
Retrospectiva de um trabalho vivido no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro*

Nise da Silveira

Quando recebi a comunicação de que havia sido honrada com homenagem especial por este Congresso, e mais o convite para proferir uma das conferências oficiais que compõe o programa de tão importante encontro entre médicos brasileiros, minha primeira reação foi de enorme espanto. Meu trabalho sempre fora marginalizado pela psiquiatria nacional. O que havia acontecido? Que erro teria eu cometido (dentro de meus pontos de vista, é claro) para assim de repente ser aceita, e mesmo homenageada?

Mas logo entendi tudo. O Congresso realizava-se em Maceió, minha terra natal. Entrava em jogo o fator afeto que perturba os julgamentos. Na minha pessoa era homenageada uma alagoana.

Alegra-me, pois, fazer uma retrospectiva sumária de alguns aspectos de meu trabalho realizado fora daqui. Gostaria, sobretudo, de contar alguma coisa da minha experiência aos jovens psiquiatras alagoanos, talvez preocupados com os mesmos

* Publicado nos Anais do XIV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Maceió, 27 out-1 nov, 1979 e na *Vivência*, Órgão oficial da Associação Alagoana de Psiquiatria e do Departamento de Psiquiatria da Sociedade de Medicina de Alagoas. Maceió, v. 4, n. 1, p. 60-7, jan-jun/1980.
Revisão e notas explicativas de Sonia Maria Marchi de Carvalho e Pedro Henrique Mendes Amparo.

problemas que me inquietavam quando comecei a estudar os distúrbios da psique humana. Não que eu tenha encontrado solução para todos estes problemas, pelo contrário, muitas interrogações e dúvidas não cessaram de surgir na minha longa caminhada. Desejo que o mesmo aconteça a vocês, que nunca lhes faltem dúvidas nem interrogações. Se os jovens acomodarem-se aos padrões oficiais, nunca a psiquiatria sairá da situação calamitosa em que se encontra atualmente.

Passo desde logo a situar minha posição em psiquiatria.

Entre no território da psiquiatria pelo atalho da ocupação terapêutica, método secundário e subalterno segundo os padrões oficiais. Lidando com atividades manuais e expressivas, processando-se, sobretudo em nível não verbal, compreende-se que a TO não goze de prestígio na nossa cultura tão deslumbrada pelas elucubrações do pensamento racional e tão atraída pelo verbo.

Onde colocar a TO entre as armas terapêuticas de uso corrente em psiquiatria: a convulsoterapia, a psicocirurgia, e os psicotrópicos quando levados ao nível de camisas-de-força químicas? Haveria lugar aí para atividades manuais e expressivas? Não, certamente. A TO não obteve o crédito de verdadeiro método terapêutico. No conceito geral valeria, quando muito, para distrair os internados ou então para torná-los produtivos em relação à economia hospitalar.

Mas eu via na TO um legítimo método terapêutico. Empiricamente seus resultados eram evidentes. Faltavam-me, no entanto, base teórica para entender esses resultados e dar mais segura orientação à prática das atividades. Tratei de estudar. Lancei-me à procura de fundamentação científica onde firmar a estrutura de meu trabalho, pois, evidentemente, eu não era uma senhora filantropa que pretendesse distrair infelizes doentes, nem muito menos uma capataz decidida a torná-los produtivos, explorando a mais indefesa mão-de-obra que existe no mundo.

Encontrei em várias escolas apoios teóricos diferentes para a TO que eu desejava aplicar. Tinha diante de mim muitos caminhos para experimentação. É grande a gama de atividades que podem ser utilizadas com fundamentação teórica em psicopatologia.

A comunicação com o esquizofrênico, nos casos graves, terá um mínimo de probabilidade de êxito se for iniciada no nível verbal de nossas ordinárias relações interpessoais. Isso só ocorrerá quando o processo de cura já se achar bastante adiantado. Será preciso partir do nível não verbal. É aí que particularmente se insere a TO, oferecendo atividades que permitam a expressão de vivências não verbalizáveis por aquele que se acha mergulhado na profundidade do inconsciente, isto é, no mundo arcaico de pensamentos, emoções e impulsos fora do alcance das elaborações da razão e da palavra.

