

## Antipsihiatria – cauze, obiective, consecințe. Critica antipsihiatriei. Psihiatria modernă, comunitară\*

*Atitudini antipsihiatrice s-au manifestat din totdeauna, cu mult înainte de apariția termenului „antipsihiatrie”, ca o reacție firească împotriva măsurilor terapeutice dure, aplicate bolnavilor, duritatea mergînd pînă la tortură sau condamnare la moarte, în perioada Inchiziției. Sînt cunoscute tratamentele azilare dezumanizante – încarcerare, imobilizare în cămașă de forță, asociate înfometării, sîngerării, purgației excesive, dușurilor, molestării. Cu timpul, deși îngrijirile au devenit mai umane, iar tratamentele mai blînde, reacțiile antipsihiatrice au continuat să se manifeste. Motivul? Seismoterapia și chimioteropia incisivă sînt considerate un alt gen de cămașă de forță, iar tratamentul obligatoriu, adesea necesar, o limitare a libertății de decizie a pacientului.*

Însă atacul masiv la adresa psihiatriei, lansat aproape simultan în mai multe țări (Anglia, Franța, Statele Unite, Italia), cu răsunet și mare succes de public, a început în deceniul al VII-lea al secolului nostru. *Un atac pe trei canale: pacienți, public, psihiatrii înșiși.* În ultimele decenii s-a înregistrat o proliferare a literaturii (puțin studiată) scrisă chiar de bolnavi externați din azile. Pe lîngă aprecieri binevoitoare sau recunoscătoare, uneori critici moderate, cel mai adesea sînt descrise tablouri sumbre din instituțiile psihiatrice. De asemenea, s-a înmulțit numărul denunțurilor înaintate de pacienți tribunalelor, asupra abuzurilor la care sînt (sau au fost) supuși în timpul internării.

---

\* Contribuția dr. M. Popa la volumul „Sănătatea mintală în lumea contemporană” tipărit în 1986 la Ed. Medicală.

Consecutiv, s-au constituit ligi antipsihiatrice, precum „Biserica scietologică”, susținătoare ale unor campanii înverșunate împotriva psihiatriei. Numeroase asociații (de exemplu, „Alcoolicii Anonimi”, asociațiile de toxicomani „Daytop Village”, „Synanon”) încearcă să demonstreze că se poate și fără psihiatri și că bolnavii înșiși își pot fi de folos unii altora.

Prin faptul că are frecvent un rol în internările obligatorii sau în externările nedorite, *psihiatrul este privit de public cu rezervă, nu rareori cu teamă sau chiar ostilitate*; mai mult, datorită unor inconsecvențe, abuzuri, erori, este asimilat agentului de represiune — socială și politică — sau considerat factor de subminare a societății. *Antipsihiatria*, denumire lansată de Cooper în anul 1967, în lucrarea „Psychiatry and Anti-Psychiatry”, se manifestă, însă, cel mai virulent din interiorul psihiatriei, ca o miscare psihiatricida, initiata și condusa de cei ce, de fapt, ar fi putut și ar fi trebuit să contribuie la progresul propriei specialități (29). Una din primele lucrări, „The Divided Self” (Eul divizat), a psihiatrului englez Ronald Laing, publicată în anul 1960 (36), a fost urmată de altele, cu titluri tot mai răsunătoare: „The Myth of Mental Illness” (Szasz, 1961), „Asylums” (Goffman, 1961), „Law, Liberty and Psychiatry” (Szasz, 1968) în S.U.A.; „Sanity, Madness and Family” (Laing și Esterson, 1968), „Raison and Violence” (Laing și Cooper, 1964), „The Politics of Experience” (Laing, 1967); „Psychiatry and Anti-Psychiatry” (Cooper, 1967), în Anglia; „L’histoire de la folie” (Foucault, 1961), „Une antipsychiatrie” (Heyward, Verigas Mireille, 1971), în Franța; „L’institution en négation”, (Basaglia, 1970), „L’assistance psychiatrique comme problème antiinstitutionnel — une expérience italienne” (Basaglia, 1971), în Italia etc.

Speculând unele insuficiențe teoretice și practice ale psihiatriei, cunoscute și analizate deschis de reprezentanți de seamă ai acesteia, antipsihiatria duce o luptă cu obiectiv retrograd și efect demoralizant asupra celor neinițiați sau neinformați, mai ales asupra publicului larg și psihiatrilor în formare.

Concepțiile antipsihiatrice, deși deosebite în privința obiectului contestării, se axează pe patru teze principale: 1) Antinosologia, după care nu ar exista boli mintale, ci „etichete” cu rol discriminator; 2) Sociogenia bolii mintale, ceea ce numim boală mintală ar fi o reacție normală în fața unei familii sau societăți psihotice sau psihotogene; 3) Antiinstituționalismul, care califică spitalul de psihiatrie drept o instituție dezumanizată, de segregare a membrilor societății; 4) Antiterapia — respingerea oricărui tratament și acceptarea, cel mult, a unor comunități terapeutice ultrapermisiive, dacă nu chiar anarhice (29).

1. *Antinosologia se întemeiază pe dificultatea asimilării*, în afecțiunile psihice, a modelului medical al sănătății fizice, psihiatria fiind acuzată de folosirea lui nejustificată, de obiectivarea\* bolnavului și neglijarea conținutului discursului său (24).

Încă din anul 1925, într-una din lucrările sale (32) Freud afirma: „În cadrul medicinei, psihiatria se ocupă de descrierea tulburărilor psihice și de reunirea lor în tablouri clinice, dar în momentele lor bune, psihiatrii se întreabă ei înșiși dacă aranjamentele lor pur descriptive merită numele de știință”.

