportamentos observáveis no paciente. O DSM-III funcionará num sistema classificatório, atóxico e operacional das síndromes psiquiátricas.

Posteriormente, será realizada uma revisão do DSM-III e, em 1989, acontecerá, então, o lançamento do DSM-III-R. A necessidade dessa revisão foi pautada no argumento de que “todos os critérios diagnósticos, além das descrições sistemáticas dos vários distúrbios, precisavam ser revisados quanto à consistência, clareza e precisão conceitual” (DSM-III-R, 1989, p. 17, tradução nossa). No texto do DSM-III-R, também é evidenciado o posicionamento de ser atóxico em relação a etiologia ou processo fisiopatológico dos transtornos mentais. A justificativa dessa posição atóxica advém da afirmação de que “a inclusão de teorias etiológicas seria um obstáculo ao uso do manual pelos clínicos de orientações teóricas variadas, uma vez que não seria possível apresentar todas as teorias etiológicas razoáveis para cada transtorno” (DSM-III-R, 1989, p. 24, tradução nossa). Além disso, é proposto que o manual seja descritivo, na medida em que a definição dos transtornos seja realizada por meio das características referentes aos sinais e sintomas comportamentais facilmente identificáveis e que requerem o mínimo de inferência por parte do observador, e, novamente, enfatiza-se a exclusão do termo neurose com a justificativa de que

Todos os distúrbios sem etiologia conhecida ou processo fisiopatológico são agrupados em classes com base em características clínicas compartilhadas. Por essa razão, no DSM-III e no DSM-III-R não existe uma classe diagnóstica de "neuroses", como havia no DSM-II (DSM-III-R, 1989, p. 24, tradução nossa).

Por conseguinte, no DSM-III-R, o Transtorno de Pânico aparece incluso no grupo dos Transtornos de Ansiedade (ou ansiedade e neuroses fóbicas). Neste grupo, prevalece como principal característica em comum, os sintomas de ansiedade e comportamento de evitação. Como as categorias elencadas nesse grupo não diferem em relação ao DSM-III, não trataremos novamente de cada uma delas, nos restringindo, especialmente, às mudanças concernentes ao transtorno de pânico.

Como dito anteriormente, o critério de hierarquia diagnóstica cai em desuso e será substituído pela ideia de comorbidade, neste sentido, o indivíduo poderá ser diagnosticado tendo mais de um transtorno. Com isso, veremos a categoria Transtorno de Pânico ser organizada da seguinte forma: Transtorno de Pânico com Agorafobia e Transtorno de Pânico sem Agorafobia, diferente de como vimos ser organizado no DSM-III. Outrossim, continua tendo como principal característica os ataques de pânico recorrentes e inesperados, nos quais serão descritos da mesma forma que assinalamos anteriormente no DSM-III. Aponta-se no DSM-III-R que, na maioria dos casos relatados de Transtorno de Pânico, acontece o desenvolvimento de alguns sintomas de Agorafobia onde haverá critérios para que seja feito o diagnóstico do Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia. A Agorafobia é caracterizada da seguinte maneira

O medo de estar em lugares ou situações de onde escapar pode ser difícil (ou embaraçoso) ou em que a ajuda pode não estar disponível no caso de um ataque de pânico [...] Situações de agorafobia comuns incluem estar fora de casa sozinha, estar em multidão ou de pé em uma linha, estar em uma ponte e viajar em um ônibus, trem ou carro (DSM-III-R, 1989, p. 236, tradução nossa).

Também pode coexistir nesses casos um Transtorno Depressivo e, afirma-se que, a idade média para o Transtorno de Pânico ocorrer é no final dos 20 anos (muito específico). Em relação aos fatores predisponentes, o Transtorno de Ansiedade de Separação na infância é novamente citado e, inclui-se fatores como a perda repentina de suportes sociais e também alguma interrupção nas relações interpessoais. Em relação ao diagnóstico diferencial, pode-se incluir o Transtorno de Pânico em vários outros transtornos⁴¹. Percebemos, também, que a presença de ataques de pânico noutros transtornos já é suficiente para que seja feito um diagnóstico que coexista o Transtorno de Pânico. Com isso, analisamos que neste manual fica mais evidente que os ataques de pânico são enfatizados e exclusivos da categoria Transtorno de Pânico.

⁴¹ Ver quais os transtornos que poderão coexistir com o Transtorno de Pânico, p. 237 do DSM-III-R.

Os critérios para que se realize o diagnóstico de Transtorno de Pânico não são discrepantes aos critérios estabelecidos no DSM-III, os quais citamos anteriormente.

No texto também ocorre a possibilidade de haver Agorafobia sem histórico de Transtorno de Pânico, porém, afirma-se que tal diagnóstico não está completamente esclarecido apesar de haver essa possibilidade diagnóstica. Então, a ideia de comorbidade sempre será colocada em prática, pois, se há indícios de características relacionadas aos ataques de pânico, o sujeito será diagnosticado com Transtorno de Pânico e Agorafobia. Com isso, percebemos certa confluência entre Agorafobia, Transtorno de Pânico e Ataque de Pânico e, do mesmo modo, vimos como essas noções aparecem nos manuais a partir do DSM-III. Ataques de Pânico e Transtorno de Pânico são noções novas, inventadas junto a esse processo de constituição e consolidação da Psiquiatria Biológica. Agorafobia é uma categoria que foi trabalhada por Westphal e que vimos nesse trabalho. Daí surge uma questão, o que diferencia esses três fenômenos? A partir de qual parâmetro etiológico/científico é pautado essa invenção dos ataques de pânico e Transtorno de Pânico?

Esses fenômenos estarão a todo momento sendo movimentados e realocados em diversos lugares nos manuais. Nossa questão inicial gira em torno da categoria Transtorno de Pânico, mas, no decorrer das leituras, percebemos que não podemos desvinculá-la de outras noções que surgem nesse grupo dos transtornos de ansiedade. Agorafobia e Ataque de Pânico são fenômenos que estarão o tempo todo em movimento nos manuais⁴², sendo e deixando de ser categoria diagnóstica e também aparecendo como sintoma noutros transtornos.

Mais à frente, veremos outra edição do DSM ser publicada em 1994, com 297 categorias diagnósticas, o DSM-IV será lançado a fim de funcionar como um guia para os clínicos, para facilitar as pesquisas científicas e, assim, melhorar a comunicação entre clínicos e pesquisadores (BURKLE, 2009). Um fator importante a ser evidenciado é que nesta edição será excluído por completo todos os psicodinamismos da etiologia conversiva dos transtornos, sendo substituídos pelo enfoque organicista-biológico. De acordo com Dunker e Neto (2011) “nos 20 anos que separam o DSM-III do IV, rompeu-

⁴² Apesar do ataque de pânico não desvincular nunca do Transtorno de Pânico, muito pelo contrário, o ataque de pânico é condição para a existência desse transtorno.

se a tradição, em vigor desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental faziam-se acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica” (p. 11).

Para a construção do DSM-IV houve inúmeras revisões de literatura envolvendo grupos de consultores, passando por várias leituras, a fim de alcançar um resultado que fosse inclusivo e equilibrado, para obter critérios diagnósticos baseados em evidências empíricas. Este foi o maior objetivo do DSM-IV, ter um manual que fosse validado e confiado com base em evidências científicas, com o intuito de direcioná-lo à prática clínica, de pesquisa e de formação. Este manual serviria para que as pesquisas fossem facilitadas, assim como, a comunicação entre os profissionais da saúde mental. Importante salientar que no texto há uma preocupação de que este manual fosse utilizado como ferramenta didática no ensino em psicopatologia. Como foi sinalizado acima, o estudo em psicopatologia, que agrupava ciências de diferentes campos como a filosofia, psicanálise e psiquiatria, desaparece em certa medida. Dessa maneira, os estudos em psicopatologia serão pautados nos manuais de estatística nos quais baseiam-se na psiquiatria biológica.

Entraremos, agora, na discussão que mais nos interessa, a categoria Transtorno de Pânico presente no DSM-IV na seção dos Transtornos de Ansiedade. Como no DSM-III-R, tal transtorno aparece com as seguintes opções, com Agorafobia ou sem Agorafobia, e também há a opção Agorafobia sem História de Transtorno de Pânico. Nesta seção dos Transtornos de Ansiedade também estão inclusos os seguintes transtornos: Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância e Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação (DSM-IV, 1995, p. 375).

No que diz respeito aos ataques de pânico, vimos que, tratam-se de episódios que podem acontecer no contexto de diversos transtornos e não só nos que listamos na seção acima. Nesse contexto, são listados critérios para que sejam sinalizados episódios de ataques de pânico, quando for necessário. Sabendo que a categoria Transtorno de Pânico é construída em torno dos ataques de pânico e também em relação

a agorafobia⁴³, traremos um pouco mais detalhado como este texto explica essas duas noções. Como dito anteriormente, os ataques de pânico podem acontecer no contexto de diversos transtornos. Um ataque de pânico é caracterizado essencialmente por

Um período distinto de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 de 13 sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico (em geral de 10 minutos ou menos), sendo com frequência acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar. Os 13 sintomas somáticos ou cognitivos são: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de “enlouquecer”, medo de morrer, parestesias e calafrios ou ondas de calor (DSM-IV, 1995, p. 376).

Serão caracterizados, então, três tipos de ataques de pânico, diferenciando-os em relação ao início do ataque e se existem, ou não, ativadores situacionais, sendo eles, ataques de pânico inesperados (não está relacionado a nenhum ativador situacional, acontece espontaneamente), ataques de pânico ligados a situações (acontece quando é evocado ou exposto a um ativador situacional) e os ataques de pânico predispostos pela situação (podem ocorrer com a exposição de um ativador situacional mas, podem haver momentos em que o indivíduo estará exposto a esse mesmo ativador, porém, o ataque não ocorre). Analisamos tal caracterização assinalada acima, como um esquadramento de situações, de cada situação que possa englobar tal acontecimento nomeado ataque de pânico, de cada momento, dessa forma, captura-se qualquer possibilidade desse ataque. Interessante pensar que no Transtorno de Pânico não há nada além da insurgência de ataques de pânico recorrentes. Será possível diferenciá-los? Para que serve essa diferenciação dos ataques?

Agora, no que tange a Agorafobia, teremos marcado como característica principal “uma ansiedade acerca de estar em locais ou situações das quais escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou nas quais o auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um Ataque de Pânico ou sintoma tipo pânico” (DSM-IV, 1995, p. 378). Sendo assim, tal ansiedade proporcionaria uma esquia global de inúmeras situações, como por exemplo, andar sozinho nas ruas ou ficar sozinho em casa, estar em multidões, viajar de ônibus, avião ou carro, passar por uma ponte ou andar de elevador.

⁴³ Vimos essa vinculação acontecer com maior evidência a partir do DSM-III-R.

Veremos, também, que no texto atenta-se para a dificuldade em realizar um diagnóstico diferencial entre Agorafobia e Fobia Social, Fobia Específica e Transtorno de Ansiedade de Separação pelo fato de que todas essas categorias são caracterizadas pela esquivia de situações específicas.

Em conformidade ao que discutimos até aqui, veremos que, o Transtorno de Pânico, no DSM-IV, será caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados com preocupações constantes de ter outro ataque, assim como de ter uma alteração comportamental que esteja relacionada aos ataques. Tais ataques não podem ser decorrentes de efeitos fisiológicos por meio do uso de alguma substância ou decorrentes de alguma condição médica. Os ataques de pânico que configuram o Transtorno de Pânico são os predispostos pela situação e os inesperados, apesar de não haver uma certeza quanto a isso, uma vez que “o diagnóstico diferencial de Ataques de Pânico é complicado pelo fato de nem sempre existir um relacionamento exclusivo entre o diagnóstico e o tipo de Ataque de Pânico” (DSM-IV, 1995, p. 377). Além disso, aponta-se que alguns indivíduos acreditam estarem à beira de ter uma doença que ameaça sua vida, como, por exemplo, uma cardiopatia ou um transtorno compulsivo. Apesar de ser constatado com exames médicos que não existe doença alguma, eles podem permanecer com esse medo e não ser “convencidos” de que não há doença alguma que ameace sua vida.

Logo, os ataques de pânico acontecem e a sensação de que está ficando louco ou que perderá o controle de si próprio está presente com grande frequência, ademais, a preocupação de haver outros ataques pode ser muito acentuada, associando-as a comportamentos de esquivia, o que permite vincular o transtorno com a agorafobia. A ansiedade é intermitente e constante, com pensamentos catastróficos em relação a situações comumente simples, como por exemplo, acreditar que uma simples dor de cabeça pode ser causa de um tumor cerebral. Aponta-se, também, que a perda ou rompimento de relações interpessoais importantes e a desmoralização de si estão associadas ao início ou piora desse transtorno. Além disso, o Transtorno Depressivo Maior é assinalado com maior índice de comorbidade (até 65% dos casos) com o Transtorno de Pânico.

