A Loucura Que Só O Outro Tem

Sandra Santos de Oliveira

A doença mental grave constitui uma condição ímpar, cuja resposta subjectiva é capaz de espelhar, com particular intensidade, as fantasias, receios e pavores mais íntimos e primitivos do ser humano, defrontando-se perante uma realidade que, não obstante vista e depositada no outro (o louco), na verdade de si mesmo não se consegue abstrair ou sentir-se indiferente. Sabemos como o processo de construção das representações do louco e da loucura é indissociável de um longo e complexo percurso histórico, entrosado que está nos discursos e acções que a loucura e a partir da loucura se geram (Oliveira 2002; Oliveira 2005). O conceito de doença mental grave, de loucura, está, portanto, estreitamente envolvido com o grau de aceitação da sociedade de determinados valores. O modo como os tratamentos e intervenções evoluem cabe inevitavelmente neste entendimento.

A questão sobre as atitudes despertas e expressas perante este tipo particular de doença, pode dizer-se que se revestem de particular conservadorismo, parecendo, por vezes, quase impermeáveis aos continuados avanços científicos e aperfeiçoamento do saber e fazer do ser humano. Na base deste problema, o da mentalidade colectiva face à loucura (que inequivocamente perpassa o olhar individual), facilmente encontramos uma inquietação de natureza mais primária: a pergunta sobre o que é realmente a loucura? (Oliveira 2005).

Freud ajuda-nos a pensar sobre algo que poderá, em parte, explicar e entender a atitude da sociedade em geral e dos próprios profissionais de saúde para com a pessoa louca. À questão formulada, Freud mostra-nos que a loucura não se opõe necessariamente à alegada normalidade. O que se descobre na loucura é, portanto passível, sob diversas formas, de ser encontrado no inconsciente de todos e de cada um. Ressalta então, uma concepção do funcionamento psíquico enquanto fenómeno situado num contínuo, e não como algo revestido de características e sinais que intimamente se desejam espartilhados, claramente separados e divididos entre si, ao abrigo de uma postura defensiva e projectiva das suas angústias e medos.

A pessoa doente parece ‘somente’ ter falhado numa luta que é também a luta de todo o ser humano, que todos e cada um de nós tem de levar a cabo. Posto isto, compreendemos como as atitudes expressas em relação à doença e doente louco fazem parte desta luta contra algo que incontornavelmente em nós se pode situar, e cujo receio de expansão, qual tumor maligno, nos pode inquietar profundamente: a loucura (Mannoni 1970).

Assim, é a própria implicação de si que traz o abalo, a ameaça, o temor, logo subsequentemente o desejo de corte, de rejeição, de distância do ser humano que a protagoniza e representa (Milheiro 2000). Relembremo-nos dos célebres manicómios criados no século XVII e como estes poderão ser entendidos à luz das tão violentas ansiedades despertadas pelo louco. Justamente, são essas ansiedades e temores que se desejavam e desejam ‘vacinadas’ e protegidas pela encarceração dos loucos e da sua loucura.

Não é certamente difícil encontrarmos, num passado bem mais recente, situações espelho, como que ditadas pela repetição, deste desejo de distância, aproximando-se até, por vezes, da desumanização dos cuidados, desta feita pertencentes também à nossa própria história nacional de cuidados psiquiátricos. É sabido que por iniciativa do Marechal Saldanha (conhecido herói das lutas liberais) se cria em Lisboa, em 1848, dentro do antigo convento de Rilhafoles aquele que seria o nosso primeiro manicómio. Não deixa de ser curiosa (ainda que não fruto do acaso) que um convento, lugar de meditação e recolhimento de pessoas de fé se converta num lugar de acolhimento de loucos, como que reforçando a ligação que há séculos se estabelecera entre loucura e religião. Ou melhor, entre a loucura e a ausência de moral que é associada à loucura, e assim sendo, a imprescindibilidade da sua reconversão para as pessoas de bem. A própria palavra asilo ilustra-nos isso: a origem etimológica grega significa ‘refúgio sagrado’.

