

Garamond
UNIVERSITÄR

COORDENAÇÃO
Maria Alzira Brum Lemos

CONSELHO EDITORIAL

Bertha K. Becker
Candido Mendes
Cristovam Buarque
Ignacy Sachs
Jurandir Freire Costa
Ladislau Dowbor
Pierre Salama

Colecção

LOUCURA **XXI**

DIRECIDA POR
Paulo Amarante

ALCOOLISMO NO TRABALHO
Magda Vaissman

CLINICA EM MOVIMENTO
por uma sociedade sem manicômios
Ana Marta Lobosque

EXPERIENCIAS DA LOUCURA
Ana Marta Lobosque

Franco Basaglia

ESCRITOS SELECIONADOS

em saúde mental e reforma psiquiátrica

Organização
Paulo Amarante

Tradução
Joana Angélica d'Ávila Melo

Garamond

Copyright © 2005 by Franco Basaglia
Direitos cedidos para esta edição à
Editora Garamond Ltda.

Diagramação
Luiz Oliveira

Capa
Estúdio Garamond

Revisão técnica
Sandra Arôca

Preparação de originais
Marco Schneider

Revisão
Argemiro Figueiredo

CATALOGAÇÃO NA FONTE DO DEPARTAMENTO NACIONAL DO LIVRO

B313e

Basaglia, Franco, 1924-

Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia ; organização Paulo Amarante ; tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. - Rio de Janeiro : Garamond, 2010
336p. - (Garamond Universitária ; Loucura XXI)

ISBN 85-7617-057-4

1. Hospitais psiquiátricos. 2. Psiquiatria social. 3. Política de saúde mental. 4. Serviços de saúde mental. 5. Psiquiatria. I. Amarante, Paulo. II. Título. III. Série.

05-1862

CDD 362.2
CDU 616.89

Todos os direitos reservados. A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Sumário

Apresentação - Paulo Amarante	7
Prefácio - Ernesto Venturini	17
A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do "espaço fechado"	23
Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica	35
Apresentação a <i>Che cos'è la psichiatria?</i>	61
Corpo e instituição - Considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional	73
As instituições da violência	91
Introdução a <i>Asylums</i>	133
Carta de Nova York - O doente artificial	151
A doença e seu duplo: Propostas críticas sobre o problema do desvio	161
A maioria desviante	187
A utopia da realidade	225
O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica	237
Loucura/delírio	259
Lei e psiquiatria: Para uma análise das normas no campo psiquiátrico	299
Prefácio a <i>Il giardino dei gelsi</i>	325

опаџмуз

11. Итунинг' олмаг'и
12. Итунинг' олмаг'и
13. Итунинг' олмаг'и
14. Итунинг' олмаг'и
15. Итунинг' олмаг'и
16. Итунинг' олмаг'и
17. Итунинг' олмаг'и
18. Итунинг' олмаг'и
19. Итунинг' олмаг'и
20. Итунинг' олмаг'и
21. Итунинг' олмаг'и
22. Итунинг' олмаг'и
23. Итунинг' олмаг'и
24. Итунинг' олмаг'и
25. Итунинг' олмаг'и
26. Итунинг' олмаг'и
27. Итунинг' олмаг'и
28. Итунинг' олмаг'и
29. Итунинг' олмаг'и
30. Итунинг' олмаг'и
31. Итунинг' олмаг'и
32. Итунинг' олмаг'и
33. Итунинг' олмаг'и
34. Итунинг' олмаг'и
35. Итунинг' олмаг'и
36. Итунинг' олмаг'и
37. Итунинг' олмаг'и
38. Итунинг' олмаг'и
39. Итунинг' олмаг'и
40. Итунинг' олмаг'и
41. Итунинг' олмаг'и
42. Итунинг' олмаг'и
43. Итунинг' олмаг'и
44. Итунинг' олмаг'и
45. Итунинг' олмаг'и
46. Итунинг' олмаг'и
47. Итунинг' олмаг'и
48. Итунинг' олмаг'и
49. Итунинг' олмаг'и
50. Итунинг' олмаг'и
51. Итунинг' олмаг'и
52. Итунинг' олмаг'и
53. Итунинг' олмаг'и
54. Итунинг' олмаг'и
55. Итунинг' олмаг'и
56. Итунинг' олмаг'и
57. Итунинг' олмаг'и
58. Итунинг' олмаг'и
59. Итунинг' олмаг'и
60. Итунинг' олмаг'и
61. Итунинг' олмаг'и
62. Итунинг' олмаг'и
63. Итунинг' олмаг'и
64. Итунинг' олмаг'и
65. Итунинг' олмаг'и
66. Итунинг' олмаг'и
67. Итунинг' олмаг'и
68. Итунинг' олмаг'и
69. Итунинг' олмаг'и
70. Итунинг' олмаг'и
71. Итунинг' олмаг'и
72. Итунинг' олмаг'и
73. Итунинг' олмаг'и
74. Итунинг' олмаг'и
75. Итунинг' олмаг'и
76. Итунинг' олмаг'и
77. Итунинг' олмаг'и
78. Итунинг' олмаг'и
79. Итунинг' олмаг'и
80. Итунинг' олмаг'и
81. Итунинг' олмаг'и
82. Итунинг' олмаг'и
83. Итунинг' олмаг'и
84. Итунинг' олмаг'и
85. Итунинг' олмаг'и
86. Итунинг' олмаг'и
87. Итунинг' олмаг'и
88. Итунинг' олмаг'и
89. Итунинг' олмаг'и
90. Итунинг' олмаг'и
91. Итунинг' олмаг'и
92. Итунинг' олмаг'и
93. Итунинг' олмаг'и
94. Итунинг' олмаг'и
95. Итунинг' олмаг'и
96. Итунинг' олмаг'и
97. Итунинг' олмаг'и
98. Итунинг' олмаг'и
99. Итунинг' олмаг'и
100. Итунинг' олмаг'и

Apresentação

Esta coletânea foi elaborada com o intuito de oferecer ao leitor uma seleção das principais produções de Franco Basaglia, o psiquiatra que liderou o mais importante processo de reforma psiquiátrica e saúde mental. Estou me referindo à experiência iniciada em 1961, em Gorizia e posteriormente em Trieste, cidades situadas no norte da Itália, e que foi desdobrada em muitas outras cidades e países, sendo atualmente uma referência internacional reconhecida tanto pela comunidade científica quanto pela Organização Mundial da Saúde. No bojo desse processo foi constituído um importante movimento social, denominado *Psiquiatria Democrática Italiana*, que se tornou um ator estratégico e fundamental na luta pela extinção dos manicômios na Itália e, posteriormente, base para muitos outros movimentos, em diversas partes do mundo, que se dedicaram a esse mesmo projeto: o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. Ainda nesse contexto, foi aprovada a Lei 180, em 13 de maio de 1978, que determinou o fim dos manicômios em todo o território italiano e consolidou o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental. Essa lei ficou conhecida como a *Lei Basaglia*.

Os textos aqui reunidos estão dispostos em ordem cronológica, a fim de dar ao leitor uma visão histórica e evolutiva dessa trajetória. A coletânea começa com "A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização", apresentado originalmente no I Congresso Internacional de Psiquiatria Social em Londres, no ano

de 1964. Na organização e classificação de sua própria obra,* Basaglia se refere a esse texto como o marco de uma nova etapa em sua trajetória, que ele denomina de *fase da negação institucional* e é centrada na “negação da psiquiatria enquanto ideologia”, na medida em que a psiquiatria, afirma Basaglia, “tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas a uma realidade que a própria ciência contribui para produzir” (1982: XXII). As ideias expressas neste texto refletem o profundo impacto que representou o contato de Basaglia com a assistência psiquiátrica, após um período de vida acadêmica, por certo distanciada – como ocorria em geral com as clínicas universitárias – da realidade cotidiana da assistência pública italiana. A influência de Erving Goffman é visível logo no subtítulo do escrito (“Mortificação e liberdade no espaço fechado”), no qual surge a noção de mortificação, conceito marcante em Asylums, e que será também muito importante para a *démarche* basagliana. Outra referência teórica importante presente nesse texto, e que confirma a hipótese de que estamos assistindo a uma ruptura na obra de Franco Basaglia, é a referência a *Historia da loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault, certamente uma bibliografia pouca conhecida e utilizada nas produções acadêmicas italianas de então. Enfim, “A destruição do hospital psiquiátrico” é também importante por demarcar o início do fim da experiência da “comunidade terapêutica”, que inicialmente estava sendo implantada em Gorizia, quando Basaglia ainda acreditava na possibilidade de reformar o hospital psiquiátrico, de fazer do manicômio um lugar de cura.

O segundo texto que selecionamos para esta coletânea é “Um problema de psiquiatria institucional”, escrito em 1966, em cola-

* *Basaglia Scritti I (1953-1968). Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Einaudi: Torino, 1981. No ano seguinte foi publicada *Basaglia Scritti II (1964-1980). Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Os dois volumes foram organizados por Franca Ongaro Basaglia.

boração com Franca Ongaro Basaglia. O texto é significativo tanto pelas incursões na antropologia, sociologia e filosofia das ciências, quanto pela introdução do conceito de institucionalização, seja na versão de Burton, como “neurose institucional”, seja na de Goffman, como “institucionalização total”, algo que sempre se revela como *uma forma de regressão, que se sobrepõe à doença original em indivíduos já psiquicamente frágeis ou doentes, graças ao processo de aniquilamento e destruição individual a que são submetidos pela vida no asilo*. Nesse texto, pela primeira vez, Basaglia adota o princípio epistemológico da *époque*, introduzido pelo fundador da fenomenologia, Edmund Husserl, sugerindo que a *doença mental seja colocada entre parênteses*. Para Basaglia, a psiquiatria pós a pessoa entre parênteses para se ocupar de uma *doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica*. Seria então necessário colocar a doença mental entre parênteses para que possamos nos ocupar da pessoa, do doente real em suas circunstâncias e experiências subjetivas e objetivas.

A “Apresentação a *Che cos'è la psichiatria?*” foi escrita em 1967, partindo de uma provocação que Basaglia faz a si próprio, inspirado em *O que é a literatura?*, de Jean-Paul Sartre, em que este autor considera que “as ideologias são liberdade enquanto se fazem, opressão quando estão feitas”. Para Basaglia, essa questão exige um debate sobre a ideologia psiquiátrica, opressora e fechada em seu papel de ciência dogmática, que termina por produzir estigma e exclusão e não cuidado e tratamento. O texto desenvolve uma dura crítica ao saber e ao humanismo psiquiátrico, que fracassam no encontro com o real. E aqui Basaglia nos coloca com a dupla face do sofrimento, que a psiquiatria nega e, por isso, se afasta da realidade da pessoa: de um lado, a problemática psicopatológica (*dialectica e não ideológica*), e, de outro, a problemática da exclusão e do estigma.

Em “Corpo e instituição”, também de 1967, aparece pela primeira vez nos textos de Basaglia a fábula oriental do homem e a serpente, que servirá de analogia, em toda a sua trajetória, para analisar a condição institucional da pessoa com sofrimento mental internada nos manicômios, em que o interno literalmente incorpora a instituição. O processo de *coisificação* das pessoas, promovido pelas instituições, é aqui detalhadamente analisado e nos servirá de ferramenta permanente na luta contra todas as formas de institucionalização. Basaglia retoma e aprofunda também a estratégia da *époque*, de colocar a doença mental entre parênteses, como forma de superar o olhar coisificante da ciência e reconstruir um olhar sobre as pessoas em suas experiências.

O livro que ficou conhecido como o mais importante de Franco Basaglia é *A instituição negada*, publicado em 1968. Na verdade, ele foi o organizador dessa coletânea e escreveu seu capítulo central, em que relata todo o processo da experiência vivida por toda a sua equipe no Hospital de Gorizia. Esse capítulo, intitulado “As instituições da violência” – e que compõe a presente seleção –, é certamente um dos mais contundentes registros e dissecções dos processos e mecanismos da instituição psiquiátrica. Basaglia faz sobressair o papel dos técnicos nessa violência, seja utilizando seu mandato de controle social, seja suavizando os atritos e conflitos sociais no sentido de perpetuar a violência global. Esse texto desmonta nossas pretensões de reformar o hospital psiquiátrico, de acreditar que seja possível um hospital psiquiátrico terapêutico, mesmo entre aqueles submetidos à experiência da comunidade terapêutica, e consolida o princípio de sua completa superação.

Daí a importância da questão antimanicomial em Basaglia, que tem sido, desde então, uma significativa referência teórica e prática para a experiência brasileira. A importância da negação/superação manicomial se faz mais presente ainda na introdução que Franco

Basaglia e Franca Ongaro fizeram a *Asylums*, o clássico livro de Erwing Goffman (publicado no Brasil com o título de *Manicômios, prisões e conventos*). A “Introdução” foi escrita em 1969 para a primeira edição italiana do livro de Goffman, que constituiu um marco, como vimos anteriormente, para a *démarche* de Basaglia. Alguns dos conceitos introduzidos por Goffman, tais como *instituição total*, *mortificação do eu*, *carreira moral*, entre outros, serão ferramentas preciosas para as análises basaglianas em toda a sua trajetória.

Ao término da experiência de Gorizia, em 1969, Basaglia foi convidado, como Professor Visitante, para conhecer um dos Centros de Saúde Mental Comunitária de Nova York, onde estava ocorrendo aquela que viria a ser denominada (se bem que pelos próprios norte-americanos) a terceira revolução psiquiátrica. Tratava-se da promissora experiência da Psiquiatria Preventiva, formulada e desenvolvida por Gerald Caplan, que ameaçava extinguir os manicômios e as enfermidades mentais. Dessa visita nasceu, naquele mesmo ano, um dos mais perspicazes e sensíveis escritos de Franco Basaglia: “Carta de Nova York. O doente artificial”. Ali Basaglia observa que a prevenção caplaniana serve mais para dilatar o campo da “doença”, e não para reduzi-lo. Além de desmontar a lógica científica e administrativa da proposta preventiva, Basaglia desnuda suas relações com as estratégias de controle social das chamadas “populações de risco”. Foi a primeira, mais forte e mais competente crítica à Psiquiatria Preventiva – que, paradoxalmente, ainda é uma das mais fortes referências e fundamentos das políticas públicas de saúde mental no mundo ocidental, mesmo no Brasil.

“A doença e seu duplo” foi publicado em 1970, também com a colaboração de Franca Ongaro, e tem como objeto central a crítica a uma nova ideologia do desvio, isto é, a uma nova produção, incrementada pelas novas disciplinas e abordagens interdisciplinares, de mais e mais comportamentos ditos “desviantes”. O texto nos

adverte para o processo de patologização, e não apenas médica, dos comportamentos sociais, a partir de uma profunda revisão e discussão da literatura oriunda das ciências sociais e humanas relativa ao tema. A noção do *duplo*, inspirada em Artaud (*O teatro e seu duplo*) diz respeito às incrustações, isto é, àquilo que não é próprio da condição de estar doente, mas de ser e estar institucionalizado, ou de ser visto como doente, e abre uma enorme perspectiva no lidar efetivamente com as pessoas em sofrimento, e não com as suas “doenças”.

O texto seguinte é um aprofundamento do anterior e também foi escrito em colaboração com Franca Ongaro. “A maioria desviante”, um livro lançado em 1971 reunindo vários artigos, inclusive com a participação de Laing e Cooper, trata da questão da produção social e científica dos comportamentos desviantes. O capítulo selecionado é o que dá título ao livro e é, sem sombra de dúvida, o mais rico e instigante. Além da desconstrução do conceito de desvio, o texto retoma, mais uma vez, a crítica ao conceito de doença mental, denunciando seu caráter ideológico e absolutamente inconsistente do ponto de vista epistemológico. Analisando um texto de Ruesch sobre o aparente e surpreendente crescimento do percentual de comportamentos desviantes em nossas sociedades, Basaglia introduz o debate sobre a importação de ideologias produzidas pelos países de economia central e observa que, em última instância, mantida a teoria dos desvios – em que este conceito vem substituir e ampliar o de personalidade psicopática –, a sociedade seria, quase que totalmente, uma sociedade de desviantes.

“A utopia da realidade”, escrito em 1974, novamente em co-autoria com Franca Ongaro, nos faz refletir sobre o conceito de reforma psiquiátrica como algo que transcende a mera transformação de serviços e tecnologias. Foi com Basaglia, a partir deste texto, que percebemos que a transformação das instituições e das políti-

cas públicas só é possível na medida em que possamos transformar as relações entre a sociedade e os cidadãos, porque é aí que se insere a relação entre saúde e doença.

Em 1977 foi realizado em Trieste o III Encontro da Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria, do qual participaram várias personalidades da antipsiquiatria, da psiquiatria democrática italiana e da luta antimanicomial, tais como Robert Castel, Ronald Cooper, Felix Gattari, Agostino Pirella, entre outros. Nesse encontro, Basaglia apresentou uma comunicação intitulada “O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica”, na qual nos transmite uma visão histórica e conceitual das práticas e políticas desenvolvidas em Trieste durante sua gestão, no período de 1971 a 1979, relatando e analisando todo o processo de desconstrução do manicômio local. Trata-se de uma verdadeira aula prática de planejamento e gestão de políticas de saúde mental. Pela primeira vez o termo *território* assume um significado inovador. Não o de comunidade ou de região geográfica, mas o de contradições, lutas, produções sociais e ideológicas da vida concreta e simbólica em um processo histórico. Nesse momento, Basaglia nos transmite uma idéia sensível que lhe surge quando pensa em contar suas experiências: “É impossível contar as coisas que aconteceram”, pois a história de Trieste seria cada vez menos a história da instituição, dos nomes, das datas, e cada vez mais as histórias de muitas vidas e significados que se fizeram inventar e sentir ao longo do processo.

Um dos trabalhos mais consistentes elaborados por Franco e Franca é, sem sombra de dúvida, o verbete “Loucura/delírio”, escrito para a *Enciclopédia Einaudi* e publicado em 1979. De inspiração fortemente foucaultiana, o texto se inicia com uma referência ao monólogo da razão sobre a loucura, pois “não existe história da loucura que não seja história da razão”. É um escrito denso, com uma profundidade ímpar, em que os autores fazem uma revisão de

toda a construção do campo da psiquiatria e da filosofia sobre a loucura. É certamente um texto que se tornará referência obrigatória para todos aqueles que se dedicam ao estudo do tema.

Após a aprovação da Lei 180, Basaglia e Maria Grazia Gianichedda redigiram uma avaliação das legislações psiquiátricas em vários países do mundo, analisando as relações entre psiquiatria e justiça, psiquiatria e ordem social e psiquiatria e poder: "Lei e psiquiatria". Escrito em 1979, o texto assume ainda maior importância pela qualidade e seriedade da análise realizada sobre a lei italiana, seja com uma contundente e bem argumentada defesa, seja com uma oportuna e perspicaz crítica a alguns de seus aspectos. É também um texto absolutamente necessário para a análise da lei da reforma psiquiátrica brasileira, a Lei 10.216/01.

A seleção finaliza com o "Prefácio" que Franco Basaglia escreveu para o livro *Il giardino dei gelsi*, coletânea coordenada por Ernesto Venturini e publicada em 1979. Trata-se do último escrito de Franco Basaglia, para um livro que nos oferece um amplo panorama das mais significativas experiências municipais de reforma psiquiátrica na Itália. Em resumo, as análises apontam para muitos problemas, mas apontam também para a confirmação das hipóteses originais de Franco Basaglia. É necessário negar e superar o manicomio e as categorias objetivantes da psiquiatria positivista que lhe deram fundamento e legitimidade; é possível construir uma atenção e um cuidado diferentes que acolham e tratam as pessoas em sofrimento psíquico; é possível mudar a cultura e superar as relações estigmatizantes e de segregação em relação à loucura.

Não podemos deixar de agradecer à querida e saudosa Franca Ongaro Basaglia, que nos deixou há pouco tempo, bem pertinho da publicação deste livro que tanto desejávamos entregar-lhe em mãos, e para o qual ela tanto contribuiu com a sugestão de textos, com seu apoio e afeto, além de ser co-autora de uma significativa parte

deles; a Ernesto Venturini, pela força e generosidade, e também pela participação na seleção e revisão dos textos; e, finalmente, a Fernanda Nicácio, amiga e companheira desde os primeiros momentos do projeto desta edição, pela sua dedicação, apoio e colaboração na seleção e revisão dos textos.

Esperamos estar fazendo chegar às mãos do público brasileiro uma obra que vai marcar profundamente a história de nossa luta por uma sociedade sem manicômios, sem violência e sem exclusão, uma obra, como desejava Basaglia, que possa contribuir para produzir mais direitos e mais vidas.

Paulo Amarante

Coordenador da
Coleção Loucura XXI

Prefácio

Já que não se pode negar o sucesso da luta contra o manicômio que se realizou na Itália, em alguns outros países europeus e, em parte, no Brasil, certos adversários da mudança assumem uma atitude arrogante em relação a Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia. Comportam-se como a raposa da fábula de Fedro que, diante da impossibilidade de alcançar as uvas, tenta aliviar sua raiva afirmando que elas ainda estão verdes. Analogamente, esses adversários, desde já derrotados, adotam um mecanismo de racionalização: afirmam que o alcance da mudança se limita à lei de reforma psiquiátrica e ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas sublinham que o processo é desprovido de consistência científica e não reconhecem a influência que a obra de Basaglia exerceu sobre a psiquiatria e sobre as ciências humanas em geral. Para dar suporte a essa tese, equivocam-se quanto à recusa de Franco Basaglia a caracterizar o processo de desinstitucionalização como uma nova técnica terapêutica e sua iniciativa de pôr a *doença mental entre parênteses*.

Na realidade, reduzir a figura de Franco Basaglia à simples aprovação da Lei italiana de reforma psiquiátrica (a lei 180/1978) é um dos muitos paradoxos a que ele foi submetido. Muito mais articulada e complexa, ao contrário, é sua função no interior do pensamento científico atual; e, se Franco Basaglia inspirou essa lei, também é verdade que a criticou várias vezes. Ele vislumbrava, na defesa da mencionada lei – fruto de numerosas mediações políticas –, o risco de uma

perda de identidade por parte do movimento anti-institucional e de uma subsequente normalização institucional da psiquiatria. Ademais, Basaglia não negou a existência da doença mental: no máximo, buscou superar a conduta típica da psiquiatria, que justificava o insucesso do encontro com o Outro pela incompreensibilidade deste último, negando qualquer valor a tudo aquilo que, por limitação própria, não conseguia compreender. A opção dos Basaglia foi uma rigorosa opção científica, que subverteu o vício, típico dos intelectuais, de arrojar-se o direito de falar em nome dos outros. Franco Basaglia pôs a doença mental entre parênteses a fim de dar voz, sem interpretar, e fazer emergir novos sujeitos no palco da história – os pacientes, os familiares, os não-especialistas. A relação terapêutica devia instaurar-se dentro de um espaço no qual toda resposta pré-fabricada e todo preconceito ficassem entre parênteses: somente assim seria possível ir ao encontro do doente num plano de liberdade.

Tal atitude nos levou, depois daquela opção, a uma liberdade radical em relação aos preconceitos e nos fez ignorar os vínculos e os impedimentos inerentes às teorias anteriormente aprendidas: permitiu-nos descobrir a riqueza da subjetividade do Outro. Em suma, a suspensão de juízo operada pelos Basaglia possibilitou-nos escutar o Outro sem os preconceitos que invalidam a comunicação: uma capacidade rara, essa da escuta, afirmada mais com as palavras do que com os fatos, e cuja falta é particularmente grave na relação de ajuda.

Quando declarou seu interesse pela pessoa, mais do que pela doença, e quando, com sua prática, nos mostrou sua coerência com este princípio, Franco Basaglia conseguiu algo mais profundo que a simples afirmação de uma instância ética: ele pôs em crise o paradigma da psiquiatria.

Franco Basaglia – e sublinhar isto me é particularmente importante – não foi apenas, para quem teve o privilégio de trabalhar com

ele, um grande mestre de vida; foi também um grande mestre de pensamento. Junto com a concreitude das práticas, seus escritos revolucionaram a resposta à doença mental e desestabilizaram o caráter absoluto das noções de objetividade e de cientificidade da cultura ocidental moderna. O fim do manicômio representou o questionamento prático, mas também teórico, dos aparatos culturais e científicos que se apoiavam nessa instituição. O rigor e a tensão dessa crítica refletem a particular atmosfera cultural dos anos 60 e 70, mas nem por isso as palavras de Franco Basaglia e as de sua mulher Franca Ongaro Basaglia perderam força e atualidade. Penso mesmo que suas palavras falam precisamente para os homens de hoje, com a mesma intensidade emotiva daqueles anos, e, a cada nova leitura, permitem descobrir novas fronteiras no caminho da nossa liberdade.

A coletânea de escritos presentes neste volume possibilita ao público brasileiro fazer essas descobertas. Este livro responde à exigência de esclarecer alguns dos aspectos filosóficos, científicos e operativos do questionamento lançado sobre a “ciência” psiquiátrica, construída com base na opressão e na tomada de distância frente ao sofrimento psíquico. Ele surge em sintonia com algumas publicações italianas recentes, que demonstram o renovado interesse pelas problemáticas conexas ao desenvolvimento histórico da idéia de norma e de anormalidade.

Por outro lado, os escritos aqui reunidos (citarei, como exemplo, “Um problema de psiquiatria institucional”, “A maioria deviante”, “O circuito do controle”) condensam a essência do pensamento basagliano e permitem fazer uma leitura crítica dele. Outros escritos (“Corpo e instituição”, “Carta de Nova York. O doente artificial”, “A doença e seu duplo”, “Loucura/delírio”, por exemplo) possibilitam perceber melhor como o pensamento dos Basaglia se desen-

voive dentro de uma cultura europeia, rica e entrelaçada. Nele reconhecemos a antropologia fenomenológica, a *daseinsanalyse*, mas também o existencialismo, o estruturalismo e a escola de Frankfurt. O pensamento dos Basaglia remete às reflexões de E. Husserl, K. Jaspers, E. Minkowski, J.-P. Sartre, M. Merleau-Ponty, M. Foucault, mas também encontramos ali referências a A. Artaud, E. Goffman, R. Laing e, sobretudo, a T. Adorno, W. Benjamin, T. Kuhn, P. Feyerabend e A. Gramsci.

Franco Basaglia, em particular, parte da oportunidade fenomenológica de exprimir a própria subjetividade e prossegue com a conseqüente abolição da distinção normativa entre são e doente, preconizada pela psiquiatria positivista, até subverter a noção de "norma", própria da psiquiatria oficial. Em sua ação teórico-prática, supera a artificiosa separação entre psiquê e soma e restitui importância ao "corpo não-objetivado". Interroga-se sobre a loucura, sobre a convivência desta com a razão, e assume a loucura não só como objeto, mas também como sujeito, como meio de conhecimento. Do existencialismo, os Basaglia compartilham a aspiração de avançar, para além da própria má-fé ou inautenticidade, em direção à conquista de uma liberdade que é consciência da própria história e da do outro e ao direito de sermos sujeitos. Por fim, a meu ver, há alguns conceitos básicos que, nesta nossa época de revisionismos e de perda da memória, considero totalmente atuais: a análise das relações de poder, a crítica à ideologia como falsa consciência, a noção de hegemonia e a de intelectual orgânico.

A tradução destes escritos e sua publicação no Brasil certamente proporcionariam grande prazer a Franco Basaglia: para ele, esta seria mais uma oportunidade para exprimir o profundo afeto que o ligava a este país. Por outro lado, o verdadeiro reconhecimento de sua obra, como ele mesmo nos ensinou com sua vida, não reside no prazer intelectual da produção de saberes, mas na forja de enlaçar

os momentos da teoria e dos saberes com os das práticas e fins éticos inspiradores das políticas necessárias para realizar transformações úteis e duradouras. O verdadeiro reconhecimento do valor do pensamento de Franco e Franca Basaglia consiste na capacidade de encarregar-se concretamente do doente, não se concentrando na doença, mas considerando o tratamento como uma tentativa de reconduzir a pessoa às suas plenas possibilidades existenciais e à prática dos seus direitos... e tudo isto com a paixão, com a intensidade ideal e com a lucidez que sempre acompanharam esses extraordinários seres humanos.

Ernesto Venturini
Assessor da Organização
Pan-Americana de Saúde

A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização¹

Mortificação e liberdade do "espaço fechado": considerações sobre o sistema "open door".

Em 1925, um manifesto de artistas franceses que assinavam "la révolution surréaliste", dirigido aos diretores dos manicômios, terminava assim: "Amanhã de manhã, na hora da visita, quando, sem nenhum dicionário, tentarem se comunicar com esses homens, esqueceram lembrar e reconhecer que, diante deles, os senhores têm uma única superioridade: a força".

Quarenta anos depois – como grande parte dos países europeus, atrelados a uma lei antiga, ainda indecisa entre assistência e segurança, piedade e medo –, a situação não mudou muito: limites forçados, burocracia e autoritarismo regem a vida dos internados, em nome dos quais Pinel já reclamara clamorosamente o direito à liberdade. Mas a liberdade de que Pinel falava tinha sido concedida num espaço fechado, e deixada nas mãos do legislador e do médico, que a deviam dosar e tutelar. Por isso, mais de dois séculos após aquela espetacular ruptura dos grilhões, o ritmo da vida dos asilos ainda é marcado por regras forçadas e mortificações, exigindo uma solução urgente, com fórmulas que finalmente levem em conta o homem no seu livre situar-se no mundo.

¹ Comunicação ao I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, Londres, 1964. In: *Annali di Neurologia e Psichiatria*, 49, 1, 1965.

De fato, só agora o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual até hoje ele mesmo o privara. A necessidade de um regime, de um sistema, na complexa organização do espaço fechado em que o doente mental foi isolado durante séculos, atribuía ao médico o mero papel de vigilante, de tutor interno, de moderador dos excessos a que a doença podia levar: o valor do sistema superava o do objeto dos seus cuidados. Mas, hoje, o psiquiatra se dá conta de que os primeiros passos em direção à "abertura" do manicômio produzem no doente uma transformação gradativa do seu espaço, da sua relação com a doença e com o mundo, da sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não só pela condição mórbida, mas também pela longa hospitalização. A partir do momento em que transpõe os muros do internamento, o doente entra numa nova dimensão de vazio emocional (resultado da doença que Burton denomina *institutional neurosis* e que eu chamaria, simplesmente, de institucionalização); ou seja, vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetivação. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento.

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema

institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo. O novo, no momento em que ingressa no complexo sistema de internação, deve deixar atrás de si os vínculos que não pode mais manter, os projetos que já não poderá realizar, enfim, a vida que não pode viver, pois o próprio hospital o impede de continuar a buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro, inibindo a "conquista" da própria subjetividade. Trancado no espaço estreito da sua individualidade perdida e oprimido pelos limites impostos pela doença, o doente mental é impellido pelo poder institucionalizante do asilo a objetiva-se nas próprias regras que o determinam, num processo de diminuição e de restrição de si mesmo que – originariamente superposto à doença – nem sempre é reversível.

Entretanto, poder-se-ia dizer que toda organização de caráter coletivo (grandes complexos industriais, por exemplo), ainda que não apresente o clima dos espaços fechados (manicômios, prisões, campos de concentração, instituições religiosas, colégios), viola, em certo sentido, o projeto individual, embora conserve uma margem pessoal à vida de cada membro. É essa margem que resulta, ao contrário, deliberadamente cancelada pelo poder da instituição, por que é justamente a iniciativa pessoal ("doente" ou não) o que pode perturbar a ordem e a regra da complexa organização, minando-lhe, portanto, a eficiência. Assim, quando o doente entra no asilo, alienado pela enfermidade, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com elas. Isto se dá porque as consequências da loucura – que constituem o centro das apreensões dos nossos legisladores – são mais valorizadas que o doente mental enquanto homem. Isolado, segregado, tomado inofensivo pelos muros que o encerram, o

internado parece converter-se em algo para além do humano – entre um animal dócil e inofensivo e um bicho perigoso – por todo o tempo em que a doença for considerada um mal irreparável, contra o qual não há nada a fazer, a não ser defender-se.

Mas o manicômio – nascido como defesa dos sãoos contra a loucura, como proteção contra os “centros de infecção” – parece finalmente estar sendo considerado como o lugar do qual o doente mental deve ser defendido e salvo. “O objeto da psiquiatria” – diz Ey num artigo recente – “não é mais o paciente que dá medo, mas o homem doente que tem medo”.

A descoberta da liberdade pela psiquiatria conduz, portanto, à questão do doente mental fora do manicômio. Na realidade, por toda parte ainda existem grades, chaves, barras, portões, pessoal com escassa preparação técnica e, muitas vezes, humana, mas a questão, de qualquer forma, está em aberto: a destruição do manicômio é um fato urgentemente necessário, se não simplesmente óbvio.

Na verdade, a descoberta da liberdade é a mais óbvia que a psiquiatria poderia fazer, tão óbvia que não deveria provocar discussão alguma: mas, evidentemente, o óbvio é a coisa mais difícil de enfrentar quando põe o homem frente a frente consigo mesmo, sem anteparos nem refrações. Pinel também já havia invocado esta óbvia liberdade para os alienados, quando os encerrava – depois de soltá-los das correntes – no espaço fechado, limitado, onde até hoje vivem os nossos internos. Mas, “no fim do século XVIII” – diz Foucault em sua recente *História da Loucura* –, “não se assiste a uma libertação dos loucos, e sim a uma objetivação do conceito da sua liberdade”, objetivação que, desde então, impeliu o doente a identificar-se gradativamente com as regras e com o esquema da instituição, ou seja: a institucionalizar-se. Despojado de qualquer elemento pessoal, dominado pelos outros, presa de seus próprios

medos, o doente devia ser isolado num mundo fechado, onde, mediante o gradativo aniquilamento de qualquer possibilidade pessoal, sua loucura já não tivesse força.

A imagem do institucionalizado corresponde, portanto, ao homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar: o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição; o homem que só poderá ser impellido à busca de si mesmo, à reconquista da própria individualidade somente pela posse da própria liberdade, se não quisermos que continue a identificar seu vazio interior com o espaço limitado e impositivo do manicômio. Para o doente, a perda da liberdade que está na base da sua doença se identifica inevitavelmente com a liberdade da qual nós o privamos: ele é a porta fechada contra a qual qualquer projeto, qualquer futuro se chocam.

Naturalmente, o problema da liberdade para o doente mental – ou melhor, o problema do doente no hospital – não surgiu de repente, pela súbita revelação de uma realidade desconhecida, mas ressurgiu com uma exigência que já não se pode ignorar: depois da transformação produzida, pelos fármacos, na relação entre o doente e sua doença. Se o doente perdeu sua liberdade por causa da doença, a liberdade de recuperar a posse de si mesmo lhe foi dada pelo fármaco. Portanto, se foi possível ignorar o apelo lançado pelas teorias psicodinâmicas, que propunham uma nova abordagem da doença mental, agora que os novos fármacos criaram uma dimensão inédita entre o doente e sua doença, fazendo-o aparecer aos nossos olhos – livre dos velhos esquemas das síndromes clamorosas – numa esfera completamente humana, já não é possível isolá-lo no círculo dos loucos, tampouco deixar de considerá-lo simplesmente um homem doente. É hora, então, de enfrentar o problema do doente mental no hospital, nesse

espaço fechado, vedado a qualquer relação que não seja enferma, com vistas a reconquistar sua liberdade pessoal, que não lhe pode ser dada pelos fármacos nem pelo médico.

Mas Burton, em sua monografia, reconhece também nos fármacos um poder institucionalizante, e não podemos deixar de concordar com ele, se o medicamento for administrado num ambiente seriamente institucionalizante: se o hospital, simultaneamente à ação do fármaco, não fizer um movimento de defesa da liberdade, de cuja perda o doente já padece, o medicamento – ao lhe proporcionar, com sua ação, um limite mais vasto de consciência – aumentará nele a convicção de estar definitivamente condenado, e de que nenhuma apelação poderá rever a sentença inicial. A atitude patricular do paciente em tratamento farmacológico – a indiferença, a apatia sob muitos aspectos, semelhantes à perda de qualquer interesse pela vida por parte do institucionalizado – pode ser atribuída ao constante poder institucionalizante do hospital, que continua a agir sobre ele no sentido de uma posterior deterioração.

Mas a óbvia descoberta da liberdade, que o psiquiatra parece ter feito, pressupõe nele o conhecimento de sua liberdade pessoal: isto é, a superação de um vínculo objetivo com o paciente, que já não pode ser visto apenas como um objeto de estudo ou de análise numa relação alienante entre servo e senhor (neste caso, continuaríamos em uma atmosfera de pseudoliberalidade como em Pinel), mas como um sujeito cuja subjetividade e liberdade pessoal ele reconhece. O médico – encarregado pela sociedade do tratamento do doente mental enquanto ponto de contato do mundo dos são com o mundo alienado – não pode mais espelhar, num plano executivo, a atitude da sociedade. Se a sociedade e as organizações administrativas das quais dependam os manicômios parecem viver num constante culto ao pessimismo, o psiquiatra não pode ser seu porta-voz desinteressado. Se o fatalismo diante da doença mental podia ser justificado

pela falta de terapias eficazes, com o advento da era farmacológica ele se torna inexplicável, a menos que se impute à atual classe psiquiátrica um papel determinante.

Os serviços psiquiátricos externos, particularmente a chamada “psiquiatria de setor”, estão erguendo as primeiras barreiras capazes de impedir a entrada no manicômio. Mas, se estas estruturas poderão diminuir o afluxo de novos internados, ainda resta o problema do manicômio como habitação forçada, como lugar de perpétua institucionalização, onde o doente está constantemente “sob processo, condenado” – como diz Foucault – “a ser alvo de uma acusação cujo texto nunca é mostrado, porque está impresso em toda a vida do asilo”.

Estas reflexões e as que se seguirão resultam de três anos de estudo e trabalho para a reorganização de um hospital com aproximadamente 600 doentes, sobre os quais o poder institucionalizante do internamento havia a tal ponto se sobreposto à doença original, que muitas vezes era impossível estabelecer a proporção da ação de um ou de outro fator no estado dos internados.

Não é possível, nesta breve anotação, expor com a necessária amplitude os passos gradualmente adotados (que serão documentados num trabalho à parte); queremos apenas acentuar os elementos sobre os quais foi e é possível agir, sem o menor apoio de uma lei e de uma sociedade que se dizem ainda despreparadas e inaturas para experiências deste gênero. Por outro lado, os passos dados são facilmente intuitivos, ou até mesmo óbvios, ainda que – como em nosso caso – o culto ao pessimismo tenha enfraquecido, e ainda enfraqueça, qualquer iniciativa, que só pode ser levada a cabo mantendo vivo o senso de responsabilidade de todos na frustrada realização dos objetivos prefixados.

Seja como for, os dados podem concretizar-se em alguns pontos:

1) Introdução de fármacos mediante os quais – apesar do clima institucionalizante – foi possível eliminar as contensões e começar a distinguir os danos causados pela doença daqueles provocados pela institucionalização.

2) Tentativa de reeducação teórica e humana do pessoal.

3) Reatamento dos vínculos com o exterior.

4) Destruição das barreiras físicas (redes e grades), na maioria das vezes executada materialmente pelos próprios doentes.

5) Abertura das portas segundo o sistema *open door*, compatível com a lei atual.

6) Criação de Hospital de Dia em um prédio – aproveitado de um pavilhão anterior – pronto há quase um ano, mas que permanece fechado, à espera do beneplácito da administração, que parece não conseguir achar uma solução administrativa para o novo serviço.

7) Tentativa de organizar a vida no hospital segundo os conceitos de uma Comunidade Terapêutica.

Estas providências, todas tendentes a criar um clima de liberdade dentro do hospital, conduziram à livre movimentação de 400 doentes (num total de 600): à constituição de grupos de trabalho, de discussão etc., que envolvem a metade dos internados; ao esboço, por assim dizer, de uma comunidade terapêutica, e à redução das fugas, cujo número resultou inversamente proporcional à liberalização efetuada.

A realização dessas primeiras etapas com vistas à transformação do manicômio num hospital terapêutico apresentou, porém, sérios problemas na relação com os enfermos, que aos poucos vão conquistando a consciência dos próprios direitos humanos. O doente mental (refiro-me aqui à maioria dos doentes cujo nível de deterioração psíquica resultava mais do poder institucionalizante do asilo que da doença original) já não se apresenta como um homem resignado e dócil às nossas vontades, intimidado pela for-

ça e pela autoridade de quem o tutela: um homem que, submissamente, aceita como natural e lógica sua inferioridade diante dos outros, mas sim como um doente que, transformado em objeto pela doença, não mais aceita ser observado pelo olhar do médico que o mantém à distância. A agressividade que de vez em quando interrompia o estado de apatia e desinteresse – como expressão da doença mas, sobretudo, da institucionalização – dá lugar, em muitos pacientes, a uma nova agressividade brotada da sensação obscura, para além de seus delírios particulares, de estarem sendo “injustamente” considerados não-homens somente porque se encontram “no manicômio”.

É nesse momento que o internado, com uma agressividade que transcende assim a própria doença, descobre seu direito de viver uma vida humana. É então que o médico não pode trair sua relação de igualdade com ele: depois de ter-lhe despertado o sentimento de humanidade mortificada, não pode deixá-lo permanecer naquele espaço fechado no qual suas novas ilusões estão fadadas a desaparecer-se. A “porta aberta” – prova definitiva do abandono, por parte do médico, do mundo do engano – age sobre o doente demonstrando-lhe que o psiquiatra já não vive no culto ao pessimismo de que a sociedade ainda parece impregnada. O paciente sente o significado deste ato antes da sociedade a qual, até então estranha a tais problemas, parece só conseguir abordá-los com um espírito paternalista e piégas, do qual o doente não necessita. A “porta aberta” (terror dos nossos legisladores), a abolição das grades, a abertura dos portões têm profundas repercussões, dando ao doente a percepção de estar vivendo num lugar de tratamento onde pode reconquistar gradativamente sua relação com os “outros”, com quem cuida dele, com seus companheiros.

Lugar de institucionalização e de alienação induzida, o Hospital Psiquiátrico corre, porém, o risco de transformar-se – com as no-

vas medidas adotadas – em outro lugar de alienação, se for organizado como um mundo completo em si mesmo, no qual todas as necessidades são satisfeitas, como numa gaiola de ouro.

O desaparecimento das contensões físicas liberou o enfermo do seu estado de sujeição à “força” contra a qual, de um modo ou de outro, ele se rebelava deliberada e pessoalmente – como reação a um movimento arbitrário e profundamente mortificante – mediante seus “excessos”. A liberdade que o médico e o novo clima hospitalar lhe deram agora produzir um estado de sujeição ainda mais alienante, por estar mesclado a sentimentos de devotamento e gratidão que ligam o doente ao médico numa relação ainda mais estreita, mais sólida, mais profundamente mortificante e destrutiva do que qualquer contensão física: uma relação de devotamento e rendição absolutos ao “bondoso” que se dedica a ele, que se inclina – de toda a sua altura – para escutá-lo e nunca diz não. Isto poderá acelerar o processo regressivo, que o impelirá a mergulhar gradativamente numa suave e indolor aniquilação total, que eu chamaria de uma espécie de institucionalização branda.

Por isso o paciente continuará a sentir a liberdade – de cuja presença se dá conta – como algo que lhe veio de fora, e não como resultado de uma conquista sua. Assim, por longo tempo após a abolição das grades que ele mesmo arrancou e destruiu a convite do médico, não ultrapassará o limite que lhe era imposto antes: o desejo do pálio continua em sua mente, e a porta aberta ainda lhe parece uma porta fechada. Ele fica ali, na expectativa de que alguém pense e decida em seu lugar, porque não sabe, ou não querem que saiba, que pode recorrer à sua própria iniciativa, à sua responsabilidade, à sua liberdade. Portanto, ao aceitar essa liberdade como dádiva do médico, permanece, em relação a ele, na primitiva relação alienante servo-senhor.

Ora, para que o manicômio, depois da gradativa destruição de suas estruturas alienantes, não se limite a ser um ameno asilo de servos agradevidos, o único ponto que podemos levantar é quanto à agressividade individual. Nessa agressividade – que é o que nós, psiquiatras, buscamos para uma ligação autêntica com o paciente – poderemos alicear uma relação de tensão recíproca, a única a possibilitar – atualmente – uma ruptura nos vínculos de autoridade e de paternalismo, até recentemente causas da institucionalização.

A complexa organização do hospital pode enfrentar sérios riscos, mas talvez seja no risco que o psiquiatra deva situar-se de igual para igual perante o doente, num jogo de tensão e contratensão que envolve paciente e médico. Este último aspecto, contudo, necessita de uma análise mais aprofundada e fundamentada, que será objeto de um trabalho posterior.

A experiência de uma organização perfeita, que paradoxalmente tende, com sua massa de normas e de regras, ao fracasso em sua tarefa (o homem institucionalizado), autoriza-nos contudo a tentar uma nova concepção do Hospital Psiquiátrico, na qual se considere em primeiro lugar o doente e, depois, a construção ao seu redor de uma dimensão adequada a ele, no sentido de surgir de suas próprias necessidades: serão as relações grupais, as terapias comunitárias, os clubes, as discussões de grupo para as quais se encaminha a agressividade do doente, que criarão em torno dele um espaço nasido do seu “mover-se”, do seu viver com os outros. Nessa comunidade terapêutica, construída sobre o terreno dos seus interesses e dos seus estímulos, ele reconquistará o valor e o domínio de si, o seu lugar, e mesmo o seu papel no espaço do hospital, cujos muros são apenas um limite de propriedade, além do qual não há separação nem mortificação.

Nesta dimensão, o Hospital de Dia se situará como ponto de união, por meio da “psiquiatria de setor”, entre o interior e o exteri-

or. Nesse hospital de meio expediente, o doente poderá viver em dois registros: o do tratamento e o da gradual conquista de uma liberdade da qual se sentirá dono e pela qual será responsável.

Três anos de trabalho neste sentido não são suficientes para tirar conclusões, mas apenas para traçar perspectivas, sobretudo porque o culto generalizado ao pessimismo e a exiguidade dos recursos tornam tudo lento e cansativo, e os resultados, menos evidentes.

Os espaços ainda são mobilizados com bancos e grandes mesas; os serviços higiênicos quase sempre contrariam qualquer senso de dignidade; o vestuário é remendado e pobre; o pessoal sanitário é escasso em relação às exigências terapêuticas criadas; ainda se aguardam providências de máxima urgência, porque a administração, por entaves burocráticos, não consegue obter o financiamento de melhorias no hospital. Ainda assim, o clima de liberdade é sentido a tal ponto, que o doente suporta a falta dessas providências, tornando-se cúmplice e colaborador do médico ao exigir ser instalado num espaço adequado à sua humanidade e à sua doença.

Entretanto, o princípio de liberdade conseguirá derrubar o da autoridade? As premissas da comunidade terapêutica parecem nos dar razão, porque pacientes, médicos e funcionários estão todos envolvidos na mesma crise, e nela encontram sua base humana comum.

Bibliografia

- Burton, R., *Institutional Neurosis*, Bristol, John Wright, 1959.
Ey, H., "L'essence de la maladie mentale et la loi de 1838 (aliénation, espace et liberté)", *Evol. Psych.*, 39, 1-5, 1964.
Foucault, M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

Um problema de psiquiatria institucional ¹

A exclusão como categoria sociopsiquiátrica

Imagine-se agora um homem a quem são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio à dignidade e ao discernimento; pois a quem tudo perdeu, facilmente ocorre perder a si mesmo.

P. Levi, *Se este é um homem*.

A psiquiatria se vê hoje confrontada com uma realidade que foi posta em discussão a partir do momento em que – superado o impasse da dualidade cartesiana – o homem se revela como objeto num mundo objetivo, mas simultaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. Somente a compreensão desta premissa pode explicar a crise de uma ciência que, em vez de ocupar-se do doente mental na sociedade em que este vive, construiu gradativamente uma imagem ideal do homem, de modo a garantir a validade científica do castelo de entidades mórbidas no qual havia encerrado os respectivos sintomas. De fato, a psiquiatria clássica limitou-se à definição das síndromes em que o doente, arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive, vê-se etiquetado, "constrangido" a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica.