Outrossim, foram realizados estudos de laboratório com o Transtorno de Pânico e, num primeiro momento, não foram encontrados “achados laboratoriais diagnósticos

de Transtorno de Pânico” (DSM-IV, 1995, p. 380), apesar de afirmarem alterações fisiológicas em indivíduos diagnosticados com o transtorno em comparação com sujeitos-controle, mas, isso não configura marcador biológico para este transtorno.

Percebemos que diversos estudos laboratoriais e experimentais estão sendo realizados a fim de chegar ao que causa o Transtorno de Pânico. Curioso também o fato de haver notas sobre o “padrão familiar” no qual refere-se à prevalência do transtorno na família, discutindo fatores genéticos que possam contribuir para o desenvolvimento do Transtorno de Pânico, assim como para todos os outros transtornos catalogados no manual⁴⁴.

Em seguida, tivemos o lançamento do DSM-IV-TR no ano 2000, mantendo as 297 categorias diagnósticas, porém, com mais 21 categorias pendentes como sugestão para pesquisas e possibilidade de inclusão no manual. Ocorre também uma atualização das revisões bibliográficas que baseiam o DSM-IV, continuando com a valorização de comorbidade e cruzamento entre eixos diagnósticos (DUNKER; NETO, 2011). Não traremos o que consta no texto em relação ao Transtorno de Pânico, assim como os Transtornos de Ansiedade, pois, fomos no texto e percebemos que se trata do mesmo conteúdo que havia escrito no DSM-IV, então, decidimos não repetir, dando prosseguimento ao nosso trabalho partindo para o último manual, o DSM-V.

Por fim, em 2013 foi publicado o DSM-V com 300 categorias e algumas mudanças significativas em relação aos manuais anteriores mais recentes. Ocorre, parcialmente, o retorno do sistema dimensional para critério diagnóstico, na tentativa de abordar sintomas e sinais num *continuum* de intensidade, com a justificativa de que existem transtornos que têm confluências entre os sintomas e que o limiar que os separa seria bem sensível e arbitrário (BANDEIRA; CAMPOS, 2016). Importante salientar, que o sistema categorial permanece com maior ênfase, sendo o uso de tal enfoque dimensional mais comedido. Destaca-se no DSM-V fatores de risco genético e fisiológico dos transtornos mentais, assim como os indicadores para realização de prognóstico.

⁴⁴ A autora Sandra Caponi (2012) faz uma análise muito interessante em relação ao processo histórico da psiquiatria no que diz respeito à herança de Morel no estudo da degeneração das raças. Afirmando que ocorre uma atualização e continuação dessa noção com o advento dos estudos em genética como predisposição aos transtornos mentais.

O eixo II (transtorno de personalidade e retardo mental) do DSM-IV foi dissolvido nos eixos I e III pelo fato de não existir base empírica que justificasse tal separação.

O DSM-V foi indicado como ferramenta para a clínica, para a formação de estudantes e como referência para pesquisadores no campo da saúde mental. Incluindo pesquisas em neurociência e associações genéticas, bem como fatores de risco genéticos e fisiológicos⁴⁵. De acordo com o manual, “essa nova estrutura deve melhorar a capacidade do clínico para identificar os diagnósticos em um espectro de transtornos baseado em circuitos neurais, vulnerabilidade genética e exposições ambientais comuns” (DSM-V, 2014, p. XLII).

No DSM-V, a seção dos Transtornos de Ansiedade sofrerá algumas modificações, a saber, não incluirá mais o Transtorno Obsessivo-compulsivo, que passará para o capítulo “Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados”, assim como o Transtorno de Estresse Pós-traumático, que estará contido em outro capítulo, nos “Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores”. Dessa forma, serão inclusos no grupo dos Transtornos de Ansiedade, o Transtorno de Ansiedade de Separação e o Mutismo Seletivo.

Outra mudança importante diz respeito aos ataques de pânico, dos quais poderão ser listados como um especificador relacionado a qualquer transtorno do DSM-5, ou seja, um ataque de pânico poderá ser específico e acompanhar qualquer transtorno fora do espectro dos Transtornos de Ansiedade⁴⁶. Neste manual ocorre, também, a separação do Transtorno de Pânico e da Agorafobia, neste sentido, não haverá mais diagnósticos como Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia e Agorafobia sem história de Transtorno de Pânico.

No grupo dos Transtornos de Ansiedade, no qual o Transtorno de Pânico permanece incluso, estão presentes transtornos que apresentam características de medo e ansiedade excessivos e, relacionado a isso, perturbações comportamentais. Estes transtornos serão diferenciados a partir dos objetos e situações em que esse medo e ansiedade excessivos ocorrem, além disso, há um nível muito alto de comorbidade entre

⁴⁵ Este manual vem explicitamente carregado das teorias biológicas, neurológicas e cognitivas.

⁴⁶ Isso já era sinalizado nos outros manuais, porém, neste aqui o ataque de pânico é evidenciado como um especificador no diagnóstico.

eles. Percebemos ainda que, no DSM-V aparece, pela primeira vez, o que diz respeito à ansiedade e o medo, que são conceituados da seguinte maneira

Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura [...] o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (DSM-V, 2014, p. 189).

Nesse contexto dos Transtornos de Ansiedade, os ataques de pânico emergem como uma resposta ao medo. Como havíamos dito, os ataques de pânico poderão estar presentes em outros transtornos que não os de ansiedade. Não fica elucidado de que modo os ataques de pânico surgem noutros transtornos: seria, da mesma forma, como uma resposta ao medo? Não há especificações nesse sentido. Colocamos, então, algumas questões: do que se trata, para que serve tal circunscrição desse fenômeno? O que nos convoca a pensar porque o ataque de pânico - que é única e exclusivamente o motivo do Transtorno de Pânico existir enquanto categoria – ocorre em outros contextos que não se vinculam ao grupo dos transtornos de ansiedade? O que sustenta o discurso do ataque de pânico?

Sendo assim, o Transtorno de Pânico continua relacionado aos ataques de pânico recorrentes, abruptos e inesperados (que não há um desencadeante óbvio) como sua característica única para que haja tal diagnóstico, entretanto, “indivíduos com transtorno de pânico tem ataques de pânico esperados tanto quanto ataques inesperados” (DSM-V, 2014, p. 209). Ocorre, ainda, preocupação excessiva entre os ataques por medo de que aconteçam novamente.

Em conclusão, não encontramos diferenças substanciais em relação ao texto do DSM-IV e DSM-V sobre o Transtorno de Pânico e ao que caracteriza um ataque de pânico, por isso, não traremos com maior destreza do que se tratam novamente pois já o fizemos. Novamente, a mudança que ocorre é na separação do Transtorno de Pânico da Agorafobia, esta que agora é uma categoria diagnóstica.

Encerrando este momento de análise, pudemos elencar algumas questões referentes a invenção dessa categoria Transtorno de Pânico e o modo como ela se dispõe nos manuais. Chamamos atenção ao fato de, junto à invenção dessa categoria, também aparecem os ataques de pânico, que não havíamos visto até o momento, e, a inclusão da Agorafobia, que foi trabalhada por Westphal em confluência com os estados fóbicos e ao medo intenso. Percebemos, também, como os ataques de pânico e a agorafobia se movimentam entre os manuais, estando presentes em outros transtornos, sendo elencados como categorias e, em outros momentos, surgindo como especificadores diagnósticos. O que nos leva a perguntar: a condição de existência para o Transtorno de Pânico são os ataques de pânico e nada mais além disso? Por que a circunscrição de um ataque de pânico? A partir de que momento o ataque de pânico toma forma nos manuais e começa a operar como guia diagnóstico? Podemos pensar numa relação entre os ataques de pânico e a angústia extrema?

Entendemos que a desvinculação da psiquiatria com a psicanálise encerra, nos DSM's, a lógica de se pensar as doenças mentais pautada numa certa psicanálise inspirada em Adolf Meyer. Sendo assim, o grupo das neuroses que anteriormente era composto por diversas neuroses vinculadas a ansiedade como característica principal, é dissolvido em outros grupos. Nesse sentido, a ansiedade é destacada como característica principal somente em casos de sofrimentos pautados na evidente e direta sensação ansiosa e nos inéditos ataques de pânico.

Assim sendo, no próximo capítulo traremos com maior atenção as questões que levantamos a partir das leituras nos manuais, assim como as análises que fizemos em relação aos caminhos que a psiquiatria trilhou para si e, com efeito disso, as questões referentes à angústia (isso se ainda podemos dizer que há algum resquício dessa noção neste percurso).

Constatamos que a Agorafobia, o Ataque de Pânico e o Transtorno de Pânico estiveram correlacionados a todo momento a partir do DSM-III, e isso nos impulsionou pensar inúmeras questões nas quais trouxemos ao longo deste capítulo. Tais noções assinaladas acima conversam com o que foi dito sobre a Reação de Ansiedade assina-

lada no DSM-I e com as Neuroses de Ansiedade pautadas no DSM-II. Talvez, a questão central seja o surgimento dos ataques de pânico que são destacados nessa que-rela das neuroses de ansiedade e darão pano de fundo para que essa separação ocorra, dando condições para que o Transtorno de Pânico seja possível como categoria.

CAPÍTULO IV

5 TRANSTORNO DE PÂNICO: UM DIAGRAMA DE FORÇAS

No intuito de abrir uma discussão que concerne ao próprio discurso psiquiátrico enquanto tal, durante todo o trabalho nosso interesse dirigiu-se justamente para a rede de interconexões na qual o Transtorno de Pânico foi colocado como um ponto inicial de análise. Uma vez que não é possível traçar uma genealogia do Transtorno de Pânico sem lançar mão de conceitos que lhe são contíguos e que desenham um verdadeiro campo discursivo em torno de sua categoria - angústia, ansiedade, agorafobia, medo, terror, pânico, fobia, etc. -, neste quarto e último capítulo faremos dessa categoria a via que permite tentarmos recompor a produção de verdade em jogo no discurso psiquiátrico. Em outras palavras, após delinear uma história do Transtorno de Pânico, desde a psiquiatria clássica até a moderna, bem como ao acompanharmos as diversas transformações sofridas pela psiquiatria desde seu nascimento, nos dedicaremos a analisar agora, através da categoria do Transtorno de Pânico, as relações de força que se fazem presentes no discurso psiquiátrico.

Deleuze⁴⁷ propõe o conceito de *diagrama* em sua obra *Foucault*, de 1986, em confluência com o método genealógico de Foucault e, mais especificamente, com o conceito de *dispositivo*⁴⁸. De acordo com Deleuze (2005), o diagrama consiste em uma “exposição das relações de força que constituem o poder” (p. 46), em outras palavras, o diagrama diz respeito ao plano das relações de força que atravessam as relações de poder. Possuindo uma dimensão abstrata, o diagrama não diz respeito a encarnações concretas, funções organizadas e finalizadas, como por exemplo, um hospital, uma escola ou uma prisão. Ao contrário, tal conceito “cartografa funções e matérias

⁴⁷ Ao longo do tempo, Deleuze e Guatarri irão reconceitualizar a ideia de *diagrama*. Assim, retomarão esse conceito em outras obras, a saber, em *Revolução Molecular* (1977) escrito por Guatarri, no livro de Deleuze sobre Bacon em 1981 e, em 1980, retomarão juntos esse conceito em *Mil Platôs*. Tendo em vista o escopo dessa dissertação, trabalharemos aqui somente com a noção de diagrama que Deleuze anuncia no seu texto *Um novo cartógrafo* situado em sua obra dedicada à Foucault.

⁴⁸ O conceito de dispositivo foi trazido por Foucault em sua obra *Vigiar e Punir* (1975) para explicar o Panoptismo. Este se trata de um modelo de organização do poder que funciona em diferentes espaços, com indivíduos diferentes e funções distintas. Tal conceito concerne à rede que se instaura entre práticas discursivas e não-discursivas, entre elementos heterogêneos.

informais que se estendem por todo o tecido social, e que agem positivamente sobre ele” (ROQUE, 2015, p. 97).

