

Marcela Morgado Cury

**A LOUCURA NA ANTIPSIQUIATRIA:
UM RESGATE DA CONCEPÇÃO DE RONALD DAVID LAING**

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2011

Marcela Morgado Cury

**A LOUCURA NA ANTIPSIQUIATRIA:
UM RESGATE DA CONCEPÇÃO DE RONALD DAVID LAING**

Trabalho de Conclusão de Curso
como exigência parcial para a
graduação no curso de Psicologia,
sob orientação da Prof^a. Ida
Elizabeth Cardinalli

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2011

Agradecimento

Concluo esta importante etapa de minha vida por causa de quatro pessoas em especial e a elas agradeço essa grande conquista:

Obrigada mãe, você me ensinou tudo o que sou; se me formo profissionalmente hoje, é por sua causa. E se um dia eu conseguir me tornar uma parcela do que você é enquanto mulher, esposa e mãe, terei me realizado pessoalmente.

Obrigada, pai, você me ensinou importantes coisas na vida, como ter coragem e enfrentar os problemas de cabeça erguida; carrego comigo o seu exemplo de força e dedicação para alcançar o que se deseja. Agradeço por estar ao meu lado e, principalmente, por sempre ter acreditado em mim.

Obrigada, Priscila, não consigo descrever em palavras a importância que você teve para eu chegar até onde cheguei; você me apoiou incondicionalmente em todas as minhas escolhas e sempre esteve na primeira fileira aplaudindo minhas conquistas; você foi mais que uma irmã, foi amiga, cúmplice, fã e continua sendo fonte de admiração e inspiração.

Obrigada, Bruno. Você participou de todo o processo de minha formação profissional, foi colega, orientador, confidente, mas principalmente companheiro; se me torno então psicóloga é porque construí isso junto com você.

Agradeço a todos os que fazem parte significativa de minha vida, familiares e amigos. Aqueles a quem me refiro sabem quem são. Muito obrigada!

Marcela Morgado Cury. A loucura na Antipsiquiatria: um resgate da concepção de Ronald David Laing. São Paulo, 2011.

Orientador: Prof^a. Ida Elizabeth Cardinalli

Resumo

O presente trabalho consistiu em um estudo teórico do movimento da Antipsiquiatria a partir das obras de um de seus líderes, Ronald David Laing. Com este estudo pretendeu-se compreender a maneira pela qual a Antipsiquiatria concebia a loucura e, mais especificamente, a esquizofrenia. Para isso, foi necessário um resgate da história da loucura, de modo a contextualizar o pensamento antipsiquiátrico em meio a esta trajetória, a específica época de contestação na qual estava inserido e aos objetivos traçados nesta forma de olhar o louco em meio a sociedade. A partir do resgate deste movimento, de Laing e suas contestações sociais, a pesquisa buscou contribuir também com uma reflexão acerca das relações entre Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, como também suas possíveis contribuições para as condições atuais da Reforma.

Palavras-chave: Antipsiquiatria, Laing, Loucura, Esquizofrenia, Reforma Psiquiátrica

Sumário

1. Introdução.....	01
1.1. Problema de Pesquisa.....	01
1.2. Contribuição Científica.....	02
1.3. Psiquiatria Fenomenológica.....	03
2. Objetivo.....	10
3. Método.....	11
4. Breve histórico da Loucura.....	14
5. Antipsiquiatria.....	25
5.1. Pensamento antipsiquiátrico.....	28
5.2. Metodologia antipsiquiátrica.....	31
5.3. Práticas antipsiquiátricas.....	33
5.4. Contribuições da Antipsiquiatria.....	38
6. O pensamento de Laing.....	43
6.1. Normalidade x Loucura.....	44
6.1.1. Experiência e Comportamento.....	45
6.1.2. Fantasia – modalidade de experiência.....	47
6.1.3. Identidade e Complementaridade.....	49
6.1.4. Perigos na formação do Eu Social.....	50
6.1.5. Normalidade – Alienação.....	52
6.1.6. A família e os nexos sociais.....	54
6.1.7. Saídas loucas – fuga da normalidade social.....	56

6.1.8. A loucura e a Psicose.....	58
A) Insegurança Ontológica.....	59
B) Desmaterialização.....	61
C) Despersonificação.....	61
6.2. A Esquizofrenia.....	63
7. Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	68
7.1. A trajetória do movimento brasileiro.....	68
7.2. Ideais da Reforma.....	72
7.3. O Centro de Atenção Psicossocial.....	76
7.4. A Clínica na Reforma.....	78
8. Considerações Finais.....	82
8.1. Entrecruzamento de pensamentos.....	83
8.2. A Antipsiquiatria nos dias de hoje.....	87
9. Referências Bibliográficas.....	92

1. Introdução

Este trabalho se originou a partir de um projeto de pesquisa realizado em uma disciplina do curso de Psicologia da PUC-SP no quinto semestre de graduação devido um interesse pela autora, como estudante, em compreender a loucura na visão da Fenomenologia. A partir deste desejo, iniciou-se uma época de pesquisa e leituras na tentativa de entrar em contato com esta visão diferenciada de mundo e de homem.

Contudo, a partir das leituras de autores variados da Fenomenologia e um maior conhecimento sobre as teorias e concepções situadas neste campo, o desejo inicial se ramificou em outros: tanto em um aprofundamento na vida dos autores e em seus contextos históricos para entender seus objetivos com suas publicações, quanto em conhecer melhor a “Psicopatologia Fenomenológica”. A partir deste ponto da pesquisa, surgiu a vontade de entender mais propriamente cada patologia psíquica na visão fenomenológica, principalmente a Esquizofrenia.

Foi neste contexto acadêmico que a pesquisa teve prolongamentos até se chegar no presente trabalho de conclusão de curso que se fez como uma derivação da proposta inicial. Naquela pesquisa, o objetivo se delimitava em trazer à tona a compreensão de especificamente dois autores escolhidos dentre os diversos contemplados: Ronald David Laing e Medard Boss.

1.1 Problema de Pesquisa

Apesar de este trabalho de conclusão de curso ser resultado de um primeiro contato e estudo sobre a loucura, principalmente a esquizofrenia, em uma perspectiva fenomenológico-existencial, meu problema de pesquisa se afunilou: o foco deste projeto é a concepção de Laing. Além disso, tem-se como proposta, mais do que somente um resgate do pensamento do autor, situá-lo em meio ao movimento da Antipsiquiatria do qual fez parte, de modo a compreender sua teoria através dos ideais de contestação e transformação presentes neste contexto.

No estudo anterior sobre a loucura, a única obra do autor contemplada foi seu livro *O Eu Dividido* (1967) em que a esquizofrenia era o tema. As pesquisas

subsequentes se inclinaram para a vida do autor, os caminhos percorridos para chegar a sua compreensão de homem, de mundo e de loucura.

Com certo conhecimento sobre sua trajetória de vida, no que diz respeito ao tema de estudo proposto, este autor pertenceu ativamente a uma época e a um contexto que foi o berço para um movimento radical de ruptura com a forma tradicional de a Psiquiatria enxergar e tratar a saúde mental, que trouxe grandes consequências no que se consiste atualmente como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, por exemplo.

Foi a partir desta introdução a sua atividade política e teórica que o problema de pesquisa do presente trabalho foi delineado. A concepção alternativa sobre a loucura e o homem em relação ao mundo de Ronald Laing, para além de suas diversas influências, como por exemplo da Fenomenologia Existencial, provém principalmente deste posicionamento de luta veiculado através do movimento ao qual fez parte e que recebeu o nome de Antipsiquiatria.

Desta forma, ao delimitar como tema deste trabalho a concepção de loucura e esquizofrenia na visão deste autor, através de estudos acerca deste momento de ruptura como base de apoio, o autor estará contextualizado em seus ideais contestadores da Antipsiquiatria, como também a presente pesquisa teórica.

1.2. Contribuição Científica

Tal contextualização possibilitará uma contribuição científica mais profunda deste trabalho. O movimento da Antipsiquiatria foi de extrema importância para uma época em que a Psiquiatria estava estagnada em uma forma de pensar e enxergar a loucura e que, somente através de movimentos de ruptura e contestação como este, àquela forma hegemônica de se lidar na saúde mental pôde ser desconstruída, possibilitando processos de transformações que permanecem até hoje como a luta antimanicomial e reforma psiquiátrica no Brasil. Assim, ao estudar a concepção de loucura e, principalmente, de esquizofrenia, patologia esta que é grande representante do que se considerava e ainda se considera loucura em nossa sociedade, o trabalho poderá dar subsídios teóricos a estudos e atuações profissionais na área da Saúde Mental

através das contribuições que a compreensão antipsiquiátrica sobre o tema pode trazer ainda hoje.

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial produziram grandes avanços ao que o movimento da Antipsiquiatria, ao qual Laing fez parte, propunha como uma forma mais humana de se lidar com o que se define como doença mental. Contudo, muito ainda precisa ser feito e transformado na sociedade atual. Portanto, um resgate do movimento da Antipsiquiatria através do que um de seus renomados representantes tinha como objetivo com sua diferenciada compreensão da loucura, este trabalho poderá trazer contribuições teóricas para que novas forças instituintes de ruptura e transformações se façam, auxiliando ainda hoje este árduo processo de mudança que teve início nas décadas de 50 e 60.

1.3. Psiquiatria Fenomenológica

Na medida em que Ronald Laing foi um autor que propôs concepções e visões de mundo, de homem e da loucura, principalmente a partir do viés da Fenomenologia Existencial, é importante uma breve contextualização da Fenomenologia Psiquiátrica, ou seja, de como os estudiosos da área passaram a pensar também sobre o campo da Psiquiatria e em como tratar os loucos.

A Psiquiatria Fenomenológica constituiu-se, segundo Spohr e Schneider (2009), a partir do momento em que alguns profissionais da medicina passaram a se interessar pelas concepções de Husserl e, também, de Heidegger, pois estas filosofias forneciam elementos para se compreender o existir humano, ou seja, as condições para a constituição do sujeito, e então, para a ocorrência das dificuldades psicológicas e das psicopatologias. (Pessotti apud Spohr e Schneider, 2009)

Segundo Van den Berg (2000), três principais períodos podem ser destacados na história do começo da Fenomenologia no ingresso à Psiquiatria. O primeiro se refere ao ano de 1913, com Karl Jaspers, e os outros dois posteriores, entre 1923 e 1933, com Binswanger. Cada período foi precedido por uma nova reflexão sobre a natureza da existência humana por inspiradores filósofos, como Dilthey, Husserl e Heidegger.

Karl Jaspers foi o primeiro pesquisador a aplicar a Fenomenologia de Husserl aos estudos psicopatológicos. Em suas obras, seguia o primeiro sentido dado por Husserl à fenomenologia, que seria uma psicologia descritiva dos fenômenos da consciência e não mais a essência dos fenômenos, sendo um sentido mais restrito a esta linha de pensamento inicial. Em outras palavras, Jaspers buscava a partir de suas influências husserlianas, alcançar a compreensão daquilo que podia ser vivenciado diretamente, para então, descrever da melhor maneira possível os estados psicológicos de seus pacientes. Através disto, ele tinha o objetivo secundário de reconhecer o que havia de idêntico dentro da multiplicidade das patologias. Neste momento, já se percebe o encaminhamento destes estudos a considerar as patologias como foco para então criar uma teoria que as contemple em uma compreensão fenomenológica.

Binswanger, psiquiatra suíço da época, dá continuidade a este direcionamento da fenomenologia de maneira a desenvolver de fato uma psicologia fenomenológica, sendo por isso considerado o *pai da psicopatologia fenomenológica*. Seu reconhecimento na psiquiatria veio, primeiramente, a partir de um artigo publicado no ano de 1894 de autoria do filósofo e psicólogo W. Dilthey, (*“Ideen uber eine beschreibende und zergliedernde Psychologie”*). Neste artigo, o autor analisa os métodos da psicologia confrontando-os, acima de tudo, com os trabalhos de Wundt e concluindo que esses métodos são derivados da ciência física.

Assim como Jaspers, Binswanger se apoiou na fenomenologia husserliana primeiramente, mas já em um sentido mais amplo. Em sua fase inicial, Binswanger instalou uma Psiquiatria Fenomenológica que buscava a captação da essência dos fenômenos; para isto, procurava captar a vivência íntima, penetrando nas significações e no próprio fenômeno anormal através da expressão lingüística do paciente. Posteriormente, Binswanger passou a se apoiar em Martin Heidegger, levando seu estudo a um sentido daseinsanalítico, em que o foco não era mais o estado da consciência e a explicitação da existência como um projeto do mundo do paciente. Seu objetivo de estudo passou a ser a captação de *“afirmações ônticas”*, ou seja, de *“declarações de achados efetivos sobre formas e configurações da existência tal como se apresenta na realidade”*. (Cardinali, 2004, p.35)

Foi a partir deste momento que Binswanger passou a ser considerado um grande crítico à dicotomia sujeito-objeto em que a Psicologia da época se apoiava, utilizando a noção de “*ser-no-mundo*” de Heidegger em contrapartida. Através desta proposta, elaborou artigos que colocavam as patologias como flexões da estrutura ontológica do Ser-aí (Dasein), modo como enxergava o homem. Mais ainda, explicitou a esquizofrenia como uma inconsistência da experiência natural. Tem-se como experiência natural aquela que flui sem obstáculos ou problemas, estando em harmonia com as coisas, com os outros e consigo mesmo, logo, a esquizofrenia é descrita pelo autor como uma “cisão desta consistência da experiência em alternativas contraditórias, um encobrimento, um desgaste da existência” (Cardinalli, 2004, p.36). Desta forma, é possível perceber que Binswanger trouxe uma nova e complexa noção da existência esquizofrênica. Esquizofrenia passou a ser vista como uma “*incapacidade do doente de deixar as coisas serem, incapacidade de se morar serenamente com elas*”. (Gambini apud Cardinalli, 2004, p.37)

Jaspers e Binswanger tomam rumos diferentes dentro do mesmo âmbito de estudo, sendo de extrema importância a distinção entre suas fenomenologias, a primeira apoiada em Dilthey e Husserl e a segunda em Husserl e posteriormente em Heidegger, fase da grande parte de suas obras. Entretanto, o que estes autores têm de semelhante, é que ambos foram os responsáveis pela introdução da Fenomenologia aos estudos da Psiquiatria. A partir deles, muitos outros grandes nomes se fizeram nesta linha fenomenológica.

Como Van den Berg (2000) evidencia, o novo enfoque fenomenológico versando sobre a descrição de condições de existência normais e perturbadas, possibilitou grandes acontecimentos no desenvolvimento da Psiquiatria.

Como Cardinalli (2004) ressalta, vale destacar mais dois nomes importantes neste processo, pois, apesar de tratarem da fenomenologia genético-estrutural, também auxiliaram a instalação da fenomenologia no estudo das psicopatologias: Minskowski e Von Gebsattel. Estes autores buscavam na vivência do paciente, o esclarecimento das conexões e inter-relações das vivências em cada patologia mental; através disto estavam querendo descobrir a estrutura que organizava cada uma das patologias.

A partir desta contextualização, é perceptível que a Fenomenologia surgiu por meio da crítica às ciências naturais, pois ao estudar o homem a partir do método científico havia a sua redução ao conceito de objeto como qualquer outro objeto da natureza. Mais propriamente à Psiquiatria, ela se contrapunha ao método das ciências naturais, afirmando que era importante esclarecer a dimensão humana e experiencial presente na doença, visando superar a visão metafísica do homem e aproximar-se de uma compreensão mais humana. (Mariano, 2009)

Fenomenologia vem ao campo psiquiátrico, pois, para romper com a forma de ver o homem derivado da medicina, trazendo novas possibilidades de compreender o adoecer humano. Filosofia surgida no final do século XIX, inaugurada com Edmund Husserl (1859-1938), ela buscou se opor ao pensamento especulativo da filosofia metafísica dominante até então, ao mesmo tempo em que criticava o raciocínio das ciências positivas predominantes naquele cenário histórico por se reduzirem a um mero empirismo, ou seja, a uma descrição de fatos sucessivos sem o questionamento da essência desses fatos. (Dartigues apud Spohr e Schneider, 2009)

Nesta perspectiva, a doença passou a ser vista realizando-se no núcleo da existência. Assim, era preciso compreender o homem todo em sua enfermidade, ou seja, a doença se tornou uma dimensão de toda a vida deste homem (Jaspers apud Spohr e Scheneider, 2009). Esta necessidade de "totalidade" para compreender fenômenos psicológicos é trazida pela psicologia da Gestalt a partir de uma noção de homem e personalidades diferenciadas.

Jaspers e seus companheiros da Fenomenologia romperam com a psicopatologia clássica e até com a psicopatologia psicanalítica, por não buscarem entender o homem a partir da doença, mas, ao contrário, a doença a partir do existir humano. Para eles, o homem seria a abertura do existir, ou seja, um “vir-a-ser”.

A partir da introdução da Fenomenologia ao campo da psiquiatria como crítica e com sua forma peculiar de perceber a loucura e o tratamento ao louco, a Psiquiatria Fenomenológica vai de encontro, como veremos adiante, ao que pensavam os

Antipsiquiatras, servindo, assim, de subsídios filosóficos ao questionamento realizado em torno dos pressupostos da psiquiatria clássica. (Delacampagne, 2004)

Desta forma, é possível compreender as influências deste campo à concepção de Laing entrelaçada a este movimento que também se apoiou na fenomenologia para suas contestações políticas, sociais e institucionais da Psiquiatria da época.

Para ilustrar a evidência deste vínculo da Fenomenologia ao movimento, segue abaixo um trecho do prefácio da obra de Laing e Cooper em que os autores citam Sartre, um dos grandes filósofos desta perspectiva:

Também eu julgo que não se pode compreender as perturbações psíquicas do exterior, a partir de um determinismo positivista, nem reconstruí-las graças a uma combinação de conceitos que permanecem externos à doença. Creio também que não se pode estudar ou curar uma neurose sem o respeito original à pessoa do paciente [...] julgo a 'doença mental' como uma saída que o organismo livre, em sua unidade total, inventa para poder viver uma situação insuportável. [...] e estou convicto de que seus esforços [os de Laing e Cooper] contribuem para acelerar a aproximação do tempo em que a psiquiatria será, finalmente, humana. (LAING & COOPER apud Spohr e Schneider, 2009, p.117)

Ainda no que diz respeito à influência sartriana aos Antipsiquiatras, em entrevista, Laing falou sobre o embasamento teórico que o autor lhe forneceu para seu trabalho com famílias "esquizofrenizantes". Explicou que, particularmente na *“Crítica da Razão Dialética”*, Sartre desenvolveu conceitos fundamentais para a compreensão dos fenômenos que investigava nas famílias e nos processos de loucura. A idéia de totalização, de serialização, de constituição dos grupos, de integração da pessoa com o contexto social em que ela está inserida, a noção de práxis e do homem como agente social, entre outras, foram consideradas por Laing como fundamentais para se compreender o sujeito e suas interações sociais, espaço de onde resultaria o adoecimento psíquico. (Spohr e Schneider, 2009)

Além disso, é sabido que Sartre acompanhou os trabalhos de Cooper e Laing. Como evidenciado em entrevista a Charlesworth, o filósofo viu neles uma promessa de superação dos impasses em que se encontravam as ciências do homem e, mais especificamente, a psiquiatria e psicanálise:

Penso que o professor Laing estava procurando uma teoria na qual a liberdade pudesse ser colocada em primeiro lugar, dessa forma a doença mental, ou melhor, aquilo que se chama de doença mental, pudesse aparecer como um aspecto da liberdade humana e não como uma doença resultante de um mau funcionamento do cérebro ou de alguma doença física. (CHARLESWORTH apud Spohr e Schneider, 2009, p. 117)

É interessante perceber o trajeto que a Fenomenologia foi traçando em seu estudo psiquiátrico e como a fenomenologia existencial, apoiada em Heidegger, ganha forças neste campo, como é o caso de Laing que vem a se utilizar desta teoria para a formulação de sua própria concepção da loucura e esquizofrenia. Como veremos mais adiante, a trajetória do autor vem a se cruzar com a fenomenológica em muitos âmbitos de seu trabalho, como, por exemplo, no movimento da Antipsiquiatria que guiou por muito tempo suas concepções, já que ele, assim como todos os antecessores que o influenciaram, tinha como foco central de toda sua luta, a compreensão mais humana da loucura, como evidencia Delacampagne (1990):

De Kierkegaard, Freud e Jaspers a Sartre, depois de Sartre a Laing e Cooper, se desenha uma linha de aproximação, infinitamente rica de sugestões, realizando a transformação progressiva da loucura em uma linguagem - linguagem obsedante com suas leis específicas, que o terapeuta não pode decifrar senão nela penetrando, apoiado em uma compreensão global das relações entre o 'louco' e seu 'meio', compreensão 'totalizante', mas jamais acabada, que abre ela mesma a via de novas iniciativas terapêuticas. (p.660).

Segundo Bell (2009), Laing alegou que a loucura é uma experiência transformadora, rica em significado pessoal e que funciona como um rito de passagem existencial. Desta forma, delírios e alucinações seriam a expressão do que era proibido e que para se vivenciar isto seria necessário um rompimento com a sociedade.

Portanto, o estudo da teoria de Ronald D. Laing vai de encontro a este radicalismo e a esta crítica à sociedade que percebe a loucura como forma de existir frente a um mundo desumano e de insanidades. Este autor foi muito criticado por sua visão de extrema ruptura com tudo o que era conhecido até então, mas sua visão, assim como outras da época, foi fundamental para a transformação da Psiquiatria e o surgimento da rede de saúde mental conhecida atualmente através da Reforma Psiquiátrica. Para que estas mudanças se firmem ainda na sociedade atual, é importante compreender como tudo começou e quais foram os fundamentos para que uma ruptura tão brusca possibilitasse uma visão mais humana dos doentes mentais. A compreensão da Antipsiquiatria possibilitará uma reflexão crítica da história da loucura e trará então embasamento teórico para perceber a sociedade contemporânea e pensar se tal radicalismo ainda não é necessário a serviço da continuação desta luta por melhores condições de tratamento e relacionamento social com a loucura.