*Pentru Szasz, profesor de psihiatrie la Universitatea din New York, boala mintală este un „mit” (ideea centrală, de fapt, a antipsihiatriei), iar psihiatria, o falsă știință, precum alchimia sau astrologia (?); ceea ce oamenii numesc acum boli mintale sunt, în cea mai mare parte, „comunicări exprimând idei neacceptabile, adesea încadrate într-un idiom neobisnuit”; „...bolile mintale, tot atât de ireale cât au fost și vrăjitoarele, sînt etichete pe care le punem pe semenii noștri”.* Diagnosticul constituie o formă de respingere, de clasificare, iar orice clasificare n-ar fi decât justificarea persecuției (de exemplu, a evreilor, negrilor etc.) (29)

Szasz neagă și necesitatea programelor americane de sănătate mintală, asimilîndu-le vînătorii de vrăjitoare de către Inchiziție, iar psihiatria preventivă a lui Kaplan, unui „sistem birocratic, unde tot mai mulți psihiatri lucrează mai mult sau mai puțin cu așa-ziși pacienți, psihiatria fiind o formă de totalitarism” (29).

---

\* (transformarea bolnavului într-un obiect)

Spre deosebire de consecvența concepției lui Szasz, prin care se cuprinde întregul sistem al psihiatriei (nosologie, asistență, prevenire, expertiză), ideile antipsihiatrilor englezi, în frunte cu Laing, sunt mai eterogene, fluctuante, preocuparea lor centrală fiind, asemenea antipsihiatrilor francezi, schizofrenia (25).

Demonstrațiile lui Kraepelin, de la începutul secolului al XX-lea, care au pus bazele psihiatriei ca specialitate medicală, sînt considerate de Laing distante, reci, modele ale incapacității de comprehensiune a psihiatriei clinice. Antipsihiatrul francez Heyward consideră schizofrenia inexistentă pînă la Kraepelin. După același autor, Kraepelin a inventat demența precoce, „*schizofrenia este o siluetă germană, îmbrăcată de un mare croitor elvețian*“, iar schizofrenul, „*un normal care a respins modul de producție mecanizat al civilizației contemporane*“ (29).

Și *isteria ar fi o invenție*, o creație a lui Charcot, la Salpêtrière, iar tipologia psihiatrică, un act de respingere, de depreciere valorică, numită cu dispreț „*etichetaj*“ (26). Totul se întîmplă ca și cum activitatea de clasificare ar funcționa în gol, s-ar desfășura în vederea unui rezultat nul, reluîndu-se și corectîndu-se fără încetare pentru a nu duce la nimic — o activitate permanentă, care nu a reușit niciodată să aducă un cîștig real. Clasificările nu ar funcționa decît cu titlu de imagini, prin valoarea mitului vegetal pe care îl poartă. Iar „*conceptele lor clare și explicite au rămas fără eficacitate*“ (Foucault). În schimb, „*numeroase sunt cazurile cînd un diagnostic de schizofrenie a contribuit la ruina unui destin uman*“, după cum „*lărgirea în exces a conceptului de boală mintală poate să facă din psihiatru complicele internării în scopuri polițieneste*“ (24).

2. Pornind de la succesele *sociologiei bolilor mintale*, în stabilirea raportului sănătate mintală — factori psiho-sociali, și descoperirea rolului familiei, al societății în etiopatogenia afecțiunilor psihice, *antipsihiatrii susțin că boala mintală nu este boală*, în înțelesul medical al termenului, *ci o formă de comportament normal deviat, o manifestare determinată de opresiunea socială*.

Contrar părerilor clasice, conform cărora simptomele schizofrene sînt, în esență, neinteligibile, Laing *încearcă* pe baza unui model teoretic, inspirat din filosofia existențialistă, să demonstreze că *psihoza constituie expresia unei „asecurități ontologice”, unei intense trăiri de singurătate*. Schizofrenia ar fi încercarea de a depăși o situație de netrăit, la care se ajunge datorită violenței. Ceea ce înseamnă că *schizofrenia nu trebuie considerată o boală, ci o revoltă împotriva violenței familiale și sociale, o tentativă pentru o nouă integrare a personalității*. „Copilul este supus acelorași forțe violente, precum iubirea; la fel au fost supuși mama și tatăl său, părinții lor și părinții acestora. Aceste forțe duc în special la distrugerea celor mai multe dintre particularitățile sale” (36).

„Cu timpul, noua ființă umană rămîne înnebunită, mai mult sau mai puțin adaptată la o lume nebună”. În aceeași lucrare, „Raison and Violence”, *Laing și Cooper vorbesc de violența pe care „sănătoșii” o exercită asupra celor „etichetați” drept nebuni, violența fiind considerată „acțiune corosivă asupra libertății altei persoane”*.

Individul pretins normal este acela care a suferit – fără să-și dea seama – toate atacurile acestei violențe exterioare. În realitate și el este nebun (înglobînd de asemenea psihiatrul), și el ar avea nevoie, pentru vindecare, să traverseze un salutar episod de schizofrenie. *Anumite teorii ale antipsihiatriei merg deci pînă la inversarea noțiunilor sănătate-boală, ajungînd la dihotomia societate bolnavă/delirant normal*.

