

BIBLIOTECA DE FILOSOFIA E HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS
VOL. N.º 17

FRANCO BASAGLIA
(coordenador)

A
INSTITUIÇÃO NEGADA

Relato de um hospital psiquiátrico

3ª Edição

Tradução de
HELOISA JAHN

graal

© Giulio Einaudi Editore s.p.a., Torino, 1968

Traduzido do original em italiano francês *L'Istituzione Negata*

Capa Fernanda Gomes

Revisão Henrique Tarnapolsky, Umberto Figuiredo Pinto

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

147 A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico / coordenado por Franco Basaglia; tradução de Heloisa Jahn. — Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985
(Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v. n. 17)

Tradução de: *L'Istituzione negata*
Apêndice
Bibliografia

1. Hospital psiquiátrico — Aspectos sociológicos 2. Psiquiatria
3. Psiquiatria social I. Jahn, Heloisa II. Título: Relato de um hospital psiquiátrico III. Série

CDD - 616.89
616.89

85-0184

1ª edição: 1985

Direitos adquiridos por
EDIÇÕES GRAAL Ltda.
Rua Hermenegildo de Barros, 31 A
Glória, Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (021) 252-8582
que se reserva a propriedade desta tradução.

2001

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

A INSTITUIÇÃO NEGADA

Relato de um hospital psiquiátrico

fe
Cl. Carimbo
ano de

me
C 7 * *

acusadas de não terem dado o passo à frente que todos esperavam delas. A questão foi então debatida durante reuniões semanais reservadas às enfermeiras de todos os setores femininos. Ali as enfermeiras do C foram acusadas por suas colegas até sentirem-se impotentes e paralisadas. Não sem alguma razão, tiveram a impressão de estar servindo como "bodes expiatórios" do hospital. No interior de seu grupo começou a se desenvolver nessa época uma pequena minoria que aderiu às exigências da vanguarda; essa minoria, entretanto, não se conseguiu estruturar nem encontrar um líder capaz de se opor às pessoas que surdamente continuavam boicotando a liberalização do setor.

O resultado foi uma adesão quase que fatalista ao projeto de abertura e uma atitude passiva diante do diretor e da equipe dirigente, que "de qualquer jeito teriam aberto o setor".

Tal desresponsabilização delegou à equipe, de fato, a tarefa de fixar a data de abertura. Primeiro esta foi dada como iminente, para "antes do Natal", de uma maneira bastante vaga, a fim de permitir eventuais "preparativos" (em particular, a transferência de certas doentes, as "problemas", para outros setores já abertos, transferência essa decidida pelas pacientes e pelas enfermeiras do setor de origem, discutida e aceita pelos setores a que iam sendo confiadas). Em seguida, o prazo foi abreviado para "dentro de um mês", a fim de que os "preparativos" fossem acelerados, mas então percebeu-se que todos esses preparativos podiam ser considerados insuficientes para garantir a possibilidade de abertura, e que o prazo fixado se baseava em justificativas ambíguas.

Assim, na tarde de 21 de novembro, na reunião semanal de todas as enfermeiras, o diretor perguntou: por que não amanhã? — e ninguém se opôs.

A dinâmica interna do grupo dos enfermeiros passara por uma modificação evidente, os enfermeiros assumindo a responsabilidade de gerir o setor depois da abertura, de enfrentar a nova situação, recusando-se ao mesmo tempo a assumi-la enquanto livres protagonistas da transformação.

UMA CONTRADIÇÃO INSTITUCIONAL: O SETOR ALCOÓLATRAS

BEN — Sou contra os alcoólatras viverem juntos, e se alguém me dissesse para vir à *comunidade social*¹ eu perguntaria logo por quê. Prefiro viver com os outros, porque acho que o problema dos alcoólatras é igual ao dos demais, ao dos outros doentes atingidos por outras doenças, digamos, mentais. Eu, pessoalmente, sou contrário, porque vivendo junto com alcoólatras em outras instituições ouvia-os dizerem em certos momentos: mas nós não somos loucos, somos alcoólatras, nada mais. Contudo, penso que nossos problemas — os dos alcoólatras — são iguais aos dos outros doentes.

CASAGRANDE — Além dos motivos agora apontados e que, a meu ver, dizem respeito ao problema geral da relação dos alcoólatras com os demais pacientes, você acha que existem outros motivos mais estreitamente ligados à estrutura deste hospital?

BEN — Acho. Incomoda-me ver um setor só para alcoólatras. Por exemplo, ver enfermeiros que, diferentemente dos colegas dos outros setores, não usam uniforme; ver os alcoólatras juntos fazendo, muitas vezes, sua própria comida — e assim por diante. Em suma, parece-me uma coisa injusta. Eu preferiria ver os alcoólatras reunidos aos outros doentes, não só porque têm os mesmos problemas mas porque por esse critério teria que pôr os esquizofrênicos com os esquizofrênicos, os deprimidos

1. Este é o nome pelo qual é conhecido o pequeno setor dos alcoólatras, de que trata este capítulo.

com os deprimidos, e assim por diante, enquanto aqui se tende a viver todos juntos.

CASAGRANDE — Se entendi bem, você acha que se criou uma estrutura que contrasta com o resto do hospital?

BEN — É, é isso mesmo. Na realidade já falei com outros alcoólatras que não estão aqui agora, convidando-os a virem comigo participar desta reunião e eles me responderam: "Não, no setor dos alcoólatras, com os outros, lá não entramos."

Este diálogo foi retirado da gravação de uma das reuniões diárias do único setor do hospital formado a partir de um parâmetro nosográfico. No setor, denominado *comunidade social*, vivem dezesete alcoólatras; entretanto o doente cuja intervenção foi citada não faz parte do núcleo: pediu para participar durante algum tempo, como observador, das reuniões dos alcoólatras. Depois de um período de aproximadamente dez dias, durante o qual permaneceu de forma aparentemente passiva, quando um dos pacientes colocou o problema de como eram considerados aqueles que viviam naquele setor pelos outros membros da comunidade, interveio, como demonstra a documentação, discutindo a validade da existência daquela estrutura em relação à instituição como um todo.

Como se depreende claramente do diálogo, por um lado, e como pode ser confirmado indiretamente pelo problema proposto pelo paciente do setor alcoólatras, por outro, Ben assume a posição de porta-voz lúcido e consciente de uma contradição presente em muitos daqueles que vivem e agem na comunidade do hospital, sejam eles doentes, médicos ou enfermeiros.

A denúncia de Ben é confirmada por diversas manifestações de impaciência que pouco a pouco foram eclodindo, até desembocarem em ações de ruptura.

O hospital vive agora uma situação de livre movimento e comunicações livres, em que as contradições vêm à tona e se fazem presentes em todos os níveis. Estamos num momento de crise, que exige uma reconsideração sobre o significado do setor alcoólatras. Tal crise se evidencia, de acordo com o diálogo mencionado, até mesmo numa reunião da equipe médica, onde vimos avaliando a razão da existência de um setor que até então parecia ser a solução mais avançada e adequada à organização geral.

O setor alcoólatras nasceu há um ano e meio, em abril de 1966. Esse foi um período difícil da história do hospital, com dois

setores ainda completamente fechados, assembleias-gerais de comunidade funcionando há cerca de seis meses, alguns setores ainda sem reuniões. Momento em que, a partir da transformação institucional ainda em processamento, da negação de uma organização concentradora ultrapassada, que tem como único resultado o aviltamento do homem e a espoliação de sua dignidade, dão-se os passos necessários para criar uma nova organização, cuja evolução no tempo não se pode prever. Nessas circunstâncias qualquer coisa que se faça que negue a instituição tradicional tem valor e assume um significado. Noutras palavras, tudo serve. Nesse momento a comunidade terapêutica toma forma e inicia sua expansão dentro do hospital. Seria errôneo, entretanto, pensar que esse setor surge somente do desejo de estar na moda; ao contrário, sua constituição corresponde a uma exigência, tal como ocorreu com todas as realizações que a precederam e que viriam a sucedê-la. É, de fato, na remodelação do setor de admissão-homens que vamos encontrar as raízes de sua formação.

Pronta a reforma, os pacientes, que durante as obras foram divididos em grupos e distribuídos pelos diversos prédios, vêm-se outra vez reunidos. Trazem consigo, todavia, elementos de diversificação que se haviam formado e consolidado paulatinamente durante a subdivisão anterior. Assim, encontramos de um lado os "dispensários" (ou seja, aqueles com garantias previdenciárias), que contam com certa possibilidade de recusar-se ao internamento e que gozam de maior liberdade de movimento: vivem em quartos separados dos outros e recebem alimentação melhor. Junto a eles estão os psicóticos, considerados os que mais precisam de assistência porque são mais fracos e têm mais dificuldade para se juntarem aos outros. Estes haviam participado até então de um grupo de psicoterapia constituído justamente com o objetivo de reforçar seu *ego fraco* e facilitar sua integração junto aos outros doentes. Havia, depois, os alcoólatras. Estes também tinham participado de seções psicoterápicas tendentes a aproveitar o fato de que eles passavam juntos as várias horas da jornada, formando um núcleo homogêneo, o que reduzia ao mínimo indispensável o seu contato com os outros doentes. Finalmente, um último grupo compreendendo os neuróticos, os deprimidos, os doentes orgânicos e os velhos. Há, portanto, um problema de homogeneização dessas quatro categorias que certamente não corresponde a exigências nosográficas, antes indicando quatro diferentes conotações sociais, fruto de uma situação peculiar. Como não reconhecer os privilegiados de primeira classe nos dis-

pensários? E os psicopatas, não seriam eles os "incompreensíveis", aqueles que são considerados os únicos e verdadeiros "loucos", aqueles que devem ser continuamente diferenciados e que talvez fosse mais adequado internar num setor fechado? Os alcoólatras, por sua vez, não seriam viciados cuja culpa era não terem força de vontade, com quem só se exigiria o uso de severidade e pulso firme? E, finalmente, quem são os outros senão pessoas que se internam para repousar ou para fugir de suas responsabilidades de trabalho? Ou ainda velhos lamurientos e senis, ou pessoas que choram sem razão, nada mais do que uns "chatos"?

Não é fácil, certamente, uma homogeneização entre privilegiados e oprimidos, entre culpados e párias. Não parece exatamente uma solução estender os grupos psicoterápicos para os outros, seja por motivos de ordem teórica, seja — e esta é a principal razão — por questões práticas. De fato, faltava tempo até mesmo para dar continuidade àqueles trabalhos que já tinham sido iniciados, e, por outro lado, torna-se extremamente difícil para o médico representar ao mesmo tempo o duplo papel de psicoterapeuta e socioterapeuta comunitário. O problema seria então resolvido através da via que parecia mais indicada — visto que foi liberada uma ala do setor de doentes crônicos —, ou seja, o afastamento dos alcoólatras. Mas por que justamente eles, pode-se perguntar, e não uma outra categoria qualquer?