2. Objetivo

O objetivo deste trabalho consistiu em estudar a Antipsiquiatria por meio das obras de Ronald David Laing, de modo a compreender este específico pensamento acerca da loucura e da esquizofrenia. Esta compreensão necessitou também de uma retomada histórica da loucura em meio à sociedade e de uma contextualização da época de contestação na qual o movimento se inseriu. Além disso, como objetivo secundário deste trabalho, teve-se a proposta de uma reflexão acerca das contribuições deste movimento até os dias de hoje.

3. Método

Propõe-se um estudo teórico do movimento da Antipsiquiatria, através da leitura de obras de Ronald David Laing. Na busca por compreender sua visão da loucura e, mais especificamente, da esquizofrenia, é interessante analisar atentamente suas produções teóricas de modo a captar a essência do que estava sendo dito por este autor em meio ao movimento de contestação no qual tal pensamento estava inserido.

Contudo, para o trabalho de conclusão de curso, um estudo abrangente sobre a teoria de Laing não se fez possível, já que este autor contribuiu com muitas obras em diferenciados momentos. Além disso, como o trabalho diz respeito à Antipsiquiatria e o autor não restringiu seus estudos a esta época, foi preciso delimitar um plano de leitura de obras do autor da época em que militava pelo movimento.

Portanto, foram selecionadas como base de estudo para este trabalho a seguintes obras de Ronald Laing:

- **O Eu Dividido [1960] (1967):** Neste livro, segundo Gabriel e Teixeira (2007), o psicótico ainda era alguém visto como louco, mas que, posteriormente nas obras do autor, terá este conceito transmutado para o louco como são na sociedade louca. O autor se atenta para a relação interpessoal familiar nos desenvolvimentos psicóticos e para as questões próprias ao indivíduo que se manifestam na psicose, como sua insegurança ontológica proveniente de um si mesmo em um ambiente que não lhe deu a segurança e abertura necessárias para o desenvolvimento segundo o que seria uma normalidade padrão.

- **O Eu e os Outros [1961] (1978):** Livro em que o foco são as relações sociais, de modo a compreender a importância do outro na constituição de um sujeito como “ser-no-mundo”. Apesar de se utilizar de conceitos desenvolvidos pelo autor em “O Eu Dividido”, o livro já enuncia um pensamento do autor menos restrito à doença e ao indivíduo pura e simplesmente, caminhando para uma análise da sociedade, de suas influências no modo-de-ser de cada um e, por consequência, no possível desenvolvimento de uma loucura.

- **A política da experiência e a ave-do-paraíso [1967] (1974):** Livro em que, segundo Gabriel e Teixeira (2007), Laing desenvolve contornos que rompem com a visão veiculada em *“The Divided Self”*. Entre o período de 1961 e 1966, Laing começa a pensar em novos determinantes para uma diferenciada forma de se ver a patologia. A partir de suas primeiras concepções acerca das relações interpessoais como importantes, focaliza também os padrões de comunicação com os outros que podem estar na base da confusão e sofrimento inerentes à experiência esquizóide e psicótica descrita em seu primeiro livro. Com a atenção voltada a questões externas, Laing passa a buscar a contextualização social da psicose, deixando de representá-la como um acontecimento intra-psíquico, privado e individual, para ser então vista como uma estratégia que o indivíduo desenvolve para conseguir sobreviver em situações sociais específicas (Laing apud Gabriel e Teixeira). Desta forma, os comportamentos que um indivíduo desenvolve na psicose não poderiam ser compreendidos sem a compreensão das experiências e comportamentos das pessoas que com ele se relacionam. Esta fase, em que o autor leva sua concepção de Esquizofrenia à sociedade e que até então estava mais restringida ao indivíduo e seu grupo familiar, é denominada a fase de transição de Laing. Esta fase fornece uma concepção mais crítica da sociedade e sua normalidade que impediria que indivíduos experenciassem em liberdade algo que fosse diferente dos “dictum” do seu grupo. A psicose já não se trataria apenas de uma forma do sujeito viver uma situação insustentável mas, mais que isso, uma forma de significar as regras não ditas que regeriam todos os elementos do seu grupo de pertença. Nesta fase, Laing se mostra politicamente ativo de modo a contestar a sociedade, questionando a possibilidade do homem frente a ela: *“Poderão os seres humanos de hoje ser pessoas?”* (Laing apud Gabriel e Teixeira, p. 668).

As três obras fazem parte do período em que o autor estava ligado ideologicamente ao movimento antipsiquiátrico e, desta forma, trouxeram em suas leituras possibilidade de contextualizar o pensamento do autor a partir de sua inserção neste radical movimento que fez parte de um momento de ruptura ao redor do mundo.

É importante salientar ainda que, além das obras citadas, o presente trabalho se apoiou em leituras acerca da história da loucura, do movimento da Antipsiquiatria e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Isso porque, como já explicitado anteriormente, como

uma proposta de estudo da concepção de Laing acerca da loucura, de modo a percebê-la em meio ao contexto de contestação antipsiquiátrica, foi importante para o presente trabalho ter como apoio estudos sobre este movimento. Além disso, um histórico da loucura em meio à sociedade possibilitou uma percepção mais abrangente do contexto da época do movimento e o porquê de sua radicalidade. Para finalizar, um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe contribuições para uma reflexão acerca de suas relações com os ideais antipsiquiátricos e a execução de um livre pensar por parte da autora a respeito de possíveis ganhos deste pensamento no contexto atual de luta antimanicomial no país.

4. Breve histórico da loucura no meio social

Este capítulo tem como objetivo contextualizar a loucura e, a partir disto, o lugar histórico da Antipsiquiatria de modo a contextualizar as obras de Ronald Laing e suas contribuições para uma forma específica de conceber a loucura e sua relação com o funcionamento social.

Historicamente, Foucault (2008) mostra que houve um momento de mudança no lugar socialmente ocupado pela loucura, determinante para a origem da Psiquiatria: “O mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (p.78). Esta mudança que determinou o período da “Grande Internação” teve seu início na criação do primeiro Hospital Geral na França, em 1656.

No período do século XIV a XVI, a loucura ocupava um lugar dentro da cena social; apesar de sempre ter existido um posicionamento frente ao louco com um caráter crítico, esta concepção não era única. Havia também uma concepção de loucura como experiência trágica e, por isso, nos dispositivos da cultura da época, assumia lugar central. No teatro, a loucura era a representação da verdade lembrada a todos, na literatura erudita estava no âmago da razão e da verdade, obtendo, desta forma, na arte, o lugar de assombração e imaginação do homem ocidental.

Desta forma, a imagem da loucura era, nesta época, alvo de fascínio, considerada proveniente do saber exotérico, relacionada ao desejo, ao fim do mundo e ao proibido. Ao mesmo tempo, esta mesma concepção no mundo literário e filosófico apresentava também o caráter crítico por conter todas as fraquezas, sonhos e ilusões humanas e reinar sobre tudo que era considerado mau no homem, assumindo também o aspecto de uma sátira moral.

Assim, segundo o autor, neste período em que a Igreja detinha o poder sobre o mundo europeu ocidental, a loucura assumia significados do pecado e da culpa. A crença da época era a de que a loucura era uma escolha ética do indivíduo e, por isso, deveriam pagar em forma de castigo por esta escolha que os responsabilizava por todas as tragédias humanas. Juntamente aos loucos, estavam nesta mesma categoria de

pecadores os leprosos, os doentes venéreos e os responsáveis pela desordem social, pela libertinagem e pela sexualidade imoral.

Além disso, este momento de transição da Idade Média ao Renascimento consagrou o começo da industrialização européia, a origem da classe burguesa e de mudanças econômicas da população. Por estes motivos, a Igreja no poder estremeceu; a pobreza provocou revoltas e críticas que balançaram o domínio social por meio de doutrinas religiosas.

Como reação a isto, teve-se a época da Inquisição, em que, para se fugir das críticas sociais, a Igreja culpabilizou os hereges. Este foi o momento conveniente para o processo de “Grande Internação”. Os antigos leprosários, esvaziados com a diminuição da lepra e das doenças venéreas, foram utilizados para isolar esta população.

Juntamente a isto, a Igreja estremecida, a industrialização, a mudança social e econômica culminaram para a queda da Igreja e a tomada de poder da Monarquia e, concomitantemente, a dessacralização e a entrada no mundo da Razão. A sociedade resgatou o filósofo Descartes que exprimia o homem como ser fundante do mundo pela sua Razão e vontade. Os valores religiosos foram substituídos por valores sociais e de cidadania.

Desta forma, conforme Foucault (2008) descreve, a loucura antes vista entrecruzada com a concepção crítica e a experiência trágica, ganhou valor de negatividade a todos os princípios sociais estabelecidos: ausência de capacidade, ausência de razão e transgressão; perdeu seus direitos de cidadania e, assim, seu lugar social. A loucura começou a ser vista predominantemente pela esfera da crítica já existente, em detrimento à imagem de experiência trágica.

Os séculos XVII e XVIII são fundamentais para se compreender a história da Psiquiatria, pois todos estes fatores de mudanças no mundo ocidental contribuíram para a transição de um discurso religioso a um discurso científico. Neste contexto, surgiu a Medicina como grande representante do racionalismo científico e do poder da técnica, ganhando o lócus de sabedoria por muito tempo ocupado pela religião. Este

conhecimento passou a discursar acerca da vida e da morte, não mais a Religião e a Magia.

A “Grande Internação” caracterizou-se, em suma, pela época da Monarquia no poder e, principalmente, pelo processo de internamento como resposta à crise econômica. A consciência ética do trabalho enfatizada socialmente resultou no isolamento dos incapazes de contribuir economicamente e, por isso, culpados pela questão financeira. Desta forma, a internação não punha “em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos.”(FOUCAULT, 2008, p.79)

No entanto, no fim do século XVIII e início do século XIX o isolamento do louco como solução aos problemas econômicos entrou em crise; a loucura não se enquadrava aos motivos que fundamentaram anteriormente sua internação.

A Razão ocupava papel central na concepção de homem da época. Por este motivo, o louco como o representante de sua negatividade, ou seja, da desrazão, o inviabilizava de ser responsabilizado pela crise econômica. Por ser considerado incapaz racionalmente, a noção do louco culpado por seus atos, inclusive, o de não trabalhar, se torna incoerente. Esta constatação inviabilizou a permanência da “Grande Internação” nos mesmos moldes, pois aqueles sujeitos da Desrazão não poderiam estar presos junto àqueles que transgrediram conscientemente as leis sociais. Neste momento, o conceito de imputabilidade começou a ser utilizado como divisor fundamental entre loucura e crime.

Estas mudanças foram resultado de mais uma transição política e social, a queda da Monarquia e a tomada do poder pela classe burguesa, determinada pela Revolução Francesa (1789). Este importante movimento político e social transformou os valores sociais, o que, segundo Foucault (2008) acarretou no fim da “Grande Internação” e o surgimento do asilo.

O lema da Revolução que proclamou os direitos universais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” é fundamental para compreender a crise dos Hospitais Gerais espalhados pela Europa até o fim do século XVIII. A incoerência do agrupamento da

loucura, alienante e inimputável, com a marginalidade social foi determinante para a origem de outra forma de se lidar com esta população que tinha como princípio a humanização e o combate à opressão, trazidos pela Revolução.

Contudo, por muito tempo agrupado aos criminosos, libertinos e doentes, o louco acabou por ser relacionado às características socialmente atribuídas a estas outras categorias de indivíduos; adquiriu, assim, um caráter de periculosidade, reforçado ainda mais pela irracionalidade adjudicada a ele, que o impossibilitaria, segundo esta visão, de uma consciência acerca de seus atos.

Desta forma, Foucault (2008) afirma que, apesar do combate à internação, a liberdade aos loucos foi considerada ameaçadora à comunidade, o que resultou em outro isolamento, agora, específico a este grupo. A Medicina Científica cada vez mais detentora do saber sobre os aspectos humanos, apropriou-se da loucura como objeto de estudo através da Psiquiatria, a concebendo como “doença mental”. Criou-se então o asilo psiquiátrico destinado não mais a exclusão pura e simplesmente, mas ao tratamento dos loucos.

Como principal figura desta época de concepção médica da loucura, tem-se Philippe Pinel (1745-1826), médico francês considerado pai da Psiquiatria e responsável pelo nascimento do asilo nos moldes médicos. A esse personagem e aos representantes deste mesmo movimento em outros países, é conferida pela Medicina a produção de um humanismo e de uma ciência positivista no tratamento da loucura.

Pinel se tornou mundialmente conhecido pelo ato de “desacorrentar” os loucos para dar-lhes um hospital específico, tratá-los e olhá-los de modo mais humano. Contudo, Foucault (2008) sabiamente problematiza esta atribuição honrosa ao médico, pois, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que este ato de certa forma deu ao louco o direito ao tratamento e um caráter mais humano, potencializou a destituição de seus direitos de cidadão por meio da exclusão. Em outras palavras, o médico os liberta de uma prisão para colocá-los em outra.

Neste período asilar, a loucura recebeu um tratamento denominado “tratamento moral”. De modo geral, esta forma inicial de medicina mental se tratava de uma

higienização moral, ou seja, visava regular o excesso da animalidade inerente ao homem e que no louco estaria virgem de lapidações sociais adaptadoras à norma. Este tratamento traduzir-se-ia, assim, por uma pedagogia da sociabilidade. Sobre Pinel, sua “libertação dos acorrentados” e técnicas de tratamento, Foucault (2008) afirma:

Certamente, ele fez ruir as ligações materiais (não todas entretanto), que reprimiram fisicamente os doentes. Mas reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros; a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sobre a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. (p.82)

Sendo assim, conforme o autor descreve, em um contexto moral e repressivo, o asilo tinha um caráter de estratégia médica, pois visava o controle social para a manutenção da segurança na comunidade. O saber médico legitimou o enclausuramento da loucura concebendo-a como alienação e desordem e tratando-a com métodos de correção e retomada da ordem.

Além disso, o Estado e, principalmente, a instituição psiquiátrica assumiu o lugar da família enquanto definidor dos destinos sociais dos doentes mentais e, em última instância, o louco perdeu totalmente sua liberdade de gerir seus bens, fossem eles materiais ou de sua própria existência.

Conclui-se, portanto, que este momento histórico proveniente de um gradual processo de transformação do lugar ocupado pela loucura na sociedade é responsável pelo coroamento da concepção crítica sobre o louco, determinante para sua exclusão fundamentada no caráter de periculosidade e na concepção de doença mental a ser curada. Neste contexto, a concepção de loucura enquanto experiência trágica, apesar de ainda existente, estava minimamente presente na periferia do imaginário ocidental, em algumas expressões artísticas da época.

Amarante (2007) denomina este período do século XIX representado por Pinel e seu tratamento moral com larga difusão mundial de Alienismo e, mais propriamente, de Alienismo Pineliano. Esta nomenclatura diz respeito ao entendimento da loucura como doença mental alienante e distanciada da norma social.

Esta concepção e método de tratamento foi alvo de críticas na época. O autor coloca como razão destas críticas uma mistura de vários elementos: a superlotação rapidamente ocorrida nos primeiros asilos, dificuldade em delimitar e diferenciar loucura de sanidade, a função social cumprida pelo asilo de segregação de uma das populações marginalizadas, denúncias de violências contra pacientes internados, entre muitos outros. Estes fatores foram responsáveis não somente por críticas ao tratamento moral como também à Psiquiatria como um todo.

Devido a isto, houve muitas tentativas de resgate do cunho terapêutico às instituições psiquiátricas da época, como foi o caso das “colônias de alienados”, instituições construídas em áreas agrícolas em que os ditos “alienados” poderiam ser tratados terapeuticamente. Nestes asilos habitavam também alguns familiares dos pacientes, que eram contratados para cuidar deles. O autor ilustra esta forma de tratamento explicitando que, no Brasil, existiram colônias de alienados logo após a Proclamação da República (1889) e que muitos foram seus seguidores por acreditarem ser um método eficaz de tratar a loucura, mas que, muito rapidamente, este método se mostrou com os mesmos problemas anteriormente criticados nos asilos pinelianos.

Dando continuidade a História da Loucura, este mesmo autor acrescenta ainda dois fatores do século XX que foram fundamentais e culminaram em outras importantes modificações sobre sua concepção social: primeira e segunda Guerras Mundiais, datadas de 1914 a 1918 e de 1939 a 1945 respectivamente. Amarante explica que, com todas as consequências destes períodos, as sociedades espalhadas pelo mundo passaram por um processo de reflexão crítica acerca da natureza humana em que dois temas foram centrais, a crueldade e a solidariedade.

A partir destas críticas, o olhar também foi dirigido às instituições manicomiais que em muito foram comparadas aos campos de concentração, pela sua falta de dar aos

internados condição à dignidade humana. Neste período, surgiram, assim, as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas” em diversos países. As principais segundo Amarante (2007), em um critério de inovação, impacto, reconhecimento e influências sobre experiências mais recentes foram as seguintes: Comunidades Terapêuticas, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva, Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria.

O autor as diferencia em três grupos diferentes de acordo com o foco de crítica e proposta de reforma. No grupo de experiências que acreditavam que o problema estava na gestão do hospital e, por isso, apostavam em mudanças institucionais de modo a transformá-lo em um local terapêutico, como Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), psiquiatra francês, há muito havia dissertado sobre, estão a “Comunidade Terapêutica” e a “Psicoterapia Institucional”. O outro grupo, relativo a experiências que pensavam o modelo hospitalar como esgotado e que, por isso, deveriam ser construídos serviços assistenciais de cuidado terapêutico de modo a diminuir a importância e necessidade do hospital psiquiátrico, é composto pela “Psiquiatria de Setor” e pela “Psiquiatria Preventiva”. Por último, em um grupo que o termo “Reforma” não parece adequado por exatamente terem questionado o modelo científico psiquiátrico em si, sendo todo ele colocado em cheque, estão a “Psiquiatria Democrática” e a “Antipsiquiatria”.

Para uma breve contextualização de cada uma delas, antes de adentrar a Antipsiquiatria mais propriamente, podemos resumidamente defini-las em seus pontos mais centrais contemplados por Amarante (2007).

A Comunidade Terapêutica, que tinha como seu criador Maxwell Jones (1907-1990), psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido, é entendida de modo geral como um processo de reformas institucionais que lutavam contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais de modo a produzir locais de tratamento com maior horizontalidade e democratização das relações.

De modo semelhante, a Psicoterapia Institucional, representada pela figura de François Tosquelles (1912-1994) psiquiatra francês, propunha uma transversalidade que

seria o encontro e, juntamente a isto, o embate dos papéis institucionais e profissionais com o objetivo de questionar hierarquias e hegemonias. Além disso, haveria o coletivo terapêutico, em que todos teriam funções terapêuticas, lutando contra violências institucionais e verticalização nos hospitais. Tosquelles e o trabalho da Psicoterapia Institucional apresentou uma das mais bem sucedidas experiências, segundo o autor, de reforma através do hospital de Saint-Alban no sul da França.

A Psiquiatria de Setor, liderada por Lucien Bonnafé (1912-2003), psiquiatra francês, a partir dos primeiros resultados do final da década de 50 e início de 60 da Psicoterapia Institucional, modificou o ponto de questionamento à Psiquiatria e propôs um trabalho para fora do manicômio, em que deveria haver algum tipo de continuidade de tratamento após a alta dos hospitais. Destacou-se neste movimento a noção de trabalho em equipe, de divisão por categorias de cuidados em setores de tratamento e a continuação dos mesmos profissionais de dentro do hospital trabalhando no cuidado com o paciente fora deste.

A Psiquiatria Preventiva, diferentemente de todos os outros movimentos, iniciou-se nos Estados Unidos após um censo no ano de 1955 que mostrou a precariedade, violência e maus-tratos aos internados nos hospitais psiquiátricos do país. A partir do embasamento teórico do acadêmico canadense Gerald Caplan (1938), o movimento focava a prevenção primária, de intervir nas possibilidades de formação da doença mental, prevenção secundária, de diagnosticar e tratar precocemente a doença e prevenção terciária, de buscar a readaptação do paciente à vida social. Através da Psiquiatria Preventiva foram criados os conceitos de “crise”, construído através das noções de adaptação e desadaptação social proveniente da Sociologia, “desvio”, referente ao comportamento desadaptado oriundo das Ciências Sociais, e “desinstitucionalização”, entendido pelo conjunto de medidas de reduzir internações ou tempo de estadia em hospitais, uma das diretrizes da Saúde Mental nos EUA.

No caso da “Psiquiatria Democrática”, originada na Itália nos anos 60 por Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, houve uma primeira proposta de reformar o hospital psiquiátrico. Este movimento, inicialmente inspirado na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional, buscava tornar o hospital um

lugar efetivo de tratamento e reabilitação dos internos, mas foi constatado que as questões hospitalares não poderiam ser combatidas pela humanização ou pela administração, o que resultou na negação total da Psiquiatria. Desta forma, Basaglia formulou um pensamento e uma prática inovadora de modo a superar a instituição manicomial. Este movimento criou, assim como na Psiquiatria de Setor, serviços fora do Manicômio, mas, neste caso, visava à substituição do hospital psiquiátrico, com o intuito de fechar todos os existentes no país. A inclusão social também estava nos aspectos centrais desse movimento tão importante para futuras reformas psiquiátricas, como, por exemplo, a brasileira.

Por fim, a Antipsiquiatria é descrita brevemente por Amarante (2007), juntamente a Psiquiatria Democrática, como movimento de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional. Seus princípios, concepções e aspectos gerais serão explicitados mais detalhadamente a seguir.

Além disso, antes deste aprofundamento na Antipsiquiatria, é importante ressaltar dois outros fatores essenciais para compreender as críticas e mudanças de tratamentos da loucura que possibilitou tais experiências de reformas psiquiátricas.

O período de transição do século XIX ao século XX, ainda marcado pelo Tratamento Moral e o Alienismo Pineliano ao redor do mundo, foi marcado também, como Bosseur descreve, pela origem da Psicanálise, que provocou embates teóricos e mais críticas acerca da psiquiatria com seu foco normatizador em detrimento ao conhecimento do sujeito na loucura. Desta forma, este momento histórico marcado pelos primeiros passos da Psiquiatria foi também época de origem de contracorrentes.