¹ In: *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 90, 6, 1966. Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

Mas essa objetivação do homem como síndrome, operada pela psiquiatria positivista, trouxe conseqüências muitas vezes irreversíveis para o doente mental, que – originariamente objetivado e restrito aos limites da doença – foi confirmado como categoria para além do humano por uma ciência que precisava afastar e excluir aquilo que não conseguia compreender.

Se é verdade, contudo, que uma análise científica – seja qual for a problemática de que se ocupa – representa a busca da essência² de um fenômeno, uma vez isolado das superestruturas e ideologias que habitualmente o esconde, se quisermos enfrentar cientificamente o problema do doente mental será preciso, em primeiro lugar, pôr “entre parênteses” a doença e o modo pelo qual ela foi classificada, para considerar o doente no desdobramento em modalidades humanas que – justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis.

Neste sentido, pretendemos analisar aqui o problema do doente mental a partir de uma modalidade de ser que se manifeste comum ao seu mundo, tanto como ao da pessoa sã, para além de qualquer esquema e qualquer definição de doença. Tal nos parece a modalidade do excluir e ser excluído, no sentido de que se esta faz parte dos modos de relação humana, ela se encontra simultaneamente na base da modalidade psicótica, enquanto exclusão do real, e da própria realidade do doente mental, em sua condição de excluído da sociedade.

Qualquer sociedade cuja estrutura se baseie em diferenças culturais, de classe e em sistemas competitivos, cria dentro de si áreas de compensação para as próprias contradições internas, nas quais

² No original, “representa a busca do fundamento de um fenômeno” (N. do E.).

³ O autor usa o termo *oggettualizzazione*, que existe no dicionário italiano (mais ligado a definições psicanalíticas), o que também ocorre aqui (embora a palavra não exista no *Aurelio*) (N. do E.).

concretiza a necessidade de negar ou de afirmar, numa objetivação,³ uma parte da própria subjetividade.

A busca, dentro de um grupo, do bode expiatório, do membro a excluir e sobre o qual descarregar a própria agressividade só pode ser explicada pela vontade do homem de excluir a parte de si de que tem medo. O racismo, em todas as suas facetas, não passa de expressão da necessidade dessas áreas de compensação, assim como a existência dos manicômios, como símbolo daquilo que poderíamos definir como “a reserva psiquiátrica”. E equiparando-a ao *apartheid* do negro ou aos quetos, é a expressão da vontade de excluir aquilo que se teme por ser ignoto e inacessível. Vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos como incompreensível e, enquanto tal, relegável à lista dos excluídos.

Diante dos seus medos e da necessidade de assumir as próprias responsabilidades, o homem tende a objetificar no outro a parte de si que não sabe dominar: ou seja, a excluir o outro que ele tem dentro de si como sua contingência. É um modo de negá-la em si mesmo, negando o outro; de afastá-la, excluindo os grupos em que foi objetivada. A modalidade da exclusão, de considerar-se no direito de suprimir do próprio horizonte um grupo ao qual se atribui o mal do mundo, não pode ser considerada no plano de uma opinião pessoal, tão aceitável quanto outra. Ela investe contra o modo global do estar no mundo, é tomar uma posição geral: a escolha de um mundo maniqueísta no qual o papel do mal é sempre desempenhado pelo outro, pelo excluído, e somente nessa exclusão eu afirmo a minha força e me diferencio.⁴

Mas se, historicamente, a lista dos excluídos vai diminuindo em

⁴ Ver a respeito J.-P. Sartre, *Réflexions sur la question juive*, Paris, Gallimard, 1947.

função da tomada de consciência de seu papel como bode expiatório de uma sociedade ou de uma classe, o único excluído que no atual momento histórico não está em condições de se conscientizar sobre quanto de seu estado se deve à doença e quanto à exclusão que a sociedade lhe impõe, é ainda o doente mental, que não pode – e nesta sua impotência está todo o drama social da doença mental – conhecer por si mesmo os limites da sua doença. Tudo o que ele sabe de si mesmo e do seu estado mórbido limita-se ao papel que a sociedade e a psiquiatria lhe atribuíram, e portanto acha que todo ato de contestação à realidade brutal que vive e que recusa é apenas um ato doente que sempre o reconduz a si mesmo, sem nunca libertá-lo das forças que o dominam.

Neste sentido, se é muito grave a responsabilidade da sociedade na exclusão de grupos indesejados, aos quais resta, ainda assim, a possibilidade de salvar-se, nem que seja lutando, no caso do doente mental é enorme a responsabilidade da sociedade e da psiquiatria que a representa: elas lhe negam – além de submetê-los ao enclausuramento e à mortificação, e ao etiquetamento de qualquer ato seu – toda possibilidade de oposição, de recusa da realidade; portanto, toda esperança de libertação. O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque todo ato seu está circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez ao excluí-lo: somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá sair do estado de institucionalização a que foi induzido. Ao ser-lhe reconhecida uma possibilidade dialética sem a qual não existe relação humana, nem existem homens, ele poderá contestar a realidade, seus porta-vozes – nós, os psiquiatras – e sua própria doença como monstruosidade social, de modo que seja finalmente

possível aproximarmos dele vendo-o apenas como um doente a ser tratado.

Se a definição clássica da psicose era feita com base na falta de consciência quanto à doença, e a sua cura era vinculada justamente à tomada de consciência sobre o estado patológico, poderíamos propor aqui estimular tal processo de reabilitação do doente mental por meio da tomada de consciência de ter sido considerado não só um monstro biológico, mas também um monstro social: de ter sido excluído enquanto incompreensível e recluso enquanto perigoso.

Problema antropológico e clínico da exclusão

Se existir significa ser para estar com os outros, todo existente exercerá seu modo de ser, seu comportamento, pela superação da própria situação diante dos outros e do mundo, na escolha do seu projeto, do seu fim.

O homem – pela própria natureza de sua facticidade, que pode ser definida na necessidade do seu nascimento e da sua morte – está condenado a se aceitar e a se escolher, se quiser ser livre. O que significa que ele está condenado – para, do múltiplo, fazer-se um – a conviver com a ansiedade que de fato deriva dessa situação, sem recorrer a mecanismos de compensação que o protejam. Se, diante da angústia, do afã, da *Sorge*, não souber aceitar a própria responsabilidade e liberdade, estará objetivando e alienando a parte de si que não sabe dominar. Como não pode subjertivar-se senão na escolha e na aceitação de si e, portanto, do outro que tem dentro de si – a presença da sua corporeidade objetiva – na ausência de tal escolha (que revelaria seu apossamento da própria corporeidade e do mundo), ele projeta fora de si a zona obscura que não consegue individualizar, objetiva-se nos outros, aliena-se, dá-se ao mundo: não faz seu o mundo, não se apropria dele, mas coloca-se como um

objeto do mundo, cujas relações com o outro só podem ser objetivas. A parte obscura de si que ele não consegue subjetivar faz com que os outros a possuam, tão objetos quanto ele.

Neste sentido, a análise antropológica do excluído como homem feito objeto pelo outro e por si mesmo, vem inserir-se no tema da relação entre o eu e o outro, segundo a conhecida interpretação hegeliana da dialética servo-senhor.⁵ O senhor, ao objetificar os servos aos seus olhos, ao excluí-los de uma relação dialética capaz de contestar sua posição, nega e exclui uma parte de si que ele presume distanciar, objetificando-a nos servos que nele confiam. Por outro lado, estes – diante das responsabilidades que a própria liberdade implicaria – iludem-se acreditando afastar e negar seus medos, confundindo-o com aquele que os defende, excluindo-se de toda possibilidade de ser donos da própria vida, objetificados aos olhos do senhor, excluídos da própria liberdade. Nessa reciprocidade mistificadora, o servo – que em troca da própria liberdade obtém apenas o fantasma do senhor como proteção para a própria ansiedade – torna-se, ao contrário, a justificação e a razão de ser do senhor, que só consegue viver objetivando nele a parte de si que não sabe dominar. Assim, o servo fica reduzido à função de bode expiatório, única e paradoxalmente para a defesa do próprio senhor, porque encerra e concretiza em si o mal pelo qual aquele não quer ser tocado, e que mantém à distância, circunscrevendo-o num espaço facilmente localizável: o espaço reservado aos excluídos.

O mecanismo através do qual se produz esta relação de exclusão expressa os limites do próprio campo de possibilidades, de interes-

5 G. W. F. Hegel, *Fenomenologia dello spirito. Indipendenza e dipendenza dell'autocoscienza, signoria e servitù*. Florença, La Nuova Italia, 1963, pp. 153-164. Deve-se ter presente que a dialética servo-senhor põe a relação num plano de reciprocidade, ao passo que, na situação do excluído, o senhor – como diz Fanon – “não faz caso da consciência do escravo” e usa-o apenas instrumentalizando-o.

ses, de relações. Objetificando-se no outro que foi excluído, o campo das próprias experiências subjetivas reduz-se pouco a pouco, visto que a exclusão do outro para fora de si não é senão a concretização dos limites pessoais, simbolizados nas regras institucionalizadas que justificam a efetivação desses limites.

Neste sentido, a modalidade da exclusão, analisada em seu interior, mostra-se intimamente ligada ao processo de apropriação do real, em que o homem exclui no outro aquilo que não conseguiu incorporar e tornar próprio. Se o processo de apropriação do real se desenvolve no encontro e no reconhecimento do outro como materialidade opaca e, ao mesmo tempo, como ponto de partida de um eu que funcione como eu sou, ao aceitar a minha facticidade (este meu ser corpo opaco e passivo e simultaneamente sujeito dessa passividade) vejo-me tendo de aceitar em mim o outro a partir de mim, o estranho que eu sou enquanto objeto de uma subjetividade que não é a minha; reconhecer o outro como sujeito que pode objetivar-me tanto quanto eu, sujeito, sou objetivável aos olhos dele. Isso significa que, na aceitação da minha facticidade, na escolha do meu corpo, eu aceito e escolho o outro, o estranho, como aceito e escolho a mim mesmo na minha corporeidade. Na recusa do outro está ainda o eu, a minha alteridade, que eu refuto e excluo na recusa a mim mesmo como materialidade destacada do eu que a projeta e a significa.

Um exemplo disso pode ser identificado no problema da experiência corpórea. A criação de barreiras e fortalezas capazes de manter uma distância entre o eu e a própria ansiedade, evidenciada na exclusão do outro como corpo, de fato não passa da expressão de um debilitado processo de apropriação da realidade corpórea: a parte de si que não é individualizada e possuída pelo eu segundo um processo harmônico de apropriação do real, é objetivada no outro, reificada e, por fim, recusada. Sentimentos como a vergonha, o pudor e particularmente o desgosto pelo obscuro são apenas a

simbolização da projeção do próprio corpo no outro, considerado como objeto: uma falida incorporação do outro como uma falida incorporação de si.

O *Erlebnis*⁶ do obsceno – a recusa do próprio corpo no outro – é portanto a defesa da ansiedade diante da aceitação da própria facticidade, um modo de transcender essa contingência inaceitável e, como tal, obscena – quando mantida a uma certa distância do eu e, assim, não incorporada a ele – ao ponto de precisar ser rebatida na recusa do outro como corpo a excluir. A obscenidade não seria senão a simbolização da distância interposta entre o eu e o próprio corpo, distância que vem a exprimir-se concretamente no *Erlebnis* do viver o outro como obsceno para mantê-lo estranho a mim, e assim afastá-lo e excluí-lo, na ilusão de afastar, excluir e negar o corpo do qual não me apropriei originalmente.

Portanto é na vivência do outro como obsceno, como corpo objetivado e reificado, como excluído de mim, que reside ainda a questão do próprio corpo como tema central: o problema da apropriação do real, do meu colocar-me diante do outro e das coisas, mantendo a distância necessária para que eu possa apropriar-me do corpo e fazê-lo meu, para fazer-me um único, destacado do múltiplo, que conserve em si – numa alternância dialética – uma subjetividade objetiva e uma objetividade subjetiva.

Visto antropológicamente, o fenômeno da exclusão concretiza antes os limites, as carências e o amesquinhamento de quem exclui que os do excluído, pois este deve ser considerado apenas o objeto no qual se concretiza, se objetiva e se nega aquilo que, em um processo não realizado de apropriação do real, é recusado por quem exclui.

6 Termo alemão muito utilizado em filosofia e que significa vivência (N. do E.).

Mas de que modo o excluído aceita passivamente sua exclusão? Um tal mecanismo deve ser buscado no processo de identificação do excluído com quem o exclui, o senhor com quem vive somente uma relação fantasmática. Bettelheim⁷ e Steiner⁸ sustentam um ponto de vista análogo referente à sobrevivência de presos em campos de concentração nazistas, devida à adesão fantasmática aos valores dos dominadores, adesão que praticamente legitimava a sujeição total em que eles tinham que viver. Neste sentido, a dialética da relação servo-senhor se reapresenta num plano de reciprocidade que, toda-via, parece paradoxal e mistificada no próprio mecanismo de projeção que está em sua base: o senhor projeta no servo o mal que recusa em si, enquanto o servo projeta no senhor sua necessidade de bem e de força, traída pelo senhor mediante sua instrumentalização.

Transferindo para um terreno mais propriamente clínico as considerações antropológicas esboçadas até aqui, podemos agora nos aproximar do problema da exclusão como modalidade “doente”, analisando, sob o mesmo ângulo, a posição do doente mental diante da realidade, bem como seu modo de apropriá-la ou excluí-la.

As ciências naturais limitavam-se a considerar o conceito de exclusão como modalidade passiva: o doente mental era excluído por sua periculosidade, dado que seu caráter objetal havia sido confirmado ao ser ele reconhecido como um objeto de estudo, que contém e encobre a suposta causa orgânica responsável pelo fenômeno da loucura. De resto, a própria interpretação de Jaspers, com a introdução do conceito de *psicopatologia compreensiva*, ao continuar mantendo o doente mental num âmbito estritamente objetal quando – indefeso este último diante

7 B. Bettelheim, *The Informed Heart*, Glencoe, The Free Press, 1960.

8 J. F. Steiner, *Treblinka*, Paris, Fayard, 1966.

de sua ininteligibilidade quanto a entender suas modalidades de existência - abdicada de qualquer aproximação posterior para, então, relega-lo à fileira dos excluídos, objetos aos olhos da ciência.

Excluído porque incompreensível, excluído porque perigoso, o doente mental continua a ser mantido além do limite do humano, como expressão da nossa desumanização e da nossa incapacidade de compreender.

E, contudo, no novo humanismo psiquiátrico que a pesquisa se orienta para os modos em que a realidade é vivida, aceita, sofrida ou excluída. Isso significa que não poderemos nos limitar a considerar o delírio na escala de um elemento parasita que - como um corpo estranho - corrói a existência do doente. Ao contrário, devemos reconhecê-lo como uma modalidade significativa do próprio delirante e, como tal, intencional e motivada. Se isto for verdade, o que se vê no delirante é a exclusão gradual da realidade que ele não consegue se apropriar, e a escolha intencional de um mundo utópico, onde a disparidade entre real e irreal, entre sim e não, não precisa ter a face dramática da dialética, mas a maleabilidade de um mundo que ele consegue manejar.

Considerando-o desse modo, o incompreensível de Jaspers, objetivado pela nossa incompreensão, revela-se, ao contrário, o sujeito de uma ação significante de exclusão do real. Os limites, a restrição, o amesquinhanamento, em suma, a regressão psicótica, não seriam senão o resultado do lento processo de exclusão do real ao qual o psicótico já não consegue se opor. Traído pela realidade, que continua a se lhe apresentar sob a effigie da ameaça, porque não

9 F. Basaglia e A. Pirella, "Deliri primari e deliri secondari e problemi fenomenologici di inquadramento". Simpósio sobre delírios crônicos, XXIX Congresso Nacional da Sociedade Italiana de Psiquiatria, Pisa, maio de 1966.

sabe dominá-la, ele mascara sua falência excluindo-a, refugiando-se no mundo do seu delírio, na utopia onde não encontra contestações nem limites.⁹

O caso do neurótico, por sua vez, apresenta uma forma distinta de exclusão do real, que podemos definir como ideológica, contrapondo-a à utopia psicótica.

A organização da personalidade neurótica - abordada tanto no sentido tradicional quanto sob o ângulo antropológico - sempre evidencia uma diminuta capacidade de enfrentar as instâncias emotivas que sollicitam o indivíduo a ponto de fazê-lo perder a espontaneidade da própria experiência corpórea. Neste sentido, o neurótico - não podendo viver o próprio corpo imediatamente na espontaneidade e na fusão somatopsíquica - vê-se obrigado a construir uma imagem de si, uma ideologia¹⁰ capaz de ligá-lo de algum modo ao outro, do qual não suporta ser excluído. Quer seja esse impasse entendido como a evidência de um mau funcionamento genérico do instrumento nervoso, como expressão de um modo particular de estar no mundo ou como resultante de uma relação interpessoal alterada, ligada a uma adaptação frente aos esquemas culturais da sociedade, o neurótico sempre se manifesta inhibitedo, impossibilitado de aceitar e escolher a própria existência, portanto de escolher-se, a ponto de precisar se adaptar a um compromisso que lhe permita uma aproximação interpessoal qualquer. Tal é justamente a expressividade neurótica, que, mediante a exclusão da própria contingência, concretiza-se na escolha de uma imagem ideal do próprio corpo que mais se aproxime do outro, ainda que o distanciamento do eu em relação ao corpo pague o

10 F. Basaglia, "L'ideologia del corpo come espressività nevrotica. Le nevrosi neurasteniche". Comunicação ao XXIX Congresso Nacional da Sociedade Italiana de Psiquiatria, Pisa, maio de 1966.

preço do estado de incerteza, de irrelevância, de dúvida em que o neurótico é obrigado a viver. De fato, não tendo conseguido conquistar o próprio corpo, ele não consegue conquistar a própria individualidade e liberdade diante do outro, a quem não pode contestar. Não podendo, portanto, aceitar – em razão da carga de ansiedade que o invade em seu encontro com a *Sorge* – a própria facticidade (recusando e excluindo seu corpo, que ele não pode vivenciar como veículo das próprias experiências, mas somente como cindido emotivamente de si e colocado a uma certa distância), o neurótico vê-se impossibilitado de contrapor-se ao múltiplo para fazer-se um (contestando, assim, o outro e o mundo). Mas, sob a necessidade de manter-se pelo menos no *co-mundano*, ele prefere excluir a própria corporeidade, da qual não se apropriou, para construir uma imagem de si, uma ideologia do próprio corpo que, edificada sobre os valores do outro, lhe dê a ilusão de ser aceito por ele.

Problema sociológico da exclusão: autoridade, poder e regressão

Depois da investigação antropológica do fenômeno da exclusão e da análise mais propriamente clínica do excluir como modalidade psicótica e neurótica, resta examinar o problema do doente mental como excluído da sociedade. Se, no segundo ponto, havia-se posto “entre parênteses” o contexto social em que a doença mental se instaura, a fim de abordar o desenvolvimento do fenômeno puro no doente mental, agora, invertendo os termos, tentaremos isolar e colocar “entre parênteses” a doença mental, para analisar suas relações com o contexto social em que se desenvolve.

Mencionamos um excluir psicótico e neurótico que produz restrição e regressão. Porém, outra restrição e outra regressão – que se sobrepoem às primárias – são identificáveis no doente mental,

quando nos dispomos a analisá-lo em suas relações com a sociedade de que ele ainda faz parte, somente enquanto excluído. Neste caso, trata-se de uma regressão institucional, na medida em que é claramente produzida pela internação em instituições psiquiátricas, as quais, nascidas essencialmente para tratar do doente e protegê-lo, tiveram por demasiadas vezes a única função de proteger o são dos excessos e da periculosidade do louco.

Portanto, é somente remontando à exclusão e ao isolamento que a sociedade impôs ao doente, que podemos compreender o que resta – no estado de aniquilamento do recluso – da doença mental original e o que é atribuível ao lento processo de destruição operado pela sua internação. Porque foi aqui, dentro dos muros do manicômio, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência: frente ao problema do doente mental, ela o solucionou negativamente, excluindo-o do contexto social e, portanto, de sua própria humanidade. Experimentando a ininteligibilidade do fenômeno psicopatológico como uma monstruosidade sociobiológica, o doente sempre foi duplamente excluído: 1) ao ser considerado uma entidade incompreensível, que a ciência, para não ser obrigada a reconhecer a própria impotência, deve negar mediante uma abordagem fantasmática da doença e 2) ao ser socialmente excluído, justamente com base na ininteligibilidade, cientificamente reconhecida, do seu mundo enfermo.

É por esta razão que os manicômios surgem habitualmente na periferia das cidades, em zonas isoladas e cercadas por muros, que demarcam precisamente o sentido da separação, da fratura, do limite. A figura do doente mental, como expressão de uma ruptura da norma, é uma imagem que deve ser mantida à distância, para que não venha a perturbar o ritmo de uma sociedade que necessita de áreas de compensação sobre as quais descarregue as forças agressivas que não pode canalizar de outra forma. Mas esta necessidade

de dividir, de isolar, de afastar o doente mental, expressa também o estado de debilidade e de amesquinhamento de uma sociedade que tende a eliminar o que perturba sua expansão, sem levar em conta a responsabilidade que também lhe cabe nesses processos.

O problema do doente mental se apresenta, sim, como um problema social, mas a ser resolvido fora da própria sociedade, sem que ninguém, além de suas vítimas, deva pagar por causa de uma doença que – catalogada e definida como incompreensível e, enquanto tal, perigosa – representa uma séria ameaça social. Contudo, o ato de exclusão desses elementos desagradáveis ao sistema soa paradoxalmente como um *acting out* da sociedade, que parece descarregar simbolicamente, nessas áreas de compensação, agressividades e violências que pouco têm a ver com a doença mental, e cujo “desafogo” garante a manutenção da ordem.

Esta é, todavia, a sociedade em que acontece de o homem adoececer. Esta é a sociedade que, impregnada de desconfiança e pessimismo em relação ao doente mental e sua doença, ergue os muros dos manicômios e estabelece as regras para defender-se dele. Esta é também a sociedade em que se forma o psiquiatra, por ela encarregado do tratamento dos doentes. Qual pode ser a ação do psiquiatra diante do paciente? Quais os pedidos do doente à sociedade e ao psiquiatra que a representa? Qual o mandato atribuído pela sociedade ao psiquiatra?

A situação poderia ser resumida assim: foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar. Porém, simultaneamente a esta ação defensiva, a sociedade demanda do psiquiatra o tratamento do doente.

Estas intenções, estas incumbências atribuídas pela sociedade ao psiquiatra, apresentam uma evidente contradição interna. O tra-

tamento do paciente (é não nos referimos apenas ao tratamento farmacológico, que, embora tendo trazido o doente ao campo da medicina, mediante a solução mágica da monstruosidade biológica deste, ainda não deu um passo em direção a ele como homem) não é possível em uma atmosfera de medo e repressão, criada pela necessidade de defesa e tutela que ainda regem a sociedade (e, portanto, o próprio psiquiatra). O tratamento do doente mental deveria tender à reconquista de uma liberdade perdida, de uma individualidade subjugada: o que é exatamente o oposto daquilo que significa o conceito de tutela, defesa, separação, segregação, implícito nas regras das nossas instituições.

Historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é sã. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder: Concedam-lhe ou não os meios para trabalhar, consintam-lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco, e pela do próprio louco.

Se o doente, antes de ser visto como tal, vem a ser considerado como perigoso para si e para os outros, as regras sobre as quais o asilo se edifica só podem ser instituídas em função dessa periculosidade, e não em função da doença. Por isso, a figura do doente mental, como nos aparece habitualmente em nossos hospitais, é a do homem oprimido, esmagado, objetivado na instituição, cujas organização e eficiência são condições cada vez mais importantes que a sua reabilitação e ressocialização: estas sozinhas, poderiam garantir seriamente a segurança e a incolumidade física tanto da sociedade quanto do próprio doente.

Por isso, no momento de sua exclusão da sociedade, o doente – já amesquinhado pelos limites a que a doença o constrange – penetra em uma nova dimensão, na qual se vê forçado a renunciar gradualmente a tudo o que ainda possui de pessoal e vivo, em nome do bom andamento e da simplificação da vida da instituição. Começa assim o que Goffman¹¹ chama de carreira moral do institucionalizado, cujas etapas são marcadas pela gradativa restrição de si, pela perda de interesses, pelo abandono dos vínculos com o exterior e com sua vida passada, que já não lhe pertence, e com o futuro, diante do qual não lhe é consentido nenhum projeto, sendo impellido pelas regras da instituição a se humilhar, mortificar e a reconhecer como lógia a perda da própria individualidade, o estado de inferioridade diante dos outros e a recusa por parte da instituição que o tutela a aceitá-lo em sua dignidade de homem e de permitir que conserve, apesar da doença, o direito a um mínimo de autonomia e responsabilidade. Reduzido a um campo de possibilidades que não lhe permite encontrar saídas, e que, em nome da ordem e da eficiência, não lhe demanda participação ou intervenções pessoais, só lhe resta anular-se, aceitando como razoáveis sua exclusão e objetivação nas regras da instituição que o determinam, definitivamente institucionalizado.

O conceito de institucionalização não é novo. A velha expressão “artifícios manicomial”, passivamente aceitos como consequência inevitável de uma internação prolongada, se refere justamente a determinadas atitudes dos internados – confundidas, muitas vezes, com sintomas de doença – as quais, mediante uma imposição coercitiva e autoritária, provocam a superposição de uma doença à doença original. A apatia, o desinteresse e o lento e monótono caminhar de cabeça baixa, sem rumo, pelos corredores ou pelos pátios fechados, certos

impulsos imotivados (com demasiada frequência reportados à doença); um comportamento submisso de animal domesticado; as lamúrias estereotipadas; o olhar perdido, desprovido de um ponto de apoio; a mente vazia porque não tem uma meta para a qual voltar-se – estes são apenas alguns aspectos desta síndrome. Representam a lenta, gradativa e artificial adaptação do paciente a um poder que, surgido para tutelá-lo e tratá-lo, recorreu ao último instrumento sobre o qual poderia apoiar-se no caso deste doente específico: a força.

Definida como “neurose institucional” por Burton,¹² como “institucionalização total” por Goffman,¹³ como “*social break-down syndrome*” pelos autores americanos,¹⁴ ela sempre se revela uma forma de regressão, que se sobrepõe à doença original em indivíduos já psiquicamente frágeis ou doentes, graças ao processo de aniquilamento e destruição individual a que são submetidos pela vida no asilo. Neste sentido, formam um complexo de síndromes, muitas vezes confundido com os sintomas da própria doença: inibições, perda de iniciativa, de interesses etc.

Assim, o internado perfeito, no ápice dessa desoladora trajetória – cuja meta parece ser a destruição do doente – será aquele que se mostra completamente amansado, dócil à vontade dos enfermeiros e do médico; que se deixa vestir e limpar sem reagir; que aceita receber a comida na boca e se oferece para ser arrumado como se arruma seu quarto de manhã; aquele, em suma, que não complica as coisas com reações pessoais, mas se amolda passivamente à autoridade que o tutela. É o internado de quem se diz – com satisfação – estar bem adaptado ao ambiente, que colabora com o enfermeiro e com o médico, que se comporta bem em relação a todos, a

12 R. Burton, *Institutional Neurosis*, Bristol, J. Wright, 1959.

13 E. Goffman, *Asylums*, op. cit.

14 *The Program Area Committee on Mental Health: Mental Disorders*, Nova York, American Public Health Association, 1962.

15 D. Martin, *Lancet*, 2, 1188, 1955.

11 E. Goffman, *Asylums*, Nova York, Anchor Books, Doubleday, 1961.

nada se opõe e não cria complicações.¹⁵ Então nos congratulamos pelo fato de que o paciente – confiado a nós para que fosse tratado e reconduzido à sua dignidade humana – não existe mais como homem, e nos alegramos por ele não ser mais capaz – devido a impulsos e necessidades pessoais – de estorvar a organização e o bom andamento da instituição.

Se, mais tarde, atingir a condição de não-periculosidade para si e para os outros, a ponto de poder deixar o hospital, esse paciente deixará uma comunidade onde, em troca da tutela, teve de renunciar a si mesmo, e será lançado em um mundo onde não encontrará lugar. Habitado a não contar consigo mesmo, será imediatamente derrotado.

Imagine-se agora um homem a quem são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui; será um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio à dignidade e ao discernimento; pois, a quem tudo perdeu, facilmente ocorre perder a si mesmo.¹⁶

Estas palavras, que parecem resumir a trajetória do institucionalizado que é aniquilado e objetificado em nossos asilos psiquiátricos, foram escritas por um prisioneiro num campo de eliminação nazista e referem-se ao processo gradual de desintegração e despersonalização a que estava submetido desde o momento de sua entrada no campo, e que precedia sua eliminação total. O processo não parece muito diferente daquele a que é submetido o internado em nossos hospitais psiquiátricos. Se, quanto a este último, ainda não é de todo evidente qual parte coube à doença e qual foi o papel da internação no desenvolvimento de sua síndrome, que podemos definir como de *desumanização*, o relato de Primo Levi so-

bre o estado de regressão, de restrição e de enclausuramento, última etapa da trajetória do preso, revela que nos encontramos na presença de um processo idêntico, em cuja gênese a doença mental, como causa primária de regressão, é puramente casual.

O fato de o excluído nos campos nazistas ter a mesma face do doente mental não significa que – mediante privações, padecimentos e torturas – o internamento enlouquece, mas que, posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem – seja qual for seu estado mental – objetiva-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, a formação de uma crosta de apatia, desinteresse e insensibilidade consistiria acima de tudo em um ato extre-

17 O problema do outro como excluído foi analisado – no caso específico do negro, mas segundo uma interpretação ampliável a toda categoria de recusado – pelo psiquiatra Frantz Fanon. A interpretação dele alinha-se aquela dada por Sartre sobre o problema do judaísmo, e parece perfeitamente adaptável à análise aqui proposta do doente mental como excluído, no sentido de que põe a nu o processo de projeção pelo qual o senhor (neste caso, o branco; no nosso, a nossa sociedade) consegue congelar no servo tudo o que recusa em si. “Na medida em que descubro em mim algo de insolito, de reproável, só tenho uma solução: desembargar-me disso, atribuir a paternidade ao outro. Desse modo, encerro um circuito de tensão que ameaçava comprometer meu equilíbrio... Na Europa, o Mal é representado pelo Negro... o homem negro é o carrasco, Satã é negro, fala-se das trevas, quando alguém está sujo, está preto... Na Europa, o negro, seja concretamente, seja como símbolo, representa o lado perverso da personalidade... Na Europa, o negro tem uma função: a de representar sentimentos inferiores, as tendências ruins, o lado obscuro da alma... Ora, o bode expiatório para a sociedade branca (baseada nos mitos: progresso, civilidade, liberalismo, educação, luz, refinamento) será precisamente a força que se opõe à expansão, à vitória daqueles mitos. É o negro que fornece essa brutal força de oposição...” (*Il Negro e l'altro*, trad. it. Sears, Milão, Il Saggiatore, 1965). “... O colono é quem fez e continua a fazer o colonizado... Desde o nascimento, está claro para ele que aquele mundo restrito, cheio de interdições, só pode ser encarado por meio da violência absoluta... O mundo colonial é um mundo de compartimentos”, onde “forças estéticas do respeito à ordem constituída criam em torno do explorado uma atmosfera de submissão e de humilhações que alivia notavelmente a tarefa das forças da ordem... O nativo é um ser fechado num recinto, o *apartheid* não é senão uma modalidade da divisão do mundo colonial em compartimentos” (*I dannati della terra*, trad. it. C. Cignetti, Turim, Einaudi, 1962).

16 P. Levi, *Se questo è un uomo*, Turim, Einaudi, 1958.

mo de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila, ou seja, seria o último recurso pessoal que o doente, assim como o prisioneiro, opõe a este mundo para defender-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído.¹⁷

Voltando ao problema do doente mental como excluído, se analisarmos quais forças podem ter agido tão profundamente sobre ele a ponto de aniquilá-lo depois de tê-lo afastado da sociedade, reconheceremos que somente uma seria capaz de provocar semelhantes danos: a autoridade.

Uma organização baseada unicamente no princípio de autoridade, e cujos objetivos sejam a ordem e a eficiência, tem que optar entre a liberdade do doente (e, portanto, a resistência que este pode lhe opor) e o bom andamento do asilo. Sempre se escolheu a eficiência, e em seu nome o doente foi sacrificado.

Porém, a partir do momento em que se introduziu o fármaco na psiquiatria, tal atitude se torna incompreensível e, se ela expressa o grave estado de institucionalização em que vive a atual sociedade, a qual, reificada em suas regras e seus mitos, não sabe dar um passo que soe como ruptura e renovação, o psiquiatra não pode continuar a ser seu porta-voz desinteressado. Já é suficientemente frustrante termos que reconhecer que foi preciso esperar a descoberta dos fármacos para que pudéssemos devolver a esses doentes a humanidade da qual somente a segregação por nós imposta os privava. Mas depois que a ação dos fármacos demonstrou concretamente para o psiquiatra que ele não estava diante de uma doença, mas de um homem doente, não se pode continuar considerando este homem apenas como um excluído, de quem a sociedade quer ser protegida. Afinal, esta sociedade tenderá sempre a defender-se daquilo que lhe dá medo e a impor seu sistema de restrições e limites às organizações encarregadas de tratar dos doentes mentais. Mas o psiquiatra não pode continuar assistindo à destruição do doente que lhe foi confiado, transformado em objeto

e reduzido a coisa por uma organização que, em vez de buscar o diálogo com ele, continua a falar consigo mesma.

Se até agora a sociedade, e com ela o psiquiatra, consideraram necessário recorrer à força para conter e reprimir a agressividade incontrollada do doente que lhes incutia medo, o médico, diante das novas propostas de liberalização dos hospitais, vê-se amedrontado por uma liberdade que ele não quer reconhecer, pois isto pressupõe reconsiderar sua própria liberdade pessoal, o que implicaria na sua perseguição de uma relação objetiva com o paciente. O que pressuporia, por sua vez, uma tomada de posição do psiquiatra diante do seu papel, das suas relações com a autoridade institucionalizada e do seu grau de integração numa sociedade que permanece ambígua em suas próprias solicitações e exigências.

Não importa que a agressividade do doente mental tenha sido considerada perigosa pela sociedade, e que uma tal periculosidade demandasse margens de segurança que a contivessem (como se fosse o caso de uma imprevisível fúria original, e não – como frequentemente acontece – também de uma reação natural ao complexo de frustrações sofridas): o psiquiatra não pode mais manter-se num plano de neutralidade entre o doente e a sociedade, porque continuaria a fazer o jogo desta última. Se ele não compreender o significado dessa agressividade, aparentemente estúpida e incompreensível, será ele que, com sua autoridade, sancionará – tecnicamente – o último ato de condenação do doente, a quem só restará uma possibilidade: serializar-se,¹⁸ à mercê do poder que o determina.

Se a mudança não for efetuada na relação entre médico, *staff* e doente, não será a construção de novos hospitais psiquiátricos, or-

¹⁷ Sobre o conceito de "serialização" ver J.-P. Sartre, *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard, 1960.

ganizados com os mais modernos equipamentos sanitários, que trará resultados distintos daqueles dos velhos manicômios. Se antes o médico impunha seu domínio sobre o doente e o mantinha em seu poder, institucionalizando-o com o auxílio da força e da coerção, agora corre-se o risco de se provocar uma situação análoga de sujeição, estruturada desta vez nos sentimentos de gratidão e devoamento do internado para com o médico, que, do alto de sua posição, se inclina para interessar-se por ele. O doente se sentirá objeto de cuidados e atenções que o ligarão ao médico numa relação ainda mais mortificante e destrutiva do que a autoritária. Em tal tipo de relação, a dupla doente-médico ainda não se situa num plano de paridade: o doente é sempre mantido à distância de quem trata dele – distância entre quem dá e quem recebe, entre generosidade e gratidão, mas não entre dever e direito. Nesta relação, na qual o doente, embora não pertencendo mais à dimensão dos excluídos, só é visto como objeto de tratamento afetuoso, ele afundará lentamente num estado de aniquilação total, que um de nós já chamou alhures de uma espécie de institucionalização branda.¹⁹

Qualquer tipo de organização que não leve em conta o doente em seu livre e pessoal situar-se no mundo falhará em sua tarefa, porque agirá sobre ele como uma força negativa, ainda que, aparentemente, voltada para a sua cura. Um poder que se exerça sobre uma comunidade deve tender a manter ativo um estado de conflito, a fim de respeitar cada um dos membros. Todo poder que tende a eliminar as resistências, as oposições e as reações de quem lhe foi confiado é arbitrário e destrutivo, quer se apresente sob a effigie da força, quer sob a do paternalismo e da beneficência.

Portanto, o primeiro ato diante do excluído, do institucionalizado

19 F. Bassaglia, "La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione", *Annali. Neurol. e Psich.*, 49, 1, 1965.

que vegeta em nossos asilos, deveria ser o de despertar nele um sentimento de oposição ao poder que até aquele momento o determinou e institucionalizou. A partir desta tomada de consciência de sua posição de excluído, e da parte de responsabilidade que cabe à sociedade nesta exclusão, o vazio emocional em que o doente viveu durante anos será gradualmente substituído por uma carga de agressividade pessoal que se resolverá numa ação de aberta oposição ao real, que ele agora recusa não mais como ato de doença, mas porque se trata de uma realidade que não pode ser vivida por um homem: sua liberdade será então fruto de sua própria conquista, e não uma dádiva do mais forte.

Isto não significa caos e anarquia. Significa reconhecer o poder como elemento coordenador, como ponto de apoio, como fonte de proteção, quando necessário, mas não como autoridade absoluta, imposição, controle. Significa um poder que se mova num nível tal que possibilite manter o conflito constante na relação com quem lhe foi confiado. Significa viver num estado de tensão recíproca no qual – reciprocamente – sejam levadas em conta a necessidade e a carência de liberdade do outro.

Não é fácil, contudo, desmontar regras, instituições e preconceitos que há séculos determinam nossa vida. A sociedade em que vivemos (e da qual também fazemos parte) tende a defender o cidadão de tudo o que pode perturbar o frágil equilíbrio em que ele se move. Mas, a partir do momento em que ele cai na doença mental, ela não mais reconhece qualquer responsabilidade quanto a isto. O mesmo cidadão cuja tutela a sociedade lhe garantia perde repentinamente aos olhos desta qualquer direito de ser defendido, passando a fazer parte, do outro lado da barreira, do grupo daqueles contra os quais ela quer ser protegida.

Por isto, enquanto o clima de medo, de recusa e de exclusão do doente mental não morrer na sociedade atual, mediante uma radical

mudança de suas estruturas sociais, enquanto a distância entre são e doente não se encurtar em seu reconhecimento recíproco, enquanto a barreira de prevenções, de preconceitos que os separa não cair, a doença mental continuará a apresentar-se com a face do excluído, ainda que venham a ser construídos novos hospitais psiquiátricos, modernamente organizados como mundos completos em si, nos quais todas as carências sejam satisfeitas. Saturado e com-pensado nosso sentimento de culpa diante dos doentes, nos limita-remos, na construção de novos hospitais, a transferir para dentro de muros transparentes, mas não menos restritivos, nossa estrutura hierárquico-autoritária, fonte de todo tipo de exclusão e, conseqüentemente, de regressão.

Se, até agora, o doente pagou com a exclusão pela incolumidade da sociedade, serão os psiquiatras que terão que se expor para criar uma nova situação hospitalar em que o próprio doente seja o agente da conquista de sua liberdade. Todavia, nossa posição de privilégio perante um doente que foi inferiorizado aos nossos olhos não será facilmente superável (difficilmente conseguiremos cancelar nosso papel, que nos coloca numa posição de vantagem); mas poderemos tentar viver as exigências que fazem parte da realidade do doente, desencadeando uma relação que – para além de qualquer esquema institucionalizado – se tensione sobre o fio do risco e da contestação recíprocos.

O problema será como organizar uma comunidade que não deve ser determinada ou comandada, mas apenas dirigida por um poder que saiba limitar-se a encaminhá-la e coordenar-lhe as forças. É para esse ponto que convergem as experiências daqueles que se colocam nesta dimensão, quando, recusando-se a objetivar com a força o doente a eles confiado, tampouco desejam mantê-lo à mesma distância por meio do sentimento de devotamento e compaixão, que o anularia, objetivado pela piedade. E é então que se descobrem

– cada um por caminhos diversos, os caminhos da própria experiência – a inventar novos modos de organizar o que não pode e não deve ser organizado, em busca de um método de tratamento que não precise, necessariamente, institucionalizar-se em regras e numa ordem codificada; diante da necessidade de uma organização e da impossibilidade de concretizá-la; diante da premência de formular um esboço de sistema ao qual possam referir-se, para logo o transcender e destruir; do desejo de provocar os acontecimentos a partir de cima e da necessidade de esperar que eles se elaborem e se desenvolvam a partir da base; diante da busca de um novo tipo de relação entre doente, médico e sociedade, na qual o papel protetor do hospital seja igualmente dividido entre todos; diante da necessidade de manter o nível de conflito apropriado para estimular, em vez de reprimir, a agressividade e o poder de se opor ao real, embora nós sejamos os primeiros a fazer parte deste mesmo real.

Apresentação a Che cos'è la psichiatria?¹

Ninguém procura reter para si, cada um espera o frutificar do dom de todos, da "divisão" entre todos. E, efetivamente, não há nada mais frutífero. Quando vejo hoje certos espíritos, notáveis sob outros aspectos, mostrarem-se tão cícosos de sua autonomia e tão decididos, expressamente, a levar para o túmulo seus pequenos segredos, digo-me que se ca-minhou para trás e que, quanto a eles, pensam o que pensarem, não estão no caminho certo.

André Breton

Em 1948 J.-P. Sartre, no ensaio "Qu'est-ce que la littérature?" (*Situations II*, Gallimard, Paris), escreve que "as ideologias são liberdade enquanto se fazem, opressão quando estão feitas". Esta ressalva sobre a fixação em esquemas preestabelecidos – daquilo que, nascido como recusa de uma dada realidade, na verdade deveria encontrar o sentido de sua contínua renovação, para não se transformar em opressão de si – é a premissa sobre a qual se baseiam as discussões e os ensaios aqui apresentados, que formulam todos uma só pergunta: o que é a psiquiatria?

Esta questão – por si mesma provocadora – deseja expressar apenas um convite à discussão. Questão que nasce do estado de desconforto real em que nos encontramos, oprimidos por uma ide-

¹ In: *Che cos'è la psichiatria?* (O que é a psiquiatria?), Administração Provincial de Parma, 1967, 2a ed., Turim, Einaudi, 1973.

ologia psiquiátrica fechada e definida em seu papel de ciência dogmática que, diante do próprio objeto de pesquisa, limitou-se a definir sua diversidade e incompreensibilidade, traduzindo-as concretamente numa estigmatização social.

Os diagnósticos psiquiátricos adquiriram um valor de categoria, no sentido que correspondem a um etiquetamento, além do qual não existe mais possibilidade de ação ou saída. No momento em que se vê frente a frente com seu interlocutor (o "doente mental"), o psiquiatra sabe que pode contar com uma bagagem de conhecimentos técnicos com os quais, a partir dos sintomas, será capaz de reconstruir o fantasma de uma doença. Contudo, permanece nítida a impressão de que, tão logo formulado o diagnóstico, o homem desaparecerá de seus olhos, pois estará definitivamente codificado num papel que lhe sanciona, sobretudo, um novo *status social*. Ou seja, o "cientista" assume uma espécie de passividade diante do fenômeno, que o conduz a resolvê-lo por meio de uma rotina técnica – claramente separada daquele – cuja finalidade parece ser discriminar entre aquilo que é normal e aquilo que não o é. Sua participação nesta operação é nula, porque os parâmetros sobre os quais a psiquiatria construiu seu sistema o protegem da problematidade da situação, de modo que nessa relação a dois não existem nem o entrevistador (que não está "situado") nem o entrevistado (anulado no momento em que foi codificado).

A necessidade da participação direta do pesquisador na situação é analisada por Sartre em *Critique de la raison dialectique* (Paris, Gallimard, 1960) quando afirma que "a posição do experimentador não-situado tende a conservar a Razão analítica como forma de inteligibilidade: sua passividade de cientista em relação ao sistema lhe revelaria uma passividade do sistema em relação a si mesmo. A dialética se desvela apenas para um observador situado no interior, isto é, para um pesquisador que vivencie a própria investigação,

seja como uma contribuição possível à ideologia da época em sua inteireza, seja como *praxis* particular de um indivíduo, definido por sua aventura histórica e pessoal no seio de uma história mais vasta que a condicione".²

Essa distância do pesquisador em relação ao terreno da própria pesquisa é particularmente significativa no caso da psiquiatria, se confrontarmos a fratura vigente entre o rigoroso nível técnico das dissertações científicas (com seu enorme castelo de classificações, subclassificações, especificações e bizantismos nosográficos) e a realidade a que tais dissertações se referem: o doente mental, como o encontramos – depois de anos de hospitalização – em nossos asilos psiquiátricos. Vemos assim, de um lado, uma ciência empenhada na busca da gênese de uma doença que reconhece "incompreensível"; e, de outro, um doente que, por sua suposta "incompreensibilidade", foi oprimido, mortificado, destruído por uma organização asilar que, em vez de exercer sobre ele o papel protetor de uma estrutura terapêutica, contribuiu para a gradual e freqüentemente irreversível – desintegração da sua identidade.

Diante de tal constatação, não se pode, portanto, eximir-se de indagar o que é a psiquiatria e qual é o seu campo de investigação. Isto é, se esta se ocupa do doente mental ou, limitando sua contribuição a uma elaboração puramente ideológica, se se interessa apenas pelas síndromes em que o encerra; e, caso reconheça no doente mental o objeto de sua investigação, qual seria a sua quando examinados os seus resultados: os institucionalizados de nossas internações? Perguntemos, em suma, se os fatos insignificantes que, com freqüência, fazem desabar sistemas teóricos inteiros (em nosso caso, os doentes que vegetam nos asilos) não entraram há muito tempo em conflito com a teoria a que a psiquiatria recorre, e se não seria o caso de a

2 J.-P. Sartre, *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard, 1960.

teoria ceder a vez para deixar falar os fatos. É esta a interrogação de um grupo de doentes mentais, médicos, enfermeiros, psicólogos e administradores comprometidos com o campo da instituição psiquiátrica. Questão que nasce do desconforto real, vivido em todos os níveis, no momento em que se coloca em discussão a validade, e junto com ela a arbitrariedade, da relação autoritário-hierárquica na qual toda a vida asilar inteira tradicionalmente se baseia.

No momento em que são examinados o significado global de um tal tipo de organização, e as finalidades dos diversos papéis que nela atuam, não se pode deixar de concluir – à luz das atuais possibilidades terapêuticas em relação ao doente – que nos encontramos diante de um conjunto de fenômenos que traz em si algo de paradoxal. O complexo hospitalar parece ter em si mesmo sua própria finalidade, na medida em que a azáfama em torno de si parece servir unicamente para mantê-lo vivo, sem com isso justificar-lhe a função. Se, em seguida, nos aproximarmos um pouco mais, o suficiente para identificar os vários níveis que interagem no interior do sistema, a primeira impressão geral será confirmada pela ausência de papéis reais evidentes. O que logo se revela é que o doente não existe (embora seja ele a finalidade última de toda a instituição), fixado que está num papel passivo que o define e ao mesmo tempo o anula. Além disso, não se consegue identificar quais os papéis do psiquiatra e do enfermeiro. Se se desconsideram aqueles da autoridade e do poder, de que geralmente eles estão investidos – e que fazem parte de uma cadeia de imposições a se perpetuarem de um nível para outro, culminando na agressividade do doente, que requer ser contida – não se consegue justificar suas presenças. Conseguimos, assim, compreender porque – para além do nível da custódia – se faz necessário que a ação de ambos seja continuamente exorbiçada pela autoridade que os distancia e, ao mesmo tempo, mascara aos seus próprios olhos o nada em que não se podem reconhecer.

Se, de fato, a figura do “doente” não é a finalidade da instituição, toda a organização fica esvaziada de qualquer significado – o qual, porém, poderá ser reassumido imediatamente no momento em que for reconhecido um papel de doente. Nesta perspectiva, o primeiro passo indispensável é o encurtamento da distância que o separa dos outros papéis, aproximação que atue sobre ele como símbolo do reconhecimento do próprio valor. A partir de então, pode ser instaurada uma relação real com o doente, que parta de uma reciprocidade que até agora lhe foi negada.