Dintre aceste modele, cel mai extremist rămîne așa-numitul „model conspirativ”, conform căruia *societatea ar fi inventat noțiunea de nebunie numai pentru a-l cuprinde pe deviantul indezirabil, bolnavul fiind deci victima unei adevărate conspirații*. Într-o asemenea perspectivă, tratamentul psihiatric apare ca un „lavage de cerveau”, iar sinuciderea, o ieșire logică din această situație (26). După Laing, psihoza nu este altceva decît cunoașterea unei lumi interioare, o lume a „tăcerii”, a „vacuității” și „non-ființei”, sursă pentru o nouă ființă. Respingînd concepția „procesului” în schizofrenie și mergînd pe ideea că bolnavul este „simptomul familiei sale” (26) susținută de lucrările lui Brown (1960), Wyde și colab. (1965–1967). Lidz și colab. (1966). Laing și

Esterson, în cartea „Sanity, madness an the Family“, consideră *anomalia relațiilor din familie generatoare de psihoză*. Cel mai citat antipsihiatru este însă Bateson, reprezentant de frunte al teoriei sociogene în schizofrenie, conform căreia un factor etiologic important îi reprezintă situația „dublei legături“ (*double bind*), situație care *exprimă o perturbare a comunicării din interiorul familiei subiectului*. Acesta primește injoncțiuni contradictorii din partea unuia sau a mai multor membri ai familiei, mesaje pe care nu reușește însă să le discrimineze. „În familiile psihotice“ membrul indentificat ca pacient, prin episodul său psihotic, încearcă să se elibereze de un sistem alienat, fiind de aceea considerat mai puțin „bolnav“ sau măcar nu atât de alienat ca progenitura „normală“ a familiilor „normale“ (36).

Autorii teoriei dublei legături, cum remarcă Howells, au extins acest tip de comunicare în afara familiei schizofrenilor, nefiind totuși clar dacă psihoza trebuie privită ca o cale de adaptare la o asemenea situație sau dacă există și alte posibilități. Nu trebuie neglijat nici faptul că „double bind“ poate rezulta chiar din psihoză (29).

Teoriile antipsihiatrilor par, deci, să reflecte însăși viziunea unor schizofreni despre mediul lor familial și social, viziune formată printr-un mecanism de proiecție paranoiacă, à la J. J. Rousseau (24) omițînd că, de multe ori, conflictul psihopatologic perturbant se găsește în însuși centrul subiectului afectat de maladia mintală.

3. *Antiinstituționalismul*, mîndria antipsihiatriei anilor '60-'70, se sprijină pe rezultatele studiilor de sociologie medicală. Printre primele cercetări în acest domeniu le putem cita pe cele ale lui Caudill, care în 1952, cum menționam în cap. IV, s-a internat *incognito*, într-un spital de psihiatrie și a urmărit modul în care pacienții percep tratamentul, microsocietatea formată și nivelul scăzut de cultură al acestora (*underlife*). Belknap cercetează rolul grupului de nurses (surori) mai vechi, „cultura“ lui opusă adesea medicilor, modul dictatorial în care se comportă cu bolnavii sau conduce spitalul, „sistemul de putere“ în spitalul de psihiatrie constituind obiect de studiu și pentru E. J. Cumming (1, 29).

Antiinstituționalismul este ilustrat cel mai bine de Erving Goffman (45) în cartea sa „Asylums”, lucrare de referință a antipsihiatriei. Autorul își prezintă observațiile critice din perioada de un an, cât a lucrat ca personal mediu la spitalul „St. Elisabeth” din Washington (7 000 de paturi). *Spitalul de psihiatrie este descris ca o „instituție totalitară”, asemănătoare închisorilor, mănăstirilor, lagărelor de concentrare, cazărmilor, un „loc de rezistență și de muncă, unde un mare număr de indivizi cu situații asemănătoare, izolați de societatea mai largă, pentru o perioadă lungă de timp, trăiesc împreună o viață închisă, administrată formal”.*

În *spitalul azilar* totul este supravegheat și obligatoriu, între supravegheați și supraveghetori neexistând nici o relație terapeutică autentică: două grupuri, deci cu stataturi complet deosebite. Spitalul favorizează violența față de bolnavul mintal, ceea ce a făcut să se vorbească atât de „imperialismul psihiatric”. Spitalul accentuează depersonalizarea, agravează inadaptarea pacientului la viața socială. Dacă anterior internării individul are o concepție despre sine, odată intrat în unitatea psihiatrică acest suport se pierde datorită „degradării, umilinței, profanării eului său”. La internare, bolnavului i se întocmește un dosar în care este deja „etichetat”, catalogat, deseori fiind nevoit să se confeseze în public. Anamneza, predarea obiectelor personale, baia, cântărirea, primirea uniformei, sînt folosite în scopul supunerii bolnavului și nu vindecării sale. Administrarea neurolepticelor și, uneori, utilizarea intervenției psihochirurgicale fără accețiunea bolnavului, promovarea unui sistem jgnitor de privilegii și recompense (bilete de voie, rezerve, suplimente alimentare etc.), violențele personalului mediu și auxiliar (lovituri, insulte, atentate la pudoare etc.) duc rapid la apariția „sindromului umilirii înjuste”, descris și de psihiatri ca Baruk, Panse, Ey. Se petrece un fenomen de „violare sau mortificare a EU-lui, de pierdere a indentității, care nu contribuie la vindecare. Dimpotrivă. Tema dominantă în cultura bolnavilor azilari este poziția de inferioritate față de cei din exteriorul spitalului, sentimentul că se pierde timpul și că sînt niște exilați (32). „În concluzie, toate azilele trebuie închise și psihiatrii trebuie să devină antipsihiatri, al căror rol exact rămîne să fie precizat” (32).