Muitas foram as razões que fizeram com que a decisão pendesse para esse grupo. Em primeiro lugar, é o mais forte e numeroso; é aquele com o maior número de reincidentes: estávamos trabalhando numa província localizada numa das regiões com maior incidência de alcoólatras. Por outro lado, sua separação fazia presumir maior possibilidade de coesão entre as categorias remanescentes. Dávamos início a uma nova experiência, que não sabíamos prever como evoluiria e que esperávamos pudesse trazer esclarecimentos no campo do alcoolismo.

Inicia-se assim a vida do novo setor, que parte de um primeiro núcleo de doentes abrangendo todos aqueles que haviam tomado parte do grupo psicoterápico. À medida que se abrem vagas a partir de altas, somam-se muitíssimos outros alcoólatras, oriundos sobretudo do setor de admissões. Como critério de escolha, considera-se o grande número de reincidentes e as dificuldades de solução dos problemas sociais. Assim, nesse novo setor são acolhidos os pacientes com dependência alcoólica não recente, muitos dos quais com várias experiências anteriores de internamento em ambientes tradi-

cionais, carregando nos ombros muitos episódios de diferentes tipos de intoxicação aguda e apresentando sinais de deterioração psíquica. Por outro lado, trata-se, na maioria, de pessoas já "constatadas", isto é, que segundo a lei de 1904 sobre a assistência psiquiátrica já superaram o período de observação; estão, assim, ligadas ao hospital e socialmente estigmatizadas.

O setor é totalmente aberto; abriga um máximo de dezessete doentes e até hoje já registrou a presença de setenta e duas pessoas. É gerido de forma comunitária, segundo os cânones de autogoverno. À noite realizam-se reuniões diárias de que participam doentes, médicos e enfermeiros, durante as quais tomam-se conjuntamente todos os tipos de decisão. Tais reuniões representam um momento de avaliação e de contestação recíprocas, com todos os limites e contradições que esta diretriz abrange (ver, a respeito, o depoimento sobre autogoverno, neste mesmo volume). Na evolução do setor puderam-se reconhecer diversas fases.

No primeiro momento assiste-se a uma recusa de colaboração. As ausências às reuniões são numerosas; cada um fica por sua conta e procura criar um espaço próprio fora do setor. Mas as dificuldades que encontram na relação com os outros, por uma espécie de cinâmica de má fé e incompreensão mútua que se estabelece entre os alcoólatras e os não-alcoólatras, determinam uma volta ao grupo. A participação torna-se mais ativa à medida que a "cultura comunitária" vai-se constituindo como patrimônio comum. Pouco a pouco é reconhecido o fim comum, terapêutico, que une médicos, enfermeiros e doentes. O exemplo do primeiro setor gerido pela comunidade terapêutica torna-se um modelo a ser seguido. A união ocorre nos momentos de discussão, que envolvem desde fatos elementares como a refeição, até outros mais complexos, que comportam um maior sentido de responsabilidade. Dessa forma o doente vai-se conscientizando pouco a pouco de suas possibilidades de decisão no âmbito da gestão do setor e da formação de normas que devem orientá-lo. Começa a sentir o setor como uma coisa sua, que lhe pertence, não mais como uma situação qualquer, arbitrariamente imposta de cima para baixo. No início, de fato, é visto como uma pessoa que foi afastada das outras, a quem não se concede o direito de ficar no setor de admissões e a quem se deseja aproximar dos doentes crônicos; por essa razão não quer aceitar a nova sistemática, tenta afastar-se dela, sabota-a; mas quando experimenta as verdadeiras dificuldades de relacionamento com os outros, volta, descobre novas possibilidades, sente-se mais seguro

e se prepara para defendê-la. Data desse primeiro período a procura, por parte daqueles que fugiam do setor, de inserir-se ao nível da comunidade geral: assim, os que dirigem seus esforços no sentido de integrar-se na assembleia-geral esperam que suas dificuldades sejam continuamente estigmatizadas pelos outros, cujas admoestações, não fora assim, nunca poderiam aceitar. Dessarte, quando se arriscam a assumir algum encargo envolvendo um certo grau de responsabilidade (como, por exemplo, presidir a assembleia), não conseguem levar a tarefa a termo. Suas tentativas de instrumentalização são quase sempre desmistificadas e vêm-se frente a frente com os outros, sem qualquer defesa, sem qualquer escudo. No bar, onde todos podem tomar uma cerveja por dia, sentem-se obrigados a recusar até mesmo essa única cerveja. Dão-se conta de que são os *alcoólatras do hospital*, para quem não há compreensão. Se um paciente grita, briga ou incomoda, no fundo a comunidade é capaz de compreendê-lo e apoiá-lo se é um doente qualquer, que tomou uma cerveja a mais e ficou perturbado. Porém se é um doente do setor de alcoólatras, a margem de tolerância desapareceu subitamente, e ele se torna o bode expiatório de todas as tensões. As reuniões do setor naquele período transcorriam em longas pausas de silêncio e as poucas intervenções dos doentes tendiam a sublinhar um clima de opressão ou exploravam temas vagamente persecutórios do índice de rejeição por parte da comunidade hospitalar. Eis porque surge a exigência de criação de um espaço próprio como alternativa para a exclusão pelos outros.

Inicia-se assim uma segunda fase, que vamos definir como "de ajustamento". Empreende-se um maior número de iniciativas e chega-se a uma distribuição de tarefas. Nesse período alguns ficam em evidência por sua capacidade, obtendo o consenso dos outros. Formam-se, nesse processo, os primeiros líderes, que são aqueles que propõem iniciativas, e fazem com que sejam cumpridas, responsabilizando também os outros. Esses líderes colocam-se como porta-vozes do setor nas assembleias-gerais da comunidade e passam a constituir um ponto de referência alternativo para o médico e para os enfermeiros. Entretanto, quando o alcoólatra tenta uma saída, ainda em busca de um relacionamento com os doentes dos outros setores, encontra uma desconfiança que se resolve numa nova convicção da própria marginalidade. Isso o leva, por um lado, a consolidar sua confiança no grupo, onde se sente seguro, e por outro, a tomar consciência de ter encontrado uma maneira diferente de situar-se junto aos outros que não a dependência alcoólica. De fato, no grupo ele

tem a consciência de não mais estar diante de uma autoridade cega e materialista a quem não ousa contrapor-se, que constantemente o incrimina, que o constrange à dependência como única possibilidade de relacionamento — embora reificada e coisificante. Não vivencia, portanto, uma situação que oprime, mas uma situação conflitiva na qual lhe são propostas diversas alternativas. Não é um outros que escolhe em seu lugar, mas ele próprio, que está em situação de assumir-se. Contudo, ele só sente isso no setor, onde descobre sua capacidade de contrapor-se ao outro e constata que pode viver com ele sem precisar disfarçar ou mentir. Sente-se, portanto, "compreendido e aceito", mas quando está fora de seu grupo vê-se continuamente oprimido por um estigma que o persegue e o obriga a um papel que despreza. Por isso mesmo busca em seu grupo um crescente amadurecimento das relações recíprocas: uma busca cada vez mais intensa de clareza e de lucidez, de mais homogeneidade. Nessa fase o setor adquire maior força, coloca-se como exemplo diante dos outros setores em decorrência das próprias iniciativas (passeios na cidade, jantares, acampamentos, organização de festas), em suma, estabelece relações com o exterior do hospital, seja como resultado das iniciativas já mencionadas, seja fazendo com que um número cada vez maior de familiares participe das reuniões. É justamente nesse período que se tende a refutar a denominação de "setor alcoólatras", passando a utilizar-se, pelos doentes e enfermeiros, o nome "comunidade social", como tentativa simbólica de refutar a exclusão, transformando-a, ao sublinhar o caráter comunitário da experiência em curso. Ao mesmo tempo, entretanto, tornam-se cada vez mais raros os contatos com o resto da comunidade hospitalar.

A participação dos alcoólatras nas reuniões da assembleia-geral é cada vez mais esporádica; as raras vezes que intervêm fazem-no em grupo, com a única finalidade de manipulá-la para algum projeto que tenham de reserva: são os únicos que não tomam parte nos passeios coletivos. Individualmente procuram camuflar-se o mais possível, para não se exporem, unindo-se a fim de dar ao setor uma posição de vanguarda. É esta a forma de reagirem à exclusão da comunidade, à qual responderam com a constituição de um serviço-piloto que tende, por sua vez, a excluí-la. Hoje sentem que têm algo de construtivo para opor aos outros, e com satisfação verificam que até mesmo os outros setores seguem seus passos. O ápice é atingido quando toda a assembleia decide que no ano vindouro cada setor decidirá seus próprios passeios. O setor alcoólatras tem

assim a ilusão de ter vencido sua batalha. Desde então o hospital é aberto, tornou-se possível a todos dispor de liberdade de movimento. Até mesmo a comunicação entre os diversos setores e os vários pacientes tornou-se muito liberalizada. Há maior possibilidade de troca de pontos de vista e maior necessidade de confronto, inclusive fora do quadro institucional representado pelas assembléias. Os alcoólatras dão-se conta, assim, de que reduziram excessivamente o próprio espaço; sentem necessidade de dilatá-lo, têm consciência, agora, de que o mecanismo que os levou à hospitalização é idêntico ao dos outros pacientes: em suma, ficam conscientes de terem sido excluídos da sociedade. Parece lógico, portanto, que tentem uma identificação com o resto do hospital. Começa então a ser organizada uma festa, oferecida pela "comunidade social em homenagem à comunidade hospitalar": a iniciativa lhes traz elogios e agradecimentos de todos. Esse é, também, considerado o momento adequado para que se inicie o processo. Nessa contra-ofensiva, porém, não são considerados alguns fatores significativos.

Já fazia algum tempo, na verdade, que alguns doentes oriundos de outros setores, aconselhados pelos médicos e aceitos no setor alcoólatras depois de apresentação e discussão, manifestavam um comportamento regressivo. Tomemos como exemplo o caso de Giovanni, a quem se oferecera a possibilidade de transferir-se para o setor alcoólatras, onde teria melhores condições de enfrentar suas próprias dificuldades. Na realidade, ele considerou o convite uma ordem. Nos dias que se seguiram assumiu diversas atitudes de ruptura. Solicitado a explicar seus gestos, afirmou ter sido obrigado a transferir-se, alegando ter concluído que, se se recusasse, isso não impediria o médico de obter o que desejava através de diversas formas persuasivas de pressão. Se por um lado esse era um comportamento que tendia a colocar em crise o papel do médico, considerado uma autoridade opressiva, por outro evidenciava a recusa a uma situação percebida como negativa. Esse fato é também confirmado por dois outros casos de ex-pacientes do setor alcoólatras que, internados no setor de admissão em função de uma recaída, recusaram a transferência, embora tivessem participado ativa e espontaneamente das reuniões. Além disso, sucedia que durante as reuniões dos diversos setores ou na assembleia-geral, quando eram colocados em discussão os casos de algumas pessoas que, durante as licenças ou afastamentos temporários, haviam abusado do álcool, perturbando a todos na hora de voltarem, sentia-se como uma ameaça a possibilidade de essas pessoas serem enviadas ao setor

alcoólatras, que passava assim a ser visto não mais como um local privilegiado mas como um local de punição.

