

## Psiquiatria e Antipsiquiatria

ROBERTO MUSACCHIO\*

Na atual efervescência problemática da psiquiatria, que alimenta uma mutação sem precedentes — exceto quando do advento da psicanálise — nos espíritos e atitudes, os modelos e ideologia da antipsiquiatria surgem, algumas vezes, como um fermento evolutivo tanto prático quanto teórico, outras como um escândalo negativista, como uma esperança e uma ilusão.

Foi Cooper quem lançou as bases de uma doutrina antipsiquiátrica coerente, de acordo com seus pontos de vista: “um questionamento mais radical levou alguns de nós a propor conceitos e procedimentos que se opõem diametralmente aos tradicionais” . . . “a esquizofrenia é uma crise microsocial na qual os atos e a experiência de uma determinada pessoa são invalidados pelos demais, por razões culturais e microculturais (geralmente familiares) compreensíveis, fazendo com que essa pessoa termine por ser identificada, de modo mais ou menos preciso, como “doente mental” e em seguida confirmada (de acordo com um procedimento de etiquetagem reconhecível mas altamente arbitrário) na identidade de “paciente esquizofrênico”, por agentes médicos ou para-médicos”.

Aqui há uma separação radical entre as vertentes psiquiátrica e antipsiquiátrica: a primeira postula que as forças inerentes à matéria viva que compõe o organismo constituiriam um aparelho psíquico através da integração da economia relacional, e que a estrutura desse aparelho torna a praxis — ou seja, a economia relacional atual — inteligível; a segunda postula que o indivíduo é o produto de manipulações e reações cujo sentido não é compreensível a não ser através da análise da dinâmica relacional externa ao indivíduo. Assim, a

\*Mestre em Psiquiatria e Professor Assistente de Psicologia Médica — Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ; Membro Associado da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro.

noção de relação-doente, isto é, de grupo doente (família ou sociedade), substitui a do indivíduo doente em sua dinâmica intrapsíquica. Em suma, doença não está “em” uma pessoa, mas em um sistema de relações do qual o futuro “doente” participa. É um conjunto mais ou menos especificável de esquemas pessoais interativos, não um acontecimento da pessoa, mas sim que se desenvolveu entre várias pessoas.

Essas idéias deram origem a três teses principais da antipsiquiatria. A primeira, poderíamos chamar de *repúdio à nosografia*. Constituiria a tentativa de reabilitação do doente mental. Não mais o outro, o estranho, o louco, o anormal e sim, ao contrário, o irmão dotado da mesma riqueza psicológica, vítima ou cúmplice involuntário de um sistema patógeno familiar, ou social, político em suma. A loucura seria um dado cultural, e o louco não existiria a não ser aos olhos daqueles que recusassem reconhecê-lo como seu semelhante. Como no dizer de Laing, outro dos pais-fundadores da antipsiquiatria: a pseudo-saúde mental não é senão o resultado de uma série de condicionamentos, modelagens e disfarces, ao passo que a pseudo-loucura não se trata de uma doença e sim de uma estratégia que permite resolver um conflito durante um período crítico”.

Trata-se, por conseguinte, de uma crítica radical ao diagnóstico e à nosografia psiquiátrica inspirada em um modelo médico organizado. O diagnóstico serviria ao psiquiatra pela dupla propriedade de dissimular a angústia frente ao desconhecido da loucura (através de um rótulo reassurador e determinado) e de substituir a difícil e solicitante relação médico-paciente pelo exame objetivo de sintomas impessoais que, reunidos, permitem reconhecer a entidade mórbida em causa. Outras críticas poderiam ser arroladas ao diagnóstico: mumificação de entidades mórbidas arbitrárias, isoladas de todo dinamismo evolutivo; coisificação do doente, que não passaria de veículo da doença; condenação automática a um destino repetitivo determinado pelo prognóstico.