Și Szasz atacă vehement internarea și tratament involuntar (obligatoriu), considerându-le imorale, nejustificate. Internarea bolnavilor periculoși este tot o formă de pedeapsă, după părerea autorului, cea mai gravă după pedeapsa capitală. În concepția lui Szasz (una din cărțile sale are subtitlul „Eșecuri asupra dezumanizării psihiatrice a omului“), „spitalizarea obligatorie este o crimă“, iar psihiatria instituțională, sclavie deghizată în terapie“. Pentru cazuri cu implicații medico-legale, el contestă și capacitatea psihiatrilor de a se pronunța asupra discernământului. „Psihiatrul nu are nici un drept să se pronunțe dacă un criminal este sau nu responsabil. Orice autor al unui act criminal trebuie întemnițat, judecătorul fiind singurul în măsură să se pronunțe asupra acestor fapte“ (39). Psihiatrii cunosc, de altfel, faptul că validitatea științifică a specialității lor a fost dezbătută mult mai aprins sub bolțile palatelor de justiție decât în universități.

*Antipsihiatria critică nu numai instituțiile psihiatrice, ci pe psihiatru însuși, considerat agent al represiunii sociale, „rolul lui pe lângă pacient nefiind decât nociv“. Trafându-și bolnavul, „psihiatrul își tratează în realitate propriile lui tare, pe care le proiectează asupra pacientului“, își descarcă „furia sa terapeutică“ și a societății; deci nu pacientul, ci psihiatrul este psihotic. Tema unui simpozion de psihiatrie din Canada a fost, de exemplu: „Trebuie oare internați psihiatrii?“ Temă de mare interes. Este cunoscută imageria țesută în jurul psihiatrilor — originali, ciudați, obsedați sexual, dacă nu chiar perversi, complicați, folosind un limbaj esoteric, în contact cu care riști să devii mai tulburat decât erai. Mai mult, s-a lansat chiar ideea, neconfirmată (dar nici infirmată) de studii, a structurării unei psihologii „aparte“, prin contagiune mintală, urmare a contactului îndelungat cu un mediu alienat. Imagine cu care mulți psihiatri se complac sau chiar o stimulează, imagine care, se știe, nu este decât proiecția altora, într-un sistem de apărare ce le permite să-și descarce asupra psihiatrului toate problemele, încercând să nege apartenența la ele (35). Marea ambivalență față de medici, în general, devine și mai intensă față de psihiatri. Prin specificul relațiilor interpsihice, a*



subtilității contactelor, apare pericolul dependenței de psihiatru. O amentințare, în același timp dorită dar și temută. Anecdotele și caricaturile despre psihoterapie, ca și reacțiile publicului, mărturisesc teama față de această dependență fantastică, deși este recunoscută, în cursul ședințelor psihoterapeutice, posibilitatea exprimării totale, accesul subiectului la o dimensiune umană personală, neștiută pînă atunci, cu un binefăcător efect catarctic (26). Dificultățile pe care le întâmpină psihiatrul, în demersul său, sînt sporite și de „reticența pacienților de a accepta, în lupta împotriva disperării, ajutorul cuiva, la fel de fragil, poate, și de expus ca și ei, mai ales cînd acesta nu se reclamă ca provenind de la o forță supranaturală” (26). De Ajuriaguerra a pus accentul pe *vulnerabilitatea psihiatrului*, printre dimensiunile personalității sale incluzînd și *fragilitatea*. Nu este necesar ca un chirurg să fi avut apendicită acută pentru a cunoaște această maladie, dar cu greu se poate concepe și rar poate fi întîlnit un psihiatru care să nu fi cunoscut niciodată angoasa. El este aproape tot atît de implicat în istoria bolnavului (mai ales în cursul unei psihoterapii) ca și bolnavul însuși (35). Psihiatrul îl împiedică pe pacient să rămînă liniștit nu din dorința perversă de a complica evenimentele, ci pentru a-l trimite la implicațiile sale (35). „Pentru mine, *psihiatrul este cineva care trebuie să trăiască zilnic sau aproape zilnic anxietatea extrem de intensă a bolnavului mintal*” (30); în cursul activității sale, trăiește el însuși diferitele reacții ale societății față de boala mintală, în special rejec-tarea anxietății și a delirului. Un sentiment profund de dezamăgire și descurajare poate interveni mai mult sau mai puțin rapid, în evoluția oricărui psihiatru, moment cînd poate surveni problema puterii, ca mecanism de apărare. În fața descurajării și dezamăgirii, psihiatrul se poate retrage sau acționa în continuare, fără să-l mai intereseze ce face; poate să devină, de asemenea, organizator sau scriitor ori poate fi cuprins de dorința de a-și domina colaboratorii, iar într-un anumit mod, și bolnavii. Toate acestea pot conduce și poate au condus chiar la ceea ce se cheamă azile. Din fericire această realitate este în curs de dispariție. Ea, totuși, „rămîne oricînd o tentativă posibilă” (30).

4. *Antiterapia* derivă din concepția de bază a antipsihiatriei — antinosologia —, fiind alimentată și de efectele secundare ale terapiei medicamentoase, regresivitatea indusă prin psihoterapie, uneori de nedepășit, și de accentuarea dependenței și apariția hospitalismului.