Quando o alcoólatra toma a iniciativa de integrar-se ao resto da comunidade, encontra uma realidade diferente daquela que havia imaginado. A livre comunicação no hospital recoloca para ele contradições que reprimira à época em que vivia no mundo restrito de seu setor. Assim, ao participar das assembléias-gerais subitamente toma consciência de que seu setor, que até então havia ciosamente defendido e que acreditava ser o melhor, era considerado pelos outros um local de punição. Percebe que a frase que circulara durante tantos anos e que até mesmo ele usara, "Se você não se porta bem vai para o C" (o setor fechado), fora substituída por outra: "Se você fica bebendo e perturbando vai para a rolha."² Dessa maneira passa a ter consciência de que está mais estigmatizado do que nunca. A abertura completa do hospital teve, entre outras conseqüências, a de permitir que a comunidade descobrisse que os reclusos — aqueles que eram isolados seja porque *não entendiam nada*, seja porque *se portavam mal*, seja porque *fugiam* e eram, portanto, *irresponsáveis* —, no fundo, eram como todos os outros. Razões meramente circunstanciais haviam determinado que fossem os últimos a ser "libertados". No fundo haviam demonstrado poderem usufruir de maneira responsável do novo espaço que lhes fora concedido, evidenciando dessa forma, claramente, a dificuldade do alcoólatra em tomar conta de seu próprio espaço, sempre excessivamente reduzido ou dilatado. Nesse momento é o alcoólatra que se torna o irresponsável, aquele que infringe a regra.

Eis que de repente passa a ficar clara para ele a dificuldade da transferência, e, ainda, o fato de que utiliza o setor não como um local que a instituição criou para ajudá-lo e defendê-lo, mas para defender-se a si próprio dos mecanismos autodestrutivos que às vezes utiliza. Ao entrar em contato com os outros setores percebe que a margem de tolerância que têm os outros doentes em relação aos alcoólatras é bastante grande, e que somente depois de ultrapassado um certo limite é que se desencadeia um mecanismo de exclusão que o remete, como que por acaso, para o setor alcoólatras. Assim, ele pode fazer uma opção: ou combater sua

2. Expressão usada em Friuli e em Veneza para indicar algumas tavernas, identificadas por uma rolha. A expressão é freqüentemente usada em hospitais, para indicar o setor alcoólatras.

exclusão e unir-se aos outros, reconhecendo-se a si próprio, ou ser novamente vencido.

Com efeito, o alcoólatra que chega ao hospital já é um excluído, numa sociedade que não o compreende e que não aceita os fracos, que os afasta e não quer reconhecê-los como parte integrante dela mesma, coisificando-os e tornando-os diferentes para não ser obrigada a discuti-los.

O alcoólatra é, assim, confiado à instituição para ser afastado da vista de todos, para que seja ali conservado ou, melhor ainda, devolvido mais tarde à sociedade tal como ela o quer. "Dêem-lhe uns comprimidos para que pare de beber"; "Façam com que se comporte melhor"; "Quando ele não bebe é tão comportado! Obedece, faz tudo o que eu quero. . . Mas quando bebe está sempre reclamando." Quando são internados, é freqüentemente com essas palavras que os apresentam. Em todo caso, está na mesma situação dos outros internados, e responde da única maneira que sabe: aproveitando-se da liberdade de que dispõe para beber e entregar-se a ações de ruptura. Entretanto, na medida em que experimenta, pouco a pouco, uma nova possibilidade de relacionamento, passa a ligar-se cada vez mais ao grupo, no qual se reencontra, onde deixa de sentir-se rejeitado e do qual se utiliza como ponto de referência. No grupo ele se reforça e com o grupo entra em competição com o resto da comunidade. Ao mesmo tempo toma consciência da própria exclusão, que é a mesma dos outros pacientes da comunidade, e então é possível que se reconheça a *si próprio*. Mas no momento em que tenta estabelecer um relacionamento paritário com os outros doentes, vê-se remetido ao ponto de partida. Na verdade ele não é o Luís, ou o Mário, mas o bêbado, o culpado, o diferente. É o único que, mesmo na situação em que todos os rótulos estão entre parênteses, sofre o peso da sua. Passa a ser, mais uma vez, coisificado, comprimido em seu espaço, do qual procurara desesperadamente afastar-se, recai numa situação ainda mais trágica do que aquela da qual tentara desvencilhar-se, conscientizando-se ao mesmo tempo de ser o excluído de uma comunidade de excluídos. Sua tarefa nesse ponto torna-se extremamente difícil. Muitas são as frentes nas quais deve empenhar-se; é assaltado por uma ansiedade que não consegue dialetizar e procura, assim, contestar a instituição que o internou no gueto. Tenta colocá-la em crise adotando as armas que ela própria lhe dá, mas não de forma construtiva, e sim destrutiva. A única coisa que lhe resta fazer é destruir esse setor, que mostra ser nada mais do que uma

contradição numa nova situação que pouco a pouco vai-se desenvolvendo. É sobre esse pano de fundo que o setor entra em crise. A crise tem, assim, um sentido, um significado, um objetivo. A instituição não pode mais ignorar a situação; deve fazê-la sua e resolvê-la.

Tomemos, aqui, alguns trechos mais significativos de uma gravação de reunião da equipe médica.

BREGANT — A meu ver, o que mudou no setor foi o sistema.

Quero dizer que a dinâmica do sistema cristalizou-se com a absorção quase completa de todas as iniciativas. Ou seja, creio que de certa maneira houve um involução. Agora nós nos perguntamos: o que vamos fazer? Procurar novas iniciativas, maior elasticidade na tomada de consciência de cada indivíduo em particular? Não sei, mas sinto que de alguma maneira o sistema tem de ser reavaliado e revisto.

CASAGRANDE — Acho que antes de podermos procurar soluções, devemos perguntar-nos como se estabeleceu uma tal situação. No momento do início da experiência, um dos inconvenientes que se tentava evitar era que o processo de amadurecimento do grupo ocorresse sem dar lugar a ações de ruptura que o fizessem retroceder. Agora, porém, vemos exatamente diante dessa realidade, e, acredito, esse fato se origina no problema da integração da comunidade social com a comunidade hospitalar.

TRONCAR — O fato é que todas as vezes que a comunidade social se colocou diante da comunidade geral, adotou a técnica de procurar instrumentalizar sem colocar-se em dúvida a si mesma.

BASAGLIA — Se consideramos a personalidade do alcoólatra é difícil, sem dúvida, pensar que numa situação comunitária como a nossa ele assumisse o risco de colocar-se em discussão para entrar em crise. Dificilmente correrá esse risco. Penso que, enquanto grupo, tem força demais para ser vítima de um ataque desse tipo por parte do hospital. Parece-me mais plausível que discutamos o que Casagrande disse. O que são esses alcoólatras que entram espontaneamente e que conhecem muito bem a sua dependência? São pessoas que bebem imoderadamente, muitos entram aqui coagidos, contra sua vontade, e depois são mandados para aquele setor porque assim quer a comunidade geral ou o médico. Eventualmente existe uma

atitude pedagógica da comunidade, que o leva a uma determinada situação. Mas há mais coisas, este é um setor para alcoólatras diferente dos outros setores análogos por ser uma comunidade que vive dentro de uma outra comunidade de doentes.

CASAGRANDE — Na verdade já me perguntei muitas vezes por que mesmo os alcoólatras que reconhecem a própria dependência recusam-se a ser chamados de alcoólatras, coisa que acontece, por exemplo, com os alcoólatras anônimos.

BASAGLIA — Mas é claro, porque no nosso caso trata-se de uma comunidade dentro de outra comunidade, que considera os alcoólatras pessoas diferentes.

TRONCAR — Aqui sempre que uma pessoa diz que é alcoólatra é imediatamente culpabilizada.

DI CECCO — É, mas todos os dias ouvimos alguém dizer: estou aqui porque tenho uma grande dependência do álcool e não consigo parar de beber.

BREGANT — Eu gostaria de dar um exemplo recente. O Giuseppe B., que no início negava beber, acabou por admitir a própria dependência mas não queria ser chamado de alcoólatra.

CASAGRANDE — De fato, é evidente que rechaçam a denominação "alcoólatras", pois para eles ela se torna um estigma que os conota negativamente, ou seja, que os coloca em situação desvantajosa relativamente aos outros, com nenhuma ou quase nenhuma possibilidade de defesa.

PIRELLA — Eu gostaria de lembrar que nenhum alcoólatra do setor de admissões admite facilmente ter esse problema. Proponho a hipótese de que isso ocorra porque essas pessoas não se encontram numa situação de ostracismo social e, portanto, não se encontram na necessidade de defender-se de uma acusação infamante e degradante.

DI CECCO — Existe a possibilidade de que um doente, diante da necessidade de escolher entre ser alcoólatra ou doente mental, prefira, provavelmente, ser alcoólatra.

BASAGLIA — Eu diria, entretanto, que o ponto central é aquele a que se referiu Pirella: a relação entre alcoólatras e não-alcoólatras no hospital.

PIRELLA — De fato, há uma caracterização social do alcoólatra relativamente ao não-alcoólatra e vice-versa, isto é, o que existe é uma incompreensão, como entre o bom e o mau. De fato, a pessoa que é má nunca é compreendida pelo bom, e

vice-versa: são dois pólos de uma antítese. Enfim, existem duas categorias: a do excluído e a do não-excluído. Eu diria ainda que a situação dos alcoólatras relativamente ao resto do hospital é exatamente uma situação de exclusão.

BASAGLIA — Mas essa dinâmica de exclusão começa nos outros setores. De fato, nos outros setores nunca se diz a um doente: "Aquele ali é esquizofrênico"; "Aquele outro é neurótico", e assim por diante. O único a ser apontado ainda é o alcoólatra, e mesmo que os outros sejam estigmatizados, não são rotulados. No primeiro caso a pessoa é posta em discussão, no segundo, não.

O resultado da discussão é que agora todos tomaram consciência da crise, e o primeiro impulso que disso decorre é o de fazer alguma coisa, de intervir de alguma maneira ("Procurar novas iniciativas... o sistema tem que ser reavaliado e revisto", diz, no início, um enfermeiro). No decorrer da reunião são sempre propostas soluções:

BREGANT — ... o indivíduo que sai do hospital é colocado numa situação de confusão, por isso devemos prestar-lhe ajuda no exterior.