Será esta reciprocidade a colocar em discussão o papel autoritário do enfermeiro e do médico, os quais, contestados por um doente que os força a sair de seus papéis privilegiados, devem buscar uma função real que substitua aquela – fictícia e, muitas vezes, de má-fé – que a autoridade e o prestígio de sua posição hierárquica lhes haviam conferido. Se a reciprocidade dos papéis tende a negar toda hierarquia, estabelecer um tal tipo de relação com o doente significa, então, minar o princípio autoritário-hierárquico no qual toda a organização hospitalar se funda, a fim de tender para uma organização na qual cada pólo da realidade busque, através do outro, seu próprio significado. Nesse sentido, se a liberação do doente se efetua mediante a ação do psiquiatra e do *staff* hospitalar, o psiquiatra e o *staff* encontram sua liberação através do doente, o único a poder atribuir-lhes o papel que eles ainda não tiveram.

Nossa realidade é, portanto, o internado dos hospitais psiquiátricos, para o qual a psiquiatria só encontrou até agora soluções negativas, tratando o incompreensível patológico como uma monstruosidade sociobiológica a ser afastada e excluída. Mas se para o estudo de psicopatologia pode parecer legítimo buscar a solução teórica para uma tal monstruosidade, mantendo-se apartado da realidade que não enxerga, o psiquiatra que faz parte de uma organização hospitalar ver-se-á inevitavelmente obrigado a fazer uma escolha imediata. Ou

aceita os parâmetros da psiquiatria tradicional e a estes adequa o doente e os sintomas com os quais o primeiro foi etiquetado e, com isso, sanando o conflito entre teoria e prática a favor somente da teoria (e então, instaurará com o doente a óbvia relação hierárquico-autoritária que seu papel exige), ou se aproxima do doente como ele é, tentando compreender em que ele se tornou graças aos parâmetros que sancionaram, tal como uma marca, sua diversidade, dando a precedência, desta vez, à realidade, como única fonte de verificação. A alternativa oscila, portanto, entre uma interpretação ideológica da doença – que consiste na formulação de um diagnóstico exato, obtido mediante o encaixe dos diversos sintomas num esquema sintômico preconstituído – e a abordagem do “doente mental” com base numa dimensão real em que a classificação da doença tem e não tem peso, dado que o nível de regressão que o coloca junto aos outros internos vincula-se mais a uma série de circunstâncias institucionais comuns – aquelas que Goffman chama de “contingências de carreira” – do que à síndrome em si: não se trata, portanto, somente de regressão doente, mas também de regressão institucional.

L. Binswanger já apontara o perigo acarretado por um método de abordagem científica que, “distanciando-se de nós mesmos, leva a uma concepção teórica, à observação, ao exame, ao desmembramento do homem real a fim de construir cientificamente uma imagem deste”.³ Pois somente através de uma série de imagens e de categorias preconstituídas de tal natureza, que o psiquiatra defronta-se com o doente mental. Obrigado a colocar entre parênteses a doença, o diagnóstico, a síndrome que o etiquetou, pretende-se com isso conseguir compreendê-lo e, principalmente, agir sobre ele, já que se encontra destruído muito mais pelo que se con-

siderou acerca da doença e pelas medidas de segurança impostas a partir de uma tal interpretação, que pela doença em si.

Todavia, ao discutirmos a psiquiatria tradicional – a qual, atribuindo valores quase metafísicos aos parâmetros em que baseia seu sistema, revelou-se inadequada para o cumprimento de sua tarefa –, corremos o risco de cair num impasse análogo, caso não conservemos, no terreno da prática, um nível crítico.

Isto significa que considerar o “doente mental”, o internado em nossas instituições, como a única realidade de onde devemos partir, incorremos no perigo de abordarmos o problema de modo puramente emotivo. Em outras palavras, invertendo a imagem negativa do velho manicômio em uma outra positiva, corremos o risco de satisfazer nosso sentimento de culpa perante os doentes com um impulso humanitário, tão somente capaz de confundir novamente os termos do problema. Livre de ser identificado como delinqüente; fechado num cárcere não menos duro que o precedente; etiquetado numa papel não muito diferente daquele do culpado punido; afastado e isolado, enquanto reconhecido pela ciência como psicológica e biologicamente incompreensível – o doente corre o risco de tornar-se agora o “pobre doente”, que pagou por todos e para quem é preciso projetar novas estruturas de caráter predominantemente reparatório. O doente malvado, cuja tutela devia ser confiada a um sistema carcerário, está sujeito a tornar-se o “bom” doente, que tentamos reintegrar – por meio de novas estruturas terapêuticas – à sociedade, mantendo intacto, porém, o sistema de privilégios, abusos, medos e preconceitos que a caracterizam. E isso mediante um complexo de instituições que continua a preservá-la contra a diversidade que a doença mental ainda representa. Num mundo maniqueísta, a figura do “doente mental” não pode ser vivida como um problema que ponha este mundo em crise: no máximo, poderá mudar seu papel dentro do próprio sistema, cuja tranqüilidade deve ser salvaguardada antes de tudo.

3 L. Binswanger, “La conception de l’homme chez Freud à la lumière de l’anthropologie philosophique”, *Evol. Psych.*, 1, 3, 1938.

A resposta dada por J.-P. Sartre em entrevista recente,⁴ retomando o tema por ele abordado no ensaio de 1947 que mencionamos anteriormente, é a tal ponto condizente com a exposição desenvolvida até aqui, que julgamos oportuno transcrever um trecho dela. Ao entrevistador, que contesta uma afirmação sua, segundo a qual "nenhum livro resiste diante de uma criança que morre de fome", Sartre responde que "entre a fome do menino e o livro, a distância é inmensurável. Mas, se é a emoção que eu sinto diante da fome o que me impele a escrever" – continua Sartre –, "não é possível preencher o vazio. Para lutar contra a fome, é preciso mudar o sistema político e econômico, e, nessa luta, a literatura só pode exercer um papel secundário. Um papel secundário que, no entanto, não é nulo. Existe uma ambigüidade nas palavras: de um lado, elas não passam de palavras – 'literatura'; de outro, designam alguma coisa e, por sua vez, agem sobre aquilo que designam: modificam. A literatura deve jogar com essa ambigüidade. Se acentuarmos um aspecto mais que o outro, ou se fizermos literatura de propaganda ou a reduzirmos àquela nada que ela não quer ser... Mas, se mantivermos firmemente a ambigüidade, se não sacrificarmos nem um nem outro aspecto das palavras, já estaremos no ponto certo para fazer a verdadeira literatura: uma contestação que contesta a si mesma".

O discurso de Sartre, mais uma vez, transfere-se para o nosso. "doente mental" que encontramos nos asilos psiquiátricos é, de fato, a realidade que contesta a psiquiatria, assim como o menino que morre de fome "contesta" a literatura. Mas se é só a emoção que eu experimento diante do doente que me impele a agir em sua direção, não é possível preencher o vazio que o separa da ciência que deveria ocupar-se dele. Portanto, ou a palavra conserva sua ambigüidade de ser "palavra" que simultaneamente modifica aquilo que designa (e então a psiquiatria deve ser uma ciência que age diretamente sobre o doente

como aquilo que o discurso psiquiátrico deve designar para modificar); ou toma-se um só pólo de tal ambigüidade e faz-se, de um lado, "literatura" (discutindo sobre as classificações e subclassificações das síndromes) e, de outro, uma análise emotiva do "doente" e da lastimável situação em que ele se encontra. Ao passo que, se rejeitarmos tanto a estéril "literatura" psiquiátrica quanto a estéril relação puramente humanitária, sente-se a exigência de uma psiquiatria que deseje constantemente encontrar sua verificação na realidade e que encontre na realidade os elementos de contestação para contestar a si mesma.

Que a psiquiatria asilar reconheça, enfim, ter fracassado em seu encontro com o real, esquivando-se da verificação que – através daquela realidade – poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a continuar fazendo "literatura", elaborando suas teorias, enquanto o "doente" se via pagando as consequências dessa fratura – encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação.

Mas, assim como, para Sartre, o papel da literatura na luta contra a fome é secundário, porque "para lutar contra a fome é preciso mudar o sistema político e econômico", no nosso campo, para lutar contra os resultados de uma ciência ideológica, é preciso também lutar para mudar o sistema que a sustenta. Se, de fato, a psiquiatria – mediante a confirmação científica da incompreensibilidade dos sintomas – exerceu sua parte no processo de exclusão do "doente mental", ela deve ser considerada, ao mesmo tempo, a expressão de um sistema que até agora acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-as de si, recusando-lhes a dialética na tentativa de reconhecer-se uma sociedade sem contradições; assim como experimentará agora suavizar-lhes as asperezas, buscando reabsorvê-las em seu próprio seio mediante uma psiquiatria de propaganda (que é justamente a literatura de propaganda de que Sartre falava em sua entrevista), proposta como nova alternativa.

4 "J.-P. Sartre répond", *L'Arc*, n. 30, 1966.

Por isso, o grupo de doentes, médicos, psicólogos, enfermeiros e administradores, aqui presentes⁵ com suas discussões e seus ensaios sobre a realidade asilar, empreendeu – partindo de uma constatação da realidade – uma luta que deve mover-se simultaneamente nos níveis científico e político. Se, de fato, o doente é a única realidade à qual devemos reportar-nos, convém encarar as duas faces que justamente constituem essa realidade: a de ser ele um doente, com uma problemática psicopatológica (dialética e não-ideológica), e também um excluído, um estigmatizado social. Uma comunidade que se pretende terapêutica deve levar em conta essa realidade dúplici – a doença e a estigmatização –, a fim de poder reconstruir gradualmente a face do doente tal qual devia ser antes de a sociedade – com seus atos de exclusão e a substituição por ela inventada – tê-lo esmagado com sua força negativa.

Contudo, não podemos perder de vista a extrema ambigüidade da situação que estamos vivendo pois só assim conseguiremos evitar a edificação de uma nova ideologia: a do hospital aberto, das comunidades terapêuticas, propostas como solução para o problema do doente mental. Nossa realidade está mergulhada num terreno profundamente contraditório, e a conquista da liberdade do doente deve coincidir com a conquista da liberdade de toda a comunidade. De fato, tendemos para uma nova psiquiatria baseada na abordagem psicoterápica do doente, mas ainda estamos atrelados a uma realidade psiquiátrica vinculada aos velhos esquemas positivistas; orientamo-nos para a constituição de núcleos hospitalares que levem em conta o jogo das dinâmicas internas aos grupos e a contribuição das relações interpessoais, sem dispormos de outros modelos de referência que os de um sistema autoritário e hierárquico;

esforçamo-nos por transformar o hospital psiquiátrico num centro regido – na medida do possível – comunitariamente, conquanto estejamos, não obstante, inseridos numa realidade social de alto nível repressivo e competitivo; tendemos a encarar comunitariamente o doente mental para fazê-lo sair do estado de regressão a que foi induzido, e corremos o risco de provocar nele um novo tipo de desadaptação ao clima institucionalizado da sociedade.

Apesar de a adoção da comunidade terapêutica poder ser considerada um passo necessário na evolução do hospital psiquiátrico (necessário sobretudo pela função que teve, e ainda tem, de desmascarar o que se considerava, embora erradamente, a respeito do doente mental, a falsa imagem que se fazia do doente mental, e pela identificação dos papéis antes inexistentes fora da dimensão de confinamento), não pode, porém, ser vista como a meta final, mas sim como uma fase transitória, na espera de que a própria situação evolua, de modo a nos fornecer novos elementos de esclarecimento. O que se revela importante, no momento, é conseguirmos manter, enfrentar e aceitar nossas contradições, sem sermos tentados a afastá-las para negá-las. Por isto, a tarefa da psiquiatria atual poderia ser a de recusar-se a buscar uma solução da doença mental como doença, optando por abordar esse tipo específico de doente como um problema que – somente enquanto presente em nossa realidade – poderá representar um dos aspectos contraditórios dessa realidade, para cuja solução devem ser alicercados e inventados novos tipos de pesquisa e novas estruturas terapêuticas.

Isto ficou mais que evidente nas organizações hospitalares abertas: o paciente – não mais isolado e afastado da visão do médico – impõe-se como problema sempre presente, e portanto como um dos pólos da realidade que não se pode negar. Mas é possível que somente o psiquiatria o viva como problema, enquanto a sociedade continua a querer encerrá-lo no papel de doente, para não ter que

⁵ Basaglia refere-se aos profissionais que participam como co-autores do livro *O que é psiquiatria?* (N. do E.).

encará-lo em sua presença cotidiana? O psiquiatra não pode enfrentar uma tal experiência se a sociedade não se alinhar na mesma direção, e a única possibilidade – que não é nem quer ser uma solução – é a de aceitar a problemática do doente mental como parte da nossa realidade. Somente quando o problema for vivido por todos nós é que a sociedade deverá impor a si mesma soluções reais mediante a organização de estruturas terapêuticas, como o único modo de fazer frente à sua incômoda presença em nossa realidade. Enquanto, alhures, alguém se preocupar com ele, continuaremos a negar o problema e a delegá-lo a outros.

O que se vem evidenciando nas novas estruturas psiquiátricas, até o momento restritas aos limites da reviravolta do sistema tradicional, é que o hospital psiquiátrico não é uma instituição que cura, mas uma comunidade que se cura enfrentando as próprias contradições, visto que se trata de comunidades reais, ricas de todas as contradições que justamente caracterizam a realidade. Por isto, a partir do momento em que não mais estiver fechado nos confins de uma realidade artificial, o mundo institucional se verá frente a frente com o mundo externo, o qual, por sua vez, deverá aprender a aceitar as próprias contradições, à falta de um lugar para onde relegá-las. Nesse sentido, pode-se falar de um encontro das duas comunidades (a externa e a interna), já fisicamente concretizado na expansão da cidade até a periferia onde, outrora, ficava confinada a casa da loucura, e na evolução da comunidade fechada, que – ao manifestar-se como comunidade viva, real e contraditória – se verá dialeticamente em choque com a realidade pela qual foi engendrada. Desta forma, será possível minar simultaneamente tanto a ideologia do hospital como máquina que trata, como fantasma terapêutico, como lugar sem contradições, quanto a ideologia de uma sociedade que, negando as próprias contradições, quer reconhecer-se como uma sociedade sã.

Corpo e instituição¹

Considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional

A exposição que aqui pretendo fazer não consiste numa denúncia ou num processo, pois que este seria um lugar inapropriado para fazê-lo. Desejo somente apontar a situação em que se encontra a psiquiatria atual, considerando a questão seja do ponto de vista operativo, seja do científico. Ainda que nosso enfoque seja polêmico, esclareço desde já que nos limitaremos a uma honesta abordagem de algumas questões as quais, há demasiado tempo, pretende-se continuar ignorando.

O estado atual da nossa psiquiatria asilar pode ser considerado como a expressão concreta dos resultados obtidos por uma ciência que, em vez de ocupar-se com o doente, preferiu dedicar-se à pesquisa ideológica da doença mental. Neste sentido, a realidade do assim chamado “crônico” de nossas instituições evidencia uma fatura irremediável entre a psiquiatria e aquilo que deveria constituir sua finalidade de pesquisa. É, portanto, a própria situação falimentar da psiquiatria asilar que nos autoriza a representar o problema em termos mais gerais. Partindo da situação atual do doente mental em nossos asilos, pode-se tentar evidenciar, passo a passo, as responsabilidades de uma ciência que, constituindo-se como metafísica dogmática, teve que confirmar suas próprias hipóteses no corpo do doente.

¹ Conferência proferida na Clínica Neuropsiquiátrica da Universidade de Gênova, em 20 de março de 1967; *Che fare*, 3, Milão, 1968.

A escolha do tema – o corpo na instituição psiquiátrica – permite que abordemos o problema sob o viés antropológico e psicopatológico, o que conduz à identificação das modalidades do institucionalizado, as quais, nascidas como puras modalidades formais da organização hospitalar, foram gradualmente incorporadas pelo doente, até se converterem em expressão de sua própria doença.

Essa abordagem parte de algumas premissas gerais.

Na medicina, o encontro entre médico e paciente se realiza no próprio corpo do doente. Este corpo sofredor, considerado pelo primeiro em sua materialidade, opacidade e objetividade suas, não corresponde ao “corpo vivido”, ao “corpo próprio”, com todas as modalidades e implicações subjetivas inerentes a essa apropriação corpórea. O fato de o corpo examinado pelo médico pertencer a um sujeito específico, que o vive e o significa, não diz respeito à finalidade da relação que se instaura. O sujeito, embora projete aquele corpo sofredor, não é levado em conta nesse relacionamento específico, como se fosse mantido a uma certa distância. Deste modo, o encontro entre o médico e o doente se dá mediante um corpo anômico, que serve, simultaneamente, como objeto de investigação e como segundo pólo da relação. Não se trata, portanto, de um encontro real, em que um sujeito objetiva o outro ao mesmo tempo em que é por ele objetificado, mas de um encontro entre um sujeito e um corpo ao qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em objeto aos olhos de quem o examina. Estranho, portanto, a este último, enquanto sujeito que o significa, embora sendo este encontro ao mesmo tempo o momento crucial e a própria finalidade da relação.

Naturalmente, o evidente caráter objetivo de um tal relacionamento interpessoal vincula-se estreitamente aos princípios positivistas de uma ciência que situou a finalidade de sua pesquisa na objetificação do homem.

Ora, se deslocarmos o enfoque para o plano do encontro psíquico, torna-se evidente que, embora nos esforcemos por considerar o doente mental como qualquer outro tipo de doente, este encontro não pode ocorrer no “corpo”, tal como ocorria com o doente orgânico. Nesse caso, em que nível se efetua a relação entre médico e doente mental?

Um encontro real deveria pressupor uma reciprocidade na qual o terapeuta se visse questionado pelo doente, assim como o doente é questionado pelo terapeuta. Teoricamente, a abordagem psicodinâmica deveria pressupor tal reciprocidade. Contudo, mesmo admitindo-se que a abordagem psicodinâmica permite um encontro real com o doente mental, não se pode afirmar que este seja o tipo de relação habitual entre o psiquiatra e seu paciente. Salvo casos isolados de doentes que podem permitir-se um longo tratamento psicoterápico individual, a situação geral da relação entre psiquiatra e doente mental é totalmente diferente.

A este respeito, identificamos somente duas alternativas, e ambas negativas: ou o encontro absolutamente não ocorre, ou se efetua num corpo que está, de um modo ou de outro, presumivelmente doente, operando-se uma ação objetificante de caráter pré-reflexivo, da qual se deduz a natureza da abordagem a se estabelecer. Se este processo permanecesse restrito aos limites da hipótese que exige confirmação no confronto com a realidade, a coisa poderia até ser aceitável. Mas, em vez disso, o que acontece nesse caso é a hipótese inicial ser assumida tão velozmente, como uma verdade que desobjetificante do médico com o doente quanto o tipo de instituição inventada para este último. Isso significa que presumir um corpo doente como base do encontro entre psiquiatra e paciente mental impõe a este um papel objetivo sobre o qual toda a instituição que o tutela se funda. O tipo específico de abordagem objetificante acaba,

assim, por influenciar o conceito que o doente constrói de si mesmo, só podendo – mediante um tal processo – vivenciar-se como corpo enfermo, exatamente do modo como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição.

Tal é a ação paradoxal de uma ciência e de uma instituição que, nascidas para tratar de uma doença cuja etiologia e patogênese resultaram desconhecidas, fabricaram um doente à sua imagem e semelhança, de modo a justificar, e ao mesmo tempo garantir, os métodos sobre os quais baseavam sua ação terapêutica. Desta forma, a doença se transforma gradualmente naquilo que a instituição psiquiátrica é, e a instituição psiquiátrica encontra no doente, moldado segundo seus parâmetros, a confirmação para a validade dos seus princípios. De resto, isto é demonstrado pela perfeita correspondência entre as regras da organização asilar e aquilo em que o doente se transforma depois de internado, a ponto de que bastaria que se analisasse os paradigmas sobre os quais decorre a vida asilar para que se pudesse conhecer com exatidão o nível de despersonalização e de “degradação moral” – como diria Goffman – que o doente atinge após determinado período de hospitalização.

Não pretendemos, porém, negar que o doente mental seja um doente. Entretanto – graças às recentes reviravoltas de uma instituição psiquiátrica –, o doente tem se revelado extremamente diverso daquilo que a instituição psiquiátrica e a própria psiquiatria consideraram até hoje. Muitos dos sintomas com os quais ele foi etiquetado desaparecem quando desmoronam as estruturas às quais esses sintomas estavam estreitamente ligados, a ponto de tornar-se necessário um trabalho gradual de separação entre o que se pode considerar produto da internação e o que deve ser entendido como núcleo da doença original. O mais surpreendente é que, efetuada essa laboriosa seleção, resta bem pouco do complexo sintômico denunciado e, ainda assim, não suficiente para justificar uma instituição desse

tipo. O que também nos autoriza a realizar uma revisão *a posteriori* da atitude psiquiátrica como um todo.

Diante dessa tomada de posição global, alguém poderia objetar que a descoberta dos neurolépticos é relativamente recente; que uma nova atitude psiquiátrica só teria sido possível a partir daquele momento e que, portanto, é absurdo questionar a psiquiatria, responsabilizando-a pelo que fez – e que não poderia de modo algum ter deixado de fazer. Essa objeção, contudo, é só parcialmente verdadeira. Pois a descoberta dos fármacos, embora tenha modificado as reações do doente ao tipo de relação que a instituição lhe impunha, não serviu para modificar, da mesma forma, a relação em si. Esta continua a atuar, com sua força objetificante, sobre um doente cada vez mais submisso à ação da instituição, que encontra nos fármacos uma ulterior cumplicidade no que estes ajudam a tornar o doente inócuo e inofensivo. (Esse ponto de vista é sustentado também por Russel Barton em seu *Institutional Neurosis*). Os fármacos agem segundo o conhecimento que a psiquiatria tem quanto ao seu uso e limites, e não como solução definitiva para o problema da doença mental. Se tiveram um mérito – do qual, aliás, a psiquiatria não tem razões para vangloriar-se – foi o de haver revelado, por trás dos sintomas do doente, um homem ainda vivo e real, cuja reabilitação se impunha com a angústia e a consciência típicas de todo ato reparatório.

A esta altura, também poder-se-ia dizer que, muitas vezes, o aspecto objetificante da relação entre médico e doente pode ser remediado ao grau de impotência do primeiro diante do último. Enquanto o médico sabe que pode resolver seus problemas, enquanto se sente capaz de enfrentar e curar seus distúrbios, a relação com o doente ainda pode ser uma relação vital, em que nos sentimos envolvidos, humanamente presentes. Mas, no momento em que nos vemos impotentes diante do doente e de sua doença, o paciente se

torna, aos nossos olhos, o objeto desagradável com o qual não encontramos uma linguagem comum, nem uma possibilidade de aproximação.

Tal poderia ser a posição do psiquiatra diante do doente mental que, objetificado aos seus olhos, na tentativa de considerá-lo um corpo doente, ainda assim permanece presente, a testemunhar sua incapacidade de compreendê-lo. De um lado, portanto, temos um doente que se vê obrigado a incorporar a instituição como única possibilidade de possuir um corpo; de outro, um psiquiatra que tende inconscientemente a negar a capacidade de testemunhar a quem é testemunha de sua impotência. Isto seria, ademais, a evidência da inevitável perda da subjetividade por parte do médico, no momento exato em que se percebe instaurando uma relação puramente objetiva com o doente. Semelhante processo de "coisificação" não pode se dar em mão única, e a coisificação do doente pressupõe – reciprocamente – a do médico, o qual, nessa abordagem alienante, não pode nem exprimir nem realizar aquelas que deveriam ser as implicações subjetivas de seu próprio corpo. Vira assim a instaurar-se um circuito fechado no qual o médico projeta no doente os próprios limites, que se concretizam na objetificação real do doente; objetificação que anula ambos os pólos da relação, sem mostrar claramente onde se inicia o processo.

Binswanger já havia apontado os dois caminhos opostos que se podem seguir em psicologia:

O primeiro, distanciando-se de nós mesmos, leva a uma concepção teórica, à observação, ao exame e ao desmembramento do homem real, com o propósito de construir cientificamente sua imagem (sob a forma de um aparato, de um complexo de reflexos, de um conjunto de funções etc.); o outro conduz a nós mesmos, não através de uma análise psicológica por meio da qual nos objetivemos, nem através de uma análise caracterológica com a qual objetivemos

nossas particularidades psicológicas individuais, mas de uma maneira antropológica.

É evidente que a psiquiatria preferiu manter-se ligada ao primeiro desses caminhos, sentindo-se mais segura na construção de uma imagem do homem que ela pudesse controlar e dominar, em vez de proceder de maneira incerta e contraditória, como incerta e contraditória é a realidade na qual o homem vive. Porém, como consequência direta, essa escolha levou à construção de esquemas, parâmetros e subdivisões em que toda contradição foi negada, de modo que – enquanto o doente se via obrigado a aderir a essa realidade construída para ele – o psiquiatra se retirava do jogo para não ser envolvido.

Em sua penetrante análise da "carreira moral" do doente mental, Erving Goffman esclarece que um tipo particular de estruturas e de disposições institucionais mais do que sustentar o eu do paciente, na verdade o constitui. Isto significa que, se originariamente o doente sofre a perda da própria identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos constroem-lhe uma nova, por meio do tipo de relação objetificante que estabeleceram com ele e por meio dos estereótipos culturais com que o rodearam. Por isto pode-se dizer que o doente mental, entranhado numa instituição cuja finalidade terapêutica mostra-se ambígua na sua obstinação em reportar-se a um corpo doente, assumiu para si a própria instituição como seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe.

Uma fábula oriental² narra a história de um homem que dormia quando uma serpente rastejou para dentro de sua boca. Tendo deslizado até o estômago, a serpente ali se estabeleceu, impondo sua vontade ao homem, a ponto de privá-lo da liberdade. O homem ficou à mercê da serpente: já não pertencia a si mesmo. Até que, certa manhã, o homem sentiu que a serpente fora embora e ele

² Relatada por Ju. Davydov, *Il lavoro e la libertà*, Turim, Einaudi, 1966.

estava novamente livre. Mas então deu-se conta de não saber o que fazer com sua liberdade:

no longo período do domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal modo a submeter sua própria vontade à vontade desta, seus próprios desejos aos desejos desta, seus próprios impulsos aos impulsos desta, que perdera a capacidade de desejar, de se voltar para alguma coisa, de agir autonomamente. No lugar da liberdade encontrará o vazio, porque sua nova essência, adquirida no cativeiro, tinha ido embora junto com a serpente, e a ele só restara reconquistar pouco a pouco o anterior conteúdo humano da sua vida.

A analogia entre essa fábula e a condição institucional do doente mental é até surpreendente, pois ela parece a parábola fantástica da incorporação, por parte do doente, de um inimigo que o destrói, com os mesmos atos de abuso e de força com que o homem da fábula foi dominado e destruído pela serpente. O doente, que já sofre de uma perda de liberdade, como pode ser interpretada a doença, vê-se obrigado a aderir a um novo corpo que é o da instituição, negando qualquer desejo, qualquer ação, qualquer aspiração autônoma que o fariam sentir-se ainda vivo e ainda ele mesmo. Torna-se um corpo vivido na instituição, a ponto de ser considerado como parte integrante das próprias estruturas físicas desta.

“Antes de sair, foram verificadas fechaduras e doentes”.

Tais são as frases que se lêem nas anotações deixadas por enfermeiros aos do turno seguinte, a fim de garantir a perfeita ordem do setor. Chaves, fechaduras, barras, doentes, tudo isto faz parte do mobiliário hospitalar, pelo qual enfermeiros e médicos são responsáveis, sem que uma diferenciação qualitativa, por menor que seja, distinga uma e outra coisa.

Uma relação a tal ponto objetificante só pode ser o resultado do abuso daquele que se sente forte porque controla as regras do jogo,

podendo determiná-las a seu favor. Trata-se de uma relação de vassalagem, na qual o fato de se utilizar uma linguagem reciprocamente incompreensível não serve para manter incerto o equilíbrio de poder, numa relação em que o valor dos dois termos não é verificável. Se a ininteligibilidade do doente mental se revela na relação com o psiquiatra, são postos em questão tanto o doente, que não se faz compreender, quanto o psiquiatra, que não compreende. Mas, se a verdade do psiquiatra vem previamente estabelecida como medida de comparação, este se salva, garantindo a si mesmo a possibilidade de estabelecer sua linguagem como única, e encerrando o doente no papel de “incompreensível”, por meio de um ato de abuso. É um pouco o que acontece a um povo vencido, com o qual não é possível se comunicar porque fala outra língua, mas para quem vale a lei da força, a qual estabelece - *a priori* - que a linguagem incompreensível desse povo está, todavia, a serviço do vencedor.

De resto, o fato de o paciente não ser - no momento da internação - aquilo em que se transformará após a hospitalização nos é confirmado pelo próprio Bleuler, quando especifica que o doente, particularmente o esquizofrênico dito “crônico”, deve ser habituado à instituição. O que significa exatamente esse habitar-se, essa adaptação do doente ao hospital? “Habitar” significa: “fazer contrair um hábito”, e o hábito é “uma disposição adquirida com a repetição dos mesmos atos”. No que consiste isto que é almejado pelo mestre da psiquiatria, senão em um treinamento para a institucionalização do doente? Não significaria, talvez, que o doente, no momento da internação, ainda apresenta elementos pessoais que devem ser sistematicamente destruídos, até que ele fique justamente “habituado” e pronto para a vida da instituição? Habitado e pronto para receber um corpo novo que não é seu, gestos, atos e pensamentos que não são seus, a ponto de aquilo que ainda resta nele de pessoal e vivo - como pode ser sua reação, até violenta, ao brutal ritmo de vida a

que é obrigado – acabar definido como um sintoma de doença. Coisa de que ele mesmo vai-se convencendo, até ter a “consciência de doença” desejada pelo psiquiatra.

Perguntarmo-nos o que deveria fazer um doente a quem não se oferece nenhuma alternativa à vida asilar além da submissão, do devotamento ao médico ou ao chefe e, por conseguinte, da condição de colonizado. Ele agora é apenas um corpo institucionalizado que se vivencia como objeto e que – às vezes, enquanto não estiver completamente domado – tenta, por meio de *acting-outs* aparentemente incompreensíveis, reconquistar as qualificações de um corpo próprio, de um corpo vivido, recusando-se a identificar-se com a instituição.

Pela abordagem antropológica do mundo institucional podemos, assim, elaborar interpretações diferentes daquelas dadas às modalidades tradicionalmente reconhecidas como próprias do internado psiquiátrico. O doente é obscuro, é desorganizado, comporta-se de modo inconveniente. Estas são manifestações agressivas nas quais ele ainda está buscando, de modo diferente, num mundo diferente (o da provocação, talvez), sair da objetividade em que se sente encerrado, para testemunhar que existe, seja como for.

Porém, dentro de uma instituição, há uma razão psicopatológica para todo acontecimento e uma explicação científica para todo ato. Assim, o doente que não podia ser imediatamente objetificado no momento de sua entrada no hospital, o doente para o qual o médico – seguro da própria formação positivista – podia somente conceber como um corpo enfermo, é finalmente domado e encerrado numa etiqueta, que tem todos os crismas da oficialidade científica. É a própria psicopatologia que, a essa altura, nos possibilita objetificar aquele corpo que continuava recusando-se a ser objetificado, que não se dobrava a considerar-se doente, mantendo-se obstinadamente ligado aos “próprios delírios” como última expressão de sua subje-

tividade. Os delírios que ele continuará a produzir no cativo serão, com muita probabilidade, delírios institucionais, e não mais psicóticos.

Superados os limites da normalidade e definitivamente resignado à sua nova dimensão, o doente começa a ser definido nos prontuários clínicos como “bem adaptado ao ambiente”, “cooperativo”, “cuidadoso com a aparência”. Estas são as definições que sancionam sua nova condição de sujeito passivo, em que o sujeito só existe em sua acepção de número, e não mais na do ser pensante con-traposto ao objeto do seu pensamento.

É nesse momento que o doente se transforma num corpo no qual a instituição entrou, como a serpente da fábula havia rastejado para o estômago do homem adormecido. Mas o processo da instalação do asilo no corpo do doente ocorre mediante uma ação de força que, *a priori*, anula qualquer alternativa. O doente jamais é levado em conta nessa materialização do asilo em seu próprio corpo, porque lhe é sistematicamente negada – com o apoio de uma ciência que o define como “incompreensível” – toda alternativa que lhe permitia devorar no mesmo momento em que é devorado. Por isso, a instituição pode agir sobre ele despótica e arbitrariamente, como a serpente no estômago do homem, que se viu prisioneiro de uma vontade estranha, sem seu conhecimento – assim como, sem seu conhecimento, irá ver-se livre.

Também o canibal devora o inimigo vencido na batalha. Engole-o, leva-o a tornar-se corpo em seu próprio corpo, mas para digerir-lo e eliminá-lo, atestando com isso seu poder sobre ele.

Se, portanto, o canibal consegue dominar o inimigo dando uma intenção à sua devoração, o doente só poderá salvar-se e subtrair-se ao domínio da instituição mediante a tomada de consciência sobre a necessidade da subsistência de uma intencionalidade (no sentido husserliano) na vida hospitalar.

É neste momento que entra em jogo a ação de uma instituição baseada numa intencionalidade comunitariamente vivida, onde o doente se sente envolvido de modo a poder reconstruir a própria intencionalidade humana. Nesse sentido, o fato de não ter mais um corpo, mas de ser corpo na instituição, pode acelerar a emergência dessas instâncias pessoais, através de um corpo institucional que viva globalmente segundo uma intencionalidade bem precisa.

O doente mental sofre é da falta de um intervalo entre o eu e o corpo, o corpo e o mundo, um intervalo que o defendia da invasão do outro, que lhe permitia apropriar-se de si, fazer-se um a partir do múltiplo opondo-se ao outro e ao mundo, de modo a emergir da comunidade diferenciada e construir o próprio corpo vivido.

De fato, segundo Husserl, a percepção do outro apresenta-se como uma espécie de fenômeno de emparelhamento, como numa ação a dois, definida a seguir por Max Scheler como um estado de pré-comunicação no qual as intenções do outro entram em jogo através do meu corpo, assim como as minhas intenções entram em jogo através do corpo do outro. Sobre essa pré-comunicação diferenciada, sobre essa espécie de comunidade anônima, é que se forma – como diz Husserl – “um mesmo objeto natural nos modos dativos possíveis da alteridade”.

É aqui, em minha constituição como “pessoa”, que o meu corpo – aberto e vulnerável – se recorta em meio aos outros e às coisas. É nesse momento que ele precisa conservar, diante do outro e das coisas, uma distância suficiente que lhe permitia reconhecer no próprio corpo a presença do outro como alteridade de si. Portanto, é necessário que – para viver com os outros – mantenha distâncias e crie intervalos, de modo que a proximidade e a vizinhança com o outro não degenerem em promiscuidade; para que a presença do outro não invada o meu espaço.

Mas foi justamente esse intervalo que o doente mental perdeu. O intervalo em que pudesse apropriar-se do seu corpo, abandonado numa promiscuidade na qual o outro o soliciita sem tréguas, de todos os lados, e o invade. É nessa condição que ele entra num asilo, cuja finalidade é a invasão sistemática daquele espaço já restrito pela regressão enferma. A modalidade passiva, à qual o asilo o obriga, não lhe permite de fato viver os acontecimentos segundo uma dialética interna. Não lhe permite viver, oferecer-se, estar com os outros, tendo – ao mesmo tempo – a possibilidade de salvaguardar-se, defender-se, fechar-se. O corpo do internado tornou-se simplesmente um ponto de passagem: um corpo indefeso, deslocado de seu setor em seu objeto, a quem é impedida, concreta e explicitamente – mediante a imposição do corpo único, aporofenâmico, sem contradições, que é o da instituição –, a possibilidade de reconstruir para si um corpo próprio, capaz de dialelizar o mundo.

Quais seriam então as perspectivas para um novo tipo de abordagem institucional do doente mental? Desde já, poderíamos dizer que a nova instituição não deverá ser igual ao que foi, tendendo, como finalidade maior, a salvaguardar os restos de um mundo privado, tão penosamente defendido pelo doente quanto rudemente pisoteado pela instituição.

Enquanto o asilo se basear principalmente na eficiência da organização e na hierarquização dos papéis que deve assegurar-lá, nada se poderá falar de uma homogeneidade interna que propicie uma vida comunitária capaz de oferecer ao doente proteção e senso de pertencimento. Os papéis e os elementos que constituem essa comunidade somam-se analiticamente uns aos outros, sem chegar a constituir um conjunto que apresente um grau mínimo de homogeneidade. Trata-se, portanto, de uma espécie de serialização de pessoas subdivididas segundo categorias fechadas, cada uma

das quais vive como uma pequena comunidade dentro da comunidade hospitalar: médicos, enfermeiros, doentes, cada um no seu lugar, cada um fechado nos limites do próprio papel.

Uma comunidade, portanto, altamente antiterapêutica, na sua obstinação em apresentar-se como um enorme invólucro, repleto de corpos que não podem vivenciar-se e que estão ali à espera de que alguém se ocupe deles ou faça-os viver ao seu modo: na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva, na histeria. Ou seja, definitivamente "coisificados".

É diante desse doente coisificado aos nossos olhos que o psiquiatra deve posicionar-se. Se aceitar os parâmetros que a psiquiatria tradicional lhe fornece, e fizer o doente e os sintomas com os quais foi rotulado aderirem a esses parâmetros, então ele torna-se cúmplice desse processo de "coisificação", mantendo com o doente a óbvia relação hierárquico-autoritária que seu papel lhe exige e colocando-o na distância do servo diante do senhor. Mas, se quiser aproximar-se do doente tal como ele é, primeiro deverá buscar compreender o que ele se tornou, por causa daqueles parâmetros que lhe sancionaram a diversidade.

Isto significa que, para o psiquiatra, a alternativa oscila entre uma interpretação ideológica da doença (com a construção de um diagnóstico exato, obtido mediante o encaixe dos diversos sintomas num esquema sintômico preconstituído) e a abordagem do doente mental com base numa dimensão em que a classificação da doença tem e não tem peso.

No primeiro caso, aceitaremos, mais uma vez, o papel de preenchedores de fichas para um arquivo; no segundo, seremos nós, psiquiatras, a sair em busca de um papel que ainda não tivemos e que – na medida do possível – nos situe em paridade com o doente, numa dimensão em que a doença, como categoria dada, seja colocada entre parênteses.

A intuição para uma terapia psiquiátrica comunitária nasce, portanto, de um ambiente pragmático em que a *epoché* da doença é necessariamente efetuada, se quisermos reconstituir uma base de homogeneidade – que precede qualquer classificação – a partir da qual seja possível começarmos a enxergar o doente e seu modo de agir. A ausência voluntária de uma hierarquia (na medida em que isto for possível, numa sociedade altamente hierarquizada) pretende apontar para a homogeneização de todos os membros da comunidade. Homogeneização que poderia corresponder à comunidade indiferenciada original que precede a comunicação (de que fala Husserl), e da qual poderá emergir o corpo próprio de cada membro da comunidade. A reciprocidade da situação resulta justamente do fato de que o nível de "coisificação" em que todos os papéis estão fixados (doentes, enfermeiros e médicos) exige uma interação intencional que conduza à liberação do doente, assim como à do enfermeiro e à do médico. O médico e o enfermeiro já não se veem dando ao doente uma liberdade que está em poder deles, mas sim, por intermédio do doente, devem encontrar a própria liberdade, assim como o doente a encontrará por intermédio deles e da intuição intencionalmente terapêutica.

Um amigo (o psicólogo americano Erling Eng), com quem estamos elaborando o problema num enfoque strausiano, propõe uma interpretação a respeito do sentido de uma psiquiatria comunitária que me parece perfeitamente alinhada com o que venho afirmando aqui. Eng considera que a comunidade é simplesmente "o sentido imediato da experiência subdividida, presente no momento em que as pessoas se encaram reciprocamente. Portanto, uma compreensão aprendida diretamente".

O que nos remeteria imediatamente a uma situação primária que precede qualquer categoria.

Isto constituiria a co-consciência, o vínculo pré-reflexivo que nasce diretamente do fato de estar-junto. Enquanto for tratado como

corpo objetivo, o doente mental encontrar-se-á fora dessa co-consciência, com os resultados analisados na primeira parte desta exposição.

Invertendo agora a situação, uma instituição que se pretenda terapêutica deve desenvolver "uma co-consciência em que o corpo e a comunidade estejam co-presentes". Isto presume – sustenta Eng – que

a co-consciência precede a constituição do corpo próprio, no sentido de que é a partir da matriz da comunidade vivida que o corpo emerge, assim como é a partir da comunidade vivida da mãe com o filho que a criança emerge como corpo. Essa comunidade vivida implicaria um caráter operativo, do qual o corpo próprio participaria dentro da comunidade. É porque o corpo, em nível operativo, incorpora a comunidade operativa antes de qualquer diferenciação explícita de si e do outro, que a comunidade pode ser terapêutica... Habitualmente, nas instituições psiquiátricas tradicionais, tende-se a ignorar o grau em que a autoridade hierárquica influi sobre a demolição da co-consciência... e o que é usualmente omitido é uma compreensão do corpo próprio e o fato de estar estreitamente ligado à co-consciência. Somente levando em conta esses vínculos estreitíssimos será possível compreender a função de uma comunidade terapêutica.

Os poucos pontos aqui assinalados, que exigem uma elaboração posterior, já são pelo menos uma base sobre a qual se pode partir para uma conceituação teórica da terapêuticidade de uma comunidade. A instituição tradicional teve para o internado a função que uma mãe castradora esquizofrenogênica tem para o filho, impedindo-lhe a evolução natural e espontânea que o levaria a destacar-se dela. Mas nem todas as instituições (assim como nem todas as mães) têm de ser obrigatoriamente castradoras e esquizofrenogênicas.

Uma instituição que se pretende terapêutica deve tornar-se uma comunidade baseada na interação pré-reflexiva de todos os seus membros; uma instituição na qual a relação não seja a relação objetificante do senhor com o servo, ou de quem dá e quem recebe; na qual o doente não seja o último degrau de uma hierarquia baseada em valores estabelecidos de uma vez por todas pelo mais forte; na qual todos os membros da comunidade possam – mediante a contestação recíproca e a dialetização das recíprocas posições – reconstituir o próprio corpo próprio e o próprio papel.

As instituições da violência¹

Nos hospitais psiquiátricos, costuma-se amontoar os pacientes em grandes salas, das quais ninguém pode sair, nem mesmo para ir ao banheiro. Em caso de necessidade, o enfermeiro de plantão interna toca uma campainha, para que um segundo enfermeiro venha buscar o paciente e conduzi-lo ao banheiro. O ritual é tão demorado que muitos pacientes simplesmente decidem fazer suas necessidades ali mesmo. Essa resposta do paciente à regra desumana é interpretada como “desrespeito” para com a equipe terapêutica, ou como expressão do nível de incontinência do doente, estreitamente dependente da doença.

Num hospital psiquiátrico, duas pessoas jazem imóveis no mesmo leito. Diante da falta de espaço, tira-se proveito do fato de os catatônicos não incomodarem um ao outro e instala-se dois deles por leito.

Numa escola de ensino médio, o professor de desenho rasga o papel em que um menino desenhou um cisne com patas, alegando “gostar mais dos cisnes na água”.

Numa escola maternal, enquanto a professora se dedica a trabalhos pessoais de tricô, as crianças são obrigadas a ficar sentadas nos bancos, sem falar; ameaçadas de permanecer durante horas com os braços erguidos – o que é muito doloroso – se por acaso se mexerem, conversarem ou fizerem qualquer coisa que atraia a professora e seu trabalho.

¹ In: *L'istituzione negata*, Turim, Einaudi, 1968.

Um enfermo internado em qualquer setor de um hospital civil – se não for hóspede de primeira classe – encontra-se à mercê dos humores do médico, que pode desafogar em cima dele agressividades que lhe são completamente estranhas.

Num hospital psiquiátrico, um doente “agitado” é submetido à “gargantinha”.² Quem não conhece o ambiente manicomial, ignora do que se trata: é um sistema muito rudimentar – ainda utilizado em toda parte – para fazer o doente perder a consciência, sufocando-o: jogam-lhe um lençol sobre a cabeça, quase sempre molhado – de modo a não lhe permitir respirar –, que é torcido estreitamente à altura do pescoço; a perda de consciência é imediata.

A frustração das mães e dos pais geralmente se resolve em violência constante contra os filhos, que não satisfazem suas aspirações competitivas: o filho é inevitavelmente obrigado a ser melhor que um outro e a viver a própria diversidade como uma falha. Uma nota ruim na escola é motivo de castigo, como se a punição corporal ou psicológica servisse para resolver a insuficiência escolar.

Há alguns anos, no hospital psiquiátrico em que trabalho, utilizava-se um sistema elaboradíssimo, por meio do qual o enfermeiro do turno da noite se assegurava que seria acordado por um doente a cada meia hora, a fim de poder marcar seu cartão de presença, como era obrigatório. A técnica consistia em encarregar um doente (que, ademais, não podia dormir) de separar o tabaco de um cigarro que havia sido misturado com migalhas de pão. A experiência tinha demonstrado que essa tarefa ocupava justamente meia hora, depois da qual o doente acordava o enfermeiro e recebia como prêmio o tabaco. O enfermeiro batia seu cartão e voltava a dormir, encarre-

gando outro doente, ou o mesmo, de recommençar – uma nova clepsidra³ humana – aquela tarefa alienante.

Saiu no “Il Giorno”, há algum tempo: “Chega de tristeza! A prisão de San Vittore vai finalmente perder seu aspecto sombrio e tétrico. De fato, de uns dias para cá, alguns operários estão trabalhando, e um lado de um dos pavilhões, o que dá para a avenida Papiniano, já pode ser visto recoberto de um belo amarelo vibrante, que alivia o coração. Quando todo o complexo estiver repintado, que alivia o coração. Quando todo o complexo estiver repintado, San Vittore possuirá um aspecto mais digno, menos pesado e angustiante que o anterior”. E lá dentro? Nas celas ainda se usam baldes como sanitários, mas, enquanto isso, o muro amarelo vibrante nos “alivia o coração”.

Os exemplos poderiam continuar infinitamente, abrangendo todas as instituições sobre as quais nossa sociedade se organiza. Mas o que aproxima as situações-limite relacionadas é a violência exercida por quem está com a faca na mão sobre quem se vê irremediavelmente subjulgado. Família, escola, fábrica, universidade e hospital são instituições baseadas em uma divisão nítida dos papéis, isto é, na *divisão do trabalho*: seja em servo e senhor, professor e aluno, empregador e trabalhador, médico e doente ou organizador e organizado. Isto significa que o que caracteriza as instituições é a clara divisão entre quem dispõe e quem não dispõe do poder, de onde se pode deduzir que a subdivisão dos papéis representa a relação de abuso e violência entre poder e não-poder, a que se transforma na exclusão do não-poder por parte do poder: a violência e a exclusão estão na base de qualquer relação que se instaure em nossa sociedade.

Contudo, os graus em que essa violência é administrada variam segundo a necessidade do detentor do poder no sentido de velá-la e

² No original, *strozzina*, diminutivo de *strozza*, garganta, gasganete, goela (N. da T.).

³ Clepsidra: relógio de água (N. do E.).

mascará-la. Daí nascem as diversas instituições, que vão da família e da escola às prisões e manicômios: a violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequência da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da "culpa" e da "doença", no das outras. Essas instituições podem ser definidas como *as instituições da violência*.

Tal é a história recente (e, em parte, atual) de uma sociedade organizada sobre uma divisão nítida entre quem tem (quem possui, no sentido real, concreto) e quem não tem: dela deriva a subdivisão mistificada entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável. As posições – nessa dimensão – ainda são claras e precisas: a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na chantagem e na ameaça; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental.

Todavia, a sociedade dita do bem-estar e da abundância acaba de descobrir que não pode expor sua face violenta abertamente, para não criar contradições demasiado evidentes em seu seio, que se voltariam contra ela, encontrando, assim, um novo sistema: estender a empreitada do poder aos técnicos, que o administrarão em seu nome e continuarão a criar – mediante formas diversas de violência, como a violência técnica – novos excluídos.