În susținerea poziției antiterapeutice, Laing, împreună cu Cooper au prezentat cazul unei infirmiere, internată în spitalul Kingsley Hall din Londra (27). O infirmieră-șefă adjunctă, dintr-un spital londonez, persoană cu un caracter activ, disciplinat, „simte că se pierde” și „trebuie să se întoarcă în trecut” pentru a se regăsi. Cîteva săptămîni continuă să lucreze ziua la locul său de muncă, petrecîndu-și noaptea la Kingsley Hall, pe o saltea așezată pe sol spre a se „abandona” incontinenței de urină și fecale. Dimineata, după o baie, se întoarce la serviciu; pe parcurs renunță însă la activitate și rămîne zi și noapte la Kingsley Hall. Regresivitatea continuă timp de doi ani, trecînd prin stadiul de „sugar” (alimentată cu biberonul), apoi „embrionar” și chiar „preconcepțional”, cînd pacienta stă tot timpul culcată, nemișcată, slăbită, mută, rece, cașectică. În momentul în care părea că se apropie de moarte, s-a produs reversivitatea spontană și debutul „neogenezei”. După încă șase săptămîni cu perioade alternative de regresie și progresie, pacienta se redresează complet, În prezent, spune Laing, eroina acestei istorii nu numai că s-a refăcut, dar și pictează, sculptează, modelează și scrie, activități pentru care anterior „voiajului” nu simțea nici o înclinație. Laing numește *metanoia* un asemenea proces spontan de transformare, de regresivitate, ce poate dura săptămîni, zile sau doar ore. În acest timp, bolnavul nu trebuie să beneficieze de nici un tratament cu excepția îngrijirilor strict necesare menținerii sănătății fizice.

*Ideile terapeutice ale antipsihiatriei nu sînt deloc noi.* Modul în care a fost tratată infirmiera bolnavă, de pildă, nu diferă de modul cum erau tratate bolnavele catatonice înainte de introducerea terapiei biologice și a electroșocului. Metoda era supranumită ironic „terapia brațelor încrucișate” ori, mai elegant, „oudenoterapia”. Ceea ce David Cooper

și Ronald Laing numesc *metanoia* este foarte asemănător cu ceea ce Carl Gustav Jung considera a fi „enantiodromie“.

Pornind de pe aceste poziții, Laing afirmă că „schizofrenia, în sens existențial, are puțin de-a face cu un examen clinic, diagnostic, prognostic și prescrierea de tratament“. *Psihoza fiind un „voyage“, ea nu trebuie tratată, căci tratamentele ar opri călătoria și întoarcerea.* „Nu de această călătorie avem nevoie să fim vindecați, ci aceasta este în sine o cale naturală de a vindeca îngrozitoarea stare de alienare numită normalitate“ (29, 36).

*Ideea îmbogățirii spirituale prin traversarea unui puseu schizofren, numită de Laing „politica experienței“* (36), a fost dezvoltată în America de un personaj foarte interesant, reverendul Anton Boisen, prin prezentarea propriei sale biografii. Dar Boisen se ferea să generalizeze. Cazuri asemănătoare sînt semnalate și de alți autori (28), o manieră romantică de a privi boala psihică inspirînd numeroase lucrări artistice și literare, care preced antipsihiatria.

Prin aceasta ei pot fi considerați moștenitorii mișcării supraréaliste care, cu mult înainte (de exemplu, Salvador Dali), glorificau nebunia nerețînînd din ea decît aspectele mai „estetice“ și uitînd latura sa distructivă. Este edevărat, retragerea impusă și astăzi în vederea tratamentului unelor îndelungat, pentru afecțiuni mintale, permite unor bolnavi o medicație ce îi poate conduce la remanierea existenței. În aceste cazuri nu este vorba totuși de esența bolii, ci de un epifenomen sau cel puțin de un factor parțial al acesteia (26).

Încă din 1864, Lombroso, în eseul său „Geniu și nebunie“, apoi Kretschmer, în deceniul al IV-lea al secolului al XX-lea, avansează ipoteza corelației geniu-afecțiune psihică (26). Și Lange-Eichbaum (1932) apropia psihoza de creativitatea lui Copernic, Newton, Linné, Kant, Stendhal, Donizetti, Faraday, Baudelaire, dar el folosește termenul într-un sens metaforic extins. În colecția lui Havelock Ellis (1904), din peste 1 000 de mari nume, numai 44 (4,2%) fuseseră psihotici. Legătura dintre geniu și nebunie rămîne deci o excepție (21). Schumann, Van Gogh, Nerval, Nietzsche,

Eminescu *și-au pierdut puterea creativă* după ce s-au prăbușit în psihoză. Pentru aceste personalități, creativitatea a fost, am putea spune, o tehnică de supraviețuire, o manieră de a stăpîni și utiliza conflictele interioare pe care le puteau încă integra înaintea prăbușirii în boala psihică (26).

*Paradoxal, antipsihiatria admite tratamentul.* Un tratament aparte, fără medicamente, *baza fiind comunitatea terapeutică.* Metoda provine din același curent al psihiatriei engleze, de liberalizare a vieții din spitalul de psihiatrie, apărut în deceniul al V-lea al secolului al XX-lea, care a extins „mișcarea ușilor deschise”, inițiată de Bell după anul 1949. Comunitatea terapeutică a făcut carieră în urma rezultatelor obținute la tratamentul nevrozelor și psihopaților la combatanții celui de al doilea război mondial, fiind susținută strălucit — teoretic și practic — de Maxwell Jones, la spitalul Belmont. Teoria este rezumată de Clark astfel:

- eliberarea comunicațiilor;
- analiza tuturor evenimentelor;
- procurarea de trăiri instructive;
- aplatizarea piramidei autorității;
- examinarea rolului;
- întemeierea comunității.

Formulele terapeutice folosite de antipsihiatrie derivă, deci, din principiile comunității terapeutice. Primul este principiul „*culturii terapeutice*”. Astfel, orice mediu închis duce la formarea unei culturi psihopatologice specifice: se știe, de exemplu, cum închisoarea tinde să devină „universitatea crimei” iar spitalul psihiatric determină „alienizarea” sau „hospitalism” (după francezi), „instituțională” sau sindrom de instituționalizare (după englezi). Această cultură trebuie să devină, din psihopatologică, psihoterapeutică. Ideea este mai veche, emisă și aplicată și de Esquirol, Hermann Simon, Eugen Bleuler. Celelalte două principii sînt „*expresia spontană totală*” și „*concepția totalitară a grupului*”. Fiecare are dreptul și îndatorirea să spună, în orice moment, ce gîndește și să audă ce se gîndește despre el și despre orice altceva. Ceea ce spune fiecare poate și trebuie să fie examinat în comun.