Ainda a este respeito, La Haye (2007) acrescenta que, juntamente às conseqüências das guerras, diferenciados progressos teóricos na psiquiatria, psicanálise e psicologia experimental provocaram mudanças de mentalidade e evoluções culturais. Teóricos passaram a propor nosologias rigorosas da loucura. Surgiram hipóteses de o louco como apartado do real, refugiado no interior de si mesmo. A loucura ganhou uma concepção de ruptura de comunicação. Ao mesmo tempo, o louco passou a ser visto como “não tão louco quanto parece”, pois, muito provavelmente, aquela imagem louca

que projetava lhe servia de proteção. Passou-se, desta forma, a outro foco de tratamento. Não importava mais normatizar e internalizar a moral no louco, mas sim, ir buscá-lo “em seu casulo; dar-lhe a possibilidade de sair de si mesmo.” (p.35)

Outro aspecto importante para se compreender as mudanças na forma de tratamento à loucura, foi a origem dos medicamentos psicotrópicos. La Haye (2007) conta sobre o primeiro medicamento destinado ao tratamento da doença mental:

Depois da guerra e do ‘extermínio suave’, para retomar essa terrível fórmula dando conta das múltiplas mortes dos hospitais psiquiátricos, uma autêntica revolução ocorreu na França e no mundo inteiro. Uma substância, a chlorpromazine, permitiu regular um medicamento, o Largactyl, e ele operou grandes mudanças. No começo dos anos cinquenta, viram-se doentes aparentemente curados. Estavam simplesmente estabilizados, quer dizer, o tratamento acabava com as perturbações observáveis. (p. 33-34)

O autor descreve, assim, que os anos 50 marcados pela multiplicação dos neurolépticos serviram para um tratamento do louco que conseguiu aliviar o incômodo social a seu respeito, pois este deixou de apresentar sintomas importunadores. Desta forma, houve a possibilidade de uma aceitação do louco na comunidade novamente. Em suas palavras, os medicamentos demonstraram eficiência para a demanda social:

Se está angustiado, acalmam-no. Se está deprimido, fornecem-lhe antidepressivos. Se está excitado, imobilizam-no. Se delira, os neurolépticos reabsorvem suas produções primárias e tudo vai bem. Chega-se a um cenário, copiado do modelo da medicina geral, no qual o doente é diagnosticado, tratado e curado. (p. 50-51)

Surgiu, portanto, este recurso que por muito tempo foi confundido com a cura da doença mental, por agir sobre os elementos da loucura aparentes e causadores do receio e incômodo da sociedade.

Essa transformação produziu também uma expansão dos laboratórios farmacêuticos e rivalidades em pesquisas, o que resultou no surgimento de uma grande diversidade de produtos. Devido ao alto número de medicamentos criados, foi possível

a contemplação de diferentes sintomas observados nos pacientes dos hospitais psiquiátricos e instaurou-se uma época de “calma” nos hospitais.

Segundo La Haye (2007), apesar de não trazer o fim da doença, o medicamento foi fundamental para o que ele chamou de Revolução Cultural, em que o louco deixou de ser visto como aquele que habitaria indeterminadamente o hospital, para aquele que poderia retornar à sociedade. Abriu-se, assim, alternativas de tratamento da loucura para além do modelo hospitalar, como ilustrado pelas diferentes propostas reformistas descritas anteriormente.

Mais ainda, a percepção de que o medicamento não curava, mas apenas diminuía os sintomas da doença mental, juntamente às contribuições teóricas da psicanálise e outros campos de estudos da loucura, possibilitaram o desenvolvimento de outras formas de tratamento, como, por exemplo, a psicoterapia.

Sendo assim, o início do século XX foi marcado por muitas mudanças que culminaram para posturas críticas a respeito da psiquiatria, novas formas de perceber o louco e propostas alternativas de tratamento da loucura, como foi o caso da Antipsiquiatria, foco do presente trabalho.

5. Antipsiquiatria

Este movimento teve início na Inglaterra no final dos anos 50 e auge na década de 60, tendo como principais nomes Ronald David Laing (1927-1989), psiquiatra escocês, e David Cooper (1931-1986), psiquiatra sul-africano. Segundo Amarante (2008), inicialmente o movimento implantou nos hospitais ingleses aspectos das experiências advindas da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, mas, pouco tempo depois, seus líderes constataram que estas transformações não estavam sendo produtivas.

Isso porque, Laing e Cooper pensavam o louco como oprimido e violentado tanto nas instituições hospitalares, como na sociedade e na família, o que os levou a elaborar preceitos do movimento mais amplos e não somente direcionado aos manicômios.

A Antipsiquiatria, em linhas gerais, não concebia a doença mental como objeto natural como a Psiquiatria, ou seja, segundo Amarante (2007), para este movimento, a doença não existiria em si, seria, na verdade, uma determinada experiência do sujeito em relação com o ambiente social. Desta forma, o discurso dos loucos denunciaria tramas, conflitos e contradições de sua relação com a família e a sociedade. Com o conceito doença rejeitado, não poderia haver um tratamento no sentido de algo para curar ou na forma clássica dada à idéia de terapêutica. Nega-se, portanto, como o próprio nome demonstra, a existência da Psiquiatria.

Segundo La Haye (2007), este movimento de caráter internacional, foi o primeiro autêntico movimento revolucionário: “Seu pensamento está em ruptura total com tudo o que foi previamente teorizado. Não apenas o hospital psiquiátrico é denunciado. Esse questionamento está inserido na contestação de toda a sociedade. É o sistema capitalista que é criticado.” (p. 46-47)

Para este autor ainda, a Antipsiquiatria assumiu o contrapé da Psiquiatria. A partir deste movimento, houve uma recapitulação histórica da Psiquiatria, mas mais que isso, uma crítica ampla a sociedade industrial e pós-industrial, ao sistema capitalista e seus critérios de competição, concorrência e rentabilidade. Neste contexto econômico,

político e social, toda tentativa de existir diferente era condenada, pois aquele que não se mostrava rentável e benéfico ao sistema via-se rapidamente ejetado da sociedade de consumo. Havia uma ameaça proveniente daquele que fugia às adaptações e adestramentos sociais e este deveria ser banido, excluído, de modo a aliviar o receio, medo e possível conscientização deste sistema.

Para a manutenção desta forma de funcionamento social, a Psiquiatria foi essencial por legitimar uma exclusão daquele que era ameaçador a norma social:

A Psiquiatria desempenha um importante papel. Toda pessoa cujo desvio incomoda ou amedronta é afastada do campo social. Os psiquiatras efetuam um diagnóstico, quer dizer, colam uma etiqueta no perturbador e justificam, assim, sua hospitalização. O saber acumulado desde há mais de dois séculos leva-os a um prognóstico e uma indicação terapêutica. Os medicamentos, que se multiplicaram desde os anos cinquenta, permitem tratar e maltratar o louco, de sorte que ele cesse de mostrar-se importunador. (LA HAYE, 2007, p. 50-51)

O movimento antipsiquiátrico denunciou a transformação de um tratamento com cunho terapêutico em um controle psiquiátrico das populações e recusou o poder da Medicina sobre a Saúde Mental dos cidadãos. Toda pessoa que transgredia a ordem era excluída e deveria ser tratada para retornar ao sistema. Com isso, uma noção foi intencionalmente esquecida: a liberdade. Isso porque, era perigoso e ameaçador ao sistema contestar a ordem social. Toda pessoa que contravinha às regras deveria ser encarcerada, justificando-se por um discurso teórico e político que não deixava chance para o indivíduo frente o sistema.

Segundo Bosseur (1976), a Antipsiquiatria expressiu a crise que a Psiquiatria atravessou em uma época no mundo inteiro. Ao mesmo tempo, seu impacto ultrapassou o campo psiquiátrico e afetou a vida íntima e pessoal, ao nível da família, da educação, da cultura e da sociedade em geral.

O autor explicita ainda que, diante da tentação de uniformização total, Laing exigiu o reconhecimento da subjetividade e a possibilidade de um lugar social aos

loucos diferente do que ocupavam. Sendo assim, foram os antipsiquiatras que deram a palavra aos esquizofrênicos, aos delirantes e a todos aqueles cujo discurso a Psiquiatria se empenhava em invalidar. Em nome dessa minoria que eram os loucos, o movimento reclamou o direito à diferença, o direito à palavra, o direito à existência e recusou a segregação.

Para o movimento, aqueles chamados de doentes e levados ao manicômio, eram, na verdade, as vítimas de uma violência perpetrada contra eles pela sociedade da qual a Psiquiatria era cúmplice.

Neste contexto, o autor compara a Antipsiquiatria à Psicanálise em seu início, pois, para ele, ambas funcionavam como uma contracorrente do recalque de uma sociedade que recusava de um lado a sexualidade e, de outro, a subjetividade. A sociedade padronizada e reprimida produziu estas contracorrentes como sintomas de seu funcionamento.

O que no senso comum se entendia por estado normal, na visão antipsiquiátrica seria estar imerso nos sistemas de fantasmas sociais que se pensavam serem reais partilhando de um grupo, de um nexus, com um comportamento comum a todos também inseridos nesta dinâmica, enquanto o episódio psicótico seria uma crise nesta interexperiência do nexus e no comportamento deste nexus.

Desta forma, a crítica antipsiquiátrica à Psiquiatria dizia respeito a sua função social de consolidar o controle social:

A psiquiatria é, pois, violência, não violência física, corporal, mas psíquica; desdobramento da família, exclui todo aquele que não se conformar às normas. A psiquiatria consolida a ditadura da norma; faz-se responsável pela boa saúde mental do comum dos mortais, assassinando psiquicamente os que se desviam e obrigando-os a reentrar na linha. Neste sentido, a psiquiatria age como uma mistificação, em vez de permitir o aparecimento das verdadeiras contradições. (BOSSEUR, 1976, p. 93)

Para compreender o âmago de suas críticas, é preciso adentrar mais profundamente na ideologia do movimento. A Antipsiquiatria era sustentada por um pensamento específico acerca da loucura e sua relação com a sociedade.

5.1. *Pensamento antipsiquiátrico*

Segundo Cooper (1989), no cerne do problema da época a respeito da Psiquiatria estava a violência, aquela dos ditos sádios contra os “rotulados” de loucos. Por violência, o autor estava se referindo à “ação corrosiva da liberdade de uma pessoa sobre a liberdade da outra.” (p.36)

Ele explicava que, para sua teoria, o desenvolvimento do ser humano poderia ser explicado por meio de um diagrama. Desde o nascimento, a evolução da maioria da população se daria a partir de situações de aprendizado social. Esta mesma maioria estagnaria em um estado do desenvolvimento denominado “normalidade”, enquanto algumas sucumbiriam durante o processo e regrediriam ao que se chamaria de “loucura”. Outras, uma mínima parcela da população, conseguiriam deslizar através do estado de inércia ou parada representado pela normalidade alienada, e progredir até certo ponto do caminho para a sanidade, retendo uma consciência dos critérios de normalidade social de tal forma que poderiam evitar uma invalidação. Desta forma, tem-se para o antipsiquiatra, a normalidade em pólo oposto tanto da loucura como da sanidade.

A grande maioria da população estaria, portanto, na normalidade. Seriam aqueles que aprenderam seu papel social e que projetam futuros independentes para si mesmos, mas convencionalmente aceitos. Sendo assim, os normais seriam aqueles que se definiriam por certa ausência de experiência, pela alienação e adaptação ao aceito, fracassando, por isso, em ganhar admissão à observação psiquiátrica.

Os loucos, principalmente os esquizofrênicos, segundo Cooper (1989), eram vistos na opinião popular como loucos prototípicos, autores de atos malucos gratuitos que se encerrariam em violência aos outros. Diferentemente disto, o autor acreditava que o esquizofrênico era aquele que zombava do sadio, mas que, ao mesmo tempo, concedia terreno para sua própria invalidação.

Haveria, portanto, uma origem social para a loucura: “Numa medida extremamente notável, a ‘doença’ ou a ilogicidade do esquizofrênico tem sua origem na doença da lógica de outras pessoas.” (p.42)

Destrinchando um pouco mais este pensamento antipsiquiátrico, poderiam se pensar a auto-alienação como regra desta sociedade descrita por Cooper e que, por isso, os valores eram também alienados.

Neste mesmo sentido, o papel social seria também alienado, de acordo com estes valores externos ao indivíduo, normatizados e, por isso, antes de tudo ser-para-os-outros, para ser, apenas secundariamente, ser-para-si.

A partir disso, a loucura não seria encontrada em uma pessoa e sim em um sistema de relacionamentos do qual o rotulado doente mental participa. Cooper, se questionando se seria possível definir de alguma forma a esquizofrenia, afirma que apenas se fosse como uma maneira até certo ponto característica de comportamento grupal perturbado.

Neste contexto, Cooper (1989) explicitou a hipótese de que, na família “psicótica”, o membro diagnosticado esquizofrênico seria aquele que estaria tentando, através de seu episódio psicótico, livrar-se de um sistema alienado. Desta forma, em certo sentido, seria este indivíduo o menos doente ou menos alienado do que os ditos normais das famílias

O autor ressalta que este seu pensamento não é original, que, há cerca de uma década antes de suas postulações, alguns psiquiatras também começaram a levar em consideração alguns destes aspectos em suas pesquisas e avaliações psiquiátricas. No que diz respeito à violência a qual o autor se refere, ele afirma que esta foi notada a partir de observações do ambiente familiar dos pacientes. Nestas observações, perceberam que os pacientes ditos esquizofrênicos teriam sido confrontados por exigências contraditórias em sua família repetidas vezes, assim como, em alguns casos, na enfermagem psiquiátrica.

A violência exercida sobre os pacientes psiquiátricos dizia respeito também à “institucionalização” no hospital de doenças mentais. Esta violência evidenciada por Cooper (1989) é destacada por Bosseur (1976) como um dos aspectos para a aproximação feita pelos antipsiquiatras entre os loucos e os explorados de todas as raças. A Antipsiquiatria acusava a sociedade de assassinar fisicamente esses seres humanos, os violentando pelas institucionalizações às quais os submetiam.

O movimento enxergava as internações, prisões, reformatórios, entre outros sistemas sociais de adequação como violência, porque em seu pensamento não existia qualquer diferença fundamental entre o louco e normais, não havendo, assim, argumento para este encarceramento: “Posto em questão o conceito de esquizofrenia, esse derradeiro bastião da sem-razão, a própria noção da saúde é simultaneamente questionada. Doravante, não poderá ser definida em oposição radical à loucura.” (p.35)

Os conceitos de loucura, assim como de normalidade, foram questionados. As duas noções estavam intrinsecamente ligadas em cada ser humano, com a possibilidade de transitar de uma à outra. A partir disso, o sistema psiquiátrico clássico desmoronou aos olhos destes militantes e, juntamente a ele, as noções imutáveis de normalidade e loucura. Isso porque, diferentemente da visão socialmente aceita de uma dicotomia que diferenciava e afastava estas noções, para eles, existia uma continuidade entre elas, uma fronteira permeável.

Este postulado de que não existe ruptura entre normalidade e loucura, traz consequências. A primeira delas, era a de permitir ao louco, ao esquizofrênico, ter seu lugar na cidade como qualquer outro homem inserido socialmente. As ideias médicas preconcebidas são negadas. Outra consequência, muito mais difícil de aceitação social, era a da possibilidade de qualquer um se tornar louco e esquizofrênico. A permeabilidade entre as noções trazia esta concepção de que a passagem da normalidade a loucura era acessível a todos.

Neste sentido, a compreensão de um modo-de-ser esquizofrênico se tornava possível, segundo os antipsiquiatras, pois os “normais” poderiam recorrer às suas

possibilidades psicóticas, sem renunciarem à saúde mental. Como Laing (1967) explica, era preciso reconhecer-se, ser ou vir-a-ser psicótico para compreender um.

5.2. *Metodologia antipsiquiátrica*

Bosseur (1976) afirma que este pensamento inovador acerca da loucura e da normalidade sustentou não apenas críticas à visão da época, como também, buscou transformar condutas médicas e os espaços destinados ao louco na sociedade. Para isso, o movimento propunha uma nova forma de compreensão e estudo do tema:

O projeto antipsiquiátrico excede amplamente o que poderia chamar-se humanização do hospital. Como já disse, Pinel tinha humanizado a condição dos loucos acorrentados; mas nem por isso deixaram de estar fixados ao seu papel de loucos. A melhor boa vontade do mundo nada significa enquanto subsistir a relação tradicional médico-enfermo; com efeito, a atitude clínica pode ser suficiente para aumentar o sofrimento dos doentes. (p. 37)

A Antipsiquiatria nasceu do fracasso da Psiquiatria e até da Psicanálise para explicar a loucura. Os antipsiquiatras criticavam a relação ordinária do médico com o doente vista como uma relação de exterioridade entre o sujeito observador e seu objeto. Esse método de estudo era chamado pelos antipsiquiatras de método analítico ou racionalidade analítica e aplicava-se a objetos e não a pessoas, como no caso da psiquiatria, em que as subjetividades deveriam ser o foco, mas eram perdidas devido a esta conduta.

Neste sentido, a Antipsiquiatria sofreu influência do existencialismo e da fenomenologia e dos seus grandes contribuidores, Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Sartre e Binswanger. Isso porque, se apoiavam na busca por compreender o sujeito em sua totalidade, em sua existência, o que estava ausente no método naturalista das ciências médicas.

O movimento resgatou do existencialismo uma visão de sujeito em que este não existe de uma forma separada do mundo, dos relacionamentos com as pessoas e com as coisas e que, por isso, qualquer tentativa de conhecer alguém separado disto não seria

bem sucedida: “Da mesma forma que a consciência, que não existe em si mas é consciência de, a pessoa tampouco existe em si; ela é um nó de relações.” (BOSSEUR, 1976, p.42)

Sendo assim, para se compreender esta pessoa no mundo, ou seja, o seu “ser-no-mundo”, em suas complexas relações, ocupando seu específico lugar social, os antipsiquiatras recorreram ao raciocínio dialético. Desta maneira, compreendia o observador que buscava compreender o sujeito como parte integrante do fenômeno que estaria estudando. Desta forma, o médico não poderia estar separado do paciente a ser interpretado, pelo contrário, estaria inserido em uma relação na qual as condutas do paciente naquele momento teriam total influência.

A partir disso, uma pessoa não poderia ser compreendida apenas por seu comportamento. Por deixar de se atentar a estes aspectos de sua relação com o mundo, os médicos efetuavam uma coisificação do sujeito. Além disso, outro elemento que impedia a compreensão daquela subjetividade, seria o de não se ter conhecimento de que uma interpretação médica teria total relação com a experiência pessoal daquele observador, que pressuporia certa experiência e explicaria aquele comportamento remetendo a si próprio, perdendo as peculiaridades do outro. A noção de experiência assumiu posição central para a compreensão do pensamento antipsiquiátrico, em que toda interpretação seria a partir da própria experiência daquele que interpreta.

A Antipsiquiatria modificou uma concepção de sujeito focada nas pessoas como entidades, coisas em si, para enfatizar as relações no mundo. Com isso, conseguiu dar a loucura e mais especificamente a esquizofrenia um sentido, pois, ao olhá-la por meio das relações no mundo e não somente o paciente isolado, conseguiu enxergá-la como um sintoma, ou seja, “um pedido de socorro, um grito, uma queixa que a pessoa emite quando a sua situação de ser-no-mundo se tornou insuportável.” (BOSSEUR, 1976, p. 45)

Isso porque, a partir de seus estudos, a Antipsiquiatria compreendeu que a psicose estava relacionada a uma crise numa estrutura familiar, um rompimento extremo com um nexus de relações insustentáveis que aquele que psicotizou não estava mais

suportando e estaria, por meio do surto, buscando desesperadamente meios de sair de todo aquele sistema complicado de fantasmas. Por compreender a loucura como este esforço por alívio e melhora, os antipsiquiatras viram a importância e necessidade de proteção a este ato. Desta forma, o movimento trouxe uma metodologia de cuidado ao louco para ajudá-lo e acompanhá-lo neste processo, ao qual chamaram de “viagem”.

Para a Antipsiquiatria, o momento de início de processo considerado doença, a esquizofrenia, seria, na verdade, o começo da cura, este momento da “viagem”. Ao se permitir que este momento se desenvolvesse tranquilamente, haveria o que eles chamavam de “metanóia”, em que o indivíduo passaria por uma transformação espiritual e se formaria uma nova totalidade de seu ser, englobando novas parcelas desta experiência de modo a evoluir em sua subjetividade. No entanto, conforme viram em muitos casos, este processo não era fácil e necessitava de ajuda para que a pessoa não se perdesse ao longo de suas difíceis etapas. Por este motivo, Laing e Cooper manifestaram desejo de que antigos pacientes e aqueles que estavam em vias de cura ajudassem os que estavam fazendo a “viagem” e passando pela crise. Começa-se a ver, portanto, como a Antipsiquiatria compreendia um tratamento da loucura a partir de um cuidar, de uma proteção e um acompanhamento desta difícil fase. As práticas em relação aos ditos “loucos” eram muito diferentes das propostas pela Psiquiatria tradicional ao tratamento da doença mental.

5.3. *Práticas antipsiquiátricas*

No que diz respeito ao trabalho prático, a Antipsiquiatria teve dois importantes feitos: o Pavilhão 21 e Kingsley Hall. Nestes locais, experiências de fato antipsiquiátricas ocorreram; foi desenvolvida uma inovadora maneira de tratar a loucura.

Segundo La Haye (2007), os antipsiquiatras foram os primeiros a colocar em prática um modelo de tratamento que seria, na verdade, um “viver com”. O hospital psiquiátrico radicalmente criticado foi resolutamente abandonado. Nestes espaços antipsiquiátricos de comunidades terapêuticas os cuidadores, enfermeiros e médicos,

viviam com os antigos pacientes manicomiais, sem discriminação de cargos ou funções, enfatizando a vivência e a subjetividade.