A tarefa dessas figuras intermediárias será, então, mistificar – por meio do tecnicismo – a violência, sem no entanto modificar-lhe a natureza, apenas fazendo com que o objeto de violência se adapte à violência da qual é objeto, sem nunca chegar a tomar consciência disso e, por sua vez, poder tornar-se sujeito de violência real contra aquilo que o violenta. A tarefa dos novos encarregados será a de ampliar as fronteiras da exclusão, descobrindo, tecnicamente, novas formas de desvio, até hoje consideradas dentro da norma.

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo organizacional, o sociólogo industrial (para só citar al-

guns) não passam de novos administradores da violência do poder, visto que – suavizando os atritos, desfazendo as resistências, resolvendo os conflitos provocados pelas instituições – com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, só fazem permitir a perpetuação da violência global. A tarefa deles – definida como terapêutico-orientadora – é a de adaptar os indivíduos a aceitar a própria condição de "objetos de violência", dando como certo que ser objeto de violência é a única realidade a eles concedida, para além das diversas modalidades de adaptação que poderão adotar.

O resultado, portanto, é o mesmo. O perfeccionismo técnico-especialista faz com que se aceite a inferioridade social do excluído, assim como consequência fazê-lo – de maneira menos insidiosa e refinada – a definição da diversidade biológica, a qual, por outro caminho, também sancionava a inferioridade moral e social do diferente: ambos os sistemas tendem a reduzir o conflito entre o excluído e o excludente, confirmando cientificamente a inferioridade original do excluído diante de quem o exclui. Nesse sentido, o ato terapêutico se revela uma reedição – revista e corrigida – da mesma ação discriminatória perpetrada outrora por uma ciência que, para defender-se, criou a "norma" – esta norma que, mesmo quando superada, impõe a sanção por ela mesma prevista.

Deste modo, o único ato possível para o psiquiatra consiste em esquivar-se de soluções fictícias, fazendo com que se tome consciência da situação global na qual vivem tanto os excluídos quanto aqueles que excluem. A ambiguidade da nossa figura de "terapeutas" subsistirá enquanto não nos dermos conta do papel que nos é solicitado. Se o ato terapêutico coincide com o impedimento que a tomada da consciência do doente quanto à sua condição de excluído se desloque da esfera persecutória particular (família, vizinhos, hospital) para uma compreensão global (tomada de consciência de ser excluído por uma sociedade que não o quer), então só nos resta

rejeita-lo caso este limite-se a mitigar as reações do excluído diante de quem o exclui. Para tanto, porém, é preciso que nós, que exercemos o poder e a violência, nos conscientizemos de que somos também excluídos, no exato momento em que somos objetificados em nosso papel de excludentes.

Quando exercemos o poder (os concursos para uma cátedra, a direção de setores hospitalares, a conquista de uma seleta clientela particular), submetemo-nos ao exame do *establishment*, o qual espera que estejamos em condições de cumprir – tecnicamente – nossa tarefa, sem abalos nem desvios da norma: quer que lhe asseguremos nosso apoio e nossa técnica para sua defesa e tutela. Na aceitação do nosso mandato social, portanto, nos comprometemos com uma ação terapêutica que não passa de um ato de violência contra o excluído, que nos é confiado para que controlemos tecnicamente suas reações diante do excludente. Achar dentro de uma instituição da violência (mais ou menos mascarada), significa recusar o seu mandato social, dialetrizando no campo prático esta negação: negar o ato terapêutico como prática de violência mistificada, aliando nossa tomada de consciência sobre o fato de sermos simples empregueiros da violência (e, desta forma, excluídos) à tomada de consciência dos excluídos – a qual devemos estimular – sobre sua exclusão, evitando qualquer esforço no sentido de adaptá-los a essa exclusão.

A negação de um sistema é a resultante de uma reviravolta, da produção de uma crise no campo no qual atuamos. É este o caso da crise do sistema psiquiátrico, como sistema científico e ao mesmo tempo institucional, que é subvertido e posto em discussão pela tomada de consciência quanto ao significado do campo específico, particular, no qual se opera. Isto significa que o encontro com a realidade institucional tem evidenciado elementos – em nítida contradição com as teorias científicas – que remetem a mecanismos estranhos à doença e ao respectivo tratamento. Isto não pode deixar

de pôr em crise as teorias científicas sobre o conceito de doença, bem como as instituições sobre as quais elas baseiam suas ações terapêuticas, levando-nos à compreensão desses “mecanismos estranhos” cujas raízes estão no sistema sócio-político-econômico que os determina.

A absorção do doente no *corpus* médico foi, por parte da ciência, lenta e laboriosa. Em medicina, o encontro entre médico e paciente se efetua no próprio corpo do doente, que é considerado objeto de investigação em sua materialidade e objetualidade suas. Porém, quando se transfere o discurso para o plano do encontro psiquiátrico, o processo deixa de ser tão simples, trazendo consigo novas consequências. Se o encontro com o doente mental se efetua no corpo, só é possível efetua-lo num corpo presumivelmente doente, operando-se uma ação objetificante de caráter pré-reflexivo, da qual se deduz a natureza da abordagem a estabelecer: nesse caso, impõe-se ao doente o papel objetivo sobre o qual virá a basear-se a instituição que o tutela. Assim, o tipo de abordagem objetificante acaba influenciando o conceito que o doente faz de si, conduzindo-o – por meio de tal processo – a só poder vivenciar-se como corpo doente, exatamente como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição que trata dele.

Em suma, a ciência nos disse, de um lado, que o doente mental devia ser considerado o resultado de uma alteração biológica, não bem identificada, diante da qual nada havia a fazer, a não ser aceitar com resignação sua diversidade diante da norma: daí a ação exclusivamente de custódia por parte das instituições psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina que, confrontada com a doença mental, limitou-se a defini-la, catalogá-la e geri-la de algum modo. Por outro lado, as próprias teorias psicodinâmicas, embora tenham buscado encontrar o sentido do sintoma através da investigação do inconsciente, mantiveram o caráter objetual do pa-

ciente, ainda que mediante um tipo diferente de objetivação: isto é, objetificando-o não mais como corpo, mas como pessoa. De igual modo, a subsequente contribuição do pensamento fenomenológico não conseguiu – apesar de sua desesperada busca da subjetividade do homem – tirá-lo do terreno da objetivação em que ele se encontra lançado: o homem e sua objetividade ainda são considerados como um dado, sobre o qual não há possibilidade de intervenção, além de uma compreensão genérica.

São estas as interpretações científicas sobre o problema da doença mental. Mas o que foi feito do doente real só pode ser visto dentro dos nossos manicômios, onde nem as denúncias dos complexos de Édipo nem as atestações do nosso estar-com-no-mundo-da-ameaça serviram para tirá-lo da passividade e objetividade de sua condição. Se essas “técnicas” tivessem entrado verdadeiramente nas organizações hospitalares, e se deixado confrontar e contestar pela realidade do doente mental, deveriam – por coeência – ter-se transformado até que se dilatassem e impregnassem cada ato da vida institucional. O que minaria inevitavelmente a estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica sobre a qual repousa e instituição psiquiátrica. Mas o poder subversivo desses métodos de abordagem permanece restrito a uma estrutura psicopatológica que, em vez de pôr em discussão a objetivação que é feita do doente, continua a analisar os vários modos de objetividade: ou seja, eles se mantêm dentro do sistema, que aceita cada contradição como um dado inalienável. A única alternativa teria sido sobrepor – como se fez, em certos casos – às outras terapias (biológicas, farmacológicas) a psicoterapia individual ou de grupo, cuja ação, ainda assim, seria negada pelo caráter de custódia do hospital tradicional, ou pela orientação paternalista do hospital fundamentado em bases apenas humanitárias. Assinalada essa impenetrabilidade estrutural das instituições psiquiátricas a qualquer tipo de intervenção que ultrapasse

sua finalidade de custódia, não podemos deixar de reconhecer que, até agora, a única possibilidade de uma abordagem e de uma relação terapêutica só é concedida na maioria das vezes, ao doente mental livre, ou seja, àquele que não é submetido à internação forçada, e para quem a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, estreitamente vinculada ao seu poder contratual. Neste caso, a função integrante do ato terapêutico é evidente, na recomposição das estruturas e dos papéis que, embora já em crise, ainda não foram rompidos definitivamente pelo asilo.

A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) resulta, portanto, estreitamente vinculada e dependente de um sistema em que toda relação é rigidamente determinada pelas leis econômicas. Isto significa que não é tanto a ideologia médica que estabelece ou induz uma ou outra abordagem, mas sobretudo o sistema socio-econômico, que determina suas modalidades em diversos níveis.

Se a examinarmos bem, a doença, como uma condição comum, adquire significados concretamente distintos segundo o nível econômico e social de quem está doente.

Isto não significa a inexistência da doença, mas destaca-se um fato real que deve ser levado em conta, sempre que nos pusermos em contato com o doente mental dos asilos psiquiátricos: as consequências da doença mental variam de acordo com o tipo de abordagem que com ela se estabelece. Tais “consequências” (e refiro-me ao nível de destruição e de institucionalização do internado nos manicômios públicos) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e por conseguinte a sociedade que ele representa, instaura com o paciente:

1) A relação de tipo aristocrático, na qual o paciente tem um poder contratual a opor ao poder técnico do médico. Neste caso,

ela se mantém num plano de reciprocidade no nível dos papéis, na medida em que se efetua entre o papel do médico (alimentado pelo mito do poder técnico) e o papel social do doente, o qual vem a constituir sua única garantia de controle sobre o ato terapêutico de que é objeto. Na medida em que identifica o médico como o depositário de um poder técnico, o doente dito livre exerce simultaneamente o papel de depositário de um outro tipo de poder: o econômico, que o médico projeta nele. Embora se trate de um encontro de poderes, mais que de homens, o doente não permanece passivo diante do poder do médico, pelo menos enquanto seu valor social corresponder a um valor econômico efetivo, o qual, uma vez exaurido, põe fim ao poder contratual, e o paciente se verá iniciando concretamente a "carreira do doente mental", no lugar onde seu papel social não terá mais peso nem valor.

2) A relação de tipo "mutualístico", em que se assiste a uma redução do poder técnico e a um aumento do poder arbitrário, diante de um "mutualista" que nem sempre tem consciência da própria força. Aqui, a reciprocidade da relação já está atenuada, só reapresentando-se concretamente nos casos em que houver uma tomada de consciência, por parte do paciente, da sua própria posição social e dos seus próprios direitos diante de uma instituição que deveria ser criada para tutelá-los. Assim, neste caso, a reciprocidade só existe na presença de um notável grau de maturidade e de consciência de classe por parte do paciente; ao passo que o médico, freqüentemente, conserva a possibilidade de determinar a relação como melhor lhe convier, reservando a decisão de voltar ao terreno do poder técnico para o momento em que sua ação arbitrária for contestada.

3) A relação institucional, em que aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (já não é nem necessário que seja poder técnico), justo porque diminui vertiginosamente o do doente, o qual,

pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, torna-se automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidade de apelação. Na dimensão institucional, a reciprocidade não existe, nem sua ausência é de algum modo mascarada. É aqui que se vê - sem véus e sem hipocrisia - o que a ciência psiquiátrica, como expressão da sociedade que faz dela sua delegatária, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia como não é tanto a doença que está em jogo, mas sim a ausência de valor contratual de um doente, ao qual não resta outra alternativa para opor além do comportamento anormal.

Esse esboço de análise dos diferentes modos de encarar e de vivenciar a doença mental, da qual só conhecemos por enquanto esta face neste contexto, evidencia que o problema não é tanto a doença em si (o que ela é, qual a causa, qual o prognóstico), mas somente o tipo de relação que vem a instaurar-se com o doente. A doença, como entidade mórbida, exerce um papel puramente acessório, dado que, embora seja o denominador comum às três situações sugeridas, assume - no último caso, sempre; no segundo, com freqüência - um significado estigmatizante que confirma a perda do valor social do indivíduo, já implícita no modo pelo qual sua doença tinha sido vivenciada anteriormente.

Então, se não é a doença o elemento determinante da condição do doente mental, do modo como aparece nos nossos asilos psiquiátricos, devemos agora examinar os elementos que, embora estranhos a ela, exercem um papel muito importante.

Analisando a situação do internado em um hospital psiquiátrico (que insistimos em considerar o único doente estigmatizado fora da doença e, portanto, o único de quem pretendemos nos ocupar aqui), podemos começar dizendo que ele aparece, antes de tudo, como um homem sem direitos, sujeito ao poder da instituição, e portanto

à mercê dos delegatários da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu. Já se viu que sua exclusão ou expulsão da sociedade está, porém, mais estreitamente ligada à sua falta de poder contratual (à sua condição social e econômica) do que à doença em si. Qual pode ser o valor técnico, científico, do diagnóstico clínico com o qual ele foi definido no momento da internação? Pode-se falar de um diagnóstico clínico objetivo, ligado a dados científicos concretos? Ou trata-se, em vez disto, de um simples rótulo que oculta, e não muito bem, sob a aparência de uma avaliação técnica especializada, seu mais profundo significado discriminatório? Um esquizofrênico abastado, internado numa clínica particular, terá um prognóstico diferente daquele do esquizofrênico pobre, recolhido por uma guia de internação a um hospital psiquiátrico. O que caracterizará a situação do primeiro não será apenas o fato de ele não ser automaticamente rotulado como um doente mental "perigoso para si e para os outros, e escandaloso em público", mas sim o tipo de internação de que se beneficia irá salvaguardá-lo de ser descontextualizado, separado da própria realidade. A internação "particular" nem sempre interrompe o *continuum* da existência do doente, e tampouco reduz ou extingue de modo irreversível seu papel social. Por isso, superado o período crítico, para ele será fácil reinserir-se na sociedade. O poder descontextualizante, destrutivo e institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, só atua sobre aqueles que não têm outra alternativa além do hospital psiquiátrico.

A luz do que foi exposto, será possível continuar a pensar que o número dos internados nos institutos psiquiátricos corresponde aos doentes mentais de todas as camadas de nossa sociedade e que, portanto, somente a doença é que os reduz ao grau de objetivação em que eles se encontram? Ou, em vez disso, não seria mais justo considerar que esses doentes – justamente porque sócio-economicamente insignificantes – são objeto de uma violência original (a

violência do nosso sistema social) que os empurra para fora da produção, para a margem da vida associativa, até encerrá-los nos muros do hospital? Não são eles, em suma, o refúgio, os elementos de transtorno da nossa sociedade, que não quer reconhecer-se nas próprias contradições? Não se trata simplesmente daqueles que, partindo de uma posição desfavorável, já estão perdidos de início? Como poderemos continuar justificando nossa relação excludente diante desses internados, dos quais foi demasiado fácil definir cada ato e cada reação em termos de doença?

O diagnóstico já assumiu o valor de um etiquetamento que codifica uma dada passividade como irreversível. Mas essa passividade pode ser de natureza diversa, e não só, ou nem sempre, enfermã. No momento em que ela é considerada somente em termos de doença é que se confirma a necessidade de sua separação e exclusão, sem que a mínima dúvida intervenha para reconhecer no diagnóstico um significado discriminatório. Desta forma, a exclusão do doente para fora do mundo dos são s livra a sociedade dos seus elementos críticos e, ao mesmo tempo, confirma e sanciona a validade do conceito de norma por ela estabelecido. A partir destas premissas, a relação entre o doente e quem cuida dele só pode ser objetiva, pois a comunicação entre um e outro só ocorre através do filtro de uma definição, de um rótulo que não abre possibilidade de apelação.

Esse modo de abordar a questão exige aos nossos olhos o avesso de uma realidade, em que o problema já não é a doença em si, mas sobretudo a relação que com ela se estabelece. Mas nessa relação estão envolvidos, como partes em causa, tanto o doente com sua doença quanto o médico e, por conseguinte, a sociedade, que a julga e a define: a objetivação não é a condição objetiva do doente, mas reside dentro da relação entre doente e terapeuta, e portanto dentro da relação entre o doente e a sociedade, que delega o trata-

mento e a tutela do doente ao médico. Isto significa que é o médico quem precisa de uma objetividade sobre a qual possa afirmar a própria subjetividade; assim como é nossa sociedade que necessita de áreas de compensação onde possa relegar e esconder as próprias contradições. A recusa da condição desumana em que se encontra o doente mental, a recusa do nível de objetivação em que ele foi deixado não podem deixar de apresentar-se estreitamente ligadas à produção de uma crise no psiquiatra, na ciência à qual está referido e na sociedade que ele representa. O psiquiatra, a ciência e a sociedade praticamente se defenderam do doente mental e do problema de sua presença entre nós: diante de um doente já violentado pela família, pelo local de trabalho, pela carência, nós éramos os detentores do poder, e nossa defesa transformou-se inevitavelmente numa ofensa desmedida, encobrindo a violência que continuamos a usar para com ele sob o véu hipócrita da necessidade e da terapia.

Ora, de que tipo pode ser a relação com esses doentes, depois de registrarmos o que Goffman⁴ define como a “série de contingências de carreira” estranhas à doença? Na realidade, a relação terapêutica não age como uma nova violência, como uma relação política que vise à integração, no momento em que o psiquiatra – como delegatário da sociedade – tem o mandato de tratar dos doentes mediante atos terapêuticos cujo único significado é o de ajudá-los a adaptar-se à sua condição de “objetos de violência”? Isto não significa que o psiquiatra confirma, aos olhos do doente, que ser objeto de violência é a única realidade a ele concedida, para além das diversas modalidades de adaptação que ele poderá adotar?

Se, na aceitação do nosso papel, acatamos esse mandato de modo submisso, não somos nós mesmos objeto da violência do poder, que nos impõe agir na direção por ele determinada? Nesse sentido,

4 E. Goffman, *Asylums*, Nova York, Anchor Books, Doubleday, 1961.

nossa ação atual tem de ser uma negação que, nascida como reviravolta institucional e científica, conduz à recusa do ato terapêutico como resolutivo de conflitos sociais, que não podem ser superados mediante a adaptação de quem os sofre. Os primeiros passos dessa reviravolta efeturaram-se, portanto, por meio da proposta de uma nova dimensão institucional que definimos, no início, como uma comunidade terapêutica, tomando por modelo a anglo-saxônica.

De fato, pode-se dizer que as primeiras experiências psiquiátricas de caráter comunitário remontam a 1942, na Inglaterra, onde o pragmatismo anglo-saxônico, desvinculado do pensamento quase sempre ideológico dos países continentais de influência alemã, conseguiu libertar-se da visão esclerosada do doente mental como entidade irrecuperável, mediante a ênfase no problema da institucionalização, causa primeira da falência psiquiátrica asilar. As experiências de Main e as subsequentes de Maxwell Jones foram, de fato, os primeiros passos daquela que viria a tornar-se a nova psiquiatria institucional comunitária, baseada em pressupostos de caráter predominantemente sociológicos.

Simultaneamente, iniciava-se na França um forte movimento institucional psiquiátrico encabeçado por Tosquelles. Exilado antifranquista da guerra civil espanhola, Tosquelles entrara como enfermeiro para o Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, pequena região do maciço central francês, onde – depois de diplomar-se outra vez, agora em medicina – obtivera a direção do asilo. Também aqui, um pequeno hospital – e não um centro de estudos, nem um novo instituto de pesquisas psiquiátricas – é o terreno onde nascem, na prática e no plano da necessidade, uma nova linguagem e uma nova dimensão psiquiátrica institucional, baseadas em pressupostos psicanalíticos.

As duas tendências, que no plano teórico tinham pontos de partida diferentes, revelam na prática a validade de suas posturas na derrubada comum de uma ideologia, já cristalizada na contempla-

ção e na dissertação sobre a doença como entidade abstrata, nitidamente separada do doente na instituição psiquiátrica.

Já os países de língua alemã, ligados à rígida ideologia teutônica, estão tentando até hoje resolver o problema dos asilos psiquiátricos a partir de cima, com a edificação de estruturas aperfeiçoadas, nas quais a atitude custodialista continua a dominar. Basta citar o exemplo de Gütersloh, o hospital de Herman Simon, atualmente dirigido por Winkler, onde não se assiste a outra coisa que ao aperfeiçoamento técnico da ideologia ergoterápica de Simon. A própria psiquiatria social, agora no auge, não é aqui expressão da tomada de consciência quanto à falência da psiquiatria asilar (com a conseqüente tomada de consciência sobre a objetificação do doente em nível institucional e científico), mas sobretudo fruto de uma necessidade de atualização intelectual que não pode levar a outra coisa senão à edificação de institutos de psiquiatria social, como o que surgirá – nova Brasília da psiquiatria alemã – em Mogúncia, sob a direção de Häfner.

Também na Itália, onde a cultura psiquiátrica oficial sofreu principalmente a influência do pensamento alemão, a situação institucional moveu-se lentamente, com anos de atraso em relação à inglesa e à francesa. Assim, tanto a experiência de tipo setorial, de nítida inspiração francesa,⁵ quanto a comunitária, de que estamos tratando aqui,

5 A organização de tipo setorial – predominantemente orientada e projetada para fora – traz em si a vantagem de uma ação profilática mais capilar e oportuna. Sobre isso, porém, resta dizer que, se ela não for acompanhada da simultânea destruição do hospital psiquiátrico como espaço fechado, forçado e institucionalizante, sua ação ficará comprometida pela existência do manicomio, o qual continuará a agir com força ameaçadora, da qual o doente deve simplesmente fugir para salvar-se.

A ação profilática de um serviço de higiene mental eficiente seria capaz, é claro, de sustar a entrada para o hospital de um grande número de doentes, evitando o perigo de uma hospitalização, com os riscos que ela comporta no atual estado dos nossos hospitais psiquiátricos. Mas não se pode negar que o princípio da profilaxia psiquiátrica externa continua a mover-se no clima institucionalizante do medo do asilo: este será o passo extremo a que

tinham precedentes aos quais se remeter. No caso da nossa experiência, todavia, sentia-se urgentemente a necessidade de intervenções que se adequassem à realidade sobre a qual se agia, que não se reduzissem à adaptação de modelos já codificados, aplicáveis a qualquer situação. Por isso, a escolha do modelo anglo-saxônico da comunidade terapêutica pretendia ser a escolha de um ponto de referência genérico, que pudesse justificar os primeiros passos de uma ação de negação da realidade manicomial. Esta, porém, passava inevitavelmente pela negação de quaisquer classificações nosográficas, cujas subdivisões e elaborações mostravam-se ideológicas quanto à condição real do doente. Portanto, a referência ao modelo anglo-saxônico foi válida até o momento em que o campo de ação foi-se transformando e a realidade institucional mudou de face.

Nos passos subseqüentes, a definição de comunidade terapêutica para a nossa instituição revelou-se ambígua, porque podia, como pode até agora, ser entendida como a proposta de um modelo resolutivo (o momento positivo de uma negação, que se propõe como definitivo) o qual, quando aceito e englobado no sistema, perdesse sua função contestadora. Seja como for, seguindo passo a passo as várias fases evolutivas dessa nossa reviravolta institucional, ficará mais clara a necessidade de um contínuo rompimento das linhas de ação que, inseridas no sistema, justamente por esta inserção devem ser paulatinamente negadas e destruídas.

Nossa comunidade terapêutica, portanto, mais que como produto, nasceu como recusa a uma situação dada. O primeiro contato

as pessoas serão obrigadas, se os outros meios não tiverem conseguido, anteriormente, resolver o caso. Nem mesmo a criação de estruturas como os chamados "setores abertos" nos hospitais psiquiátricos resolveria o problema, no sentido de que, também na sede hospitalar, subsistiria o privilégio dos afortunados ali internados por encaminhamentos mutualísticos recomendados, contraposto aos "setores fechados" nos quais continuariam a ser imersos e carimbados os "internados por guia".

com a realidade manicomial logo evidenciou as forças em jogo: o internado, em vez de aparecer como um doente, surge como o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, porque toda ação contestadora foi definida dentro dos limites da doença. O nível de degradação, objetivação e aniquilação total em que ele se apresenta não é a expressão pura de um estado mórbido, mas sobretudo o produto da ação destrutiva de uma instituição cuja finalidade era a salvaguarda dos sãois diante da loucura. Todavia, desbastado o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele ainda é objeto de uma violência que a sociedade usou e continua a usar em seu caso, na medida em que – antes de ser um doente mental – é um homem sem poder social, econômico, contratual: uma simples presença negativa, reduzida a ser aproblemática e contraditória, para mascarar a contradição da nossa sociedade.

Em tal situação, como dedicar-se à doença enquanto um dado? Onde reconhecê-la, onde identificá-la, senão num outro lugar que ainda não nos é possível tocar? Podemos ignorar a natureza da doença que nos separa do doente, imputando sua causa somente à doença? Ou não deveríamos antes remover, uma a uma, as crostas da objetivação, para ver o que resta?

Portanto, se o primeiro momento dessa ação reversiva pode ser emotivo (no sentido de que se recusa a considerar o doente um não-homem), o segundo não pode deixar de ser a tomada de consciência sobre seu caráter político, no sentido de que cada ação desenvolvida perante o doente continua a oscilar entre a aceitação passiva e a recusa à violência, na qual nosso sistema sócio-político se baseia. O ato terapêutico revela-se um ato político de integração sempre que tende a recompor, num nível regressivo, uma crise já em curso; ou seja, a recompor a crise fazendo-a retroceder à aceitação daquilo que a provocou.

Assim nasceu, no terreno prático, um processo de liberação que, partindo de uma realidade violenta e altamente repressiva, tentou o caminho da reviravolta institucional. Revendo agora os passos graduais desse processo – mediante a apresentação de trechos de trabalhos, cronologicamente organizados, sobre a elaboração conceitual da prática em andamento – talvez fique mais fácil esclarecer o significado dessa ação, que não quer se apresentar como um modelo resolutivo, cujos resultados se limitariam a confirmar o sistema.

Em 1925, um manifesto de artistas franceses que se assinavam “*la révolution surréaliste*”, dirigido aos diretores dos manicômios, terminava assim: “Amanhã de manhã, na hora da visita, quando, sem nenhum dicionário, tentarem se comunicar com esses homens, queiram lembrar e reconhecer que, diante deles, os senhores têm uma única superioridade: a força”.

Quarenta anos depois – amarrados, como grande parte dos países europeus, a uma lei antiga, ainda indecisa entre assistência e segurança, piedade e medo – a situação não mudou muito: limites forçados, burocracia, autoritarismo regem a vida dos internados, em nome dos quais Pinel já reclamara clamorosamente o direito à liberdade... De fato, somente hoje o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual até agora ele mesmo o privava. A necessidade de um regime, de um sistema, na complexa organização do espaço fechado em que o doente mental foi isolado durante séculos, requereria do médico o simples papel de vigilante, de tutor interno, de moderador dos excessos a que a doença podia levar: o valor do sistema superava o do objeto dos seus cuidados. Mas, hoje, o psiquiatra se dá conta de que os primeiros passos em direção à “abertura” do manicômio produzem no doente uma transformação gradativa do seu situar-se, da sua relação com a doença e com o mundo, da sua

perspectiva das coisas, restringida e diminuída não só pela condição mórbida, mas também pela longa hospitalização. A partir do momento em que transpõe os muros do internato, o doente entra numa nova dimensão de vazio emocional ... ou seja, vê-se introduzido num espaço que, originariamente nascido para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratar dele, na prática aparece como um lugar paradoxalmente construído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como lugar de sua total objetivação...

Contudo, graças à realização dessas primeiras etapas com vistas à transformação do manicômio num hospital de tratamento, o doente já não se apresenta mais como um homem intimidado pela força e pela autoridade de quem o tutela, resignado e dócil às nossas vontades. Apresenta-se, isto sim, como um doente que, tornado objeto pela doença, não mais aceita ser objetificado pelo olhar do médico que o mantém à distância. A agressividade que, de vez em quando – como expressão da doença mas, sobretudo, da institucionalização –, rompia o estado de apatia e de desinteresse cede a vez, em muitos pacientes, a uma nova agressividade protada da sensação obscura, por trás de seus delírios particulares, de estar sendo “injustamente” considerados não-homens somente porque se encontram “no manicômio”.

É nesse momento que o internado, com uma agressividade que transcende assim sua própria doença, descobre seu direito de viver uma vida humana.

Ora, para que o manicômio, depois da gradual destruição de suas estruturas alienantes, não seja levado a decair para a condição de um ameno asilo de servos agradecidos, o único ponto sobre o qual parece ser possível agir é a agressividade individual. Sobre essa agressividade, que é o que nós psiquiatras buscamos para uma ligação autêntica com o paciente, poderemos alicercar uma relação de tensão recíproca, a única a ter condições – atualmente – de romper

os vínculos de autoridade e de paternalismo, causas, até há pouco tempo, da institucionalização (agosto de 1964).

...A situação diante da qual nos vimos em nossa unidade⁶ apresentava-se altamente institucionalizada em todos os seus setores: doentes, enfermeiros, médicos... Buscou-se então provocar uma situação de ruptura que pudesse levar os três pólos da vida hospitalar a saírem de seus papéis cristalizados, colocando-os num jogo de tensão e contratensão pelo qual todos se veriam envolvidos e responsáveis. Significava entrar no “risco”, o qual só podia pôr no mesmo nível médicos e doentes, doentes e *staff*, unidos na mesma causa, voltados para um objetivo comum. Sobre essa tensão deviam apoiar-se as bases da nova estrutura a se edificar: se aliviada essa tensão, tudo voltaria à situação institucionalizada anterior... Desta forma, a nova organização interna começaria a desenvolver-se a partir da base, e não do vértice, no sentido de que, em vez de apresentar-se como um esquema ao qual a vida comunitária devia aderir, seria a própria vida comunitária que criaria uma ordem nascida das suas exigências e das suas necessidades: a organização, em vez de basear-se numa regra imposta do alto, iria tornar-se ela mesma um ato terapêutico...

Todavia, se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, em níveis de resistência ao choque vindo de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave só pode ser encontrada levando em conta os aspectos sócio-econômicos da questão, de modo a permitir também a gradual reinserção dos elementos que não resistiram ao esforço, que não aguentaram o jogo. Qualquer tentativa que se possa realizar na abordagem desse problema irá limitar-se a demonstrar que semelhante passo é possível, mas fica-

⁶ Hospital Psiquiátrico de Gorizia (N. do E.).

rá inevitavelmente isolado e, portanto, privado do mínimo significado social, se a ele não se unir um movimento estrutural de base que leve em conta aquilo que acontece quando um doente mental tem sua alta, o trabalho que ele não consegue realizar, o ambiente que o repele, as circunstâncias que, em vez de ajudá-lo a reinserir-se, empurram-no aos poucos para dentro dos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma da lei psiquiátrica atual significa querer enfrentar não só novos sistemas e regras sobre os quais se funde a nova organização, mas sobretudo os problemas de caráter social que a ela se ligam (março de 1965).

...Analisando agora quais forças podem ter agido tão profundamente sobre o doente, a ponto de aniquilá-lo, reconhecemos que somente uma é capaz de provocar semelhantes danos: a autoridade. Uma organização baseada unicamente no princípio de autoridade, e cujo objetivo principal consiste na ordem e na eficiência, tem de escolher entre a liberdade do doente (e, portanto, a resistência que este lhe pode opor) e o bom andamento do asilo. Sempre se escolheu a eficiência, e em seu nome o doente foi sacrificado... Mas depois que os fármacos, com sua ação, evidenciaram concretamente para o psiquiatra que ele não estava diante de uma doença, mas de um homem doente, não se pode continuar considerando esse homem somente como um elemento de quem a sociedade deve ser protegida. Essa sociedade tenderá sempre a defender-se daquilo que lhe dá medo e a impor seu sistema de restrições e limites às organizações encarregadas de tratar dos doentes mentais. Mas o psiquiatra não pode continuar assistindo à destruição do doente que lhe foi confiado, transformado em objeto, reduzido a coisa por uma organização que, em vez de buscar o diálogo com ele, continua a falar consigo mesma...

Assim, para que ocorra a reabilitação do institucionalizado que vegeta em nossos asilos, será mais importante nos esforçarmos – antes de construir ao seu redor um novo espaço acolhedor, huma-

no, do qual ele também precisa – para despertar-lhe um sentimento de oposição ao poder que até aquele momento o determinou e institucionalizou. Com a emergência desse sentimento, o vazio emocional em que o doente viveu durante anos voltará a ser preenchido pelas forças pessoais de reação, de conflito, e pela agressividade sobre a qual – e apenas sobre ela – será possível que se apoie para a sua reabilitação.

Vemo-nos, então, diante da necessidade de uma organização e da impossibilidade de concretizá-la; diante da premência de formular um esboço de sistema ao qual se possa referir, para logo o transcender e destruir; diante do desejo de provocar os acontecimentos a partir de cima e da necessidade de esperar que eles se elaborem e se desenvolvam a partir da base; diante da busca de um novo tipo de relação entre doente, médico, *staff* e sociedade, na qual o papel protetor do hospital seja dividido com equanimidade entre todos...; diante da necessidade de manter o nível de conflito apropriado para estimular, em vez de reprimir, a agressividade, as forças individuais de reação de cada doente (junho de 1965).

Porém, a constituição de um complexo hospitalar regido comunitariamente e baseado em premissas que tendam à destruição do princípio de autoridade coloca-nos em uma situação que se afasta do plano de realidade que sustenta a sociedade atual. É por isso que um tal estado de tensão só pode ser mantido por uma tomada de posição radical por parte do psiquiatra, que ultrapasse seu papel e se concretize numa ação de desmantelamento da hierarquia de valores sobre os quais se baseia a psiquiatria tradicional. Isso, todavia, exige de nós que abandonemos nossos papéis para nos arriscarmos pessoalmente, para tentar o esboço de alguma coisa que, embora já traga em si os germes dos erros futuros, nos ajude por enquanto a romper essa situação cristalizada, sem esperar que somente as leis venham a sancionar nossas ações.

A comunidade terapêutica, assim entendida – baseada, como é, em pressupostos que tendem a destruir o princípio de autoridade, na tentativa de programar uma condição comunitariamente terapêutica – não pode deixar de opor-se à realidade social na qual vivemos, porque situa-se em nítida antítese com os princípios fundantes de uma sociedade já identificada com as regras que a conduzem, independente de qualquer possível intervenção individual, para um ritmo de vida anônimo, impessoal, conformista (fevereiro de 1966).

...Na Itália, contudo, ainda estamos presos a um ceticismo e a uma preguiça que não têm justificação.

A única explicação para tal quadro é de cunho sócio-econômico: nosso sistema social – bem longe de ser um regime econômico de pleno emprego – não pode estar interessado na reabilitação do doente mental, que não teria condições de ser acolhido por uma sociedade na qual não foi plenamente resolvido o problema do trabalho dos seus membros são.

Nesse sentido, qualquer exigência de caráter científico por parte da psiquiatria corre o risco de perder de vista seu significado maior – justamente o vínculo social – se, à sua ação no interior de um sistema hospitalar já gangrenado, não se unir um movimento estrutural de base, que leve em conta todos os problemas de caráter social ligados à assistência psiquiátrica.

Portanto, a adoção da comunidade terapêutica, embora possa ser considerada um passo necessário na evolução do hospital psiquiátrico (necessário sobretudo pela função que teve, e ainda tem, de desmascaramento daquilo que o doente mental era considerado e não é, e pela identificação dos papéis antes inexistentes fora da dimensão de confinamento), não pode ser vista como a meta final a ser buscada, mas sim como uma fase transitória, na espera de que a própria situação evolua de modo a nos fornecer novos elementos de clarificação.

A comunidade terapêutica é um lugar no qual todos (e isso é importante) os seus componentes – doentes, enfermeiros e médicos – estão unidos num esforço total, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde brota a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – dos médicos entre si, entre médicos e enfermeiros, entre enfermeiros e doentes, e entre doentes e médicos – que permite a continuidade de um processo de ruptura com uma situação a qual, de outro modo, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis.

Viver dialeticamente as contradições do real é, portanto, o aspecto terapêutico do nosso trabalho. Se tais contradições – em vez de serem ignoradas ou programaticamente afastadas, na tentativa de criar um mundo ideal – forem enfrentadas dialeticamente; se os abusos de uns sobre os outros e a técnica do bode expiatório forem dialeticamente discutidas – em vez de serem aceitas como inevitáveis – de modo que se possa compreender suas dinâmicas internas, então a comunidade se torna terapêutica. Mas a dialética só existe quando houver mais de uma possibilidade, isto é, uma alternativa. Se o doente não tem alternativas; se sua vida parece, a seus olhos, preestabelecida e organizada de antemão; se sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem possibilidade de escapatória, ele se verá aprisionado no terreno psiquiátrico, assim como se via aprisionado no mundo externo, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Da mesma forma que a realidade que ele não conseguia contestar, a instituição a que não pode opor-se só lhe deixa uma saída: a fuga na produção psicótica, o refúgio no delírio, em que não há nem contradição nem dialética...

Assim, o primeiro passo – causa e, ao mesmo tempo, efeito da passagem da ideologia de custódia para aquela mais propriamente terapêutica – é a mudança das relações interpessoais entre os que atuam naquele campo. Mudança que, com a variação ou a constitui-

ção de motivações válidas, tende a formar novos papéis, que não apresentam mais nenhuma analogia com a situação tradicional precedente. É esse terreno ainda informe, em que cada personagem sai em busca do seu papel, que constitui a base sobre a qual a nova vida terapêutica institucional ganha impulso.

Na situação comunitária, o médico, diariamente controlado e contestado por um paciente que não pode ser afastado nem ignorado – porque está constantemente presente, testemunhando suas necessidades – não tem condições de entrincheirar-se num espaço que definiríamos como asséptico, no qual ignore a problemática que a própria doença lhe propõe. Nem pode resolver o impasse através de uma generosa doação de si, que, mediante seu inevitável transcender-se no papel de apóstolo encarregado de uma missão, estabeleceria um outro tipo de distância e diferenciação, não menos grave e destrutivo que o anterior. Sua única posição viável seria representar um novo papel, constituído e destruído pela necessidade que o doente tem de idealizá-lo (ou seja, de torná-lo forte e protetor) e de negá-lo (para, por sua vez, sentir-se forte); papel em que o preparo técnico lhe permita – além da relação estritamente médica com o paciente, a qual permanece inalterada – acompanhar e compreender as dinâmicas que vêm a determinar-se, de modo a poder atuar, nessa relação, como o pólo dialético, que controla e contesta tanto quanto é controlado e contestado.

Seja como for, a ambigüidade do seu papel subsiste enquanto a sociedade não esclarecer seu mandato, no sentido de que o médico tem um papel preciso que a própria sociedade estabelece para ele: controlar uma organização hospitalar onde o doente mental seja tutelado e tratado. Viu-se, todavia, como os conceitos de tutela e de tratamento tendem a se negar e a ser mutuamente excludentes: o primeiro, referindo-se às medidas de segurança necessárias para prevenir e conter a periculosidade do doente, enquanto o segundo,

à expansão espontânea e pessoal desse doente. De que maneira o médico pode conciliar essas duas exigências, em si contraditórias, até que a sociedade esclareça para qual dos dois pólos (a custódia ou o tratamento) deseje orientar a assistência psiquiátrica?... (outubro de 1966).

... Toda sociedade cujas estruturas se baseiem apenas em diferenças culturais, de classe e em sistemas competitivos cria dentro de si áreas de compensação às próprias contradições, áreas nas quais pode concretizar a necessidade de negar ou de fixar, numa objetualização, uma parte da própria subjetividade.

O racismo, em todas as suas facetas, é somente a expressão da necessidade dessas áreas de compensação. Da mesma forma, a existência dos manicômios – símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”, equiparando-as ao *apartheid* do negro ou aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos “incompreensível” e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos...

O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela: somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá reabilitar-se do estado de institucionalização a que foi induzido...

Porque foi dentro dos muros do manicômio que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência: no sentido de que, diante do problema do doente mental, ela o resolveu negativamente, excluindo-o do contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humani-

dade. Posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem – seja qual for seu estado mental – objetiva-se gradualmente nas leis do internato, identificando-se com elas. Assim, a construção de uma crosta de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria senão o seu ato extremo de defesa contra o mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: o último recurso pessoal que o doente (assim como o internado) dispõe para defender-se da insuportável experiência de viver conscientemente como excluído.

Mas é somente a partir dessa tomada de consciência de sua posição de excluído, e da parte de responsabilidade que coube à sociedade nessa exclusão, que o vazio emocional em que o doente viveu durante anos será substituído gradualmente por uma carga de agressividade pessoal. Esta se resolverá numa ação de aberta contestação do real, que ele agora recusa, não mais como ato de doença, mas porque se trata realmente de uma realidade que não pode ser vivida por um homem: sua liberdade será então fruto de sua conquista, e não uma dádiva do mais forte... (dezembro de 1966).

...Se, a princípio, o doente sofria a perda da própria identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe construíam uma nova, por meio do tipo de relação objetificante que estabeleciam com ele e dos estereótipos culturais com os quais o rodeavam. Por isso pode-se dizer que o doente mental – confinado numa instituição cuja finalidade terapêutica mostra-se ambígua na obstinação em relacionar-se com um corpo doente – assumiu a instituição como seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe. O doente, que já sofre de uma perda de liberdade (como pode ser interpretada a doença), vê-se aderindo a um novo corpo que é o da instituição, negando qualquer desejo, qualquer ação, qualquer aspiração autônoma que o fariam sentir-se ainda vivo e ainda ele mesmo. Torna-se um corpo vivido na instituição, pela instituição, a ponto

de ser considerado como parte integrante das próprias estruturas físicas desta.

“Antes de sair, foram verificados fechaduras e doentes”. Tais são as frases que se lêem nas anotações deixadas por um turno de enfermeiros ao turno seguinte, a fim de garantir a perfeita ordem do setor. Chaves, fechaduras, barras, doentes, tudo isso faz parte do mobiliário hospitalar pelo qual enfermeiros e médicos são responsáveis, sem que uma diferenciação qualitativa, por menor que seja, distinga uma e outra coisa.

Agora, o doente é apenas um corpo institucionalizado, que se vivencia como objeto e que – às vezes, enquanto não estiver completamente domado – tenta, por meio de *acting-out* aparentemente incompreensíveis, reconquistar as qualificações de um corpo próprio, de um corpo vivido, recusando-se a identificar-se com a instituição.

Pela abordagem antropológica do mundo institucional é possível, assim, dar interpretações diferentes daquelas dadas às modalidades tradicionalmente reconhecidas como próprias do internato psiquiátrico. O doente é obscuro, é desorganizado, comporta-se de modo inconveniente. Essas são manifestações agressivas nas quais ele ainda está buscando, de modo diferente, num mundo diferente (o da provocação, talvez), sair da objetualidade em que se sente encerrado, para testemunhar que existe, seja como for. Mas, dentro de uma instituição, há uma razão psicopatológica para todo acontecimento e uma explicação científica para todo ato. Assim, o doente que não podia ser imediatamente objetivado no momento de sua entrada no hospital, o doente para o qual o médico pudera somente presumir um corpo enfermo, está agora finalmente domado e encerrado numa etiqueta que tem todos os crismas da oficialidade científica. ... É nessa condição que o paciente se vê numa instituição cuja finalidade é a invasão sistemática do espaço, já restringido

nele pela regressão enferma. De fato, a modalidade passiva à qual a instituição o constrange não lhe permite viver os acontecimentos segundo uma dialética interna. Não lhe permite viver, oferecer-se, estar com os outros, tendo – ao mesmo tempo – a possibilidade de salvaguardar-se, defender-se, fechar-se. O corpo do internado tornou-se simplesmente um ponto de passagem: um corpo indefeso, deslocado como um objeto de setor em setor, a quem é impedida – concreta e explicitamente –, mediante a imposição do corpo único, aproblemático e sem contradições da instituição, a possibilidade de reconstruir para si um corpo próprio que consiga dialetizar o mundo... Trata-se, portanto, de uma comunidade acentuadamente antiterapêutica, em sua obstrução por apresentar-se como um enorme invólucro, cheio de tantos corpos que não podem vivenciar-se e que ficam ali, à espera de que alguém se ocupe deles e faça-os viver ao seu modo: na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva, na histeria. Definitivamente coisificados... (março de 1967).

...Se, portanto, a situação asilar revelou a substancial antiterapêuticidade das suas estruturas, uma transformação não acompanhada de um trabalho interno que a ponha em discussão a partir da base será totalmente superficial e aparente. O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não foi uma técnica particular ou um instrumento específico, mas sim toda a organização hospitalar, que – voltada, como é, para a eficiência do sistema – inevitavelmente objetificou aos próprios olhos o doente que devia ser a única finalidade da sua existência. Sobre essa base, é evidente que a introdução de uma nova técnica terapêutica no velho terreno institucional revela-se precipitada, ou mesmo até danosa, no sentido de que, ao ser desnudada pela primeira vez a realidade institucional como um problema a se enfrentar, corre-se o risco de recobri-la rapidamente com um novo traje, que a apresente sob uma luz menos dramática. Também a “socioterapia”, como

expressão da escolha, feita pela psiquiatria, do caminho da integração, ameaça – no momento atual – reduzir-se a um simples acobertamento de problemas, revelando-se – como as roupas do Imperador da fábula de Andersen – uma capa inexistente na realidade, pois que a estrutura que a contém só pode negá-la e destruí-la... (abril de 1967).

...Não podendo mais excluir o doente mental como “problema” tenta-se agora integrá-lo de fato nessa mesma sociedade – com todos os medos e preconceitos que, frente a eles, sempre a caracterizaram – mediante um sistema de instituições que, de algum modo, venha a preservá-la da diversidade que o doente mental continua a representar...

No momento, há dois caminhos a seguir: ou decidimos encará-lo de frente, cessando de projetar nele o mal pelo qual não queremos ser tocados, considerando-o um problema que deve fazer parte da nossa realidade e, portanto, não se pode eludir; ou nos apresentamos – como nossa sociedade já está tentando fazer – em sedar nossa ansiedade erigindo um novo diafragma que aumente a distância recém-preenchida entre nós e eles, e construindo logo um belíssimo hospital. No primeiro caso, porém, o problema não pode manter-se dentro dos limites restritos de uma “ciência” como a psiquiatria, que não conhece o objeto de sua pesquisa, tornando-se assim um problema geral, revestido de um caráter mais especificamente político, o que implica no tipo de relação que a sociedade atual quer ou não estabelecer com uma parte dos seus membros... (janeiro de 1967).

...Todavia, a partir do momento em que discutimos a psiquiatria tradicional, que – ao atribuir um valor metafísico aos parâmetros sobre os quais baseia seu sistema – se revelou inadequada à sua tarefa, corremos o risco de cair num impasse análogo, sempre que mergulharmos na práxis sem manter um nível crítico dentro da própria práxis. Isto significa que, ao querer partir do “doente men-

tal”, do internado em nossas instituições como única realidade, há o perigo de aproximar-se do problema de modo puramente emotivo. Ao inverter o negativo do sistema coercitivo-autoritário do velho manicômio para uma imagem positiva, corre-se o risco de satisfazer nosso sentimento de culpa perante os doentes com um impulso humanitário, capaz apenas de confundir novamente os termos do problema... É por isso que se sente a exigência de uma psiquiatria que deseje constantemente encontrar sua confirmação na realidade, e que na realidade encontre, porém, os elementos de contestação para contestar a si mesma...

Que a psiquiatria asilar reconheça, enfim, haver perdido seu contato com o real, fugindo à confirmação que – através daquela realidade – poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a continuar fazendo “literatura”, elaborando suas teorias ideológicas, enquanto o “doente” se via pagando as consequências dessa fatura – encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação... Mas, para lutar contra os resultados de uma ciência ideológica, é preciso também lutar para mudar o sistema que a sustenta.

Se, de fato, a psiquiatria – mediante a confirmação científica da ininteligibilidade dos sintomas – exerceu sua parte no processo de exclusão do “doente mental”, ela deve ser considerada, ao mesmo tempo, a expressão de um sistema que até agora acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-as de si, recusando-lhes a dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições. Se o doente é a única realidade à qual devemos reportar-nos, convém encarar as duas faces que justamente constituem essa realidade: a de ser ele um doente, com uma problemática psicopatológica (dialética e não-ideológica), e a de ser ele um excluído, um estigmatizado social. Uma comunidade que pretenda ser terapêutica deve levar em conta essa realidade dúptica

– a doença e a estigmatização – a fim de poder reconstruir gradualmente a face do doente como era antes de a sociedade, com seus numerosos atos de exclusão e com a instituição por ela inventada, agir sobre ele com sua força negativa (junho de 1967).

