

Reforma Psiquiátrica e Epistemologia

Paulo Amarante

A *dimensão epistemológica* refere-se ao conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. Aqui se incluem a revisão do próprio conceito de ciência como produção de Verdade, ou de neutralidade das ciências, quanto dos conceitos produzidos pelo referencial epistêmico da psiquiatria, tais como o conceito de alienação/doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura, dentre outros. Neste empreendimento epistemológico, dois conceitos têm sido fundamentais para o processo. O primeiro é o de *desinstitucionalização* na tradição basagliana que, superando àquela da experiência norte-americana, passou a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Nesta tradição, a clínica deixaria de ser o *isolamento terapêutico* ou o *tratamento moral* pinelianos, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber.

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

Enfim, se o conceito de doença é colocado em discussão, é desconstruído - assim como muitos outros conceitos produzidos pela psiquiatria - transformam-se as relações entre as pessoas envolvidas; transformam-se os serviços, os dispositivos, os espaços; mudam-se também os conceitos e as práticas jurídicas que eram informadas por aqueles conceitos. O sujeito, não mais visto como alteridade incompreensível possibilita outras formas de conhecimento, que produzem novas práticas. A superação do internamento manicomial transforma as vidas das pessoas, transforma o que seria o “curso natural da doença”, em um ciclo complexo que se retro-alimenta.

No contexto teórico das ciências naturais e do sensitivismo, inspirado tanto em Lineu e Buffon quanto em Locke e Condillac, Philippe Pinel produziu seu *Traité*

médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, no qual nos ofereceu o conceito de *alienação mental* e consolidou a prática sistemática do internamento da loucura. Embora o conceito de alienação não significasse ausência abstrata da Razão, mas somente contradição na Razão, como atentava Hegel, essa contradição impossibilitaria a Razão Absoluta. Portanto, àquele em cuja Razão existisse tal contradição seria um alienado, o que o tornaria incapaz de julgar, de escolher; incapaz mesmo de ser livre e cidadão, pois a Liberdade e a cidadania implicavam no direito e possibilidade à escolha.

Em conseqüência, em uma *dimensão técnico-assistencial*, podemos argüir: qual o modelo assistencial decorrente de um conceito que pressupõe tal contradição na Razão, tal falta de Juízo? Não seria o seqüestro deste *não-mais-sujeito* ou *ainda-não-sujeito*? A resposta seria óbvia: o manicômio, como expressão de um modelo que se calca na tutela, na vigilância panóptica, no tratamento moral, na disciplina, na imposição da ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e interdição. Enquanto alienado (alheio, ausente), ele estaria incapaz até mesmo de decidir pelo seu tratamento, motivo este que justificaria que fosse tomada tal decisão em seu lugar. O tratamento, no caso, deveria ser realizado numa instituição fechada, tanto porque o isolamento favoreceria a observação do “objeto em seu estado puro” - sem as indesejáveis interferências da vida social -, quanto porque o isolamento seria, em si, terapêutico, pois as mesmas interferências que prejudicavam a observação, contribuiriam também para as causas da loucura.

O asilo, este espaço cientificamente ordenado, como insistiam Pinel e Esquirol seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina. Tratado, o alienado perderia esta condição miserável e, somente então poderia ser considerado cidadão, homem livre, pleno de direitos e deveres. Passamos assim à *dimensão jurídico-política* do processo: rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais.

Numa *dimensão cultural* do processo de Reforma Psiquiátrica, poderíamos resumir da seguinte forma: o objetivo maior deste processo não é a transformação do modelo assistencial (que, como vimos, é *um* elemento apenas de *uma* de suas dimensões), mas a transformação do *lugar social* da loucura, da diferença e da divergência.

As representações sociais associam tais comportamentos à incapacidade social; à impossibilidade de estabelecer trocas sociais. Assim, a dimensão *estratégica* diz respeito ao campo *cultural*, ao conjunto de intervenções e estratégias que visam transformar o lugar da loucura no imaginário social. Neste campo existem associações de usuários e familiares, associações de amigos e voluntários, as cooperativas sociais (regulamentadas com uma lei do Congresso Nacional), além de muitas outras formas de trabalhos, atuações com a comunidade, projetos, festas, rádios, vídeos, camisetas, que vêm marcando os últimos tempos deste processo. Um exemplo importante pode ser o da criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Desde o primeiro ano em que foi comemorado, 1988, a data é comemorada em todos os estados, em praticamente todas as capitais, nas principais cidades. Mais ainda, a data já não se comemora mais em apenas um dia, mas em uma semana ou em até um mês.