O exercício de atividades poderá adquirir importante significação. Compreender-se-á o valor terapêutico que virá adquirir, na esquizofrenia, a

proposta ao doente de atividades já vivenciadas e utilizadas pelo homem primitivo para exprimir suas violentas emoções.

Em vez dos impulsos arcaicos exteriorizarem-se desabridamente, lhes oferecemos o declive que a espécie humana sulcou durante milênios para exprimi-los: dança, representações mímicas, pintura, modelagem, música. Será o mais simples e o mais eficaz.

Nessa perspectiva, abrimos na TO do Centro Psiquiátrico Pedro II núcleos de atividades diferentes: encadernação, marcenaria, cestaria, costura, tapeçaria, bordados, jardinagem, pintura, modelagem, música, teatro e danças folclóricas, recreação, esportes, salão de beleza, escola, biblioteca.

Dispúnhamos, portanto, de atividades que envolviam o esforço do trabalho propriamente dito, atividades expressivas, lúdicas, culturais. Era só saber prescrevê-las corretamente. Além de seu valor terapêutico, quando bem orientadas, em qualquer um desses setores de atividade poderiam ser realizadas pesquisas de interesse para psicopatologia. Lembro de passagem a pesquisa que fiz referente à capacidade de aprendizagem do esquizofrênico crônico; o confronto de trabalhos realizados por doentes antes e depois da lobotomia; a utilização da música como estímulo motor em catatônicos.

Não é fácil levar adiante trabalhos desse tipo quando o ambiente do hospital é negativo. Assim, as circunstâncias levaram-me a concentrar especialmente minha atenção no ateliê de pintura.

Foi, sobretudo aí, face à observação direta, onde reformulei meus conhecimentos trazidos da psiquiatria tradicional.

Abstração – Eram freqüentemente encontrados na pintura dos esquizofrênicos a abstração, a estilização, o geometrismo. A figura humana estava, na maioria das pinturas, ausente. Estas características eram atribuídas, pela psiquiatria tradicional, a um processo regressivo que iria da desumanização até a dissolução da realidade. A expressão plástica nesta seqüência estaria revelando continuado esfriamento da afetividade, desligamento cada vez maior do mundo real.

Mas eu não examinava as pinturas dos doentes que freqüentavam nosso ateliê sentada no meu gabinete. Eu os via pintar. Via suas faces crispadas, via o ímpeto que movia suas mãos. A impressão que eu tinha era estarem eles vivenciando “estados inumeráveis do ser e cada vez mais perigosos”, na expressão de Artaud.¹ Não me era possível aceitar a opinião estabelecida: pintura não figurativa significaria embotamento de afetividade, tendência à dissolução do real. Foi no livro do historiador de arte Wilhelm Worringer – *Abstração e natureza* – que

1. Escritor francês que foi internado no hospital de Rodez, França. (Nota dos revisores)

encontrei esclarecimento para este desafiante problema. Worringer distingue duas posições face ao mundo: a necessidade de empatia e a necessidade de abstração. A necessidade de empatia encontra satisfação no mundo orgânico, e a necessidade de abstração, temendo o mundo orgânico, busca satisfação no mundo inorgânico, no geometrismo, ou, em termos gerais, na abstração. Uma ou outra destas tendências básicas será mobilizada segundo as relações do homem com o cosmos. Se estas relações são confiantes, haverá empatia com o objeto. Mas se o cosmos infunde medo, se os fenômenos do mundo externo na sua confusa interligação provocam inquietação interior, diz Worringer, é mobilizada a tendência à abstração.

E quando o mundo parecerá mais hostil do que nos estados do ser vivenciados na condição psicótica?

Não se trata da inquietação metafísica de artistas ou de filósofos face ao mundo. Trata-se de alguma coisa muito mais imediata, muito mais viva e atuante.

A experiência no ateliê de pintura do hospital psiquiátrico decerto confirma recuo diante da realidade externa vivenciada ameaçadoramente, assim como medo da realidade interna, talvez ainda mais perigosa.

Se a linguagem proposicional desarticula-se funcionalmente na esquizofrenia, também o discurso em figuras, narrando uma história, será quase impossível e, talvez, indesejável no sentir do pintor. Uma outra linguagem vem então afirmar-se, mais ampla, não cingida a quaisquer convenções. A linguagem abstrata, força psíquica carregada de paixão e de angústia.