Também o manicómio português foi concebido na sua totalidade, à imagem dos asilos europeus e congregando nele os grandes objectivos da época: a defesa da ordem pública, a protecção dos loucos, a regeneração e o aproveitamento da sua força de trabalho. Num relatório sobre a organização deste hospital, Martins Pulido, seu director (e seguidor da obra de Pinel e Esquirol) justifica a necessidade do enclausuramento dos loucos, não em nome do tratamento do seu espírito, mas em nome da sua menoridade como seres humanos. Como tal, é sublinhada a necessidade da criação de asilos que defendam os interesses dos alienados e os protejam de si mesmos. A protecção que se impunha parece ser fundamentalmente a da angústia face a um outro que dramaticamente se aliena de si e de todos, como que ostentando como o ser humano pode profunda e incontroladamente perder-se de si mesmo, removendo-se da sua própria realidade psíquica.

Com esta breve passagem histórica, não pretendo, de modo algum, negar ou desvirtuar as intenções de quem sempre se propôs cuidar da pessoa do doente mental. Proponho-me sim, olhar e compreender o ser humano que cuida na sua dimensão humana e emocional: atender às suas qualidades, mas também às suas características afectivas e emocionais, incontornavelmente únicas e personalizadas. Se estas deixarem de ser devidamente atendidas e cuidadas, podem se submergir num estado de surdez que de interna rapidamente se espelhará no externo, e assim contaminar e influenciar negativamente as suas melhores intenções.

Reparemos como a contradição ou a paradoxalidade do discurso humano sobre a loucura, e neste caso específico, sobre a intervenção na loucura está frequentemente presente: a protecção dos loucos, em nome da qual se fundamenta a apologia das instituições psiquiátricas inicialmente criadas, é praticamente abandonada em favor de um outro princípio que é o da protecção dos sãos de espírito.

Tem sido vasta a investigação que (desde os anos 1950) tem procurado caracterizar e responder às inúmeras questões inerentes a este fenómeno, especialmente protagonizada pelos estudos das representações sociais da loucura e atitudes do público e profissionais face à doença mental. A forma específica como o profissional de saúde mental olha a loucura tem sido igualmente alvo de estudo e discussão, usualmente assentes na convicção de que a relação técnico-paciente é forma de encontro privilegiado, onde a pessoa com a doença tem espaço próprio para ser ouvida, cuidada e ajudada. Naturalmente que aqui se encontram implicadas os modelos de leitura e interpretação, que por serem variados podem também impri-

mir variabilidade diferenciada no modo como a relação entre técnico e paciente é estabelecida, desenvolvida e vivenciada.

A pertinência e relevância destes pressupostos vê-se particularmente reforçada na sequência de estudos, cujos resultados sublinham que atitudes negativas por parte dos técnicos de saúde mental, face a pessoas com doença mental grave e crónica, podem em potência ameaçar a eficácia de um tratamento psiquiátrico (Murray e Stephen 1999; Mason e Sawyerr 2002).

Neste âmbito, encontramos variadíssimas referências que apontam a associação entre atitudes de cariz estigmatizante entre os profissionais de saúde e sentimentos por eles vividos de impotência, superficialidade, frequentemente relacionáveis, ainda, com certos níveis de resistência no providenciar de um tratamento clínico adequado. Muitas outras correlações têm sido averiguadas, como as atitudes negativas e uma formação profissional inadequada ou insuficiente, ou ausência de formação e actualizações especializadas em doença mental.

Certamente, não tenciono de todo defender uma aproximação a uma qualquer teoria de vitimização da pessoa com doença mental grave que, inadvertidamente, se vê entregue a serviços e equipas insensíveis e aprisionadoras da sua identidade e liberdade humanas. Todavia, o conhecimento psicanalítico sobre este adoecer da mente não nos permite alhear das complexidades e dificuldades que realmente são vividas, no contexto de prestação de cuidados ao doente mental grave.