Para além das representações e da ideia de estrutura, o diagrama abarca uma causa imanente que atravessa o informe, na imanência do dizível e do visível. Nessa imanência, o regime de dizibilidade define-se pelos enunciados, pelos discursos e o regime de visibilidade assinala uma formação não-discursiva. E o que isso quer dizer? “A noção de diagrama é usada justamente para caracterizar outro tipo de relação que pode se dar entre a coisa e a palavra” (ROQUE, 2015, p. 98), na qual não haverá conformidade entre as formas de conteúdo (dizível) e de expressão (visível). Nessa direção, Roque (2015) reitera que “cada enunciado concerne a uma situação micropolítica específica, que só podemos conhecer mergulhando na situação em que o enunciado se produz: captando as relações de força, os diagramas que dão sentido àquilo que se diz e que se faz” (p. 100).

Já Zambenedetti e Silva (2011) afirmam que a abordagem genealógica se interessa em constituir um diagrama de forças, com o intuito de analisar como tais forças se agenciam e compõem uma determinada forma. Em suas palavras, “a genealogia busca criar o diagrama de forças no qual tal objeto emerge como efeito de determinadas práticas de saber-poder” (p. 459), de que, pertencendo ao mesmo plano da análise genealógica, a noção de diagrama permite-nos isolar o campo de forças que se coloca em jogo em um certo campo de práticas discursivas.

Considerando, portanto, o diagrama como parte das relações de poder das quais a genealogia coloca em análise, analisar os elementos que tornam a categoria Transtorno de Pânico uma formação em diagrama permite-nos situar de maneira mais ampla a forma pela qual a psiquiatria promove o extravio do lugar da angústia em seu discurso. É assim que nos utilizaremos da noção de diagrama: como uma ferramenta para mapear os pontos importantes dessa rede de relações de forças que compõe o Transtorno de Pânico. Dito de outra maneira, examinar a categoria do Transtorno de Pânico a partir do conceito de diagrama nos possibilitará trazer para o campo de análise o poder psiquiátrico enquanto tal.

Se a proposta desta dissertação é acompanhar o surgimento e permanência do Transtorno de Pânico nos DSM's a partir de um certo campo de práticas e discursos em

torno da psiquiatria, toda produção de verdade da psiquiatria é colocada em questão na medida que traçamos essa genealogia de tal transtorno. É nesse ponto que o conceito de diagrama nos servirá como uma ferramenta de trabalho para a nossa análise acerca das relações de força que compõem a realidade do Transtorno de Pânico.

Teremos que, assim, revisitar alguns dos autores - como Morel, Du Saule, Westphal, Da Costa, Maudsley e Brissaud -, afim de olharmos mais atentamente esse diagrama de composição de forças que o Transtorno de Pânico atualiza e, através dele, acompanhar as transformações, as ramificações, as conexões, as interrupções que ocorreram na história da Psiquiatria. Veremos, em primeiro lugar, com Foucault, quais elementos estão em jogo no momento em que o discurso psiquiátrico deixa de se restringir ao tratamento da loucura no interior dos asilos e passa a se interessar pela normalidade e, em seguida, ampliaremos a discussão referente ao Transtorno de Pânico a partir de Donald Klein, Henri Ey (1981) e Mario Eduardo Costa Pereira (1997). Tais autores nos ajudarão a examinar o destino da noção da angústia no discurso psiquiátrico, a traçar a sua relação com a ansiedade, bem como precisar os elementos que estão em jogo no surgimento da categoria Transtorno de Pânico e da importância da agorafobia em sua delimitação.

5.1 UM NOVO SABER DA PSIQUIATRIA: DA LOUCURA ÀS ANOMALIAS

De acordo com Foucault, a partir de 1860 inaugura-se a psiquiatria moderna, cuja característica é, para além da loucura, realizar uma análise geral das condutas humanas. Partindo da infância como objeto de estudo, a psiquiatria culminará na universalização do saber psiquiátrico em relação ao comportamento humano:

Não foi conquistando a totalidade da vida, não foi percorrendo o conjunto de desenvolvimento dos indivíduos desde o nascimento até a morte; foi, ao contrário, limitando-se cada vez mais, revirando cada vez mais profundamente a infância, que a psiquiatria pode se tornar a espécie de instância de controle geral das condutas, o juiz titular, se vocês quiserem, dos comportamentos em geral (FOUCAULT, 2001, p. 392).

É dessa maneira que a Psiquiatria Moderna se estabelece, deixando de ser uma técnica e um saber específico sobre a loucura e passando a se ocupar dos desvios e das

anomalias do comportamento normal. Em outras palavras, a psiquiatria abandona⁴⁹ o estatuto propriamente específico da doença e passa a firmar um determinado saber sobre o estatuto das anomalias. O que ocorre, portanto, é uma movimentação do poder médico sobre o não-patológico, processo que Foucault chamou de despatologização do objeto (FOUCAULT, 2001).

Neste sentido, o saber médico passará a ocupar-se do que não é patológico. Com isso, grandes discursos teóricos surgem na psiquiatria no fim do século XIX, que serão base para a construção de uma nova nosografia psiquiátrica. Essa nova nosografia estará pautada em três aspectos principais, a nosografia das síndromes, dos delírios e dos estados, nos quais falaremos sucintamente a seguir.

Diferente do que a psiquiatria fazia até então (assinalar os sintomas das doenças mentais), começa-se a organizar e a descrever as síndromes de anomalias, de condutas anormais, que são desviantes, sem que, ao mesmo tempo, sejam consideradas no quadro da loucura. Segundo Foucault, o que ocorre é uma “consolidação das excentricidades em síndromes bem especificadas, autônomas e reconhecíveis” (FOUCAULT, 2001, p. 395). Nesse contexto, um novo grupo de problemas começa a ganhar contorno na psiquiatria: o saber psiquiátrico passa a se interessar por pessoas que não apresentam sintomas da loucura, mas que possuem síndromes anormais, como, por exemplo, agorafobia, claustrofobia, cleptomanias, etc.⁵⁰

Um outro exemplo dessa transformação da psiquiatria concerne à questão da nosografia dos delírios enquanto uma reavaliação do problema do delírio pelo saber médico. Se até então, para a psiquiatria, o delírio tradicionalmente era o núcleo da alienação mental, agora essa reformulação teórica tornava possível encontrar os vestígios ou as tramas do delírio por meio de todos os comportamentos anormais (FOUCAULT, 2001).

⁴⁹ Não deixará de ocupar-se com a loucura, mas, passará a ocupar outros espaços na sociedade, outras questões serão levantadas por esse novo modo de olhar para o indivíduo que a psiquiatria cria para si.

⁵⁰ É nesse momento que o quadro chamado agorafobia surge como um problema para a psiquiatria, assim como, a angústia também torna-se um problema médico. Vimos isso tomar forma nos discursos de Morel, Du Saulle, Westphal e outros autores apontados no primeiro capítulo.

O que nos parece fundamental desse novo momento da psiquiatria é o aparecimento da noção de estado. Tal noção foi introduzida por Falret e refere-se a processos, episódios que estão relacionados à doença, sem que se configurem propriamente como uma doença, sendo tão somente “uma espécie de fundo causal permanente” (FOUCAULT, 2001, p. 397). Um estado implica, portanto, num distúrbio geral no indivíduo que poderá produzir qualquer coisa a qualquer momento, sendo através desse estado que o indivíduo poderá desenvolver doenças físicas ou psicológicas.

O estado é a base anormal a partir da qual as doenças se tornam possíveis [...]. [Assim], quem é sujeito a um estado, quem é portador de um estado não é um indivíduo normal [...]. Tudo o que pode ser patológico ou desviante no comportamento ou no corpo, pode ser efetivamente produzido a partir do estado (FOUCAULT, 2001, p. 397).

Essa noção de estado captura, portanto, tudo aquilo que se refere à não-saúde. Mas, uma vez que o estado tampouco não é uma doença, ele acaba por poder circunscrever qualquer conduta, seja fisiológica, psicológica ou sociologicamente desviante. Segundo Foucault, com essa noção de estado, o que se consolida é a possibilidade de medicalização do anormal, levando diversos autores a proporem modelos fisiológicos e neurológicos para inúmeros comportamentos ditos anormais.

5.2 O CORPO NEUROLÓGICO

Paralelo a todo esse cenário da nascente Psiquiatria Moderna, Foucault apontará para uma outra discursividade que emerge na psiquiatria entre 1850 a 1870, e que é o surgimento da noção de “corpo neurológico”. Foucault explica que esse corpo é uma extensão do corpo anatomopatológico no qual falamos anteriormente. No caso da neurologia, no entanto, haverá uma prática de descrever este corpo através de um olhar para a superfície. Em outras palavras, em contraposição à anatomopatologia, que descreve órgãos e lesões internas, este olhar será direcionado aos sinais de superfície, ou seja, uma “reemergência notável dos valores de superfície” (FOUCAULT, 2006, p. 389). Diferente do que falamos a respeito dos sinais como efeitos de alguma lesão anatômica, aqui os sinais serão decifrados como resposta, sendo o corpo capturado por uma clínica atenta às disfunções reveladas por um exame clínico da super-

fície corporal. Com isso, torna-se possível pensar o corpo por meio dos comportamentos\reflexos involuntários e voluntários, também estando potencialmente em jogo à intencionalidade do sujeito, “da vontade do sujeito no próprio interior do seu corpo” (FOUCAULT, 2006, p. 393).

É importante salientar que as respostas dadas nesse exame clínico não são verbais como no interrogatório. Ou seja, no que compete ao exame clínico, o que está em questão são as respostas do corpo do sujeito que podem ser decifradas e submetidas a um exame diferencial, sem o risco do médico ser enganado pelo doente. A partir do nascimento da psiquiatria, passa-se a ter, por conseguinte, uma linguagem disponível para tratar das questões referentes às neuroses - questões que, até então, não haviam sido colocadas nesta forma de discurso médico.

De outra maneira, o que havia até então na medicina geral era, de um lado, o diagnóstico diferencial, que demarcava as doenças ditas orgânicas (doenças que seriam examinadas pelo saber anatomopatológico), e, por outro lado, o diagnóstico absoluto da psiquiatria, que tratava de separar o louco do não louco. Em meio a esta produção diagnóstica havia, porém, certas doenças intermediárias, que não se encaixavam em nenhuma forma discursiva disponível. Estas doenças, até por volta de 1840, eram tidas como portadoras de componentes motores e sensitivos, sem qualquer lesão anatomopatológica, sendo consideradas doenças com “distúrbios das funções de relação”. Essas doenças são as neuroses, com suas diversas apresentações e sintomas, como por exemplo, as convulsões, a hipocondria e a epilepsia.

Foucault (2006) explica, através da histeria, como forma-se um novo dispositivo de captura do corpo:

Quero dizer que sua emergência no campo médico, a possibilidade de fazer da histeria uma doença, sua manipulação médica só foi possível a partir do momento em que esse novo dispositivo clínico, que não é de origem psiquiátrica, mas neurológica, foi instaurado, em que esta nova cilada foi armada (p. 396).

Para a psiquiatria, tais doenças eram invalidadas epistemologicamente por dois motivos. Primeiramente por possuírem uma irregularidade sintomática, uma variação em sua manifestação, fazendo com que houvesse certa confusão na delimitação de seus sintomas, considerados, então, difíceis de analisar e compreender. Em segundo lugar,

a invalidação epistemológica provinha do fato de serem invalidados moralmente, pois, para os médicos, haveria muita manipulação e simulação nestes casos por parte do doente. Foucault (2006) reitera:

A emergência desse sistema constituído pelo aparelho de captura clínica da neurologia e pelo corpo neurológico que é seu correlato vai possibilitar precisamente apagar a desqualificação, essa dupla desqualificação epistemológica e moral de que as neuroses eram objeto até por volta da década de 1870. Essa desqualificação vai poder ser apagada na medida em que vai se poder colocar finalmente essas doenças ditas “neuroses”, isto é, essas doenças dotadas de componentes sensitivos e motores, não exatamente no domínio das doenças neurológicas propriamente ditas, mas bem ao lado, não tanto por suas causas como essencialmente devido às suas formas (p. 399).

Temos, em resumo, a emergência da captura do corpo neurológico pela clínica médica, que possibilitará a produção de um diagnóstico diferencial também em relação às doenças intermediárias. Nas palavras de Foucault, “graças ao dispositivo clínico da neurologia, vai ser possível inserir entre as doenças neurológicas, como por exemplo, os distúrbios devido a um tumor cerebelar, e as convulsões, os tremores histéricos, a lâmina do diagnóstico diferencial” (FOUCAULT, 2006, p. 400).

5.3 A CAPTURA DA NOÇÃO DE ANGÚSTIA PELO DISCURSO PSIQUIÁTRICO

Como vimos, Foucault afirma que, em determinado momento da história, o discurso psiquiátrico passa a abarcar não só a loucura, mas, também, os comportamentos em geral. Isso se dá com o surgimento da noção de estado, assim como com a noção de corpo neurológico. Nessa direção, veremos, a seguir, de que forma a angústia e outros termos correlatos (como o pânico, por exemplo), passam a ser tomados, nesse cenário, como um problema médico, objetos de uma psiquiatria que se fundamenta na neurologia e na nosografia das síndromes e dos estados anormais.