Espaço – Outra aquisição que fiz no ateliê de pintura diz respeito às diferentes vivências do espaço na condição esquizofrênica. A psiquiatria tradicional vê o espaço como algo externo, objetivo. O indivíduo estará ou não orientado no espaço. A semiologia psiquiátrica pouco se ocupa de investigar como o indivíduo estará vivenciando o espaço onde se encontra. Na entrevista psiquiátrica as perguntas referentes à orientação tem curto alcance. Por exemplo: um jovem, durante um episódio psicótico, sentia-se de cabeça para baixo, preso numa gaiola giratória de brinquedo. Perguntar a esta pessoa – como você se chama, onde você está, que dia é hoje, que horas são? – não tem evidentemente nenhum sentido.

No ateliê de pintura as imagens revelavam viagens através de espaços desconhecidos, sofridas experiências da subversão do espaço cotidiano, luta tenaz para recuperá-lo. Nos casos graves de esquizofrenia, quando há comoção profunda da vida psíquica, só as imagens pintadas permitem que se vislumbre a situação que o indivíduo está vivenciando naquele exato momento. Foi a partir dessas imagens que me interessei pelo estudo da psicopatologia do espaço.

A psiquiatria tradicional despreza a investigação desse tema. Entretanto, já Bleuler havia observado que delírios e alucinações influenciam a orientação no mundo exterior e que, na esquizofrenia, uma orientação falsa, motivada por fatores subjetivos, poderia coexistir com a orientação correta da realidade. Com efeito,

o mesmo homem que responde corretamente no consultório médico: “Sim, doutor, eu me chamo fulano de tal, estou no Hospital de Engenho de Dentro”, poderá revelar no ateliê de pintura a vivência de situações espaciais completamente subvertidas.

O dr. John Thompson, espécime raro de psiquiatra, segundo Joseph Berke, costumava dizer que seria impossível entrar em contato com um doente se não tivéssemos idéia da maneira como ele vivia o espaço e tempo, dois parâmetros de primeira importância para que seja entendida a visão da realidade de outra pessoa.

Certamente foi com a fenomenologia e com a psiquiatria existencial que os problemas relativos ao espaço começaram a ser estudados.

Minkowski² introduziu na psicopatologia a noção de espaço vivido, juntamente com a noção de tempo vivido. As distâncias entre os objetos, por exemplo, não são experienciadas de maneira constante, independentemente das situações subjetivas. E Merleau-Ponty³ dá muita importância à distância vivida que liga o indivíduo às coisas significativas para ele, chegando a afirmar: “... o que garante o homem sadio contra o delírio ou a alucinação não é sua crítica, é a estruturação de seu espaço”. Binswanger⁴ acentua que a experiência da espacialidade é essencialmente determinada pelo tom afetivo dominante no momento.

A ausência de interesse da psiquiatria pelos problemas do espaço torna-se patente na arquitetura hospitalar. É uma arquitetura feia, fria, rígida. Dá suporte e reforço ao medo, ao sentimento de estar isolado de tudo. Veja-se, por exemplo, como um esquizofrênico de Engenho de Dentro fala sobre o muro do hospital. Conversando com Vicente, jovem pesquisador do Museu de Imagens do Inconsciente, ele foi dizendo: “O muro é muito bonito para quem passa do lado de fora. É bem-feito, bem-arrumado. Mas para quem está aqui dentro é horrível. O muro não deveria ser assim, deveria ter algumas aberturas. Você vê, a entrada do hospital é enorme, mas se um de nós quiser passar por ela, para ir lá fora, não deixam. Olha, é verdade que do lado de dentro deste muro, que pega de esquina a esquina, tem banquinhos, árvores, para nos dias de visita os doentes ficarem

2. Eugene Minkowski, psiquiatra russo, nascido em São Petersburgo. Viveu parte de sua vida em Varsóvia e em Paris. Trabalhou no Hospital Burghölzli, Suíça, com Bleuler, Jung, Binswanger e Abraham. Influenciou fortemente a escola francesa. Considerado um dos fundadores da fenomenologia psiquiátrica junto com Binswanger. (Nota dos revisores)
3. Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) escritor e filósofo francês que influenciou a fenomenologia francesa. (Nota dos revisores)
4. Ludwig Binswanger, psiquiatra suíço, influenciado por Husserl e Heidegger, baseado nas idéias de Freud e na fenomenologia, criou a Análise Existencial, com forte influência nos países de cultura germânica. (Nota dos revisores)

lá. Mas mesmo assim todos nós somos controlados. Este muro serve para fechar a nossa vista para o lado de fora. Nós nunca podemos ser considerados gente com um muro deste tapando nossa visão”.