Umberto Maturana, Ilya Prigogine, Isabelle Stengers, Edgar Morin, Henri Atlan, para citar apenas alguns poucos, são exemplos de autores que, com frequência, nos auxiliam nas reflexões sobre Reforma Psiquiátrica, no desafio presente e fundamental de recolocar a dimensão das relações entre conhecimento e objeto. Daí advém um outro conceito fundamental neste processo tem sido o de *complexidade*. Por exemplo, se adotamos a noção de complexidade para lidar com o conceito de doença, este deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um *processo saúde/enfermidade*.

A noção de complexidade não deve ser confundida com a de complicação; ou seja, complexo não é sinônimo de complicado. Isabelle Stengers (1990, 150) utiliza a noção de complexidade como uma questão que “põe em jogo e explica os riscos que o conceito corre em relação ao observador.” Para a autora, a noção de complexidade aponta para “a necessidade eventual de inventar novos tipos de problematização, que o operador não autorizava” (idem,151). Outro esclarecimento: não existe um paradigma da complexidade, pois esta é tão-somente uma atitude de “nova aliança” entre as ciências naturais e humanas. Do ponto de vista construtivista, a complexidade aponta para a superação do paradigma clássico inaugurado com a dualidade cartesiana da causa-efeito, do conhecer o objeto em sua Verdade, das soluções definitivas - na medida, também, em que o próprio problema é construído a partir da solução -, e traz à luz mais problemas que soluções. A noção de complexidade atende ao desafio de resgatar a singularidade da operação que o conceito oculta, sem que esse

desmascaramento signifique "descobrir" a verdadeira realidade do objeto, mas sim reabrir a possibilidade de sua recomplexificação. Esta operação surge como tentativa de superação do "especialismo" dos saberes e da hegemonia da ciência na apreensão do real. Daí que a complexidade "não é, então, nem nova visão do mundo, nem novo tipo de teoria, mesmo se ela implica novas visões dos saberes e se refere a teorias. A questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava." (idem, 171-172). Finalmente, a noção de complexidade teria como objetivo pôr em cena e problematizar a posição do sujeito que coloca as questões nas ciências. Os mitos da neutralidade, do distanciamento crítico, da autonomia da ciência, são assim colocados em discussão no questionamento das relações entre ciência e poder, na medida em que, a impressão de que as ciências têm uma identidade é, em si mesma, um efeito de poder, assim como é um efeito de poder a aceitação do fato de que as ciências sejam uma construção neutra não associada à história.

Portanto, no bojo mais profundo do processo de Reforma Psiquiátrica existe uma importante e contemporânea discussão, que é sobre as ciências. A psiquiatria foi fundada num contexto epistemológico em que a realidade era um dado natural, capaz de ser apreendido, mensurado, descrito e revelado. Num contexto em que a ciência significava a produção de um saber positivo, neutro e autônomo: a expressão da verdade!

A partir de então a psiquiatria vem contribuindo de forma importante, tanto no aspecto conceitual (com a construção de tantos outros conceitos - degeneração, cretinismo, idiotia), quanto no aspecto de suas práticas (pela invenção do manicômio, do tratamento moral, das terapias de choque), para a consolidação de um imaginário social no qual a diferença seja associada à *anormalidade*.

A estratégia da desinstitucionalização, tal como proposta por Franco Basaglia inscreve-se neste contexto de superação paradigmática, com a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Isto significa que, ao possibilitar um processo de recomplexificação das experiências denominadas loucuras, contribui com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo da teoria das ciências e do conhecimento. Ainda com este propósito se inscreve a discussão iniciada já em Gorizia, ao desenvolver uma crítica e uma ação política sobre o

papel e a função dos técnicos na produção e reprodução das práticas e conceitos tradicionais.

E “A doença e seu duplo” (Basaglia & Basaglia, 1982b) ou em “A maioria desviante” (Basaglia & Basaglia, 1982a) Franco e Franca aprofundam a idéia de *doença entre parênteses* – a redução analógica de Edmund Husserl - que significa a suspensão do conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão. A psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença; para Basaglia a doença é que deveria ser colocada entre parênteses para que pudéssemos ocupar-nos do sujeito em sua experiência.

Colocar a doença entre parênteses não significa a sua negação; a negação de que exista algo que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa a recusa à explicação psiquiátrica; à capacidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno com a simples nomeação abstrata de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria.

Para Rotelli , “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, *a doença*, da existência global e complexa dos utentes e do corpo social. Sobre esta separação *artificial se construiu* um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (*precisamente a instituição*) todos referidos à *doença*.” (Rotelli, 1990, 28). Este tem sido um princípio importante no âmbito da Reforma Psiquiátrica, pois representa uma ruptura fundamental.