Segundo Pereira (1997), o pânico aparece como uma particularidade em quadros que apresentam a angústia como central, esta que pode manifestar-se em diversos quadros clínicos, como

[...] uma crise advinda em consequência de uma situação traumática ou como exacerbação de um estado ansioso crônico; como ocorrência eventual no curso da histeria, da neurose obsessiva, das condições fóbicas, da melancolia e dos estados psicóticos ou, ainda como sintoma nas descompensações de caráter orgânico ou tóxico (p. 41).

De modo geral, o pânico é colocado em evidência sem que haja qualquer cuidado conceitual com o termo, de modo que “o pânico poderia integrar quase todos os tipos de quadros nosológicos, mas fundamentalmente enquanto manifestação clínica secundária ou não-específica” (p. 41). No que diz respeito à angústia, que também aparece como central em alguns quadros, sua presença passa a ser assinalada através de um adjetivo. Desse modo, a noção de angústia aparece como uma palavra desatrelada a qualquer definição, sem ser conceitualmente cernida nos quadros sintomatológicos na qual está inscrita como um dos principais sintomas.

Morel (1866) afirmou que a angústia estaria atrelada a um quadro sintomatológico da neurose, chamado por ele de Delírio Emotivo. Para Morel, essa neurose está primeiramente vinculada a uma disposição mórbida do sistema nervoso ganglionar visceral. Neste sentido, como se pode observar, a psiquiatria já se delimita no campo da medicina e da discursividade do corpo neurológico descritos por Foucault. É nessa direção que surgem alguns pontos de emergência nos quais a angústia é apresentada como características desta neurose.

Uma vez que, como vimos, Morel circunscreve na psiquiatria a teoria da degeneração das raças⁵¹, da hereditariedade das doenças mentais, não é de se espantar que ele chegue a afirmar que o Delírio Emotivo afeta a ordem moral e a ordem fisiológica do sujeito. Segundo Morel, tal hereditariedade perpassa tanto a biologia do corpo quanto a moralidade dos costumes do sujeito.

Segundo Morel, o Delírio Emotivo tem estados agudos e estados crônicos, com situações nervosas de tendências panofóbicas⁵², medos sem motivo, terror que se vincula a certa panofobia, distúrbios no sistema circulatório e digestivo. Essa neurose acomete o sujeito de tal modo que comportamentos habituais de sua vida passam a ser muito difíceis de se realizar. Morel vincula essa neurose a um distúrbio neurológico,

⁵¹ Essa teoria terá uma força enorme no decorrer desse processo de construção da psiquiatria moderna: Caponi (2010) nos mostra que a teoria da degeneração de Morel moldará e direcionará a Psiquiatria Biológica, emergente no século XX no caminho da hereditariedade moral e biológica das doenças mentais, não somente da loucura, mas de todos os desvios do comportamento humano.

⁵² Referente ao medo generalizado.

ao sistema nervoso ganglionar visceral. Mas, apesar de haver sintomas que não concerne a neurologia dos corpos (por exemplo, a panofobia, os medos e o terror) Morel insiste nessa via de apontar a etiologia dessa neurose no discurso neurológico.

Neste sentido, percebemos que as características que estão no cerne do Delírio Emotivo são assinaladas de modo pontual, não havendo explicações conceituais, muito menos alguma menção sobre a subjetividade. Assim como, não há qualquer menção a respeito dos medos sem motivos, do terror que se estende após esse medo intenso e das situações panofóbicas. A questão aqui é circunscrever esses quadros de neurose no discurso neurológico. Morel, em suma, trata do Delírio Emotivo realizando apenas algumas menções pontuais à angústia, porém, sem dar sustentação ao próprio discurso, tratando o problema de forma descritiva e colocando o foco na teoria da degeneração, assim como na causalidade neurológica.

Mas esse não é um exemplo isolado. Jacob da Costa, assim como Morel, também tratará do fenômeno da angústia no interior do discurso neurológico, tratando-o de forma descritiva e biológica. Jacob da Costa (1871) diz ter descoberto uma doença cardíaca com distúrbios funcionais. “A síndrome do coração irritável”, como ele a chama, possui sintomas que são semelhantes aos que encontramos nos ataques de pânico, como dores na região cardíaca, palpitações no coração, dificuldades para respirar e tonturas. Da Costa não traz qualquer menção subjetiva em relação a essa doença, somente traz essa descrição dos sintomas corporais e afirma que essa síndrome ocorre devido a uma perturbação no funcionamento do sistema nervoso simpático. Assim como Morel, pauta-se no discurso neurológico das psicopatologias e se afasta da discussão subjetiva referente à angústia. Podemos dizer que Da Costa e Morel estão discutindo o problema da angústia e seu campo de conexões? Ora, ambos justamente se afastam de qualquer discussão acerca das questões referentes ao problema da angústia quando se fiam nesse novo modelo neurológico da psiquiatria moderna, pautado tão somente nas síndromes e nos estados neuropatológicos dos desvios, dos comportamentos anormais.

5.4 A AGORAFOBIA E O MEDO DOS ESPAÇOS

Outra noção que emerge nesse diagrama de composição de forças é a agorafobia. A agorafobia é analisada por Westphal (1872) como uma doença neuropática, ou seja, dentro de um discurso neurológico. Westphal descreve a agorafobia como um medo extremo que o indivíduo sente ao caminhar em lugares ou ruas abertas. Caracteriza-a como um estado neuropático, na qual ocorre uma alteração geral do sistema nervoso sem que haja lesão orgânica⁵³. Aqui a angústia é citada como algo que surge repentinamente, articulada ao medo intenso e outras sensações corporais que são semelhantes ao que vimos nos ataques de pânico.

Du Saulle (1878), ao assinalar a neurose emotiva ou medo dos espaços – a qual descrevemos no segundo capítulo – também a configura como um estado neuropático, assim como Westphal. Porém, ambos se limitam a tratar da sintomatologia desses estados e não consideram esse acontecimento da angústia como um fenômeno a ser analisado com maior amplitude. Tais autores estão implicados em fazer a circunscrição dos contextos externos em que as crises ocorrem e, junto a isso, em descrever os sintomas de modo a apontar as manifestações biológicas no sujeito. Mesmo existindo alguns sintomas que podemos considerar subjetivos, tais sintomas são colocados de maneira descritiva, não há um discurso referente à subjetividade que está em jogo nessa psicopatologia.

Importante salientar que Du Saulle, ao descrever o medo dos espaços, amplia a análise desse acontecimento episódico de angústia para diferentes espaços, não só nas ruas ou espaços abertos (como Westphal já apontava), mas em múltiplos lugares, como casas, teatro, igrejas, ruas, lojas, etc. Uma vez que Du Saulle afirma que esses episódios podem acontecer em qualquer lugar, podemos dizer que esses episódios devem ser alinhados e categorizados a partir da localização em que ocorrem?

Tal padronização dos espaços acontece, posteriormente, nos DSM's, assim como torna-se uma descrição padrão para uma crise de pânico. Apesar dos dois primeiros DSM's não categorizarem a agorafobia, ela aparecerá a partir do DSM-III de maneira bem confusa, se movimentando por outros quadros, por vezes sendo categorizada

⁵³ Esse quadro sintomatológico é disposto por sensações de medos sem motivo, por sensação de angústia repentina no coração, sensação de calor, taquicardia, tremor generalizado e sensação de aturdimento.

como transtorno e, por outras, não chegando a ser categorizada enquanto tal. Portanto, desde o DSM-III, a agorafobia será atrelada ao que hoje caracteriza-se como Transtorno de Pânico, aparecendo como um estado que emerge inesperadamente em determinados contextos e espaços bem delimitados, desencadeando uma crise de pânico e apresentando as características que são apontadas no ataque de pânico.

A partir dessa inflexão que a agorafobia vai ganhando no contexto da psiquiatria, não é sem efeito considerarmos a sua relação com a angústia. E isso pela razão de que a agorafobia, os espaços múltiplos, bem como o medo intenso, estão imersos nessa relação de forças, nesse diagrama que faz parte da delimitação e captura da angústia pela psiquiatria e, por conseguinte, pelo discurso da medicina.

Vimos, anteriormente, que a noção de angústia emerge na psiquiatria desde que seu discurso se apropria do dispositivo clínico “corpo neurológico” e produz a noção dos estados anômalos. O resultado disso, como se verá a seguir, será a exclusão da angústia do discurso psiquiátrico em detrimento a um novo modo de tratar tal fenômeno. Sem que possamos dizer que há uma relação direta entre a angústia e a ansiedade ou o pânico, tais elementos pertencem a uma mesma rede discursiva, como linhas que se entrelaçam e dão consistência ao diagrama do problema aqui suscitado. Ademais, pela razão de que a genealogia nos mostrar que os acontecimentos históricos não se produzem de maneira linear, não encontraremos uma límpida continuidade entre tais fenômenos. Como nos diz Foucault (1979), a genealogia é cinza, difusa, com rupturas, transformações, conexões, repetições, invenções. Parece ser essa a pista para entendermos qual a conexão entre esse emaranhado de termos que não se conectam de maneira direta, mas estão o tempo todo em confluência, produzindo uma certa verdade.

5.5 CORRELATOS DA ANGÚSTIA: LINHAS QUE SE ENTRELAÇAM

Como tratamos no segundo capítulo, Maudsley delimitou alguns estados de melancolia e descreveu, dentre eles, a melancolia em estado de medo/pânico. Parece que, para Maudsley, medo e pânico são sinônimos, já que estão presentes nesse estado melancólico paralelamente. Esse estado que Maudsley aponta diz respeito a um medo desesperador por algo que o sujeito não entende muito bem o que seja. Declara uma

angústia muito grande nesse quadro, com estados de pânico que podem ocorrer de maneira súbita, terminando rapidamente ou perdurando por mais tempo. Define também estados de terror e pânico paralisantes que acontecem intercalados com momentos de calma e consciência racional, paroxismos de angústia ou pânico com manifestações súbitas, onde surgem um terror indescritível e o sentimento de desespero, quadro em que o sujeito sente que irá enlouquecer ou fazer algo terrível para si mesmo ou para outra pessoa (MAUDSLEY, 1880).

É interessante que a angústia e o pânico apareçam aqui atrelados à melancolia, esta que, posteriormente, nos DSM's, será tratada como depressão. E isso em razão da depressão ser uma comorbidade frequente no diagnóstico do Transtorno de Pânico (ZUARDI, 2017). Esse estado melancólico de medo e pânico atualiza de certa forma o campo da angústia, os estados de angústia extrema, pois uma das características dessa síndrome é justamente um medo desesperado frente a algo que não se sabe o que é.

Esse sintoma abre uma discussão a mais aqui sobre esses casos de angústia extrema, porém o autor não desenvolve tal questão e se atenta somente para a descrição dos sintomas. Ademais, diversos termos são descritos sem que haja qualquer diferenciação entre eles, como, por exemplo, o medo e o pânico, que são assinalados de maneira semelhante. A angústia, o terror e o pânico surgem nesse estado subitamente, de modo intenso e inesperado, da mesma forma que veremos ser assinalado em um ataque de pânico. Maudsley exemplifica casos em que esse quadro eclode, dizendo que

[...] o pânico convulsivo é precedido por uma sensação de angústia anômala e alarmante sobre a região do estômago ou do coração, uma sensação que, aparentemente aumentando para a cabeça, é acompanhada por um terror indescritível e um terrível sentimento de desamparo (1880, p. 365).

Como se pode notar, a angústia, em Maudsley, é precedente em relação ao pânico, como se houvesse primeiramente uma sensação de angústia e, posteriormente, o pânico acontecesse de maneira súbita e intensa, juntamente com esse terror e o sentimento de desamparo. Nesse estado de melancolia o medo, o terror, o pânico e a angústia acontecem em conjunto.

Posteriormente, em 1902, Brissaud faz uma contribuição importante nesse campo e, ao que parece, será a partir daí que a noção de angústia se desatrela do discurso médico. Brissaud realiza uma diferenciação entre angústia e ansiedade, que até o momento não pudemos encontrar nos textos. Em uma leitura estritamente biologicista, define a angústia como um fenômeno bulbar e a ansiedade como um fenômeno cerebral. A angústia, a seu ver, é uma perturbação física que se manifesta por uma sensação de constrição, de sufocamento, enquanto a ansiedade é uma perturbação psíquica que se manifesta por um sentimento de insegurança.