A segunda tese seria a do *repúdio à instituição asilar*. Aqui, não se trata apenas das inúmeras críticas permanentemente feitas a tais instituições. O novo é a solução proposta: o surto psicótico, que não seria uma doença e sim um estratagema que permite a resolução de um conflito, deve ser respeitado em seu desenvolvimento. Longe de internar o privilegiado que passa por essa iniciação, ele deve ser acolhido, se assim o desejar, em um “lar” onde será totalmente livre. Nem médicos nem doentes, nem ritos institucionais. ninguém prescreve medicamentos a ninguém: cada um é livre, portanto, de consultar a quem deseje fora da “família”, e de tomar psicotrópicos. Nenhum comportamento é *a priori* proibido, mas todos podem ser discutidos.

A terceira tese constituiria o *repúdio ao tratamento*. Ainda nas palavras de Laing: “esta viagem não é algo que deva ser tratado, uma vez que ela mesma constitui um meio natural de tratamento do estado da alienação em que se encontra o homem dito normal”. A antipsiquiatria não recusa esta ou aquela forma de tratamento, seja biológico, psicológico ou sociológico; refuta o próprio princípio do tratamento. Não há porque tratar aqueles que seriam doentes apenas no pensamento dos psiquiatras ou pela necessidade da família ou da sociedade de conter a todo custo aqueles que recusam os condicionamentos normativos e mutilantes.

São teses, sem dúvida alguma, sedutoras. Se bem que apresentadas aqui de modo muito superficial, cabe entretanto a tentativa de crítica por parte do ponto de vista psiquiátrico.

A análise dos estabelecimentos psiquiátricos mostra que a indiferença da administração, o anacronismo dos regulamentos, o peso das rotinas, o imobilismo fácil, levam-nos a considerá-los mais como asilos de alienados do que como centros de psicoterapia, a despeito de tentativas corajosas e inovadoras feitas aqui e ali. A recisão radical que a antipsiquiatria propõe parece justificada, mas não é nova, pelo contrário, é a recusa do reconhecimento da necessidade de qualquer espaço terapêutico; a nosso ver, inaceitável.

Também a reabilitação do delírio e de seus sentidos. Recusamos, com os antipsiquiatras, a atitude do entomologista e fazemos nossa tentativa de decodificação e de compreensão profunda do significado do discurso delirante e do que traduz a sua vivência. Mas a tentativa é antiga. Quando Freud demonstrou os mecanismos de defesa psicóticos, a antipsiquiatria ainda não existia.

Quanto à atenção toda especial dada à relação do esquizofrênico (objeto quase que exclusivo de estudo da antipsiquiatria) com sua família, convém lembrar a existência de inúmeros trabalhos a ela consagrados, realizados com um rigor científico que permite autenticar uma conclusão, o que é diferente da projeção de um desejo camuflado ou a afirmação de um *a priori* do dogmático.

No que diz respeito a inserção da psicose no meio social, parece dispensável lembrar as contribuições da antropologia cultural e da etnopsiquiatria. Quer se trate de relativismo cultural, de especificidade cultural, de fatores culturais patógenos, há todo um corpo teórico progressivamente elaborado, do qual os antipsiquiatras parecem drenar a economia radical.