Afetividade – No ateliê de pintura aprendi ainda quanto permanece viva a afetividade no esquizofrênico.

Certa vez, revendo com Fernando séries de suas pinturas que representam interiores de uma casa, ele me disse apontando a última pintura da série bruscamente interrompida: “Neste dia um ácido derramou-se na minha vida”.

— Por quê? Que aconteceu?

— Porque depois deste dia, durante muito tempo, D. Elza não foi me buscar para a pintura.

“Muito tempo” correspondia ao tempo vivido por Fernando durante os trinta dias das férias de D. Elza, monitora do ateliê de pintura.

Este fato impressionou-me profundamente e, desde então, fiquei ainda mais atenta ao relacionamento dos doentes com os monitores.

Repetidas observações demonstrou que dificilmente qualquer tratamento será eficaz se o doente não tiver ao seu lado alguém que represente um ponto de apoio sobre o qual ele faça investimento afetivo. Em qualquer oficina de TO este ponto de referência é a monitora ou o monitor.

Quanto mais grave a condição esquizofrênica, maior será a necessidade que tem o indivíduo de encontrar um ponto de referência e apoio. Tanto melhor se esta primeira forma de contato for se tornando uma relação de amizade.

Numa experiência de trinta anos jamais encontrei em qualquer esquizofrênico o famoso “embotamento afetivo”. Decerto não se poderia esperar manifestações exuberantes de afetividade convencional da parte de pessoas que estão vivenciando desconhecidos estados do ser em espaço e tempo diferentes de nossos parâmetros, tendo o campo do consciente avassalado por estranhísimos conteúdos emergentes da profundidade da psique.

O esquizofrênico dificilmente consegue comunicar-se com o *outro*, falham os meios habituais de transmitir suas experiências. E é um fato que o *outro* também recua diante desse ser enigmático. Será preciso que esse *outro* esteja seriamente movido pelo interesse de penetrar no mundo hermético do esquizofrênico. Será preciso constância, paciência, e um ambiente livre de qualquer coação, para que relações de amizade e de compreensão possam ser criadas. Sem a ponte desse relacionamento a cura será quase impossível.

O afeto foi fator constante na nossa seção de terapêutica ocupacional, não só na pintura, mas também na encadernação, marcenaria, jardinagem, costura, tapeçaria etc. Infelizmente nesses setores de atividade os doentes permaneciam apenas curta parte de seus longos dias.

A esquizofrenia é uma condição patológica muito grave, de cura quase impossível, repetem os psiquiatras, porém de ordinário esquecem de acrescentar que também é quase impossível reunir, no hospital psiquiátrico, as condições favoráveis para ser tentado um tratamento eficaz.

A convivência com o esquizofrênico ensina muitas coisas surpreendentes. Seria bom que o psiquiatra concedesse tempo e atenção para escutá-lo. Estude-se esta lição de Octávio:⁵

A esquizofrenia consiste numa doença em que o coração fica sofrendo mais do que os outros órgãos. Então ele fica maior e estoura. Sabe-se muita coisa sobre esquizofrenia. Têm muitos livros escritos sobre esquizofrenia. Mas este diagnóstico não mostra que a pessoa é esquizofrênica. Este diagnóstico é dado pelas vistas dos psiquiatras. E o que a pessoa sente na esquizofrenia não é decifrado porque não se pode decifrar o espírito.

Dissociação-Ordenação – A princípio assustava-me que as imagens pintadas livremente por esquizofrênicos, insistentemente dessem testemunho contraditório às afirmações da psiquiatria tradicional. Além das interrogações ligadas à abstração, às alterações do espaço e às perturbações da afetividade, defrontei-me com outro fenômeno ainda mais surpreendente: a constante tendência ao agrupamento, à simetria, à disposição de elementos díspares em volta de um centro e, sobretudo, o aparecimento de círculos mais ou menos regulares, simultaneamente com as habituais desintegrações de formas, típicas do desenho e da pintura de esquizofrênicos.