A descrição dada à angústia, apesar de ser resumida a uma localização cerebral, acaba por retomar sua significação primeva, já que a angústia é inseparável desse estado de constrição e sufocamento. Angústia vem da palavra grega *angor*, que significa estreitamento, como também do verbo latino *angere*, que remete a uma ideia de aperto, constrangimento⁵⁴. Seu prefixo *ang* tem o significado de estreitar, oprimir, apertar a garganta. Porém, o autor traz essa noção para o discurso da neurologia, afirmando ser um fenômeno de manifestação bulbar.

Já Brissaud trata a ansiedade de outra maneira, como uma manifestação cerebral que produz no sujeito um sentimento de insegurança, ou seja, essa manifestação cerebral produz efeitos na esfera psíquica do sujeito, dessa forma, diferencia a angústia como um fenômeno físico e a ansiedade como um fenômeno psíquico.

Isto posto, já assinalamos os outros termos que surgem em confluência com a angústia, como o medo, o terror, o desespero, a agorafobia e o pânico, com o intuito de compor esse diagrama do Transtorno de Pânico. Agora, com Brissaud, a ansiedade aparece articulada à angústia, para, logo em seguida, passar a ter um lugar central na descrição dos transtornos mentais. O resultado disso é que a ansiedade passa a ser, em suma, afirmada enquanto uma manifestação biológica do sujeito, enquanto que a angústia acaba por ser deixada de lado, tanto nos DSM's quanto nos textos dos autores que tratam dos Transtornos de Ansiedade e de Pânico.

⁵⁴ Conhecimento da língua portuguesa: etimologia da palavra angústia. Gramática, 2019. Página Inicial. Disponível em: <<https://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-angustia/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

5.6 ANSIEDADE E ANGÚSTIA

A partir do que vimos no terceiro capítulo, a noção de ansiedade é colocada no primeiro DSM como central em relação às psiconeuroses, com a respectiva retirada do termo angústia dos textos dos manuais. A ansiedade, tida como característica central das neuroses categorizadas nos dois primeiros DSM's, é primeiramente conceitualizada de maneira subjetiva, atrelada ao inconsciente do sujeito. Neste sentido, no escopo do primeiro DSM, não há menção alguma sobre os aspectos neurológicos da ansiedade e, por consequência, das psiconeuroses.

Uma vez que o discurso da psiquiatria passa a estar, nesse momento, pautado nos textos de Sigmund Freud e Adolf Meyer, a formulação atingida no século XIX a respeito do problema da angústia (que a considerava parte da neurologia e da biologia dos estados neuropáticos) é descartada e um outro modo de olhar para as neuroses é colocada em evidência. Nesse contexto, considerando que a ansiedade é o sinal de um perigo que é percebido e sentido pela parcela consciente da personalidade humana, entende-se que sua origem advém a partir de alguma ameaça interna ao sujeito, como por exemplo, emoções reprimidas, impulsos agressivos e ressentimentos.

A neurose de ansiedade possui características muito semelhantes ao Transtorno de Pânico, uma vez que essa neurose surge de maneira difusa, sem que nela haja a localização do objeto que seria a causa desencadeadora da ansiedade. Tampouco é regida por algum mecanismo de defesa, sendo sentida diretamente, sem qualquer desvio inconsciente. O importante aqui é evidenciar que a ansiedade perpassa por diversas neuroses, de modo que seu afeto é colocado como central para a etiologia das psiconeuroses. Do DSM-III em diante, no entanto, a ansiedade será característica somente de um grupo específico e o restante das neuroses serão dissociadas e reorganizadas de outra forma. Quando a psiquiatria abandona o discurso da psicanálise, ela retorna para o que outrora era sua base conceitual, a neurologia, e, neste sentido, refaz seu discurso em relação às neuroses, retirando a noção de ansiedade como central nesses casos.

Assim como o Transtorno de Pânico, a neurose de ansiedade é caracterizada por não haver objeto ou alguma localização que possa ser apontada como gatilho para o surgimento do pânico. Em ambos os manuais (DSM-I e DSM-II), não há uma especificação em relação de quais sintomas somáticos emergiriam e o que seria esse pânico que se estende após um estado ansioso. Aqui não mais se utiliza a palavra angústia⁵⁵, nem o medo intenso, nem o terror, como também a agorafobia não mais aparece⁵⁶.

Essa passagem da psiquiatria pela teoria psicanalítica deu um outro tom na discussão referente à angústia, que, apesar da psiquiatria trazer o inconsciente para análise, acaba deixando de lado inúmeras discussões referentes a angústia que poderiam enriquecer esses manuais com quadros psicopatológicos que abarcassem os fenômenos subjetivos, sociais, humanistas e existenciais que remetem ao campo da angústia. O que nos chama mais atenção nessa análise, não obstante, é o fato de, nos dois primeiros DSM's, a ansiedade perpassar por inúmeras neuroses, chegando até mesmo a ser considerada o fio condutor de seus quadros, e ser posteriormente, evidenciada somente nos Transtornos de Ansiedade.

5.7 DONALD KLEIN E A EMERGÊNCIA DO TRANSTORNO DE PÂNICO

O surgimento do Transtorno de Pânico enquanto categoria nosológica no DSM-III é indissociável da mudança de perspectiva que se instaura na psiquiatria a partir de meados do século XX. Com a ascensão da Psiquiatria Biológica e da Psicofarmacologia, os manuais de diagnóstico das doenças mentais serão construídos com base em inferências biológicas e resultados farmacoclinicos. Donald Klein, psiquiatra americano e participante na elaboração do terceiro manual, através dos seus estudos com o fármaco Imipramina em seus pacientes, reorganiza a posição em que a noção de ansiedade mantinha até então nos manuais e, por conseguinte, no discurso psiquiátrico em relação às neuroses (VIANA, 2010). Não só Klein, mas todo um movimento

⁵⁵ Apesar de surgir o termo angústia (*distress*) no segundo manual vimos que a tradução para essa palavra poderia ser várias outras e a raiz da palavra angústia não confere com essa outra nomenclatura.

⁵⁶ Chama atenção o fato da agorafobia não ser mencionada nesses primeiros manuais, nem como sintoma, nem como categoria, uma vez que, posteriormente, ela será colocada como categoria diagnóstica no DSM-III. Nossa hipótese é a de que a noção de ansiedade descrita aqui tem a pretensão de abarcar todas as neuroses referentes a esse afeto.

de reinvenção da psiquiatria, promovem mudanças na percepção do que seria uma doença mental e, com efeito, também no modo de tratar esses fenômenos nas práticas clínicas, de pesquisa e de formação profissional.

Em 1959, Klein começa seus estudos sobre os efeitos da droga Imipramina, um inibidor de recaptção de aminas biogênicas. Tal droga é resultado de uma modificação estrutural de outro tipo de droga, as fenotiazinas, que antes prescritas como antipsicóticos. Na ocasião, observa-se que a Imipramina melhora o humor de pacientes esquizofrênicos, assim como, demonstra resultados positivos em pacientes com depressão severa; porém, não alivia os sintomas dos pacientes esquizofrênicos, somente eleva o humor destes que também eram diagnosticados com Depressão. Assim, naquele contexto, não se caracteriza a droga nem como um estimulante, nem como um tranquilizante, sendo considerada apenas um normalizador de humor.

E assim é que experimentaram administrar a Imipramina num grupo de pacientes ansiosos, que não obtinham melhora nem por psicoterapia, nem por tratamento com sedativos ou pela droga Clorpromazina. Klein afirma que o diagnóstico desse grupo de pacientes, visto a partir da atualização do manual, é o de Agorafobia com ataques de pânico. Pois bem, com esse tratamento na base de Imipramina, nota-se determinada melhora, já que os pacientes deixam de apresentar episódios de ansiedade severa, bem como diminuem a frequência de suas queixas.

Klein, então, descreve como prossegue o curso de um quadro de Agorafobia com ataques de pânico:

Os pacientes, muitas vezes se sentindo muito bem, estão fazendo algo inócuo, por exemplo, andando na rua, ou fazendo uma refeição, e de repente eles são surpreendidos pela pior experiência de sua vida. Eles são inundados pelo terror, seus corações batem, eles não conseguem recuperar o fôlego, o próprio terreno é instável sob eles, eles estão convencidos de que estão prestes a morrer de um derrame ou ataque cardíaco, eles cegamente apelam por ajuda aos transeuntes e eventualmente, fazer o seu caminho para um médico.

Ele os examina e não encontra nada de errado. Eles são tranquilizados e disseram que provavelmente foi algo que eles comeram ou um vírus, mas em qualquer caso não se preocupe. Os pacientes recuperam e sentem o seu antigo eu. Vários dias ou mesmo semanas se passam até que de repente outro ataque de pânico o atinja. O próximo médico também não consegue encontrar nada de errado. O paciente neste momento é um pouco abalado e exige um extenso check-up, mas nada é encontrado. Mais uma vez, a reafirmação funciona até uma semana depois, quando o terceiro ataque de pânico ataca.

A essa altura, os pacientes estão convencidos de que têm algo terrivelmente errado com eles, que os médicos são ignorantes demais para discernir. Então uma onda de ataques de pânico ataca. Anteriormente, entre os ataques de pânico, o paciente estava se sentindo razoavelmente normal. No entanto, agora entre os ataques eles se tornam cada vez mais cronicamente ansiosos, tensos, suados, apreensivos e vigilantes, e começam a evitar certas situações. Eles não dirigirão sozinhos nas estradas. Eles não vão pegar o metrô. Eles começam a se recusar a entrar em restaurantes lotados e exigem que um membro da família os acompanhe em todos os lugares. Eles desistem do emprego e se retiram para casa, apenas se aventurando em lojas próximas (KLEIN, 1980, p. 412, tradução nossa).

No relato, o autor assinala que seus pacientes apresentaram duas formas diferentes de ansiedade e, portanto, duas formas distintas de comportamento desviante: os ataques de pânico e uma ansiedade crônica. Dito isso, Klein afirma que a Imipramina serve como inibidor dos ataques de pânico, porém, sem que diminua a ansiedade crônica. Nessa lógica de pensamento, diz ter evidências científicas de que o ataque de pânico é um evento destacável, qualitativamente diferente da ansiedade crônica. Devido à constatação de que, se os ataques de pânico são uma extensão quantitativa mais intensa de uma ansiedade mais branda, logo, a Imipramina deveria funcionar como inibidora da ansiedade crônica, na medida que teria diminuído o evento mais intenso.

Outra evidência trazida por Klein diz respeito ao lactato intravenoso que induz um ataque de pânico em pessoas que tem ataques de pânico espontâneos, sem que induza os ataques nas pessoas “normais”. Dito isso, faz-se então a distinção “evidente” entre ataques de pânico, ansiedade antecipatória e ansiedade crônica. Apesar das evidências encontradas, atualmente, vemos que a Imipramina também fornece resultados em outros “modos de ansiedade”, não só nos ataques de pânico. Tal como afirma Viana (2010) “inibidores de recaptção de monoaminas são, atualmente, utilizados para o tratamento de diferentes transtornos de ansiedade [...] isto coloca por terra o argumento original de Klein, de especificidade de resposta farmacológica do pânico a essas drogas” (p. 112), ou seja, a distinção qualitativa entre os ataques de pânico e a ansiedade crônica feita por Klein a partir dos resultados farmacoclinicos são, atualmente, questionados. Como se pode observar, é o próprio fato da diferenciação entre ataques de pânico, ansiedade antecipatória e ansiedade crônica ser realizada a partir de uma observação farmacoclinica, sem qualquer base psicopatológica, que faz com que essa diferença não consiga se sustentar no campo da psiquiatria.

É nesse que contexto, imersos nessa movimentação em prol de construir uma nova psiquiatria, Spitzer e outros (1978) publicam um artigo sobre o raciocínio e a confiabilidade dos Critérios de Diagnóstico para Pesquisa (RDC), desenvolvido para que pesquisadores

Investiguem um conjunto consistente de critérios para a descrição ou seleção de amostras de indivíduos com doenças psiquiátricas funcionais [...] para estudar uma variedade de questões de pesquisa, particularmente aqueles relacionados à epidemiologia, genética, correlatos biológicos e resultados do tratamento (p. 773, tradução nossa).