O resultado prático da psiquiatria clássica, ao considerar a loucura doença, erro absoluto, distúrbio da razão, perda do juízo, incapacidade civil, irresponsabilidade social e jurídica, foi criar para o louco um lugar de exclusão, um *lugar zero de trocas sociais* (Rotelli, 1990), cuja expressão mais radical é o manicômio.

Como atentei no início, e muito comum ouvir que a Reforma Psiquiátrica não considera a *dimensão clínica*. Ou ainda que, embora a experiência italiana inaugurada por Franco Basaglia, tenha sido muito importante enquanto fato e denúncia política, a mesma “se descuidou da clínica”. Franco Basaglia, ao concluir o seu último livro, pouco antes de falecer, dizia que seu maior desejo seria o de que a história de todo o movimento por ele liderado não fosse contada com base em datas, portarias, atos oficiais , etc., mas sim pelas histórias de pessoas, de muitas pessoas cujas vidas tivessem sido transformadas pelo seu trabalho. Desde já, não parecer ter havido um descuido da clínica. Basaglia preocupava-se concretamente com os sujeitos e não com

suas doenças: esta é uma preocupação rigorosamente clínica, mas como veremos, de uma outra forma de pensar e fazer a clínica.

A primeira questão trazida por Basaglia foi quanto ao próprio conceito e à própria constituição da clínica. Ou seja, o que é e como nasceu a clínica? Ora, a clínica foi também um produto do método de conhecimento empiricista/sensitivista - observar, descrever, comparar, classificar - cujo objetivo seria o de conhecer a doença, fato natural.

A necessidade epistemológica do isolamento (isolar para conhecer), possibilitou que o médico e o alienista tivessem disponíveis para sua observação sistemática e contínua, todas as modalidades de doenças e sintomas, em um só lugar, por todo o tempo do mundo. Esta relação com a doença - e não com os sujeitos - ao lado do leito, no dia a dia da instituição, fundou a clínica. Sabemos que “clínica” vem do grego *klinus* - que significa leito ou cama - e contém o sentido de *inclin*-se, por extensão, *estar ao leito* no dia-a-dia da evolução da doença. Mas este inclinar-se ocorreu no espaço da internação: a clínica nasceu de uma relação com a “doença” enquanto fato objetivo e natural, e da doença enquanto fenômeno institucionalizado, e por isso mesmo, enquanto fenômeno produzido e transformado pela própria institucionalização.

A loucura internada, institucionalizada, passaria a ser moldada pela própria ação da institucionalização: - És um demente precoce! é o que afirmava o alienismo. E, após alguns longos anos de institucionalização, a demência nele se assentava. Em analogia à Stengers tratar-se-ia do fenômeno da *testemunha fidedigna*: o efeito é produzido tanto pela teoria quanto por sua ação prática.

Sabemos ainda que Pinel não foi apenas um dos responsáveis pela fundação da clínica psiquiátrica, mas também da moderna clínica médica, conforme nos demonstraram Michel Foucault em *O nascimento da clínica* (1977), ou Bercherie (1989), para quem Pinel fundou a tradição da clínica como orientação consciente e sistemática.

A clínica tem, pois, esta questão originária, que é a de valorizar a relação do observador com o objeto natural denominado doença. O objetivo seria o de perceber os sintomas mais fundamentais e verdadeiros; captar a essência desta natureza deformada que seria a doença. Por tais motivos é que no cenário da Reforma Psiquiátrica, se a doença é questionada, é colocada entre parênteses, a clínica também deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência.

Neste sentido, atentamos para o fato de que, antes de tudo, “é preciso pensar a diferença não necessariamente inserida em um processo mais ou menos linear de adoecimento. Deslocando a base de nosso pensamento, conduzimo-nos à criação de novas práticas, de novas estratégias de ação. E, nesse sentido, não estaremos apenas inovando, estaremos produzindo descontinuidades, discursivas e não-discursivas”. E ainda: “O referencial clínico, se insiste na representação de doença, mesmo sendo ‘alternativo’ ou de ‘boa vontade’, pode acabar operando um único sentido e um único tempo e excluindo potencialidades de criação de formas instituintes (ou por que não dizer revolucionárias) de relação.” (Carvalho & Amarante, 2000, 50).

Enfim, a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito, não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado, na tomada de responsabilidade – como proposto em Dell’Acqua (1991), e na cidadania enquanto princípio ético. Uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento - e Deleuze (1990) atenta para o fato de que mesmo a psicanálise pode aspirar tais projetos.