As comunidades eram grandes casas situadas nos subúrbios das cidades rompendo definitivamente com o modelo manicomial. A internação foi substituída pela idéia de convivência, de sociabilidade, de vizinhança e de liberdade, na condição de se voltar a viver a vida a sua maneira, com um acompanhamento que auxiliasse quem tivesse dificuldade nesta retomada:

Substituir o local fechado por uma casa para habitar implica um investimento prodigioso por parte daqueles que acompanham o desviante. As grades são substituídas pela presença. Os medicamentos, na maioria dos casos, foram proscritos, e é a partilha das angústias, dos delírios e das depressões que deve resultar na cura, se é que ela existe. (LA HAYE, 2007, p. 52-53)

Cooper (1989) explicou que havia a necessidade de se criar o que chamou de uma situação antipsiquiátrica àquelas pessoas que haviam sido invalidadas e violadas no ingresso ao hospital. Nestas situações opostas às manicomiais, isso não mais aconteceria e, diferentemente, teriam ali um espaço para se manifestarem da forma louca como quisessem e assim seriam respeitadas e cuidadas.

Desta forma, o autor afirmava que tinha se dedicado a criar unidades destinadas aos esquizofrênicos, com o intuito de desconstruir este rótulo de entidade mórbida. Apesar de concordar que havia um conjunto mais ou menos especificável de padrões de interação pessoal entre aqueles indivíduos, a esquizofrenia não era reduzida a este único indivíduo e seus trejeitos, pois era compreendida pela Antipsiquiatria como algo do relacionamento, algo entre pessoas.

O pavilhão 21 ou vila 21, com início em janeiro de 1962, era um setor de um hospital no noroeste de Londres no qual Cooper trabalhava e era constituída, como Bosseur (1976) descreve, de 19 leitos, com pacientes homens de 15 a 30 anos, sua grande maioria (dois terços) diagnosticados como esquizofrênicos. A unidade descrita pelo líder como um esforço de operar um espaço que satisfizesse três necessidades

percebidas nos hospitais psiquiátricos: problemas organizacionais práticos, necessidade de pesquisa para embasar as condutas de cuidado e a criação de um espaço autônomo, fora do contexto psiquiátrico institucional, que se caracterizasse apenas por uma grande casa em meio à comunidade. Em complemento a isto, Bosseur coloca como objetivos da unidade, construir um lugar geograficamente isolado do hospital, onde as relações entre as pessoas que frequentassem o pavilhão fosse mais flexível e que papéis não fossem definidos de forma rígida.

Além da importância de abandonar o enclausuramento manicomial e condutas médicas tradicionais, Cooper (1989) percebeu o que na equipe cuidadora provocava pioras nos quadros psicóticos e buscou também superá-los em sua unidade. O psiquiatra explicitou, por exemplo, sua percepção de que a alta frequência na mudança da equipe era um desses elementos e, para combater esta inconstância perturbadora, decidiu pela não mudança dos enfermeiros mais próximos dos moradores da vila.

Objetivou ainda em seu projeto que exploraria na atividade diária da equipe, todos os preconceitos, prejuízos e fantasias que os funcionários possuíam acerca dos pacientes e dos colegas. Uma das concepções que foi modificada evidenciando o radical afastamento das condutas hospitalares foi a de que no pavilhão foi retirado todo o campo de expectativa dos funcionários e pacientes de organizar modelos e idéias pré-determinadas sobre funções e maneiras de “tratar os pacientes”. Isto foi desconstruído, não havia função, tratamento determinado, as pessoas apenas viviam e eram acompanhadas pela equipe, algo que, como Bosseur (1976) destaca, apontava a separação da psiquiatria tradicional e até mesmo da Psicoterapia Institucional.

Outra fantasia muito comum era a da necessidade do paciente trabalhar; muitos funcionários tinham em mente que isto seria saudável a todos, que caso não o fizessem, “apodreceriam”. Na vila 21, isto se modificou. Não haviam projetos terapêuticos de oficinas de trabalho, somente alguns grupos, mas sem este intuito. Segundo Bosseur (1976), haviam reuniões comunitárias com a equipe e os pacientes para discussões a respeito do lugar em que viviam, em que todos tinha o direito de opinar. O autor conta ainda que, diferentemente do pré-concebido, no pavilhão 21, antes de compreender o que se passava nos pacientes, a ênfase maior estava em compreender aqueles que lhes

davam assistência, aspecto de semelhança com as postulações da Psicoterapia Institucional.

A unidade durou quatro anos e, segundo Cooper (1989), ao longo deste tempo, conseguiram atingir muitos de seus objetivos: renunciaram ao impulso de dominar os outros e ao poder totalitário médico, instalaram o movimento de autocrítica por parte da equipe como uma de suas condutas cotidianas, entre muitos outros aspectos que evidenciaram êxito na eliminação progressiva de numerosos aspectos destrutivos da vida psiquiátrica institucional.

Desta forma, a partir do pavilhão 21, os antipsiquiatras puderam conhecer os limites das instituições psiquiátricas às transformações institucionais, pois chegaram ao seu limite, resultando no fim da unidade. Estes limites, segundo Bosseur (1976), foram colocados pelo modelo psiquiátrico na tentativa de “cuidar” da instituição, pois, como a história evidencia, esta categoria médica foi ao longo do tempo se defendendo da loucura, o que, para Cooper, fazia parte da irracionalidade institucional originada de perigos fantasmáticos socialmente compartilhados. Mesmo sem saber exatamente o porquê destas defesas, o pavilhão 21 sofreu pressões exteriores e preconceitos na instituição que levaram Cooper abandonar a unidade em 1966.

Apesar de seu fim, Cooper (1989) avaliou a experiência antipsiquiatra como produtiva, pois constatou na prática o que em teoria criticavam sobre o modelo estrito e limitante de um hospital psiquiátrico progressista, como os da época.

A partir desta constatação, o líder da unidade concluiu que, para que semelhante espaço continuasse se desenvolvendo, este deveria ser fora da instituição psiquiátrica, descrita por ele como aquela que foi “impelida, fisicamente, para fora da comunidade, da matriz dos mundos familiares, onde surgem seus verdadeiros problemas e onde jazem as respostas a estes” (Cooper, 1989, p.133).

Com esta primeira tentativa, Cooper (1989) trouxe a ideia de voltar à sociedade, de participar da comunidade e de se trabalhar a loucura nesta relação. Como Bosseur (1976) descreve, o pavilhão inaugurou série de experiências comunitárias de

antipsiquiatria, mas mais que isso, foi responsável pelas criações posteriores, principalmente, Kingsley Hall.

Em 1965, Kingsley Hall foi inaugurada em Londres e, segundo o autor, foi a mais famosa experiência antipsiquiátrica. Ela se iniciou em parceria com a Philadelphia Association que investia em lares como esta como obra de beneficência.

Bosseur (1976) constata que, a partir da experiência do pavilhão 21, os antipsiquiatras puderam aprimorar seu projeto e criar esta unidade com a finalidade de libertar os pacientes das rotulações de doenças mentais, de acolher e dar assistência financeira aos ex-pacientes de manicômios. Além disso, era um local em que a pesquisa sobre a loucura também era feita, assim como, haviam discussões em seminários e conferências de modo a contribuir teoricamente para os projetos antipsiquiátricos.

Em Kingsley Hall viveram 119 pessoas, 75 diagnosticados doentes mentais e 44 livres de rotulação. A descrição de sua rotina se assemelha a comunidades hippies, mais do que terapêuticas. Não parece ter existido qualquer tipo de regulamento interno, não haviam papéis ou funções.

Segundo Bosseur (1976), o progresso realizado em Kingsley Hall foi devido aos antipsiquiatras desdramatizarem a esquizofrenia e desmedicalizarem a psiquiatria. Desta forma, o que estava posto nesta comunidade era a vivência, as relações e a aceitação das diferenças. La Haye (2007) acrescenta que isto não acontecia sem dificuldades, muitas cenas difíceis eram presenciadas na unidade, mas resultavam em benefícios, visto que os sintomas eram vistos como manifestações dos sujeitos e não haviam imposições de uma adequação a um comportamento considerado normal, logo, os indivíduos permaneciam livres.

Uma importante obra “Viagem através da Loucura” (1983) de Mary Barnes, uma paciente da comunidade, ficou famosa; seu relato acerca da vivência em Kingsley Hall se tornou exemplo de que a “viagem” era possível, pois ela descreve suas fases de regressão, morte e ressurreição. Como La Haye (2007) aponta, esta paciente que descreve seu retorno a momentos arcaicos, sua re-vivência, expurgação e reconstrução é prova incontestável do funcionamento da comunidade.

A Antipsiquiatria e suas práticas, segundo o autor, magnificaram o louco. O movimento indicou, aceitou e reforçou a coragem deste indivíduo de ser diferente, de ser o único que não renega seu ser, aceita a si próprio em detrimento a uma normalização social. O pensamento antipsiquiátrico radicalizou em sua concepção da loucura como uma reação a rejeição social, devido ao desprezo por parte do louco às proibições, faltas e suas expressões heterogêneas que tanto provocavam estupor. Deste modo, as práticas antipsiquiátricas foram de encontro a estas peculiaridades, enfatizando-as e dando liberdade para estes indivíduos terem seu espaço e mostrarem-se como eram sem repressão, preconceito ou exclusão.

5.4. *Contribuições da Antipsiquiatria*

A Antipsiquiatria fez parte de uma época de contestação. Muitos países e diferenciados movimentos criticavam a Psiquiatria e traziam diversas propostas de mudança na concepção, cuidado e estudo da loucura. Suas diferenças os levaram para distintos caminhos, alguns com mais êxitos em suas propostas do que outros, mas todos com seu valor e contribuição para a época.

Segundo Bosseur (1976), o termo “Antipsiquiatria” foi criado por Cooper depois de iniciado o movimento, através de seu livro “Psiquiatria e Antipsiquiatria” em 1970, e virou nome do movimento correspondente à equipe da Clínica de Tavistock de Londres, constituída por Laing, Cooper, entre outros, o conjunto de suas pesquisas sobre esquizofrênicos, famílias de doentes e suas experiências comunitárias.

Em comparação à Inglaterra e sua Antipsiquiatria, La Haye (2007) destaca que a Bélgica e a França evoluíram de uma forma um pouco diferente. Partiram do hospital de Saint-Alban, na cidade de Lozère, com a psicoterapia institucional e a socioterapia, mas não obteve uma união e suas críticas foram tantas que não se pôde sistematizar o movimento como na Itália ou até na Antipsiquiatria.

Mesmo assim, Roger Gentis conseguiu implementar experiências semelhantes às antipsiquiátricas no próprio interior da instituição manicomial, dando liberdade e suscitando a criatividade da equipe. Com a concepção dos pacientes como indivíduos demolidos por percursos familiares e sociais difíceis, o cuidado psiquiátrico teria o

objetivo de reconstruí-los em locais onde pudessem regredir, serem maternados, reparados e tratados para depois voltarem à sociedade. Um exemplo das experiências francesas é La Borde, uma clínica afastada de Paris em que pacientes viviam uma diferenciada maneira de tratamento psiquiátrico.

Enquanto isso, segundo o autor, na Itália, Franco Basaglia e Giovanni Jervis criaram um modelo mais sistemático. Com uma corrente contestatória ao redor do mundo de ideologia marxista, o movimento italiano se apoiou na crítica à instituição totalitária e ao repúdio à internação, tendo como maioria de suas práticas o esvaziamento dos hospitais. O movimento italiano durou bastante tempo. Uma parceria com a sociedade foi feita de modo que os hospitais foram esvaziados e a população foi conscientizada da liberdade concedida aos pacientes. A Itália teve seus objetivos alcançados com êxito e se diferenciou da Inglaterra e França, porque informou a população que contribuiu para o sucesso do movimento. Mesmo com suas vantagens sobre outros movimentos, este também encontrou seu limite e teve seu fim.

O ano de 1968 foi determinante para o término da Antipsiquiatria e enfraquecimento da corrente contestatória e revolucionária ao redor do mundo. Este ano paradoxalmente representou evolução e fracasso dos movimentos. Comunidades terapêuticas estavam em funcionamento em muitos países. Na Bélgica e Suíça, representadas por La Gerbe e Le Levant. Na França, com La Borde e Gourgas pertencentes a Guattari, entre muitas outras.

No entanto, a Antipsiquiatria já começava a declinar. Kingsley Hall não existia mais e uma retomada do poder psiquiátrico se instaurava mesmo nas experiências inicialmente antipsiquiátricas:

O movimento antipsiquiátrico estremeceu o manicômio. A partir dos fundamentos teóricos de Erving Goffman, esses autores, militantes tanto quanto escritores, solaparam seriamente a credibilidade da instituição psiquiátrica. Mas eles se dão conta de que são recuperados. Os próprios psiquiatras conservadores adotam suas análises e sustentam um discurso de ruptura. (LA HAYE, 2007, p.57)

Cooper admitiu em seminários nos anos 80 na Universidade de Paris VIII a estudantes de faculdades de Medicina o fracasso de seu movimento, o que determinou o estremecimento da contestação mundial e aos futuros términos das outras tentativas de “reformas psiquiátricas”: “Fracassamos. A antipsiquiatria é um fracasso.” (Cooper apud La Haye, 2007, p.70). Nesta mesma ocasião afirmou que para se ter sucesso nas propostas antipsiquiátricas, ou seja, que o hospital psiquiátrico fosse destruído, seria necessário a construção de um discurso científico que comprovasse esta necessidade. Constatou, assim, a percepção de que ser revolucionário foi ineficaz e que, apesar de não renunciar às ideias da Antipsiquiatria, estas deveriam ter sua forma de apresentação mudadas, pois somente uma tese científica seria ouvida em um sistema reformista, liberal ou social-democrata como da época.

Desta forma, embora a Antipsiquiatria não tendo obtido êxitos como outros movimentos, seus líderes não deixaram seus objetivos e permaneceram engajados em projetos e movimentos de contestação. Em janeiro de 1975, a rede “Alternativa à Psiquiatria” foi criada, por ocasião do Congresso de Bruxelas. Faziam parte dela Cooper, Laing, Basaglia, Jervis, Gentis, Guattari, Mony Elkaim, as comunidades “La Gerbe” e “Le Levant”, o movimento “Marge” e muitos outros participantes anteriormente separados em diferentes movimentos de crítica psiquiátrica ao redor do mundo desde o início dos anos 60. Com a constatação do fracasso na destruição do hospital psiquiátrico, líderes de manifestações diferenciadas decidiram se unir.

Com isso, houve entre os anos de 1975 e 1985 a implementação do Setor Psiquiátrico. A rede propôs uma alternativa aos hospitais, com serviços no interior da comunidade de tratamento à loucura, de modo que a internação enfraquecesse seu poder devido à outras possibilidades de cuidado em meio ao coletivo e ao social. Este foi um grande alcance da reforma psiquiátrica proposta por este novo grupo, reconhecido por muitos trabalhadores da saúde mental. Nestes anos, o número de locais alternativos aos hospitais multiplicou-se na França principalmente. Criou-se uma grande rede articulada por toda a Europa e até internacionalmente. Segundo La Haye (2007), o Setor Psiquiátrico foi um retrocesso da Antipsiquiatria, mas um progresso da Psiquiatria da época, estando no meio do caminho. Apesar do mérito conquistado por permitir aos

pacientes a responsabilização de si mesmo e uma vida fora dos hospitais, a “Alternativa à Psiquiatria” retrocedeu muitos dos objetivos antipsiquiátricos.

Desta forma, o autor possibilita um balanço geral do movimento antipsiquiátrico em que houve um fracasso quanto a exterminação dos manicômios, mas, ao mesmo tempo, possibilitou uma tomada de consciência dos trabalhadores e da população global quanto à loucura. Graças à Antipsiquiatria e a rede “Alternativa à Psiquiatria”, a sociedade mudou a visão quanto aos loucos; deixou-se de pensá-los como aqueles que iam ao manicômio e lá ficavam e passou-se a pensar que eles iam ao manicômio, se curavam e voltavam à sociedade. Contudo, foi só até este ponto de reflexão que os movimentos conseguiram levar a sociedade, não conseguindo promover uma reflexão aprofundada sobre a loucura, a violência provocada pela sociedade sobre os loucos e a aceitação de suas diferenças.

A mudança de estratégia através da rede “Alternativa à Psiquiatria” pelos protagonistas do movimento antipsiquiátrico foi proveniente deste balanço da Antipsiquiatria e a constatação do que foi efetivo e o que fracassou. Buscou-se neste novo momento não mais destruir o hospital, mas contorná-lo, multiplicando os locais de vida da experiência alternativa, os apartamentos e, inclusive, os dispositivos de setor psiquiátrico para tornar inútil o manicômio.

No entanto, La Haye (2007) demonstra que, mais uma vez, houve um fracasso. A rede “Alternativa à Psiquiatria” produziu avanços até os anos 80, quando deixou de existir. Devido a extinção progressiva da “Alternativa à Psiquiatria”, o autor aponta que os serviços alternativos aos manicômios acabaram por serem recapturados por uma ideologia manicomial camuflada e se tornaram mini-manicômios travestidos, simbolizando o triste e completo fim da proposta antipsiquiátrica:

Recusemos os minimanicômios dissimulados por trás da etiqueta de estruturas intermediárias e, sobretudo, recusemos a barreira entre os terapeutas e os pacientes. Reconheçamos ao paciente o direito de ser informado de sua patologia e consultar seu dossiê. (COOPER apud La Haye, 2007, p. 71).

Segundo Bosseur (1976), a Antipsiquiatria foi vítima do que ela própria denunciava a respeito da doença mental: a fragmentação, a invalidação, o não-reconhecimento de sua experiência. O autor complementa ainda que o que decorreu devido à antipsiquiatria não foi fundamentalmente original, mas que o que ela trouxe de inovador e merece grande valor por isso, foi o respeito conferido à crise psicótica que deveria ser orientada e cuidada em todo o seu processo para que o paciente se renovasse e pudesse ocupar uma posição não mais insustentável.

O autor afirma que o movimento buscava revolução. Seus líderes acreditavam que isto só poderia começar por experiências pré-revolucionárias, em escala microsocial para atingir um âmbito macrosocial, em que, futuramente, como Cooper ideologizava, pudessem existir estruturas não formais, como anti-escolas, anti-universidades, espaços em que cada indivíduo pudesse expressar-se e falar de si mesmo sem que a teoria tomasse o poder sobre sua experiência. Os potenciais revolucionários da loucura de negar a padronização e a normalidade deveriam ser enfatizados de modo a contribuir para as transformações sociais.

Bosseur (1976) descreve as idéias antipsiquiátricas como inovadoras e radicais e conta que seu debate travado com a psiquiatria ultrapassou a questão metodológica para atingir o campo ético, em que os psiquiatras eram os “prostitutos da sociedade”, veiculando uma ideologia profundamente clerical. No lugar disso, os antipsiquiatras propunham a aceitação da diferença, da experiência e do acolhimento da loucura.

No entanto, como ele destaca, estes ideais revolucionários não foram atingidos. No entanto, “a algazarra antipsiquiátrica deu-lhes agora larga difusão e, nessa qualidade, permanecerá como um dos principais fenômenos dessa época.” (BOSSEUR, 1976, p.15). Sendo assim, a Antipsiquiatria teve importante contribuição para uma crítica ideológica que produziu movimentação na Psiquiatria, mais ainda, repercutiu, como veremos adiante, em novos momentos de contestação e transformações no tratamento à loucura.

6. O pensamento de Laing

Conforme Friedenberg (1973) conta, Laing nasceu em Glasgow, na Escócia, em 1927 e foi educado em escolas e na Universidade da mesma cidade. Ainda na Universidade de Glasgow, obteve título de Doutor em Medicina no ano de 1951.

Após este período acadêmico, o recém formado foi psiquiatra do Exército britânico até 1953 e, posteriormente, trabalhou no *Royal Mental Hospital* de sua cidade natal em 1955, como também no Departamento de Medicina Psicológica da Universidade em que estudou, em 1956 e na Clínica de Tavistock no período de 1957 a 1961. Mudou-se para Londres e lá foi diretor da Clínica Lagham entre os anos de 1962 e 1965. Realizou pesquisas no Tavistock Institute of Human Relations, de 1961 a 1967. (Laing, 1967)

Por muito tempo, Laing trabalhou por muito tempo em hospitais e, posteriormente, em comunidades terapêuticas, como a famosa Kingsley Hall (1965-1970), descrita anteriormente. Foram através de seu trabalho, tanto em hospitais como nas comunidades que o autor pôde ter embasamento por meio de suas pesquisas para a criação de sua peculiar concepção de loucura, esquizofrenia e normalidade.

Seu primeiro livro, “O Eu Dividido” (1967), baseou-se em suas experiências profissionais até o ano de 1957. Até o momento, Laing ainda não havia formulado a sua principal rejeição à psicose como conceito, apenas estava desconfiado de que essa condição fosse sociogênica.

Sobre esta obra ainda, Bosseur (1976) acrescenta que Laing se definiu como existencialista e fenomenólogo e fez incidir suas críticas sobre o método adotado pelos psiquiatras. Isso porque, nestes moldes, de entrada, o médico, observador, consideraria que a pessoa diante dele seria um doente. Desta forma, seu comportamento seria determinado por essa concepção a priori. Na visão de Laing, isso transformaria em coisa aquele indivíduo que estaria sendo observado clinicamente a procura dos sintomas. Mais ainda, esta forma de enxergar o paciente, perderia o ser-para-si e se converteria em um ser-para-os-outros, mais especificamente, um ser-para-o-médico.

A partir disto, Laing estabeleceu sua crítica à ciência da época por discordar de sua metodologia e acreditar que o modelo psiquiátrico tradicional coisificava os paciente, não os enxergando enquanto os seres humanos:

Laing é categórico: não há lugar para a objetividade numa ciência de pessoas. Diante de uma outra pessoa, estamos sempre pessoalmente implicados – pelo menos na situação que nos coloca frente a frente. Entre dois seres não existe exterioridade absoluta; e ainda existe menos quando se pretende interpretar ou compreender um comportamento. Ao interpretarmos o comportamento de uma outra pessoa, fazemo-lo em função do que somos e sem função da relação que nos vincula a essa pessoa, nesse momento. (BOSSEUR, 1976, p.31)

Em “Sanity, Madness and the Family” publicado pela primeira vez em 1964, Friedenberg (1973) conta que Laing afirmou que psiquiatras, no modelo com o qual baseavam seu trabalho na época, poderiam ser considerados assassinos e prostitutas do mundo. Esta pesada crítica ia de encontro a toda uma forma de enxergar a loucura que estes psiquiatras, líderes da Antipsiquiatria, transmitiram ao mundo por meio deste movimento de contestação.