DI CECCO — O hospital também deve atuar no exterior...

PIRELLA — O setor poderia ser transformado, deixar-se-ia de mandar os alcoólatras para lá, far-se-ia, por exemplo, um pequeno setor para o internamento dos pacientes mais institucionalizados.

CASAGRANDE — Talvez fosse uma boa idéia!

Mas todas essas afirmativas, todas essas buscas de uma solução positiva, não são mais do que a tentativa de disfarçar a falência do empreendimento. A experiência surgira de uma escolha prática determinada pela evolução do hospital e sustentada por uma exigência metodológica que tinha seu fulcro na negação da exclusão. Mas exatamente esses dois aspectos de uma mesma realidade, a escolha prática terapêutica e o rechaço da exclusão, contradizem-se entre si. A realidade institucional que foi, entretanto, modificada por essa experiência, derivada originalmente de uma necessidade, revela agora suas contradições em sua necessidade de refutá-la.

CRISE DA PSIQUIATRIA E CONTRADIÇÕES INSTITUCIONAIS

O ESCOPO PRINCIPAL deste trabalho é o de avaliar alguns problemas que a equipe diretora de um hospital psiquiátrico enfrenta. Trata-se de problemas que podem ser examinados a partir de várias ordens de considerações. Em primeiro lugar, aqueles que surgem diretamente da experiência concreta de *uma* determinada equipe, que em nosso caso é representada pelo *staff* do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia. Em segundo lugar, aqueles que se referem a um exame geral da posição de quem trabalha em uma instituição psiquiátrica qualquer, inserida numa realidade social determinada. Por fim, aquelas considerações ainda mais gerais que derivam do conhecimento da escolha dos próprios instrumentos de análise, em um contexto institucional.

Os problemas que nos propomos derivam diretamente de uma prática particular, a de um hospital psiquiátrico, e não podem ser generalizados imediatamente: sua origem e seu âmbito de verificação empírica permanecem setoriais, limitados ao campo de ação de um *trabalho* cotidiano que se desenvolve dentro de uma instituição. Sob outro aspecto, a mesma crítica que examina e modifica uma instituição por dentro, em vez disso se expande para a tomada de consciência e a tomada de posições que procuram ter um significado mesmo fora de seus confins.

Além da "crítica do manicômio" certamente se abrem, dentro daquele quadro, perspectivas de análise e de experiência que ultrapassam os temas da "humanização" e da "modernização" da assistência psiquiátrica. Inevitavelmente surgem novos problemas que não são estritamente institucionais. Tais problemas se prendem, de um lado, a um exame mais atento das condições do manicômio, as

quais se mostram ligadas à estrutura da sociedade, ao passo que, de outro lado, eles nos levam a uma série de aprofundamentos teóricos sobre o conjunto da psiquiatria e à crise de seus objetivos. A crise da instituição psiquiátrica nos reporta, enfim, não só a uma crítica geral das instituições em sentido restrito, mas tende a pôr em questão, com a psiquiatria, a validade da "separação técnica" como forma particular da divisão do trabalho e como institucionalização repressiva do poder.

É nossa convicção que a análise das instituições manicômias e de sua crise fornece um ponto de vista e uma série de critérios operacionais particularmente fecundos para revelar, em uma série de aprofundamentos e exames, alguns dos enganos "culturais" que hoje parecem cada vez mais necessários para a manutenção do *status quo* da sociedade.

Convém que nos conscientizemos, para finalizar este ponto, da presença de um duplo e simétrico perigo: o do empirismo e o das abstrações generalizantes e não examinadas.

O perigo do empirismo provém da incapacidade de aplicar os instrumentos apropriados de análise teórica àquilo que é o ponto de partida de toda a crítica dos manicômios: a indignação pela desumanidade do manicômio tradicional. Com essa indignação há o risco de serem propostas reformas que são prisioneiras da própria estrutura que a engendrou. A proposta de reformar empiricamente o hospital psiquiátrico conduz a uma ideologia da criminalidade terapêutica, limitando-se apenas a adiar o problema fundamental. Por outro lado, o reformismo é a primeira resposta à atitude típica de desresponsabilização dos psiquiatras que dirigem os manicômios: talvez de boa fé, eles alegam que nada podem fazer para mudar verdadeiramente a instituição e atribuem a falta aos políticos e aos administradores que não fornecem as leis, os regulamentos e os financiamentos. Na realidade, as imagens dos manicômios (locais opressivos, velhos, superlotados, miséria de pessoas e de coisas, negligência e atraso técnico, violência encoberta ou manifesta, embrutecimento na inação) justificam plenamente a tentação do reformismo empírico: é necessário fazer qualquer coisa, imediatamente, para mudar ao menos um pouco uma situação gravíssima. Essa exigência é respeitada e é encorajada com tanto mais força quanto mais é verdadeiro e verificável que as estruturas de organização dos manicômios podem ser transformadas pelos médicos diretamente responsáveis, desde que eles o queiram. A indignação a que nos referimos

deve levar à identificação do erro, e mesmo a culpabilidades bem individualizadas.¹

Portanto, se por um lado a idéia de uma responsabilidade e de uma culpa direta dos médicos do manicômio demonstra a possibilidade e a exigência de que "em todo caso se faça alguma coisa", mesmo que no plano do simples reformismo empírico, por outro lado é bem verdade que tal reformismo constitui a pedra de toque das reais intenções de seus promotores. Efetivamente, ou o reformismo é dirigido no sentido de uma solução do problema do manicômio, ou então ele chegará ao seu limite, como contradição, objeto de crítica indispensável e ponto de partida de proposições mais radicais e coerentes.

O perigo oposto ao empirismo é o de uma denúncia de caráter abstrato, de uma denúncia global, extremista e imprecisa. Esta pode também ter seu valor e nós pessoalmente achamos que esse é o caso, apesar das aparências, porquanto o risco de uma facção "enfurecida" poderá ser a melhor maneira de se opor às velhas críticas "científicas", "objetivas" e "equilibradas" ao sistema social. Contudo, não se diz que uma denúncia deste gênero deve partir necessariamente do âmbito do manicômio.

A propósito de certas técnicas de grupo utilizadas pelos hospitais psiquiátricos como instrumentos "modernos" numa estrutura institucional praticamente inalterada, falou-se, em Gorizia, de socioterapia como *álibi* institucional. Na realidade o assunto pode ser levado um pouco mais adiante, e se hoje se prefere falar de comunidade terapêutica em vez de manicômio, pode-se muito bem mencionar, permitindo-se uma crítica, a "comunidade de terapêutica como *álibi* institucionais", e por fim, logicamente, da crise das "instituições como *álibi*". O perigo dessas contestações sucessivas

1. A experiência de Gorizia demonstra, pelo menos, que um manicômio dos mais tradicionais pode ser radicalmente transformado em suas estruturas sem qualquer auxílio de caráter legislativo, administrativo ou financeiro, e sem que as condições sociais e psicoambientais se diferenciam sensivelmente das da maioria das províncias italianas. (Pode-se acrescentar, incidentalmente, que sob este aspecto a diferença principal entre a situação de Gorizia e a do resto da Itália consiste provavelmente apenas na percentagem sobremodo elevada de problemas de alcoolismo, um aspecto que certamente não facilita o trabalho. Quanto às vantagens decorrentes da pequena extensão da província, é indubitável que estas são amplamente compensadas por outras desvantagens particulares, entre as quais, em primeiro lugar, a grave carência de recursos financeiros.)

não está em seu aspecto extremista, mas em sua aceitabilidade sugestiva: elas são facilmente aceitas de modo abstrato e apreciadas também devido ao seu caráter anticonformista e "revolucionário". Pelo mesmo motivo são freqüentemente aceitas com entusiasmo as considerações muito superficiais sobre o "mito da doença mental", sem que se tornem claras as dificuldades e as contradições provocadas por uma destruição, embora necessária, da imagem tradicional (tanto "vulgar" como "científica") da loucura.

Portanto, se se impõe a necessidade de chegar a uma crítica radical de numerosos lugares-comuns e de álibis incessantemente renovados, isso não é possível a não ser em função de uma prática. Não é necessário que se trate de uma prática institucional: trata-se apenas de ver se uma prática institucional permite verificar suficientemente as tomadas de posição que, consideradas isoladamente, podem ser acusadas, de pleno direito, de extremismo abstrato. Neste contexto ainda é necessário acrescentar que, se por um lado o ensino de novas formas de contestação sempre está um passo à frente de cada experiência, por outro lado também é verdade que não se pode falar de contestações, a não ser partindo cada vez de uma contestação previamente verificada. Portanto, toda experiência concluída tende a ser validada pelo próprio sucesso e, assim, a constituir a sua própria ideologia: mas é da recusa dessa ideologia, isto é, de uma autocrítica, que tende a surgir a contestação ulterior.

Neste ponto surge o problema da especificidade da organização psiquiátrica. A defesa tradicional da instituição psiquiátrica sempre parte do argumento da especificidade técnica: os doentes mentais devem ser tratados, pois não se pode negar que eles necessitam de tratamento; eles devem ser tratados de modo particular, porquanto existem dificuldades e limites técnicos (avaliáveis somente por pessoas competentes) que impedem terapias mais rápidas, mais eficazes e menos desagradáveis. Nesta perspectiva, sobre cuja falsidade será necessário que nos detenhamos por um instante, não existem relações diretas entre a forma de assistência psiquiátrica e a organização da sociedade. Esta última, desenvolvendo-se no sentido do progresso, poderá fornecer melhores medicamentos, um número maior de leitos, pessoal mais qualificado e locais mais acolhedores e mais bem organizados, mas a forma de assistência sempre será decidida pelos psiquiatras com base em seus conhecimentos.

Antes de retomarmos este ponto convém assinalar a existência de um perigo inverso: o de estimar que a organização psiquiátrica de determinado país seja perfeitamente coerente com a estrutura

social dominante. Cedendo a essa tentação poderá parecer demasiado fácil centrifugar o problema dos distúrbios mentais reduzindo-os às contradições sociais, e pensando que as organizações terapêutico-assistenciais obedecem diretamente à lógica do poder. Os riscos, a este propósito, são os de que se pense que o poder (para nos atermos a um plano mais concreto: o poder capitalista) constitui um sistema homogêneo, livre de contradições, identificável em seu objeto principal, o "capital", e no plano racional por uma elite neocapitalista; e de pensar, paralelamente, que as organizações psiquiátricas se modificam e se estruturam sem contradições, segundo os esquemas políticos dominantes. Na realidade é necessário considerar a hipótese de que as organizações psiquiátricas estejam "atrasadas" ou "diferentes" em confronto com as exigências institucionais da sociedade em geral, isto é, que elas tenham em certa medida, apesar de tudo, sua própria história e sua especificidade. Só neste ponto será possível examinar o caráter "anacrônico" das estruturas institucionais e pesquisar na história e na análise do presente as relações entre os hospitais psiquiátricos, de um lado, e as teorizações psiquiátricas, as ideologias dominantes e as exigências mais imediatas da conservação da ordem social, de outro.