...Na verdade, no campo real da práxis, a relação dita terapêutica libera dinâmicas que – se as examinarmos bem – nada têm a ver com a “doença”, mas que, ainda assim, exercem um papel digno de nota. Refiro-me aqui, em particular, à relação de poder que se instala entre o médico e o doente, relação na qual o diagnóstico de doença é um simples acidente, uma oportunidade para a criação de um jogo de poder-regressão que, em contrapartida, será determinante nos modos de desenvolvimento da própria doença. Quer se trate do “poder institucional”, de caráter quase absoluto, de que o psiquiatra está investido dentro de uma estrutura asilar, quer de um poder dito “terapêutico”, poder “técnico”, poder “carismático” ou poder “fantasmático”, o psiquiatra goza de uma situação privilegiada diante do doente, que, já por si mesma, impõe a reciprocidade do encontro e, assim, a possibilidade de uma relação real. Aliás, o doente, justamente enquanto doente mental, irá adequar-se tanto mais facilmente a esse tipo de relação objetiva e problemática quanto mais quiser evitar a problematidade da realidade a que não sabe fazer frente. Portanto, encontrará, exatamente na relação com o psiquiatra, o aval para sua objetivação e desresponsabilização, mediante um tipo de abordagem que alimentará e cristalizará seu nível de regressão...

O psiquiatra dispõe assim de um poder que, até agora, não lhe serviu para compreender algo mais sobre o doente mental e sua doença, mas que, em vez disso, usou-o para defender-se deles, adotando – como uma das armas principais – a classificação das síndromes e as esquematizações psicopatológicas. É por isso que o diagnóstico psiquiátrico assumiu inevitavelmente o significado de um juízo de

valor e, por conseguinte, de um etiquetamento, visto que – diante da impossibilidade de compreender as contradições da nossa realidade – só resta descarregar a agressividade acumulada sobre o objeto provocador que não se deixa compreender. Isto significa, porém, que o doente foi isolado e posto entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível ocupar-se da definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem temer eventuais e possíveis desmentidos por parte de uma realidade que, dessa maneira, era negada... Portanto, no diagnóstico, o psiquiatra vale-se de um poder, de uma terminologia técnica, para sancionar o que a sociedade já executou, ao excluir de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema. Mas tal sanção não tem o mínimo caráter terapêutico, limitando-se a distinguir entre o que é normal e o que não o é, distinção em que a norma não é um conceito elástico e discutível, mas algo fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual ele é o representante...

O problema atual do psiquiatra, então, é somente um problema de escolha, no sentido de que, mais uma vez, ele se vê na possibilidade de usar os instrumentos à sua disposição para defender-se do doente e da problematidade de sua presença. A tentativa de sedar rapidamente a ansiedade que essa relação real com o doente lhe provoca é constante, e no entanto é justamente ela o sinal da reciprocidade da sua relação...

Portanto, o perigo atual é esse: a psiquiatra entrou numa crise real. Além da fissura produzida por essa crise, agora seria possível começar a entrever o doente mental, despojado das etiquetas que até o momento o submergiram ou o classificaram num papel definitivo. Mas o reformismo psiquiátrico já está pronto a partir para o ataque com uma nova solução, que não pode deixar de ser uma nova etiqueta a superpor-se às velhas estruturas psicológicas. A linguagem é facilmente aprendida e consumida, sem que a palavra

corresponda necessariamente à ação executada ou a executar (maio de 1967).

... Trata-se, então, de crise psiquiátrica ou de crise institucional? Ambas parecem tão estreitamente ligadas que não deixam entrever qual delas é consequência da outra. De fato, ambas apresentam um só denominador comum: o tipo de relação objetiva estabelecida com o doente. A ciência, quando o considera um objeto de estudo desmembrável segundo um número infinito de classificações ou de modalidades; a instituição, quando o considera (em nome da eficiência da organização, ou em nome do etiquetamento que a ciência lhe confirma) um objeto da estrutura hospitalar, à qual ele é obrigado a identificar-se. Não seria necessário – a essa altura – destruir o que foi feito, por temor de ficarmos agarrados a algo que conserve o germe (o vírus psicopatológico) dessa ciência, cujo resultado paradoxal foi a invenção do doente à semelhança dos parâmetros em que ela mesma o definiu? A realidade não pode ser definida a priori: no momento exato em que é definida, desaparece para tornar-se um conceito abstrato.

No momento atual, o perigo é o de se querer resolver o problema do doente mental mediante um aperfeiçoamento técnico...

Neste caso, a psiquiatria não faria senão perpetuar, em organizações equipadíssimas e modernamente edificadas, ou em conceituações perfeitamente lógicas, uma relação que eu chamaria de metálica, de instrumento para instrumento, na qual a reciprocidade continuaria a ser sistematicamente negada.

O que transparece da análise da crise é a absoluta incompreensão, por parte da psiquiatria, da natureza da doença, que – ainda descoberta em sua etiologia – exige intuitivamente um tipo de relação exatamente oposto àquele adotado até agora. O que caracteriza atualmente uma tal relação, em todos os níveis (psiquiatria, família, instituições, sociedade), é a violência (a violência na qual uma soci-

idade repressiva e competitiva se baseia) com que o perturbado mental é atacado e rapidamente descartado. O que é, senão exclusão e violência, o que impede os membros ditos são de uma família a canalizar para o mais fraco a agressividade acumulada pelas frustrações de todos? O que é, senão a violência, a força que leva uma sociedade a afastar e excluir os elementos que não participam do seu jogo? O que é, senão exclusão e violência, a base sobre a qual se apoiam as instituições cujas regras são estabelecidas com o objetivo preciso de destruir o que resta de pessoal no indivíduo, para salvaguardar o bom andamento e a organização geral?...

Analisemos então o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão: se não reconhecermos que esse mundo somos nós, pois somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as disposições e as organizações; se não reconhecermos que fazemos parte do mundo da ameaça e do abuso pelo qual o doente se sente assobrado, não poderemos compreender que a crise do doente é a nossa crise. O doente sofre sobretudo por ser compelido a optar por viver de modo aproblemático e adalético, visto que as contradições e as violências da nossa realidade podem, freqüentemente, ser insuportáveis. A psiquiatra não fez senão acentuar a opção aproblemática do doente, apontando-lhe o único espaço que lhe era permitido: o espaço de uma só dimensão, criado para ele (junho de 1967).

Mas não será a comunidade terapêutica – como organização dada e fixada dentro de novos esquemas, diferentes daqueles da psiquiatra asilar – que garantirá a terapêuticidade de nossas ações. Será, sim, o tipo de relação que vem a instaurar-se em seu interior, que a fará terapêutica, na medida em que conseguir focalizar as dinâmicas de violência e de exclusão presentes na instituição, assim como na sociedade como um todo, criando os pressupostos para uma gradual tomada de consciência dessa violência e dessa exclusão, de modo a

que o doente, o enfermeiro e o médico – na condição de elementos constitutivos da comunidade hospitalar e, ao mesmo tempo, da sociedade global – tenham a possibilidade de enfrentá-las, dialetizá-las e combatê-las, reconhecendo-as como estreitamente ligadas a uma estrutura social específica, e não como um dado definitivo e irremovível. Dentro da instituição psiquiátrica, qualquer investigação científica sobre a doença mental em si só é possível depois de terem sido eliminadas todas as superestruturas que, da violência do asilo, nos remetem à violência da família e à violência da sociedade, assim como de todas as suas instituições (outubro de 1967).

A reconstrução do processo de reviravolta ainda em curso na nossa instituição não pretende descrever uma técnica e um sistema de trabalho mais eficiente ou mais positivo do que algum outro. A realidade de hoje não é a de amanhã e, no momento em que a estabeleçamos, já está desnaturada ou superada. Trata-se, aqui, apenas da elaboração conceitual de uma ação prática, que foi amadurecendo à medida que o sistema de vida concentracional cedia a vez a um modo mais humano de relação entre os componentes da instituição. Os problemas e as maneiras de enfrentá-los foram gradualmente se modificando, graças ao esclarecimento crescente do campo específico no qual se agia e à dilatação desse campo para um terreno mais vasto. Isto é o que nos interessa em nossa ação cotidiana.

Todavia, conforme a praxe – já que a instituição na qual se age é uma instituição terapêutica – habitualmente nos perguntam se a nova condução comunitária é a solução para as instituições psiquiátricas; o que dizem os dados estatísticos sobre os resultados; se, em resumo, curam-se mais doentes. É difícil responder em termos quantitativos, e, embora também nesse sentido possamos relatar dados classicamente positivos, este não nos parece o melhor modo de colocar a questão.

Um olhar genérico sobre os hospitais psiquiátricos pode nos dizer que, grosso modo e em toda parte, a terapia farmacológica deu resultados surpreendentes e ao mesmo tempo desconcertantes. Os fármacos têm uma ação indubitável, cujos resultados foram vistos, em nossos asilos, na redução do número de doentes "associados" ao hospital. Mas - *a posteriori* - é possível começar a ver também de que modo se efetua essa ação, tanto no nível do doente quanto no do médico, dado que eles agem simultaneamente sobre a ansiedade enferma e sobre a ansiedade de quem a trata, evidenciando um quadro paradoxal da situação: o médico, por meio dos fármacos que subministra, seda sua própria ansiedade diante de um doente com quem não sabe relacionar-se nem encontrar uma linguagem comum. Dessa maneira, compensa, numa nova forma de violência, sua incapacidade para manejar uma situação que ainda lhe parece incompreensível, continuando a aplicar a ideologia médica da objetificação, através de um aperfeiçoamento da mesma. Pela ação "sedativa" dos fármacos, o doente ainda continua fixado no papel passivo de doente. A positividade da situação que vem a estabelecer-se encontra-se somente na abertura à relação que agora se revela possível, embora tal possibilidade esteja subordinada ao juízo subjetivo do médico, que pode ou não sentir necessidade dela. Por outro lado, os fármacos agem sobre o doente atenuando a percepção da distância real que o separa do outro; o que o faz presumir uma possibilidade de relação, a qual sem isso lhe seria negada.

Definitivamente, o que se configura alterado pela ação dos fármacos não é a doença, mas a atitude aparente (aparente na medida em que se trata sempre de uma forma de defesa e, assim, de violência) do médico diante dela. De resto, isso confirma o que inicialmente apontamos a respeito de a doença não ser a condição objetiva do doente: o que a faz assumir a face que tem é a relação com o médico, que a codifica, e com a sociedade, que a nega.

O fato de, em 1839 - antes da era farmacológica -, Conolly ter conseguido criar uma comunidade psiquiátrica completamente livre e aberta testemunha o que estamos afirmando aqui. A ação dos fármacos evidenciou aquilo que nós, médicos, mais preocupados com a doença como conceito abstrato do que com o doente real, não havíamos intuído. Bem examinada, ela soa como um desafio ao médico e ao seu ceticismo, para além do qual existe a possibilidade de iniciar um discurso subsequente que pode compreender, ou não, a ação dos fármacos.

Cientes disso, no momento em que nossa ação prática é observada e julgada pelo público diretamente envolvido, vemo-nos diante de uma escolha fundamental: ou enfatizamos nosso método de trabalho, que - mediante uma primeira fase destrutiva - conseguiu construir uma nova realidade institucional, e o propomos como modelo para resolver o problema das instituições psiquiátricas; ou então propomos a negação como única modalidade atualmente possível dentro de um sistema político-econômico que absorve em si qualquer afirmação, como novo instrumento da própria consolidação.

No primeiro caso, é evidente que a conclusão seria apenas uma outra face da mesma realidade que destruímos: a comunidade terapêutica como novo modelo institucional se revelaria um aperfeiçoamento técnico dentro do sistema psiquiátrico tradicional, assim como dentro do sistema sócio-político geral. Se nosso ato de negação foi a de evidenciar o doente mental como um dos excluídos, um dos bo-des expiatórios de um sistema social que tenta negar suas contradições, agora o próprio sistema tende a demonstrar-se compreensivo diante dessa exclusão manifesta: a comunidade terapêutica como ato reparatório, como resolução de conflitos sociais mediante a adaptação dos seus membros à violência da sociedade, pode levar a termo sua tarefa terapêutico-integradora, fazendo o jogo daqueles contra os quais tinha nascido. Depois do primeiro período de clandestinidade,

no qual essa ação podia fugir ao controle e à codificação que a cristalizaria naquilo que devia ser apenas um passo no longo processo de reviravolta radical, a comunidade terapêutica foi agora descoberta como se descobre um novo produto: cura mais, assim como OMO lava mais branco. Nesse caso, não só os doentes, mas também os médicos e os enfermeiros que contribuíram para a realização dessa nova e boa dimensão institucional, iriam ver-se prisioneiros de um cárcere sem grades, edificado por eles mesmos, excluídos da realidade sobre a qual presumiam incidir; à espera de serem reinsertidos e reintegrados no sistema, que se apressa em obter as falhas mais descaradamente evidentes, abrindo outras, mais subterrâneas. A única possibilidade restante é a de conservar o vínculo do doente com sua história – que é sempre história de abusos e de violências – mantendo claro de onde provém a subjugação e a violência.

Por isso, recusamo-nos a propor a comunidade terapêutica como um modelo institucional que seria vivenciado como a proposta de uma nova técnica resolutive de conflitos. O sentido do nosso trabalho só pode continuar a mover-se numa dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que ultrapassam o sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas, o sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência, para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, recusando-se a deixar-se instrumentalizar por aquilo que se deseja negar.

Estamos perfeitamente cômicos do risco que corremos: ser subjugados por uma estrutura social baseada na norma por ela estabelecida, e fora da qual incorre-se nas sanções previstas pelo sistema. Ou nos deixamos reabsorver e integrar, e a comunidade terapêutica se manterá nos limites de uma contestação dentro do sistema psiquiátrico e político sem ferir os valores desse sistema (o que significa precisar recorrer, para sobreviver aos próprios projetos, a uma ideologia psiquiátrico-comunitária como solução para o

problema psiquiátrico parcial e específico); ou continuaremos a minar – agora, por meio da comunidade terapêutica, amanhã por novas formas de contestação e de recusa – a dinâmica do poder como fonte de regressão, doença, exclusão e institucionalização em todos os níveis.

Nossa posição de psiquiatras nos defronta com a necessidade de uma escolha direta: ou aceitamos ser os empreiteiros do poder e da violência (e, nesse caso, toda ação de renovação contida nos limites da norma será entusiasticamente aceita como a solução do problema); ou recusamos essa ambigüidade, tentando (nos limites do possível, já que estamos bem conscientes de participar, nós mesmos, desse poder e dessa violência) enfrentar o problema de maneira radical, exigindo que ele seja englobado num discurso geral que não pode se contentar com soluções parciais, mistificadas.

Fizemos a nossa escolha, que nos obriga a manter-nos ancorados ao doente, como o resultado de uma realidade cujo envolvimento não se pode evitar. Por isso nos obrigamos a contínuas verificações e superações que, demasiado superficialmente, acabam interpretadas como sinais de ceticismo ou de incoerência diante da nossa própria ação. Somente a verificação das contradições da nossa realidade pode salvar-nos de cair na ideologia comunitária, cujos resultados esquemáticos e codificados, para serem destruídos, exigem que esperemos uma nova reviravolta.

Nesse meio tempo, o *establishment* psiquiátrico define – embora não oficialmente – nosso trabalho como destituído de seriedade e de respeitabilidade científica. Tal avaliação só pode lisonjear-nos, visto que finalmente nos aproxima à falta de seriedade e de respeitabilidade desde sempre reconhecida no doente mental e em todos os excluídos.

Introdução a *Asylums*¹

“É preciso descobrir um crime que se adapte à punição e reconstruir a natureza da reclusão para adaptá-la ao crime”. Assim Goffman define o significado das “instituições totais”, mascarando a ideologia que lhes serve de base e esclarecendo a natureza excludente e discriminante de uma intervenção cuja objetividade real parece ter sido criada pelo preconceito que a provocou. O que resulta desta sua afirmação é a necessidade da punição, como ponto de partida em torno do qual constrói-se e justifica-se a existência da própria instituição. Em certo sentido, essa necessidade de punição corresponderia à funcionalidade das instituições para o sistema social de que elas são instrumento e meio de controle.

A análise das contingências de carreira² que Goffman faz, ao reconstruir a história do pré-hospitalizado, destaca a ausência de uma objetividade concreta na realidade da doença mental, e o estreito vínculo desta com o elemento subjetivo-interpretativo de quem a define e a determina por aquilo que é: a ciência, que, em sua ação classificatória e discriminante, se reporta ao conceito de norma como a um valor absoluto, nitidamente definível; e a sociedade, a qual, baseada nas indicações dadas pela ciência, constrói a imagem social da doença mental que se revelará determinante no desenvolvimento

¹ Texto de abertura do livro de *Asylums*, E. Goffman: Turim, Einaudi, 1969.

² Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

³ Goffman utiliza o termo “carreira” em seus conceitos (N. do E.).

da própria doença. Tratar-se-ia do resultado de um preconceito que, uma vez acionado, consegue justificar-se, fazendo a realidade combinar com sua própria hipótese.

Ora, se analisarmos a natureza do preconceito, é evidente que se trata menos de uma postura psicológica individual do que da expressão dos valores da sociedade em que o indivíduo está inserido, resultado de uma seleção discriminante entre normalidade e anormalidade, bem e mal, maioria e minoria, poder e não-poder.

A este respeito, Daniel J. Levinson³ comenta um teste sobre o preconceito, destinado a sondar a opinião pública em relação a indivíduos ou grupos de indivíduos de localização social incerta, tais como imigrantes, negros, criminosos, loucos. A ambigüidade provocadora de uma afirmação como "nós gastamos demais na reabilitação de criminosos e loucos, assim como na educação de pessoas intrinsecamente incapazes" obriga a pessoa testada a posicionar-se abertamente diante de quem não está dentro da norma, revelando – no caso de sua reação ser negativa e discriminatória – uma personalidade "etnocêntrica". "O modo etnocêntrico de resolver os conflitos de grupo... consiste em liquidar os 'out', ou em mantê-los completamente submeídos, segregados, de maneira a reduzir todo contato com os 'in'. No primeiro caso, trata-se de um método etnocêntrico politizado – fascismo e dissolução dos valores democráticos... A atitude segundo a qual a maior parte dos grupos out deve ser submetida e segregada é típica do etnocentrismo americano... Os valores democráticos freqüentemente impedem o recurso às ações mais drásticas, mas podem também servir para permitir a discriminação e a opressão sob uma fachada pseudodemocrática".

3 In: TH. W. Adorno e outros, *The Authoritarian Personality*, Nova York, Harper and Bros., 1950.

Isto que Levinson sustenta refere-se à situação americana. Na Itália, contudo, qual seria a resposta a um formulário desse tipo? Se fôssemos tomar como amostra – muito reduzida, mas bastante significativa – o resultado de uma brevíssima pesquisa televisiva (espontânea ou não, o significado não muda, pois revela as intenções de quem a organizou, se não as dos entrevistados), pareceríamos ainda estar dramaticamente impregnados do espírito etnocêntrico politizado – "Fascismo e dissolução dos valores democráticos" – de que fala Levinson. A pergunta do apresentador na abertura de um documentário sobre a assistência psiquiátrica na Itália, duas senhoras idosas e alguns jovens responderam que, em sua opinião, o problema dos doentes mentais só podia ser resolvido matando-os todos. A Alemanha nazista já fizera isto, a pretexto da pureza da raça; mas nossa sociedade atual não se considera nazista e, no entanto, continua a oscilar entre um extremo e outro do etnocentrismo, como método de solução para os próprios conflitos e as próprias contradições.

O doente mental – um dos out da nossa sociedade – é segregado e submeído, em quase todos os lugares, em instituições que não lhe permitem o menor contato com os in e que, justamente, se destinam a impedir que tal contato ocorra. As minuciosas descrições feitas por Goffman dos modos de sobrevivência dos internados nessas instituições revelam a responsabilidade das organizações sociais encarregadas de administrar as áreas dos desvios. De fato, a análise da condição dos internados não se limita ao aspecto aparente do fenômeno – ao considerar os internados das diversas instituições como o produto de uma particularidade específica, típica de cada uma das suas classificações – mas sim, visa a identificar as analogias entre as diversas situações totais, nas quais cada uma das diferentes especificidades originais (doença, culpa, anormalidade) não constitui a causa primeira do nível de regressão e desumanização que as unem.

A análise de Goffman fala por si e dispensa interpretações: com a clareza de quem identificou cada detalhe possível da situação, ele nos faz vivenciar a condição do deserdado, a quem foi negado o direito de ser homem, juntando, num mesmo destino, culpa, doença e todo desvio em relação à norma. O que Goffman consegue des- truir – mediante sua análise da instituição psiquiátrica e das analogi- as com as outras instituições totais – é a imagem (e, portanto, a cultura) do internado mental como produto de uma doença que des- trói e desumaniza, mostrando a mesma face e os mesmos mecanis- mos de sobrevivência em instituições que nada têm a ver com a doença mental. Na qualidade de não-psiquiatra (livre, portanto, de qualquer preconceito científico sobre o assunto), Goffman conse- guiu encontrar, para além de qualquer classificação ou codificação, o significado racional e humano dos doentes mentais, cujas racionalidade e humanidade são sistematicamente destruídas no in- terior da instituição destinada à gestão do irracional e do desumano.

Deixando de lado qualquer definição nosográfica, ele conseguiu apreender as facetas do aspecto social da doença (o que foi feito dela, o significado que lhe deram, a face construída para ela), iden- tificando o doente mental como o objeto de uma violência original, familiar, social e institucional – “o vórtice dos enganos” – confir- mada pela rotulação científica que a justifica. De fato, se deixarmos a doença como fato real e considerarmos apenas seu aspecto soci- al, podemos definir o doente mental como a presença de um tercei- ro mundo dentro do mundo ocidental. Que o negro seja negro é indiscutível, assim como é indiscutível que existam as doenças mentais, ainda que os psiquiatras, na verdade, não conheçam nada sobre sua natureza. Mas o que fez do negro o que ele foi até agora tem pouca relação com sua negritude; assim como o que deu ao doente mental a face que ele possui até hoje pouco tem a ver com a doença. A exclusão – como fato social – de que o negro é objeto

numa sociedade racista, que precisa explorá-lo para sobreviver, é que o determina como inferior e selvagem; assim como a exclusão (como fato social) de que o doente mental é objeto em nossa soci- edade é que o determina como inferior e perigoso.

Abordando o problema sob esse ponto de vista, torna-se, por- tanto, evidente que o que se enfrenta e se discute, mediante a colo- cação da doença entre parênteses, é o seu aspecto social; para isto colaboram também as indicações que a própria instituição psiquiá- trica nos fornece, já que só se ocupa da doença enquanto tal no momento em que a define e cataloga, para depois dedicar-se à ges- tão da exclusão que se fez dela: a custódia. De resto, foi a psiquia- tria que, ao definir o doente como irre recuperável e incompreensível, propôs uma única possibilidade de abordagem: a de natureza objetal (antiterapêutica por essência), numa relação em que o segundo pólo não existe, a não ser como objeto a englobar e incorporar no siste- ma geral. Na realidade, sob a cobertura do modelo médico, a insti- tuição psiquiátrica tradicional não passa de uma instituição carcerária, encarregada de administrar os elementos de distúrbio social.

O estudo de Goffman, portanto, escancarou as portas das insti- tuições totais, desmascarando a ideologia científica – religiosa, custodialística, pedagógica – que recobre a violenta realidade co- mum a todas elas. Mas o que Goffman também tende a destacar – embora de maneira ainda incerta e contraditória – é a função das instituições “destinadas a fornecer uma residência a diversas cate- gorias de pessoas socialmente indesejadas. Essas instituições com- preendem clínicas, hospitais gerais, asilos para velhos, prisões, clí- nicas geriátricas, centros para retardados mentais, colônias agríco- las, orfanatos e centros de recuperação. Todo hospital estatal tem uma fração notável de pacientes que poderiam muito bem ser aco- lhidos por uma dessas instituições (assim como outras instituições recebem alguns internados para os quais seria melhor estar num

hospital psiquiátrico), mas que devem permanecer onde se encontram porque não é possível encontrar ou proporcionar vaga em outro lugar. Sempre que o hospital psiquiátrico funciona como ponto de chegada nessa rede de instituições, para enfrentar os elementos de distúrbio social, o modelo de serviço é renegado”.

Desta forma, partindo de uma intuição geral sobre o significado e a funcionalidade das instituições na gestão dos desvios (com o julgamento político implícito sobre o sistema social que traça a linha divisória entre norma e desvio, e entrega a essas instituições menos ou mais violentas a gestão dos indesejados sociais), Goffman penetra no problema específico da aplicabilidade ou não do modelo médico em psiquiatria. Evidentemente, o que lhe interessa (embora ele perceba a dimensão política em que todo problema se move. Não por acaso, Goffman esclarece adiante: “como o comportamento impróprio costuma ser o comportamento que não agrada a alguém, que o considera extremamente incômodo, as decisões sobre isso tendem a ter um caráter político, no sentido de que exprimem os interesses particulares de uma determinada facção ou de uma determinada pessoa...”) e que também se mostra extremamente útil para a destruição da cultura tradicional da doença mental, é demonstrar a não-aplicabilidade do modelo médico nesse contexto, o que, todavia, pressupõe uma confiança no modelo médico em geral (o procedimento psiquiátrico é expressão “dos interesses de uma determinada facção particular ou de uma determinada pessoa, mais que de um tipo de interesse que possa ser definido como superior a qualquer particularidade de grupo, como no caso da patologia física”) e na neutralidade da ciência médica, que contrasta com a não-neutralidade da psiquiatria.

Goffman vê na ligação psiquiatra-doente uma relação de poder, equivalente à que se dá na relação governante-governado, e reconstrói, mediante a análise desta relação, a demolição gradual do eu do

internado, que se vê objeto desse poder. Seu objetivo é demonstrar que a instituição incumbida do tratamento do doente mental destina-se ao mesmo tempo à sua total destruição, evidenciando assim a contradição da própria instituição, a qual, enquanto organização social, deve sua sobrevivência à espoliação de qualquer papel humano do internado a ela incorporado. Aqui a violência é dramaticamente notória, já que a própria doença serve de justificativa concreta para qualquer subjugação ou arbítrio: se o doente é incurável e incompreensível, a única atitude possível é objetificá-lo na realidade institucional, e ele deverá identificar-se com sua ação destrutiva.

Torna-se claro, portanto, através da análise de uma instituição total como o hospital psiquiátrico, que – sob a aparência do modelo médico – ele se destina a administrar o aspecto social da doença mental, e não a doença em si. No momento em que a instituição entra em contato com o “doente”, a ausência de uma objetividade orgânica na doença colore sua ação com uma certa ambiguidade. Em medicina geral, lida-se com um corpo enfermo que exige e justifica um aparato técnico que o restabeleça. Mas a instituição psiquiátrica, diante de um indivíduo que deve internar por já não ser mais aceito na sociedade externa, devido ao fato de ter ultrapassado o limite da norma fixado por ela, parece presumir somente um corpo enfermo e, com base nessa presunção, limita-se a objetificá-lo como se ele fosse um doente, instaurando uma relação que nada tem de terapêutica, pois perpetua a objetificação do paciente, ela mesma fonte de regressão e de doença. Desta forma, assim como Goffman sustenta que “é preciso descobrir um crime que se adapte à punição e reconstruir a natureza da reclusão para adaptá-la ao crime”, pode-se dizer que a instituição psiquiátrica, uma vez objetificado o paciente como se se tratasse de um corpo doente, deve reconstruir aquele corpo, a fim de adaptá-lo à objetificação que fez dele.

Presumir um corpo doente, como base de encontro entre psiquiatra e paciente mental, significa impor a este último um papel objetivo no qual a instituição que o tutela baseia-se inteiramente. O tipo particular de abordagem objetificante acaba, deste modo, influenciando o conceito de si por parte do doente, que – mediante um tal processo – não pode deixar de vivenciar-se como corpo doente, exatamente do modo como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição. A instituição, nascida para tratar de uma doença cuja etiologia e patogênese eram desconhecidas, viu-se assim a fabricar um doente à sua imagem, de modo a justificar e ao mesmo tempo garantir os métodos nos quais baseia sua ação terapêutica. A doença veio a transformar-se gradualmente naquilo que é a instituição psiquiátrica, e a instituição psiquiátrica encontra no internado, construído segundo os seus parâmetros, a confirmação para a validade dos seus princípios. Apresentando-se como instituição médica e não encontrando uma objetividade concreta na doença, a instituição psiquiátrica é obrigada a oscilar entre a ação custodialística (que é sua única realidade) e a ideologia médica que ela é obrigada a concretizar na relação objetiva com o paciente.

Mas, por trás da patente contradição que Goffman denuncia entre as finalidades ideológico-científicas e o dia-a-dia concreto da instituição psiquiátrica, pode-se entrever uma identidade entre a realidade institucional (opressiva, mortificante e destrutiva) e a funcionalidade da instituição diante do nosso sistema social, que justamente sobrevive excluindo (e portanto oprimindo, mortificando e destruindo) os elementos de distúrbio. Sob esse ponto de vista, a análise de Goffman – necessária para o desmascaramento da natureza carcerária, custodialística e, dentro de certos limites, sádica da organização psiquiátrica a qual, sob a cobertura do modelo médico, age como pura instituição

violenta – se detém, limitando-se a explicitar a contradição entre ideologia e realidade.

Mas seria suficiente aplicar realmente à instituição psiquiátrica o modelo médico, ou seja, torná-la tecnicamente eficiente, para resolver suas contradições? Se a instituição psiquiátrica se destina à gestão da exclusão (a face social da doença mental), de que modo podemos garantir que, aplicando o modelo médico a uma nova instituição psiquiátrica, que supere, mediante técnicas psicológicas, a objetificação do doente, teremos resolvido o problema social da doença mental? Dentro da instituição, não subsistiria a relação de poder entre o técnico que presta seu serviço, continuando a estabelecer os valores de norma, e o doente que, com base neles, é discriminado? De que modo a psiquiatra tornar-se-ia neutra (assim como Goffman parece considerar neutra a medicina geral), quando estabelecer os limites da norma e o grau de permissividade aceitáveis para a sociedade é sempre uma prerrogativa do psiquiatra – como expressão da sociedade da qual é delegatário? De onde nasce a confiança de Goffman na neutralidade técnica da medicina geral, se a relação entre médico e doente está comprometida pela natureza socioeconômica que serve de base a toda relação? Dentro de certos limites, até a possibilidade ou a impossibilidade de cura são proporcionais ao nosso poder de gerir a doença por conta própria, ou seja, ao poder contratual de que o doente dispõe diante do médico. A medicina, como qualquer outra ciência em nossa cultura, é uma ciência de classe, da qual a psiquiatra talvez seja a expressão mais evidente e mais dramática, considerando-se a enorme distância entre a assistência nas clínicas privadas e a gestão dos internados nos manicômios públicos. Mas essa distância não está ausente dos outros ramos da medicina: o doente de enfermaria e o paciente particular vivem a relação psicológica – e mesmo a técnica – com o médico num nível com-

pletamente diferente, ficando o primeiro à mercê do arbítrio do pessoal que cuida dele, na medida em que não tem um papel social capaz de contrabalançar o do médico. É o poder contratual que determina a natureza da relação, que assim se revela ainda econômica e de classe.

Para o psiquiatra institucional – mais que para o chamado cientista puro – talvez a relação entre ciência abstrata e internado seja mais estritamente evidente: a realidade manicomial, como resultado de uma ciência que teve a função de discriminar o abnorme e defini-lo em seus diversos aspectos, é de uma bestialidade tão manifesta que o psiquiatra, na hora em que perceber qual é sua função dentro daquela instituição, não pode deixar de sentir-se cúmplice daquilo e de recusar seu papel. Ele se vê usufruindo do pesado privilégio de defrontar-se diretamente com o resultado de uma violência que é sua, da sociedade e da instituição. Se ele apenas começa a suspeitar que a realidade enferma à sua frente – internados que não falam porque ninguém os escuta; que não caminham porque não sabem aonde ir; que babam porque não existe uma razão para não fazer isso, porque não existe um objetivo, um fim pelo qual faça sentido resistir à tentativa de deixar-se viver e vegetar – não é fruto somente de uma doença, mas de uma violência perpetrada em todos os níveis, essa realidade não pode deixar de subverter-se aos seus olhos, envolvendo-o em sua parte de responsabilidade e envolvendo os “sãos” na deles.

Se o físico nuclear – para além dos seus cálculos abstratos – tivesse de acertar contas diariamente com as vítimas de Hiroshima e Nagasaki, conseguiria sustentar a neutralidade da ciência à qual se dedica, como se a utilização dos resultados por ele obtidos não viesse a sobrepor-se e a coincidir com a finalidade da sua própria pesquisa científica? É difícil demonstrar a neutralidade da medicina, como prestação de um serviço técnico, que transcenda qualquer

tipo de relação de natureza mais especificamente sócio-econômica, ou mesmo política.⁴

A análise de Goffman sobre os técnicos como prestadores de um serviço é útil, portanto, para esclarecer a natureza objetiva da relação entre psiquiatra e doente mental (as analogias implícitas com o objeto a ser consertado, que o cliente confia ao técnico, acrescentam dramaticidade à condição do internado, que se torna, nesse contexto, um objeto que não pode ser consertado e que, no entanto, continua a funcionar), mas negligencia explicitamente uma dimensão sem a qual o discurso ficaria truncado ou limitado (“a categoria de quem presta um serviço, do modo como foi definida aqui, não envolve nenhuma referência a subdivisões de classe ou de patrimônio”).

Por isso – afora a aguda análise sociológica e fenomenológica da condição do internado, da qual Goffman destinga cada aspecto e cada detalhe (com as implicações para a estrutura do eu presentes

4 Um exemplo disso (a ser considerado a expressão mais pura de uma intenção que já não teme desmascarar-se) é a posição assumida um dia destes por uma administração pública diante do trecho da lei nº 431, de 18 de março de 1968, relativo à assistência psiquiátrica, que tende à liberalização dos hospitais psiquiátricos mediante a introdução da internação voluntária: esta foge ao controle jurídico, típico da internação coercitiva, e assim permite a gradativa redução dos pacientes sujeitos à marca social. Diante dessas primeiras tentativas legais de reduzir a natureza da distância entre o paciente que pode permitir-se um tratamento em clínicas particulares (evitando, desta forma, o estigma da doença mental) e aquele cuja única possibilidade é o manicômio, a mencionada administração pública solicita e impõe aos médicos do hospital psiquiátrico dependente dela que só consentam a internação voluntária aos pacientes particulares, e, no caso de não serem eles assistidos por entidades mutualísticas, que seja feito um prévio depósito caucional de 100.000 liras, reduzidas para 50.000 numa circular posterior. Torna-se assim evidente, até dentro de uma lei reformista que tende a modificar as contradições mais descaradamente óbvias da nossa assistência psiquiátrica, como se continua a perpetuar – explorando a ambiguidade interpretativa da lei – a discriminação habitual entre quem tem e quem não tem, subordinando a definição de periculosidade, típica da internação coercitiva, às condições econômicas do paciente. Desta forma, esvazia-se internamente o significado da própria lei.

em cada regra institucional) –, sente-se a necessidade de enfrentar a condição do internado não só como um dado do qual é necessário conhecer cada modalidade de existência, mas também como um produto que nos permita remontar da condição de exclusão, típica da internação, à identificação daquilo que a produz e da natureza da relação que une aquilo que exclui ao excluído, e que explique a funcionalidade e o significado da instituição destinada à gestão da exclusão. Nesse sentido, o problema se volta para a funcionalidade social das instituições totais, encarregadas de gerir nossas contradições mais manifestas.

O que logo se evidencia – além da violência dessa gestão – é um fato recorrente: na sociedade capitalista-produtivista, a norma é a saúde, a juventude, a produção. A doença, a velhice, o infortúnio são acidentes dentro de uma realidade que não quer e não pode precaver-se das próprias contradições e preocupar-se com elas.

Em qualquer sociedade, as pessoas vivem, adoecem, envelhecem, ficam sós. Mas uma sociedade produtivista, que se baseia na ideologia do bem-estar e da abundância para acobertar a fome, não pode programar medidas preventivas ou assistenciais suficientes. Salva-se aquilo que pode ser facilmente recuperado; o resto é negado mediante a ideologia da incurabilidade, da ininteligibilidade da natureza humana, sobre a qual se constrói o castelo do preconceito. Na sociedade da abundância-fome, ou existe abundância ou existe fome. Mas a fome (com todos os significados que essa palavra comporta) não pode manifestar-se brutalmente por aquilo que é (aquilo que permite à abundância ser e manter-se como tal), e sim deve permanecer velada e protegida mediante as ideologias que a definem de vez em quando como vício, doença, raça, culpa.

Importante é que as contradições – inevitáveis em qualquer tipo de sociedade – sejam sancionadas como um dado irredutível, como condição insanável inerente ao homem e à sua natureza, além da

qual o homem nada pode. É nesse sentido que o maniqueísmo do sim e do não, do bem e do mal, da saúde e da doença, da abundância e da fome, é obrigado a basear-se na ideologia do bem, da saúde, da abundância, como única realidade e possibilidade humana: o resto é o resultado de uma falência que encontrará explicações científicas e filosóficas numa ciência e numa filosofia que irão mascarar seu vínculo com a classe dominante, sob a mistificação da neutralidade técnica. Somente nesse sentido pode-se compreender a absurda incuria e a absoluta falta de previdência (sempre insuficiente em relação às necessidades) do nosso sistema social, comparável à cigarra que continua a cantar o verão e a abundância, para disfarçar a fome do inverno.

Em nosso sistema social, não há lugar para a dialética: as pessoas são ou formigas, alienadas na produção, ou cigarras imprevidentes, destinadas a morrer. Enquanto a divisão entre bem e mal for nítida, os poucos que detêm o poder dispõem de uma arma segura para criar uma distância, humanamente aceitável, entre quem tem e quem não tem. Os valores são fixados de uma vez por todas pela classe dominante e por uma ciência que a defende, mas somente quem não tem é que cai nas sanções estudadas para dominá-lo e enfraquecê-lo. Se as doenças são incuráveis, a prostituição é vício, a fome é inevitável e a violência é culpa, a doença, a prostituição, a fome e a violência constituem o pólo negativo de um dado irredutível, e não aquilo que permite à saúde, à pureza, à abundância e à paz serem o que são.

O hospital psiquiátrico, como todos os locais de internação, não é senão a triste consequência do acobertamento de uma contradição, por meio da ideologia da inelutabilidade e da ininteligibilidade da doença. Se a doença pode ser considerada uma contradição, não se pode resolvê-la negando-a enquanto tal e sufocando-a sob uma ideologia qualquer. O significado de uma comunidade psiquiátrica de-

veria consistir em tornar mais explícitas as contradições inerentes ao *background* social sobre o qual a doença mental se desenvolve, de maneira que o paciente conseguisse identificá-las, dialetizá-las e enfrentá-las. Mas como isso é possível, se ele foi negado enquanto contradição atuante com relação à norma, mediante a ideologia psiquiátrica que o definiu e fixou dentro de limites intransponíveis?

A análise de uma instituição total, funcional para um sistema social como o nosso, é portanto a demonstração de quanto paga quem se vê obrigado a pagar, a fim de dar aos outros a possibilidade de viver na "norma" e no "bem-estar".

Geralmente, o perturbado mental inicia sua carreira "com uma infração às normas da convivência social, no próprio ambiente familiar, no local de trabalho, numa organização semi-pública como uma igreja ou uma grande loja, em zonas públicas como ruas ou parques. Muitas vezes, o fato é relatado por um acusador, o qual se torna assim o desencadeador do ciclo que levará o acusado à hospitalização. Este pode também não ser quem deu o primeiro passo, mas quem levou à primeira ação determinante. É aqui que começa socialmente a carreira do paciente, e isso prescindindo do momento em que se pode situar o início psicológico de sua doença mental".

A separação nítida entre saúde e doença não existe: o doente mental está à mercê das circunstâncias que não precipitar a situação ou deixá-la inalterada. A objetividade não existe enquanto não for construída pelo próprio ato da internação e pela definição de doença. Antes disso, tudo é possível ainda, porque aquele que será o futuro doente mental ainda é considerado uma presença contraditória na realidade em que vive: o empregador que reclama das suas estranhezas, o familiar que o culpa por seu comportamento ainda esperam dele alguma coisa, cuja obtenção o manteria, aos seus olhos, num terreno de igualdade. Reclamar de um comportamento presu-

me admitir a possibilidade de que um tal comportamento se modifique depois da própria intervenção, levando simultaneamente em conta as razões que serão apresentadas como explicação ou justificativa para o mesmo comportamento. Mas são os técnicos (primeiro o mediador, depois o profissional especialista) que parecem arrancar o doente dessa relação ainda pessoal (com a possibilidade de uma agressividade recíproca e de uma recíproca defesa aí implícita) para fixá-lo num papel objetal, no momento em que ele se torna objeto da sua pesquisa e dos seus cuidados. Em suas relações com os mediadores, dificilmente o doente é contrariado ou reprovado: já muito antes de sua internação definitiva, a realidade começa a aparecer-lhe ambígua e cada vez mais aporofêmica, no sentido de que, se originariamente ele queria – mediante *acting-outs* às vezes aparentemente injustificados – contestar o mundo, agora é o próprio mundo a vir ao seu encontro, deixando-se contestar de maneira irreal. Assim, essa ação do mediador e do técnico assume o significado de um julgamento que define e ao mesmo tempo desresponsabiliza o comportamento do doente, ajudando-o a destacar-se do real, cujo enfrentamento é tão problemático para ele. De pois que esse julgamento técnico está formulado, o doente deixa de ser vivenciado por quem o rodeia como um problema constante, que exige constantes tomadas de posição reais, para tornar-se um fantasma, volta e meia liberado de qualquer vínculo de responsabilidade e de conhecimento de causa. Isso age sobre ele como a demonstração de que o fato de ter sido reconhecido enfermo pelos técnicos autoriza-o a regredir, perdendo qualquer controle sobre a própria vida.

Enquanto a doença mental era considerada uma das modalidades humanas com as quais o homem convivia, existia entre sociedade e doentes uma relação do tipo doente-acusador: uma participação do abnorme mediante uma vida comum, na qual o doente conserva,

aos olhos da sociedade, seu caráter contraditório, assim como o conserva a realidade aos olhos do doente. Mas, com o desenvolvimento da sociedade industrial, a linha separatória entre normalidade e anormalidade começou a assumir um significado particular, centralizado no conceito de produtividade: a distância entre saúde e doença foi exasperada, fazendo precipitarem-se os que oscilavam entre uma e outra.

A partir da libertação dos loucos de Pinel para fora dos cárceres da Bicêtre, onde eles estavam confundidos com a culpa e o pecado, assistiu-se a uma espécie de dilatação cientificista em que a área dos desvios e das doenças mentais foi-se enfatizando pouco a pouco, absorvendo, de um lado, o próprio terreno da delinquência e, de outro, o da inadaptação. Nossa sociedade atual prefere definir-se como "doente" a reconhecer nas próprias contradições o produto do sistema no qual se baseia. Em certo sentido, a doença desresponsabiliza tanto a sociedade quanto o indivíduo; o terreno das competências torna-se confuso, sobretudo se a doença conserva em si uma parte obscura de culpa, e a culpa, um indício de doença.

Mas agora foi desmascarada a função dos doentes mentais como um dos "bodes expiatórios" de um sistema que precisa de áreas de compensação para sobreviver, e tenta-se buscar remédio urgente na liberalização dos hospitais psiquiátricos. Talvez a face social da doença mental poderá começar a mudar, por meio da nova cultura que se irá criar e, quem sabe, será possível que comecemos a nos ocupar da doença enquanto tal. Mas, nesse caso, qual será a nova área de compensação, se porventura o doente mental for reabilitado e reintegrado à nossa atual sociedade? Um sistema baseado na ideologia da opulência não pode resolver nem desmascarar suas contradições, as quais as ideologias se destinam justamente a ocultar. Quais serão então os novos *out* a excluir e acobertar?

Bastaria absorver – e disso já existem indicações – na esfera dos desvios, qualquer inadaptação, qualquer sinal de recusa diante do tipo de sociedade em que se é obrigado a viver, e fazê-los cair sob a jurisdição psiquiátrica, para construir cientificamente um novo *álibi*, que converta em patologia aquilo que é sinal de dissensão aberta perante uma vida que não se pode viver, e que ainda pode ser diversa. Nesse caso, qual será a posição dos psiquiatras, dos técnicos? Sanctionarão mais uma vez, em sua qualidade de delegatários do poder, uma exclusão social sob o rótulo da doença?

Ou o desmascaramento daquilo que foi sua ação institucional irá revelá-los – aos seus próprios olhos – como simples instrumentos de controle social, à mercê do sistema que os determina? É possível, nessas condições, falar de ciência, se não se esclarecer primeiro o que é a política dessa ciência?

Tudo isso pode ser facilmente acusado de obviedade. Não é uma novidade identificar e rejeitar o abuso do homem sobre o homem; não é uma novidade buscar-lhe as causas, recusando-se a acobertá-las sob o preconceito. Mas, enquanto o abuso e a violência ainda forem o *óbvio leitmotiv* da nossa realidade, só se podem usar palavras óbvias, para não mascarar, sob a construção de teorias aparentemente novas, o desejo de deixar as coisas como estão.

Carta de Nova York

O doente artificial¹

Esta minha visita aos Estados Unidos deve-se ao convite de uma instituição psiquiátrica, inserida no quadro do programa Kennedy para doentes e deficientes mentais. A lei para a construção de pequenas unidades psiquiátricas, em contato direto com a comunidade que lhes cabe servir, vigora aqui desde outubro de 1963, e já são numerosos os novos centros em funcionamento no vasto território dos Estados Unidos. Quanto ao resto, a situação psiquiátrica geral ainda é aquela dos asilos e dos manicômios tradicionais, apesar da ênfase na psiquiatria social, limitada aqui a poucos centros de estudo privilegiados, aos quais cabe confirmar experimentalmente as hipóteses mais funcionais para o *establishment*.

Meu interesse por esse tipo de experiência nasce do fato de ela ser a expressão da nova legislação, no campo psiquiátrico, de um país de alto nível tecnológico, que representa concretamente o nosso futuro político e institucional. A análise direta de tal situação permite verificar, com base na realidade, quais podem ser a ação técnica (como ação específica de um setor particular) e o significado político (como funcionalidade institucional no âmbito do sistema geral) de uma nova instituição no velho contexto social em que está inserida. Vale dizer, tal análise poderia ter-me dado concretamente a medida da ligação entre uma técnica institucional que se compraz

¹ In: *Libri nuovi*, Turim, Einaudi, 1969.

em definir-se como inovadora e o sistema sócio-econômico que a sustenta, para verificar os limites de uma nova ação técnica que se conserve dentro de uma determinada estrutura política.

Convém lembrar que essas unidades psiquiátricas não nascem da necessidade de reviravolta por parte de quem atua nas velhas instituições manicômias (isto é, não nascem como resposta imediata a algumas necessidades imediatas), mas são a expressão direta de uma nova legislação que visa a resolver tecnicamente as condições da realidade sobre a qual opera. Aqui – sob uma mesma lei que as orienta – agem simultaneamente, de modo complementar, as instituições da violência, com seu significado explicitamente excludente, discriminante e destrutivo, e as instituições da tolerância, as quais, por meio do novo conceito de psiquiatria social e comunitária, e da interdisciplinaridade, tendem a resolver tecnicamente os conflitos sociais. As primeiras, ainda explicitamente destinadas à exclusão dos elementos de distúrbio social; as segundas, à readaptação da cada vez mais vasta gama de “marginais” que esse sistema sócio-econômico continua a produzir. A instituição manicomial, expressão do preconceito quanto à incurabilidade da doença, permite assim, com sua própria existência, o surgimento de novas unidades psiquiátricas voltadas para o enfrentamento da doença mental também nos seus aspectos sociais e econômicos. De fato, as novas unidades psiquiátricas são abertas, e abertas a todos; o que se encaixa no quadro da “guerra à pobreza”² que parece marcar a atual realidade americana, interessada em absorver a própria pobreza como objeto de um novo ciclo produtivo.