Como veremos adiante, Laing apresentou uma complexa teoria a respeito dos comportamentos e mecanismos humanos em relação a demandas sociais possíveis ou insustentáveis a certos indivíduos. Toda esta teoria foi proveniente, segundo Friedenberg (1973), de um entusiasmo do autor pela pesquisa psicológica, mas de modo diferenciado dos modelos positivistas da época.

6.1. *Normalidade x Loucura*

Este capítulo pretende trazer à tona as discussões proporcionadas Ronald David Laing a respeito da dicotomia sanidade e loucura de modo a compreender estes conceitos do ponto de vista da sociedade em geral e, especialmente, no seu entendimento.

Para isto, o presente trabalho se baseou essencialmente em três obras de sua autoria produzidas nos anos 60, período em que militava pela Antipsiquiatria, grande

influência em tais produções teóricas: “O Eu Dividido” [1960] (1967), “O Eu e os outros” [1961] (1978) e “A política da experiência” [1967] (1974); foram utilizadas outras obras, mas apenas para complementar ou esclarecer as idéias presentes nos três livros. Sendo assim, estas obras foram escolhidas como as principais para a discussão, pois apresentam uma complementaridade de temas interessantes para a compreensão do que Laing entende por loucura.

No livro “O Eu Dividido” (1967), Laing utiliza apenas a distinção entre sanidade e loucura para a compreensão da esquizofrenia e, posteriormente, discute alguns casos clínicos com este diagnóstico. Diferentemente, “O Eu e os outros” (1978) focaliza as relações sociais, mostrando a importância do outro na formação do ser humano que é compreendido como “ser-no-mundo”. Por último, em “A política da experiência” (1974), o comportamento humano é estudado minuciosamente a partir de seus conceitos sobre a experiência humana, para expor sua crítica a como os processos sociais influenciam o homem.

Destacamos, portanto, que “O Eu Dividido” (1967) focaliza a esquizofrenia e casos singulares e “O Eu e os outros” (1978) mostra um pensamento mais amplo, contemplando a dimensão interpessoal e sua decorrência para o surgimento da loucura. Posteriormente, “A política da experiência” aborda a sanidade como condicionada socialmente e a loucura como uma fuga às amarras do senso comum. Neste trabalho, optamos por uma inversão na elaboração cronológica dos conceitos de Laing apresentados nos livros, o que facilita a clareza da exposição de sua teoria.

6.1.1. Experiência e Comportamento

Laing dedicou-se ao estudo do comportamento humano e, principalmente, às distinções entre comportamentos comuns e comportamentos fora do padrão. Neste sentido, o autor retoma definições do senso comum de normalidade e loucura para desenvolver uma nova visão. Inicialmente, serão apresentados alguns conceitos fundamentais sobre como o autor entende o homem no mundo.

Primeiramente, será apresentada sua definição de *experiência*, conceito central para a compreensão de sua teoria. Laing privilegia a noção de experiência humana

singular, uma vez que o homem está no mundo e, assim, o enxerga somente através de seus olhos, de sua intenção de perceber, experienciar e agir:

Um fato não tem nenhuma importância para mim pessoalmente, a não ser que eu me dê conta dele. O dar-se conta de que a importância é decisiva para que algo tenha qualquer importância é o que faz algo ser importante para mim. É muito fácil dar-se conta de algo que experimentamos pessoalmente que algo que não experimentamos, que talvez não possamos experimentar de maneira alguma. Às vezes não conseguimos sequer dar-nos conta do que não desejamos reconhecer. (LAING, 1988, p. 15 - 16)

A partir disto, o *comportamento*, definido por Laing como o conjunto de ações humanas, é *função* da experiência, ou seja, nesta visão, as atitudes de cada homem dependem da forma como “experienciam” singularmente as coisas ao seu redor.

Laing especifica ainda que o comportamento é situado num sistema interpessoal possível para a sociedade. Desta forma, o comportamento pode ter somente duas formas de existência: ou a ação se dá de acordo com a experiência do próprio indivíduo ou segundo a experiência do outro com o qual se relaciona. Ou seja, tem-se a possibilidade de uma ação pessoal voltada de seu self para o seu próprio self, ou de seu self para o outro.

Deste modo, ele afirma que a determinação das atitudes de um indivíduo frente ao mundo se dá por uma experiência ensimesmada ou exteriorizada, não havendo possibilidade de ser uma relação entre as experiências humanas o que resulta no seu comportamento.

Neste momento, Laing já assinala argumentos teóricos a ponto de desenvolver uma primeira e importante crítica em relação ao papel da sociedade: desde o início da vida, o homem é condicionado a direcionar sua experiência, ou seja, a “experienciar” o mundo de uma forma padronizada, enxergando ao seu redor o que é socialmente considerado relevante e, em função disto, surge o comportamento normalizado.

Mas o que é socialmente relevante para a época específica em que Laing está observando este comportamento normalizado? Para o autor, a sociedade de sua época valorizava o *mundo externo* em detrimento ao *mundo interno*. Nesta concepção, a imposição social sobre as experiências humanas é tanto esta separação dicotômica quanto a valorização de comportamentos que vão de encontro com a experiência alheia (mundo externo).

Ao mesmo tempo, como Laing entende o homem como um *experienciador* do mundo, ele esclarece um aspecto sobre como ocorre esta valorização. A possibilidade de agir a partir da experiência externa (do outro) é, ainda assim, uma forma de experiência singular do indivíduo, pois este enxerga a experiência alheia através de seus olhos e do que tem intenção de perceber do outro, sendo, portanto, uma *experiência-sobre-a-experiência-do-outro*.

Desta forma, Laing ressalta que sempre a experiência tem uma dimensão singular, na medida em que o mundo externo é percebido por meio da experiência de cada um; a experiência alheia é uma dedução do próprio sujeito.

Deste modo, o autor afirma não existir um único mundo, pois cada sujeito o sente diferentemente em sua experiência, o que, de certa maneira, seria uma forma de se viver em mundos diferentes. Sendo assim, por mais que a sociedade tente negar o mundo interno e valorizar a neutralidade do que é compartilhado, a experiência humana implica em singularidade. É por este motivo que o autor utiliza a dimensão social para embasar sua discussão de sanidade e loucura, pois uma sociedade que repudia parte inerente do modo-de-ser do homem no mundo é fator determinante para graves consequências na existência humana.

6.1.2. Fantasia - Modalidade de experiência

A compreensão de experiências humanas e comportamentos considerados desviantes do que se estabelece socialmente como “normal” pressupõe o conhecimento de algumas *modalidades de experiência* como Laing denomina, principalmente, a *fantasia*. Sinteticamente, ela seria, dos modos de experiência, o mais distanciado do que se entende por experiência em circunstâncias tidas como de “normalidade”. Segundo o

autor, a fantasia provém do que se considera *mundo interno*, próprio de cada indivíduo em sua singularidade. Mais interno que a fantasia, existe somente experiências denominadas “patológicas” para no senso comum, com perda do *mundo externo*, como as alucinações, miragens fantasmagóricas e ilusões. Por este motivo, socialmente, o homem está condicionado a se afastar desta modalidade de experiência (fantasia) desde a infância.

Segundo Laing, a forma inicial de uma criança vivenciar o mundo é através da *fantasia infantil*. A criança experiencia o mundo por si mesma, em busca de seus prazeres e interesses, ainda sem a padronização social do que é desejável que se valorize. Desta forma, a fantasia, na maioria das pessoas adultas consideradas sãs, passou por um processo para se tornar “inconsciente”. Desta forma, o comportamento normalizado ignora o caráter funcional desta modalidade de experiência: “A fantasia é um meio especial de nos relacionarmos com o mundo. Faz parte, às vezes essencial, do significado ou sentido (*Le sens*: Merleau-Ponty) implícito na relação.” (Laing, 1974, p. 24)

A normalidade estabelecida pela sociedade, portanto, reprime a fantasia, e dá ênfase a outras modalidades de experiência, como percepção e memória, proveniente do mundo externo. Para Laing, a sociedade de sua época dava importância aos “fatos científicos”, à “neutralidade”, e repudiava por isso o julgamento do homem, sem perceber que tudo no mundo é experiência humana, inexistente sem um *experienciador* vivenciando a partir de seu corpo, de sua mente e de seu *ser-no-mundo*.

No entanto, apesar de rejeitada, a fantasia faz parte e exerce sua função na experiência humana, mesmo sem o conhecimento do homem a seu respeito. Dissociados de sua própria fantasia, há uma incompreensão dos sujeitos acerca das posições tomadas em suas vivências, o que provoca uma falta de relacionamento do homem consigo mesmo e, por consequência, com os outros. O ser humano, repudiando o que é inerente a ele, não se conhece e não pode conhecer o outro, dificultando relacionamentos pela não distinção do que é próprio de si (sua fantasia, sua experiência) e do que é parte do outro.

Começa-se a ver, a partir da teoria de Laing, que a controlada organização social que busca diferenciar questões internas de questões externas, provoca, na verdade, uma

grande confusão de experiencições. A sociedade acaba por dificultar ainda mais uma orientação do que faz parte de um eu próprio e do que é dos outros com os quais este se relaciona, contribuindo para uma perda de sentido para as ações e experiências humanas, o que prejudica o potencial de trocas possíveis de conhecimentos nas relações sociais:

É uma ironia que às vezes o que julgo a mais pública das realidades acaba sendo o que os outros consideram a mais pessoal das minhas fantasias. E o que suponho ser meu mundo interior mais íntimo se transforme no que tenho mais em comum com os outros seres humanos. (LAING, 1978, p. 36)

É de extrema importância ainda diferenciar *fantasia* de outras modalidades de experiência consideradas internas. Laing explicita alguns tipos de experiência que seriam o que ele se refere como *corpo-para-mim*, ou seja, como experiência unicamente do sujeito, privadas e inacessíveis a outros, como é o caso dos sonhos, da imaginação e até da memória.

Diferentemente, a fantasia não se dá somente como experiência puramente própria do sujeito por ter relação direta com as interações externas: cada pessoa sente à sua maneira qualquer acontecimento, seja ele compartilhado no dito *mundo externo* ou não, ou seja, por mais público que seja, a fantasia é a modalidade de experiência que proporciona o significado pessoal em sentido restrito das vivências no mundo.

É por este motivo que esta modalidade de experiência é tão importante para se entender os *perigos* que estas imposições sociais de dissociação de dois mundos trazem à integridade do *eu* de cada um. A fantasia ignorada provoca a confusão de algo interno (a significação do sujeito às suas vivências no mundo) ser considerado parte do externo, fazendo com que uma *ignorância socialmente estabelecida* provoque a crença de que se tenha uma área irrestrita, parte do mundo compartilhado por todos.

6.1.3. Identidade e Complementaridade

Nesta sequência de pensamento, é preciso adentrar no conceito de *identidade* explicitado por Laing. Identidade é aquilo pelo qual a pessoa se sente a mesma em

qualquer lugar e momento, tanto no passado, presente e no futuro. Em outras palavras, seria aquilo pelo qual a pessoa pode se identificar e ser identificada socialmente: *identidade-para-si-mesmo* e *identidade-para-os-outros*.

A partir deste momento, é preciso introduzir também o conceito de *complementaridade* intrinsecamente relacionado ao conceito de identidade. Em um mundo social, em que sempre se está em relação a outrem, todas as identidades exigem um outro, alguém em quem e através de cujo relacionamento, a identidade é efetivada. Desta forma, complementaridade é, segundo o autor, a função das relações pessoais de completar o *self* de um indivíduo.

Em suma, o sentido de identidade exige a existência de um outro pelo qual se é reconhecido, existindo uma conjugação deste *reconhecimento* com o *auto-reconhecimento*. Isto proporciona a compreensão de que se reconhecer como um *eu* está diretamente relacionado com o reconhecimento alheio sobre este *eu*.

O homem é, então, um ser dotado da capacidade de *confirmar* os outros e também necessitado de ser confirmado pelos outros, como uma real relação de trocas de reconhecimentos determinantes para sua própria identidade. No entanto, esta confirmação de alguém por outrem é quase impossível totalmente (Buber apud Laing, 1978). Necessita-se também de auto-confirmação e de confirmação social de maneira mais ampla.

6.1.4. Perigos na formação do Eu Social

A partir dos conceitos explicitados, o autor começa a introduzir as dificuldades de ser homem com tais propriedades e necessidades para se viver em um mundo social enquanto indivíduo coeso e íntegro. Neste contexto, Laing se aproxima das definições de *normalidade* e *loucura*.

O autor traz o grande perigo das identidades atribuídas pelos outros a alguém poderem ser, entre si e em relação à auto-identidade do indivíduo, contraditórias, evidenciando a necessidade de uma pessoa bem estruturada e *segura* para sustentar-se perante a estas possibilidades.

Sendo assim, Laing afirma ser talvez impossível encaixar-se em todas as identidades dadas pelos outros ou repudiá-las, o que pode acarretar em confusão, conflito e mistificação. Esta confusão somada à confusão já mencionada sobre a fantasia inconsciente, tem grandes repercussões nos modos-de-ser de cada um e nas formas de defesa encontradas para dar conta dos conflitos provenientes disto. O sentimento de *vergonha*, por exemplo, pode ser o resultado de a pessoa ver-se condenada a uma identidade complementar à outra que deseja repudiar, mas não consegue.

Existem pessoas que, para evitar estas dificuldades, se tornam uma espécie de caixa de ferramentas com a qual se pode arrumar a imagem de si mesmo, sendo vulneráveis e maleáveis a depender do lugar em que se encontram, se adequando às exigências sociais. Há também aqueles que não encontram saída para sua confusão de identidades senão repudiando todas as identidades biológicas e sociais, decidindo ser quem querem ser. Por outro lado, existem aqueles que aderem ao mesmo tempo a todas as incongruências de expressão simultaneamente. Estas duas últimas seriam as saídas *dementes*, modos *loucos* de escapar ou se encaixar às dissonâncias intoleráveis de identidades.

Outro *perigo* referente à necessidade de complementaridade *eu-outros* para a formação de identidades, é a de não se encontrar este *outro* que confirme um *eu* ou então que o *outro* encontrado não seja *receptivo* e *verdadeiro* quanto às atribuições a este indivíduo. Deste *eu* sentindo-se fracassado na busca por reconhecimento pode resultar uma intensa *frustração*, sensação de *vazio* e *impotência*.

A título de exemplificação, Laing cita a possibilidade de uma *complementaridade falsa*: pai não sinta seu filho como uma benção e não o reconheça enquanto alguém de importância para ele. Este indivíduo sem reconhecimento e confirmação em seu *eu*, tende a se tornar *vazio* fisicamente, não se colocar naquilo que faz ou colocar-se, mas sentir-se *sem sentido*.

O não reconhecimento de outrem produz sensações de insignificância, de não importância e desmotivação, o que evidencia a importância de reciprocidade de reconhecimentos. Caso isto não ocorra, muito provavelmente, defesas a esta insensibilidade do outro serão criados.

A modalidade de experiência da fantasia, neste momento, tem grande importância. Será através da fantasia que este sujeito criará meios de não experimentar tamanho desgosto e não pertencimento. Quanto mais defendida, a fantasia perde sua função de mediação da experiência do mundo externo e distorce as experiências, criando experiências ilusórias.

Laing esclarece que esta modalidade de experiência sem a *materialização* na *realidade* torna-se gradualmente mais vazia e volatilizada. O *eu* cuja relação com a realidade passa a se tornar tênue, torna-se, aos poucos, menos um *eu-realidade* e mais uma fantasia defendida.

Começa-se a compreender a função da loucura como *fuga* de algo *insustentável* para um ser-no-mundo e suas consequências. Para se preservar um *eu interior* não reconhecido pelos outros, o indivíduo é capaz de fantasiar uma *destruição* do mundo externo. No entanto, não é possível viver indefinidamente de maneira considerada *normal*, tentando ser um indivíduo desligado de todos, já que *ser-para-si-mesmo* necessita *ser-para-os-outros*.

Esta sensação de vazio e impotência resultantes deste *desajuste* social de identidade, provocam relações ambíguas no mundo de um indivíduo que passa a sentir que ter qualquer importância para outrem, em qualquer momento, é tida como *vitória*, sensação exacerbada para suprir sua *insegurança*. Ao mesmo tempo, permitir a qualquer outro que se tenha importância ao indivíduo, para ele é tido como grande *derrota*.

A *genuína reciprocidade* em potencial nos humanos, neste caso, começa a se tornar impossível. Estes indivíduos *machucados* e inseguros passam a temer a todos, se afastando cada vez mais das vantagens das relações humanas.

6.1.5. Normalidade – Alienação

Laing menciona Freud no momento em que discutirá o indivíduo dito “normal” na sociedade contemporânea, se utilizando de sua definição de “pessoa comum” como um fragmento atrofiado do que pode ser uma pessoa, já que esta se esquece de sua infância, dificilmente sabe da existência de um mundo interno e, mesmo seu corpo, é

percebido estritamente para sensações e reações corpóreas puramente necessárias para nos colocarmos no mundo externo.

Juntamente a isto, Laing expõe condicionamentos sociais aos quais os homens estão impostos, como a ilusão e direcionamento ao que devem ser os interesses pessoais, restringindo todas as capacidades humanas de pensar, sentir e viver para ser o que a sociedade espera de um sujeito *normalizado*.

Sendo assim, o “normal” é um produto dos *mecanismos de defesa* que destroem a experiência humana, por fazer o sujeito se separar radicalmente de sua *estrutura do ser*.

Laing introduz o conceito de alienação como fundamental para o condicionamento social: “A condição de alienação, o estar adormecido, inconsciente, fora de si, é a condição do homem normal.” (Laing, 1974, p. 21)

Em suma, com esta noção de normalidade padronizada e alienada, diferentes modos-de-ser serão considerados loucos, desvirtuados da normalidade:

A pessoa normalmente alienada, em razão de agir mais ou menos como os demais, é considerada sã. Outras formas de alienação em desacordo com o estado de alienação prevalecente são as intituladas boas ou más pela maioria ‘normal’. (LAING, 1974, p. 21)

Para Laing, os humanos *desperdiçam* suas potencialidades, dentre elas, a *real sanidade*, através de uma “lavagem cerebral” rápida e minuciosa que se inicia desde a infância pela família, para as mentes das crianças não verem através das manipulações escusas da sociedade de sua época: “Estamos efetivamente nos destruindo por meio da violência mascarada de amor.” (Laing, 1974, p. 45)

O genuíno sentimento fortalecedor dos vínculos eu-outro facilita a destruição mútua das potencialidades humanas para um compartilhamento de uma vida superficial e ilusória adaptada ao social. Em uma sociedade em que *realidade* seria radicalmente definida como *alucinações socialmente partilhadas*, a concepção de normalidade seria uma *loucura em conluio*.

Desta forma, o *comum* seria as pessoas se encontrarem em uma posição sustentável nestes sistemas de fantasia socialmente compartilhados de um *nexo*, ou seja, dos grupos aos quais pertence na sociedade (família, trabalho, etc) e a isto se chamaria ter identidade.

Neste momento, Laing concebe o indivíduo normal como, na verdade, adaptado a um mundo que enlouqueceu. A normalidade repousa, portanto para o autor, na capacidade de adaptar-se ao mundo interpessoal das coletividades humanas que dá uma ilusória segurança:

Os outros instalaram-se em nosso coração e nós lhe damos o nosso próprio nome. Cada um, não sendo ele próprio nem para si mesmo, nem para o outro, assim como o outro não é ele mesmo para si ou para nós, ao ser outro para outro nem reconhece a si mesmo, nem ao outro, nem ao outro em si mesmo. Daí que sendo pelo menos uma dupla presença, perseguido pelo fantasma de seu próprio self assassinado, não surpreende que o homem moderno seja viciado em outras pessoas, e quanto mais viciado, menos satisfeito e mais solitário. (LAING, 1974, p. 56)

Aqueles que fogem à regra e obtêm qualquer percepção, por mais mínima que seja, daquele mundo interno desconhecido pela maioria, serão um risco para a manutenção do coletivo. Como forma de evitar linhas de fuga da ilusão estabelecida socialmente, a população se torna intolerante ao desviante, punindo, excluindo e até negando das mais variadas formas as experiências humanas que se diferem da normalidade.

6.1.6. A Família e os nexos sociais

A partir destas discussões, evidencia-se que o homem, desde seu nascimento, está imerso em redes sociais e interações humanas, não podendo existir isoladamente. Desta forma, Laing ressalta ser importante, para se entender comportamentos e experiências humanas, investigar o contexto no qual cada indivíduo está interagindo socialmente. Para o embasamento deste específico aspecto, excepcionalmente, a obra

utilizada como principal será “A política da família” (1983) por focar os nexos sociais e, principalmente, familiares.

As crianças aprendem com os outros, principalmente com seus pais, a serem alguém em meio ao social, aprendem o que é certo e errado, o que deve ser feito para se ser aceito como eu civilizado ou não. Desta forma, a família tem importante função no condicionamento social. O nexo familiar seria uma “rede protetora” desta normalidade socialmente instaurada.

Unidos pela recíproca interiorização do grupo, os membros de uma família se fortalecem entre si e auxiliam a formação de cada eu seguro e firme para enfrentar as outras relações no mundo. Com padrões de relacionamento interiorizados, os indivíduos podem estar mais conscientes de uma imagem da família, do que da própria família e, mais ainda, podem projetá-la em outras relações.

Sendo assim, para se entender padrões de relacionamento e interação, é interessante o estudo da família dos indivíduos para perceber se há relação, que muito provavelmente haverá, entre a imagem deste traço de união familiar com a forma como enxergam o mundo e se comportam nele.