Seria de esperar, muito logicamente, que as cisões internas se refletissem na produção plástica dos esquizofrênicos pela ruptura, pela fragmentação das formas. Certo a disjunção, a fragmentação achava-se frequentemente presente na pintura dos esquizofrênicos de Engenho de Dentro. Este fenômeno apresentava-se de múltiplas maneiras, desde os desenhos caóticos até os desmembramentos de corpos humanos ou de animais, corpos sem cabeça, sem braços ou pernas, ou de árvores cortadas em pedaços, significando o despedaçamento da personalidade.

Mas também imagens circulares ou tendendo ao círculo, algumas irregulares, outras de estrutura bastante complexa e harmoniosa, impunham sua presença na produção espontânea dos frequentadores do ateliê do hospital psiquiátrico. Tive grande dificuldade em compreendê-las, pois o círculo é universalmente conhecido como símbolo de ordem, denominado por Platão a mais perfeita das formas. Faltavam-me na ocasião conhecimentos sobre as atividades da psique que encontravam expressão na imagem do círculo; assim custava-me entender que

5. Algumas telas de Octávio Ignácio, que frequentava o ateliê de pinturas, são discutidas no livro *O mundo das imagens*, de Nise da Silveira. (Nota dos revisores)

surgissem esses símbolos pintados pelo mesmo autor, junto a formas que refletiam a cisão da psique.

Entretanto continuei reunindo imagens do círculo, pintadas por diferentes autores. A coleção depressa subiu a centenas. Ali estava uma documentação reunida empiricamente, mas as dúvidas teóricas permaneciam.

Somente bem mais tarde, encontrei na psicologia de C. G. Jung suporte teórico para a compreensão do aparecimento de imagens do círculo na pintura de esquizofrênicos, fenômeno que tanto me intrigava.

Segundo Jung, o círculo, ou mandala, aparece como fenômeno psicológico espontaneamente em sonhos, situações de conflito, dissociação, desorientação e na esquizofrenia. Reunindo elementos díspares em torno de um centro, funciona como compensação para a desordem psíquica. Isto, diz Jung, "... é evidentemente uma tentativa de autocura que não se origina da reflexão consciente, mas de um impulso instintivo".

As imagens do círculo dão forma a forças do inconsciente que buscam compensar a dissociação esquizofrênica. Espelham movimentos internos que se opõem à desordenação, pois a psique, como todo sistema biológico, defende-se. Hans Prinzhorn, em 1922, já havia assinalado nos desenhos e pinturas de esquizofrênicos, ao lado de garatujas desordenadas, a existência de uma força ordenadora. Esta tendência à ordem tem caráter compulsivo e está vinculada, bem como a tendência ao jogo, à necessidade de expressão que é um impulso obscuro, involuntário, fundamental, inerente à psique.

O estudo das mandalas não é uma especulação teórica. Depois que comecei a entender suas significações, ajudaram-me enormemente na compreensão dos casos clínicos. A primeira indicação que trazem ao psiquiatra refere-se à intensidade das forças instintivas cuja função é compensar a desordem psíquica.

Como todo sistema vivo, a psique se defende quando seu equilíbrio perturba-se. As imagens circulares, ou próximas do círculo, aparecem de ordinário logo no período agudo do surto esquizofrênico. Isto não indicará que, desde logo, a ordem psíquica seja restabelecida. As imagens circulares exprimem tentativas, esboços, projetos de renovação.

O Museu de Imagens do Inconsciente possui grandes coleções de mandalas sob múltiplas variações. Estas imagens constituem uma das mais importantes documentações de seu acervo.

Mitologia – As tentativas de interpretação das imagens circulares, intrigantemente freqüentes no desenho e na pintura de esquizofrênicos, já me haviam levado a tomar contato com a psicologia junguiana. Mal pensava eu que estava apenas na periferia de uma vastíssima área de conhecimentos novos para mim.

Foi em junho de 1957 que tive a feliz oportunidade de ser recebida por C. G. Jung na sua residência em Künsnacht – Zurique. Simples, cordial, o mestre animaria qualquer um a falar livremente. Disse-lhe então do desejo que eu tinha de aprofundar meu trabalho no hospital psiquiátrico, trabalho muito insatisfatório no meu sentir; e de minhas dificuldades de autodidata. Ele me ouviu muito atento e de repente perguntou:

— Você estuda mitologia?

— Não, eu não estudo mitologia, respondi surpreendida.