Coloquemos, por um instante, entre parênteses, o problema da doença mental, isto é, da "especificidade" (no sentido ao qual aludíamos) das formas de terapia que tornam necessárias as instituições psiquiátricas como tais. Nesta perspectiva é possível examinar a estrutura da assistência psiquiátrica como forma de controle repressivo. Retornemos à origem histórica dos hospitais psiquiátricos e àquela que atualmente justifica a sua existência, segundo a opinião comum, as leis estatais, e seu regulamento interno: a função constitutiva de tais instituições não é primariamente terapêutica, mas repressiva. Os manicômios ocupam-se em defender os cidadãos de alguns sujeitos cujo comportamento é desviado, uma vez que os médicos tenham estabelecido que tal desvio é devido a doença: os sujeitos "perigosos para si e para os outros ou que provoquem escândalo público" são segregados. Partindo dessa premissa, o problema pode ser inserido num contexto mais amplo e descrito segundo várias formulações.²

2. Convém admitir que, no texto que se segue, a expressão "quadro institucional" é usada em sentido amplo, diferentemente do sentido que lhe vimos dando.

"O quadro institucional é constituído das normas sociais. Estas podem ser violadas, e são sancionadas pela violência. Os motivos que induzem a pisotear as normas sociais derivam da satisfação antecipada de impulsos. Nós sempre interpretamos o mundo com os olhos de nossas necessidades, e essas interpretações se conservam no conteúdo semântico da linguagem quotidiana. Portanto, é fácil ver que o quadro institucional de uma sociedade preenche duas finalidades diferentes. De um lado consiste na organização da violência que pode reprimir a satisfação dos impulsos, e de outro é um sistema de tradições culturais que articulam o conjunto de nossas necessidades e pretendem satisfazer os impulsos. Esses valores culturais correspondem também às interpretações das necessidades que não se integram no sistema da autoconservação — conteúdos místicos, religiosos, utópicos, isto é, as consolações coletivas, bem como as fontes da filosofia e da crítica. Uma parte desse conteúdo é reorientada e usada para a legitimação do sistema de domínio."³

O sistema de domínio compreende indubitavelmente os hospitais psiquiátricos. No que se refere aos "conteúdos" de que se fala, estes dizem respeito também à ideologia do doente mental e à ideologia da custódia. Sobre essa ideologia baseia-se a legitimação de todas as "organizações da violência" que se ocupam dos sujeitos cujo desvio é atribuído a distúrbios mentais. O papel dessas ideologias, entretanto, não se restringe a uma simples apologia ou cobertura *a posteriori* das infâmias dos manicômios, assim como as infâmias dos manicômios não são o único modo pelo qual se expressa a repressão organizada daquela "satisfação antecipada de impulsos" de que fala Habermas. A imagem cultural da loucura e de sua repressão não contém apenas a justificação global da psiquiatria como teorização especializada erigida em defesa do homem são, mas serve também para reorientar as necessidades de liberdade, definindo esta última como aquilo que é "licitamente são", em contraposição à loucura, imagem de uma liberdade não tolerada.

É muito difícil retraçar os componentes psicológicos do estereótipo cultural dominante da loucura, porquanto tal estereótipo já se apresenta institucionalizado nas atitudes que encorajam e sancio-

nam o poder social (autoridade civil) e o poder médico. Por outro lado, não há necessidade de temer que reconheçamos a existência de um terreno no qual entram em jogo dinâmicas psicológicas inteiramente particulares.

A importância dessas dinâmicas psicológicas só pode ser esboçada, embora considerando que seria assaz difícil verificá-la acuradamente mediante uma pesquisa. Pode-se considerar em primeiro lugar o significado das prisões: a própria exclusão dos delinquentes, nas prisões, é uma confirmação indireta da honestidade dos cidadãos que estão fora delas, e portanto constituem um instrumento de coesão ("separação") social. Os presos nos cárceres são necessários para colocar uma barreira segura e não transponível (nas duas direções) entre a ordem e a desordem; é também perfeitamente claro quais são os atos que levam à segregação carcerária. Entretanto, no que diz respeito às sanções institucionais da loucura, e portanto dos hospitais psiquiátricos, é fácil observar que ninguém saberia, com precisão, o que se deve fazer para evitá-los. E não é só isso: qualquer um de nós sente obscuramente que toda aprendizagem de um comportamento "são" é uma fastidiosa e sempre frágil conquista nos confrontos da desordem psíquica. Esta última está muito próxima, porém encoberta: sempre reprimida, mas atrás da porta. Eis que o manicômio se identifica com a própria necessidade de tornar clara e distinta a categoria dos comportamentos anormais. O fato de que os "doídos" são discriminados e acabam dentro dos hospitais define os confins da normalidade e premia as imagens do comportamento "aceitável". A aprendizagem da normalidade não é aqui a simples procura de um equilíbrio, mas a garantia recíproca de pertencer a um mundo no qual todas as coisas devem ser controláveis e sensatas. Aquele que paga o devido preço para manter a sua saúde psíquica sabe, vagamente, que o próprio sacrifício é elevado demais para que não se constitua, de repente, num privilégio.

Se nessa exclusão da loucura entram em jogo mecanismos de violência presentes no contexto social, isto significa que a atitude de exclusão contra o louco já está permeada de uma violência institucionalmente aprovada. Por outro lado, a própria violência da sociedade é controlada e sancionada: somente o psiquiatra, em seu manicômio, tem a liberdade de agir, sem qualquer controle social, e mesmo investido de uma vez por todas de um poder que a sociedade de bom grado lhe oferece. O sistema continua a tutelar as próprias vítimas (também nos cárceres), somente na medida em

3. JÜRGEN HABERMAS, "Consequenze praktische del progresso tecnico-scientifico", *Quaderni Piacentini*, VI, n.º 32 (outubro de 1967), pp. 72-91 (p. 87).

que a sanção do desvio determina nos subordinados comportamentos tais, ainda envoltos na ética da violência e da produtividade. O doente mental, escória irracional da racionalidade social, é aniquilado porque é o único a escapar totalmente às regras do jogo. A psiquiatria institucional pode dirigir contra ele toda a violência da sociedade, principalmente porque a norma da sociedade expulsa de si, identificando-a no doente mental, a imagem "incompreensível" e "perigosa" da possibilidade de uma reviravolta que a tornaria algo completamente diferente e "desordenada". O homem não se defende da tentação de recusar uma coerência que é também uma cumplicidade, projetando em tal indivíduo indefeso uma agressividade que ele não poderia voltar contra outros, e que, a todo instante, pode destruí-lo; para o indivíduo são a fatigante aceitação de um "princípio de realidade" socialmente determinado impõe que ele exteriorize essa tensão, objetivando-a. A "normalidade" de seu ser é assim confirmada por uma máscara inumana que ele aplica ao louco: recusando reconhecer-se neste último, ele aceita de bom grado a inumanidade de sua subordinação.

A exclusão do louco é sancionada e justificada pela psiquiatria. Se existe uma "cultura" geral da saúde e da doença mental, não há qualquer dúvida de que o psiquiatra dela participa. De resto, ele não é o produto de uma instituição abstrata, mas sua função realça o papel e a ideologia geral do poder médico. Já discutimos em outro lugar, a propósito de um trecho conhecido de Talcott Parsons, o fato de que a ideologia técnica médica é ela própria, em grande parte, uma mistificação. O médico é um indivíduo dotado de um certo poder, e para usá-lo ele tem que aceitar o mito da onipotência que o paciente lhe confere; o psiquiatra, porém, diferentemente do clínico e do cirurgião, é investido de um poder muito maior, e não se vale de sua onipotência técnica para agir setorialmente sobre uma parte do corpo que pertence ao doente, mas age de modo global sobre o doente, que lhe pertence.

É lícito, pois, duvidar que a psiquiatria possa definir claramente as particularidades que fazem com que um comportamento desviado seja de sua competência. Existe, entretanto, um problema preliminar: este diz respeito à presença, cientificamente demonstrada, de uma doença à base de um comportamento anormal, que serve para justificar uma extensão abusiva do conceito técnico de desvio e assim favorece projetos tecnocráticos de discriminação, repressão e reeducação dos comportamentos desviados. Poder-se-ia observar, logo, que aqueles psiquiatras que, como especialistas,

tendem a seqüestrar em seu universo psicobiológico problemas de competência social, são perigosos reacionários. Poderá acontecer que o sejam, e é fácil constatar, em todo caso, que esses servidores do poder, ocultando-se através de sua técnica incompreensível, procuram camuflar e transmitir, junto com aquisições científicas (ou sem elas), motivos ideológicos bem precisos ligados à defesa de valores e interesses historicamente definidos. Na realidade, o caráter revolucionário do uso do conceito de desvio, por parte dos psiquiatras, não implica de modo algum em escolha política e ideológica: a própria idéia de que determinado comportamento desviado possa receber uma definição técnica em termos médico-psiquiátricos implica na possibilidade de que o desvio em geral seja definido segundo critérios que nada têm de comum com o relativismo sociológico, e que por conseguinte fogem à possibilidade de uma crítica política. Paralelamente, uma definição de certas formas de desvios psiquiátricos se refere, inevitavelmente, a modelos gerais de normalidade. Portanto o risco está tanto em uma extensão "abusiva" da definição técnico-psiquiátrica do desvio quanto no próprio fato de que a definição em si, mesmo que se aplique a uns poucos casos, tende imediatamente a assumir um caráter universal.

A psiquiatria tradicional tinha sobre este ponto, até há poucos anos, uma linha de defesa aparentemente sólida. Sendo a psiquiatria de origem positivista, um comportamento é anormal (pelo menos na teoria) não por suas características fenomênicas, mas porque ele não é mais do que a manifestação externa, *direta*, de uma doença das funções superiores do sistema nervoso. Se é indiscutível que um fígado afetado pela cirrose é anormal, deve ficar igualmente claro em que consiste o caráter mórbido da loucura e de todos os distúrbios mentais: uma desordem tem algumas características intrínsecas que a definem como tal; é a perda de funções, a desagregação, a morte, e não um desvio com relação a uma norma convencional. Na realidade o próprio conceito de doença em geral não era nada fácil de definir e a assimilação dos distúrbios mentais à doença orgânica acabava por se dar num plano empírico e aproximativo. Refazendo-se da medicina naturalista da Antiguidade clássica e abandonando as próprias premissas iluministas e "rurais" típicas do surgimento da psiquiatria moderna em fins do século XVIII e início do século XIX, a psiquiatria positivista conquistava as suas posições em fins do século passado, consolidando-as com a descoberta da etiologia sifilítica da paralisia progressiva.

va. A existência dos treponemas nos cérebros dos paralíticos forneceu a base de uma "psicose modelo", da qual provieram todas as outras interpretações de doenças no campo psiquiátrico, o que parecia prometer uma reconciliação entre a psiquiatria e a medicina geral.