Os profissionais de saúde mental, pese embora a sua formação especializada e o seu saber sobre a patologia, não se podem ter como indivíduos indiscutível e onnipotentemente alheios e imunes à complexa e regressiva emocionalidade despertada pela vivência louca. Como diria Mannoni, já na década de 1970, o profissional de saúde não é totalmente livre, sendo que muitas vezes se pode ver influenciado pela representação colectiva do louco, concebido como assustador e perigoso. Não raras vezes também, se observa a delegação no médico, no psicólogo, no assistente social ou enfermeiro, da tarefa de aliviar uma família e/ou comunidade assustadas, saturadas de alguém por eles sentido e vivido como maltratante, ameaçador, incómodo, intolerado. Olhando necessariamente para a pessoa que está por detrás da pele profissional, não poderemos deixar de referir que nos profissionais de saúde mental, como naturalmente em todas as pessoas em geral, uma condição muitíssimo importante para o juízo que faz sobre a loucura passa seguramente pelo modo como psicologicamente a pessoa se construiu ao longo do seu percurso desenvolvimental. Desta feita, a forma tolerante ou rígida, sau-

dável ou neurótica como se envolveu com as significativas figuras da sua maturação não tem como não ecoar no seu julgamento sobre os outros, e naturalmente no seu julgamento sobre o louco.

Subsequentemente a sua concepção sobre a doença mental grave não tem, igualmente, como não encontrar reflexo e expressão no modo como a sua intervenção é também conceptualizada e colocada em prática. Foi no contexto preciso desta problemática que, há algum tempo, me propus estudar e analisar, sob uma forma conjugada e intercultural, alguns factores de natureza psíquica/emocional, educacional/formativa e ainda cultural, pressupostamente inerentes à intervenção profissional em saúde mental (Oliveira 2005).

Penso que os resultados obtidos neste estudo, assumem uma continuidade interessante quanto às questões e reflexões até aqui enunciadas. Sublinho como os profissionais de nacionalidade portuguesa, abordados no estudo, expressam face à pessoa com patologia psiquiátrica grave atitudes de carácter essencialmente autoritário, acompanhados de baixa confiança no potencial grau de eficácia dos tratamentos e terapêuticas disponíveis para este tipo de pacientes. Curiosamente, os técnicos de saúde com experiência clínica com doentes mentais são quem expressam as atitudes mais negativas, autoritárias e restritivas.

Não obstante, verifica-se, em paralelo, uma atitude tendencialmente benevolente que não deixa, assim, de fazer transparecer uma perspectiva protectora e humanista da pessoa com enfermidade mental (ainda que, simultaneamente, esta atitude em si não deixe de integrar algum receio ou medo pela pessoa do doente mental).

Análoga posição, diria, ambivalente é também percebida entre os sujeitos com formação especializada na área de intervenção psiquiátrica, porque se, por um lado, entendem que o doente psiquiátrico deve ser restringido da sua liberdade (uma vez tido como pessoa potencialmente ameaçadora e perigosa para o outro), por outro, expressam paralelamente uma postura paternalista e protectora. No que diz respeito aos aspectos etiológicos da doença mental, estes profissionais (com formação especializada em intervenção psiquiátrica) consideram que o paciente é autor e 'intérprete' co-responsável e indissociável do seu próprio processo mórbido, conducente, portanto, à patologia da sua mente.

Relativamente aos profissionais de saúde norte-americanos, e em traços gerais da amostra, vemos, uma vez mais, que as atitudes face ao doente psiquiátrico grave sobressaem como autoritárias, mas também benevolentes (com uma ligeiríssima superioridade destas últimas), numa posição que em pouco se diferencia qualitativamente das dos

seus homólogos portugueses (ibidem). Tais dados, aqui apenas mencionados de forma breve, evoca-nos necessariamente reflexões, ainda que introdutórias e subseqüentemente modestas.

A doença mental grave, a psicose, é, de facto, uma realidade particular da mente, que confere ao indivíduo um peculiar modo de ser e de estar. A pessoa que adoece psicoticamente preconiza um sofrimento inequívoco, capaz de espelhar (e potencialmente psicotizar) todo o contexto relacional no qual se envolve e integra – o seu lar, a família, as instituições, os profissionais que dele cuidam.

Se o estado ‘mórbido’, ‘pernicioso’ do paciente psiquiátrico grave parece tão facilmente conduzi-lo e induzi-lo numa espécie de solidão sem nome, marginal de si e do outro, quem o rodeia parece não ter como não se defrontar e reagir a esta tão específica realidade. O sofrimento emocional da mente não existe de todo isolado, de modo que o rebate desta dor no outro resulta praticamente incontornável (Hinshelwood 2004).