O RDC é fundamental na construção do DSM-III e, por meio desse novo modo de olhar as psicopatologias, extingue a categoria neurose de ansiedade existente no DSM-II, subdividindo-a em duas categorias, Transtorno de Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Temos esses dois acontecimentos, os estudos de Klein com a Imipramina e essa nova nomenclatura baseada na RDC que instaura e inventa a categoria Transtorno de Pânico e o Transtorno de Ansiedade Generalizada, assim como concretiza os ataques de pânico como uma manifestação física comum em diversos transtornos. É nesse mesmo contexto que a agorafobia também surge nesse novo manual. O que a invenção das categorias dos transtornos de ansiedade em geral nos mostram é que os Transtornos Neuróticos são desatrelados de sua base fundamental ansiosa, existentes nos primeiros DSM's, e, com isso, os Transtornos de Ansiedade destacam-se como os únicos a ter a ansiedade como base disparadora. Além disso, a ideia de mecanismos de defesa e deslocamento do afeto ansiedade é descartada por completo.

Podemos afirmar, então, que o Transtorno de Pânico surge tão somente a partir de uma observação farmacoclínica. Não encontramos, em nossa pesquisa, artigos de Klein sobre o Transtorno de Pânico publicados anteriormente ao DSM-III. O que achamos foram somente artigos sobre os ataques de pânico, agorafobia, ansiedade e experimentos com Imipramina em pacientes esquizofrênicos. Nesse sentido, parece que a categoria Transtorno de Pânico não é circunscrita e mencionada anteriormente ao DSM III. Essa categoria aparece no artigo de Spitzer como substituta da antiga categoria neurose de ansiedade. Inferimos, portanto, que os estudos de Klein sobre a diferenciação entre ansiedade crônica e ataque de pânico contribuíram diretamente

para que o Transtorno de Pânico fosse inventado para dar conta de casos que não poderiam ser configurados como Agorafobia, nem como um Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Seguindo essa lógica de rastreamento dos comportamentos observáveis, das situações e estímulos que desencadeavam os ataques de pânico, foi necessário um novo transtorno para dar conta desse esquadramento do espaço e do tempo em que os ataques de pânico ocorrem. É, portanto, nos espaços, nos estímulos e nas situações externas que passam a ser localizadas as causas do ataque de pânico. E, por outro lado, o Transtorno de Pânico, passa a se referir às situações em que não existe objeto, não existe espaço específico, ao mesmo tempo em que ocorre em inúmeros espaços, não há qualquer estímulo que seja apontado como disparador de um ataque de pânico.

Com o surgimento do DSM-III até a publicação do DSM-V, vemos uma relação de confluência constante entre a Agorafobia, os ataques de pânico e o Transtorno de Pânico. Mais uma vez, é necessário enfatizar que a Agorafobia é uma noção que já foi tratada anteriormente por Westphal e, posteriormente, reconceitualizada por Du Saulle. Ou seja, a Agorafobia não aparece como categoria nos dois primeiros manuais e ressurge como tal a partir do terceiro manual, por intermédio dos estudos de Klein.

Após os trabalhos de Klein, a ideia de que a Agorafobia surge como fenômeno secundário aos ataques de pânico começa a tomar força no discurso psiquiátrico (PEREIRA, 1997). Como dito anteriormente, Klein havia destacado os ataques de pânico desse *continuum* de ansiedade, afirmando que tais ataques são estritamente de ordem biológica e qualitativamente diferente da ansiedade. Já a Agorafobia, para Klein, surge em consequência de inúmeros ataques de pânico, desenvolvendo no sujeito um comportamento de esquiva e, com isso, concretizando um comportamento agorafóbico.

Pereira (1997) aponta que, alguns autores da teoria comportamental não concordaram com as ideias de Klein a respeito da Agorafobia e dos ataques de pânico, afirmando que o pânico faz parte do quadro da Agorafobia, sem ser seu causador. Neste sentido, Marks (1987) aponta que existem dois grupos de pacientes que manifestam esses ataques de pânico, a saber, os que o manifestam quando são expostos a alguma

situação fóbica e os que manifestam os ataques, mas estão fora de qualquer contexto situacional. Porém, não acreditam que possa haver ataques de pânico espontâneos, mas, sim ataques que são desencadeados por fatores ocultos, que não são evidentes de imediato; constatando, então, que a Agorafobia seria uma fobia como qualquer outra, uma fobia de lugares públicos. Assim, é partir de tais estudos que a Agorafobia passa a ser colocada no DSM-III no grupo dos transtornos fóbicos, podendo ser acompanhada ou não de ataques de pânico.

Já o Transtorno de Pânico, é alocado no grupo dos estados ansiosos, sem estar atrelado à agorafobia. Segundo Pereira (1997), “o DSM-III leva em consideração a separação qualitativa entre a ansiedade generalizada e os ataques de pânico mais do que a concepção que dava à agorafobia um papel de sintoma secundário nos ataques de pânico” (p. 159). Posteriormente, no DSM-III-R, não terá mais a separação entre os estados ansiosos e os transtornos fóbicos, como também não haverá a categoria Agorafobia com ou sem ataques de pânico. Em seu lugar, será colocado o Transtorno de Pânico sem ou com Agorafobia e também a Agorafobia sem histórico de Transtorno de Pânico, todos num só grupo dos Transtornos de Ansiedade. Da mesma forma isso se repetirá nos próximos manuais, DSM-IV e DSM-IV-TR, sendo a agorafobia considerada um fenômeno secundário ao Transtorno de Pânico e, também, um transtorno independente que não apresenta ataques de pânico.

Já no DSM-V acontece uma mudança significativa, o Transtorno de Pânico e a Agorafobia são alocados como categorias independentes, sendo assinalados separadamente. No DSM-V, os ataques de pânico são delimitados como um especificador diagnóstico que poderá ser correlacionado a qualquer transtorno do manual.

Essa correlação constante entre os ataques de pânico, o Transtorno de Pânico e a Agorafobia nos impulsiona a voltar nos textos de Du Saulle sobre o medo dos espaços. Este autor reavalia as ideias de Westphal a respeito da Agorafobia ser somente sobre o medo de lugares públicos. Du Saulle propõe, a partir de diversas análises e acompanhamento com inúmeros pacientes, que a questão do medo e da angústia extrema se coloca em qualquer espaço. Neste sentido, não há possibilidade nem necessidade de esquadrihar tais espaços nos quais a angústia emerge. Nenhuma das possibilidades assinaladas por Du Saulle fazem do espaço a causa do medo, atribuindo que a origem do medo é o medo de ter medo, e não o local que o sujeito está no

momento de desespero. Pereira (1997) aponta um direcionamento interessante, de que “é preciso supor um elemento psicopatológico comum que explique a instauração de um quadro clínico tão regular em contextos tão diferentes” (p. 167).

Como podemos ver, a ânsia de esquadrihar quais espaços, quais situações, com qual frequência tais ataques de pânico acontecem, para que, a partir desse enquadramento externo, se tenha um diagnóstico válido, é uma confusão que repetidamente surge nos manuais. A confusão e confluência entre esses três fenômenos diz, por si só, que não se trata de esquadrihar e objetificar o ambiente externo para que se compreenda o fenômeno.

5.8 OS ATAQUES DE PÂNICO

A última questão que resta a examinar diz respeito à relação entre a angústia e o ataque de pânico. Podemos afirmar que os ataques de pânico são uma outra roupagem para as crises de extrema angústia? Para nos ajudar nessa questão, iremos ao Manual de Psiquiatria de Henri Ey e outros (1981). Neste manual, Ey assinala as reações neuróticas agudas que são caracterizadas por apresentarem episódios de angústia paroxística⁵⁷. Tais episódios se manifestam de modo psicossomático por meio de afecções viscerais ou de distúrbios distônicos neurovegetativos ansiogênicos. Essas reações neuróticas podem ser psicoses agudas, neuroses agudas de angústia, reações emocionais patológicas, neuroses traumáticas, neuroses de guerra e reações psíquicas aos estresses.

Nesse emaranhado de reações, também pode ocorrer uma reação intensa de sofrimento, uma angústia aguda na qual Ey assimila como um estado de pânico, grandes crises de angústia e que são traumáticas ao sujeito. Em sua descrição clínica, Ey e outros (1981) afirma que “a crise aguda de angústia é uma tempestade de todo o organismo” (p. 229), ou seja, diz que a unidade psicossomática está profundamente alterada, numa espécie de “luta anárquica pela conservação”. No geral, as reações

⁵⁷ Quando acontece uma intensificação repentina, o momento mais intenso de uma dor ou ataque.

de angústia aguda se desenvolvem num registro menos grave e não atingem um patamar de desestruturação da consciência. São vivenciadas como uma desordem interior, um conflito de culpa ou de insegurança.

Essas crises de angústia comportam, então, uma vertente somática e uma vertente psicológica. Em relação a vertente somática, o sujeito se queixa de restrição torácica asfixiante, dispneia, taquicardia, perda da força muscular, desmaios, náuseas, vômitos, diarreia, espasmos renais etc., tudo isso sendo vivenciado num contexto de enlouquecimento. Em relação a vertente psicológica, o sujeito se queixa de uma sensação de perigo ao mesmo tempo terrificante e imaginário, existe um constante estado de angústia no qual o indivíduo sente-se cativado pela percepção dolorosa do seu próprio sofrimento e sente-se invadido por uma experiência de perigo que se apresenta a ele e que o paralisa (EY et al., 1981). Esse quadro apresentado tem diversas semelhanças com o que configura um ataque de pânico. Vejamos, novamente, quais as características que permeiam um ataque de pânico de acordo com o DSM-V:

Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer (p. 208).

Em relação à descrição dos sintomas somáticos, o ataque de pânico é tratado da mesma maneira que a crise de angústia descrita por Ey, assim como vimos em vários outros quadros psicopatológicos que têm a angústia como uma das características principais da doença. Porém, em relação às questões que se referem a subjetividade do sujeito, o tratamento será completamente outro. A descrição que se refere à desrealização, despersonalização, medo de perder o controle, medo de morrer são colocadas num mesmo patamar descritivo e estão num mesmo registro discursivo. Ou seja, a vinculação desses sintomas que poderíamos enquadrar numa possível subjetividade ali implicada, será direcionada ao discurso biológico e comportamental, pautada no que é observável no sujeito, a partir de um outro saber já estabelecido sobre esse corpo que experimenta um ataque de pânico. Traremos a seguir uma questão que se coloca no texto de Ey e outros (1981),

Devemos considerar essas crises de angústia como episódios “reacionais” isolados⁵⁸ e sem consequência? Excetuando-se a angústia aguda do tipo “neurose de combate”, devemos admitir que a crise aguda de angústia é apenas a amplificação dramática de uma situação conflitiva anterior (p. 234).

Essa crise de angústia, podemos dizer, de certa forma, que é semelhante ao ataque de pânico, está pautada num discurso subjetivo, que coloca em questão um conflito psíquico. Diferente do que veremos ser pautado num ataque de pânico como algo inédito, destacável do sujeito, determinado biologicamente. Nisso apontamos a imensidão que separa a questão da angústia e os ataques de pânico. Apesar do fenômeno estar tão próximo, talvez possamos dizer que é a mesma coisa, a mesma crise de angústia acontecendo em diferentes sujeitos. Porém, o modo como a psiquiatria e determinadas áreas da psicologia lidam com esse fenômeno, faz com que os estudos em psicopatologia sejam cada vez mais superficiais.

Na tentativa de encontrar a etiologia biológica desse transtorno, são inúmeras as pesquisas direcionadas ao Transtorno de Pânico. Não obstante, buscar a etiologia biológica dos ataques de pânico acaba por direcionar o olhar para um corpo biológico que poderá ser “consertado” com medicamentos e algumas técnicas comportamentais. Excluindo o sujeito, exclui a linguagem implicada no corpo, exclui todo um acúmulo de estudos em psicopatologia.

Nos manuais de psiquiatria, no discurso psiquiátrico, esse campo do angustiante tem sido tratado como algo estritamente mecanicista, visto pelo viés fisiológico, neurológico, deixando de lado qualquer implicação que a angústia tem com a vida do sujeito. Ao invés disso, no entanto, ironicamente, esquadrinha-se as situações, os objetos, os espaços em que as crises de angústia emergem, ao invés de colocar em questão esse afeto, pelo contrário, o exclui por completo.

Por fim, no que tange a relação entre Agorafobia e o Transtorno de Pânico, resta-nos indagar o porquê da separação entre tais categorias se, o tempo todo, são colocadas em conexão? O que isso nos convoca a pensar? Talvez um direcionamento para essas questões esteja nos trabalhos de Westphal e Du Saulle. Podemos dizer que, Du Saulle abre uma discussão distinta em relação ao quadro da Agorafobia, trazendo

⁵⁸ Assim como Klein afirma, que os ataques de pânico são fenômenos primários, independentes e de cunho biológico.

uma problemática específica em relação à espacialidade. Para Du Saulle, o medo dos espaços não diz respeito a uma delimitação situacional, ou seja, ele não se propõe a circunscrever em quais espaços essa angústia extrema ocorre. Essa noção traz o aspecto relacional entre o sujeito e o espaço, a sensação de vazio repentina frente ao que é visto como fora. Neste caso, não há como delimitar o espaço, a questão se passa por outro registro. Novamente, aquilo que Pereira (1997) aponta faz bastante sentido e nos ajuda a pensar aqui, de que seria “preciso supor um elemento psicopatológico comum que explique a instauração de um quadro clínico tão regular em contextos tão diferentes” (p. 167).