Orice incident face obiectul imediat al unei analize în grup, unde fiecare exprimă asociațiile libere care îi vin în minte. Hotărârile, inclusiv admiterea în grup și expulzarea sau externarea, se iau în colectiv prin vot deschis. Nu se folosește nici un fel de terapie psihotropă sau psihoterapie individuală. În formele noi de comunitate terapeutică, dezvoltate în mai multe variante de către antipsihiatrie (de exemplu comunitatea de la Sutton, din Anglia), puterea, atît de blamată a psihiatrului din spitalul azilar tradițional, organizat piramidal, este înlocuită de „totalitarismul grupului”, de „tirania majorității”. Totul este discutat de grup și supus aprobării acestuia; nu există inițiativă sau dorință personală care să poată fi pusă în practică fără aprobarea grupului. Preocuparea de a face din instituția psihiatrică un instrument terapeutic, *utilizînd exclusiv relațiile sociale din spital ca pe un agent de vindecare, conține în germene pericolul neglijării altor două dimensiuni etiologice fundamentale ale bolii mintale; dimensiunea biologică și cea intrapsihică*, adică lumea interioară a subiectului ca ființă unică, independentă și parțial determinată de schimbările sociale.

Comunitatea terapeutică, pe care de altfel a atacat-o în mod consecvent americanul Szasz, criticînd inconsecvențele antipsihiatriei engleze, dovedește contradicțiile concepțiilor antipsihiatrice, cînd afirmă, pe de o parte, că nu există schizofrenie, dar tratează „schizofrenia” și combate, pe de altă parte, necesitatea spitalelor de psihiatrie dar creează instituții de caritate, unde funcționează psihiatri.

\*

*Antipsihiatria face parte dintr-un vast curent de idei, cuprinzînd antimedicina, antișcoala, anticultura, antipolitica, antiinstituția. „Anti” devenise un fel de tic lingvistic în lumea occidentală a nilor '60-'70, mîndria unui fals rafinament cultural, ce revelează existența unei „antiideologii”. Astfel, sociologul mexican Ivan Ilici, de pe pozițiile antimedicale, antipsihiatrice, antiinstituționale, în cartea sa „Medical Nemesis: the Expropriation of Health” (Calder and Boyars, 1975) susținea: „...transformînd durerea, boala și moartea dintr-un afront personal într-o problemă tehnică, practica*

medicală expropriază potențialul individual de a se ocupa de condiția sa umană pe un drum autonom și devine sursa unui nou gen de anti-sănătate. Renunțați la medicină, înlăturați-i pe medici și, împreună cu ei, tot restul birocrăției. Restituiți, oamenilor responsabilitatea pentru îngrijirea propriei lor sănătăți. Demedicalizați boala, invaliditatea și moartea. Mai ales, debarasați-vă de toate aceste spitale. Întoarce-te, societate, la natură. Învățați să trăiți cu durerea, să acceptați în mod firesc moartea timpurie" (31). Titluri ca: „The Great American Medicine Show-The unhealthy state of U.S. Health care and what can be done about it" (Klaw S., New York, Viking Press, 1975), „Plaidoyer pour une antimédecine" (Ch. Dayant), „How to survive in hospital" (Katherine Whitecorn, 1972), „L'hôpital: J'accuse" (Ed. Denoël-Gouthier, Paris, 1975), „Malades et Médecine: la crise de confiance" (Ph. Madelin, Le Seuil, Paris, 1981), arată dezvoltarea unei crize de încredere, în Occident, în instituția medicală în ansamblul ei, nu numai în cea de psihiatrie. În ultimă instanță, în orice instituție socială. În cartea „Ces malades qu'on fabrique la médecine gaspillée" (*bestseller*-ul anului '77 în Franța) prof. dr. Jean Charles Sournia, director al Serviciului medical de securitate socială din Franța, denunță *medicina devenită o industrie producătoare de bolnavi*, rezultați din bilanțuri de sănătate și alte forme de „check-up", adevărate „fabrici de bolnavi", cu abuz de analize și medicamente, costul exorbitant trecând în contul colectivității. Autorul consideră că pentru a-i reda prestigiul, eficacitatea și chiar rentabilitatea, „medicina trebuie să înceteze de a mai fi bunul de consum care a devenit astăzi" (31).

Preocupările de analiză critică a societății contemporane nu sînt apanajul exclusiv al antipsihiatriei. Savantul austriac Konrad Lorenz, laureat al premiului Nobel pentru medicină din anul 1973, în cartea de mare succes „Die acht Todsünden der zivilisierten Menschheit", afirmă de pildă că cele opt păcate fundamentale ale patogeniei lumii contemporane și, implicit, ale genezei bolilor mintale sînt: •neomenia în relațiile interumane, •devastarea mediului natural, •dezlănțuirea tehnologică orbînd adevăratele

valori umane, •drogurile halucinogene, •degradarea fondului genetic uman, •ruptura cu tradiția, •uniformizarea gândirii prin mijloacele *mass-media*, •înarmarea nucleară. Același savant avertizează că **ideea conform căreia, conduita umană (normală și patologică) derivă exclusiv din condiționarea familială și socială și nu din mecanisme înnăscute, este o eroare fatală, ce poate duce la distrugerea speciei umane** (27) „Legile care ne guvernează sînt cele ale Marii Reforme de la 1656 (24) reluate și agravate; ele mențin «infernul concentraționar al spitalelor psihiatrice» unde, așa cum știm cu toții, suferă și mor în obscuritate condamnații social, aceia pe care adevărații inițiați îi plasează pe altare — un Nerval, un Hölderlin, un Antonin Artaud... Iată cum se scrie istoria. Fiecare din cei internați are în inimă un Van Gogh care doarme și pe care sistemul azilar îl împiedică să ajungă la conștiința propriului său geniu...” (38).