Pensando a respeito do não reconhecimento de um eu na sociedade e estabelecendo uma relação com a noção de família como reciprocamente partilhada e confirmada por seus membros, é possível que, como defesa ao colapso eminente de desintegração e de vazio, a preservação da família torne-se obrigatória para a preservação daquele ego não aceito em outros grupos. O indivíduo poderá se ater ao relacionamento com o nexo familiar, fugindo da sociedade, dando um caráter enrijecido e não transitório da família como padrão de relacionamento. Desta forma, Laing aborda o contexto familiar como importante aspecto a ser percebido em pacientes psicóticos:

Em pessoas muito perturbadas é fácil encontrar um fenômeno que se pode classificar como estruturas ilusórias, ainda susceptíveis de serem reconhecidas com situações familiares. A reprojeção da família não é apenas uma questão de projetar um objeto ‘interno’, numa pessoa ‘externa’; é a superimposição de um conjunto de relações sobre outro, podendo os dois conjuntos apresentarem maiores ou menores características afins. Só quando

diferem flagrantemente aos olhos dos observadores externos é que estas operações são consideradas psicóticas, o que equivale dizer que este tipo de operação é, em si, considerado psicótico. (LAING, 1983, p. 21)

Em uma família, os pais simplificam o mundo para o filho, a medida que sua capacidade adquire sentido e complexidade cada vez maior. No entanto, para isso, é importante o ajuste desta criança ao padrão estabelecido de entendimento daquela família, caso contrário, ela terá o desafio de sozinha ser capaz de desenvolver sua própria visão e por ela ser capaz de viver ou então ficar louca.

É dos primeiros vínculos de afeição, principalmente com a mãe, que a criança desenvolve os primórdios de uma existência-por-si, sendo de extrema importância o reconhecimento daquele ser em constituição para que a mediação mundo-criança se faça já desde o início com coerência àquele sujeito. Segundo o autor, existem várias formas de ser uma mãe que impedem, mais do que facilitam, qualquer tendência inata *geneticamente determinada* que possa haver na criança de atingir os primeiros estágios de *segurança ontológica*. Não somente a mãe, como toda a família pode dificultar a capacidade da criança em participar como eu-com-outros do mundo real compartilhado. (Laing, 1967)

6.1.7. Saídas loucas – fuga da normalidade social

O homem inconsciente do mundo interno desconhece sua existência maior parte do tempo. Se, por algum motivo, o tecido consistente do mundo externo falha e a aparente realidade estoura, há a perda do Ego que sustentava a alienação e, por isso, a possibilidade de contato com o interno, que causa surpresa, terror e incompreensão.

É possível que quem saia do estado de alienação e se relacione com este mundo nunca experienciado anteriormente se sinta completamente perdido e não consiga tirar proveito de tudo que esta percepção tenha a oferecer. Há quem não retorne desta *viagem* e se perca neste mundo. No entanto, aqueles que vencem este desafio, desfrutam do contato com seu mundo interno e são capazes de retornar à interação do mundo externo com qualidades excepcionais.

Esta penetração no mundo eterno só é possível por meio de uma *desalienação*, ou seja, uma tomada de consciência que possibilita a passagem da posição de pacientes para agentes de si próprios.

A *experiência psicótica*, neste contexto, é aquela que ultrapassou os horizontes da normalidade e rompeu com o mundo partilhado socialmente:

Quando a pessoa enlouquece, ocorre uma profunda transposição de sua posição em relação a todos os domínios do ser. Seu centro de experiência desloca-se do ego para o self. O tempo mundano torna-se uma simples anedota, só importa o que é eterno. Contudo, o louco está confuso. Mistura ego com self, interior com exterior, natural com sobrenatural. (LAING, 1974, p. 100)

Na normalidade, uma relação entre mundo externo e interno que poderia ser vivenciada com naturalidade e complementaridade benéfica aos indivíduos é radicalmente dissociada. A partir disto, vive-se em um mundo falso, em uma ilusão compartilhada. No entanto, caso isto se rompa, a interação benéfica entre interno e externo ainda não poderá ser alcançada facilmente, o interno poderá então prevalecer e uma nova perda e outro colapso estará em risco.

A *experiência transcendental* de penetração no mundo interno provavelmente é sentida, segundo Laing, como uma profunda viagem, através e para além da experiência de toda a humanidade. É encantadora, mas perigosa, já que aquele que é capaz de fazê-la esteve por muito tempo inconsciente desta possibilidade e desconhece todo seu conteúdo. Existem os que embarcam na viagem e passam pelas ocasiões de maiores confusões, terrores e desafios a serem vencidos, podendo *se perder* por falha parcial ou por *naufrágio total*. Por fim, há também, apesar de muito dificilmente, aqueles que após *atravessar o espelho* se reconhecem naquele mundo até então dissociado de si e que aproveitam da viagem sem medo.

Segundo o autor, é para este espaço e tempo interno, totalmente diferente do usual, que, por exemplo, uma pessoa classificada como *catatônica* muitas vezes se dirige. Pode estar fugindo da falsa realidade da qual se desalienou ou pode estar, de fato, perdida naquele outro mundo.

Deste modo, constata-se a loucura como possibilidade de abertura, de potencial libertação e renovação, como também de colapso total, uma nova escravização e morte existencial. Faz-se então a distinção importante entre ser *louco* e ser *doente*.

O autor afirma serem várias as maneiras de *perder-se*, ou seja, de se afastar da totalidade interior-exterior, como é o caso da *psicose* e da *normalidade*, ambos sendo afastamentos radicais do mundo externo ou do mundo interno, respectivamente:

A loucura que encontramos nos ‘pacientes’ é um grosseiro travesti, uma grotesca caricatura daquilo que poderia ser a cura natural daquela integração alienada a que chamamos sanidade. A verdadeira sanidade acarreta de um modo ou de outro, a dissolução do ego normal, daquele falso self competentemente ajustado à nossa alienada realidade social: o aparecimento dos mediadores arquetipais ‘interiores’ do poder divino, e, por intermédio desta morte, o renascimento e eventual restabelecimento de uma nova espécie de funcionamento do ego, sendo este agora servo do divino e não mais do seu traidor. (LAING, 1974, p. 108)

6.1.8. A loucura e a Psicose

O enfrentamento de situações de contradição e de não-reconhecimento social pode ocorrer de diversas formas, algumas mais e outras menos desajustadas da normalidade, a depender da existência de uma *segurança ontológica* que fora sendo desenvolvida ao longo da vida do sujeito em suas relações consigo mesmo, com o mundo e com os outros.

A escolha pelo desenvolvimento de um eu totalmente contraditório a seu *eu* sentido como verdadeiro, somente como resposta ao que os outros diziam que o *eu* era, acarreta no que Laing chama de *falso eu*. Agir de acordo com o conceito que os outros fazem de nós em lugar de traduzir em ação o conceito próprio daquilo que se deseja ser é comum em uma sociedade alienada como a descrita. No entanto, isto não pode tomar conta de todo o *eu* do sujeito, devido a seu caráter perturbador e enlouquecedor.

A esta altura, Laing adentra mais propriamente em sua concepção de loucura e, mais propriamente, de psicose. Por isso, é preciso explicitar o que o autor considera como fatores para o enlouquecimento. Por enlouquecimento entende-se as saídas loucas do condicionamento normativo e por psicose, a chegada na perda total de contato com o mundo compartilhado, resultantes do colapso dessa defesa para o insustentável.

A) *Insegurança Ontológica*

Há quem se sinta precariamente distinto dos demais enquanto possuidor de um *eu* próprio, de modo que sua *autonomia* e sua *identidade* estão sempre em dúvida. Alguém inseguro ontologicamente pode não sentir-se predominantemente consistente e coeso, faltando-lhe possivelmente até um sentimento de continuidade temporal e existência substancial.

São estes os casos que mais se aproximam de uma possibilidade de existência psicótica como veremos mais adiante, pois, faltando-lhes inúmeros atributos que reforcem sua identidade e *eu* próprio frente ao mundo social, pode existir o perigoso sentimento de um *eu* parcialmente dissociado de seu corpo.

Enquanto alguém seguro neste *sentido experimental primário* terá relações sociais potencialmente confrontadoras, um indivíduo inseguro viverá constantemente preocupado em se preservar, não buscando confronto em prol de trocas e buscas de prazeres nas interações com outros. Independente dos motivos e contextos que não permitiram certo alguém alcançar essa base de vida, resultando em um *baixo limiar de segurança*, a cruel consequência será a de uma constante sensação de *ameaça* na interação social.

No que diz respeito à loucura e, principalmente, ao funcionamento de algumas psicoses, dentre elas, a esquizofrenia, este conceito da teoria de Laing tem muito a contribuir. Isso porque, quando se compreende a possibilidade de uma pessoa não ter como certas a autenticidade, a autonomia e a identidade de si e dos outros, a própria noção de uma existência e de vida para seu *eu* e *corpo* não são certezas. Desta forma, pensando nos possíveis meios de este alguém, *desesperadamente*, tentar sair destas

angústias e perigos de não se sentir vivo, retoma-se a concepção de *saídas loucas* e fuga de uma situação *insustentável*.

A partir dos estudos de Laing acerca de casos clínicos foram constatadas três diferentes formas encontradas de *angústias* que estas pessoas têm a possibilidade de se defrontar uma vez inseguras e sentindo-se existencialmente ameaçadas que facilitam o entendimento de suas experiências e comportamentos: engolfamento, implosão e petrificação.

No *engolfamento*, o indivíduo temeria as relações com qualquer um (ser humano ou coisa), até consigo mesmo, devido à tamanha incerteza acerca da estabilidade de sua identidade, qualquer relação poderia fazê-lo perder esta precária noção de si mesmo.

A *implosão* seria a forma mais extrema de atrito com o mundo. Um indivíduo angustiado desta forma, adquire ambiguidade em suas relações. Ao mesmo tempo que se sente vazio, em que o vazio seria ele próprio, enquanto alguém sem identidade e vida, e anseie por preenchimento deste vazio, teme que isto aconteça, pois sente que tudo que pode ser é aquele próprio vazio.

Por último, a *petrificação* ou *despersonalização* seria o sentir-se vivo em algo morto, como uma pedra; seria ser alguém despossuído de autonomia nas ações pessoais, ser uma coisa, sem subjetividade. O indivíduo se sentiria transformado em pedra, negado de autonomia, ignorado em seus sentimentos, despersonalizado e morto em vida.

Sendo assim, os indivíduos contornam seus medos mais temidos para que estes não ocorram realmente. São capazes, para isso, de se privarem de identidade e autonomia como meio de salvaguardá-las, podem se fingirem doentes e até simularem a morte de modo a preservar suas precárias vidas existenciais. Podem se transformar em pedra, em catatônicos, como meio de não serem transformados por outrem. Desta forma, tem-se a partir destas angustias e os contraditórios meios encontrados para se esquivar delas o complexo processo que uma experiência de vida pode se tornar *psicótica*.

B) Desmaterialização

Todos os homens estão indissoluvelmente ligados a um corpo. No entanto, esta ligação pode ser sentida com muita intensidade ou não. No caso dos indivíduos inseguros ontologicamente, haverá uma desmaterialização de maior ou menor proporção a depender de cada situação. Há uma cisão entre corpo e eu para fugir da interação social considerada ameaçadora.

No entanto, dissociar-se como meio de viver com a insegurança ou transcendê-la, acarreta de uma forma ou de outra nas ansiedades das quais se busca fugir, já que não existe alguém capaz de ser mente dissociada de corpo ou o contrário, sendo este o ponto de partida para uma evolução que poderia terminar em psicose.

Sendo assim, pessoas mais ou menos desmaterializadas passam a vida sentindo-se separadas/destacadas/divorciadas de seu corpo em vez de absorvidas e encarnadas nele. Sentem o corpo mais como objeto como outros do mundo externo do que como *núcleo* do seu ser. O corpo, para estas pessoas, seria o centro de um *falso eu*, pois o verdadeiro estaria separado, desmaterializado e interior.

Embora Laing se utilize desta noção de materialização ou não para a compreensão mais aprofundada de uma psicose, ele ressalta que não seria a desmaterialização condição diretamente ligada a uma psicose.

C) Despersonificação

As pessoas normais também têm espécies de *falsos eus* para se adaptarem às identidades atribuídas a elas, no entanto, o que as diferenciariam de sujeitos ditos *psicóticos* seria a intensidade de dissociação destes *eus* com aquele eu sentido como mais próprio e verdadeiro. Na psicose, a dissociação é tanta estes *falsos eus* teriam uma aparente vida própria, divorciados do eu mental isolado sentido como o real. O falso eu vai cada vez mais assumindo cada vez mais as características alheias e o eu verdadeiro se isolando no mundo interno. A essa tendência psicótica, Laing dá o nome de *personificação*.

Nesta situação, haveria quase que uma assimilação total daqueles atributos de outrem. Esta personificação seria um meio de se fugir da angústia de ser petrificado ou despersonalizado pelos outros socialmente padronizados, em que o indivíduo sentindo-se ameaçado personificaria em seu falso eu uma concordância com o desejo do outro.

6.2. A Esquizofrenia

Há um específico *enlouquecimento* que levará ao que Laing pôde ter contato enquanto um diagnóstico de esquizofrenia.

Na maioria dos casos, esta passagem ocorre quando um *eu* inseguro, a fim de desenvolver sua identidade e autonomia precárias e de se proteger das ameaças exteriores, apartou-se de uma relação direta com o outro, tentando se transformar em seu próprio objeto, ou seja, relacionar-se apenas consigo mesmo. Como consequência inevitável desta dissociação com uma *totalidade do ser* interno-externo, o eu se perde em suas singularidades e aspectos pessoais, se isolando e dificultando cada vez mais uma manutenção da realidade externa.

Esta é a *ironia trágica* da psicose, em que potencialmente tinha-se a abertura a desalienação, mas com os perigos e armadilhas o sujeito se perde em um afastamento da realidade que *empobrece* da mesma forma o *eu*, e os sentimentos desesperadores dos quais tentou fugir, se intensificam ainda mais.

É importante ressaltar que esta é a descrição peculiar da passagem de uma existência esquizoide para a *esquizofrênica*.

Como já mencionado anteriormente, todos os indivíduos encontram formas de lidarem com o problema de serem ou não fiéis às suas “naturezas verdadeiras” ou de se adequarem às imposições sociais, muitos também através do *sistema de falso eu*, o que não necessariamente quer dizer que se tornarão psicóticos.

No caso em questão, há um contexto de desespero por não se adequar e desfrutar das potencialidades do relacionamento de *dar* e *receber* reconhecimento, em que o indivíduo entra no que o autor denomina por *círculo vicioso*. Quanto mais o outro não pode receber reconhecimento, mais ele precisa disto e mais tem que se defender destruindo o outro em sua fantasia. Quanto mais destrói, mais vazio se torna. Quanto mais vazio, mais se torna invejoso e destruidor. Sendo assim, este ciclo evidencia que, em uma tentativa desesperada de se preservar a autonomia destruindo a do outro, este eu se sentirá obrigado a continuar fazendo isso, mas cada destruição do status ontológico do outro diminuirá sua própria segurança ontológica.

Apesar de não concordar com o termo “esquizofrenia”, Laing discute o que seria um modo-de-ser-no-mundo que sofreria a *institucionalização* desta atribuição (Laing, 1983). O diagnostico seria uma *etiqueta* fixada nestas pessoas quando não houvesse congruência ao padrão normal de *existir-no-mundo*.

Mas, na verdade, para Laing, a *existência esquizofrênica* é uma fuga, de certo modo, bem-sucedida, de uma *adaptação* a um tipo valorizado de *Ego* socialmente estabelecido.

Laing firma a importância de se estudar o indivíduo em seu contexto, principalmente, nos grupos mais íntimos dos quais faz parte. Isso porque, podem existir grupos sociais, principalmente a família, *esquizofrenogênicos*: “Alguns âmbitos do ser humano talvez exijam mais que outros confirmação. Certas formas de negação podem ser mais destrutivas para a auto-evolução que outras, e são chamadas esquizofrenogênicas.” (Laing, 1978, p. 98)

A partir do momento que exigências sociais de um padrão de se comportar adquirem caráter ameaçador, em que qualquer gesto está suscetível a pressões *contraditórias* e *paradoxais* por coerções internas e externas, este indivíduo se vê em uma desconfortante posição que não consegue mais agüentar.

Esta posição insustentável adquirida por uma *desalienação* da ilusão socialmente compartilhada leva o indivíduo a um “mergulho” nas profundezas de seu eu interior e a *viagem* para os lados obscuros do homem.

Para melhor compreender este processo, se faz necessário uma melhor compreensão da formação de uma personalidade *esquizóide*, alguém que consegue se sustentar na normalidade, mas estando sempre a uma passo da psicotização na esquizofrenia. O esquizóide tem um *sistema de falso eu* que serve de defesa através de uma *máscara*, uma *amalgama de vários eus* daquele sujeito em que nenhum se desenvolveu o suficiente para adquirir uma *personalidade global* própria.

Desta forma, o *sistema de falso eu* é um conjunto de inúmeros fragmentos parcialmente desenvolvidos do que poderia ter se constituído enquanto uma

personalidade. Um eu esquizóide é, com maior ou menor intensidade, *desmaterializado*, o que faz este perfil ser um grande esquizofrênico em potencial a depender dos caminhos percorridos ao longo da vida.

Na transição do esquizóide para a esquizofrenia ocorre uma *inversão*: enquanto o indivíduo ainda não se sentia predominantemente fora da vida que no mundo externo existia e a desprezava em comparação com a riqueza de seu mundo interno; na psicose, o sujeito aspira penetrar na vida externa de novo para conseguir se sentir novamente vivo dentro de si, mesmo que precariamente como antes se sentia.

Na psicose, transformações daquele perfil esquizóide vão além e se tornam cada vez mais complexas. Com um eu fora de toda a experiência e atividade, tudo está fora dele mesmo e o nada é a única existência dentro de si. Ao transformar-se em um vácuo, aspirando a participação no mundo, ainda tem sentimentos ambíguos. Ao mesmo tempo em que deseja ser preenchido como sua maior aspiração, maior se torna o temor de sucumbir a esta fraqueza.

No *estado esquizofrênico*, o mundo é sentido como em ruínas, o eu está aparentemente morto. A identidade do eu é novamente exposta ao perigo que tanto se temia. Por ser impossível se escapar da relação imediata com o outro, relaciona-se com a fantasia disto, perdendo cada vez mais a conexão com a realidade, misturando elementos imaginários com a experientiação real.

Apesar de Laing se ater à condição esquizóide que leva a psicose denominada esquizofrenia, ele afirma existirem possibilidades de se adquirir vida e capacidade criadora em outras formas que não a da normalidade, sendo possível permanecer *normal* também nestas condições. O que diferencia uma posição esquizóide que termina em psicose de outra que permanece sustentada, mesmo que de uma forma não totalmente ajustada à normalidade padrão, seria a intensificação das defesas radicais e o perder-se em si mesmo. Este isolamento total seria o responsável pela desintegração e enlouquecimento.

Em suma, o *selo final do auto-enclausuramento* seria culpa do próprio indivíduo que se protegendo de uma ameaça externa de destruição, acaba por destruir-se

a si mesmo, tornando sua posição ainda mais desesperadora e penosa do que a que tinha antes.

A esquizofrenia é, em si, inteiramente *ambígua*. Sentimentos contraditórios, medos, anseios contrastantes e significados com duplo sentido constituem toda a experiência esquizofrênica desde o seu início. Percebe-se também como esta existência é penosa ao indivíduo cindido entre eu e corpo e cada vez mais empobrecido e vazio. O sujeito nesta condição anseia desesperadamente que alguém o auxilie a se curar, mas ambigualmente, se defende disto. A ambigüidade seria o *dilema principal* de toda esta existência.

A partir destas noções, entende-se o porquê de Laing dizer que ser esquizofrênico é ser, em sua constituição, desespero e falta de esperança, pois aprisionado em sua própria defesa. O autor especifica ainda que para um mundo ser tão ameaçador que justifique intenso isolamento, o esquizofrênico deve se sentir como *feito de vidro*, como se fosse de tal transparência e fragilidade que um olhar direto o fragmentaria em pedaços e seria capaz de atravessá-lo. Este seria o sentimento constante de alguém com tamanha *insegurança ontológica* que não pode, assim, se assumir e deixar que os outros o vejam e o conheçam.

Ao adentrar na questão do tratamento da esquizofrenia, Laing constata que, quando se parte de uma sociedade que não compreende aquela existência em suas peculiaridades, este se torna aquém de uma ajuda efetiva para o sofrimento destes sujeitos. O autor salienta a importância de um estudo da esquizofrenia no contexto de vida do paciente para se ter o real entendimento daquele conjunto de comportamentos tidos como anormais:

O que vemos às vezes em algumas das pessoas a quem chamamos e que ‘tratamos’ como esquizofrênicas são as expressões comportamentais de um drama experimental. Mas vemos o drama de forma distorcida, e que os nossos esforços terapêuticos tendem a distorcer ainda mais. O resultado dessa infeliz dialética é uma *‘forme frustré’* de um processo potencialmente natural, que não permitimos que aconteça. (LAING, 1974, p. 92)

Um discurso esquizofrênico deve ser concebido como um sujeito buscando ser compreendido, é preciso entender que existe alguém que tenta se pronunciar. Para se compreender a fala esquizofrênica é necessário deixar de procurar causas orgânicas a estas desordens discursivas e sim compreendê-las em termos de um sistema de comunicação em seu contexto de vida.

A concepção de esquizofrenia de Laing complementa toda uma teoria de normalidade que critica uma sociedade alienada e coloca o louco como potencial de desalienação. No entanto, apesar de se ater muito mais a este aspecto social e de cunho contestatório, o pensamento de Laing também manifesta um olhar para o indivíduo em sofrimento na psicose e escuta o seu delírio como detentor de sentido quando visto em sua realidade de vida.

7. Reforma Psiquiátrica no Brasil

Esse capítulo tem como objetivo abordar a Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir de uma breve contextualização do processo histórico de mudança que ela proporcionou no país.

Desta forma, com uma noção do movimento e seus ideais, tentaremos elencar possíveis relações destes elementos da Reforma Psiquiátrica Brasileira com a compreensão desenvolvida até então do pensamento de Laing e da Antipsiquiatria.