— Pois se você não conhecer mitologia nunca entenderá os delírios de seus doentes, nem penetrará na significação das imagens por eles pintadas. Os mitos são manifestações originais da estrutura básica da psique. Por isto seu estudo deveria ser matéria fundamental para a prática psiquiátrica. A mitologia não é estudo para diletantismo de eruditos. É um instrumento de trabalho de uso cotidiano indispensável na prática psiquiátrica.

De volta ao hospital de Engenho de Dentro, para minha grande surpresa, defrontei-me logo com o caso clínico de uma mulher⁶ que estava revivendo o tema mítico da ninfa grega Dafne. Trata-se de uma mulher do interior do Estado do Rio de Janeiro, de instrução primária, tímida, sem vaidade, muito apegada à mãe. Aos 19 anos apaixonou-se por um homem que não é aceito por sua família. Obedece, afasta-se do homem amado, que ainda tentou aproximar-se. A família nota apenas que ela está triste e silenciosa. Mas cerca de dois meses depois irrompe violenta excitação psicomotora e Adelina é internada.

A condição de mulher oprimida é patente. As convenções sociais são implacáveis. A autoridade inapelável das decisões familiares impede a normal satisfação dos instintos, a realização de seus projetos de vida afetiva. Encontrando obstáculos à expansão, a libido retrocede. Introvertendo-se até as camadas mais profundas do inconsciente, por estranho que pareça, vem reativar o tema mítico de Dafne.

Todos conhecem o mito de Dafne. A ninfa, perseguida por Apolo, foge e vem refugiar-se junto à sua mãe, a Terra, que a põe fora do alcance do deus transformando-a numa árvore. Adelina também prefere ser transformada em planta. Pinta uma série de imagens nas quais se vê uma mulher metamorfoseada em flor. E ela própria diz: “Eu queria ser flor”.

A psicologia junguiana dirá que as diferentes metamorfoses, tão freqüentes na esquizofrenia, encerram sempre significações específicas. E procura descobrir se, no âmago desses fenômenos aparentemente tão extravagantes, estarão

6. Os trabalhos de Adelina Gomes são discutidos nos livros *Imagens do inconsciente* e *O mundo das imagens*. (Nota dos revisores)

presentes formas herdadas de imaginar, traços de acontecimentos ou de situações psíquicas ricas de sentido, já experienciadas por incontáveis seres humanos através dos milênios. É nos mitos que se acham condensadas e polidas em narrativas exemplares, as imaginações criadas pela psique quando vivencia situações típicas muito carregadas de afeto.

A situação de Adelina está bem próxima da situação de Dafne, que condensa a condição típica da filha tão estreitamente vinculada a sua mãe a ponto dos próprios instintos não terem força para fazer valer seus direitos.

Parecerá curioso que, no caso particular de Adelina, seja num mito grego que encontremos paralelo esclarecedor, apesar de Adelina ser uma modesta mestiça brasileira. Esse paralelo mostra que as situações típicas existenciais são comuns a todos os seres humanos, independentemente de raça e cultura, segundo estabelece Jung no conceito de inconsciente coletivo.

É peculiaridade pouco compreendida que as respostas do inconsciente às violentasse vindas do mundo externo, na esquizofrenia, se façam na linguagem arcaica dos símbolos e dos mitos. Creio que aí está uma questão importante a ser estudada pelos jovens psiquiatras, sem preconceitos pré-formados.

Mundo externo – Mundo interno – O encontro da psiquiatria com as ciências sociais é um fenômeno característico de nossa época. Área somente freqüentada por médicos especialistas, atualmente abre-se em várias direções.

Na história da psiquiatria, o século XIX foi marcado pelo esforço para inserir a loucura na moldura do modelo médico. Um salto dado na segunda metade do século XX foi a contestação de que a doença mental possa encaixar-se no modelo médico. A loucura acontece entre os homens, isto é, na sociedade. Segundo o novo ponto de vista, a psiquiatria, por assim dizer, dissolve-se no social. Vêm então ocupar o primeiro plano de interesse as pesquisas referentes à família, aos grupos, à sociedade. E sem dúvida seus resultados evidenciam quanto é freqüente que o indivíduo se sinta acossado de tal maneira no mundo externo, que somente encontre como saída a porta da loucura. Esta porta, porém, se abre para o mundo intrapsíquico. E logo se fecha. A saída de volta será difícil, e tanto mais difícil devido a não aceitação do mundo interno onde ele agora se debate, não só pelos psiquiatras tradicionais, mas também pela maioria daqueles que os contestam. Laing⁷ e outros poucos são exceções.