*Antipsihiatria*, după Henri Ey, este o *consecință naturală a dezvoltării explozive a psihiatriei*, începută în Occident către anul 1920. Prin implicarea psihicului în toate activitățile umane, psihiatria s-a crezut în stare să dirijeze educația, să rezolve conflictele sociale, să se pronunțe asupra problemelor păcii și ale războiului etc. (E. Fromm). Eroare intuită încă din 1947, cînd Ey prezicea că această „pan-psihiatrie” va duce la disoluția psihiatriei însăși.

După alții, antipsihiatria face parte dintr-o vastă *mișcare de nihilism* cultural, manifestat de la începutul secolului și afirmat prin „futurism”, „dadaism”, „suprarealism” iar mai recent, prin „hippies” sau adepții „punk”.

Antipsihiatria poate fi considerată o „*luare la cunoștință*”, colectivă, fenomen prezent în perioada de declin al unor mari instituții sociale, semnalat de cercetările de sociologie ale lui Herbert Spencer: „cînd un rău este foarte mare, atrage puțin atenția; cînd începe să scadă, se fac eforturi mari pentru a-l micșora; cînd a scăzut foarte mult, se reclamă din toate părțile măsuri energetice pentru a-l suprima”.

După Ellenberger, progresele farmacologiei au dus la golirea spitalelor psihiatrice de o mare parte din bolnavi și numai atunci au apărut scandaloase anumite abuzuri care



aveau loc în ele și, sub numele de antipsihiatrie, s-a ridicat o vastă mișcare de opinie (28).

Putem conchide că *unele idei antipsihiatrice* sînt în primul rînd *forme deghizate ale criticii capitalismului contemporan*, deși s-ar putea replica — ele sînt valabile pentru întreaga lume contemporană, ca efect al înstrăinării.

Antipsihiatria, această generală negare a existenței maladiei mintale, a necesității spitalelor de psihiatrie, a tratamentului sau chiar a psihiatriei ca ramură a medicinei, a stîrnit replici viguroase ale psihiatrilor din lumea întregă. Cum am menționat, extinderea înțelegerii bolii mintale, acceptarea mai largă a psihopatogenezei precum și a necesității de a acorda mai multă libertate bolnavilor sînt idei susținute în numeroase școli psihiatrice, dar fără excesul de argumentație anarhistă al antipsihiatriei. Martoră în această privință este psihiatria comunitară.

*Din confruntarea de idei „psihiatrie-antipsihiatrie” au avut loc „mutații importante în asistența psihiatrică, mutații care au transformat psihiatria de azil și de amfiteatru a secolului trecut în psihiatria socială contemporană”.* A crescut ponderea asistenței extraspitalicești, s-a introdus spitalizarea parțială, au luat ființă centrele de sănătate mintală implantate în comunitate, baza „psihiatriei comunitare”, s-au diversificat și introdus pe scară largă metodele socioterapice, s-au intensificat cercetările sociologice. Astfel, în contrast cu extremismul antipsihiatriei, cercetările de psihiatrie socială de la Institutul de psihiatrie din Londra (condus de J. K. Wing) (29) au demonstrat că, indiferent de factorii cauzali direcți ce ar putea fi descoperiți în etiologia schizofreniei, de exemplu, mediul social poate exercita o puternică influență asupra evoluției bolii. Prin aceste cercetări, Wing a elaborat și conceptul de *handicap secundar*, considerîndu-l condiționat de doi factori: *atitudinea negativă față de bolnav și micșorarea contactului cu lumea din afară.*

Sînt motive să admitem, împreună cu H. Ey, „*antipsihiatria constructivă*” (49); sau asemenea lui Sztutman și Porot, „*antipsihiatria pozitivă*” care, analizînd condițiile nefavorabile de tratament în spitale, a militat pentru umanizarea lor, în unele țări impunînd modificarea legislațiilor învechite.



A rămas celebră afirmația lui H. Ey, în prefața cărții lui Brisset: „dacă ești antipsihiatru pentru a contesta psihiatria carcerală pe care ne-o lăsase moștenire secolul al XIX-lea, înțeleg să fiu considerat primul antipsihiatru“ (29).

Este greu de acceptat ideea că nu trebuie făcut nimic pentru a îndigui fenomenul psihopatologic, așa cum nu putem admite că boala mintală rămîne o ficțiune, o creație artificială a medicinei. Dacă am accepta o astfel de concepție, atunci pacienții psihici nu ar mai beneficia de protecție și tratament medical și ar fi, în totalitate, supuși unor proceduri restrictive mult mai severe decît cele psihiatrice; restrîngerea nerațională a psihiatriei, cum o demonstrează recent\* experiența americană și italiană prin desființarea masivă a spitalelor de psihiatrie, a dus implicit la lărgirea sistemului penitenciar.

*Eșecul teoriei desființării spitalelor de psihiatrie n-a întârziat*, astfel încît și cei mai aprigi dușmani și-au reconsiderat în cea mai mare parte poziția. Preferată în prezent, rămîne atitudinea moderată: reducerea numărului de paturi de psihiatrie în țările cu indice crescut de asigurare și creșterea lor acolo unde este necesar.