7.1. *A trajetória do movimento brasileiro*

Segundo o Ministério da Saúde (2005), o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi contemporâneo a eclosão do “movimento sanitário”, no fim dos anos 70. Ambos os movimentos tiveram como protagonistas os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde que reivindicavam mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde.

Apesar disso, cada um dos movimentos teve uma história própria de luta e de conquistas. No que diz respeito à história do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esta fez parte de um contexto internacional de lutas pela superação da violência asilar. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos acarretaram em um processo de Reforma que superou uma sanção de novas leis ou mudanças nas políticas governamentais apenas. Este processo foi considerado político e social e de grande complexidade, que uniu forças de diferentes origens e incidiu em diversos territórios, tanto nos governos federal, estadual e municipal, como em universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nos usuários da rede pública de saúde, seus familiares e, mais ainda, no imaginário social e na opinião pública.

O Ministério da Saúde (2005) a compreende ainda como “um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” que não acabou, pois “é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o

processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.” (p. 6)

Segundo Amarante (1995), este processo só se iniciou devido à uma específica mobilização dos trabalhadores em Saúde Mental. Além disso, tal movimentação social só foi possível a partir do processo de redemocratização que o país passou. Neste contexto político de transição entre fim da ditadura militar e redemocratização, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), protagonista na formulação de teorias que embasaram a luta dos profissionais da área pela a criação de novas práticas. O movimento assumiu como foco central de suas ações o conceito de “desinstitucionalização”, com grande influência das experiências italianas em Gorizia e Trieste.

O autor constata ainda que a reforma psiquiátrica no Brasil teve como estopim o episódio nomeado como “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério Público encarregado das políticas de Saúde Mental. Em 1978, trabalhadores de quatro hospitais do Rio de Janeiro, unidades da DINSAM, começaram uma greve que terminou com demissões; seu motivo: denúncias de trabalhadores daquelas unidades a respeito das condições desumanas que tais hospitais se encontravam, compostas por acusações de violência, ausência de recursos, precariedade da condição de trabalho, utilização da psiquiatria como instrumento de controle social, entre outras.

O MTSM organizou encontros unindo trabalhadores da área, associações de classe, entidades e setores mais amplos da sociedade. Não sem dificuldades e críticas, esse movimento se manteve denunciando o modelo da época e lutando por uma nova identidade profissional.

Como Amarante (1995) ressalta, um dos encontros protagonizados pelo MTSM de grande importância para o processo da Reforma foi o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, SP), em 1987. Neste Congresso criou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

O Ministério da Saúde (2005) ressalta que, ainda em 1987, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, importante acontecimento para a Reforma. No ano de 1989, iniciou-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) na “Casa de Saúde Anchieta”, hospital psiquiátrico acusado de maus-tratos e mortes de pacientes. Este processo trouxe repercussão nacional e evidenciou a necessidade de outro modelo de atenção psiquiátrica. Em consequência a isto, foram implantados em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimentos 24 horas, residências para egressos do hospital, associações e cooperativas, constituindo uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Neste mesmo ano, deu-se entrada no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propunha a regulamentação dos direitos dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Este Projeto marcou “o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo” (Ministério da Saúde, 2005, p. 7). Foi somente no ano de 2011, após anos de tramitação no Congresso, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada. No entanto, sua aprovação foi de uma lei substitutiva, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dando ênfase aos direitos e proteção das pessoas com transtornos mentais, mas sem instituir mecanismos para a progressiva extinção dos manicômios.

Outros acontecimentos foram considerados importantes, segundo o Ministério da Saúde (2005) nesta trajetória. A Constituição de 1988 criou o SUS – Sistema Único de Saúde – que universalizou os direitos dos cidadãos aos cuidados com a saúde e articulou as gestões federal, estadual e municipal, para o controle deste sistema, o que auxiliou na implantação da rede substitutiva em Saúde Mental. Além disso, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais começaram a conquistar aprovações de leis em diferentes estados do país para a substituição progressiva dos hospitais por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental.

A partir da assinatura do Brasil na Declaração de Caracas e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, na década de 90, o país firmou o compromisso e entraram

em vigor normas federais que regulamentaram a implantação da rede de atenção psicossocial, com CAPS, NAPS, Hospital-dia, entre outros serviços, assim como a fiscalização dos hospitais psiquiátricos. No entanto, a verba pública destinada aos hospitais psiquiátricos ainda continuou sendo extremamente maior do que a destinada aos serviços de base comunitária.

O Ministério da Saúde (2005) considera que, somente a partir da aprovação da lei 10.216, substitutiva a original de Paulo Delgado, muitos dos problemas enfrentados pelos militantes da Reforma na implementação da rede de serviços em Saúde Mental na comunidade começaram a ser enfrentados, pois as diretrizes do movimento se consolidaram e ganharam sustentação.

O Estado criou específicas linhas de financiamento para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, construiu mecanismos efetivos de fiscalização e de redução programada de leitos psiquiátricos no país. Criou-se o programa “De Volta para Casa” para aqueles internados em hospitais psiquiátricos por longo tempo, contribuindo para substituição dos manicômios, além da construção de residências terapêuticas àqueles sem famílias. Foram traçadas também políticas públicas para o tratamento psiquiátrico, como projetos de redução de danos abordando a questão “álcool e drogas”. Estes são exemplos de mudanças que caracterizaram transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário, protegida por lei e legitimada por ações do governo em suas três esferas.

Nesta época ainda, ao final do ano de 2001, ocorreu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental que merece destaque por ter formado um consenso em torno das propostas, consolidando a Reforma Psiquiátrica como política de governo. A Conferência atribuiu ao CAPS valor central na mudança do modelo de assistência. Desta forma, segundo o Ministério da Saúde (2005), este período foi determinante para a Reforma Psiquiátrica ser devidamente organizada enquanto uma proposta efetiva de transformação do modelo assistencial psiquiátrico e, neste sentido, “é a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil” (p. 9).

O Ministério da Saúde (2005) aponta o período atual como o que, de fato, consolida a Reforma Psiquiátrica como política oficial do governo federal, já que continua o processo de construção de uma rede substitutiva ao modelo de internação hospitalar e de fiscalização e redução dos leitos psiquiátricos ainda existentes. No ano de 2005, o Ministério afirmou existirem em funcionamento no país 689 Centros de Atenção Psicossocial e, desde o final de 2004, os gastos com os hospitais psiquiátricos representava cerca de 64% do total dos recursos para a saúde mental, redução considerável e atribuída ao movimento ao se pensar que em 1997 este número era de 93%.

7.2. *Ideais da Reforma*

O MTSM, ator principal no processo de transformações no campo da Saúde Mental, foi o responsável também pela criação dos primeiros ideais da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Segundo Amarante (1995), este movimento popular se integrou à “Rede Alternativa à Psiquiatria”, movimento internacional mencionado anteriormente. Criado em 1974, em Bruxelas, era composto por líderes dos movimentos da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Democrática italiana e da Psiquiatria de Setor. De acordo com Franco Basaglia, para participar da “Rede” bastaria identificar-se com seus princípios. Este dado nos fornece informações acerca dos pressupostos que embasaram o MTSM e, mais ainda, as reivindicações da Reforma no Brasil.

Além disso, o autor coloca como aspecto central o conceito de “desinstitucionalização”, influência, segundo ele, do movimento italiano da Psiquiatria Democrática. Conforme o autor descreve, as propostas e ideais do Movimento passaram por mudanças ao longo de seu processo, principalmente por ter sido contemporâneo a reforma sanitária.

Como marco de uma mudança de caminhos traçados pelo movimento, Amarante (1995) coloca um dos encontros organizados pela conferência nacional, em 1986, pois contou com a participação de Franco Rotelli, na época secretário-geral da “Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria” e diretor do Serviço de Saúde Mental de

Trieste. O convidado abordou o tema da exclusão social nas sociedades ocidentais e atentou para suas raízes culturais, mais do que econômicas:

Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? Este papel pedagógico, num sentido negativo, do hospital psiquiátrico é o que nós técnicos devemos por em discussão se não quisermos avaliar com nossas ações uma perversão que é política, científica, mas sobretudo, cultural. (ROTELLI apud Amarante, 1995, p.79)

Amarante (1995) aponta este evento e as contribuições de Rotelli como determinantes para uma mudança no movimento de Reforma que estava sendo construído até então no Brasil, já que a partir desse momento, o movimento assume um caráter radical em suas estratégias para alcançar a “desinstitucionalização” em sua dimensão antimanicomial. Ao mesmo tempo, o autor também atribui a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) como responsável por esta radical mudança, pois marcou o fim da trajetória sanitarista.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu muita influência deste outro movimento neste primeiro momento em que ambos ocorriam contemporaneamente um ao outro, com ideais similares por dizerem respeito a mudanças no cuidado à saúde. Isso fica claro ao resgatarmos as discussões nos encontros do movimento da Reforma Psiquiátrica deste período. Os ideais de mudança do modelo hospitalocêntrico estavam ancorados na visão de saúde em geral da reforma sanitarista.

Em 1985, no I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, Amarante (1995) destaca como pontos importantes retirados do encontro a constatação da predominância de um modelo hospitalocêntrico e de internações e o apontamento para a necessidade de regionalização, hierarquização, integração inter e intra-institucional e da participação da comunidade nas decisões da política e da avaliação, como princípios fundamentais para uma reformulação do modelo. Para isso, o encontro trouxe como estratégias a redução do número de leitos psiquiátricos transformando-os

em recursos extra-hospitalares que comporiam uma rede, com hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionáveis, entre outros serviços.

Em seguida, a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro (1986) discutiu os seguintes temas e chegou nas seguintes constatações acerca de cada um dos assuntos: Tema I – Cidadania, sociedade e qualidade de vida – reconheceram a doença como fruto de um processo de marginalização e exclusão social. A partir desta visão, buscaram contextualizar o trabalho dos profissionais em um sentido de resgate da cidadania desta população. Além disso, trouxeram também a noção da importância da promoção da Saúde Mental da população, oferecendo condições de sobrevivência dignas. A importância das condições de trabalho dos profissionais da saúde também foi destacada. O Tema II – Direitos Humanos: Psiquiatria e Justiça abordou a necessidade de se assegurar o direito ao acesso de todos os recursos disponíveis da rede à todos os cidadãos. Ressaltaram, assim como no outro encontro, a importância da participação da comunidade e dos grupos sociais na elaboração e controle da aplicação dessas normas, dos tratamentos e dos serviços oferecidos. Por último o Tema III - Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária aprofundou uma concepção de saúde como resultante de diversos aspectos da vida do ser humano, como suas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Desta forma, o encontro destacou a necessidade, anteriormente abordada, de inserção da população nos serviços de promoção de saúde em geral. Além disso, mais uma vez ressaltou-se a importância da reversão da tendência hospitalocêntrica por meio de atendimentos alternativos em Saúde Mental, com a redução progressiva dos leitos manicomiais públicos e não credenciamento de leitos privatizados.

O II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (1987) em avaliação dos resultados acerca do que fora pensado no primeiro encontro, foram constatadas evoluções no processo da Reforma. Os leitos manicomiais não expandiram, a articulação interinstitucional no subsetor se fortaleceu e houve expansão da rede ambulatorial e de outros recursos. Apesar dos progressos percebidos em alguns dos estados, o encontro destacou também muitas dificuldades vivenciadas no processo.

Dadas tais percepções, foram formuladas propostas para uma melhoria da situação, como maneiras de expandir a rede pública e os ambulatorios especializados, além da criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a capacitação para que todos os pronto-socorros pudessem atender demandas psiquiátricas.

Em seguida, a I Conferencia Nacional de Saúde Mental (1987) ainda mostra a influência da reforma sanitária, pois apoiou parte de sua discussão no documento criado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), “A Saúde como direito”. Neste escrito, o grupo abordou novamente uma concepção de saúde resultante de diferentes aspectos da vida do ser humano (alimentação, trabalho, lazer, etc) e das formas de organização social de produção e das desigualdades geradas por ela. O documento contextualizou também a saúde como definida a partir da sociedade e de seu momento de desenvolvimento, o que enfatizava a necessidade de ser conquistada como direito pela população em lutas cotidianas. Nesta concepção a ser conquistada, de “saúde como direito”, a Conferência explicitou a importância de o Estado garantir condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde.

Tirou-se do encontro algumas recomendações para a continuidade do movimento, como a orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizassem esforços em conjunto com a sociedade civil, com o intuito não só de redirecionar suas práticas, mas de combater o que entendiam como “psiquiatrização do social”. Desta forma, deveriam se buscar a democratização das instituições e unidades de saúde, enfatizando a noção de universalidade e direito dos recursos para todos. Além disso, ressaltou-se, mais uma vez, a promoção de saúde. Outro aspecto novamente abordado através desta Conferência foi a de se priorizar investimentos extra-hospitalares e multiprofissionais, em oposição à tendência hospitalocêntrica.

Assim, este primeiro momento recuperou concepções de saúde da reforma sanitária como também algumas de suas propostas de universalidade, regionalização dos serviços e promoção de saúde. Com o fim deste movimento, a Reforma não pôde mais unir forças com essa outra luta, mas não desmanchou as correlações outrora

construídas. No entanto, neste segundo momento, como já mencionado anteriormente, a Reforma psiquiátrica assume radicalidade em busca da “desinstitucionalização”.

Este segundo momento da Reforma constata a diferença apontada por Amarante (1995) entre os dois movimentos: a profundidade crítica de suas propostas de discussão, de transformação e estratégias práticas para a mudança. Enquanto a trajetória sanitaria é tida pelo autor como um conjunto de reformas que não trabalharam o âmago das questões, não buscavam desconstruir paradigmas e reconstruir novas formas de atenção à saúde da população; a Reforma Psiquiátrica foi marcada por uma radical trajetória em busca da desinstitucionalização e, mais ainda, da desconstrução do paradigma psiquiátrico para a construção de uma diferente forma de trabalhar em Saúde Mental.

É neste período de radicalização do movimento que no II Congresso Nacional do MTSM em Bauru (1987) surgiu o lema considerado o foco central da luta: “por uma sociedade sem manicômios”. Traçou-se um rumo para a discussão da questão da loucura que fosse além do limite assistencial. Ressaltou-se a necessidade de reflexões mais aprofundadas sobre a loucura, as questões políticas, econômica e sociais a seu respeito. Instaurou-se como princípio da Reforma a necessidade de uma instância crítica para discussão e avaliação dos profissionais, no sentido de sempre se pensarem enquanto profissionais, a quem estariam servindo e de que maneiras. Outro aspecto importante concluído a partir desse encontro foi a necessidade de se levar as discussões da loucura e as questões da Psiquiatria da época à sociedade. Desta forma, cada vez mais a Reforma criaria forças para a mudança por ter ao seu lado a opinião pública.

A partir deste Congresso, é compreensível a constatação do autor de uma reforma que buscou aprofundar uma reflexão crítica acerca da loucura e de suas novas proposta de entendimento e tratamento dela.

7.3. *O Centro de Atenção Psicossocial*

O II Congresso Nacional do MTSM trouxe repercussões determinantes para o surgimento do CAPS, essencial para se compreender os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso porque, o CAPS é o serviço central da rede de atenção ao usuário da

Saúde Mental idealizada pelo movimento. Para compreender sua função, é imprescindível se ter em mente os conceitos de Rede e Território.

O Ministério da Saúde (2005) entende a articulação em rede dos vários serviços substitutivos do manicômio como fundamental para um conjunto vivo e concreto que suporte e acolha a pessoa em sofrimento mental. Uma rede é constituída por mais que os serviços de saúde mental. Ela comporta e se articula entre outras instituições, associações, cooperativas e espaços da comunidade. A articulação da rede no território social para o atendimento a uma pessoa com transtornos mentais dá condições para o alcance da inserção social àquele anteriormente excluído e favorece a busca pela emancipação dessas pessoas.

O projeto original de implantação do CAPS resgatado por Amarante (1995) atribui ao CAPS a função de

Criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (...) se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário. (SES apud Amarante, 1995, p.82)

O Ministério da Saúde (2005), ainda sobre o CAPS, complementa que o serviço tem o objetivo de regular e dar suporte a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na rede pública. A atenção diária do CAPS visa cuidado e acolhimento às pessoas com transtorno mental, englobando diferentes aspectos, não somente um tratamento clínico e medicamentoso, como também a promoção de sua inserção social através de ações intersetoriais e um auxílio na reconstrução de uma vida em sociedade. Desta forma, o CAPS deve ajudar os usuários na preservação e fortalecimento de seus laços sociais em seu território.

Sendo assim, o Ministério da Saúde (2005) tem este serviço como o articulador estratégico de toda uma rede e da política de saúde mental em um determinado território. O CAPS é visto como “núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a sua trajetória de seu tratamento” (p.27).

7.4. *A clínica na Reforma*

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ainda tem muito a avançar. A luta pela “por uma sociedade sem manicômios” trouxe muitas mudanças no campo da saúde mental, a inserção social e a autonomia se tornaram central ao se falar de pessoas com transtornos mentais, em detrimento a uma visão hospitalocêntrica. No entanto, a busca pelos direitos destas pessoas, anteriormente excluídas e discriminadas tem sido predominante e o olhar para o sofrimento na loucura tem se tornado secundário atualmente nos serviços da rede pública.

Conforme Campos (2001) constata, a crítica ao modelo asilar e suas consequências de submissão, isolamento e discriminação negativa se fortaleceram; ao mesmo tempo, a luta antimanicomial produziu focos de cegueira. A influência da Psiquiatria Democrática em que a doença é colocada entre parênteses para enfatizar a ‘invenção da saúde’ e ‘reprodução social do paciente’ tem sido, em muitos casos, distorcida para a abolição da doença e da clínica.

Na busca por desconstruir o tratamento à loucura através da metodologia positivista da medicina que coloca a relação verticalizada médico-paciente na forma de sujeito-objeto, criou-se uma visão tão radicalmente voltada para os aspectos sociais e de cidadania que acabou se perdendo o cuidado clínico com o sofrimento na loucura:

A doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, transformou-se em ideológico. Nesta linha, é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e

minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico. (CAMPOS, 2001, p. 6-7)

Endo (2011) complementa ainda que nos CAPS o foco voltado para atividades criativas e produtivas com temas diversificados produziu uma mudança estética no tratamento, mas não ética que potencialize uma escuta do sujeito em que este fundamentalmente saiba sobre si, sobre sua dor e necessidade. A autora constata também que os termos médicos substituídos pela linguagem de uma equipe multidisciplinar da saúde mental converge para alcances sociais, jurídicos e políticos, em que o paciente é visto como sujeito de direitos. Neste sentido, seu projeto de tratamento nos serviços inclui aspectos da inserção social, resgate da cidadania e a garantia dos direitos estabelecidos por lei para estas pessoas.

Desta forma, a escuta do delírio, o sentido particular de cada produção subjetiva também idealizados na Reforma Psiquiátrica perdem força em meio a uma radicalização do social para firmar a luta antimanicomial. Os ideais de cidadania e de inserção social acabam por despossuir o sujeito da potencialidade de seu discurso; a escuta singular de cada usuário se perde em meio ao coletivo:

Por ter concedido um lugar crucial à imaginação e ao fantasma, o discurso freudiano atribuiu à loucura um saber que seria devidamente reconhecido como condição de possibilidade para a escuta da experiência da loucura, uma vez que é justamente nesse saber que se inscreve o que existe de singular na subjetividade do louco, fonte inesgotável de sua experiência trágica. (BIRMAN, 2001, P. 29)

Além disso, Campos (2001) também ressalta a importância de uma escuta do psicótico em sua forma específica de ser, não os enquadrando na maneira comum de se pensar e viver:

Ao nosso ver, se opera, em algumas abordagens, uma certa “neurotização” do psicótico: nada se sabe, o sujeito tem que demandar, tomar

decisões e advir. Ora, se um psicótico pudesse fazer isso não precisaria de serviços especiais. (...) O que desejamos ressaltar é a necessidade de se ampliar o debate sobre a clínica possível nos serviço público de Saúde Mental. Particularmente sobre uma clínica das psicoses. (p.7)

O que se percebe nos serviços de Atenção Psicossocial, conforme Endo (2011) descreve, é uma tentativa de inserir os usuários em grupos, assembleias, oficinas, entre outras atividades em que ele responda às expectativas de recuperação, estabilização e inserção social preconizadas em um projeto terapêutico, em tese, singular.

Na verdade, a autora critica o que se tem constatado atualmente em alguns serviços, em que ocorre uma pressão pela produtividade e adaptação do usuário a um novo modelo de tratamento, devido à demanda de resolubilidade institucional. No entanto, um roteiro semanal de atividade que o usuário deve fazer não pode ser chamado de projeto terapêutico, pois perde o que se denomina a escuta clínica do sujeito em sua individualidade, já que, a depender do caso, estar imerso em atividades sociais, em um dado momento, não irá resultar nos rápidos resultados de melhora esperados pelo serviço:

A terapêutica é pautada na ação, usuários e trabalhadores ocupados e ativos, onde a inércia e a inatividade são barradas. Nesta atmosfera frenética, não se considera o tempo necessário da clínica, ou seja, o momento para reflexão, a espera das coisas acontecerem, a atitude contemplativa ou de observação, que levaria a um conhecimento, um saber ou uma dúvida sobre o paciente em seu sofrimento. (ENDO, 2011, p.11-12)

Para finalizar, Tenório (2001) salienta que ao anteciparmos prognósticos do que uma atividade ou trabalho resultará em determinados efeitos de “cura”, está-se adequando o psicótico a uma lógica generalizada de ideais de saúde mental e bem estar psicossocial que perde o foco da lógica da psicose e os sentidos singulares de cada loucura. O autor constata uma interpretação errônea de alguns dos preceitos teóricos que

embasaram os ideais da reforma para uma lógica simplista e que contribui para uma perda da identidade clínica do tratamento:

A proposição de que o trabalho do delírio ou atividade criacionista são tentativas de “cura”, costuma ser aplicadas de maneira muito simplista à experiência concreta do tratamento dos psicóticos; costuma servir a que domesticemos a estranheza que a psicose nos provoca, inserindo-a num esquema de fácil compreensibilidade e sobretudo produzindo uma espécie de otimismo reconfortante. (TENÓRIO, 2001, p.127)

Desta forma, é possível constatar a necessidade de se estar o tempo todo repensando o tratamento da psicose, para que os ideais da Reforma Psiquiátrica não caiam numa generalização que perca a potência de se cuidar da loucura, de modo a possibilitar sim a inserção social e a garantia aos direitos dos usuários por muito tempo excluídos e negligenciados pela sociedade, mas que não se perca o olhar singular para cada sujeito em seu sofrimento, discurso e demanda própria. Como Endo (2011) enfatiza a ética do trabalho clínico deve resgatar no paciente o saber de si sobre si mesmo em uma função terapêutica que não se aflige em esperar. Trabalhar na saúde mental é trabalhar no tempo da psicose e, mais ainda, no tempo de cada sujeito.