Costuma-se pensar que esta visão "orgânica" das doenças mentais tenha sido superada pelas concepções "dinâmicas" introduzidas por Freud e seus sucessores, e que o velho modelo da doença mental como enfermidade do cérebro tenha sido superado pela constatação de que as neuroses, e provavelmente também as principais psicoses, não se desenvolviam sobre o substrato de qualquer lesão demonstrável.

Esta concepção "moderna", ainda parcial, é contestada por uma série de motivos. Em primeiro lugar, não é tão evidente que Freud tenha construído um modelo interpretativo dos distúrbios mentais substancialmente diferente do modelo mecanicista; mas reconhecendo a Freud o mérito de ter provocado a primeira e mais decisiva ruptura dos velhos esquemas, é perfeitamente defensável a teoria de que ele tenha introduzido um mecanismo de novo tipo, tanto determinista como a-histórico. Em segundo lugar, a hipótese de que em muitos comportamentos rotulados de "distúrbios mentais" haja uma efetiva "desordem" (qualquer que seja o significado deste termo) das funções nervosas superiores não pode ser descartada com demasiada facilidade, e de qualquer modo leva a problemas de extrema complexidade. Em terceiro lugar, enfim, é discutível se a psiquiatria positivista se fundamenta verdadeiramente, na prática, no modelo da doença tomado da medicina geral. Durante todo o século XIX e até hoje a psiquiatria continuou a definir o próprio campo de ação assinalando os limites externos de um sistema taxonômico fundamentado sobre o reagrupamento de distúrbios "típicos" do comportamento em sistemas e subsistemas nosográficos. Em outras palavras, o esforço de classificação, na impossibilidade de fazer da psiquiatria uma ciência, continuou, na prática, a fundar um sistema empírico baseado na descrição fenomênica dos comportamentos, bem como na reconstrução de disfunções inadmissíveis que não era possível desvendar.

A crise da psiquiatria positivista surgiu, na realidade, de toda uma série de outros motivos, que talvez se reduzam a um só: a impossibilidade de incluir os distúrbios de comportamento entre os fenômenos objetivamente descritíveis em termos naturalistas. Não

há dúvida que, em parte, se trata de uma falência empírica, de uma bancarrota geral: a psiquiatria, considerada quer como pertencente ao âmbito das disciplinas médicas, quer como ao das ciências do homem, cumpriu bem poucas de suas promessas. Sobre as causas da grande maioria dos distúrbios mentais, sabe-se pouco ou nada; como terapia, a situação não é muito melhor; e se é certo que os medicamentos têm um efeito pouco mais que sintomático, duvida-se, ainda, do significado da psiquiatria. No plano teórico, a falência da psiquiatria "médica" conduziu a uma série de outras tentativas de síntese: e esta é toda a história da psiquiatria contemporânea, de Freud aos nossos dias. Para compreender quanto a situação mudou, basta ler os velhos escritos de Kraepelin, ou Babinski, e compará-los com os autores "modernos": com Sullivan, com Binswanger, com Laing. O que impressiona, nos clínicos do fim do século XIX, é o extraordinário respeito pelos fatos. A doença mental, então, estava presente tanto nos gestos afetados do esquizofrênico como no córtex do demente: para o sábio que os observa, trata-se de estímulos sensoriais de igual valor, de objetos a recolher e a elaborar como dados de um sistema. Assim, o doente mental já é um sistema a ser descoberto, totalmente fechado em si mesmo, dotado de suas próprias leis ainda em parte ignoradas, separado do observador, que de modo algum participa do seu universo. O próprio conceito de comportamento parece volatilizar-se continuamente perante as categorias interpretativas do psiquiatra: o doente mental é uma entidade isolada que apenas *funciona* (e mal), e *não se comporta*. Mas para que isto seja assim, o psiquiatra deve negar as próprias categorias e qualquer relação entre sujeito e objeto, demonstrando que o doente, pura objetividade, não está assim porque ele próprio o objetiva, mas porque pertence ao mundo dos fatos dos quais se ocupa a ciência. A esse mundo de objetos não é possível aplicar qualquer categoria interpretativa, pela boa razão de que os fatos se reconstituem por si, segundo suas *próprias* categorias, ao passo que o sábio os recolhe em número suficiente e com uma perfeita neutralidade.

Hoje sabemos que a ciência moderna se move em perspectivas bem diferentes. Os fatos já não falam por si, o observador está presente na pesquisa e não fora dela, com suas intervenções práticas, suas categorias de interpretação, sua ideologia. O naturalismo empírico e a metafísica imanente do positivismo foram superados e definitivamente enterrados. Para a psiquiatria essa abolição foi, de um lado, particularmente radical, e de outro lado, parcial e ineficaz.

No plano teórico foram reunidas as condições necessárias para a abolição do empirismo médico e do positivismo objetivante. Isso ocorreu principalmente em duas etapas: primeiro, com a desmistificação da separação tradicional entre "são" e "doente", por Freud, no campo da psicopatologia; depois, com a descoberta do caráter "humano" (com toda a ambigüidade que o termo comporta) das dinâmicas psicológicas tradicionalmente consideradas "doentes", pelos psiquiatras existencialistas. A destruição das justificativas manicomiais da loucura, de que trata a presente obra, provou não só a impossibilidade de considerar o doente mental segundo critérios especiais, diferentes dos que vinham sendo usados para o indivíduo são, mas também demonstrou que o problema "científico" do "distúrbio" não existe, a não ser na medida em que o comportamento de certas pessoas é artificialmente reconduzido a uma alteração funcional do sistema nervoso. Entretanto o erro não consiste tanto em supor a possibilidade de tal deterioração funcional, quanto em identificá-la com o comportamento "alterado": este último não pode ser corretamente compreendido a não ser quando inserido na dinâmica das relações interpessoais e sociais que lhe deram uma imagem. Mesmo no caso em que é possível colocar em relação mútua o "distúrbio" do comportamento e uma lesão ("doença") cerebral, essa lesão não é mais que um ponto intermediário em uma série de eventos precedentes que concorreram para causá-la, e em uma cadeia de acontecimentos posteriores que determinaram o modo de reagir do indivíduo à sua inferioridade. O que não é mais possível sustentar é o caráter "natural" da doença e a possibilidade de uma relação *direta* de causa e efeito entre a mais ou menos hipotética disfunção cerebral e o modo como o "doente" consegue (ou não consegue) viver em sociedade. Na maioria dos casos, entretanto, a hipótese de uma lesão cerebral parece infundada, artificiosa e irrelevante, porquanto o distúrbio interpessoal só adquire sentido no âmbito daquela dinâmica social que progressivamente lhe deu forma, criando o *seu* doente, e subtraindo-lhe gradativamente a possibilidade de manter relações sociais. Nessa perspectiva, mesmo o exame do doente por parte do psiquiatra tende a perder seu caráter tradicional e se estabelece no quadro de uma relação interpessoal que não é mais aquela relação dicotômica "psiquiatra-paciente", mas se transforma num confronto de dificuldades recíprocas devidas a um contexto social que cria papéis diversamente definidos. Esses papéis definem a psiquiatria. A diferença principal entre o psiquiatra e o doente que está à sua frente não

consiste no desequilíbrio entre saúde e doença, mas num desequilíbrio de poder. Uma das duas pessoas tem um poder maior, talvez um poder absoluto, que lhe permite definir o papel da outra segundo sua própria terminologia. Voltaremos a tratar deste ponto.

No plano prático, ao contrário, a psiquiatria fica largamente ancorada ao empirismo médico, do qual ela não deixou de derivar os valores. Ainda hoje a maioria dos professores universitários, com os mesmos gestos de seus professores do século XIX, conduzem o doente mental ao anfiteatro e o "demonstram" aos estudantes, como se exibissem um fígado cirrótico sobre a mesa de anatomia: os movimentos, as palavras do enfermo, continuam sendo "fatos", não atos situados num contexto. Desta maneira a objetivação prática da loucura reflete com exatidão a *gestão* do doente mental pelas instituições psiquiátricas.

Já falamos das contradições entre a psiquiatria antipositivista moderna e a prática psiquiátrica como disciplina médica e como tratamento institucional. Na realidade existem relações entre esses dois pólos aparentemente opostos e vale a pena examiná-las.

Após Sullivan, a psiquiatria moderna, em sua parte mais ativa e mais lúcida, tomou consciência do fato de que o distúrbio mental, longe de ser um problema individual, dentro do corpo objetivado do doente, só pode ser corretamente apreciado em seu aspecto interindividual. Entretanto os critérios aplicados ao exame desses problemas sempre derivam fundamentalmente da psicologia e da psicanálise: em vez de estudar como os problemas sociais e políticos influem nas dinâmicas de grupo e as determinam em sua realidade histórica, tem-se preferido estender o exame psicológico e psiquiátrico até o domínio social, subtraindo este último à crítica política.

Deste modo foram dadas as condições para realizar o velho sonho do iluminismo, de reconduzir a um controle racional todos os comportamentos desviados, mais uma vez imputados a distúrbios psicológicos, a descarrilamentos passionais. Os psiquiatras receberam do poder mandatos os mais amplos, e a doença mental foi reinterpretada como disfunção psicológica de *todas* as relações sociais. A psiquiatria assim se entregou de mãos e pés atados aos guardiões da ordem social, responsáveis pela definição de normas, desvios e sanções, segundo o seu próprio critério.

Uma parte da psiquiatria moderna tomou consciência da existência desse problema e constatou que agia e teorizava em função

de valores sociais não definíveis em termos psiquiátricos, mas aptos, pelo contrário, a definir a natureza da psiquiatria. Um setor no qual essa consciência tomou forma de modo mais preciso é o do desequilíbrio do poder e da diferença de papéis e valores que determinam no plano concreto o encontro médico-paciente. A psiquiatria social e a psiquiatria interpessoal examinaram tanto o contexto social sócio-cultural no qual o paciente é definido como tal quanto a relação "terapêutica" como sistema de interação psicológica: a própria psiquiatria, enquanto prática psiquiátrica, tornou-se objeto da psiquiatria. Também aqui, entretanto, o psiquiatra apenas elevou o nível de sua pesquisa: ao considerar a si mesmo, em sua relação com o paciente, como objeto da própria disciplina, ele confirmou a validade substancial desta última. O psiquiatra continuou aceitando o mandato social, por reconhecer seu caráter convencional: ele tem admitido, por exemplo, que o jovem delinqüente ou anti-social possa ser considerado mais ou menos doente, segundo as normas sociais; que a neurose é um problema coletivo; que a mãe de um esquizofrênico pode estar, em certo sentido, mais doente do que o filho; que a terapia individual não tem significado maior (e talvez tenha significado menor) do que tinha a terapia de grupos familiares ou grupos de trabalho; ele consentiu em conceder aos próprios opositores que a psiquiatria tende a integrar o indivíduo em função das exigências do poder; aceitou, enfim, a *idéia* de que tinha tanta necessidade de ser *tratado* quanto seu paciente. O que ele não conseguiu aceitar foi colocar em causa sua própria natureza de concessionário do poder e sua própria subordinação às normas que esse poder estabelece. Continua dono da situação.