Acreditamos haver na antipsiquiatria dois erros teóricos graves. O primeiro diz respeito a questão do “normal e patológico”. O problema é clássico. Também as respostas o são. Costuma-se distinguir uma normalidade estatística, caracterizada por um índice de tendência central, rejeitando como anormais aqueles que se situam nas duas extremidades da curva de repartição, descrita em forma de sino por Gauss; e uma normalidade ideal definida, por exemplo, pelo funcionamento perfeito de um aparelho ou de um organismo. Saltam aos olhos os limites e perigos de ambas: a primeira, ao identificar normas, médias e frequências, exclui tudo que é raro, inclusive um coeficiente intelectual muito alto; a segunda se refere a um ideal que não é jamais atingido e ao qual se tende, seja no domínio fisiológico, seja no psicológico. A primeira se apóia num critério estatístico, a segunda em critério cultural que não nos liberta das interrogações sobre doença mental. Há um alerta constante contra o etnocentrismo dos psiquiatras, para quem o normal é a derivada (no sentido matemático do termo) do bom, do sadio, daquilo que a comunidade aprova, e a adaptação à uma sociedade num dado momento e lugar, e a seu critério. Essa opinião, felizmente, não é unânime, podendo-se mostrar que a adaptação não é de forma alguma sinal patognomônico de boa saúde mental, muitas vezes mascarando traços hiperconformistas ou mesmo sadomasoquistas, dentro de um quadro de compromisso neurótico com a realidade.

O normal deve dar lugar ao normativo, a adaptação passiva à integração ativa que leva à tentativa de modificar o mundo, criando o próprio lugar. A entrada no mundo dos valores, embasamento lógico desta polêmica, permite compreender melhor porque todo o movimento da psiquiatria moderna tem sido o de repensar e criticar os limites do normal e do patológico. É bom lembrar que o patológico é mais do que a anormalidade, à qual não se reduz. Enquanto que o anormal é o que desvia consideravelmente da média estatística, a patologia é o que aliena o indivíduo e provoca seu sofrimento.

Trata-se de dois registros diferentes: de um lado, o que é normal e o que é anormal; constitui problema para sociólogos, moralistas ou metafísicos. De outro, o que é sadio e o que é patológico, porque priva de liberdade interna e de felicidade; talvez seja problema para os psiquiatras.

O segundo erro teórico grave se situa ao nível da crença de um princípio de causalidade unívoco e direto da psicose. Gerações se perderam tentando aplicar este modelo unívoco à toda a psiquiatria. Depois, vieram os trabalhos geniais de Freud, e muitos, negligenciando suas primeiras intuições — aquelas a que se pretende, hoje, retornar — procuraram na psicogênese pura um modelo absoluto e exclusivo. Mais recentemente, um terceiro movimento, originado na antropologia psicanalítica, passando pela psiquiatria americana e culminando agora na antipsiquiatria, tenta afirmar um modelo sociogenético puro. Como os outros dois, parece-nos dogmático na medida em que se enclausura e se nega à toda compatibilidade. É dogmático e ingênuo dizer que a loucura se desenvolve sem interferência da cultura. É dogmático e ingênuo dizer que ela se limita a um fato cultural. Por toda a evidência de que se dispõe, não há um modelo que seja organo, psico ou sociogenético, mas sim um plurideterminismo de ponderação variável, de acordo com o caso, criando toda a originalidade que tem o fato clínico da loucura.

Importa-nos, sobretudo, a intimidade que une a psiquiatria, em seus desvios mais insuportáveis, à antipsiquiatria, em suas lutas mais extremadas. Há uma profunda afinidade entre a antipsiquiatria e a psiquiatria carcerária; entre a desvalorização homicida do louco, considerado inclusive incapaz de pensar, e o culto extravagante do louco suposto gênio; entre a pessoa do psiquiatra com o *status* de médico-chefe onipotente e a pessoa do antipsiquiatra que não abdica desse *status* para melhor conseguir um papel a ele apenas destinado, por toda sua pujança imaginária. Essas pseudo-oposições encobrem, na verdade, uma íntima coerência e se fundem no limite da certeza de uma superioridade incrivelmente pretenciosa.

A antipsiquiatria tem o mérito de questionar em cada um de nós uma violência sutil. Tem o crédito da crítica radical da instituição e o débito de se refugiar na negação da doença mental. Tem o crédito da recusa definitiva da paleopsiquiatria e o débito da dissolução em uma anarcopsiquiatria confusa e estéril. Tem o crédito de rejeitar uma autossatisfação beatífica e o débito de regredir ao nível de um masoquismo destrutivo.