

Do Romantismo da Loucura à sua Transinstitucionalização

— Apresentação de um Projecto Comunitário com Esquizofrénicos (*)

JOSÉ ORNELAS (**)

1. BREVE HISTORIAL DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

Na Tese de Michel Foucault sobre a História da Loucura podemos ler a certa altura:

«É no interior dos Asilos que Pinel e os Psiquiatras do Séc. XIX encontraram os loucos — e é lá, não nos podemos esquecer, que os vão deixar, apesar de dizerem que os libertaram».

Esta análise histórica sobre os mecanismos sociais de institucionalização da loucura corresponde à nossa realidade ocidental, até à década em que o autor a elaborou, pois se utilizarmos a mesma metodologia verificamos, desde então, uma transição gradual do louco do Asilo para estruturas existentes na Comunidade.

Esta transição inicia-se a nível oficial nos Estados Unidos com o Act Kennedy sobre Saúde Mental apresentado a 5 de Fevereiro de 1963, no qual podemos ler:

(*) A apresentação desta comunicação foi omitida, por lapso, do seu local próprio: N° 1/2/3, Série VII (1989) de Análise Psicológica, dedicado às Actas dos Colóquios realizados no âmbito das Comemorações dos 25 anos de actividade do ISPA, área Psicologia Clínica. Pelo facto pedimos desculpa ao autor bem como aos nossos leitores (Nota da Redacção).

(**) Professor no ISPA

«Proponho um Programa Nacional de Saúde Mental que inaugura uma abordagem inteiramente nova para cuidar dos doentes mentais e deficientes... Governantes a todos os níveis — Federal, Estatal, Local — as Fundações Particulares e cada cidadão devem todos arcar com as suas responsabilidades nesta área... doravante, a prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes mentais, devem ser consideradas responsabilidades comunitárias e não um problema privado...»

Ao mesmo tempo que é tomada esta decisão surge uma tendência significativa para a romantização da loucura — transformando o louco num contestatário social (D. Cooper), num sobrevivente da patologia familiar (R. D. Laing), num bode expiatório social (M. Foucault), numa consequência das contradições sócio-económicas (F. Basaglia) ou num mito criado pela ideologia psiquiátrica (T. Szasz).

De entre elas a que teve maior repercussão pelas suas iniciativas prático-teóricas é a Escola Fenomenológica Inglesa, que influenciada pelos trabalhos de Gregory Bateson em Palo Alto, inicia uma nova abordagem da Psicose no Adulto ao sugerir a hipótese de que a Esquizofrenia podia ter o seu epicentro nas relações familiares, de que o discurso delirante era uma realidade analisável e de que a incompreensão

do fenômeno esquizóide era relacional, ampliando assim o campo de investigação e de compreensão desta problemática. No entanto, devido à preocupação constante destes técnicos com o primado da problemática epistemológica sobre o papel condicionante da ideologia no processo científico, fizeram uma transferência das teses biológicas para a família e a sociedade sem se preocuparem em testar com critérios rigorosos as suas hipóteses.

Com a abertura dos Centros de Saúde Mental resultantes do Act Kennedy, com a Hipótese sobre a origem da loucura da Escola Inglesa, bem como com os Trabalhos psicossociais de Ev. Golfman e as Críticas institucionais de F. Basaglia, desenvolveu-se um processo conhecido por «Desinstitucionalização Psiquiátrica».

Neste processo reconhecem-se hoje duas vertentes impulsionadoras, as críticas psicossociais aos Asilos e o aumento progressivo da utilização dos psicofármacos, melhor dizendo a generalização e sofisticação das doses medicamentosas.

Exemplo significativo do encontro entre as críticas institucionais e uma perspectiva organicista acontece na conhecida experiência de Trieste, norte de Itália, quando a equipe de Basaglia decide encerrar o Hospital de S. Giovanni, partindo da ideia de que o hospitalismo e a divisão social são os causadores do adoecer mental recorrendo, para isso, a um aumento de psicofármacos.

Impregnar clientes para os pôr fora do Hospital Psiquiátrico não me parece ser um desenvolvimento científico, mas uma tentativa empírica de provar a validade de uma tese sem ter em consideração princípios deontológicos.