Por que o pesquisador se deterá apenas no estudo dos acontecimentos, cada vez mais agressivamente evidentes, dessa nossa época tão conturbada que empurra o indivíduo para a loucura?

7. R. D. Laing, psiquiatra e psicanalista, nascido em Glasgow, Inglaterra, em 1927. Autor de vários livros entre os quais *O eu dividido* e *O eu e os outros*. (Nota dos revisores)

Por que contentar-se-á com o registro de sintomas imediatamente acessíveis, isto é, dos fenômenos de desadaptação, de dissociação, de desagregação da personalidade consciente?

Por que desprezará a investigação em profundidade do obscuro mundo intrapsíquico e não tentará acompanhar o desdobramento do processo psicótico no inconsciente?

Mundo externo hostil, desagregação da família, falta de amor na infância, condições miseráveis da vida, frustrações repetidas, humilhações, opressão da vida instintiva, de aspirações culturais e espirituais, apertando o indivíduo num anel de ferro, provocam intensas emoções e tentativas malogradas de defesa. A psique não consegue fazer face a todos esses ataques juntos ou separados, e acaba incapaz de preservar sua integridade. Racha-se, cinde-se. As emoções, que não encontraram forma adequada de expressão, introvertem-se rasgando sulcos subterrâneos até alcançar a estrutura básica da psique. Essa estrutura, descoberta de Jung, é um tecido vivo de unidades energéticas encerrando disposições inatas para configurar imagens e para ações instintivas (arquétipos). Se ocorre no mundo externo acontecimento paralelo a uma dada situação existencial típica, imagem e ação correspondentes são revivificadas. Foi o que vimos no exemplo que acabamos de citar.

Dois posições – Deixando de lado a psiquiatria organicista em suas diversas modalidades, que situam a loucura dentro do modelo médico clássico, distinguem-se duas posições principais para encarar a condição psicótica.

A – O movimento conhecido pelo nome de antipsiquiatria contestando ser a esquizofrenia uma doença enquadrável de acordo com o modelo médico. A esquizofrenia seria uma doença social, resultante de um aprisionamento do indivíduo nas malhas de relações interpessoais opressoras, e na invalidação pela sociedade daqueles que não se acomodam passivamente a suas normas.

A reação inicial do indivíduo face à família e à sociedade, determinante de sua reclusão em uma instituição psiquiátrica, é sadia, é uma tentativa de defesa. Ele é cada vez mais empurrado para fora da realidade externa e isso o leva a fugir para o mundo interno. Esta fuga torna-se então um estado patológico, uma doença. Portanto, segundo esse ponto de vista, toda ênfase recai sobre os acontecimentos interpsíquicos na família e na sociedade.

B – Outra posição, também divergente do modelo médico tradicional, ao contrário, dá relevo maior na esquizofrenia aos fenômenos intrapsíquicos. Certamente considera importantes as difíceis situações interpessoais que o indivíduo vivencia na família e na sociedade. E sobretudo valoriza a intensidade dos abalos emocionais provocados por essas problemáticas, na profundidade da psique. Os conteúdos do inconsciente coletivo, assim reativados, são sempre material sadio. Sua mobilização, por mais tumultuada que seja, visa compensar a

situação externa adversa, encontrar saída para impasses intoleráveis, embora sob formas arcaicas. Esta é a posição da psicologia junguiana.

Partindo desses conceitos e a eles juntando suas observações de psiquiatra, John Weir Perry elabora sua compreensão da esquizofrenia. Em sua opinião "... as extensas investigações interpessoais que prevalecem hoje trazem apenas esclarecimento sobre os acontecimentos que levaram o indivíduo à psicose e às condições que poderiam, no ambiente, favorecer seu bem-estar pessoal e volta ao equilíbrio psíquico". A abordagem intrapsíquica, ao contrário, informa o indivíduo sobre o que está acontecendo com ele na condição psicótica. "Eu penso", diz Perry, "que este espaço interno onde o indivíduo se debate, por mais inconsistente que possa parecer, é um prodigioso cosmos cheio de potencialidades para o enriquecimento e aprofundamento de sua existência emocional".