Mesmo quando, como dizíamos acima, a relação psiquiatra-paciente é vivida como "crise", o paciente continua sendo examinado à luz de uma nova teoria que, tendo renunciado em apelar à psiquiatria tradicional, não pôde no entanto renegar a si mesma nem à sua pretensão científica, nem às normas e aos valores que reivindica para si.

A psiquiatria, portanto, reuniu todas as condições para sua destruição mas não soube tirar as conseqüências. Os hospitais psiquiátricos continuam testemunhando essa falência: as bases teóricas da psiquiatria se dissolveram e a psiquiatria continua a existir como puro poder. Aqui convém precisar que, com toda probabilidade, o poder coercitivo da psiquiatria de fato não tenderá a diminuir com o passar dos anos, nem a se dissolver na "livre" relação do paciente rico que alimenta a ilusão de escolher a própria terapia, escolhen-

do o próprio terapeuta e a própria clínica: a psiquiatria industrial, por um lado (em seu aspecto de reeducação para a produtividade e para o consumo), e a psiquiatria institucional, por outro, provavelmente estão destinadas a alargarem juntas o próprio campo de ação. Assim como o especialista em psiquiatria, juntamente com o psicólogo, o psicanalista e o sociólogo, serve para reeducar o cidadão para o consumo ou para a adesão ao poder, independentemente da presença, nele, daquilo que continuamos a chamar de "distúrbio mental", também as instituições psiquiátricas se modificam internamente (o processo já está em curso) para governar *com segurança* aqueles excluídos que não são imediatamente reintegráveis: os sociais e os anti-sociais que as megalópoles industriais hoje tendem a produzir e a afastar do jogo da produtividade competitiva, em número que cresce de ano para ano. A quantidade crescente de asilos para "inadaptados" ou "vagabundos" indica-nos a direção obrigatória de uma repressão psiquiátrica mais extensa nos anos futuros; a psiquiatria moderna já forjou os instrumentos teóricos necessários para suas novas tarefas.

A reforma institucional provém apenas em parte da crise da psiquiatria moderna. Os exemplos de manicômios "abertos" do século XIX demonstram não só que é possível liberalizar um hospital psiquiátrico sem o auxílio dos sedativos hoje em uso, mas também que sempre existe um terreno empírico no qual não é tão difícil iniciar a ruptura do círculo vicioso dos manicômios. Se a violência institucional desaparece, desaparece também a violência do doente mental, e este muda de aspecto: perde suas características descritas nos velhos tratados, desaparece como "catatônico", "agitado", "dilacerador", "perigoso", para enfim mostrar-se sob sua verdadeira luz, sob seu aspecto de pessoa psicologicamente violentada antes e depois de seu internamento. O doente mental perde suas características "incompreensíveis" à medida que consegue inserir sua própria enfermidade num contexto em que são respeitadas a existência e as razões.

Porém os problemas surgem a partir deste ponto e é o enfermo quem os apresenta ao médico. A crise da psiquiatria moderna oferece-nos hoje os meios para verdadeiramente compreendermos o que se passa num contexto institucional liberalizado, e nos permite deixar para bem mais adiante a destruição da instituição. Uma vez aberta a porta, o processo continua e tende a tornar-se irreversível, mas vem acompanhado de novas contradições.

As contradições internas da instituição resumem-se na dificuldade de abolir a subordinação do enfermo, superando o perigo do paternalismo. As contradições externas dizem respeito ao fato de que o espaço do manicômio não é destruído, porquanto a sociedade lhe envia seus excluídos, submetendo-os a uma legislação bem precisa. O recuperado não encontra trabalho, ou encontra a mesma dinâmica de violência familiar e social que o haviam levado ao manicômio; o doente descobre que pode ser livre dentro da instituição, mas que não pode sair quando quer sem desencadear mecanismos de repressão definidos.

A progressiva destruição interna da organização do manicômio tende a criar um espaço vital onde o uso de instrumentos de autogoverno parece prometer a solução de todos os problemas de convivência; mas é a sociedade externa que impõe limites intransponíveis, e que ainda intervém continuamente para impedir que o hospital renovado seja uma ilha fora do mundo. À medida que os problemas internos não são "resolvidos" por providências do tipo "democrático", "comunitário" ou "progressista", mas sobretudo discutidos e sempre recolocados, eles inevitavelmente acabam na confrontação direta com problemas mais reais, que não dizem respeito às disfunções marginais de um comunitarismo auto-satisfeito, mas ao aspecto impessoal e burocrático da violência social. Num hospital psiquiátrico provincial não se correm os riscos típicos das comunidades terapêuticas privadas, onde a própria pré-seleção dos pacientes segundo o nível social e as formas mórbidas constitui a base para uma proteção dourada contra o choque da sociedade externa: aqui, ao contrário, as disposições legais sobre manicômios, as imposições burocráticas e, sobretudo, a "pobreza", a falta de recursos, a impotência dos hospitalizados, são um dado real que impede toda mistificação.

Se mencionamos rapidamente este aspecto do hospital psiquiátrico em via de transformação, fizemo-lo para melhor definir as características daquele personagem ambíguo que, frente ao enfermo, aparece tanto como parte da realidade interna quanto como mandatário da sociedade externa: o que trata do doente, médico ou enfermeiro.

Aqui deixaremos de lado os enfermeiros, embora eles nos ofereçam ocasião para uma digressão de grande importância; mas uma vista d'olhos na sua situação poderá ajudar-nos a definir melhor a ambigüidade particular em que se encontra o médico. Mesmo nos

hospitais psiquiátricos mais tradicionais, o enfermeiro, além do caráter "arbitrário" de seu poder sobre o enfermo, ainda estabelece com ele uma relação direta que o médico não chega a estabelecer. Motivos de afinidade cultural e a própria proximidade, durante muitas horas por dia, favorecem o contato, que conserva seu caráter de relação *pessoal*, mesmo quando subordinado a mecanismos abertamente sádicos, como era freqüente nos velhos manicômios. O caráter que distingue este tipo de relação é a falta de mediações racionais, de ideologias expressas de forma objetiva, de diafragmas científicos.

Entre o médico e o enfermo, ao contrário, há quase sempre uma mediação. Aqui não nos referimos à situação dos manicômios clássicos, onde não se poderia falar de uma "relação médico-paciente", porquanto tal relação inexistia, mas da situação nas instituições em transformação, onde a tentativa do médico de renunciar ao próprio poder se choca com o caráter irrenunciável de uma superioridade de sapiência, que é privilégio cultural e de classe. As reflexões do médico sobre sua relação com o paciente, de que este livro é exemplo, são a última expressão de um privilégio que sempre tende a se refletir na imagem intelectual que o médico *privadamente* faz de si mesmo e do enfermo, mediante o auxílio de conhecimentos e de instrumentos teóricos de que o enfermo não dispõe. Sobre esse desequilíbrio fundamental articulam-se todas as dificuldades mais concretas que tornam ambíguo o papel psiquiátrico.

No hospital psiquiátrico em transformação a equipe dirigente experimenta o próprio mal-estar como uma divisão entre a adesão a papéis e valores tradicionais e uma tensão antiinstitucional privada de novos papéis e de valores claramente definidos.

A equipe sempre é responsável pelo "bom andamento" do hospital nos confrontos com a opinião pública e com as autoridades legais, e sabe que sua liberdade de ação é limitada pela tolerância social, pela boa disposição de um procurador da República, pelo próprio fato de que ela encarna, frente ao mundo exterior, um poder técnico e uma imagem de prestígio social que parcialmente a põe a salvo da violência daqueles que prescrevem que o hospital deve ser fechado e os enfermos confinados em lugar seguro. Não obstante, a equipe tende a renunciar ao mandato institucional, e não se trata de uma renúncia de pouca monta. O mandato social impõe não a destruição da instituição, mas sim a sua manutenção;

não a renúncia àquele tecnicismo psiquiátrico que dá validade à repressão, mas sim a sua utilização; não a crítica ao papel opressivo ou integrante da psiquiatria, mas sim a validação da "seriedade" dessa disciplina para justificar a opressão e a integração; não o favorecimento do poder de contestação dos excluídos e dos oprimidos, mas sim a defesa dos privilégios daqueles que excluem e oprimem; não a criação de uma estrutura horizontal nos hospitais, mas sim o espelhamento, de forma absoluta, da hierarquização da sociedade externa; não a submissão a uma crítica permanente da técnica de manipulação das consciências, mas sim o fornecimento, à sociedade, de estruturas assistenciais "modernas" que sejam funcionais e não ultrapassem os limites impostos pela lei e pelas convenções culturais.

A denúncia dos manicômios hoje se reveste de uma forma científica, ou pelo menos se articula segundo uma crítica claramente teorizada. Por outro lado, essa teorização, se ela indica aquilo que não se deve fazer, nada prescreve de preciso: se a psiquiatria moderna está unida em se negar a si própria, ela não diz ao psiquiatra como ele deve agir para renunciar ao próprio mandato. A única indicação diz respeito à exigência de que médico e paciente se confrontem e assumam novos papéis, esquecendo que um é médico e o outro é doente; mas o desequilíbrio nos papéis efetivamente existe, e o paciente é um recluso na instituição, assim como o médico continua a viver segundo os valores da liberdade, da inteligência que raciocina, da própria responsabilidade social.

Em outras palavras, a realidade institucional "liberalizada" mais uma vez representa a psiquiatria como problema.

As dificuldades se situam ao nível do paciente, que não consegue recuperar a própria separação, contestando-a; e ao nível do médico, a quem a tentativa de renunciar à própria superioridade e seus privilégios coloca em conflito com ele mesmo. Mas a maior contradição refere-se ao médico, que, diferentemente do paciente, não tem que conquistar a sua liberdade para sobreviver e se repropor ao mundo, mas tem que renunciar a um universo cultural classista onde ele goza de privilégios. O médico permanece, pois, tenazmente aferrado a essa situação social, à maneira de pensar da sua classe, às presunções da sua formação científica, à ideologia do produtivismo, à propriedade (inclusive a propriedade intelectual), à supremacia individual. Não lhe é fácil libertar-se de tudo isso, nem mesmo dar o primeiro passo: não bastam uma escolha volun-

tária, uma diligência benevolente e neuroticamente reparadora, ou uma mais ou menos ingênua aprendizagem comunitária.