Parece-me que a ideia humanista inicial que leva ao processo generalizado de desinstitucionalização nos países ocidentais é desvirtuada com a utilização de métodos aleatórios, por vezes sem serem testados os seus resultados.

2. FROM THE BACK YARDS OF THE HOSPITAL TO THE BACK YARDS OF THE COMMUNITY

Por exemplo com a Lei Kennedy, a desinstitucionalização Psiquiátrica nos Estados Unidos tornou-se numa transferência acelerada de espaço de sobrevivência, povoando as

enfermarias privadas, casa de famílias protegidas, cozinhas económicas, YMCA e outras instituições privadas sem falar no regresso do louco às Praças Públicas. Esta Lei que preconizava a criação dos Centros de Saúde Mental, os quais foram abertos em cada área correspondente a 200.000 habitantes, acabaram por especializar-se no apoio a outro tipo de clientes e não deram respostas pontuais à complexidade psicossociológica que advém dos indivíduos com alta hospitalar.

Em vez de se reconhecer que não se encontraram saídas adequadas para esta problemática, surge a tendência para se justificar a necessidade do regresso ao Asilo.

Em consequência desta ausência de Networks comunitários que dêem respostas clínicas adequadas a esta população específica verificou-se como resultado o fenómeno que é conhecido por «Revolving Door Situation» — ou seja o aumento considerável do índice de readmissões e os estudos alarmantes (realizados em Vancouver - Canadá) que apontam para cerca de 50% de tentativas de suicídio, na sua maioria, sucedidos nos casos com alta sem acompanhamento posterior.

Com a transição generalizada destes clientes do Asilo para mini-instituições na comunidade como actualmente se verifica na experiência de Trieste, com a abertura dos 8 Centros só nesta cidade, e a não existência⁽¹⁾ de outros processos terapêuticos de intervenção, podemos antever que se completa o percurso transinstitucional da loucura.

3. BLAMING THE VICTIMS

A possível razão para a existência deste percurso fechado institucional, assim como para a dificuldade de outras escolas reconhecerem a falibilidade dos seus modelos, nesta área, encontra-se provavelmente na atitude empírica do «Blaming the Victims» que tende a localizar as causas da ineficiência do modelo, no sujeito e não como resultado das limitações epistémicas do mesmo.

⁽¹⁾ Na Acta Escandinava deste ano dedicada à experiência de Trieste, não é feita qualquer referência a outros métodos de intervenção terapêutica para além destes Centros de Saúde.

Podemos encontrar os resultados dessa atitude não só nos institucionalistas que não reconheceram que o seu modelo não desenvolveu um processo de acompanhamento individual eficiente na transição dos clientes do Asilo para a comunidade, acabando por responsabilizá-los pelas incapacidades de responder às intempéries sociais, como na perspectiva analítica clássica que abandona a intervenção nesta área justificando-se com as incapacidades transferenciais dos esquizofrénicos, bem como na Perspectiva Comportamental que tem limitado a casos restritos a aplicação do seu modelo devido às alegadas dificuldades de fixação da aprendizagem dos esquizofrénicos.

O paradigma mais extremo desta atitude foi o dos organicistas que ao constatarem o insucesso da Lobotomia levantaram a hipótese de que esses resultados insatisfatórios advinham de não terem extraído completamente a causa do mal.

É nesta revisão das limitações dos modelos sobre a esquizofrenia que dou conta que este grupo social continua a ser considerado, como Michel Foucault refere no Período do Grande Enclausuramento, um bode expiatório. Enquanto que naquela altura servia para justificar a perseguição da marginalidade, no campo científico foi utilizado para justificar as incapacidades de renovação e adequação dos modelos referidos sobre esta problemática.

Ao fazer esta análise do posicionamento dos modelos, tenho como finalidade que através da compreensão da relação das metodologias utilizadas e dos resultados encontrados, se desbloqueie a investigação ainda por fazer nesta área, pois parece-me que não é a problemática que é impossível de ser compreendida, mas sim que para que isso aconteça será necessário o desenvolvimento de uma metodologia de investigação adequada.

As novas abordagens com Handicaps-sensoriais, por exemplo, vêm dar um significativo contributo na clarificação de que é necessário reanalisar a metodologia para que se obtenham os resultados desejados.