Na Agorafobia de Westphal seus pacientes se queixam de não ser mais possível caminhar em locais abertos, ruas ou praças públicas, e que nesses momentos surge abruptamente um medo exagerado e desencadeia todo aquele quadro clínico que já repetimos aqui. Pois bem, a relação com o espaço está colocada em ambas categorias, na Agorafobia, no Transtorno de Pânico e no medo dos espaços. Westphal circunscreve um grupo de pacientes que só manifestam tal quadro sintomatológico frente a espaços abertos, porém, vimos que esse quadro também pode ser manifestado em inúmeros espaços, seja eles abertos ou fechados.

Do DSM-V (2014), o Transtorno de Pânico é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados e a Agorafobia é caracterizada por um medo e ansiedade extrema que se desencadeiam entre as cinco situações seguintes: uso de transporte público, permanecer em espaços abertos ou locais fechados, filas ou multidões e sair de casa sozinho. É assinalado que podem ocorrer também sintomas tipo pânico, ou seja, ataques de pânico. A Agorafobia é delimitada por tais espaços citados que também poderiam enquadrar casos de Transtorno de Pânico. Mesmo assim, é evidenciado que a Agorafobia é uma categoria independente do Transtorno de Pânico, porém, podem ser diagnosticadas em conjunto, com o aval do termo comorbidade.

Escolhemos trabalhar o conceito de diagrama em conjunto com a análise genealógica porque entendemos que a continuidade entre ambos conceitos nos permitiria situar os elementos que compõem esse mapa de relações de forças que atravessam o Transtorno de Pânico, em outras palavras, o diagrama nos permitiu colocar em análise os diferentes acontecimentos que tornaram possível o surgimento do Transtorno de Pânico. Construimos uma rede entre tantos elementos que surgiram durante este trabalho, elementos a princípio completamente heterogêneos, mas que compõem esse diagrama de forças.

Através da direção dada pela noção de diagrama, vimos como a psiquiatria molda um certo saber, uma certa verdade em relação aos comportamentos anormais, ao que acabou por ser chamado de anomalias. Além disso, a psiquiatria apropria-se do discurso neurológico, produzindo, então, um novo campo de problemas para a medicina. É diante dessas relações de forças que compõem a cena psiquiátrica que a é capturada, passando a ser uma questão médica, um estado anômalo imerso em diversos quadros sintomatológicos. Com esse novo dispositivo clínico de captura do corpo (a neurologia), as práticas em psiquiatria passam a ser pautadas no exame clínico de superfície, de modo que os sinais corporais serão lidos como respostas do corpo neurológico. Em resumo, a angústia emerge pautada nesse discurso neurológico capturado pela psiquiatria, assim como pela noção de estado anormal do indivíduo.

Paulatinamente, a noção de angústia vai deslizando por diferentes quadros sintomatológicos até desaparecer por completo e dar espaço para outros discursos relacionados ao Transtorno de Pânico. Avaliamos tais discursos como, a noção de ansiedade, os ataques de pânico, a agorafobia, e percebemos que foram fenômenos que nos direcionaram ao Transtorno de Pânico. Por fim, a existência da categoria Transtorno de Pânico só foi possível por meio de tais acontecimentos que tratamos acima.

Além disso, a noção de diagrama nos possibilitou demonstrar o modo como tornou-se possível a permanência e a homogeneização do discurso reducionista pautado na biologização e medicalização dos corpos e, por conseguinte, do adoecimento psíquico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um diagrama consiste nas relações de força que produzem dispositivos de saber e de poder, agenciando o visível e o dizível. Foucault, no curso intitulado *O Poder Psiquiátrico* (1973-1974), nos mostra esse jogo das relações de poder que emergem no decorrer da história da psiquiatria, investigando alguns dos diversos focos de poder que culminaram na produção de práticas discursivas concernente à psiquiatria. Neste sentido, nos inspiramos em seu trabalho, assim como na ideia de diagrama proposta por Deleuze, para traçarmos essa rede de interconexões em que o Transtorno de Pânico emerge.

O percurso que propusemos nesta dissertação foi o de resgatar os fios que, na história, tornaram possível compor um mapa das relações de forças implicadas nessa produção de saber/poder da psiquiatria. O que nos conduziu nessa empreitada foi a categoria Transtorno de Pânico, sendo através dela que buscamos delimitar alguns aspectos que nos pareceram fundamentais na produção de um certo regime de verdade vinculado à psiquiatria. Assim, acompanhamos o modo como as interlocuções entre agorafobia, ataques de pânico, angústia, medo, ansiedade, crises de angústia, neurologia, biologia, psicofarmacologia, exames farmacoclinicos, etc. formaram um certo diagrama de forças que possibilitaram a invenção da categoria Transtorno de Pânico.

Pudemos perceber, também, a angústia sendo capturada pelo discurso médico-psiquiátrico, ou seja, esse afeto foi colocado num lugar de doença e delimitado como um estado anormal do comportamento humano. Neste processo, primeiramente, a angústia foi marcada por afirmações neurológicas, posteriormente, vinculada ao discurso psicanalítico das neuroses, e, por fim, excluída do discurso psiquiátrico e substituída por teorias biológicas e comportamentais a respeito da ansiedade e dos ataques de pânico.

E porque fizemos tantas ligações entre esses termos e acontecimentos? No decorrer das leituras, percebemos que há conexões entre a angústia, ansiedade e o que conhecemos como ataques de pânico. Em outras palavras, notamos que há um campo de forças operando meio à noção de angústia, deste modo, observamos que a ideia de angústia sofre uma ruptura nesse meio, sendo assim, toda a discussão psicopato-

lógica concernente ao seu afeto foi substituída pela noção de ansiedade. Neste processo, a ansiedade foi proferida como um fenômeno biológico com fatores comportamentais e, como efeito dessa operação, o ataque de pânico também emerge marcado por um discurso estritamente biológico/neurológico.

Agora, no que diz respeito ao afeto da angústia, podemos notar que tal afeto não diz respeito somente às patologias que reverberam nos ataques de pânico ou, como Ey e outros (1981) nomeia, nas crises agudas de angústia. Se examinarmos os textos de Freud (1976), por exemplo, veremos que a angústia se coloca como fundamental para as questões em jogo nas neuroses. Da mesma forma, como diz Pereira (1997), diversos textos referentes a estudos em psicopatologia colocam a angústia como um afeto intrínseco à existência humana e, conseqüentemente, podendo ou não se manifestar de modo patológico. Ou seja, a angústia é um afeto que pode produzir múltiplos efeitos no sujeito, dizendo respeito a algo que marca sua existência enquanto ser no mundo. Em resumo, afirmamos que a angústia pode manifestar-se de inúmeras formas no sujeito. Nesta direção, podemos afirmar que, no que tange a pesquisa que fizemos, trabalhamos estritamente com um quadro psicopatológico em que a angústia emerge de maneira extremamente disruptiva, um estado agudo de angústia.

Essa angústia extrema, não obstante, foi eliminada pelo discurso reducionista da Psiquiatria Biológica que sustenta a causa dos ataques de pânico apenas em razões biológicas. Assim, toda discussão referente ao afeto da angústia é completamente excluída, de modo a não se falar mais neste afeto, a palavra angústia nem aparece mais nos manuais, não se coloca em análise a sua incidência no que concerne à existência do sujeito, ao que é próprio àquele indivíduo, que diz respeito às suas questões, a sua singularidade.

Meio a isso, também percebemos que, a lógica reducionista de pensar a ansiedade como um problema, primariamente, de ordem biológica em detrimento ao problema subjetivo colocado pela angústia, produz práticas terapêuticas pautadas na prescrição de psicofármacos e nas técnicas comportamentais, como a via mais eficaz para o tratamento do Transtorno de Pânico (PROJETO DIRETRIZES, 2008). Dessa forma, podemos nos perguntar: Qual o lugar que a angústia ocupa nesse discurso contemporâneo pautado na lógica dos DSM's? Se, anteriormente, durante boa parte do sé-

culo XIX, a angústia era tratada como um adjetivo, como uma noção abstrata de conceituação, atualmente, não há mais qualquer menção desse afeto no DSM. O que observamos foi a completa exclusão da noção de angústia pelo fato desta não comungar com os princípios da Psiquiatria Biológica. E quais são os efeitos dessa exclusão para o campo da clínica? Podemos dizer, de maneira geral, que esse discurso reducionista da psiquiatria produz certa prática clínica que exclui a singularidade do sujeito, padroniza sua experiência de vida e tampona suas questões através da prescrição de medicamentos.

Essa dissertação nos possibilitou acompanhar de perto como o discurso psiquiátrico foi se moldando e se transformando a partir de acontecimentos diversos que, de certa forma, suscitaram no que temos hoje materializado nos DSM's. Pudemos assinalar, durante a feitura deste trabalho, alguns destes acontecimentos, a saber, a necessidade da psiquiatria vincular-se com o saber da medicina geral, o rompimento da psiquiatria com a psicanálise, o surgimento dos psicofármacos, as tecnologias de imagem cerebral, a exigência dos experimentos em laboratório, a demanda por uma psiquiatria pautada em "evidências científicas", a valorização do âmbito neurológico da vida. Em suma, entendemos que diversas relações de forças compõem esse diagrama configurando um determinado saber/poder sobre o sofrimento psíquico, assim como produzem uma certa verdade da psiquiatria.

Concluimos, então, que da mesma forma que o Transtorno de Pânico emergiu mediante tais acontecimentos conectados à psiquiatria, outros transtornos também surgem nessa realidade. Pois, se olharmos de perto a construção histórica de cada transtorno catalogado no DSM vigente, veremos como a formação e a invenção destes transtornos estão imersas nas relações de forças que elencamos nesta dissertação. Por exemplo, inúmeras pesquisas são veiculadas ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com intuito de colocar em análise o modo como tal transtorno foi inventado pela psiquiatria e quais os efeitos dessa nova realidade nas práticas sociais, nas práticas em saúde mental.

Com o percurso feito nessa dissertação, conclui-se, portanto, que a produção de uma certa verdade referente ao saber da psiquiatria dita como tratar as diversas formas de adoecimento psíquico, perpassando por toda esfera social. Dessa forma, o saber he-

gemônico da psiquiatria produz efeitos decisivos na vida de sujeitos que buscam tratamento para seu sofrimento. A psiquiatria, munida com seu discurso dito científico, acabou por produzir uma lógica de tratamento das doenças mentais pautada na medicalização excessiva, colocando em prática um determinado discurso em relação às patologias mentais que exclui o sujeito e elimina as subjetividades implicadas nesse processo de adoecimento psíquico.

Durante toda feitura desta pesquisa, discutimos, copiosamente, como a psiquiatria foi produzindo para si uma certa verdade e, ao mesmo tempo, excluindo deste saber a complexidade inerente às doenças mentais. Por conseguinte, por vias de entender como o Transtorno de Pânico foi inventado, nos deparamos com a exclusão, progressiva, de discussões referentes à angústia. Foi assim que, a partir dessa micropolítica das relações de forças, pudemos traçar as condições de possibilidade para o aparecimento desse transtorno. Dessa maneira, reiteramos, que a psiquiatria desmantelou toda discussão psicopatológica em relação ao sofrimento psíquico, direcionando-o para a causalidade orgânica, pautada nos estudos genéticos, nos exames de imagem cerebral, nas soluções instantâneas dos medicamentos, etc.

Discutimos, ainda, a maneira como o DSM foi configurado com a prerrogativa de ser um manual para a classificação das doenças mentais, afirmando-se ateuórico e isento de traçar qualquer etiologia. Todavia, percebemos que o DSM não sustenta o que havia proposto como base estrutural, dessa maneira, o que acompanhamos acontecer foi o entrelaçamento entre diferentes saberes como, por exemplo, a neurologia, a biologia, a farmacologia e a psicologia comportamental, culminando numa discursividade que prioriza a causalidade orgânica do adoecimento psíquico, sendo base para inúmeros estudos sobre a etiologia das doenças mentais.