Toda a dinâmica antimanicomial se complica pelo fato de não se desenrolar no terreno de uma reivindicação de poder (no sentido político) por parte do paciente, mas no mundo ainda fechado de uma instituição que não tem outro objetivo senão o de conservar sua própria existência. O paciente vive num mundo de separação. Como excluído, é o bode expiatório da organização coercitiva da exploração na sociedade externa, mas não é diretamente o explorado. Ele é a escória e a vítima extrema da violência social, mas, expulso pela violência produtiva e confinado à violência institucional, não consegue opor-se ao mundo político da produtividade, porque este último o excluiu do universo de seus eventuais interlocutores. A relação que existe entre a exploração e a exclusão está turvada, e o internado que procura se reapropriar da sua exclusão e a ela se opõe não tem à sua disposição os instrumentos adequados para contestar a exploração que ela provocou. O enfermo num hospital psiquiátrico não pode comparar-se com o produtor de bens e de serviços, mesmo inserido num sistema que dele pretende a "livre" alienação de sua força de trabalho: alienado como pessoa na instituição, ele é inútil ao sistema na medida em que sua presença institucional, o internamento forçado, agora concorre apenas indiretamente para a estabilidade social.

O segundo obstáculo à dinâmica antimanicomial é a presença persistente da inteligência médica. O exemplo mais típico é o do psiquiatra que aconselha o paciente (entenda-se, para seu bem) a tomar um remédio que o ajudará a dormir quando ele está cansado, a controlar-se melhor quando está agitado, a desintoxicar-se quando bebe. O paciente (agora, mas não sempre) está sendo tratado. Em certos casos ele pode tratar-se a si mesmo tomando um sonífero quando não pode dormir, ou é confiado aos cuidados de outros internados: mas a destruição do papel institucional do médico encontra aqui um de seus limites mais dificilmente transponíveis. Mesmo que o médico tire seu jaleco branco, concorde em discutir com o doente, ou é por este questionado, ele de fato continua a utilizar a própria superioridade: a autoridade que o doente lhe atribui, antes mesmo que ele a imponha pela violência, permite-lhe impor a própria terapia.

Além disso, a renúncia ao poder médico, mesmo que se efetive, poderá perpetuar sob outras formas a subordinação do paciente.

A proposta da destruição, por dentro, das instituições manicomial jamais nasce, na prática, dos hospitalizados, mas do pessoal encarregado do tratamento e dos responsáveis pela organização. Estes últimos utilizam o poder que lhes advém do mandato social para criar condições que permitam ao enfermo a contestação do poder institucional: entretanto eles não deixam de ser os representantes do poder, e, como tais, continuam por muito tempo sendo os agentes da liberalização do doente, antes que este possa assumi-la com toda autonomia. O papel antiinstitucional do médico assemelha-se ao de um pedagogo "ativo" que educa para a *liberdade*, com a esperança de que seus alunos algum dia venham a contestar seu próprio papel pedagógico.

No campo da instituição, entretanto, a liberdade não existe de fato, nem pode ser mascarada sob a forma de liberdade interior na ausência de uma liberdade objetiva. A isto se poderia retorquir que a liberdade também não existe no mundo exterior, e que o ambiente institucional tem pelo menos o mérito de tornar manifesta uma ausência geral de liberdade, ao que é necessário replicar que o mundo exterior oferece a cada um a ocasião de unir a própria rebelião contra o mundo da produtividade e a uma atividade política revolucionária. Tais possibilidades, no âmbito de um hospital psiquiátrico, parecem remotas e veladas. Assim, a consciência da exclusão é freqüentemente experimentada pelo doente como injustiça accidental, como delimitação imperfeita das fronteiras de uma norma cujo conceito ele dificilmente chegará a criticar. O psiquiatra, de sua parte, já perdeu a ilusão da própria objetividade e sabe que não pode distanciar de si o doente, objetivando-o na pesquisa; porém, se tende facilmente a enobrecer o conceito do desvio, subtraindo a este último o corolário automático da sanção, ele não consegue, a não ser com muita dificuldade, propor um universo prático em que a noção tradicional do desvio seja colocada em causa.

Por conseguinte impõe-se uma ação revolucionária, mesmo se está perfeitamente claro que o hospital psiquiátrico, por mais antiinstitucional que seja, não favorece especialmente esse tipo de ação. A destruição do hospital psiquiátrico é um empreendimento político, pois a psiquiatria tradicional, dissolvendo-se, deixou psiquiatras e pacientes em confronto direto com os problemas da violência social: contudo, não existem as características típicas de um empreendimento revolucionário.

Isto explica algumas das limitações para a tomada de consciência pelos hospitalizados. Para estes é compreensível que os valores do restabelecimento continuem sendo considerados mais segundo as definições conformistas da sociedade externa, isto é, em função de uma tentativa de integração, do que segundo os valores bem mais difíceis de elaborar (e também mais penosos de sustentar no plano psicológico) de uma contestação à ordem social.

Também para a equipe de tratamento, na medida em que não tem que forjar um novo tipo de consciência antipsiquiátrica, é evidente o risco de continuar agindo exclusivamente no âmbito das contradições de seu velho mandato.

A digressão parece encerrar-se com uma constatação de impotência. Contudo, no momento em que foram delineados com suficiente clareza os limites práticos de uma ação antiinstitucional a partir dos hospitais psiquiátricos, é ainda necessário propor uma nova reviravolta e reconhecer que mais uma vez é possível negar a especificidade da psiquiatria.

Para o doente essa reviravolta é possível, ao menos em forma embrionária, na medida em que a ação antiinstitucional já contém em si a recusa do princípio da autoridade; para a equipe de tratamento, a experiência tem sentido desde que ela registre não tanto a incongruência da psiquiatria, mas a formulação de um protesto que tenha um significado e um alcance mais geral.

Outros poderão retomar o protesto, mas esse já existe em sua escolha inicial. O fato de que, de várias partes do país, alguns psiquiatras se reuniram em Gorizia para um trabalho antiinstitucional, não é devido ao acaso, nem à inevitável consolidação, em torno de uma "escola", dos desequilíbrios existentes na psiquiatria italiana, mas sim a uma série de análises e de opções políticas preliminares. Neste sentido, a denúncia da psiquiatria tradicional nos manicômios como sistema de poder persegue substancialmente dois objetivos: por um lado, fornecer uma série de estruturas críticas adequadas para destruir, entre outras, a "verdade evidente por si" sobre a qual se baseia a ideologia de nosso viver cotidiano; por outro, chamar a atenção para um mundo — o mundo institucional — onde a violência da exploração do homem pelo homem se funde na necessidade de anular os banidos, de supervisionar e tornar inofensivos os excluídos. Os hospitais psiquiátricos podem nos ensinar muitas coisas sobre uma sociedade na qual o oprimido é cada vez mais afastado da percepção das causas e dos mecanismos

da opressão. No momento em que a crítica política começa a levantar a potencialidade subversiva de todos aqueles que foram declarados "fora do jogo", a veleidade da antipsiquiatria se propõe a indicar, numa experiência e numa teorização decisivamente antecipatórias, algumas das vias possíveis para uma sociedade totalmente diferente.

FRANCA BASAGLIA ONGARO

TRANSFORMAÇÃO INSTITUCIONAL E OBJETIVOS COMUNS

UMA INSTITUIÇÃO TOTAL, segundo a definição de Goffman,¹ pode ser considerada como o lugar onde um grupo de pessoas é condicionado por outras pessoas, sem ter a menor possibilidade de escolher seu modo de viver. Fazer parte de uma instituição total significa estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos de outros, sem que o interessado possa intervir para modificar o andamento e o sentido da instituição.

No caso de uma instituição total da espécie de um hospital psiquiátrico, a função de guarda do pessoal encarregado do tratamento condiciona, em todos os níveis, o grupo de internados, os quais são obrigados a considerar as medidas de proteção contra eles tomadas como único significado de sua existência. A única identificação que esse tipo de instituição total oferece aos enfermos é a necessidade das pessoas não se defenderem contra eles. Isso significa que o doente é levado a se identificar com um estereótipo bem definido na estrutura física e psicológica da instituição, o de um internado *do qual as pessoas são se defendem*. Além desse caráter coercitivo de natureza defensiva, a instituição psiquiátrica total apresenta uma aproblematicidade absoluta em um dos pólos de sua realidade (ao mesmo tempo causa e efeito de toda instituição coercitiva). O enfermo, logo que internado no hospital, é definido como *doente*, e todas as suas ações, participações e reações são interpretadas e explicadas em termos de doença. Logo, a vida institucional se baseia sobre a negação de valores aprioristicamente definida,

1. Cf. E. GOFFMAN, *Asylums*, op. cit.

grupos, nas residências vivem em pequenos convívio familiar, outros pacientes retornaram ao de percutir-las. Muitos quiseram a possibilidade de não serem reconhecidos, mas não foi abandonado o projeto. O colorido especial. Este tem hoje um

Quando se derubam os muros do hospital, todos nos vemos obrigados a repensar velhos modelos e somos impelidos à criação de uma nova história.

Quando se derubam os muros do hospital, todos nos vemos obrigados a repensar velhos modelos e somos impelidos à criação de uma nova história.

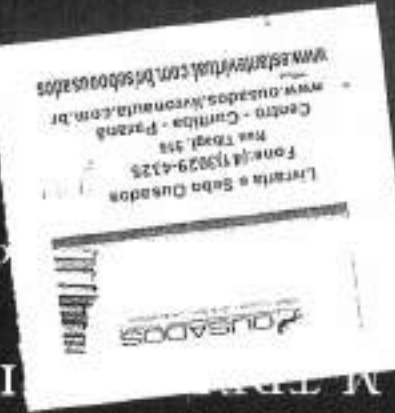


dignidade humana foi ban-

da dos manicomios há muito tempo. A ciência, que nunca foi neutra, e pode libertar ou oprimir, serve, nos hospitais psiquiátricos, para apertar o indivíduo de rotina em códigos e rotinas que o mobilizam, permitindo-o de qualquer participação naquilo que deveria ser do seu máximo interesse, ou seja, a condução do seu tratamento.

.....
sala de jantar
na
LOUCURA
à
.....

F. BASAGLIA ■ F. ROTELLI
G. DELLAQUA ■ G. GALLIO
L. TORESINI ■ L. ARTAUD
DEGADO



Livraria e Sede Osusados
Fone: (41) 3029-4325
Rua Tojal, 118
Centro - Curitiba - Paraná
www.osusados.com.br
www.sedeosusados.com.br