A doença, sustenta Perry, acha-se na situação pré-psicótica quando se intensifica no indivíduo os sentimentos de não ser amado, de ser culpado, de sentir-se marginalizado. Desencadeia-se então o tumulto inicial do episódio psicótico. A energia psíquica é atraída para o nível arquetípico onde um processo de alta carga energética entra em atividade, tentativa exacerbada da psique para dissolver antigos estados psíquicos e dar origem a uma renovação total.

Não parece a Perry justificável chamar doença a este processo de renovação que se manifesta no episódio agudo. Trata-se antes de caminho da natureza para alcançar um nível de desenvolvimento mais alto. O que acontece é que "a loucura é talvez necessária, mas chega com uma força avassaladora".

Mas convém frisar que estas duas posições não são antagonônicas, salvo para aqueles que não aceitam a existência do inconsciente.

Laing, líder de investigações interpessoais, nem por isso valoriza menos as experiências internas que ocorrem na psicose. Ele escreve: "... decerto Jung, mais que qualquer outro, conseguiu vincular experiências psicóticas modernas a experiências humanas em outras épocas e lugares. Não há dúvidas sobre esse paralelo".

Quanto a mim, sempre me fascinaram as explorações no imenso mundo intrapsíquico. Foi com a intenção de fazer sondagens nesse mundo que escutei atentamente o desconexo palavrear do esquizofrênico; que observei sua mímica, gestos, atos, quer estivessem ociosos, quer na prática de atividades; que me debrucei sobre as imagens por eles livremente pintadas. Reuni essas imagens em séries, em longas séries, e infalivelmente significações acabavam por delinear-se. Aprender tais significações não é mera curiosidade científica. Não vejo como será possível entrar em contato com um homem ou uma mulher, e tratá-lo seja por que método for, sem fazer a mínima idéia da maneira como este outro está vivendo o tempo e o espaço, sem ouvi-lo sobre os estranhos pensamentos que lhe ocorrem e as imagens que avassalam sua mente. Um dos caminhos menos

difíceis para o acesso ao mundo interno do esquizofrênico é dar-lhe a oportunidade de desenhar, pintar ou modelar com toda liberdade.

Nas imagens assim configuradas teremos, por assim dizer, auto-retratos da situação psíquica, imagens muitas vezes fragmentadas, extravagantes, mas que ficam aprisionadas no papel, tela ou barro. Poderemos sempre voltar a estudá-las.

Muito se terá o que aprender em ateliês que funcionem em condições favoráveis dentro do hospital psiquiátrico. Minha escola foi nesses ateliês.

Convém frisar que as imagens devem ser estudadas em séries. Isoladas, parecem sempre indecifráveis. E, de fato, é difícil apreender a significação de uma única imagem. Será necessário o estudo comparado de muitas pinturas para compreendê-las. Com surpresa verificar-se-á que elas nos permitem acompanhar com bastante clareza o desdobramento de processos intrapsíquicos, e não raro descobrir paralelos mitológicos para esses processos individuais. Se uma série for desfalcada de uma só imagem, seja ela simples garatuja, sua compreensão ficará dificultada, tal como a perda de um hieróglifo poderá tornar ainda mais enigmática a leitura de um texto de antiga escrita egípcia.

Na intenção de realizar pesquisas sobre o desdobramento do processo psicótico, reuni desenhos, pinturas, modelagens. Esse material, colecionado a partir de 1946, acabou por constituir o acervo do Museu de Imagens do Inconsciente. Em recente visita ao Museu, no dia 7 de junho de 1978, Laing, referindo-se ao nosso acervo escreveu: "... esta coleção representa contribuição muito valiosa para o estudo científico do processo psicótico".

O acervo do Museu é marcadamente interdisciplinar, permitindo assim troca importante entre experiência clínica, conhecimentos teóricos de psicologia e psiquiatria, antropologia cultural, história, arte, educação. O psiquiatra encontrará nos arquivos do Museu de Imagens do Inconsciente longas séries de pinturas, datadas e reunidas segundo os respectivos autores. Poderá acompanhar através de seqüências de imagens o fio significativo do processo psicótico. E logo avaliará quanto o exercitar-se na compreensão da linguagem simbólica será útil no seu trabalho psiquiátrico de cada dia.