8. Considerações Finais

O presente trabalho se debruçou até então em contextualizar o pensamento antipsiquiátrico em meio a história da loucura e ao aprofundamento da teoria de Laing, de modo a compreender essa diferente forma de pensar que embasou um dos movimentos de toda uma época de contestação e radicalismo.

Em seguida, um capítulo deste trabalho foi dedicado ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir desta retrospectiva histórica passando pelos momentos principais do movimento, foi possível adquirir alguma noção do que especificamente no Brasil se estava criticando e se buscava mudar, o porquê disso e, principalmente, quais eram as suas propostas de transformação para um novo modelo de entendimento e atenção à Saúde Mental. Além disso, foram colocados aspectos dos ideais da Reforma que ainda não estão claramente compreendidos e firmados na prática dos serviços de Saúde Mental atualmente.

O movimento brasileiro foi consequência de uma época de contestação ao modelo psiquiátrico em todo o mundo, época que contemplou muitos movimentos, dentre eles, o da Antipsiquiatria. Desta forma, muitos dos ideais destes movimentos foram apreendidos, associados e remodelados para o contexto do Brasil por meio daqueles que encabeçaram o movimento no país. Obras acerca da trajetória do movimento nos evidenciam isso e inclusive destacam tais influências.

Desta forma, o que o presente trabalho pretende com suas considerações finais é utilizar toda a compreensão adquirida do movimento antipsiquiátrico e do complexo pensamento de Ronald David Laing, de modo a produzir uma reflexão crítica acerca de suas possíveis relações com o pensamento subjacente às propostas do movimento brasileiro. Mais ainda, é proposta desta etapa final do trabalho, pensar acerca do que a partir deste estudo da Antipsiquiatria ainda pode ser resgatado como ganhos para o contexto atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

8.1. *Entrecruzamento de pensamentos*

A partir da retrospectiva do movimento da Reforma brasileira, muitos elementos vão fazendo ressonância a aspectos anteriormente abordados na contextualização do pensamento antipsiquiátrico e na teoria de Laing. Uma das primeiras relevâncias atribuídas à Antipsiquiatria foi sua radicalidade e rompimento com o paradigma psiquiátrico. De maneiras diferenciadas, tanto o movimento antipsiquiátrico como a Reforma no Brasil desconstruíram o modelo médico de suas respectivas épocas e contribuíram com um novo modelo de se pensar e tratar a loucura; ambos os movimentos usufruíram do radicalismo necessário para que uma movimentação em um modelo psiquiátrico anteriormente estagnado fosse possível. Além disso, tanto a Antipsiquiatria como a Reforma puderam ser definidas como movimentos com profundidade crítica, já que foram além de mudanças de caráter assistencialista, criticaram a sociedade como um todo e transformaram saberes, valores culturais e sociais.

O conceito fundamental da desinstitucionalização da Reforma que deu sentido ao lema “por uma sociedade sem manicômios”, apesar de concebido como proveniente da Psiquiatria Democrática, tem também sua concordância com os ideais antipsiquiátricos. Uma das principais violências aos loucos considerada pelos antipsiquiatras era a “institucionalização” que sofriam tanto em meio à sociedade como também em suas internações.

Desta forma, a partir das primeiras experiências antipsiquiátricas, ainda em hospitais, os líderes do movimento constatarem a importância destas experiências serem desligadas dos manicômios. Deste modo, os líderes antipsiquiátricos trouxeram a ideia de o louco voltar à sociedade e sua participação na comunidade como fundamental para um reestabelecimento de uma vida com sentido. A antipsiquiatria não foi o único movimento que tinha isto como postulação e que tem total relação com a rede substitutiva de tratamento à loucura criada pela Reforma no Brasil, as residências terapêuticas e o programa “De volta para a casa” que, já em seu nome explicita o ideal de resgate dos vínculos e laços sociais perdidos pela internação, tanto com a sociedade, como com sua família.

Além disso, neste mesmo sentido, os dois movimentos buscaram a desconstrução do rótulo do diagnóstico, em que o indivíduo não deveria ser visto através de sua doença, mas de sua singularidade como sujeito.

Neste sentido, ambos os movimentos postularam a importância da re-apropriação do louco de si mesmo, de sua vida e de seu tratamento. Sendo assim, os ideais da Antipsiquiatria e da Reforma convergem também no sentido de uma responsabilização do sujeito sobre si mesmo, sobre seu sofrimento e um resgate de sua autonomia de vida em sociedade.

No pensamento antipsiquiátrico, o louco era visto como oprimido e violentado socialmente, o que tem total relação com a forma de se ver a doença como marginalização e exclusão social que a Reforma traz à tona. A Antipsiquiatria acreditava que a doença mental não existia em si, mas sim era determinada pelo ambiente e as relações sociais. Laing fundamentou este pensamento a partir da concepção de homem como ser-no-mundo, em que ele não existe de uma forma separada, o concebendo como “nó de relações”. Mais ainda, o autor tem como conceito central de sua teoria a experiência, concebida como singular de cada sujeito. Através desta noção, toda a concepção de uma escuta à singularidade e a especificidade da loucura em seu contexto se faz possível.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a doença foi definida como determinada por muitos aspectos da vida da pessoa, principalmente em relação ao seu meio social. Assim como no movimento antipsiquiátrico, a Reforma aborda o sistema capitalista, a desigualdade e exclusão ao se falar em loucura e doença, fazendo pesadas críticas à sociedade. Neste sentido, há muitos pontos de convergência entre os dois pensamentos, pois a concepção de saúde e doença advinda da reforma sanitarista no Brasil era concebida como determinada social e culturalmente. De forma semelhante, os ideais da Antipsiquiatria estavam fundamentados em uma concepção própria de sociedade que condiciona e direciona a experiência humana. A partir disso, a loucura era vista como uma forma de existir diferente que era condenada e excluída por não fazer parte da forma comum de estar no mundo. A Reforma resgata muitos desses aspectos quando também entende loucura como uma forma diferenciada de ser e que, por este motivo, o

tratamento também deveria ir no sentido de garantir a estas pessoas a reinserção social, seus direitos como cidadãos e a aceitação da diferença.

O movimento antipsiquiátrico denunciou a transformação de um tratamento de cunho terapêutico em um controle psiquiátrico das populações e, por este motivo, recusava o poder da medicina na Saúde Mental. A Reforma também denuncia psiquiatria como instrumento de controle social e, mais ainda, a psiquiatrização do social. Através da equipe multidisciplinar, de certa forma, também recusa o poder totalitário da medicina sobre o tratamento.

Desta forma, ambos os movimentos acentuam a noção de uma forma de organização social que prejudica o louco, o segregando e, mais ainda, o desapropriando de seus direitos e, inclusive, de si mesmo. Neste sentido, Laing destacou a importância do reconhecimento pelo outro e um pertencimento social para a constituição do sujeito, o que possibilita um embasamento teórico para a compreensão do porquê o louco se sentiria fragmentado e com sua identidade e autonomia como incertas, já que sempre foi excluído e ignorado socialmente.

Sendo assim, ambos os movimentos desenvolveram um tratamento em sociedade, de modo a produzir a inserção social e a cidadania desses indivíduos, contribuindo terapeuticamente para uma re-apropriação de si mesmo e de uma identidade própria com lugar em meio à sociedade.

A Antipsiquiatria preconizava a liberdade aos loucos, anteriormente violentada por meio de uma sociedade que discriminava quem não fosse “normal”. Laing exigiu, assim, o reconhecimento da subjetividade e a possibilidade de um lugar social diferente a esta população. Laing reclamou o direito à diferença, à existência, à palavra e recusou a segregação. Da mesma forma, a Reforma denunciou a violência sobre esta população e priorizou a garantia de seus direitos em meio à sociedade.

A radicalidade da Antipsiquiatria colaborou para a construção de um pensamento que magnificou o louco, o enxergou como potencialidade e como alguém que zombava dos ditos sadios da época. No entanto, apesar desta visão idealizadora que reforçava a coragem deste sujeito em ser diferente, Laing admitiu que a posição

ocupada pelo louco em meio ao social concedia espaço para sua própria invalidação. Ao se pensar na época da Antipsiquiatria como um período em que, anteriormente a estes movimentos de contestação a loucura não tinha espaço, era discriminada e segregada radicalmente, compreende-se o porquê de uma radicalidade na direção oposta, em que loucura passou a ser vista como reação à rejeição social. Naquele momento, a ruptura total e uma radical forma de se atribuir o louco em meio à sociedade se fez imprescindível para a desconstrução do paradigma da época; somente assim foram possíveis transformações.

Contudo, mesmo os aspectos mais radicais da Antipsiquiatria têm relação com algumas visões presentes atualmente nos serviços de saúde mental no Brasil. Uma concepção atual de que não existe normalidade, que todos têm sua loucura, pode ser compreendida por meio do pensamento antipsiquiátrico. Laing resgatou a noção freudiana de que a pessoa “normal” seria um fragmento atrofiado do que poderia ser uma pessoa. Além disso, responsabilizava condicionamentos sociais por alienarem e impossibilitarem os sujeitos de alcançarem a real sanidade. Desta forma, toda a população, fossem os normais ou os loucos, não seriam de fato sãos. Juntamente a isto, a noção de que, para se compreender um modo-de-ser louco se necessitava recorrer aos lados loucos do médico, também embasa esta atual concepção de normalidade e loucura como presentes em todos os indivíduos, apesar de, para algumas teorias, a psicose só ser possível naqueles que têm uma diferenciada estrutura.

O tratamento na Antipsiquiatria seria, portanto, cuidar, acolher e acompanhar o psicótico em sua viagem, concebida como possível re-apropriação de si mesmo em todas as suas potencialidades. Enfatizavam também a importância da convivência, da sociabilidade, da vizinhança e uma comunidade em que tivesse lugar a subjetividade de cada um. De modo semelhante, algumas concepções teóricas que sustentam modos de tratamento nos serviços de saúde da Reforma, concebem o delírio como detentor de sentido e como sendo uma tentativa da pessoa de entrar em um processo de cura. Além disso, como conceitos principais que fundamentam o tratamento atual tem-se o acolhimento, a proteção, o cuidado e a noção de uma comunidade que aceite a diferença.

As práticas antipsiquiátricas perceberam e modificaram muitos elementos que não davam certo na lógica do tratamento da psiquiatria tradicional, como a alta frequência na mudança da equipe de tratamento que resultava em uma inconstância perturbadora aos pacientes e que, atualmente, pode ser relacionado com um conceito fundamental no cuidado à loucura: o “vínculo” de confiança estabelecido e firmado pela continuidade do tratamento pela mesma equipe aos usuários da rede.

Outro aspecto da prática antipsiquiátrica importante foi o cuidado com a equipe de trabalhadores, enfatizando a reflexão e a instauração de espaços para a autocrítica a respeito de suas condutas enquanto profissionais, semelhante às postulações da Psicoterapia Institucional na França. A Reforma fez uso desta conduta tida como essencial em seus ideais de o trabalhador sempre pensar a serviço de que se está trabalhando, de modo a não cair em novas “institucionalizações” no tratamento à loucura.

Nos modelos de tratamento antipsiquiátrico existiam reuniões comunitárias com a equipe e os pacientes para discussões a respeito do lugar em que viviam, em que todos tinham o direito de opinar, o que, atualmente, nos CAPS e outros equipamentos da rede, são denominadas assembleias. No entanto, na Antipsiquiatria, a presença não era obrigatória de modo a não se institucionalizar nenhum tipo de tratamento. Mais uma vez, a radicalidade é mostrada pelas condutas do movimento, no entanto, muito do que atualmente tem se criticado na prática da Reforma psiquiátrica brasileira vai de encontro a uma rotina instituída ao usuário do serviço que cai em uma generalização de um tratamento que deveria ser singular a cada sujeito. Deste modo, um resgate dos preceitos da Antipsiquiatria pode contribuir para um avanço nestas dificuldades atuais na rede de atenção à saúde mental.

8.2. *A Antipsiquiatria nos dias de hoje*

O movimento antipsiquiátrico trouxe, em sua radicalidade, um pensamento romantizado da loucura, em que esta seria vista como abertura e desalienação. Entende-se esta postura como necessária em uma época que a psiquiatria tradicional predominava e não dava espaço para outras formas de se pensar e tratar a psicose. No

entanto, apesar de seu radicalismo, a Antipsiquiatria trouxe interessantes aspectos para se desconstruir o paradigma psiquiátrico e perceber o louco em seu contexto e, principalmente, em sua singularidade.

No que diz respeito a uma clínica do sujeito que, conforme apresentado, atualmente nos serviços de saúde têm se perdido em meio a também uma forma de radicalidade para a conquista da cidadania e inserção social dos usuários, o movimento tem muito a contribuir.

Desta forma, quando se constata que o olhar ao sofrimento na loucura e, mais ainda, a escuta clínica que potencializa a apropriação do usuário sobre si mesmo, sobre sua dor e necessidade, estão se tornando secundários no tratamento atual, o resgate da Antipsiquiatria é interessante, já que este movimento foi conhecido justamente por ter dado voz aos loucos, ter ouvido o delírio e atribuído sentido ao que estava sendo dito.

Além disso, Laing enfatizou que para se compreender o louco, seu discurso e seu comportamento tido como “anormal”, além de um estudo sobre seu contexto de vida, necessitava-se também de uma mudança da postura do médico. Partindo de uma sociedade que não compreendia o funcionamento da loucura e a tratava nos moldes de uma normalidade padronizada que destruía as diferenças, o tratamento era visto pelo autor como impossibilitador de ajudar estas pessoas, pois não enxergava a psicose em seu diferente funcionamento. Este posicionamento vai de encontro ao que tem se criticado e buscado contornar na prática da Reforma atual: a “neurotização do psicótico”. A Antipsiquiatria enfatizava a necessidade de compreender o sentido próprio do discurso do sujeito psicótico, contextualizado em sua singular vivência. Desta forma, movimento salientava a importância do médico se colocar próximo ao funcionamento da psicose e não buscando enquadrá-lo em sua forma normalizada de enxergar o mundo.

Desta forma, o movimento da Antipsiquiatria possibilitou um espaço para que a loucura se manifestasse e fosse entendida em suas particularidades. O movimento potencializou o discurso psicótico respeitando uma escuta clínica que percebesse seus sentidos no contexto de vida do sujeito. O movimento não atribuía cura à psicose por enxergá-la enquanto um modo-de-ser diferente que não necessitava de mudança, mas

sim de entendimento e aceitação. Por este motivo, o cuidado à psicose estaria na partilha das angustias, dos delírios e das depressões.

Além disso, ainda a respeito do perigo da “neurotização” no tratamento atual aos usuários dos serviços da Saúde Mental, a Antipsiquiatria pode contribuir também com uma importante desconstrução que possibilitou através de suas práticas. No Pavilhão 21 e em Kingsley Hall, o campo de expectativas tanto dos funcionários como dos pacientes a respeito de modelos e ideias de atividades para o tratamento foi radicalmente desmantelado. Não havia projetos terapêuticos com oficinas de trabalho ou atividades pré-estabelecidas como rotina. Existiam alguns grupos de discussão e reflexão que eram abertos e não obrigatórios.

Neste mesmo sentido, a Antipsiquiatria também instaurou a autocrítica na equipe em que estavam sempre os trabalhadores pensando sobre suas propostas de trabalho. Isso porque, esta desconstrução das expectativas de formas pré-determinadas de tratamento não aconteceria sem a reflexão por parte deles do porquê se pretende normalmente traçar um plano de trabalho, a serviço do quê e de quem se está esta organização de tratamento, para se perceber o que se tratava de angustias da própria equipe ou até de demandas institucionais e o que, de fato, era interessante no cuidado de cada paciente.

Deste modo, é importante a percepção daqueles que estão imersos no tratamento da loucura na rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, a serviço do que se têm oficinas e uma rotina imposta aos usuários do serviço e se este planejamento é condizente ao projeto terapêutico singular de cada paciente, de modo a contribuir para seu tratamento e não enquadrá-lo às expectativas da instituição ou até mesmo dos valores sociais.

Assim como se tem percebido nas práticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Antipsiquiatria, em virtude da radicalidade e da importância que deu à garantia do direito ao louco de voltar à sociedade, acabou por deixar de lado este âmbito da escuta clínica e subjetiva de cada louco em sua peculiar forma de ser. Na teoria de Laing a psicose foi enxergada também como sofrimento, mas na prática, esta esfera dos ideais

antipsiquiátricos se perdeu em meio a predominância ideológica dos aspectos sociais e dos direitos à cidadania preconizados pelo movimento. Isso traz uma importante contribuição que o movimento pode ter nos dias de hoje: que não se cometa este mesmo “erro”. Que se garanta sim a cidadania e a inserção social do usuário da saúde mental, mas que a escuta clínica também tenha espaço fundamental em seu tratamento.

Neste mesmo sentido, a Antipsiquiatria fracassou em um aspecto que a Reforma pode cuidar para não repetir este mesmo fim. O movimento inglês não se preocupou em divulgar suas práticas à população como um todo, não tendo apoio da opinião pública sobre as transformações que propunha ao tratamento da loucura. Desta forma, a Antipsiquiatria logo perdeu suas forças e viu seus avanços retrocederem e serem novamente capturados por uma tendência de tratamento de generalização e, muitas vezes, neurotização da psicose.

Desta forma, é importante que estas desconstruções paradigmáticas sejam muito bem transmitidas tanto a população como um todo, como também aos trabalhadores em Saúde Mental. Isso porque, desconstrução não pode ser apenas no concreto, em que se passa de um tratamento em manicômios para serviços na comunidade, mas também na concepção de loucura no pensamento de cada um que trabalha na área. Somente assim a rede substitutiva não se tornará constituída por minimanicômios travestidos, conforme a Antipsiquiatria e a Rede Alternativa à Psiquiatria constataram em suas práticas.

Sendo assim, quando se ressalta a importância da não neurotização do tratamento à psicose, se está cuidando para que não haja também na Reforma Psiquiátrica do Brasil o retrocesso e recapturação da psiquiatria como estratégia de controle social em que o tratamento não visa uma clínica das psicoses, mas sim uma adaptação dessa população às expectativas de um mundo neurótico.

A partir de todas estas relações e reflexões acerca do que a Antipsiquiatria e mais especificamente, Ronald David Laing pôde e ainda pode contribuir com seus ideais e diferenciada forma de compreender a sociedade, a loucura e a psicose; o presente trabalho constata a efetiva importância de seu estudo sempre visando a melhoria do tratamento e cuidado à loucura nos dias de hoje.

Conclui-se ainda que se tenha muito que fazer para que uma mudança real na forma de toda uma população conceber a loucura se faça de modo a impedir que preconceitos, discriminações e distorções influenciem o lugar ocupado pelo louco em meio à sociedade e, mais ainda, que o tratamento a loucura não seja capturado por uma maneira normatizadora de se lidar com esta diferente forma de existir que deve ser respeitada, compreendida e aceita em suas peculiaridades.

9. Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BELL, V. Laing? Anti-psiquiatra mesmo! In: Mind Hacks. Brasil: Blogs Científicos; Blog BioFilosofia, 2009. Disponível em: <www.traca.com.br>. Acesso em: 24 de Março de 2010.
- BIRMAN, J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: Quinet, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 2001.
- BOSSEUR, C. *Introdução à Antipsiquiatria*. Rio de Janeiro: 1976.
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada. In: Saúde em debate, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
- CARDINALLI, Ida E. *Daseinsanalyse e esquizofrenia: um estudo na obra de Medard Boss*. São Paulo: EDUC/Fapesp. 2004.
- COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Ed. Perspectiva. 1989.
- DELACAMPAGNE, C. *De l'Existentialisme à l'Antipsychiatrie*. In: Lês Temps Modernes. Vol. 1 e 2, n° 531 a 533, out. a dez, 1990.
- DELACAMPAGNE, C. A contestação Antipsiquiátrica. In: Mental, junho/vol. 2, número 002. 2004.
- ENDO, T. A ética laboriosa na clínica do SUS. Texto apresentado no laboratório de Psicopatologia Fundamental – PUC-SP. Abril, 2011.

- FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- GABRIEL, G. TEIXEIRA, J. A. C. Ronald D. Laing: A política da psicopatologia. *Aná. Psicológica*, vol.25, no.4, p.661-673, out. 2007.
- LA HAYE, J.L. *A morte do manicômio: história da antipsiquiatria*. São Paulo: 2007.
- LAING, R. D. *A voz da experiência (Experiência, Ciência e Psiquiatria)*. Petrópolis: 1988.
- LAING, R.D. *A política da família (Novas direções)*. Martins Fontes. 1983.
- LAING, R.D. *A política da experiência e a ave-do-paraíso*. Ed. Vozes, 1974.
- LAING, R.D. *O Eu e os outros – o relacionamento interpessoal*. Petrópolis: 1978.
- LAING, R.D. *O Eu dividido*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.
- MARIANO, P.R. A Esquizofrenia na compreensão da Fenomenologia Existencial. In: *Clínica de Psicologia Existencial - Espaço Cuidar*, 2009. Disponível em: www.espacocuidar.com.br. Acesso em: 20 de Abril de 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política da Saúde Mental no Brasil. In: *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005.
- SPOHR, B. SCHNEIDER, D.R. Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre. Goiânia: *Revista da Abordagem Gestáltica*, v.15, n.2, p115-125, dez/2009.
- TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (Org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- VAN DEN BERG, J. H. *O paciente psiquiátrico: esboço da psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Mestre Jou, 2000.