Comunitatea terapeutică, aplicată riguros, în sensul prescripțiilor lui Jones — atmosferă ultrapermisivă, desființarea oricărei diferențieri între personal și pacienți, concentrarea asupra întrunirilor zilnice între pacienți și personal — nu și-a atins scopul, așa că după o scurtă perioadă de euforie, a început să fie părăsită. O cauză, pericolul — cum se exprimă Recamier — transformării acesteia într-o ideologie și practicării ei asemenea unei doctrine politice. *Folosirea neselectivă a comunității terapeutice*, în unele cazuri, a dus la scandaluri și procese. Aceași evoluție a avut-o sistemului autoadministrării de către bolnavi.

Nu putem trece cu vederea faptul că prin comunitatea terapeutică s-a stimulat interesul pentru umanizarea asistenței psihiatrice, îmbunătățirea metodelor și mijloacelor terapeutice care să permită îngrijirea bolnavului psihiatric

---

\* este vorba de anii '70-'80

fără constrângere, păstrându-l în mediul său familial și social, idee de bază a „psihiatriei comunitare“, promovată de școala românească de psihiatrie.

Astfel, unele din ideile de la Belmont au devenit parte integrantă a socioterapiei actuale — întrunirile zilnice între pacienți și personalul din secții, voluntari și bolnavi în roluri de îngrijire, ajutorul reciproc al pacienților, abandonarea, în anumite situații, a rolurilor profesionale formalizate, chiar a uniformei bolnavilor și personalului.

Făcînd aluzie la eșecurile antipsihiatriei, Recamier sublinia că „orice instituție psihiatrică trebuie să se organizeze între cele două riscuri extreme, al încarcerării azilare și al nebuniei colective“.

Antipsihiatria nu a furnizat pînă în prezent argumente convingătoare, din care să reiasă că noile structuri amplifică posibilitatea curativă, în comparație cu spitalele clasice. Pericolul ei se manifestă încă, repetăm, și asupra generației tinere de psihiatri, specialiști în formare. *Sub influența ideilor antipsihiatriei, unii folosesc procedee terapeutice discutabile.* Ei se identifică cu pacienții, stîrnindu-i împotriva anturajului sau a familiilor lor. Alții proclamă că marea afacere a fiecăruia este „să-și găsească adevărul personal“; care poate fi homosexualitate, alcool, sinucidere — puțin importă; esențialul este ca psihiatrul să-și ajute pacientul să și-l găsească și, desigur, acesta să-și plătească psihiatrul (27).

*În concluzie,* elementul central al antipsihiatriei este contestarea conceptului de boală mintală, în favoarea unei relativizări sociologizante, ceea ce implică excomunicarea arbitrară a psihoticului din societate prin intermediul psihiatriei; de asemenea, atribuind psihiatriei contemporane, exclusiv, modelul medical anatomo-clinic, aplicabil numai în bolile somatice, se ignoră modelul real al psihozei și intervenția „terapeutică“ adecvată.

*O acceptare fără discernămint a ideilor antipsihiatriei înseamnă și mai mult: renunțarea la asistența medicală și socială de înaltă calitate, la disculparea penală a bolnavului psihic; anarhizarea, pînă la dizolvare a instituțiilor psihiatrice.* Tot atît de gravă apare abținerea de la terapie, datoria etică

profesională a tuturor medicilor. Subscriem astfel la ideea lui E. Pamfil: „înțelepciunea actului psihiatric constă în însăși practica absolvirii de suferință și durere morală. Acțiunea e mult mai extinsă decât știința, iar binele posibil, mai vast decât știința medicinii“ (29).

Antipsihiatria apare deci ca un curent extremist, ce aduce, dincolo de limitele raționale, unele puncte de vedere juste; „deși funcționează pentru psihiatru ca un sistem autocritic, care îl face să întrevadă continuu excesele posibile ale puterii sale (n.n. citește, funcției sale), ea nu poate fi acceptată fără discernământ, reorganizarea și reforma psihiatriei avînd nevoie de coerență și ordine în idei și acțiune“ (29)\*.

Psihiatria reușește să aprofundeze gama tulburărilor psihice, ținînd seama, în diagnostic și tratament, de complexitatea fenomenului psihopatologic, de necesitatea integrării dimensiunilor biologice, psihologice, interpersonale și sociale. Psihozele „endogene“, ținta atacurilor antipsihiatrice, sînt rezultatul unei cauzalități multifactoriale (genetice, biochimice, psihogene, sociogene). Latura biologică a esenței lor nu mai poate fi astăzi contestată, așa cum o demonstrează cercetările genetice, psihozele „endoforme“ determinate de leziuni cerebrale sau intoxicații cronice, epilepsia, diversele modele experimentale (psihodislep-tice, private), precum și posibilitatea influențării lor prin mijloace somatice.

Istoria psihiatriei contrazice teza lui Foucault, conform căreia nașterea psihiatriei și a „personajului medical“ (a psihiatrului, n.n.) ar însemna nu eliberarea bolnavului mintal, ci alienarea sa.

Alături de H. Ey și E. Pamfil, sîntem de părere că psihoza implică problema libertății. Dar nu în consecințe, ci în însăși structura sa, psihoza abrogînd această libertate. Patologia mintală poate fi considerată, astfel, o „patologie a libertății“, iar psihiatrul, un restaurator al acesteia, devotat dezalienării. Copleșitoare răspundere, care cere știință și, deopotrivă, omenie și har!

---

\* Bibliografia poate fi găsită în volumul citat.