Além disso, delimitamos um recorte do trajeto em que a psiquiatria percorreu e ainda percorre para tornar-se ciência, assim como o trajeto da medicina. Acompanhamos como esses caminhos foram completamente distintos, apesar de almejarem um mesmo objetivo, ou seja, a passagem da medicina para o plano da ciência não remete, necessariamente, ao mesmo trajeto que a psiquiatria seguiu. Sendo assim, a psiquiatria afirma um lugar de cientificidade, a seu modo, de maneira completamente outra que a medicina. E isso nos convocou a questionar esse lugar que a psiquiatria criou para si enquanto ciência, esse lugar de cientificidade que, o tempo todo, é colocado

em questão, pois, os efeitos dessa suposta cientificidade no campo social não respondem satisfatoriamente às questões que envolvem o adoecimento psíquico. Apon-tamos que algo de crucial nesse campo das patologias mentais foi descartado do dis-curso psiquiátrico, para que fosse possível esta afirmação de uma certa cientificidade ancorada na medicina. Por essa via, reiteramos que, essa lógica científica que per-passa pelo saber psiquiátrico reverbera, também, em outros espaços de produção de conhecimento. Não à toa estamos discutindo tal assunto que atravessa, e muito, nos-sas práticas em psicologia e que nos convoca a pensar essas questões enquanto profissionais da saúde.

Portanto, à guisa de conclusão, marcamos a necessidade de pensarmos esse fenô-meno do pânico, da angústia extrema, dos ataques de pânico, para além do que está aí delineado como Transtorno de Pânico, fincado nessa lógica reducionista biologi-zante da psiquiatria. Pereira (1997) nos convoca a retornarmos ao estudo rigoroso em psicopatologia, esta que, aborda os afetos e suas perturbações, primeiramente, par-tindo de uma descrição cautelosa da experiência vivenciada pelo sujeito, ou seja, parte da experiência vivida do sujeito para daí construir um quadro clínico.

Pereira (1997) traz o psiquiatra e psicopatólogo Ludwig Binswanger elucidando seu método analítico-existencial como fundamental para a análise do pânico. Concorda-mos com a afirmação dita pelo autor da importância e necessidade em, “conceber o problema do pânico sob uma perspectiva psicopatológica que vai além do empirismo pragmático que tem organizado a maior parte dos discursos psiquiátricos contempo-râneos” (PEREIRA, 1997, p. 223). Nesta direção, introduzirá o argumento de Binswan-ger, quando este propõe uma análise existencial do ser, e, nessa proposta, atribuirá a dimensão do “mundo” como essencial ao estudo da angústia, assim, assinalará que “quanto mais gravemente se vê esvaziado, simplificado e restrito o projeto-de-mundo sobre o qual o ser presente [Dasein] se estabeleceu, mais a angústia aparecerá (BINSWAGEN, 1946, p. 72, apud PEREIRA, 1997).

Essa abordagem dialoga com a questão da angústia de forma ampla e complexa, neste sentido, coloca em primeiro plano o sujeito, a experiência singular do ser no mundo. O pânico aqui não é aliado a explicações biológicas, pelo contrário, a dimen-são do ser é fundamental para delinear qualquer pressuposto teórico a respeito desse

afeto. Por conseguinte, convocamos, a partir da discussão presente nesta dissertação, o retorno à psicopatologia ou, em outras palavras, tratar essas questões referentes ao sofrimento psíquico resgatando o sujeito, colocando em primeiro plano a experiência singular de cada existência.

7 REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 1ª Edição. Washington D.C., 1952.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2ª Edição. Washington D.C., 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3ª Edição. Washington D.C., 1980.

_____. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**. DSM-III-R. São Paulo: Manole, 1989.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4ª Edição. Washington D.C., 1994.

_____. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Associação Brasileira de Psiquiatria: 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AGUIAR, M. P.; ORTEGA, F. J. G. **Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 889-910, 2017.

AGUIAR, M. P. **Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica**. Mnemosine. Rio de Janeiro: UERJ, v. 11, nº 1, p. 227-257, 2015.

BANDEIRA, J.; CAMPOS, E. M. **Perspectivas e principais alterações no DSM-5**. Rev Med UFC. 57(1):15-18. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BERRIOS, G. E.; HAUSER, R. **O desenvolvimento inicial das ideias de Kraepelin sobre classificação: uma história conceitual**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 16(1), 126-146, mar. 2013.

BEARD, G. **A nervosidade americana**. Rev. Latinoam. Psicop. Fund. V, 1, 176-185, 2002.

_____. **The nature and diagnosis of neurasthenia (nervous exhaustion)**. New York. D. Appleton & Company, 549 & 551, Broadway, 1879.

BENSEÑOR, I. **Medicina Baseada em Evidência**. In A. C. Lopes (Org.), Tratado de clínica médica (pp.65-69). São Paulo: Roca, 2009.

BITTENCOURT, Sílvia Cardoso. **A “bíblia da farmacologia” e os antidepressivos: análise dos livros-texto “Goodman e Gilman – As bases farmacológicas da terapêutica” de 1941 a 2006**. 2010. 339 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

BITTENCOURT, S. C.; CAPONI, S.; MALUF, S. **Medicamentos Antidepressivos: Inserção da Prática Biomédica (1941 A 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia**. MANA 19 (2): 219-247, 2013.

BOCK, A. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. A psicanálise. Editora Saraiva: 1995.

BURKLE, Thaaty da Silva. **Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM**. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BRISAUD, E. **Estados ansiosos em doença mental (discussão)**. Angústia e ansiedade. Ansiedade paroxística. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française : XII^o session tenue à Grenoble du 1er au 7 août 1902. Vol. II: Comptes rendus. Paris: 1902.

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. **Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências**. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 64 (1): 18-30, 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

_____. **Biopolítica e medicalização dos anormais**. Physis, v.19, n. 2, p. 529-549, 2009.

_____. **As classificações psiquiátricas e a herança mórbida**. Scientle studia, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-50, 2011.

CÂMARA, F. P. **A construção do diagnóstico psiquiátrico**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, dez.2007.

DA COSTA, J. M. **On the irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences**. American Journal of Medicine and Science. New Series. Vol. LXI. Vol. 121. Philadelphia, 1871.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

DIB, R. **Como praticar a medicina baseada em evidências**. Jornal Vascular Brasileiro. 6 (4), 1-4, 2007.

DOYEN, E. **Quelques Considérations sur les Terreurs Morbides et le Délire Émotif en Général**. Thèse de Paris, 1883.

DU SAULLE, H. L. **Estudo clínico sobre o medo dos espaços (agorafobia, dos alemães)** – neurose emotiva. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 14, n. 2, p. 318-328, junho 2011.

_____. **Étude Clinique sur la peur des espaces (agoraphobie, des llemands) névrose émotive**. Paris, V. Adrien Delahaye et Libraires-éditeurs. Place de l'école-de médecine, 1878.

DUNKER, C. I. L. **Questões entre a psicanálise e o dsm**. Jornal de Psicanálise, vol. 47 (87), 79-107. 2014.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. **A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria**: estudo comparativo sobre o DSM. Vínculo: vol.8 nº 2. São Paulo dez. 2011.

_____. **A crítica psicanalítica do DSM-IV**: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro, 2011.

EY, H; BERNARD, P; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. 5. ed. rev. e atual. [Rio de Janeiro]: Masson do Brasil: 1981.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **“Resposta a uma questão”**. Revista Tempo Brasileiro, 28 (Epistemologia), Rio de Janeiro, jan/mar, 1972.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **As palavras e as coisas**: Uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Editora Martins Fontes, 4º edição, 1997.

_____. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 8º edição,

2014.

_____. **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Marins Fontes, 2006.

_____. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Método. 7ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

FREUD, S. **Inibições, sintomas e ansiedade** (1925 [1926]). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. v.23, 1976.

GALVÃO, C.; SAWADA, N.; ROSSI, L. **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (5), 690-695, 2002.

GUIMARÃES, C. A. **Medicina baseada em evidências**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 36 (5), 369-370, 2009.

HOBBSAWM, E. J. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KESSLER, R. C.; CHIU, W. T.; JIN, R.; RUSCIO, A. M.; SHEAR, K.; WALTERS, E. E. **The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication**. Arch Gen Psychiatry. 2006.

KLEIN, D. F. **Anxiety Reconceptualized: early experience with imipramine and anxiety**. Comprehensive Psychiatry, Vol. 21, No. 6, November/December, 1980.

KRAEPELIN, E. **Clinical psychiatry: a textbook for students and physicians, abstracted and adapted from the 6th German edition of Kraepelin's "Lehrbuch der psychiatrie"**. Diefendorf, A. Ross (Allen Ross), 1871-1943; New York: Macmillan, 1904.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LOPES, A. **Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar conhecimento científico na prática clínica**. Revista da Associação Médica Brasileira, 46 (3), 285-288, 2000.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos**. In: de Mello M. F, de Mello A. A, Kohn R, eds. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2006.

MARKS, I. **Behavioral aspects of panic disorder**. American Journal of Psychiatry, vol. 144, pp. 1160-1165, 1987.

MAUDSLAY, H. **The pathology of mind**. Being the 3rd ed. of the second part of the "Physiology and pathology of mind", recast, enl., and rewritten, New York: D. Appleton and Company, 1880.

MACHADO, R. **Foucault: a ciência e o saber**. Editora Zahar, 3º edição, 2009.

MOREL, B. A. **Du délire émotif**. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. Article paru dans les « Archives générales de médecine », (Paris), (VI série, tome 7), 1866, volume I, pp. 385-707.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

PACHECO, M. V. P. C. **Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea**. Rev. Latinoam. Psicop. Fund. VI, 2, 152-157, 2003.

PEREIRA, M. E. C. **Pinel**. A mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. Rev. Latinoam. Psicop. Fund. VII, 3, 113-116, 2004.

_____. **Pânico: contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 161-166, março, 2009.

PROJETO DIRETRIZES, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento**. AMB, 2008.

PIGNARRE, Philippe. **A Revolução dos antidepressivos e da medida**. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, v.4, n.1, jan-jun., p.140-145, 2012.

QUINTANEIRO, T. **O mercado farmacêutico brasileiro e o esforço de guerra norte-americano**. In: Estudos Históricos, Rio de Janeiro, n.29, p. 141- 164, 2002.

RAMOS, R. T.; BERNIK, M. A. **Transtorno de Pânico**. In: HETEM, L. A. B. & GRAEFF, F. G. Ansiedade e Transtornos de Ansiedade. São Paulo: Editora ECN, 1997.

RAMOS, F. A. C. **Jean-Pierre Falret e a definição do método clínico em psiquiatria**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 13, n. 2, p. 296-306, junho 2010.

ROQUE, T. **Sobre a noção de diagrama: matemática, semiótica e as lutas minoritárias**. Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência, Vol. 8, nº 1, 2015.

SOUZA, T. M.; GALVÃO, B.A. **A arqueologia e seu rompimento: a necessidade de uma genealogia e o aparecimento das relações de poder no pensamento de Michel Foucault**. Bento Silva SANTOS (org). Mirabilia. Arte, Clínica e Mística, jan/jun, 2015.

SOUQUES, A. **Comunicações e apresentações: Angústia sem ansiedade**. Revue neurologique. 1902. - Paris: Masson, 1902.

SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J.; ROBINS, E. **Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability.** Arch Gen Psychiatry. Vol-35, June, 1978.

NATIONAL COMMITTEE FOR MENTAL HYGIENE. **Statistical manual for the use of institutions for the insane.** New York, 1918.

TEMIN, P. **The Evolution of the Modern Pharmaceutical Industry.** Massachusetts Institute of Technology, 1978.

VIANA, Milena de Barros. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “Angstneurose” ao DSM-IV.** 2010. 206 f. Tese (Doutorado em Filosofia). Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Universidade Federal de São Carlos: 2010.

WESTPHAL, K. **A agorafobia, uma doença neuropática.** In: BESSET, V. L (org). Angústia. São Paulo: Escuta, 2002.

WHITAKER, R. **Psychiatric Drugs: An Assault on the Human Condition.** Street Spirit. American Friends Service Committee, 2005. Disponível em: <<http://www.thestreetspirit.org/August2005/interview.htm>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. **Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally.** Basic Books (2nd ed.). New York, 2010.

WRIGH, T.; BASCO; THASE. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Guia ilustrado. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

YANO, Y.; MEYER, S. B.; TUNG, T. C. **Modelos de tratamento para o transtorno de pânico.** Revista Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 3, p. 125-134, setembro/dezembro, 2003.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social.** Psicologia & Sociedade; 23 (3): 454-463, 2011.

ZUARDI, A. W. **Características básicas do transtorno de pânico.** Medicina (Ribeirão Preto, Online.); (Supl.1), jan-fev.:56-63, 2017.