Parece-me indicado fazer comparações pontuais com estes dois grupos sociais, pelas suas similitudes histórico-institucionais e pela coincidência da justificada causa orgânica, que não tem obstado à descoberta de novas

metodologias de intervenção no caso dos deficientes.

Alcoolismo e Toxicomania são também exemplos de áreas igualmente complexas cuja metodologia ao ultrapassar a atitude «Blaming the Victims» permitiu o surgimento de uma intervenção promissora nesta área.

Exemplo significativo desta mudança no trabalho com Handicaps-sensoriais, é o reconhecimento da necessidade de aprendizagem, por parte dos técnicos, da Linguagem Gestual. Por outro lado, continuam a ser limitados os estudos realizados sobre o significado semântico do discurso psicótico sem os quais será difícil a compreensão por parte dos técnicos dessa linguagem.

Uma viragem metodológica idêntica no campo da esquizofrenia inicia-se com a constatação do insucesso da desinstitucionalização e o reconhecimento de que o efeito dos psicofármacos se limitava a ser um facilitador da relação terapêutica.

A prática clínica indica-nos que a problemática esquizofrénica pode ser compreendida e ver diminuídas as suas consequências, se for aplicada uma metodologia qualitativa de análise de dados e, em resultado desta observação, elaborar novos meios de intervenção terapêuticos.

Como o percurso esquizofrénico afecta o sujeito a todos os níveis da sua existência, exige da parte dos técnicos a elaboração de um modelo que considere todos esses momentos e que elucide sobre a atitude destes na relação específica de cada uma dessas etapas. O terapeuta tem de ser formado na compreensão do modelo, de modo a não perder o objectivo terapêutico em cada uma das etapas específicas que vai percorrer e, se algo não resultar, reconsiderar até à exaustão o empirismo dos pressupostos que aplicou. Actualmente, já não é problema teórico a detecção dos momentos de intervenção em resultado dos estudos realizados no âmbito da Psiquiatria Social. A complexidade, devido à ausência de investigação, consiste no modelo de intervenção terapêutico que será aplicado em cada momento dessas etapas:

- Que pessoas devem compor uma equipa;
- Como formar os técnicos na relação terapêutica;

- Que relação terapêutica
 - Como deve ser estruturada
 - Especificidades da relação terapêutica com esquizofrênicos;
- Características específicas da psicoterapia de grupo;
- Como realizar o acompanhamento individual;
- Como utilizar a ludoterapia
 - Movimento corporal
 - Terapia pela arte;
- Intervenção familiar
 - Que modelo terapêutico;
- Residência comunitária
 - Que modelo terapêutico;

Na análise qualitativa de dados e na metodologia de investigação parece-nos indicada a utilização do texto de Robert Bogdan & Steve J. Taylor que sintetiza os estudos realizados nesta área, assim como os modelos de entrevistas etnográficas sugeridos por Spadley.

A necessidade de investigação nesta área, leva à realização de um projecto de intervenção comunitária com Esquizofrênicos, na Freguesia dos Olivais. Do trabalho desenvolvido realçamos as metodologias utilizadas pela equipa na Psicoterapia de Grupo, no Acompanhamento Individual, na Intervenção Familiar e na elaboração de um modelo de Residência Comunitária.

Parece-nos ser essencial que a equipa seja composta por elementos familiarizados com a aplicação do modelo de intervenção ao contrário da ideia da equipa multidisciplinar.

No sentido da formação dos técnicos damos particular relevo aos estudos de inspiração humanista em particular:

- Os trabalhos de Fromm, Sullivan, Rogers e outros;
- Os estudos de Gregory Bateson sobre Psicoterapia de Grupos com Esquizofrênicos;
- As metodologias experimentais dos grupos sobre confiança, risco, Feedback e outras técnicas de Paul Nash e Benn Kenneth;
- Ao nível dos Sistemas Comunicacionais, os estudos realizados pela equipa de Palo Alto;
- Sobre a análise e conteúdos semânticos dos delírios, os contributos de R. D.

Laing, Deleuze e Guatari;

- E ao nível do impacto cultural na génese dos delírios, os estudos de Devereux e M. B. Murphy.

As reuniões clínicas têm como finalidade a formação permanente dos técnicos partindo dos problemas práticos que estes levantam na relação com os clientes.