As instituições – em nosso sistema – são apenas um dos muitos instrumentos de integração social. No caso das instituições

psiquiátricas, o manicômio cumpria (e até hoje cumpre) sua função, mediante a exclusão dos elementos de distúrbio, para manter intactos a sociedade e seus valores. Agora, a nova instituição psiquiátrica – particularmente a Comunidade Terapêutica – nascida como recusa à realidade manicomial, propõe-se como uma organização que mantém sua terapêuticidade na medida em que todos os seus componentes participam diretamente do processo de mudança, desencadeado no momento da negação manicomial. Mas, uma vez destruída a realidade manicomial dentro da instituição, o processo se detém, caso a situação se configure como a reviravolta a-dialética da realidade anterior; ou seja, se a Comunidade Terapêutica vier a se constituir como uma nova instituição – com suas regras e seus dogmas – pronta para cumprir, com uma técnica diferente, sua função institucional dentro do sistema social.

No caso das novas instituições psiquiátricas – expressão de uma nova legislação sanitária – a negação da realidade manicomial anterior já se apresenta institucionalizada; assim, dentro da organização hospitalar, assiste-se somente ao processo de adaptação e de integração típico de toda instituição. A técnica comunitária, nascida como resposta institucional à realidade manicomial, é assumida como nova técnica psiquiátrica em sentido específico. E uma tal identificação fará falta a margem de liberdade necessária à perpetuação de um processo de mudança, única garantia para a terapêuticidade da situação. Nesse caso, a instituição cumpre, desde a origem, sua função de instrumento de integração social, e portanto de repressão diante do doente. Isto significa que as novas instituições psiquiátricas apresentam um terreno unidimensional, em que a ausência de uma dialética interna impede qualquer possibilidade terapêutica.

Isto como premissa geral.

² Cf. o discurso do ex-presidente Johnson pronunciado no Congresso em janeiro de 1964.

Quanto ao caso específico da instituição em que me encontro,³ pode-se começar dizendo que, aqui, a negação da realidade manicomial é só aparente. O nivelamento dos papéis, a eliminação da violência, a afirmação dos valores democráticos nas relações (novos dogmas da psiquiatria comunitária) são apenas uma face da realidade, que deve ser dialética. Os papéis se nivelam na ação; os valores democráticos se afirmam numa luta comum a todos os níveis; a violência deve ser destruída também como possibilidade de suporte para as novas realidades psiquiátricas. A negação da existência manicomial ocorre sobretudo mediante a destruição da existência do manicômio por trás do setor psiquiátrico aberto e comunitário. Se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes transformados, o resto é uma misificação. Ou a organização comunitária interna e externa consegue criar um suporte suficiente para os doentes mentais do setor do qual está encarregada, ou o jogo comunitário só serve ao *staff*, à sua sobrevivência e aos seus problemas psicológicos. Nesse caso, é a própria instituição manicomial que permite, com sua presença e com sua ação, o surgimento das novas unidades psiquiátricas aparentemente mais abertas e não discriminatórias. Com a retaguarda defendida pela dureza do manicômio, as novas instituições psiquiátricas podem permitir-se a dedicação à doença mental também nos seus aspectos sociais, alargando aparentemente a própria esfera de ação, mas sem cumprir substancialmente a própria função. O que se deve analisar aqui é a nova categoria de doentes a que essas unidades psiquiátricas se dedicam em sua ação preventiva; quais são os fatores sociais e econômicos evidenciados por essa nova onda social da psiquiatria; uma vez identificados, de que maneira a psiquiatria social os enfrenta, para que se possa compreender se tudo isto não se encai-

xa no quadro de um regime produtivo que descobriu poder absorver a pobreza como objeto de um novo ciclo produtivo, sem lhe alterar o papel e a condição.

Naturalmente, ainda não disponho de todos os elementos necessários a uma análise completa da situação, mas creio poder formular uma primeira hipótese crítica, de caráter particular e ao mesmo tempo geral, a qual necessita, contudo, de verificações ulteriores:

- 1) A instituição serve a uma área de cento e vinte mil habitantes (italianos, judeus, escandinavos, negros e porto-riquenhos), parcialmente subvencionados pelo *Welfare*.
- 2) A unidade psiquiátrica é constituída por um centro hospitalar de quarenta leitos, com um *staff* (para os serviços internos e externos) de duzentas pessoas.
- 3) Na retaguarda da nova unidade psiquiátrica, continua existindo de forma ativa o Hospital Psiquiátrico estatal (seis mil internos), para onde ainda podem ser enviados os doentes definidos como "crônicos" ou "transformados". Assim, a ação dessa unidade tem um caráter preventivo que não incide sobre a cultura da doença mental, perpetuando assim o preconceito de sua incurabilidade, contra o qual presume lutar.
- 4) A artificialidade da instituição se revela no não-cumprimento concreto de sua própria função primária (tratar dos doentes mentais da área que lhe caberia servir) e na criação - mediante a prevenção - de uma nova categoria de enfermos (os *emotional patients*) entre os marginais-desadaptados, produto direto da postura sócio-econômica de base.
- 5) De fato, ela cria um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição (dentro do ciclo produtivo) capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência. Deste modo, o sistema econômico produz um novo tipo de desadaptação, que ele

³ Maimonides Hospital do Brooklyn.

recupera, criando, em seu nome, uma nova instituição dentro do ciclo produtivo. A prevenção, nesse caso, serve para dilatar o campo da "doença" mais que para reduzi-lo.

6) O significado e a função da instituição no contexto geral não mudaram em relação à realidade manicomial, já que também a nova organização hospitalar se dedica a algumas pseudo-realidades que ela constrói à sua própria imagem. Uma instituição psiquiátrica embasada nessas premissas só pode viver para organizar a própria sobrevivência, exatamente como ocorre nos asilos psiquiátricos, onde não existe uma finalidade terapêutica e o internado deve identificar-se com a realidade da instituição.

7) A unidade considerada "piloto" assume, portanto, um significado altamente regressivo, ao criar uma nova categoria de doentes, restringindo o conceito de norma e englobando no terreno da patologia mental os "desvios", as "marginalidades" e as "desadaptações" dependentes de fatores sociais explícitos. Dessa maneira, nega-se qualquer movimento dialético e significado de oposição à desadaptação, incorporando-a a uma instituição encarregada de controlá-la.

8) Em vez de exercer a sua finalidade, que deveria nortear a ação de todos os elementos que a compõem, a instituição se reduz a um terreno anômico, facilitado pela confusão criada a partir das novas orientações psicológicas anti-autoritárias e anti-repressivas, assumidas como valores absolutos e não-dialéticos. Nesse espaço em que a violência foi convertida em uma situação de tolerância estéril, que não serve ao confronto real dos doentes, as motivações psicológicas individuais ganham força e passam a determinar os jogos de poder entre as diversas facções internas, aumentando a antiterapeuticidade do terreno de base.

9) Um *staff* de duzentas pessoas (com um serviço hospitalar interno de quarenta leitos) numa situação de total anomia, como é o

caso de uma instituição privada de uma finalidade real, reduz-se a viver os problemas que surgem da convivência não-colaborativa do grupo de tratamento. Se os doentes da comunidade interna e externa não constituem a finalidade da instituição, o *staff* torna-se seu único significado, e toda ação não passa de uma tentativa de suporte a ele. A instituição se move – como sempre – em função do *staff* e das dinâmicas distorcidas do grupo de tratamento, que só sobrevive mediante uma estéril e contínua auto-análise, necessária para autojustificar-se e para justificar a própria presença na instituição.

10) Nesse sentido, entende-se a razão pela qual essa nova instituição, que não consegue responder a necessidades reais, é obrigada – por estar dentro do ciclo produtivo – a criar uma gigantesca realidade artificial, que se autojustifica através do próprio gigantismo.

11) A presença de novos papéis no *staff*, como os dos *social workers* e dos *social organizers* (expressão da linha social seguida pelas novas instituições psiquiátricas), revela explicitamente a função social da instituição. Se as instituições tradicionais funcionavam (e continuam a funcionar) como instrumentos de controle e exclusão dos elementos de distúrbio social, as novas organizações – com a capilaridade multidisciplinar de que são dotadas em países de alto nível tecnológico – conseguem criar uma rede de controle técnico-social muito mais penetrante e sutil, na qual a barreira entre norma e desvio faz-se cada vez mais frágil e discriminatória.

12) Sob essa luz, compreende-se o sentimento de onipotência artificial que se respira nessa instituição: psiquiátras, *social workers* e *social organizers* percebem que esse novo rumo da psiquiatria pode ser uma fonte de enorme poder para eles porque, mediante uma tal rede de controle, logo terão nas mãos as rédeas do jogo social. Portanto, o novo movimento não tem o menor significado inovador e "revolucionário", como se gosta de defini-lo aqui. Os

técnicos simplesmente aceitam fazer o jogo do sistema político geral, concordando em agir como instrumentos de controle social, sob a mistificação do controle técnico;

13) Se o doente mental sofre a impossibilidade de viver dialeticamente a própria realidade, tais instituições "terapêuticas" não o ajudarão a recuperar essa capacidade perdida ou jamais posuída. Novas ideologias estão prontas a acobertar as contradições que aos poucos se evidenciam, enfatizando-lhes e tomando-lhes absoluto ora um, ora outro pólo. Por isto, os técnicos são responsáveis.

Conclusões

Quer se discutam os problemas do poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas.

A instituição tolerante, a outra face a-dialética da instituição violenta, revela aqui, em sua gigantesca eficiência artificial, sua função de cobertura para uma ineficácia substancial e intencional. Enfrentar os problemas reais significa pôr em discussão toda a realidade. Mas, neste nosso sistema social, os técnicos – em qualquer setor – continuam aceitando o papel de promotores de novas ideologias que produzam problemas artificiosos aos quais se possam dedicar, a fim de que a realidade continue a parecer imodificável a quem a sofre.

A pobreza está-se tornando uma indústria aqui. Trata-se de uma obra de colonização interna, com suas táticas diversas para uma só

estratégia: a manutenção do *status quo* econômico geral. O *Welfare*, com o velho sistema assistencial, tenta aliviar a chaga do desemprego, mas ao mesmo tempo enfraquece a força da revolta. Se, depois, a revolta for definida como "doença", com as instituições destinadas a curá-la, o ciclo estará completo e o sistema ficará protegido de qualquer surpresa, por mais algum tempo. O hospital de luxo para os pobres não é senão a face tolerante do sistema, que inventou um novo meio para sobreviver e um novo objeto a englobar – no mesmo ponto de distância e de objetivação – no ciclo produtivo.

Se a nova instituição tolerante está ciente do papel que exerce no sistema geral, é evidente que não passa de uma mistificação falar de uma técnica inovadora revolucionária, comunitária e democrática para definir sua ação de controle social. Como sempre, a linguagem – nascida num momento de negação real – é rapidamente aprendida e desgastada, de modo a poder ser usada para expressar exatamente o oposto daquilo que significa. Ou a situação em que se vive conserva uma margem dialética, a fim de consentir a possibilidade de uma tomada de consciência real e de um processo de mudança, ou os termos novos são usados para encobrir uma realidade velha. Sob a ilusão das relações democráticas, esconde-se ainda uma força manipuladora muito mais sutil e penetrante do que qualquer posição ditatorial. A técnica do *reaching a consensus* – usada para resolver os conflitos sociais – é simplesmente a expressão de uma manipulação subterrânea, que deseja obter a subordinação espontânea dos grupos que administra.

A condição de anomia característica da instituição que estou analisando aqui é a prova do que acabo de afirmar: se uma instituição tende a uma finalidade que junte os elementos que a compõem não existem problemas de autoridade, democracia ou comunitariedade enquanto categorias absolutas. É quando não há uma ação comum que se desencadeiam as dinâmicas psicológicas em todos os níveis.

A autoridade tem medo de ser confrontada e exibir sua verdadeira face; a tolerância teme revelar sua dureza; o subordinado teme ser instrumentalizado; o chefe teme não ser obedecido. Nesse jogo, em que todos têm a ilusão democrática de participar do poder, a tendência inevitável é a de cada um servir-se da própria fátia, sem pensar no uso comum que deveria ser feito dela, confirmando mais uma vez a vitória da divisão do trabalho em todos os níveis.

Que sentido faz, nesse caso, falar de instituição terapêutica? De que maneira uma intervenção técnica pode resolver suas contradições, que são ao mesmo tempo técnicas e políticas, quando se está ciente da finalidade da instituição enquanto tal e de sua função no contexto social em que atua?

Este é um breve *flash* do nosso futuro político-institucional. Com seu desenvolvimento tecnológico, os Estados Unidos nos precedem, sugerindo soluções técnico-institucionais para todo problema social, de maneira a reduzir gradualmente a sociedade inteira a uma enorme instituição tolerante, sutilmente controlada. Na Itália, ainda estamos na fase violenta-repressiva, e só em alguns setores as contradições que explodiram tornaram obrigatórias novas propostas. Mas o exemplo dos Estados Unidos – como espelho deformante da nossa realidade – pode nos alertar contra qualquer solução parcial e a-dialética, que é apenas a face invertida do mesmo sistema, confiando, num plano real, a recusa a reconhecer toda ação anti-institucional como a proposta de um novo modelo técnico, o qual contribuiria para acobertar, sob uma nova ideologia, as contradições sociais recém-evidenciadas.

A doença e seu duplo¹

Propostas críticas sobre o problema do desvio

Este artigo não se pretende um estudo metodológico, tampouco uma análise classificatória do problema dos desviantes, para os quais sugeríamos que se recorra às categorizações da psiquiatria oficial, cuja função essencial consiste em definir e codificar os diversos estados mórbidos. Assim, não se encontrarão aqui a análise sobre a gestão ou sobre a relação terapêutica com esse tipo específico de marginais, nem indicações acerca das eventuais soluções sociopsiquiátricas.

O que se tenta assinalar é o modo pelo qual a psiquiatria tradicional codificou o problema, numa dimensão que mal consegue abarcar, tornando evidente como os “desviantes” são duplamente *misfits*, isto é, desadaptados tanto na realidade à qual não se ajustam e na qual não encontram lugar, como na ideologia que volta e meia os define. De fato, o termo psicopatia, com o qual eles são hoje etiquetados em nossa cultura psiquiátrica, mostra-se inadequado para englobar um problema que ultrapassa os limites demasiado restritos da ideologia médica. Como os da ideologia sociológica, que tende a encerrar numa nova categoria os comportamentos no limite da norma, impondo-se ao desviante tal como uma roupa demasiado apertada, que lamentavelmente o constrange.

1 In: *La Rivista di Servizio Sociale. Studi di scienze sociali applicate e di pianificazione sociale*, 4, 1970. Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

O que importa é conseguir compreender o processo segundo o qual um problema é racionalizado, a fim de que se possa reduzir a ameaça que ele representa, mediante sua delimitação dentro de uma ideologia que o mantenha sob controle.

No campo das ciências humanas, muitas vezes enfrentam-se temas teórico-científicos que não nascem de uma problemática prática, mas que – importados como problemas típicos de outras culturas (com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico) – são inseridos num terreno no qual, a muito custo, se consegue reconhecer-lhes as premissas ou identificar os sinais de sua presença. Esse mecanismo de identificação ao nível ideológico parece típico das culturas subalternas, que participam com um papel marginal no jogo político-econômico geral que as determinam, adequando-se no plano ideológico-cultural antes de fazê-lo no plano prático-real. Graus diferentes de desenvolvimento na cultura correspondem a graus diferentes de desenvolvimento socioeconômico; isso significa que os problemas nascidos no terreno prático em países de alto nível tecnológico são assumidos como temas originariamente artificiais em países socioeconomicamente menos desenvolvidos.

Um exemplo desse fenômeno é a linguagem de uma parte dos nossos intelectuais, que quase nunca corresponde a uma prática real, mas é o resultado da adoção de culturas tomadas de empréstimo por realidades diversas, que são superpostas a um terreno no qual mal se vêem suas referências. A nova linguagem que vem a formar-se, não tendo nascido de uma realidade prática identificável e reconhecível em todos os níveis, torna-se patrimônio de uma elite restrita: uma espécie de código entre os poucos privilegiados que conseguem decifrar-lhe a mensagem. Dessa maneira, experiências puramente ideológicas projetam-se como reais, aumentando a ambigüidade da natureza dos problemas, que se revelam em

parte concretos e em parte artificialmente produzidos pela ideologia que os precede. Na prática, tudo o que é proposto como problema torna-se diferente daquilo que é causa da racionalização que se faz dele.

O problema dos desviantes, tal como se configura atualmente, é um exemplo prático disto: já crucial em países de alto nível tecnológico, mas não ainda considerado um fato concreto clamoroso na Itália, este foi importado para a nossa cultura mais como lema ideológico do que como problema real. Coisa, aliás, confirmada pelo fato de ter sido identificado como problema sociológico e não psiquiátrico, em transposição direta das mais recentes interpretações anglo-saxônicas sobre o assunto.

Na Itália o desviante, como aquele que se mantém no limite da norma, é categorizado e rotulado até hoje na figura do psicopata; por conseguinte, mantido dentro dos parâmetros de uma tipologia médica específica que ainda consegue contê-lo, dado o número relativamente reduzido de comportamentos anormais, no sentido usado pelos anglo-saxões. Isto é, o fenômeno se mantém no interior da ideologia de custódia (subproduto da ideologia médica), caracterizada pela natureza repressiva e violenta de uma ciência correspondente a uma fase arcaica do desenvolvimento do capitalismo.

Nos Estados Unidos, por outro lado, o problema já foi racionalizado num terreno multidisciplinar, em que a ideologia médica foi auxiliada pela sociológica, devido à necessidade de garantir a totalização do controle. Lá, o fenômeno se configura explicitamente como o resultado de uma exclusão/auto-exclusão para fora da produção, subvencionada pelas organizações assistenciais, e assim inserida no clima tolerante do capitalismo avançado.

O caráter repressivo-punitivo implícito na definição de psicopatia com a qual se continua, na maioria das vezes, a cata-

logar os desviantes na Itália pareceria, portanto, impedir qualquer possibilidade de cotejo entre as duas situações, que – movendo-se em diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico – são caracterizadas por diferentes níveis de problemas e de ideologias. Contudo, a ambigüidade da situação a ser analisada – o fato de se investigar um problema concreto que, entre nós, nasce como artificial – poderia dar-nos, na prática, a medida da função da ideologia científica, cuja natureza tem muito pouco a ver com a especificidade particular por trás da qual se oculta. O jogo poderia tornar-se mais explícito numa situação como a italiana, na qual – num nível de desenvolvimento socioeconômico diverso do americano, e portanto estando os problemas correspondentes numa fase diferente – dispomos de uma cobertura técnico-ideológica que ultrapassa a necessidade e as exigências da nossa realidade atual. A defasagem entre a ideologia e a prática que a primeira deveria cobrir, produzindo uma outra análoga, pode esclarecer o processo através do qual, em diferentes graus de desenvolvimento, a totalização do capital ou recorre às ideologias específicas para encobrir a natureza de suas contradições, ou cria contradições artificiais que, por sua vez, produzem uma realidade construída à imagem das ideologias já destinadas a enfrentá-la. A comparação entre duas situações diversas, tais como a italiana e a norte-americana, poderia assim ajudar-nos a esclarecer a função e o significado que as ideologias vêm a assumir, tanto como forma de encobrir quanto de criar os problemas.

Em suma, nos propomos aqui a tentar discernir, mediante a análise do problema dos desviantes, a natureza do fenômeno em seu surgimento, para que possamos compreender, seguindo-lhe os dobramentos, o mecanismo que o produz e ao mesmo tempo o resolve.

Normalmente, o complexo de regras que definem os valores de uma determinada sociedade em relação ao tipo de crenças, organização social, nível econômico e desenvolvimento tecnológico-industrial que a caracterizam estabelece as barreiras que lhe delimitam o terreno normativo. Trata-se, assim, de um conjunto de valores relativos, que ganham peso e significado absolutos no momento em que são infringidos.

Nesse sentido, torna-se difícil estabelecer o terreno específico dos desvios, pois este ainda se mostra aberto e subordinado ao juízo de valor que é feito dele. Quando se fala de psicopatia, o problema já está definido, visto que se especificam explicitamente os parâmetros médicos dentro dos quais ele é catalogado e encerrado. Mas, no caso do “desviante”, não existe uma qualificação precisa na qual se possa enquadrá-lo (ou melhor, ela ainda não está cientificamente sistematizada). O problema se apresenta, portanto, em parte ambíguo (pelos equívocos e arbítrios que pode provocar), e em parte ainda não-evidente em sua verdadeira natureza, no sentido de que não está totalmente identificado com a ideologia que foi construída a partir dele.

O que poderemos dizer sobre a definição de norma em nossa sociedade industrial – e que nos provém mais de uma análise da realidade cotidiana do que das definições teóricas dela extraídas – é que ela coincide explicitamente com a produção. Isso significa que qualquer pessoa que fique às margens desta se torna desviante. Aí está implícita, portanto, uma infração a valores que são confirmados e reforçados mediante a codificação científica de anormalidade para tudo o que os transgride, não tendo eles, em si, um caráter absoluto, a ponto de justificar atitudes tão discriminatórias. Nesse sentido, tanto para o psicopata quanto para o desviante, procuram-se e recolhem-se – sob a cobertura da documentação clínico-social – os elementos negativos e os aspectos deteriorantes da personali-

dade, a fim de estigmatizar um comportamento que, na origem, freqüentemente é menos desviante do que virá a ser posteriormente. Não exercer um papel ativo ou passivo na produção, ou rejeitar (por escolha ou por necessidade) o papel de consumidor, deve tornar-se – através da ideologia científica mais apropriada – algo que seja uma confirmação da norma e, ao mesmo tempo, dos seus parâmetros.

A análise do papel dos desviantes nos Estados Unidos nos permite compreender o quanto sua existência, como questionamento prático dos valores típicos de um país de capitalismo avançado, pode mostrar-se ameaçadora, sempre que não for reabsorvida dentro do jogo social. Se quem põe em discussão a norma e a definição dos seus limites puder conservar um papel ou uma figura social ativos dentro da comunidade, o perigo para a comunidade é constante, e inversamente proporcional à força de que ela dispõe para manter presenças antagonistas em seu seio.² Mas, no momento em que o número dos desviantes aumenta, a ponto de não se conseguir contê-los, é necessário absorvê-los de modo diferente no jogo geral: ou seja, convém absorver o desviante fazendo-o entrar, justamente enquanto desviante, numa categoria ideológica que deve simultaneamente defini-lo (e assim continuar a produzi-lo na exata forma necessária) e controlá-lo. O desviante como problema real (que evidencia a face perdedora do capital enquanto rejeição aos seus valores ou expressão de sua falência parcial) deve tornar-se o “problema” do desviante, segundo as características ideológico-reais de todo problema “científico” que requer técnicas e ideologias adequadas para resolvê-lo. Desse modo,

2 Na forma da democracia burguesa, o poder consegue manter sob controle as forças de oposição: o que possibilita a manipulação da situação. Assim, a tolerância diante das forças antagonistas é diretamente proporcional à segurança e à força do controle.

consegue-se transformar o desviante como expressão da face perdedora do capital, no problema do desviante como uma das muitas faces do capitalismo vitorioso, no sentido de que ele é assumido como problema técnico, para o qual estão prontas as soluções técnicas mais apropriadas.³

A ideologia do desvio como problema interno à dinâmica do capitalismo avançado serve, nesse caso, para confirmar a vinculação ao mesmo jogo social daquilo que nasceria como uma recusa deste (consciente ou não), reforçando ao mesmo tempo a posição do capital, que consegue anular as forças a ele opostas, ao racionalizá-las como problema ideológico.

De resto, o fenômeno é evidente também em outros aspectos da vida americana: por exemplo, o problema da pobreza e o dos negros podem ser considerados variantes do problema geral dos desvios. Tratam-se, de fato, de problemas reais, ideologizados mediante a racionalização que é feita deles e que lhes modifica a natureza.

O volume da mais recente literatura americana dedicada ao assunto é impressionante: aparentemente, isso pode se afirmar como uma repentina tomada de consciência quanto ao que está por trás da “sociedade do bem-estar” e como uma impiedosa análise das suas chagas. Na realidade, no momento em que são difundidos e explicitados como um problema do qual é preciso tomar conhecimento para que se possa enfrentá-lo, esses aspectos da sociedade americana perdem o caráter ameaçador com que se manifestavam e se tornam uma entidade abstrata (uma ideologia), através da qual se buscam soluções da mesma natureza.

3 Cf. a respeito as técnicas utilizadas pela psicanálise, pela psiquiatria social etc., as quais, nascidas como respostas a exigências práticas, transformaram-se posteriormente em instrumentos de manipulação, mediante a estereotipagem da dinâmica inicial.

reza.⁴ Deslocar um problema para uma dimensão ideológica, que produzirá uma realidade análoga à que ela encobre, é, portanto, o sinal da força do capital, que tende a totalizar-se nos níveis de produção e de controle.

A pobreza americana perde seu caráter ameaçador no momento em que o presidente dos Estados Unidos declara a “guerra à pobreza” como programa nacional e em que se criam organizações (FAO, Unesco, *Peace Corp* etc.) para tentar resolver uma só face do problema, dando com a mão visível aquilo que se continua a tirar com a mão oculta. As minuciosas investigações sobre o assunto, às quais estudiosos, sociólogos, antropólogos, psiquiatras e assistentes sociais passam a se dedicar, não passam de racionalizações subseqüentes, que servirão para ocultar cada vez mais a verdadeira natureza do problema.

De fato, o papel das ciências sociais no terreno prático cotidiano é bastante recente, e constitui antes o sinal da descoberta de um novo tipo de manipulação mais profunda e mais adequada (assegurando um controle maior) que o desejo de assistir os indigentes ou de resolver os problemas produzidos pelo sistema social que continua a ser aceito como um “dado” natural. O aumento dos serviços sociais pode, portanto, ter outra face além

⁴ Parsons, em seu *Sistema social*, quando sustenta a função da ideologia na relação entre cultura e contracultura (entre classe dominante e classe dominada), focaliza um ponto crucial da organização social, sem no entanto fornecer sua exata interpretação: “Se a cultura do grupo desviante (...) permanece uma ‘contracultura’, é difícil encontrar a ponte através da qual ela pode ganhar uma influência sobre círculos mais vastos. Essa ponte é fornecida sobretudo pelo terceiro elemento, isto é, pelo desenvolvimento de uma ideologia – ou de um complexo de crenças religiosas – capaz de realizar com sucesso sua pretensão de legitimidade, pelo menos nos termos de alguns dos símbolos da ideologia institucionalizada principal”. Se tal é a situação, o problema será ver como nasce essa ideologia, por quem é promovida e a que uso se presta, pois não parece assim tão certo que ela sirva de ponte entre cultura e contracultura a ponto de a segunda conseguir afirmar-se sobre a primeira, mas antes o contrário.

da explícita: isto é, servir à manipulação de um número cada vez maior de pessoas que fogem ao controle institucional do tipo tradicional.

O problema dos negros é análogo: torna-se menos ameaçador quando se reconhecem seus direitos e se admite que são excluídos. Mas isto não significa que estejamos assistindo a um processo real de mudança: o negro, o doente mental, o desviante, o pobre – faces diferentes do mesmo problema – por meio das ideologias que foram elaboradas, são agora reconhecidos também pela nova sociologia como “parte integrante” do sistema social. Mas não se trata da conquista de uma participação ativa no sistema social. Em vez disto, eles se tornam instrumentos úteis a toda a sociedade, em sua função de pertencermos à única “classe média” na qual é cada vez mais difícil identificar diferenças e distâncias, reduzida como está a uma dimensão homogênea totalmente controlada por um centro de poder cada vez mais restrito.⁵

Numa fase de capitalismo avançado, a ideologia da diversidade, que sancionava a inferioridade do outro mediante a afirmação da própria superioridade, já não é necessária, sendo a finalidade principal, agora, o nivelamento numa só classe média, o que permite um controle maior. A própria ideologia da sociedade enferma, com a qual se havia tentado sucessivamente encobrir as contradições do capital, foi abandonada. De fato, numa fase de totalização

⁵ Quando se afirma que quanto maior for o número de desviantes, menos desviantes eles serão, a única consequência lógica seria uma mudança da definição da norma e da natureza dos seus limites. Mas, se a norma está definida em termos de produtividade, não parece que o aumento dos desviantes tenha servido para deslocar ou modificar a natureza das suas fronteiras. O que se pode dizer é que os desviantes já foram absorvidos – em diferentes níveis – como novos sujeitos-objetos de produção, consumo e controle.

subseqüente, a distância entre são e doente foi-se reduzindo: de um lado, reconhecendo-se uma forma de produtividade também na doença (por exemplo, sua inserção em instituições dentro do ciclo produtivo⁶); de outro, enquanto isso, tendo a produção assumido aos poucos a forma do controle social.

Esse processo de racionalização ideológica, ainda em fase de desenvolvimento, é evidente no campo dos desvios. Nos Estados Unidos, faz-se coincidir a ideologia do desvio com o problema do deviante, o que conduz a uma identificação do desvio primário (que corresponde à exclusão da produção) com um desvio secundário de caráter ideológico.

Se analisarmos as interpretações mais atuais sobre o assunto, poderemos resumi-las nos seguintes termos:

1) desvio como limitação de funções, devido à impossibilidade, por parte de um indivíduo com deficiência física ou psíquica, de participar da vida social da qual foi excluído (desvio secundário decorrido de uma dificuldade primária);

2) desvio como produto da falta dos requisitos sociais necessários para ser aceito, assim como da educação e da cultura que informariam sobre os recursos sociais usufrutáveis (desvio secundário decorrido de um status social, que é um pré-requisito indispensável);

3) desvio localizável em indivíduos que, por idade ou por escollha (mendigos, velhos, jovens, *hippies* etc.), são excluídos ou se excluem do intercâmbio social (desvio secundário decorrido de uma recusa imposta ou escolhida).

Assim, o problema dos desvios é enfrentado fazendo-se coincidir o desvio primário com o secundário, de modo que, ocupando-se do secundário, despreza-se o primário que lhe é constitutivamente

implícito. Isto significa que não se enfrenta o problema real, mas o aspecto ideológico do problema, que é simultaneamente produzido e resolvido.

A constante que nunca é assinalada, embora presente nos três casos, consiste no fato de que os tipos de desvio descritos se verificam em indivíduos que, por motivos diversos, não participam da produção. Ou seja, trata-se de indivíduos que perderam ou nunca tiveram uma força contratual com as fontes produtoras. De fato, se a norma é definida em termos de produtividade, o desvio só pode ser definido de maneira análoga: a ideologia do desvio como problema sociopsiquiátrico só serviria então para alimentar a produção de um fenômeno, determinando-lhe a forma mais adequada à ilusão de resolvê-lo, sem que jamais se enfrente aquilo que o constitui.

Nos Estados Unidos, as medidas práticas adotadas, por exemplo, no campo sociopsiquiátrico, diante do problema dos deviantes, só vêm confirmar essa hipótese. Os novos *Community Mental Health Centers* têm a função de controlar – por meio da dilatação do problema da prevenção e do pós-tratamento – toda forma de desvio, dando-lhe ao mesmo tempo uma definição de caráter sociopsiquiátrico. Também aqui, a introdução do social, se visto a partir do ângulo da hipótese até agora utilizada, serve apenas para formular uma racionalização de tipo interdisciplinar para um fenômeno de origem diretamente socioeconômica. Uma vez que os deviantes acompanhados pelos *Community Mental Health Centers* são os negros, os porto-riquenhos, os judeus, os italianos – que, às margens da produção, são assistidos pelo *Welfare*, privados de um projeto que vá além da sobrevivência assegurada pelas organizações assistenciais, é claro que esses centros de saúde mental funcionam definitivamente como controle para aquela faixa de marginais que não pode ser absorvida em

6 Cf. a respeito o artigo "L'utopia della realtà", de F. e F. Basaglia.

instituições produtivas. Criando o problema sociopsiquiátrico do deviante como tema ideológico a ser identificado com o real, e sancionando sua inclusão na ideologia médico-social, se estabelecem os limites e as modalidades de ação do deviante, de modo a reduzir e eliminar qualquer significado implícito no seu comportamento. Na prática, trata-se de encontrar o modo de instrumentalizar o questionamento dos valores da nossa sociedade, implícito no próprio fato da existência dos deviantes, convertendo-o numa ulterior confirmação desses valores.

Na cultura americana, portanto, o deviante é absorvido no terreno de uma ideologia interdisciplinar que deveria garantir, de um lado, maior objetividade no tratamento e, de outro, a identificação da natureza social de todo problema humano. Mas, se as pessoas se limitam a considerar o social como o conjunto das interações ao nível psicológico e psicodinâmico, o que aparece como um ulterior alargamento do campo não passa de um giro circular dentro de um campo fechado, cujas fronteiras nunca são transpostas.

Assim, a função da ideologia do deviante corresponde perfeitamente àquela que – num grau diferente de desenvolvimento socioeconómico – é usada até hoje para as “personalidades psicopáticas”, onde estas resultam ainda controláveis mediante técnicas e instituições médicas. O que muda é o tipo de organização, a qual é transformada no momento em que o número dos chamados psicopatas aumenta, a ponto de tornar-se impossível controlá-los com técnicas puramente médicas, que comportariam a intermediação de um número enorme de pessoas. Por isso são necessárias novas formas de organização social que garantam o domínio sobre essas pessoas, por intermédio daquilo que é definido como a nova “abordagem interdisciplinar”: daí a dilatação do problema para o campo da ideologia sociológica, que pode sugerir modos de manipulação

de grupos mais apropriados e eficazes do que os propostos pela psiquiatria tradicional.

Agora, retrocedendo ao nível do desenvolvimento socioeconómico italiano (caracterizado por toda a gama dos estágios do desenvolvimento industrial), pode-se dizer que a cultura psiquiátrica oficial ainda se mantém coerente com a camada económica mais regressiva. De fato, a definição de doença e as instituições encarregadas de tratá-la alicerçam-se até hoje na violência e na repressão, sendo a tolerância o sinal da força e da consolidação típicos de uma fase subsequente do desenvolvimento do capital.

Nesse sentido, o problema dos deviantes, que começa a entrar na cultura italiana como tema ideológico pertinente à sociologia, encontra-se, ao contrário, totalmente ausente do panorama psiquiátrico, no qual ainda se apresenta sob a forma das “personalidades psicopáticas”, de competência da medicina. Entre nós, o problema do abnorme em geral continua sendo englobado numa sintomatologia clínica bem precisa, que se mantém dentro dos parâmetros nosográficos clássicos, de natureza quase sempre positivista. A ambigüidade criada a respeito disto pela classificação tradicional acadêmica – a definição, copiada da cultura alemã, das personalidades psicopáticas como personalidades que sofrem e fazem os outros sofrerem – só serviu para confundir, com um juízo de valores mais explícito, os níveis sobre os quais se move o problema. Ainda que a classificação tradicional se tenha fragmentado subsequenteiramente diante da irrupção das tendências psicodinâmicas e de outras teorias, o carácter classificatório das anormalidades psíquicas manteve-se mais ou menos dentro da ideologia médica, com o único resultado de criar novas e diferentes etiquetas para estigmatizar todo comportamento que se afaste da norma e, ao mesmo tempo, dos quadros das síndromes psiquiátricas clássicas.

As personalidades psicopáticas continuam realmente a representar, em nossa cultura médica, um dos capítulos mais ambíguos, controversos e dificilmente delineáveis da nosografia psiquiátrica, tanto que sempre foi difícil codificá-las num quadro sintomatológico exato e autônomo. De fato, a expressão "personalidade psicopática" é normalmente referida relacionada a indivíduos agrupáveis segundo algumas características peculiares:

a) uma precária inserção social, acompanhada por distúrbios de comportamento e por condutas quase sempre anti-sociais;

b) uma bagagem clínica que, embora nem sempre seja definível como patológica, não permite considerar esses indivíduos como normais.

Portanto, as personalidades psicopáticas são definidas como personalidades no limite da norma, caracterizadas por transtornos de comportamento, distúrbios afetivos, com tendência a condutas anti-sociais, remetendo-se geralmente o conjunto a anomalias de caráter, reportáveis a tipologias particulares. A psiquiatria italiana ainda se remete – quanto a isso – à subdivisão schneideriana dessas formas em dez grupos (por sua vez separados em subgrupos e em associações temporárias), em que o interesse classificatório supera qualquer finalidade.

Contudo, mesmo no caso da subsequente definição de personalidade sociopática, em que se leva em conta o elemento social como segundo pólo da relação, o abnorme continua a ser relacionado à infração de um esquema de valores (médicos, psicológicos ou sociais) que é aceito como natural e irreduzível, e jamais como algo relativo ao sistema social de que o indivíduo faz parte. Portanto, até nas interpretações em que o social começa a penetrar no terreno médico, está claro que ele se refere antes às consequências sociais que uma personalidade psicopática comporta do que às consequências das pressões que o social exerce sobre uma personalidade vul-

nerável, o que se mantém alinhado com a ideologia de custódia, que até hoje permanece na base das instituições psiquiátricas – mais dedicadas a tutelar e defender a "sociedade" do abnorme do que a tratar o doente e sua doença.

Assim, enquanto em outros lugares – particularmente nos países anglo-saxões, de nítida tradição pragmática – a psiquiatria se fazia acompanhar pela sociologia, devendo responder tecnicamente a exigências socioeconômicas explícitas,⁷ na Itália, onde a cultura médica continua a manter-se num nível de dependência e de atraso, davam-se os primeiros passos para sair dos rígidos parâmetros kraepelinianos. Todavia, o movimento conservava o caráter quase sempre ideológico, típico de toda cultura de importação, ao assumir temas como os propostos pela psicanálise e pela fenomenologia, que se mantinham a uma enorme distância da realidade a que deveriam referir-se.

Somente nos últimos anos houve tentativas – ainda não reconhecidas pela psiquiatria oficial – de reconduzir essa disciplina totalmente ideológica ao seu terreno prático, o que pôs em discussão suas premissas, denunciando os vínculos que se haviam evidenciado, em nível teórico e institucional, entre a situação socioeconômica e as chamadas ciências humanas, particularmente a psiquiatria.

Se excetuarmos, portanto, estas últimas experiências mais recentes – as quais, todavia, não fazem parte da cultura psiquiátrica oficial, que as ignora ou rejeita –, o panorama psiquiátrico italiano se apresenta bastante homogêneo, quase sempre ligado à velha tra-

7 Cf. a origem do movimento psiquiátrico comunitário inglês, iniciado após a Segunda Guerra Mundial, quando a Inglaterra, na particular situação econômica pós-bélica, precisava de mão-de-obra: foi então que nasceram as primeiras instituições psiquiátricas destinadas à reabilitação dos doentes mentais, em função de um país que necessitava de pessoas reabilitadas.

dição cultural de tipo positivista, ainda que novos "fermentos" estejam surgindo um pouco por toda parte, em nível institucional.⁸

Portanto, em nossa cultura, o problema dos desviantes ainda tem a face do psicopata, por trás da qual ressoa o eco das classificações de Lombroso, com seu claro objetivo de proteger os sãoos dos "maluquetes, loucos morais revolucionários", dos "revolucionários e delinquentes políticos por paixão", dos "anárquicos", para citar apenas algumas de suas definições, nas quais só é apontado o firme desejo de subverter a ordem constituída, tenazmente defendida por Lombroso.

Nessas definições não há equívocos: a ideologia médica serve de escudo a um julgamento político-moral que tem muito pouco a ver com a medicina. O que permite às definições científicas um genuíno caráter classista, sem coberturas ideológicas ou máscaras artíficiosas. A realidade é que as idéias dominantes são as idéias da classe dominante, a qual não tolera em seu seio elementos que não

8 O que caracteriza esses "fermentos" é o fato de eles nascerem como exigência prática, seja do público, que começa a reconhecer-se fruidor de um serviço inexistente, para além da pura função custodialista, seja do pessoal paraprofissional, que vislumbrou a possibilidade de um trabalho mais humano e menos degradante que o do carcereiro de prisioneiros sem culpa. Esses impulsos a partir de baixo começam de fato a agir — embora de maneira ainda fragmentária e isolada — no sentido de obrigar as entidades responsáveis a tomar posição e a formular programas relativos ao assunto. Todavia, o próprio fato de esses programas serem formulados pelas forças políticas em jogo define seus limites e sua natureza. Em geral, trata-se de programas pré-eleitorais que dificilmente se concretizam, projetados que são como intervenções a "longo prazo" para as quais não se prevêem fases experimentais que poderiam esclarecer o caminho mais idôneo a seguir. Ahias, formular um programa teórico de amplo raio é muito mais fácil do que projetar experimentos práticos e estudar, com base na realidade, seu desenvolvimento e suas consequências. Somente nesse plano pode-se ver a real vontade política de intervenções sociais: estabelecer novas leis e novos dogmas a serem impostos, sobre um terreno que ainda se move num nível arcaico, significa não querer responder com ações práticas às questões que se apresentam, preferindo-se criar um novo aparato teórico que, mais uma vez, permitia esconder a ausência de ação.

respeitem suas regras. Se assim não fosse — se o transgressor não viesse a ser punido — por que os outros deveriam observá-las, quando não se consegue reconhecer um interesse ou um valor em sua aplicação?

Seja como for, trata-se de julgamentos que podem encontrar uma justificação na época em que foram formulados (o atlas de Lombroso sobre *O homem delinquente* é de 1897). Porém, quando se lêem afirmações análogas num recentíssimo tratado de psiquiatria (1969), a coisa se torna um pouco mais dificilmente justificável. Pela classificação que se continua a fazer dos psicopatas, é evidente que o essencial é estigmatizar aquele que se desvia da norma com juízos de valor que destaquem sua amoralidade e seu desregramento dele.⁹ Qualquer coisa que o psicopata faça é sempre errada, porque o julgamento precede todas as suas ações como uma marca de fábrica: se um ato está errado, também estará errado o seu contrário, porque o erro inicial foi o de não ter aceito as regras do jogo (e as motivações para essa recusa podem ser de natureza diferente, mas não têm peso sobre o julgamento que se faz dela).¹⁰

Desse modo, define-se como hipertímico quem é otimista, exuberante até a euforia. Quem demonstra um altruísmo excessivo desberante sérias preocupações. Quem sustenta as próprias razões facilmente se encontra em combatividade, que pode degenerar-se em querelas ou litígios nos quais, dada sua inconsistência, freqüentemente não persevera. (Presença e ausência de litigiosidade têm aqui a mesma conotação negativa.) O deprimido terá características opostas às do hipertímico e, por isso, seu comportamento será estigmatiza-

9 Ainda estamos numa fase de desenvolvimento do capital em que a ideologia da diversidade é indispensável à manutenção da ordem geral.

10 A classificação não chega sequer a justificar-se com base na ausência de uma dialética interna ao comportamento do psicopata: o que tornaria um pouco mais admissível o juízo negativo para ambas as faces de sua conduta.

do. Depois há o fanático, definido como aquele que quer impor aos outros as próprias convicções, as quais ele apregea com toda a sua força; em contrapartida, um outro tipo de fanático limita-se a proferir as próprias idéias com a máxima fé e desdenhando os outros. Nesse grupo talvez se enquadre o psicopata paranóico... no qual se encontram os seguintes elementos essenciais: hipetrofia do Eu, desconfiança para com os outros, egoísmo e suscetibilidade.

A distância em relação a Lombroso é mínima. Há os psicopatas volúveis ou instáveis, os aéticos (falta-lhes qualquer sentimento superior e qualquer capacidade de apreciação moral)... o conceito de psicopatia aética é muito próximo do de "loucura moral" dos velhos autores. O histriônico é também definido como maníaco pela notoriedade. O psicopata, em suma, é desprovido de vontade, tem uma má adaptação dentro do grupo sociocultural... insuficiência de empatia, ou seja, de uma participação afetiva com o próximo... é frio, desprovido de moral (embora freqüentemente mascarado por trás de afirmações teóricas e ilusórias que soam como inspiradas por uma intensa vida interior); jamais acusa sentimento de culpa, é incapaz de lealdade, de firmeza... qualquer ação ou decisão parece improvisada, fragmentária, descontínua... falta-lhe, em suma, "estilo" em seu modo de existir, em seu estar no mundo.

Se essas são as definições do mais recente tratado italiano de psiquiatria em matéria de psicopatia, a mais recente intervenção num congresso internacional de psiquiatria social sobre o tema do devio, não é, em suas conclusões, radicalmente diferente – mesmo sendo a última palavra da ciência do capitalismo avançado. De fato, a inocência classificatória do primeiro coincide perfeitamente com a astúcia multidisciplinar do segundo; isso significa que, a cada fase do capitalismo, corresponde uma "virada" da psiquiatria social.

Enquanto a energia muscular e as capacidades individuais eram as bases sobre as quais se construía a civilização, as

doenças e a impossibilidade de dedicar-se a atividades laborativas excluíam o indivíduo do ganho que a sociedade podia oferecer... Mas, depois de meados do século XX, a energia atômica e a automação modificaram a ética do trabalho típica da civilização ocidental. Hoje, as pessoas são incitadas a se aposentarem cedo; os ganhos obtidos com o trabalho são mais taxados em relação aos que provêm do capital; as novas organizações do Welfare e a assistência para os desempregados estimulam as pessoas a deixarem o campo produtivo... De uma civilização de ação, nós nos deslocamos para uma cultura de imagem. Como a importância do homem enquanto energia muscular foi reduzida, os padrões relativos ao comportamento humano baixaram e a tolerância quanto à psicopatia aumentou... No mundo moderno, a responsabilidade pelos próprios atos e o controle informal do grupo interno (ingroup) foram substituídos por uma responsabilidade coletiva impessoal e pelo controle do outgroup... Desta forma, os crônicos, os marginais e os inábeis sociais que não têm família, e que antes eram confiados às organizações caritativas e religiosas, agora passaram à competência das organizações de saúde governamentais e do Welfare... Do deslocamento da responsabilidade decorre, para as pessoas improdutivas, uma mudança de status. Na velha estratificação vertical da sociedade, cada casta ou classe caracterizava-se por um grande centro e por um grupo marginal menor. Quem tentava ser membro da classe imediatamente superior devia antes aceitar um status marginal, e somente num estágio subsequente visava tornar-se membro do grupo central. A mobilidade social consistia, então, numa combinação de movimentos verticais e horizontais. Mas na sociedade pós-industrial, desprovida de classes, a mobilidade social consiste em movimentos horizontais em direção à e a partir da estrutura de poder. Assim, a população moderna é formada por um grupo central que compreende governo, indústria, finanças,

ciência, engenharia, setores militares e instrução. Em torno desse centro gira um círculo de consumidores de bens e serviços, organizados por quem está no centro. A seguir, na periferia, ficam os marginais que não têm nenhuma função significativa em nossa sociedade.¹¹

Uma vez alcançada a unificação total em torno do centro de poder (favorecida pela ideologia de um interclassismo que, todavia, conserva em seu seio a elite tecnocrática dominante), o autor reconhece na faixa dos marginais uma subdivisão, considerada interna ao jogo social: os hippies e os contestadores.

Os primeiros rebelam-se contra a sociedade do consumo, desprezam os bens materiais e buscam alcançar a própria realização pessoal e o desenvolvimento da experiência interior. Seu interesse pelo refinamento da percepção e da imaginação foi sustentado pelo uso de drogas que dão uma abertura mental... Em muitos casos, os hippies vivem do 'Welfare' e, por sua conduta anti-higiênica, com as doenças venéreas e o tráfico de drogas, representam um perigo para a saúde pública.¹²

Os contestadores, ao contrário, batem à porta do establishment para impor sua voz na organização da universidade. Opõem-se à tecnologia do homem; enfatizam a diversidade cultural, e exigem um confronto aberto. Se seus pedidos não forem aceitos, entregam-se a atos destrutivos, na tentativa de romper a estrutura organizacional.¹³

11 J. Ruesch, comunicação ao congresso organizado pela World Federation for Mental Health and Social Psychiatry (International Multidisciplinary Federation), "Towards a Healthy Community", Edimburgo, 3-5 de setembro de 1969, sobre o tema "Social Disability: The Problem of Misfits in Society".