A compreensão possível do fenómeno psicótico e seus factores intrínsecos não poderão ser somente intelectuais, mas certamente também emocionais, vivenciais, uma vez decorrentes da identificação do técnico e terapeuta aos aspectos que o ‘invadem’ e ‘atingem’. Nesta medida, tal como tantos autores sublinham (Milheiro 2000; Grinberg 1990; Coderch 1995; Symington 1999; Coimbra de Matos 2002), a ‘forma de ser’, própria do terapeuta, sabe-se facilitadora ou dificultadora do contacto com determinados pacientes, sendo que, conseqüentemente, a necessidade do prestador de cuidados cuidar da sua própria mente impõe-se como absolutamente necessária.

Deste modo, torna-se imprescindível também redundar na importância da promoção e manutenção consistentes e regulares de espaço e função de suporte a serem disponibilizados aos prestadores de cuidados em saúde mental, capazes de oferecer aos profissionais (e futuros profissionais) contextos de trabalho securizantes, pensantes e transformadores.

Autores como Hinshelwood (2004: 11), com o qual aqui termino, reforça esta ideia, apontando quatro ‘princípios’ essenciais para quem trabalha, ou pretende trabalhar com pessoas com patologia psicótica:

- Estes pacientes afectam realmente quem deles cuida.
- Estes efeitos/vivências são emocionalmente desconfortáveis.
- Estes efeitos/vivências poderão ser inconscientemente comunicados.
- O uso e análise da contratransferência pelo terapeuta, ou melhor, o uso que o terapeuta pode fazer dos derivados da sua contratransferência, sobressai como instrumento privilegiado no trabalho com pacientes psicóticos.

REFERÊNCIAS

- Coderch, Joan
1995 *La Interpretación en Psicoanálisis: Fundamentos y Teoría de la Técnica*. Barcelona: Herder.
- Coimbra de Matos, A.
2002 *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climpesi.
- Grinberg, Leon
1990 *The Goals of Psychoanalysis: Identification, Identity and Supervision*. Londres: Karnac Books.
- Hinshelwood, R.D.
2004 *Suffering Insanity: Psychoanalytic Essays on Psychosis*. Londres: Brunner-Routledge.
- Mannoni, M.
1970 *O Psiquiatra, o seu Louco e a Psicanálise*. Porto: Afrontamento.
- Mason & Sawyerr
2002 *Exploring the Unsaid, Creativity, Risks and Dilemmas in Working Cross-Culturally*. Londres: Karnac Books.
- Milheiro, J.
2000 *Loucos são os Outros*. Porto: Fim de Século.
- Murray, Megan G.; Stephen, John J.
1999 'Attitudes of Case Managers Toward People with Serious Mental Illness'. *Community Mental Health Journal* 35 (6). pp.505-14.
- Oliveira, Sandra Santos de
2002 'Trechos da História da Loucura'. *Interações* 3. pp.
2005 *A Loucura no Outro: Um Contributo para o Estudo do Impacto da Loucura no Profissional de Saúde Mental*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Universidade de Coimbra.
- Symington, N.
1999 *A Experiência Analítica*. Lisboa: Climepsi.

A Loucura Que Só O Outro Tem

The Madness that Comes from the Other Only

Sumário

Summary

A loucura constitui uma típica referência de alteridade e diferença radical, no sentido em que o louco aparece como a imagem do absolutamente outro, porque a loucura é sempre do outro. Este artigo aborda a realidade de que modelos de pensamento e práticas de representação sobre a loucura continuam, na verdade, a ser reproduzidos pelos próprios profissionais de saúde mental, demonstrando que novas direcções da intervenção, na condição da doença mental grave, implicam também uma transformação, no quadro das próprias práticas simbólicas da interacção terapêutica.

Palavras-chave: Loucura; doença mental grave; atitudes; intervenção; profissionais de saúde mental.

Madness constitutes a typical reference of alterity and radical difference, in the sense that the mad appears as the image of the absolute other, because madness is always the other's madness. This article approaches the reality that models of thought and practices of representation on madness are still being reproduced by the mental health professionals themselves, demonstrating that new directions of intervention, in the condition of severe mental disease, also imply a transformation, in the ambit of the symbolic practices of therapeutic interaction.

Key-words: Madness; serious mental illness; attitudes; intervention; mental health professionals.