As problemáticas levantadas por técnicos jovens que ainda não estão formados nesta relação terapêutica comprovam ao nível da prática a importância desta relação e não a incapacidade esquizofrênica de se relacionar. Em resultado desta constatação a Relação Terapêutica é preocupação constante na formação dos técnicos. O estudo realizado indica-nos que é necessária a criação de um processo relacional específico para que a relação terapêutica exista, porque se trata de uma relação terapêutica peculiar.

No sentido do desenvolvimento da percepção dos fenómenos de grupo, os técnicos fazem o registo de todos os acontecimentos verbais e não verbais, assim como os registos dos discursos delirantes, para posterior análise dos conteúdos simbólicos e dos processos comunicacionais.

4. GRUPO

No Dropping Center (Centro de Dia localizado na Junta de Freguesia) realizam-se sessões de Psicoterapia de Grupo 3 vezes por semana, sendo cada sessão (2 horas) um momento terapêutico estruturado.

- Na primeira sessão a seguir ao fim de semana realiza-se uma sessão de Psicoterapia focalizada nos acontecimentos e dificuldades para cada elemento durante o fim de semana.
- A segunda sessão é dedicada a actividades criativas com a finalidade de uma reestruturação cognitiva e de um desenvolvimento da dinâmica de grupo. A Terapia pela Arte é um momento de focalização, relaxação e reestruturação cognitiva: não utilizamos interpretações dos desenhos, aceitamos como relevante e significativo o que cada elemento relata ao grupo sobre o significado do que acabou de realizar.

- A terceira sessão é preenchida com actividades lúdicas dirigidas à relaxação corporal (ex: Piscina e Desporto), à familiarização territorial (ex: passeios pela cidade) e a visitas sugeridas pelos clientes. Parece-nos mais indicada a utilização de relaxação pela água na esquizofrenia do que os métodos de relaxação manual e de concentração.
- O processo psico-terapêutico do grupo é encaminhado no sentido:
 1. Dos técnicos conhecerem (escutando atentamente) as problemáticas do cliente;
 2. Criação de sistemas de apoio entre os elementos do grupo;
 3. Resolução de conflitos situacionais utilizando sugestões de experiências de colegas ou se necessário utilizando *roll-playing*.

5. ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL

- Preparar a saída do hospital.
- Acompanhar o cliente na resolução das dificuldades surgidas na estruturação do sistema de *Networks Sociais* de Apoio.
 1. Contacto com o Centro de Dia.
 2. Contacto com os Sistemas Sociais existentes na área.
 3. Desbloquear o acesso a sistemas de apoio económico, alimentar e de saúde mais bem integrados em termos sociais do que os habitualmente utilizados pelos pensionistas.
- O Acompanhamento individual será uma relação terapêutica centrada na resolução de problemas reais, descobrindo assim as dificuldades do cliente e, por consequência, localizando as necessidades de intervenção. Todo este percurso será partilhado na Psicoterapia de Grupo para que este dê *feedback* na resolução destes problemas.

6. INTERVENÇÃO FAMILIAR

1. Convívio, troca de problemáticas e apoio na resolução de problemas levantados pelos pais (realizamos uma sessão uma vez por mês).
2. Resolução de conflitos pontuais e intervenção em situações de crise, no sentido de evitar recaídas.
3. A atitude de estudo e observação criteriosa sobre esta área está ainda numa fase empírica devido à ausência de projectos específicos. Partimos do princípio de que quase tudo terá que ser feito a nível das famílias portuguesas com esquizofrénicos.

7. RESIDÊNCIA COMUNITÁRIA

Do trabalho desenvolvido pelo *Dropping Center* (Centro de Dia), torna-se cada vez mais evidente a necessidade da criação de uma Residência Comunitária de modo a resolver as problemáticas habitacionais, evitando assim, as rehospitalizações sistemáticas.

São os seguintes os objectivos da Residência Comunitária:

- Estruturação de uma «Comunidade Terapêutica» Piloto onde possam cohabitar cerca de 8-10 clientes de preferência em regime transitório.
- Nesta Comunidade haveria como objectivo que todos os momentos vivenciais tais como: reuniões comunitárias, actividades relacionadas com a alimentação ou com a limpeza da casa... visassem a criação de um espaço terapêutico.
- Esta Residência Comunitária seria apoiada e orientada por técnicos de saúde mental 24 horas por dia.