12 Idem.

13 Ibidem.

Portanto, aos olhos de Ruesch – novo tecnocrata do poder – os marginais não são o resultado de uma degeneração constitucional ou de uma alteração do elemento orgânico. Sua análise vai além desses parâmetros de tipo arcaico, envolvendo a organização social que determina o homem. Ele dá uma visão clara e impiedosa do "ponto a que chegamos no panorama contemporâneo", onde as coberturas ideológicas foram temporariamente deixadas de lado, pela exigência de um exame da realidade, além do qual seja possível tomar medidas mais adequadas às necessidades. Obviamente, o limite dessa análise – aliás, utilíssima por sua lucidez e sua clareza – é o de considerar o panorama contemporâneo como um "dado", e não como o produto de um certo tipo de organização econômico-social. A análise é perfeita, sem máscaras nem ilusões, e deixa entrever – para quem quiser – o significado do discurso.

O centro da sociedade pós-industrial é formado por pessoas que possuem habilidades simbólicas – tanto verbais quanto matemáticas – e que podem usar tais habilidades no campo da propaganda, na programação de computadores, no controle das finanças e na estruturação da ordem social. A característica que distingue o monopólio simbólico moderno em relação ao das classes aculturadas do passado é que sua nova tarefa requer inteligência... Agora que a máquina substituiu o trabalho físico, e como possuímos fontes de energia ilimitadas, as habilidades físicas já não têm muito valor, ao passo que o pensamento racional e a possibilidade de obter informações tornaram-se da maior importância. Infelizmente, porém, nem todos são dotados de uma inteligência adequada a enfrentar sistemas simbólicos complexos, nem vivem desde a infância em ambientes que possam favorecer um desenvolvimento de tal gênero... Infelizmente, muitos se matriculam no liceu ou na universidade acreditando que a instituição os faça aprender as capacidades simbólicas. Mas

uma instituição orientada para a educação de massa não pode fornecer um sistema de ensino capaz de transmitir o refinamento simbólico, os ritos de conduta ou a habilidade nas relações pessoais. Essas capacidades humanas devem ser aprendidas na primeira década de vida, no seio da família. O que se pode aprender na segunda e na terceira décadas de vida é uma variação do que se aprendeu antes. Os cursos universitários são habitualmente difíceis de seguir e os estudantes, se ainda não dispuserem de habilidades simbólicas, não podem fazer frutificar aquilo que lhes é oferecido. A reação é de decepção, decepção que se concretiza no pedido de um tipo de instrução mais adequada às suas experiências cotidianas. Eles não desejam conhecer o que está ao seu alcance: e o que demandam como instrução não os prepara para fazer parte do centro da sociedade pós-industrial. Esse é o dilema.¹⁴

Tais considerações levam o problema do desviante a um grau evidentemente paradoxal, sem recuar diante das interrogações estáticas sobre o desvio quase universal. "Quanto são os socialmente inábeis, quantos os marginais, e quantos pertencem ao centro da nossa sociedade pós-industrial?" As estatísticas citadas por Ruesch são assustadoras.

Segundo uma tabela relativa à população dos Estados Unidos em 1965, num total de 193.818.000 habitantes, 6,583 por cento – ou seja, 12.759.884 – são reconhecidos como inábeis sociais (doentes mentais, pessoas com deficiências orgânicas, obrigações penais, problemas de droga, alcoolismo, suicídios); enquanto 13,220 por cento – ou 25.622.743 – são reconhecidos como desapitados potenciais (velhos, desocupados, imigrantes, pessoas levemente retardadas mentais ou em vias de reabilitação).

14 Ibidem.

Segundo as estatísticas de Ruesch, obtidas do US Department of Commerce, *National Committee Against Mental Illness*, o total global das pessoas excluídas da produção e em perigo de serem excluídas chega a 19,803 por cento da população, ou 38.382.627.

Ruesch prossegue:

Vejamos agora o centro da nossa sociedade. As qualificações para admissão à educação superior são muito severas. Procedimentos de seleção automática reduzem os inscritos em universidades, institutos profissionais, cursos preparatórios, trabalhos de rotina ou serviço civil. Quem obtém uma boa pontuação freqüente escolas de prestígio que abastecem o complexo militar-industrial-científico; os que obtêm uma pontuação inferior prosseguem em instituições que os conduzem ao governo, à educação e à pequena finança. Ambos os grupos constituem o centro moderno da sociedade... Atualmente, essas figuras centrais, caracterizadas por Q.I. superiores a 111, gerenciam e provêem a civilização tecnológica. Em torno deles giram cerca de 49 por cento da população adulta que teve pelo menos um ano de educação secundária. Essas pessoas se dedicam a numerosos serviços e consomem os bens e serviços capitais.

Passemos agora aos marginais, à periferia. Cerca de 33 por cento da população adulta estudaram somente até o primário, e na economia moderna há poucos trabalhos ao alcance deles. Junto com os inábeis, os doentes e os ineptos, os não-ocupáveis vivem de doações públicas e privadas, e seu papel limita-se essencialmente ao consumo dos serviços do Welfare e da assistência de saúde.¹⁵

15 Ibidem.

As cifras falam por si só:

*Se traduzirmos esses percentuais relativos à população adulta em cifras correspondentes à população inteira dos Estados Unidos, o centro representa somente 10 por cento, enquanto o grupo central compreende 25 por cento... Os doentes (entre os quais estão incluídos os velhos), os ineptos e os jovens formam 65 por cento, ou dois terços da população total. Esse grupo pode ser definido como "o mundo do ócio".*¹⁶

Entre as conclusões práticas do autor, lê-se:

- Devemos aumentar a tolerância diante da conduta desviante nas situações humanas, restringindo a tolerância institucional para o comportamento desviante nas situações técnicas: ninguém deveria sofrer por incompetência, negligência e má-vontade.

- Devemos substituir as velhas rotinas, que davam um papel social às pessoas de inteligência limitada e de limitada capacidade de relacionamento interpessoal, por novas rotinas que lhes dêem um lugar na sociedade.

- Prevedo que o centro altamente qualificado da sociedade tecnológica permanecerá orientado para o trabalho, enquanto as massas deverão ser orientadas para o ócio, deveremos mudar nossos cursos escolares e o tipo de educação, a fim de preparar a sociedade para essa inversão de papéis. No passado, as classes superiores se divertiam, enquanto as classes inferiores trabalhavam.

- Na fase de transição entre a ética antiga, que reconhecia um valor nas iniciativas particulares, no rendimento de habi-

*lidades, no conhecimento e na superioridade individual, e as novas éticas, que reconhecem como valores o coletivismo, a máquina, as sensações e as imagens, encontraremos muitos que não se adaptam nem ao velho mundo nem ao novo. É esse grupo marginal que se tornou um novo desafio para as disciplinas da saúde mental.*¹⁷

A realidade descrita pela análise de Ruesch corresponde, de fato, à realidade produzida pelo capital tendencialmente total, habitualmente escondida sob capas que mascaram sua verdadeira natureza. O desviante como problema real torna-se aqui a ideologia do desvio, a qual, por sua vez, se concretiza na sistemática proposta de substituições do desvio, cada vez mais correspondentes à necessidade de manipulação, presumivelmente resolutiva, mediante o falso dilema "sociedade anômica ou Comunidade Terapêutica". O mundo real-ideológico de Ruesch é a imensa sociedade anômica como Comunidade Terapêutica, em que o interclassismo aparente oculta a força de um centro de poder cada vez mais reduzido, propondo novamente uma espécie de feudalismo tecnocrático.

Mas, em relação ao velho feudalismo, a enorme classe média que se encontra dominada e determinada pelo poder central já não tem consciência da própria escravidão, pois a totalidade da escravidão constitui o novo conceito de patronato: o novo senhor não é senão a totalidade dos servos. De fato, o percentual de desviantes proposto por Ruesch – de 6 a 65 por cento – acaba destruindo a própria definição de desvio: aos 25 por cento de colarinhos-brancos correspondem os 65 por cento de colarinhos-negros que os primeiros tenderão a destruir sistematicamente, mediante as ideologias e as instituições mais adequadas a elas.

¹⁶ *Ibidem.* Como chamar de "mundo do ócio ou do prazer", neste caso, 65 por cento de uma população que não tem alternativa afora o não-trabalho?

¹⁷ *Ibidem.*

O que convém analisar e compreender, portanto, é o processo pelo qual o capital consegue transformar a contradição – que ele não pode deixar de produzir dentro da sua dinâmica – no objeto da sua auto-reparação (numa sua confirmação ulterior), a fim de começar a compreender como se desenvolve, na prática, a transformação do real numa realidade-ideologia que deve produzir a face dupla da realidade, por meio da criação das qualidades mais adequadas a essa perpétua transformação. O homem é obrigado a tornar-se aquilo que não é, até que aquilo que ele é obrigado a tornar-se esteja identificado com sua natureza humana. Vive-se aquilo que nos tornamos como realidade real, e a ciência não faz senão fornecer justificativas e verificações práticas para a irreabilidade real do produto.

Nesse contexto, nossa tarefa ainda é a de desvelar no terreno prático as fases desse processo, recusando-nos a nos identificar com aquilo que somos obrigados a nos tornar.

A maioria desviante¹

No âmbito das ciências humanas, enfrenta-se muitas vezes problemas teórico-científicos que não nascem diretamente da realidade em que se age, mas são importados como problemas típicos de outras culturas (de níveis diferentes de desenvolvimento), transferidos para um terreno em que se identificam os sinais de sua presença na condição de um requisito de um preciso reconhecimento crítico. Esse mecanismo de identificação ao nível “ideológico” parece típico das culturas subordinadas, que têm uma função marginal e dependente no jogo político-econômico geral pelo qual são determinadas, e do qual participam segundo graus diferentes de desenvolvimento. A um nível socioeconômico determinado correspondem, de fato, definições culturais diferentes; isto significa que os problemas nascidos em países de alto nível tecnológico e industrial são assumidos como temas artificiais nos países socioeconomicamente menos desenvolvidos.

Assim, a linguagem intelectual muitas vezes resulta da absorção de culturas tomadas de empréstimo a realidades diversas, tornando-se patrimônio de uma elite restrita, uma espécie de código entre os privilegiados que conseguem decifrar-lhe a mensagem e descobri-lhe as referências. Dessa maneira, aumenta-se a ambigüidade da natureza dos problemas, que se revelam concretos e, ao mesmo tempo, artificialmente produzidos: isto é, tornam-se “realidade” através da racionalização ideológica que se faz deles.

¹ In: *La maggioranza deviante*, Turim, Einaudi, 1971. Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

Examinemos o fenômeno dos desvios. Já crucial e decisivo nos países de grande desenvolvimento industrial, mas não tendo ainda explodido na Itália, ele foi importado para nossa cultura como tema ideológico de um problema, em outros lugares, real.

Entre nós, o desviante, como aquele que se encontra fora da norma ou no limite dela, é mantido dentro da ideologia médica ou da judiciária, as quais conseguem contê-lo, explicá-lo e controlá-lo. O pressuposto, aqui implícito, de que se trata de personalidades originariamente abnormes permite a absorção destas no terreno médico ou penal, sem que o desvio – como recusa concreta a valores relativos, propostos e definidos como absolutos e imodificáveis – comprometa a validade da norma e dos seus limites. Nesse sentido, a ideologia médica ou a penal servem aqui, mediante a definição de anormalidade original, para conter o fenômeno, transpondo-o para um terreno que garanta a manutenção dos valores de norma. Não se trata de uma resposta técnica a um problema de caráter especializado, mas sobretudo de uma estratégia defensiva, voltada para a manutenção do *status quo*, em todos os níveis. A ciência, nesse caso, cumpre sua função, fornecendo codificações e etiquetas que permitem a nítida separação do abnorme em relação à norma.

Tal fato mostra-se evidente na aliança original da psiquiatria com a justiça. O psiquiatra, no cumprimento de seu mandato profissional, é simultaneamente médico e tutor da ordem, no sentido de que, em sua ação presumivelmente terapêutica, expressa tanto a ideologia médica quanto a penal da organização social de que é membro operante. É-lhe reconhecido o direito de efetuar todo tipo de sanção mediante o aval que a ciência lhe dá, por um pacto arcaico que o liga à tutela e à defesa da norma.² Por isso, em nossa cultura, o

² Quando o psiquiatra ordena que um doente seja contido, é a ciência que avalia e justifica todo ato dele, mesmo que este seja explicitamente uma declaração de impotência.

fenômeno dos desvios se mantém incluído no âmbito de um conhecimento e de uma prática de natureza repressiva e violenta, correspondente à fase de desenvolvimento do capital em que o controle ainda se manifesta sob formas retrógradas e rígidas, no estigma do psicopata e do delinqüente.

Por outro lado, nos Estados Unidos, que tomamos aqui como exemplo paradigmático para comprovar as teses que estamos sustentando, o problema foi racionalizado num terreno multidisciplinar de natureza diferente, em que a ideologia médico-judiciária foi-se identificando com a sociológica, por causa da necessidade de promover e garantir a totalização do controle de um fenômeno que se vai disseminando com um explícito questionamento dos valores sociais da norma. Lá, a definição de anormalidade original já não é suficiente para explicar e conter um fenômeno que se configura, explicitamente, como resultado de uma exclusão/auto-exclusão para fora da produção, enfrentadas e parcialmente absorvidas pelas organizações sociais de assistência, presentes na tolerância repressiva do capitalismo avançado. Foi a pressão dessas contradições que obrigou a uma tomada de posição global, concretizada na lei Kennedy de 1963, que reconhece o problema da saúde mental como problema eminentemente social. Chegou-se à compreensão de que, diante da produção, a morbosidade pode tornar-se – exatamente como a saúde – um dos pólos determinantes da economia geral do país. Isso é demonstrado pela absorção, no ciclo produtivo – mediante a criação de novas instituições terapêutico-assistenciais – das faixas de “marginais” que antes estavam excluídas, permitindo e assegurando seu controle social, como controle técnico.

As teorizações científicas sobre o desvio, nascidas na cultura inglesa e na americana como resposta a uma realidade em ação e importadas pela Itália, assumem definitivamente o significado de

uma ideologia de reposição,³ sempre que não se verificarem em nosso terreno prático, numa ação que lhes define as premissas, a natureza, os limites e as consequências em relação à nossa realidade. Nesse caso, a nova ideologia de tipo sociológico vem superpor-se às arcaicas ideologias psiquiátricas, como uma reserva potencial de elaborações ideológicas ulteriores. Assim, o estigma genérico de desvio passa a substituir o de psicopatia-delinquência, mais específico e mais violento. Os rígidos parâmetros da ciência médica ficam suavizados pela entrada em campo das chamadas ciências humanas, que no entanto não modificam a essência do fenômeno, mas alargam-no em uma totalização indiferenciada e falsa que parece unir os opostos, sem na realidade enfrentar o problema de suas mútuas diferenças e relações.

Entre nós, contudo, o nível de desenvolvimento do capital ainda não tende a exprimir-se em sua dimensão total e, portanto, não se exige um tipo de controle totalizante. Aqui, a *ideologia da diversidade*, na qual se baseia a definição de anormalidade original com que se classifica a estrutura da personalidade do deviante-psicopata, ainda é suficiente para garantir, por contraste, a integridade dos seus valores.

Os projetos de reforma apresentados, boicotados, retirados, reapresentados; as linhas de ação teoricamente aceitas e nunca postas em prática; a ausência de uma programação real que parta da nossa situação para responder, concretamente, às nossas exigências; a ausência de planos experimentais que verifiquem a validade e a utilidade real dos novos programas; a adequação às novas teorias, sem que os atos modifiquem a situação sobre a qual deveriam incidir, e sobretudo a conservação das instituições em sua constante fun-

ção repressiva de controle constituem a demonstração da impossibilidade de uma ação de renovação técnica que não se imponha como necessidade econômica. É impossível – enquanto não necessário ao capital – adequar um nível de desenvolvimento a outro nível em que as novas ideologias técnico-científicas operam em resposta a exigências socioeconômicas específicas, como correspondente racionalização destas. Ou, para sermos mais claros, torna-se impossível adotar sistemas de controle social de tipo mais avançado quando, sob muitos aspectos, os velhos ainda são suficientes.

O manicômio, a prisão, a escola, as instituições que provêem ao controle dos desvios etc., correspondem ao tipo de repressão adequada ao nosso nível de desenvolvimento socioeconômico. O resto – o uso da nova linguagem técnica que não corresponde à realidade – é fruto de uma importação ideológica que, mediante a adequação formal às novas técnicas, prepara o terreno para aquilo que deverá ser o novo tipo de controle, necessário quando nossa realidade econômica também se modificar, segundo a lógica do capital. Por isso, a nova linguagem agora adotada pelos técnicos – linguagem nascida alhures como resposta técnica e ao mesmo tempo econômica para a realidade socioeconômica que foi amadurecendo – limita-se aqui a recobrir a velha, conservando desta, sob as novas definições formais, a mesma natureza, que somente uma ação prática real poderia subverter. Porém, quanto mais a distância entre a linguagem e a realidade aumenta, tanto mais será preciso confiar-se às palavras e à sua ambiguidade constitutiva.

Uma clara demonstração disto é o que se verifica nas programações relativas à assistência psiquiátrica de muitas administrações públicas. O caso ocorrido na província de Veneza parece um exemplo preciso do modo pelo qual também a nova ideologia, como opção técnico-cultural, serve para garantir a inação, que corresponde a uma opção político-econômica específica.

³ Este conceito de ideologia de reposição foi elaborado em discussões com Gianni Scailia.

O Hospital Psiquiátrico da cidade está situado em duas ilhas des-tacadas do contexto urbano, dada a particular configuração de Veneza, provincial. Trata-se de duas antigas construções que, como toda a cidade, passam por um estado de grave precariedade.

Em 1967, a administração pública da província local publicou um edital de licitação para a construção de um novo hospital psiquiátrico em terra firme. O edital, pela primeira vez na Itália, exigia a construção de um hospital aberto, nos moldes de uma comunidade terapêutica. Apesar de todas as reservas quanto a essa modalidade de assistência, sempre que se apresenta como modelo resolutivo do problema psiquiátrico, a existência de um edital de concorrência que reconhecia implicitamente um novo status social para o doente mental, antes que uma nova lei o definisse, podia revelar-se um precedente de certo peso na situação manicomial italiana de então. Escolheram-se os projetos vencedores, mas, no momento em que se deveria proceder à construção do hospital, para o qual a área já fora adquirida, os administradores descobriram – documentando a descoberta num congresso nacional que teve o aval das autoridades políticas e científicas – que a construção de um novo hospital psiquiátrico perpetuaria o estereótipo da doença mental na institucionalização do doente.

A recusa ao Hospital Psiquiátrico como “fonte de doença” – recusa válida para qualquer programação psiquiátrica que parta do zero – não pode, contudo, ignorar a existência de mais de cento e cinquenta mil internados em nossos manicômios, cujas condições higiênico-sanitárias e assistenciais específicas são conhecidas. A teoria podia, porém, mostrar-se útil como oportunidade para, mais uma vez, deixar de lado o problema do hospital e abraçar as novas teses mais “modernas” da psiquiatria de setor, projetada para fora, as quais permitiam remeter todo o problema da assistência psiquiátrica a uma programação subsequente. A última novidade é a de

que os dois hospitais psiquiátricos de Veneza estão desabando ao mesmo tempo. Para além do jogo político que a denúncia da crise e dos desabamentos hospitalares poderia esconder, a administração pública local, na hora em que se vê acertando contas com as contradições que produziu, não consegue encontrar outra solução afora a eliminação dos doentes, mediante a distribuição deles pelos diversos hospitais, e a organização de uma nova comissão de estudos para a realização dos novos programas da assistência psiquiátrica.

O artigo de um jornal local, que transcrevemos a seguir, fornece um quadro exato da situação.

O problema dos manicômios. Três soluções para os doentes de San Clemente. Corre-se contra o tempo, na Ca' Corner, para encontrar o espaço necessário à “emigração” forçada dos doentes mentais do hospital psiquiátrico cujas estruturas de alvenaria, como foi dramaticamente anunciado na tarde de ontem pelo assessor Mario Vianello, estão periclitantes. Noventa doentes já foram transferidos para os corredores e ali são assistidos; outros 480, aproximadamente, deverão ser transferidos dentro de dois meses; todo o hospital psiquiátrico deverá estar evacuado daqui a seis meses.

São conhecidas as perspectivas de solução: obter acolhida em unidades hospitalares da cidade e da província, requisitar um hotel ou um edifício com a mesma capacidade receptiva, construir unidades psiquiátricas em terra firme. No momento, quarenta e oito horas depois do “relatório” Vianello ao Conselho Provincial, as possibilidades de solução do problema são as seguintes:

– transferência de cerca de trezentos doentes “de longa permanência, crônicos tranquilos” para instituições de assistência: trata-se de gente que, por razões sociais, e mesmo já não necessitando de assistência psiquiátrica, permaneceu em hospital psiquiátrico;

— para os verdadeiros doentes mentais, o problema é mais difícil: como existem poucos médicos psiquiatras, é necessário que a trans-ferência dos doentes seja efetuada 'em bloco', isto é, incluindo os médicos e os enfermeiros. Para esse êxodo forçado, é preciso dis-por de um grande edifício, que, segundo consta, já teria sido esco-lhido. Nesse caso, estaria garantida a 'continuidade terapêutica', e a transferência seria menos chocante do que uma diáspora desorga-nizada;

— iniciar logo a construção de unidades psiquiátricas em terra firme, nas áreas já adquiridas pela Província no Plano de Programa-ção e Descentralização dos Serviços Assistenciais. Poderia ser em-pregada a construção industrializada (pré-fabricados funcionais e "garantidíssimos"): as unidades estariam prontas ao cabo dos seis meses segundo técnicos que descobriram o desgaste das traves de San Clemente;

— os diretores dos hospitais públicos da província prometeram ao médico provincial prof. Sigigia dar logo uma resposta sobre a requisição de vagas-leito e de unidades para os doentes mentais" (*Il Gazzettino*, Veneza, 5 de fevereiro de 1970).

Não se teme admitir que trezentos doentes não são, na realidade, "doentes verdadeiros", mas estão mantidos em hospital psiquiátri-co, sob as rígidas regras da internação, simplesmente porque não existem soluções sociais adequadas a eles, que enquanto isso con-servam a etiqueta de doenças das quais não sofrem, ou são defini-dos como psicopatas associados etc., confirmando-se mais uma vez o estreito vínculo entre ordem pública e psiquiatria.⁴ Declara-se que faltam recursos para resolver a presente situação, quando, há ape-

4 Cf. E. Goffman, "Mental Symptoms and Public Order". In: *Disorders of Communication*, Research Publications, "Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease", 7-8 de dezembro de 1962, The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1964.

nas um ano, tinham sido elaborados vastos programas 'de longo prazo' e tinham sido feitas declarações de princípios sobre a esco-lha do tipo de assistência mais moderno e correspondente às exi-gências atuais, envolvendo autoridades acadêmicas e políticas num acordo nacional (como dissemos acima, quanto mais aumenta a distância entre as palavras e a realidade, mais será preciso confiar-se às palavras e à sua ambiguidade constitutiva).

A contradição fica evidente para os próprios administradores, obrigados a justificar alhures sua conduta, recordando "a capacida-de demonstrada nas mudanças de programa, para adequar-se às conquistas sempre novas da moderna psiquiatria"; isto, sem deno-tar o menor desconforto na obstinação em manter um aparato teó-rico, volta e meia diferente, que contrasta de modo estridente e dramático com uma realidade imodificada.

Esse é um exemplo dos embargos relativos ao problema institucional específico. Mas a própria cultura psiquiátrica oficial ainda se mantém coerente com a situação econômica mais regressi-va. Se analisarmos as elaborações teóricas nas quais se baseia o aparato psiquiátrico tradicional, a definição de doença está até hoje alicerçada na violência e na repressão, exatamente como as institui-ções destinadas à custódia e ao tratamento. Codificações discriminantes, diagnósticos que adquirem o significado de um pre-ciso juízo de valor, definições de estados mórbidos que se transfor-mam em "estigma" são a evidência daquilo que ainda está por trás da nossa cultura psiquiátrica: a ideologia da diversidade como exas-peração da diferença entre os opostos, saúde e doença, norma e desvio.

Em nossa cultura, o problema dos desvios, que se vem apre-sentando como tema pertinente à sociologia, está ausente do âm-bito disciplinar da psiquiatria, no qual aparece sob a forma das "personalidades psicopáticas", de competência da medicina. Isto

é, o "abnorme" continua sendo englobado numa sintomatologia clínica bem precisa, que se mantém dentro dos parâmetros nosográficos clássicos, de natureza positivista. O equívoco criado pela classificação tradicional – a definição, copiada da cultura alemã, dos psicopatas como "pessoas que sofrem e fazem os outros sofrerem" – serviu para confundir, com um juízo de valores mais explícito, os termos do problema. O caráter classificatório das anormalidades psíquicas manteve-se dentro da ideologia médica, mesmo diante da irrupção das tendências psicodinâmicas e de outras teorias, tendo como único resultado a criação de novas e diferentes etiquetas para estigmatizar todo comportamento que se afaste da norma e, ao mesmo tempo, dos quadros das síndromes psiquiátricas codificadas.

Em nossa cultura médica, as personalidades psicopáticas continuam a representar um dos capítulos mais ambíguos, controversos e dificilmente delimitáveis da nosografia psiquiátrica, tanto que sempre foi difícil definir o exato e autônomo quadro sintomatológico. Normalmente, essa expressão é referida a indivíduos agrupáveis segundo algumas características peculiares:

a) uma precária inserção social, acompanhada por distúrbios de comportamento e por condutas quase sempre anti-sociais;

b) uma bagagem clínica que, embora nem sempre seja definível como patológica, não permite considerar esses indivíduos como normais.

Portanto, as personalidades psicopáticas são definidas como personalidades no limite da norma, caracterizadas por transtornos de comportamento, distúrbios afetivos, com tendência a condutas anti-sociais, remetendo-se geralmente o conjunto a anomalias de caráter, reportáveis a tipologias particulares. A psiquiatria italiana ainda se remete – quanto a isso – à subdivisão schneideriana dessas formas em dez grupos (por sua vez separados em subgrupos e em

associações temporárias), em que o interesse classificatório supera qualquer finalidade.

Contudo, mesmo no caso da subsequente definição de personalidade psicopática, na qual se leva em conta o elemento social como segundo pólo da relação, o abnorme continua a ser relacionado à infração de um esquema de valores (médicos, psicológicos e sociais) que é aceito como natural e irredutível, e jamais como algo relativo ao sistema social de que o indivíduo faz parte. Está claro que essa dimensão, nas interpretações em que penetra no terreno médico, refere-se principalmente às seqüências que uma personalidade psicopática comporta, mais que às pressões sociais de que esta é objeto, mantendo-se assim alinhada com a ideologia custodialístico-punitiva que até hoje está na base das instituições destinadas a preservar a norma.

Portanto, em nossa cultura o problema dos desviantes ainda carega o estigma do psicopata, por trás do qual ressoa o eco das classificações de Lombroso, com seu claro objetivo de proteger os sons dos malvuetes, loucos morais revolucionários, dos "revolucionários" e "delinquentes políticos por paixão", dos "anárquicos", para citar apenas algumas de suas definições, nas quais só é apontado o firme desejo de subverter a ordem constituída, tenazmente defendida por Lombroso.

Nessas definições não há equívocos: a ideologia médica permite um julgamento político-moral que reconhece nas definições citadas um genuíno caráter classista, sem coberturas ou máscaras artificiosas. A realidade é que as idéias dominantes são as idéias da classe dominante, a qual não tolera elementos que não respeitem suas regras. Se assim não fosse – se o transgressor não viesse a ser punido – por que elas deveriam ser observadas, quando não se consegue reconhecer um interesse ou um valor em sua aplicação?

Trata-se de julgamentos que podem encontrar uma justificação na época em que foram formulados (o atlas de Lombroso sobre *O homem delinqüente* é de 1897). Porém, quando se lêem afirmações análogas num recentíssimo tratado de psiquiatria – entre os muitos que florescem nestes últimos anos – a coisa fica mais difícil de compreender. Pela classificação que se continua a fazer dos psicopatas, fica evidente que o essencial é sempre estigmatizar aquele que se desvia da norma com juízos de valor que destacuem a amoralidade e o desregramento dele, ainda que a sanção permanega de natureza “médica”. Qualquer coisa que o psicopata faça é sempre errada, porque o julgamento precede todas as suas ações como uma marca de fábrica: se um ato está errado, também estará errado o seu contrário, porque o erro inicial foi o de não ter aceito (e as motivações para essa recusa podem ser de natureza diferente, mas não têm peso sobre o julgamento que se faz dela) as regras do jogo.

Desse modo, define-se como hipertímico quem é otimista exuberante até a euforia. Quem demonstra um altruísmo excessivo despreta sérias preocupações. Quem sustenta as próprias razões facilmente se encontra em combatividade, que pode degenerar-se em querelas ou litígios nos quais, dada sua inconstância, freqüentemente não persevera. (Presença e ausência de litigiosidade têm aqui a mesma conotação negativa.) O deprimido terá características opostas às do hipertímico. Depois há o fanático, definido como aquele que quer impor aos outros as próprias convicções, as quais ele apregoa com toda a sua força; em contrapartida, um outro tipo de fanático limita-se a professar as próprias idéias com a máxima fé e desdenhando os outros. Nesse grupo talvez se enquadre o psicopata paranoico ... no qual se encontram os seguintes elementos essenciais: hipertrofia do eu, desconfiança para com os outros, egoísmo e suscetibilidade.

A distância em relação a Lombroso é mínima. Há os psicopatas volúveis ou instáveis, os aéticos (falta-lhes qualquer sentimento superior e qualquer capacidade de apreciação moral) ... o conceito de psicopatia aética é muito próximo do de “loucura moral” dos velhos autores. O histriônico é também definido como maníaco pela notoriedade. O psicopata, em suma, é desprovido de vontade, tem uma má adaptação dentro do grupo sociocultural ... insuficiência de empatia, ou seja, de uma participação afeiva com o próximo ... é frio, desprovido de moral (embora freqüentemente mascarado por trás de afirmações teóricas e ilusórias que soam como inspiradas por uma intensa vida interior), jamais acusa sentimento de culpa, é incapaz de lealdade, de firmeza ... qualquer ação ou decisão sabe a improvisado, fragmentário, descontínuo ... falta-lhe, em suma, estilo em seu modo de existir, em seu estar no mundo.

Estas são as definições de um dos mais recentes tratados italianos de psiquiatria em matéria de psicopatia. Aqui, as classificações não chegam sequer a justificar-se com base na ausência de uma dialética “interna” ao comportamento psicopático, o que tornaria mais admissível o juízo negativo expressado para as duas faces de sua conduta. O psicopata é sobretudo “diferente”, na medida em que põe em discussão os fundamentos da norma, a qual se defende construindo um espaço e uma categoria médico-legal para circunscrevê-lo e isolá-lo.

A finalidade é a adaptação do abnorme aos parâmetros ditados pela norma de uma sociedade em vias de desenvolvimento, na qual a eficiência de um pólo da realidade está subordinada à ineficiência codificada do outro. Se, na sociedade afluyente, tende-se a romper o rígido vínculo entre a ideologia médica e a lei, para criar um novo tipo de interdisciplinaridade com outras ciências humanas, a finalidade desse deslocamento não é a melhora das condições de vida do homem, mas a descoberta de um novo tipo de produtividade e de

eficiência que consegue explorar o ineficiente e o improdutivo ou encontrar um novo papel para eles. A função é sempre adequada à estrutura, e uma intervenção técnica só é eficaz no caso de essa coincidência ser respeitada. Isso significa que, a um dado nível de desenvolvimento econômico, correspondem uma linguagem científica e uma realidade institucional adequadas. As elaborações científicas de vanguarda ou põem em crise a estrutura sobre a qual atuam, pela impossibilidade concreta de levar adiante o próprio discurso prático-teórico, ou são absorvidas como linguagem puramente ideológica, que serve de alibi para a imobilidade presente, na expectativa de produzir uma realidade subsequente, adequada ao nível subsequente de desenvolvimento.

Assim, nossa burocracia psiquiátrica deve continuar a defender as próprias posições conservadoras, estreitamente aderentes ao nível de realidade em que vivemos e agimos (o nível de desenvolvimento socioeconômico do nosso país, que ainda requer um tipo de controle baseado na ideologia da diversidade), e ao mesmo tempo não pode deixar de levar em conta o significado de certas experiências práticas em curso. Seria mais fácil adequar-se a uma nova linguagem que viesse de uma antecipação teórica abstrata do que dispor-se a aceitar a linguagem, também contraditória, nascida como resposta a uma realidade concreta. Se a função técnica e a estrutura social devem coincidir para que a intervenção técnica seja eficaz, fica implícito que os psiquiatras, no cumprimento de sua função, estão explicitamente incumbidos de tutelar a ordem e defender a norma, e aceitam tal incumbência. Caso essa coincidência seja rompidada por uma intervenção que deseje responder, na prática, a necessidades verdadeiras, a intervenção ou serve para desmascarar o significado implícito dessa coincidência e dessa incumbência, ou produz inevitavelmente um aumento do fenômeno que a intervenção técnica pretendia remediar.

Isso torna-se evidente na expansão das doenças, no momento em que – dentro da lógica do capital – se criam novos serviços encarregados de tratá-las. O aumento, estatisticamente reconhecido, é atribuído à nova aculturação dada pela existência do novo serviço, do qual todos os doentes podem dispor. Mas, em matéria de política de saúde, um serviço deveria reduzir o fenômeno para o qual foi criado como resposta a uma carência técnico-funcional. Em vez disso, no momento em que o novo serviço só pode orientar-se pela própria sobrevivência – como qualquer nova instituição inserida no ciclo produtivo – a finalidade passa a ser a produção, em cujo círculo o doente é absorvido como um novo objeto, e não como o sujeito para cujas necessidades o serviço foi criado.

Numa estrutura social diferente, na qual a finalidade não seja a produção, mas o homem e suas condições de vida (restando a produção um instrumento de sobrevivência), a inserção de um novo serviço técnico produz resultados opostos. Em Cuba, por exemplo, o serviço de saúde psiquiátrico funciona – além do grande hospital de Havana, em vias de desmantelamento – através da organização de pequenos centros ambulatoriais nas várias regiões da ilha. O número de pacientes mentais em tratamento ambulatorial, que registara um aumento no primeiro período dessa nova atividade, reduziu-se a seguir. Isto significa que em Cuba a doença mental não existe, ou está regredindo velozmente? Certamente não. Trata-se apenas de um modo diferente pelo qual se pode dispor de um serviço numa estrutura social que visa a responder às necessidades do homem, e não às exigências do capital. O que, mais uma vez, confirma o peso assumido pela face social da doença no determinismo da própria doença.

Se considerarmos a doença mental uma contradição do homem que pode ser verificada em qualquer tipo de sociedade, pode-se também dizer que cada sociedade faz da doença aquilo que mais lhe con-

vém, e é a face social que daí se constrói para a doença que será depois determinante em sua evolução. E nesses termos que se pode falar de uma estreita relação entre psiquiatria e política, porque a psiquiatria defende os limites de norma definidos pela organização político-social. Se é verdade que a política não cura os doentes mentais, paradoxalmente pode-se dizer que as pessoas adoecem com uma definição que tem um caráter político preciso, no sentido de que a definição de doença serve, neste caso, para manter intactos os valores da norma postos em discussão. O fato de as sanções mais rígidas sempre caírem sobre quem não dispõe de um espaço privado, onde possa expressar – em segurança – o próprio desvio, no momento em que ultrapassa o limite, é a consequência lógica de uma premissa implícita no tipo de organização social em que estamos inseridos.

O convite à prudência na divulgação tanto daquilo que é a realidade, como do significado e da função das instituições incumbidas da tutela da norma em nossa sociedade, ainda é um convite para que a divisão entre normalidade e anormalidade permaneça nítida, assim como uma confirmação do estreito vínculo entre psiquiatria e ordem pública. O problema da assistência psiquiátrica não é somente um problema técnico, se a técnica é usada para a defesa dos limites da norma, que não têm nem podem ter um valor objetivo.

O psiquiatra age sempre em sua dupla incumbência de homem de ciência e de tutor da ordem. Mas os dois papéis estão em evidente contradição, uma vez que o homem de ciência deveria visar a salvaguardar e tratar o homem doente, enquanto o tutor da ordem visa a salvaguardar e defender o homem são. Qual dos dois pólos contrastantes prevalece no papel do psiquiatra? Como pretender estar cuidando de quem sai da norma, se nossa principal preocupação é a adaptação à norma e a manutenção dos seus limites?

Ninguém afirma que a doença mental não existe, mas a verdadeiramente abstração não está na doença, do modo como pode manifestar-

se, e sim nos conceitos científicos que a definem sem enfrentá-la como fato real. O que significam esquizofrenia, psicopatia ou desvio, senão a absolutização de nossa falta de compreensão quanto à contradição que tanto nós como a doença representamos? O que são estas definições senão a tentativa de resolver em conceitos abstratos essas contradições, que se reduzem apenas a mercadoria, etiqueta, nome, juízo de valor que serve para confirmar uma diferença?

O discurso dos nossos técnicos ainda se move claramente no terreno dominado pela ideologia da diversidade, na qual a exasperação dos opostos serve para defender e tutelar o desenvolvimento econômico em vias de expansão.

Ideologia da diversidade e ideologia da equivalência acabam por coincidir, embora correspondam a dois momentos diferentes conceituais e práticos, ligados a fases diversas do desenvolvimento socioeconômico. Sobre essas duas diferentes racionalizações haja-se a evolução da ciência, cuja eficácia real depende diretamente da coincidência entre estrutura socioeconômica e função institucional específica: isto é, a intervenção técnico-científica, como nova hipótese que põe em discussão a realidade em ação, só pode encontrar sua confirmação prática no momento em que se tornar funcional para a fase subsequente do desenvolvimento socioeconômico geral, encontrando também – junto à confirmação – a própria morte, na absolutização da hipótese primitiva.

No caso específico dos desvios, sua introdução no campo das novas ciências sociais – com a consequente dilatação do problema e, assim, do terreno de investigação e tratamento – tende a substituir, em correspondência com as formas precedentes de controle, as teorizações e as práticas precedentes, considerando-as fases superadas e não mais necessárias. De fato, a velha ideologia custodialístico-punitiva mostra-se insuficiente para a totalização do

controle, em correspondência com o desenvolvimento do capital. Por isso, agora é possível desnudar, mediante análises sociológicas e sociopsiquiátricas, o que já não é necessário esconder.

A literatura norte-americana é particularmente rica em análises que denunciam os aspectos mais contraditórios da vida social dos EUA: investigações sociológicas sobre os guetos negros, simultâneas às campanhas integracionistas (quando a população de cor tiver compreendido e aceito seu lugar na civilização dos brancos); análises sociológicas sobre as condições dos doentes mentais nos asilos psiquiátricos (referimo-nos particularmente às análises de E. Goffman); estudos sobre o problema dos desvios, com relativa instituição de novos centros psiquiátricos destinados ao seu controle; críticas à "objetificação" do homem perpetrada pelas velhas teorias que produzem as novas.

A análise do papel dos desviantes nos Estados Unidos permite-nos compreender o quanto sua existência pode mostrar-se ameaçadora, caso não seja reabsorvida pelo jogo social, representando um perigo inversamente proporcional à força de que a sociedade dispõe para manter presenças antagonistas em seu interior. Na forma da "democracia capitalista", o poder consegue de fato conservar sob controle as forças de oposição, e é isto que possibilita a manipulação da situação. A tolerância diante das forças antagonistas é diretamente proporcional à segurança e à força do controle.

Assim, no momento em que a faixa dos desviantes se estende e a "distância" entre normal e anormal é reduzida pelo poder totalizante do capital, é necessário absorver o desviante, fazendo-o entrar, justamente enquanto tal, numa categoria ideológica que deve defini-lo (isto é, continuar a produzi-lo na forma exata e necessária) e ao mesmo tempo controlá-lo. O desviante como problema real (que evidencia a face perdedora do capital, enquanto rejeição aos seus valores ou expressão de sua falência) torna-se o problema do

desviante como uma das faces do capitalismo vencedor, ao ser assumido como problema técnico, para o qual estão prontas soluções técnicas apropriadas (em particular, as acionadas pela psicanálise, pela psiquiatria social etc., nascidas como respostas a exigências práticas e transformadas em instrumentos de manipulação).

A ideologia do desvio como problema interno à dinâmica do capitalismo avançado serve, neste caso, para confirmar a funcionalidade das contradições mediante sua racionalização.

Parsons,⁵ quando sustenta, em seu *Sistema social*, a função da ideologia na relação entre "cultura e contracultura" (entre classe dominante e classe dominada), focaliza um ponto crucial da organização social, sem no entanto fornecer a exata interpretação dele:

Se a cultura do grupo desviante ... permanece uma "contracultura", é difícil encontrar a ponte através da qual ela pode ganhar uma influência sobre círculos mais vastos. Essa ponte é fornecida sobretudo pelo terceiro elemento, isto é, pelo desenvolvimento de uma ideologia – ou de um complexo de crenças religiosas – capaz de realizar com sucesso sua pretensão de legitimidade, pelo menos nos termos de alguns dos símbolos da ideologia institucionalizada principal.

Mas o problema é como nasce essa ideologia, por quem é promovida e a que uso se presta porque, na realidade, ela não parece servir verdadeiramente como "ponte" entre cultura e contracultura, no sentido de que a segunda consiga afirmar-se sobre a primeira.

O fenômeno é também evidente em outros aspectos da vida americana: por exemplo, o problema da pobreza e o dos negros, que podem ser considerados variantes do problema mais geral dos desvios. Trata-se de fato de problemas reais, tomados ideológi-

5 T. Parsons, *Il sistema sociale*, Milão, Comunità, 1965, p. 529.

cos mediante a racionalização que é feita deles e que lhes muda a natureza.

O volume de literatura americana mais recente dedicada ao assunto é impressionante: aparentemente, isso pode mostrar-se como uma repentina tomada de consciência sobre o que está por baixo da "sociedade do bem-estar" e como uma análise impiedosa das suas chagas. Na verdade, esses aspectos da sociedade americana, no momento em que são difundidos e explicitados como problemas que é preciso conhecer para enfrentar, perdem o caráter ameaçador com o qual se manifestam, para tornar-se uma ideologia pela qual se buscam soluções da mesma natureza.

Em Nova York, entre os cartazes publicitários nos vagões do metrô, podiam-se ler anúncios como este:

Qual das tragédias humanas você prefere? Vietnã, Biafra, a controversia árabe-israelense, os guetos negros, a fome na Índia...?

Escolha a sua e ajude, ajudando a Cruz Vermelha.

Levar um problema real a uma dimensão ideológica que produzirá uma realidade análoga à que ela exprime é o sinal da força do capital, que tende a totalizar-se nos níveis da produção e do controle.

Quando, com o *Economy Opportunity Act*, o presidente dos Estados Unidos declara, em 3 de março de 1964 numa mensagem ao Congresso, a "guerra à pobreza" como programa nacional, a pobreza americana adquire um papel preciso como objeto das organizações assistenciais: tenta-se resolver uma só face do problema, dando com a mão visível o que se continua a tirar com a mão escondida. O fato de, depois, estudiosos, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, organizadores sociais se dedica-

rem a investigar o assunto não passa de racionalizações que servem para ocultar cada vez mais a verdadeira natureza do problema.

Eis como Oscar Lewis, *expert* em pobreza, o enfrenta:

Uma certa confusão decorre também da tendência a dirigir a atenção e as pesquisas para a personalidade individual das vítimas da pobreza, em vez de para a comunidade e as famílias das favelas; e, por conseguinte, da não-diferenciação entre a pobreza e aquilo que chamei de "cultura da pobreza". Essa é uma frase que fez sucesso e, por isso, foi usada apropriada e inapropriadamente na literatura corrente. Nos meus textos, a frase pretende indicar um modelo conceitual específico para descrever em termos positivos uma subcultura da civilização ocidental, subcultura que tem estrutura e razão de ser próprias, um modo de viver transmitido de geração em geração através da família. A cultura da pobreza não é simplesmente um fato de privação ou de desorganização, termos que significam ambos a carência de alguma coisa. É uma cultura no verdadeiro sentido antropológico tradicional da palavra, na medida em que oferece a seres humanos um modelo de vida, tendo assim uma função significativa de adaptação. Esse estilo de vida transcende as fronteiras nacionais e regionais e as diferenças urbano-rurais dentro das nações. Onde quer que se manifeste, seus integrantes mostram notáveis semelhanças na estrutura familiar, nas relações interpessoais, no modo de gastar, nos sistemas de valores e na orientação temporal.⁷

Desse modo, em seus estudos sobre a redescoberta da pobreza, Lewis fabrica para ela uma fenomenologia pessoal, buscando o conteúdo de fundo do pobre:

6 O grifo é nosso.

7 O. Lewis, "La cultura della povertà", *Centro Sociale* n° 74-75, 1967, pp. 1-11. Tradução italiana do artigo originalmente publicado em *Scientific American* n° 4, 1966.

Junto com a alienação frente à sociedade mais ampla, há uma hostilidade contra as instituições de base daquela que é considerada a classe dominante. A polícia é odiada; o governo e as pessoas em boa posição social gozam de escassa confiança; existe um ceticismo que se estende também à igreja. A cultura da pobreza contém, assim, um potencial de protesto e de possível adesão a movimentos políticos voltados para a mudança da ordem existente... Qual é o futuro da cultura da pobreza? Devemos distinguir entre aqueles países onde ela interessa a um segmento relativamente pequeno da população e aqueles onde constitui uma parte ampla.

Nos Estados Unidos, as principais soluções propostas por assistentes sociais que lidam com os pobres "irrecuperáveis" voltaram-se para melhorar gradativamente seu nível de vida e favorecer sua assimilação às classes médias. Quando possível, foi aconselhado um tratamento psiquiátrico.⁸ Nos países subdesenvolvidos, onde grandes massas de pessoas vivem na cultura da pobreza, soluções desse tipo não parecem aplicáveis. Os psiquiatras locais têm seu tempo inteiramente absorvido pelo tratamento de indivíduos que pertencem às crescentes classes médias. Nesses países, as pessoas pertencentes à cultura da pobreza poderão provavelmente buscar uma solução mais revolucionária. Com a realização de mudanças estruturais de base na sociedade, redistribuindo a riqueza, organizando os pobres, dando-lhes o sentimento de pertencer à sociedade e de exercer um papel de poder e de vanguarda, as revoluções frequentemente conseguem abolir algumas características de base da cultura da pobreza, mesmo quando não conseguem abolir a própria pobreza.⁹

A fenomenologia sociológica de Lewis destacou a existência de uma *cultura da pobreza*. Contudo, o que deve ser sublinhado é o que se propõe aqui para a solução daqueles que poderemos definir como os "pobres ricos" e os "pobres pobres".

Para os pobres dos países da abundância, sugere-se explicitamente a integração no âmbito da medicina social, sufragando nossa tese segundo a qual o deviante, segundo a necessidade do momento, é novamente definido como um desajustado a ser tratado, e para cujo controle existem papéis como os do assistente social e do psiquiatra. Se depois, em relação aos "pobres pobres" dos países subdesenvolvidos, Oscar Lewis "reconhece" que as revoluções muitas vezes podem modificar parcialmente a cultura da pobreza, isto não é suficiente para infundir-lhe suspeitas quanto à medida de incidência, sobre essa cultura, daquilo que ele define como estrutura de base da sociedade: a inexistente distribuição da riqueza, o fato de não pertencer à sociedade e não exercer um papel de poder e de vanguarda. Aquilo que Oscar Lewis não conseguira identificar como origem primária da cultura da pobreza surge aqui implicitamente reconhecido – em negativo – como fonte de redução dessa mesma cultura, uma vez que a revolução lhe tenha modificado o fundamento.

Uma confirmação disto está na análise que Oscar Lewis faz sobre o desaparecimento da cultura da pobreza depois da revolução cubana:

Em 1947, atribuí-me a tarefa de um estudo nas favelas de Havana. Recentemente, tive oportunidade de revisar a mesma favela e algumas das mesmas famílias. O aspecto físico do lugar havia mudado muito pouco, excetuando-se uma nova e belíssima escola maternal pública. As pessoas continuavam pobres como antes, mas impressionou-me o fato de encontrar um grau muito menor de desespero e apatia, tão sintomático nas favelas urbanas dos Estados Unidos. Essa favela estava agora altamente organizada, com comitês de fábrica, comitês

8 O grifo é nosso.
9 O. Lewis, op. cit.

para a educação, comitês de partido. As pessoas haviam encontrado um novo sentimento de poder e de importância numa doutrina que glorifica as classes pobres como a esperança da humanidade, e além disso estavam armadas. Um funcionário cubano me disse que o governo de Castro, ao dar armas aos delinquentes, havia quase eliminado a delinqüência!¹⁰

A rusticidade da análise não recua nem mesmo diante de uma realidade que se apresenta, aos olhos do próprio Lewis, como qualitativamente diferente. A coisa não serve para fazê-lo mudar suas hipóteses ou suas conclusões: basta encerrar com uma frase de efeito, como é previsível que terminará o estudo atualmente desenvolvido em Havana por uma equipe de burocratas norte-americanos, que pretendem analisar a transformação da cultura da pobreza numa pobreza dentro de um projeto comum.

Para não se ver em contradição com sua hipótese, Lewis afirma adiante:

Evidentemente, o regime de Castro – modificando um pouco Marx e Engels – não voltou as costas ao chamado lumpemproletariado, enquanto força intrinsecamente reacionária e anti-revolucionária, mas, ao contrário, encontrou nele um potencial revolucionário e o utilizou.

E mais adiante:

Por outro lado, é verdade que encontrei um escasso espírito revolucionário e escassos indícios de ideologias radicais entre os porto-riquenhos pobres. As famílias estudadas eram, em sua maioria, politicamente conservadoras, e aproximadamente a metade era favorável ao partido republicano, o qual representa a oposição de direita ao partido popular republicano que domina a opção política da comunidade.¹¹

¹⁰ Idem.

¹¹ Ibidem.

Na escolha dos exemplos, Oscar Lewis não parece dar-se conta de que, no confronto entre o lumpemproletariado cubano e o porto-riquenho, houve uma revolução socialista no meio. Os porto-riquenhos de que ele fala aqui representam, no mundo dos Estados Unidos, a larga faixa improdutiva para cujo controle foi declarada a guerra à pobreza. Os “pobres armados” de Havana, ao contrário, são os sujeitos de uma revolução, ainda em andamento, que subverte os termos do conceito abstrato de Lewis sobre uma “cultura da pobreza”.

O problema do controle da natalidade nos países do terceiro mundo apresenta – sob a fachada de uma intervenção humanitária de vanguarda – a mesma ambigüidade. Ambigüidade que é patente na cínica declaração de L. B. Johnson: “Cinco dólares investidos no controle da natalidade produzirão mais benefícios na América Latina do que cinco dólares investidos no desenvolvimento econômico”. O ritmo do aumento progressivo da população em zonas subdesenvolvidas entra, portanto, em conflito com os designios imperialistas dos grupos que, para sobreviver, devem manter regimes burgueses-latifundiários que impedem o desenvolvimento e a industrialização. O controle da natalidade retardaria indefinidamente o desenvolvimento latino-americano. Assim como ocorre com qualquer problema, também essa questão só poderá ser considerada quando perder sua funcionalidade no quadro imperialista: caso contrário, conservar-se-ia a ilusão de se resolver o duplo do problema, sem que sequer se enxergasse sua face real.

Esta ainda é a situação dos negros nos Estados Unidos: eles se tornam menos ameaçadores quando têm seus direitos reconhecidos e quando se admite que são excluídos. Mas isto não significa que se assista a um processo real de transformação: através das ideologias que foram feitas deles, o negro, o doente mental, o deviante, o pobre – faces diversas do mesmo proble-

ma – são reconhecidos pela nova sociologia como “parte integrante” do sistema social. Mas não se trata da conquista de uma participação ativa. Eles se tornam apenas instrumentos úteis a toda a sociedade, nessa função de pertencerem à “única classe média” na qual é cada vez mais difícil identificar diferenciações e distâncias, reduzida como está a uma dimensão homogênea, totalmente controlada por um centro de poder cada vez mais restrito.

No inverno passado, no Metropolitan Museum de Nova York, foi montada uma enorme mostra fotográfica sob o título *Harlem on My Mind*, na qual se reconstitua a carreira do negro, desde os tempos de sua importação como escravo até hoje. Com uma lucida análise imaginativa, a mostra era a expressão da nova objetividade do poder. Objeto de exploração no trabalho, logo ao chegar ao continente americano, o negro continua a ser, nas fases subsequentes da sua convivência com o branco, objeto de libertação da sua própria escravidão, objeto de folclore, objeto de piedade e, por fim, de eversão. Num inteligente jogo de luzes, *Harlem on My Mind* – depois de uma reconstituição piedosa e nostálgica da dor e da tristeza da alma negra – mostrava no final os chefes dos Panteras Negras, de um lado, e os negros integracionistas, de outro. Na ilusão de ótica de uma objetividade real – elemento típico da liberdade americana – *Harlem on My Mind* confirmava, mais uma vez, o absoluto domínio do poder sobre o seu escravo, cujas eversões e integração assumem um significado equivalente.

Numa fase de capitalismo avançado a ideologia da diversidade, que sancionava a inferioridade do outro mediante a afirmação da própria superioridade, já não é necessária, sendo a finalidade principal, agora, o controle total. A própria ideologia da sociedade enferma de Fromm, com a qual se havia tentado sucessivamente ocultar as contradições do capital, foi abandonada. Na fase de totalização

subseqüente, a distância entre são e doente foi-se de fato reduzindo: de um lado, reconhecendo-se uma forma de produtividade também na doença;¹² de outro, vindo a produção a assumir aos poucos a forma do controle social.

O processo de racionalização no campo dos desvios, ainda em fase de desenvolvimento, é particularmente evidente. Nos Estados Unidos, faz-se coincidir a ideologia do desvio com o problema do deviante, identificando o desvio “primário” (que corresponde à exclusão da produção) com um desvio “secundário” de caráter ideológico: o estigma.

Se analisarmos as interpretações mais atuais sobre o assunto, aquelas propostas por Jurgen Ruesch, por exemplo, podemos resumí-las assim:

1) desvio como limitação de funções, devido à impossibilidade, por parte de um indivíduo com deficiência física ou psíquica, de participar da vida social da qual foi excluído (desvio secundário decorrido de uma dificuldade primária);

2) desvio como produto da falta dos requisitos sociais necessários para ser aceito, assim como da educação e da cultura que in-formariam sobre os recursos sociais desejáveis (desvio secundário decorrido de ausência de um status social que é um pré-requisito indispensável);

3) desvio encontrável em indivíduos que, por idade ou por escolha (mendigos, velhos, jovens, *hippies* etc.), são excluídos ou se excluem do intercâmbio social (desvio secundário decorrido de uma recusa imposta ou escolhida).

Assim, o problema dos desvios é enfrentado fazendo-se coincidir o desvio primário com o secundário, para poder ocupar-se

¹² Ver a respeito os artigos “Il malato artificiale” (in: *Libri nuovi*, março de 1969) e “L’utopia della realtà”, em colaboração com F. Ongaro Basaglia.

do secundário, desprezando o primário constitutivamente implícito neste último.

Embora presente nos três casos, a constante nunca é assinalada: os tipos de desvio descritos se verificam de fato em indivíduos que, por motivos diversos, não participam da produção. Ou seja, trata-se de pessoas que perderam ou nunca tiveram uma força contratual com as fontes produtoras. Se a norma é definida em termos de produtividade, o desvio só pode ser definido de maneira análoga: a ideologia do desvio como problema sociopsiquiátrico só serviria então para alimentar a produção de um fenômeno, determinando-lhe a forma mais adequada à ilusão de resolvê-lo.

Sempre nos Estados Unidos, as medidas práticas adotadas, por exemplo, no campo sociopsiquiátrico, diante do problema dos deviantes, confirmam essa hipótese. Os novos Community Mental Health Centers têm a função de controlar – por meio da dilatação do problema da prevenção e do pós-tratamento – toda forma de desvio, dando-lhe ao mesmo tempo uma definição de caráter sociopsiquiátrico. Também aqui, a introdução do social, se visto a partir do ângulo até agora hipotizado, serve apenas para formular uma racionalização de tipo interdisciplinar para um fenômeno de direta origem socioeconômica. Uma vez que os deviantes acompanhados pelos Community Mental Health Centers são os negros, os porto-riquenhos, os judeus, os italianos que, às margens da produção, são assistidos pelo *Welfare*, privados de um projeto que vá além da sobrevivência assegurada pelas organizações assistenciais, é claro que esses centros de saúde mental funcionam definitivamente como controle para aquela faixa de marginais que não pode ser absorvida em instituições produtivas. Criando o problema sociopsiquiátrico do deviante e sancionando sua inclusão na ideologia interdisciplinar, estabelecem-se para ele os limites e as moda-

lidades de ação, reduzindo e eliminando qualquer significado implícito no seu comportamento.

Na cultura americana, portanto, o deviante é absorvido no terreno de uma ideologia interdisciplinar que deveria garantir, de um lado, maior objetividade no tratamento; de outro, a identificação da natureza social de todo problema humano. Mas, se as pessoas se limitam a considerar o social como o conjunto das interações ao nível psicológico e psicodinâmico, o que aparece como um alargamento e aprofundamento do problema não passa de um ulterior giro circular dentro de um campo fechado, cujas fronteiras nunca são transpostas. A função da ideologia do deviante mostra-se então perfeitamente correspondente àquela que – num grau diferente de desenvolvimento socioeconômico – é usada até hoje para as personalidades psicopáticas, onde estas ainda resultam controláveis mediante técnicas e instituições médicas. O que muda é o tipo de organização do controle, que vem a configurar-se diferentemente quando se verificam dois tipos de modificações: ou o número dos chamados psicopatas aumenta, a ponto de tornar-se impossível controlá-los com técnicas puramente médicas; ou reduz-se a distância entre saúde e doença. Em ambos os casos, são necessárias novas formas de organização social que garantam o domínio.

Dizia Artaud na introdução de *O teatro e seu duplo*:

Nunca se falou tanto como hoje de civilização e de cultura, quando é a própria vida que nos foge. E há um estranho paralelismo entre esse desmoronamento generalizado da vida, o qual está na base da desmoralização atual, e os problemas de uma cultura que jamais coincidiu com a vida, e que é feita para ditar leis à vida.

Antes de voltar a falar de cultura, quero salientar que o mundo tem fome e não se preocupa com a cultura; só artificial-

mente tende-se a desviar para a cultura pensamentos que se voltam para a fome.¹³

O estranho paralelismo tende a expressar-se e a perpetuar-se em toda parte, e, se analisarmos o processo através do qual o capitalismo consegue transformar a contradição – que ele não pode deixar de produzir dentro da sua dinâmica – no objeto da sua auto-reparação (e, assim, numa confirmação ulterior sua), pode-se começar a compreender como se desenvolve, concretamente, a transformação do real numa realidade-ideologia que tende a produzir uma dupla realidade, mediante a criação das qualidades que lhe são mais adequadas para essa transformação perpétua.

Deve ser possível compreender justamente esse “duplo”, e a busca, no terreno prático, de um dos momentos desse processo sempre em andamento, assim como a identificação da passagem da experiência humana a um comportamento comum cada vez mais desumano, nos poderiam dar o sinal daquilo que seria o homem numa realidade em que o “duplo” conservasse o caráter da contradição, vivenciável através de uma dialética humana.

Mas a dificuldade dessa compreensão está no fato de ser através da experiência que são estimulados e produzidos conflitos para os quais estão prontas técnicas cada vez mais avançadas, que se traduzem em novas formas de manipulação social: isto é, parâmetros prático-ideológicos dentro dos quais se destrua a experiência, para levá-la ao nível de um comportamento comum que, sob a aparência da colutivização do bem-estar, é apenas o duplo dela, ou seja, a ideologia-realidade como a forma mais adequada à conservação e ao desenvolvimento do sistema em que está inserida. Vive-se a realidade produzida como real, e a ciência não faz outra coisa que fornecer justificativas e confirmações práticas à irrealidade do produto.

13 A. Artaud, *Il teatro e il suo doppio*, Turim, Einaudi, 1968, p. 109.

O papel das “ciências humanas” quanto a isto é explícito. Chega-se a fundar uma “ciência da guerra” (a polemologia) para tentar uma análise em nível psicodinâmico dos conflitos inconscientes que a produziriam, com relativa terapia; ou a “ciência da morte” (a tanatologia),¹⁴ que tende a reduzir a morte ao problema de sua simples organização. Trata-se, é claro, da manipulação ideológica de contradições reais – os conflitos e a morte – mediante a definição, a criação e a delimitação do “duplo” de sua natureza. A doença, o desvio, a fome, a morte devem tornar-se outra coisa em relação ao que são, para que a contradição que representam possa vir a ser uma confirmação da lógica do sistema em que estão en-

14 No que se refere a essas duas disciplinas recentes, remetemos, no caso da polemologia, à produção científica sobre o assunto de F. Fornari, que pode ser considerado seu mais autorizado cultor na Itália.

Quanto à tanatologia, porém, não temos conhecimento de iniciativas nacionais relativas ao tema. Por isso, citamos abaixo um artigo do respeitável jornal francês *Le Monde* (2 de abril de 1970, p. 15) a propósito disto: “Uma disciplina recente: a tanatologia. As transformações de nossa sociedade, particularmente o fato de as populações se concentrarem cada vez mais nas grandes cidades; nos obrigam a debruçarmo-nos sobre os problemas que envolvem a morte, os funerais, o sepultamento, e a encontrar soluções razoáveis para eles.

Com esse objetivo, filósofos, moralistas, membros do clero, médicos, prefeitos, diretores de hospitais, especialistas em cerimônias fúnebres, higienistas, urbanistas etc. decidiram estabelecer entre si contatos interdisciplinares a fim de estudar tudo o que, de perto ou de longe, tem relação com a morte.

Criada em 1966, a Société de Thanatologie (ou ciência da morte) de língua francesa pretende estudar esses diversos aspectos. Até o momento, ela consagrou o essencial de seus trabalhos ao suicídio, à eutanásia, à pena de morte, aos transplantes de órgãos e aos problemas apresentados pela morte na ecologia urbana.

Nesse sentido, seus diferentes relatores insistiram muitas vezes sobre a insuficiência de higiene geralmente constatada no que se refere aos mortos, assim como sobre a utilidade da tanatopraxia (conservação e restauração dos cadáveres) e dos ‘*athénées*’ ou ‘*funerariums*’ (estabelecimentos especialmente adaptados para receber com decência e higiene os mortos e suas famílias, durante o período que vai do falecimento ao enterro).

Outros estudos, em especial os concernentes ao interesse científico das autópsias, à indispensável mudança dos cemitérios, aos funerais e à cremação serão empreendidos dentro de pouco tempo. M. A. R.”.

globados. À morte, pode-se então responder com a ciência da morte; à fome, com a organização da fome: enquanto a morte continua morte e a fome, fome. Não existem respostas às necessidades: o que se tenta é sempre e unicamente sua organização e racionalização. A FAO, a Food and Agriculture Organization, como resposta ideológica à realidade da fome, em nada altera a realidade do faminto, ao deixar inalterado o processo que produz ao mesmo tempo fome e abundância. Dessa forma, a organização da doença não é a resposta ao doente, e quem tenta – nesse contexto – responder diretamente à necessidade primária (quem tenta responder à doença, e não à sua definição e organização) é acusado de negar a existência dessa mesma necessidade e, assim, de negar a existência da doença no momento em que não a reconhece no “duplo” que dela foi fabricado.

É por meio desse processo de racionalização e organização das necessidades que o indivíduo se vê privado da possibilidade de possuir a si mesmo (a própria realidade, o próprio corpo, a própria doença). Nesse sentido, possuir transforma-se automaticamente em ser possuído, pois não se trata da superação de uma contradição, mas da racionalização, em termos de produção, de que aquela é objeto. Nessa dinâmica, o indivíduo não pode chegar a possuir a própria doença, mas vive sua colocação no mundo como doente; isto é, vive o papel passivo que lhe é imposto e que confirma a fratura entre ele e sua própria experiência.

A doença torna-se comportamento doente, falsa relação substitutiva de uma relação inexistente: ocasião e confirmação de domínio. A ideologia-realidade que daí deriva não é mais a doença, o desvio como experiência e contradição primária; mas sim o objeto da polemologia, da tanatologia, da medicina social como ciências da doença, dos conflitos, do desvio e da morte, de cuja manipulação estão incumbidas.

O doente, o deviante existem tanto quanto existem a doença e o desvio. Mas, se a finalidade que absorve toda intervenção é o controle como instrumento de domínio, existem outros modos, quando a ideologia da diversidade se revela insuficiente como definição e delimitação da contradição, para englobar o abnorme no sistema produtivo: a equivalência do mais e do menos, do dentro e do fora, do positivo e do negativo, da saúde e da doença, da norma e do desvio, não é senão a organização produtiva da diversidade.

Nesse novo terreno, o “pobre pobre”, o excluído, o diferente só podem tornar-se o “pobre rico”, para cujas contradições Oscar Lewis sugere explicitamente um tratamento psiquiátrico, como forma de controle. Dentro dessa aparente totalização – que conserva, para além da definição da equivalência dos opostos, sua nítida separação – tende-se à constituição de uma classe média universal ilusória, na qual todos sejam incluídos; mas na qual a existência das diversidades que estão por trás da unidade aparente criará os pressupostos para a produção do novo “pobre pobre” de que nosso sistema social precisa.

Nessa realidade, pode-se presumir que a maioria deviante, excluída da linguagem simbólica usada por quem está no centro do poder, possa reencontrar a esperança de uma linguagem simbólica própria?

Em julho de 1967, num congresso organizado em Londres, do qual participavam mais de dois mil intelectuais, David Cooper assim encerrava seu discurso de abertura:

Neste congresso, interessamo-nos pelos novos meios com os quais o intelectual pode agir para transformar o mundo, e com os quais possamos mover-nos evitando aquela “masturbação intelectual” de que Carmichael nos acusa. Demo-nos conta de que os grupos radicais no mundo capitalista estavam divididos de maneira convencional, com base

em convicções pessoais e não ideológicas. Existe sempre alguma espécie de falso Messias que faz surgir a esperança e depois a faz desaparecer. Não é culpa do Messias, é culpa da "Esperança". A esperança deve ter uma oportunidade ulterior, um outro encontro...¹⁵

Mas se, em nosso mundo ocidental, o intelectual é o falso Messias – para usar as palavras de Cooper – que faz a esperança surgir e depois desaparecer, isso significa que a ação do Messias se mantém nos limites da realidade-ideologia continuamente produzida e transformada, sem afetar o “verdadeiro na prática”, sem responder-lhe ou incidir sobre ele. Nesse caso, a culpa não é da esperança, como Cooper afirma um tanto contraditoriamente, ao lhe augurar mesmo assim um encontro ulterior, mas do falso Messias, que deve quando faz nascer uma nova esperança falsa, limitada a grupos sempre novos de manipuladores que – em nome de uma ideologia vanguardista revolucionária – participam (como movimento de ponta dentro do processo e da lógica que ilusoriamente acreditam estar combatendo) do centro reduzidíssimo do poder. Sobre esse terreno ideológico-real, aquilo que nasce como ruptura ideológico-real não pode senão reapresentar-se como uma nova arma de domínio, dentro de uma lógica que tende a usar contradições e diversidades que ela mesma produz, tentando racionalizá-las num nível subsequente, ulterior. Portanto, o que o falso Messias produz não é só “uma masturbação mental” como diz Cooper, retomando as palavras de Carmichael, mas uma realidade que se limita a ser subvertida em relação àquela que pretende destruir, no sentido de que conserva – com sinal oposto – o mesmo caráter não-dialético da realidade-ideologia sobre a qual procura incidir. Se não é verdadeiro na prática que o intelectual age, sua ação permanece uma res-

posta ideológico-real num contexto ideológico-real, em que as contradições, mais uma vez, são racionalizadas em nome de uma esperança metafísica que remete a um amanhã sempre buscado e nunca alcançado, a Solução.¹⁶

Alhures, em agosto de 1970, Fidel Castro, diante do impasse dos dez milhões não alcançados na safra de cana-de-açúcar, fala ao povo cubano sobre os problemas da realidade prática que este enfrenta:

Fomos incapazes de lutar simultaneamente em muitas frentes... O esforço heróico para aumentar a produção, para aumentar nosso poder de compra, traduziu-se numa série de descompensações para a economia... Nossos inimigos dizem que estamos em dificuldades e, nisso, nossos inimigos têm razão. Dizem que temos problemas, e têm razão. Dizem que há insatisfação, e têm razão... E se o inimigo vier a explorar coisas que dizemos, o que nos dará profunda vergonha, bem-vinda seja essa vergonha, bem-vindo o desprazer, se soubermos transformar a vergonha em força, em espírito de trabalho, em dignidade, em impulso moral!... Temos algumas divisões para com a pobreza, o subdesenvolvimento, e também com os sofrimentos do povo. Quando nos vemos diante de uma mãe com doze filhos, todos num só aposento, e que têm asma, e mais isto ou aquilo, quando vemos alguém sofrendo e pedindo, quando vemos a realidade com os nossos olhos, e a realidade, aqui, é determinada pelo fato de que falta um milhão de moradias, para que as famílias possam ter casas decentes. Um milhão! com tudo o que se precisa fazer para

¹⁵ De resto, isso fica evidente no uso de uma linguagem esotérica por parte de certos grupos de intelectuais, nos quais o próprio intelectualismo se torna instrumento de domínio sobre a classe que eles presumem liberar. Em que se diferencia a linguagem esotérica de tipo político-revolucionário, em relação à linguagem técnico-profissional como expressão da elaboração científica de uma ideologia a serviço da classe dominante? Nesse caso, é a própria ininteligibilidade da linguagem que cria e mantém a distância e o domínio diante da classe à qual presume se unir.

conseguir um milhão de casas!... Como resolver a contradição entre nossas exigências urgentes, na situação que acabamos de ilustrar quanto ao crescimento da população, da força de trabalho, e a necessidade de braços que se nos apresentava? Como nos arranjaremos de hoje até 1975 e, depois, de 1975 a 1980? É simples: não temos outra alternativa a não ser resolver este problema, e devemos resolvê-lo! Só nos resta resolvê-lo!

São palavras demasiado simples para nossas mentes corrompidas pelos conceitos. Palavras demagógicas para nossos diversos e divididos individualismos, nos quais as teorias não servem à vida, mas a vida serve para confirmar as teorias. Projetos demasiado ingênuos para nossos juízos sofisticados, habituados ao jogo das ideologias e às ilusões da autocrítica. Mas aqui se tenta, talvez, responder ao verdadeiro na prática, numa realidade "mais áspera, mas também mais honrada e digna", na qual as contradições são consideradas constitutivas da realidade, que deve ser enfrentada e não apenas definida e organizada.

Será também esta uma falsa esperança, proposta por um falso Messias?

Para nós, prisioneiros de uma vida que deve parecer livre de contradições e de conflitos, essa mensagem é a esperança de uma realidade na qual não seja possível resolver ideologicamente as contradições, que continuam a manter a face dramática e vital da necessidade. Vitória e derrota, sucesso e falência são termos que desaparecem dentro de uma luta comum por uma vida humana. O que se deseja para o homem não é a divisão e a definição dos dotes, dos privilégios, dos prêmios e das punições, mas uma vida que apresente para ele o mesmo caráter totalizante que o capital tende a criar para si: os prós e os contras unificados num único respeito e valor: a vida de todos.

A maioria desviante é agora o último achado ideológico-real do nosso mundo produtivo. O que deve salvar-se é a produção: se três quartos do mundo se revelam abnormes em relação a esse valor dado como absoluto, são ainda esses três quartos do mundo que se desviam. Mas a totalização à qual tende o capital comporta igualmente uma totalização daquilo que o capital tende a totalizar: isto é, sua contradição. Se os limites do capital são o próprio capital, isso significa que a totalização à que visa deveria coincidir também com a totalização da sua morte: com a possibilidade de um desvio total em relação à sua lógica, um desvio que fuja à sua racionalização no momento mesmo da totalização. Depende de nós continuar a des-cobrir-lhe o processo no terreno prático, continuando a cindir o "duplo" ideológico-real com que ele continua a transformar a realidade para fazê-la identificar-se com sua natureza.

A utopia da realidade¹

É possível prefigurar o futuro da psiquiatria, ou programar os parâmetros dentro dos quais deverá desenvolver-se a futura assistência psiquiátrica, sem considerar que lugar terá o homem em nossa organização social? Em que medida uma hipótese técnica pode ser realizada conservando a neutralidade de uma intervenção asséptica, na qual se presume não existir relação entre a figura social do prestador de um serviço e a do cliente que o solicita?

No ano passado o professor Christian Müller enviou-me, e a alguns outros psiquiatras europeus e americanos, um questionário sobre o tema "Utopia e realidade da organização psiquiátrica futura". Devido ao fato de a minha resposta ao professor Müller ter passado por dificuldades de tradução, não será publicada entre os textos da pesquisa. Por isso, considero-me livre para usar agora minha intervenção, já que ela versa sobre o mesmo tema proposto para o presente encontro: o futuro da psiquiatria.

Em seu questionário, o professor Müller propunha a formulação de uma hipótese utópica: "Suponha estar vivendo numa sociedade ocidental, de tipo europeu ou americano, organizada segundo suas idéias e concepções políticas. O senhor seria chamado a organizar serviços de saúde mental e de psiquiatria para um grupo demográfico limitado, de 100.000 habitantes, num quadro urbano. Teria liberdade para determinar sozinho os recursos, dentro de um orçamento

1 In: *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 115, 1974. Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

razoavelmente proporcional à renda dessa população". Seguiu-se uma série de perguntas específicas sobre as diversas modalidades da organização técnica prevista, mas deixando os entrevistados livres para escolher as perguntas que responderiam.

O que parecia interessante era a premissa de caráter geral: pedir que se formulasse uma hipótese utópica (a organização de um serviço psiquiátrico para uma população abstrata de 100.000 habitantes), ao mesmo tempo especificando os limites ou as fronteiras da realidade em que a utopia deve ser circunscrita (um país ocidental, europeu ou americano), significa propor e aceitar um discurso puramente ideológico no qual a utopia, a hipótese, em vez de servir para transformar a realidade, é por esta determinada e neutralizada. O "mundo ocidental" contém tantas e tais contradições primárias e secundárias que não se pode formular uma hipótese sobre uma população-amostra sem especificar se nos referimos a uma zona atrassada, a outra em vias de industrialização ou, ainda, a uma terceira em que existe uma situação generalizada de bem-estar econômico. Sem essas referências, não se pode propor uma hipótese "técnica", que responde mais às exigências do técnico do que às do assistido, como resultado de uma abstração jamais confrontada no terreno concreto das necessidades, às quais uma organização de saúde deve responder.

Talvez seja este, de saída, o erro do questionário: considerar que hoje, numa sociedade em transformação, uma organização de saúde psiquiátrica seja um mundo fechado que pode continuar reportando-se apenas à ideologia técnico-científica de quem está incumbido de geri-la.

Na realidade, em nosso contexto social, "realidade" e "utopia" não são termos contraditórios; tendentes a produzir uma nova e ulterior realidade que realize e incorpore parte da utopia. Estão reduzidos a termos complementares para os quais são projetadas

esferas de ação separadas, de modo a que uma possa traduzir-se sem contradições na outra. "Realidade" e "utopia" existem ambas como faces – só aparentemente diversas – da ideologia, que é uma falsa utopia realizada unicamente para o benefício da classe dominante. A "realidade" em que vivemos é ela própria uma ideologia, no sentido de que não corresponde ao concreto ou, como diria Marx, ao verdadeiro na prática, mas é o produto de medidas tomadas pela classe dominante em nome da comunidade. E, por não responderem às exigências da comunidade, mas às da classe dominante que as impõe, tais medidas agem como instrumento de domínio. Do mesmo modo pelo qual a utopia, como elemento contraditório de uma realidade que não pode revelar suas contradições porque não as quer transformar, traduz-se na ideologia da transformação, realizável enquanto usada como instrumento de domínio.

Nesse sentido, em nosso contexto social, determinado por uma lógica econômica à qual estão subordinadas todas as relações e as regras de vida, não existem nem a realidade como expressão do "verdadeiro na prática", sobre o qual se possam verificar as hipóteses como respostas alternativas às necessidades, nem a utopia como elemento hipotético que transcenda a realidade para transformá-la. A utopia só pode existir no momento em que o homem tiver conseguido libertar-se da escravidão da ideologia, de modo a exprimir as próprias necessidades numa realidade que, por isso mesmo, se revela constantemente contraditória e de natureza tal a conter os elementos que permitam superá-la e transformá-la. Só então se poderá falar de realidade como o "verdadeiro na prática" e de utopia como o elemento prefigurativo da possibilidade de uma transformação real desse "verdadeiro na prática".

Estabelecida essa premissa de caráter teórico, tentarei agora entrar no mérito dos problemas propostos pelo tema do encontro,

usando criticamente os termos realidade e utopia do modo como são entendidos nesse contexto, a fim de tentar esclarecer a impossibilidade prática de, numa realidade como a do mundo ocidental europeu ou americano, responder às necessidades da comunidade mediante a organização abstrata de um sistema de saúde praticamente irrealizável.

Pode-se presumir organizar uma área hipotética segundo a própria filosofia política e técnica, se essa área está inserida numa esfera político-econômica determinada, que não deixa espaço nem às contradições nem às utopias, a não ser na medida em que consegue transformá-las em ideologias? Como conceber um serviço de assistência psiquiátrica, a não ser em resposta às necessidades específicas que se revelam na realidade? Como conceber as necessidades às quais deveremos responder, a não ser transferindo para a área da abstração total (que, como se viu, não é a área da utopia) o conhecimento que temos das necessidades nascidas da nossa realidade? E que consciência real temos dessas necessidades, se até agora o manicômio e a segregação foram a única resposta?

Quando se pretende organizar um serviço sanitário (psiquiátrico, em nosso caso), a dificuldade está em encontrar respostas concretas às demandas concretas que provêm da realidade na qual se age. Mas as respostas correspondentes à realidade deveriam ao mesmo tempo transcendê-la (através do elemento utópico), tentando transformá-la. Nesse sentido, ao conceber uma organização de saúde, corre-se o risco de cair em dois erros opostos: de um lado, o de propor respostas que ultrapassem o nível de realidade em que se movem as necessidades, criando outras mediante a produção de novas realidades-ideologias às quais as medidas adotadas estão prontas a responder; de outro, o de a aderência à realidade ser de tal ordem que se proponham respostas encerradas na mesma lógica produtora do problema que se quer enfrentar. Em ambos os casos,

a realidade permanece inalterada e as respostas se limitam a definir e a circunscrever a problemática de cada setor específico.

No terreno da assistência, no primeiro caso serão criados novos serviços que, em vez de enfrentarem as necessidades implícitas da doença a tratar, criarão novas formas ainda não codificadas desta doença, para as quais os serviços projetados constituirão a resposta ideológico-real adequada. A hipótese formulada não nasce como resposta direta a necessidades individuais, mas como evolução de um pensamento científico que procede seguindo a própria lógica e, ao mesmo tempo, a lógica econômica da área na qual age. Desse modo, tal hipótese prefigura ideologicamente a realidade à qual se propõe a responder, criando necessidades artificiais e escamoteando as necessidades reais. Os serviços psiquiátricos de caráter preventivo, do modo como são projetados e executados hoje, permanecem inseridos na lógica científica e na lógica econômica que respondeu e responde à doença mental com a segregação. A doença é incurável e incompreensível; seu sintoma principal é a periculosidade ou a obscenidade, donde a única resposta científica é o manicômio, onde ela pode ser tutelada e controlada. Esse axioma, porém, coincide com o outro nele implícito: a norma é representada pela eficiência e pela produtividade; quem não corresponde a esses requisitos deve encontrar para si uma colocação num espaço onde não atrapalhe o "rimo social". Nesse sentido, ciência e política econômica andam juntas, a primeira confirmando os limites de norma mais apropriados e úteis à segunda. A ciência serve, assim, para confirmar uma diversidade patológica que é instrumentalizada seguindo as exigências da ordem pública e do desenvolvimento econômico, cumprindo sua função de controle social.

De resto, como se justificaria o fato de só quem não tem poder contratual acabar nas malhas das instituições públicas, onde a doença, em vez de ser tratada, na maioria das vezes é confirmada

como irreversível? O doente que pode gerir por conta própria seus distúrbios permanece, também na doença, inserido no processo produtivo (como sujeito-objeto de um ciclo econômico particular, como o das clínicas de tratamento e dos médicos privados); o que conserva quase intacto o seu papel social. Portanto, não é só a doença o que reduz o internado dos nossos asilos àquilo que ele é, mas sobretudo a internação ou o fato de ele, antes dessa internação, pertencer a uma determinada classe como origem.

Mantendo esses pressupostos, os serviços de caráter preventivo que não levam à transformação do manicômio e da lógica da exclusão nele implícita constituem a demonstração prática da dilatação do campo da doença, mais do que de sua diminuição após o tratamento. Eles não respondem ao problema da doença mental, e sim absorvem, no campo da doença, comportamentos que antes ficavam de fora (por exemplo, todas as formas de desvio antes aceitas, e agora definidas como anormalidades enfermas). A utopia-ideologia, neste caso, só faz confirmar, em nível diferente, a codificação da diversidade, sem alterar-lhe a natureza e a função dentro do jogo social.

Ao contrário, o caso da adesão total à realidade, sem que elementos utópicos intervenham para transformá-la, corresponde à construção de estruturas de saúde tecnicamente mais eficientes, que obviamente mantêm intacta a lógica em que se inserem a doença, sua definição e sua codificação, e ainda a natureza das medidas tomadas até então para responder a isto. Por excessivo "realismo", continua-se a fornecer apenas respostas aderentes ao ceticismo diante da doença, implícito nas estruturas dos asilos; isto é, continua-se a dar respostas negativas ou redutoras, que se limitam a confirmar a negatividade da realidade, na qual a utopia não tem força e não serve para transformar a lógica sobre a qual aquela se sustenta.

O que deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos (como, de resto, todas as instituições sociais), é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Ou seja, a primeira atitude necessária é que se reconheça que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos. Aí reside o significado da necessidade de uma tomada de consciência política dentro de toda ação técnica. Isso significa compreender que o valor do homem, são ou doente, ultrapassa o valor da saúde ou da doença; a doença, como qualquer outra contradição humana, pode ser usada como instrumento de apropriação ou de alienação de si, portanto, como instrumento de liberação ou de domínio; o que determina o significado e a evolução de toda ação é o valor que se atribui ao homem e o uso que se quer fazer dele, valor do qual se deduz o uso que se fará de sua saúde e de sua doença; com base nos diferentes valores e usos do homem, saúde e doença adquirem ou um valor absoluto (positivo numa, negativo na outra), como expressão da inclusão do são e da exclusão do doente quanto à norma, ou um valor relativo, na qualidade de acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenvolve entre saúde e doença. Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, se a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença.

Se o valor primário for o homem, o aleijado, o deficiente, o ineficiente, não são os elementos negativos de uma engrenagem que deve de qualquer modo prosseguir num sentido único, e sim sujeitos cuja satisfação das necessidades constitui a própria razão de ser da existência e do desenvolvimento da produção. Mas no mundo ocidental, mesmo no caso de atingir-se um nívelamento que assegure, por exemplo, a assistência para todos num regime de tipo

interclassista, o valor primeiro jamais seria o homem; este permanece - mesmo nessa dimensão - dominado e subordinado em nome de uma lógica econômica que lhe é totalmente estranha, dela participando somente como objeto passivo: lógica que sobrevive até à passividade e à destruição do homem, cujo valor não muda através das transformações que ela mesma produz. Se não muda essa atitude (que é, inevitavelmente, de natureza política) diante do doente, do deficiente, do aleijado, tampouco muda o significado destrutivo implícito no cuidado para com ele: a segregação, como única resposta institucional, e a codificação de uma diversidade que pode ser instrumentalizada como elemento de discriminação social, mesmo na fase preventiva.

Quando se fala de exclusão em certos níveis sociais e das relações sociais de produção como fundamento de todo vínculo entre os homens na sociedade ocidental, compreende-se também como a doença - seja ela de qualquer natureza - pode tornar-se, dentro dessa lógica, um dos elementos utilizáveis, passível de ser explorada como confirmação de uma exclusão cuja natureza irreversível é dada pela categoria a que pertence o paciente e por seu poder econômico e cultural. Isto não significa - como muitas vezes foi erroneamente entendido - que a doença mental não exista e que não sejam levados em conta em psiquiatria, isto é, em medicina, os processos fundamentais do homem. Mas significa que a própria doença, como sinal de uma das contradições humanas, pode ser usada dentro da lógica da exploração e do privilégio, vindo assim a assumir uma outra face - a face social - que a converte, ocasionalmente, em algo diferente daquilo que era inicialmente.

Nesse sentido, programar um serviço de saúde que parta das premissas político-sociais mencionadas, e que lhes deixe inalterado o mecanismo, significa aceitar incluir no terreno da doença também aquilo que nada tem a ver com ela. Isso significa

que, em vez de responder às necessidades reais, o serviço projetado contribuirá para dilatar o terreno da doença, englobando os elementos de natureza social que se lhe superpõem e com os quais ela acaba sendo identificada. Prestabelecido que a utopia só é possível como tradução automática de ideologia-realidade, as técnicas terapêuticas jamais respondem à doença, mas ao duplo que se constrói dela, como resposta às exigências da produção e do consumo.

Projetar sobre essas bases a prestação de um serviço no qual vigora a ideologia médica, totalmente privada de qualquer elemento utópico prefigurativo da resposta à doença, significa, assim, aceitar que sejam definidos como doentes (por conseguinte, que sejam englobados nas diversas instituições competentes) comportamentos que podem ser inclusive indícios de mal-estar social. A tarefa de uma programação de saúde que deseje responder às necessidades reais é, portanto, a de identificação e consciência do uso que explicitamente se faz da doença, de modo a que os serviços projetados não sirvam para dilatá-la, e sim para reduzi-la.

Dessas premissas é fácil deduzir que é impossível projetar um programa real para uma hipotética população de 100.000 habitantes. Impossível, se a resposta se limita a movimentar-se no terreno da ideologia, isto é, da utopia realizada somente para benefício de poucos, já que, ao fazer isso, não estamos em condições de conhecer as necessidades dos muitos aos quais deveríamos responder; inútil, se permanece encerrada nos limites da realidade atual (que é realidade-ideologia) sem transcendê-la para transformá-la. Devemos aprender a compreender que o médico ou os grupos interdisciplinares não organizam a título pessoal os serviços de saúde como simples resposta técnica a uma necessidade humana. Eles se limitam a desenvolver o mandato implícito em seu papel: aquele que lhes provém do fato de pertencerem à classe dominante e que

Ihes permite usar o próprio conhecimento técnico como instrumento de poder e de domínio sobre a classe dominada, para a qual a alternativa à exploração, em caso de doença ou de deficiência, limita-se à exclusão ou à segregação, que conduzem à destruição total.

Se uma tal relação de domínio está na base da relação entre homem e homem, como presumir que a relação terapêutica entre médico e paciente seja isenta do componente de classe implícito a qualquer vínculo social? E como falar de profilaxia psiquiátrica, se um dos lugares mais nocivos à saúde do cidadão é justamente a instituição médica (hospitais, ambulatórios, dispensários, centros de higiene mental), onde vigora em todos os níveis a relação de domínio e de opressão implícita à estrutura da nossa sociedade? A partir do instante em que as instituições criadas e programadas para a prevenção (primária, secundária, terciária) se revelam, elas mesmas, produtoras de doença, a prevenção só serve para confirmar a função das instituições como instrumentos de controle através da doença, a qual, desta forma, será alimentada em vez de tratada. Saúde e doença não são termos abstratos, mas elementos constitutivos de uma realidade violenta e opressora em que o encontro entre homem e homem é, por si mesmo, "causa" e "ocasião" de doença. Nesse sentido, as estruturas que deveriam servir à prevenção da doença revelam-se totalmente inadequadas, pois não afetam, e sim confirmam, a natureza das relações de opressão e de domínio, mediante a relação técnico-assistido.

Devemos estar conscientes do papel que essas organizações de saúde exercem desde o momento em que elas nascem. O técnico, ao colocar seu saber à disposição do assistido, deve negar em si o poder social implícito à sua figura. A ruptura do binômio saber-poder no papel do médico, atualmente automático e indivisível, é tarefa da nova instituição incumbida da prevenção da doença. Mas essa prevenção só pode efetuar-se mediante a simultânea proteção

do técnico e do usuário, de modo a que a realidade conserve sua contradição como contradição natural (a presença simultânea, na vida, de saúde e doença), sem que a doença se torne um valor negativo absoluto, instrumentalizável em todos os sentidos e contraposto ao único valor absoluto positivo, representado pela saúde.

Mas, enquanto for a ideologia dominante a programar os novos serviços de saúde, as novas estruturas e os novos modelos não podem senão perpetuar, na prática, a confirmação dos valores da classe dominante. E isso continuará a concretizar-se na organização das necessidades da classe subalterna, sem que jamais se dê resposta a tais necessidades, pois que a organização responde sempre às necessidades do técnico e não às do assistido, ainda que, aparentemente, o médico trate e o assistido seja tratado.

A esta altura, poderíamos reformular de uma outra maneira a pergunta central do questionário, inserindo um elemento realmente utópico: Como projetar um serviço psiquiátrico para 100.000 habitantes, no qual o técnico viva na prática a contradição entre seu papel de poder e seu saber?

É o que estamos tentando fazer num terreno prático institucional, em que os técnicos agem tendendo a usar a ciência e a técnica como instrumentos de libertação, e não de opressão do assistido. E isto só é possível se, dentro de cada intervenção técnica, levamos constantemente em consideração os jogos de poder implícitos aos papéis. A classe a que pertence o internado psiquiátrico e a evidente função de controle social por parte das instituições e de quem as gerencia deixam explícita a função política da ideologia psiquiátrica, que tem como finalidade primeira a tutela da ordem pública, e não o tratamento do doente.

Eu dirijo atualmente uma instituição hospitalar que serve a uma área de 300.000 habitantes. Sou obrigado – apesar das premissas aqui mencionadas – a estabelecer programas. Mas não me retiro

para o mundo das idéias, dos projetos e das abstrações: na medida do possível – entre prática e ideologia – tento identificar as necessidades da população que eu deveria assistir, mantendo uma ligação com os movimentos que, em setores diversos – na comunidade – tendem a recusar a opressão e a destruição de quem não tem o poder de opor-se.

Nós, técnicos, somos incumbidos de usar nosso saber e o poder implícito ao nosso papel como instrumentos de domínio. Em vez disto, devemos, cada um em seu próprio setor, usar esse poder para explicitar os processos através dos quais se exercita esse domínio, a fim de que a classe que é objeto de opressão, em todos os níveis, se apodere desse conhecimento, torne-o seu e recuse seu mecanismo.

Mas nossa intervenção não pode se limitar à eterna tarefa do intelectual burguês que ensina a quem é oprimido o caminho da sua libertação, porque, desse modo, continua-se a perpetuar nossa distância e nossa dominação. Devemos mostrar na prática, através dos conhecimentos de que dispomos e junto a quem é objeto de opressão, o uso concreto que diariamente é feito pela ciência burguesa em detrimento da classe subordinada, a fim de que, através da realidade prática da nossa ação – cujo terreno é o único sobre o qual também nós sofremos diretamente as conseqüências negativas, apesar do nosso poder – quem é oprimido tome consciência de todos os mecanismos pelos quais passa a opressão, para chegar a recusá-los.

O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica¹

As práticas de transformação institucional que se desenvolveram ao longo destes anos vão-se mensurando e diversificando a partir de questões de fundo que, embora ancoradas na especificidade psiquiátrica, ultrapassem largamente seus limites. A busca por uma nova recomposição do saber do técnico surge atualmente de várias frentes: como necessidade de repropor um novo modelo de gestão institucional, como recomposição de papéis, como reconstrução de poder, como fonte de garantias e como oferta de conteúdos de análise e de luta.

Movimentar-se dentro dessa demanda ambígua e contraditória exige uma identificação precisa dos fins, dos interlocutores e dos instrumentos desse saber que se visa a construir. Enquanto a tensão se demora em recompor um saber próprio em separado, em reedificar os códigos de uma ciência que continua a assumir, como objeto que a constitui, o produto de ideologias e de instituições que ela própria contribuiu para edificar, os resultados dessa operação trazem dentro de si os mesmos sinais de ambigüidade dos velhos códigos de interpretação. Romper essa circularidade, com a qual o poder do técnico se constitui e, ininterruptamente, critica e reedifica

¹ Comunicação ao III Encontro da Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria, Trieste, 1977. Em colaboração com M. G. Gianichedda e os operadores de Trieste.

a si mesmo e a correção dos seus instrumentos, implica a opção de agir no arriscado terreno da prática institucional, nos lugares concretos onde as próprias produções teóricas e práticas possam tornar-se critério de avaliação de técnicas e conhecimentos, mensurando-se e expondo-se à crítica e à clarificação de todos os que, a partir das próprias necessidades, fundamentam sua existência e seu uso.

A recomposição da experiência do técnico com a experiência de luta, de resistência, de derrota daqueles que aportam nos serviços, a capacidade de ler os conteúdos dessa experiência através da linguagem da opressão ou da estranheza das formas pelas quais ela se exprime baseiam-se de fato numa aprendizagem no sentido de suportar o confronto com a diversidade, radicalmente estranho às formas de conhecimento dominantes – que até hoje oscilam entre a exclusão do problema e sua interpretação e racionalização – assim como aos códigos de funcionalidade da organização social em que vivemos.

No que se refere à experiência de Trieste, as dificuldades para apreender, dentro do processo de transformação, os novos conhecimentos que iam emergindo, e portanto a dificuldade de comunicar o significado da nossa prática, na realidade foram, também elas, um produto dessa prática.

A escolha de uma ação que tendia a basear-se em formas precárias de organização, que se recusava a estabilizar-se sobre novas regras positivas, pelo menos enquanto subsistiam, prementes e reconhecíveis, as regras e os espaços do manicômio, recaiu constantemente sobre quem quer que estivesse envolvido. De um lado, mesmo na banalidade da ação cotidiana, ficava difícil acompanhar o compasso da transformação, o ritmo com que cada regra destruída gerava outras contradições, de modo que, muitas vezes, a tentativa de explicar o presente era atropelada pela nova realidade que se

constituía. De outro, por essa contínua investida contra a lógica institucional, a própria cultura dos operadores era questionada, obrigando-os de vez em quando a submeter à verificação, junto com a ação, os próprios códigos da análise, num processo em cadeia do qual emergia, mais do que um modelo orgânico e exportável, a transitoriedade dos processos determinados. Dessa forma, a perda de identidade da instituição, simultânea à inutilização dos seus símbolos mais explícitos, resultava em perda de identidade de todos os que a instituição continha – tanto pacientes quanto operadores – sem que, nesse processo, pudessem estabilizar-se as novas regras às quais se moldar, os códigos da ação concreta, a identidade positiva do novo transformador.

Além disso, desde o início do trabalho tornou-se claro que, a partir de um projeto comum – a destruição da lógica manicomial – não se reproduziam entre os operadores as mesmas modalidades de intervenção. Dependendo dos grupos, das situações específicas e até das histórias pessoais, tendiam a produzir-se opções táticas muitas vezes profundamente diferentes. Esse confronto, esse choque entre as diversas linhas de intervenção, frequentemente duro e difícil e de todo modo jamais concluído, sobre a relação com o poder (fosse o representado pela administração ou o de quem quer que o representasse dentro da instituição), sobre o uso das contradições internas deste, sobre a produção-reprodução da ideologia e dos respectivos mecanismos de exorcização e manipulação, nunca teve vida autônoma e independente das vicissitudes da prática cotidiana sobre a qual ia-se desenvolvendo. Em contraposição, conflituos e contraditórios, constantemente remetidos à concreitude do projeto e à necessidade de realizá-lo, mensuravam-se, no terreno das práticas, a partir do significado das realidades produzidas, possibilitando, para cada um, a verificação da correção e da força de sua própria ação. Desta forma, a cultura, as opções políticas, as resis-

tências, os saltos à frente, as defesas corporativas não se chocavam enquanto ideologias, mas, traduzidos em gestos concretos, modificavam-se e homogeneizavam-se à medida que o projeto político de base era interiorizado e tomado para si por todos os componentes da instituição.

Por essas razões, somente "depois" era possível compreender, nos seus efeitos que a nós retornavam, nas mudanças produzidas, para além do mecanismo visível, o significado do que havia acontecido. Por isso, somente "depois" era possível vislumbrar o passo seguinte, a partir do que havia sido modificado ou das resistências e lógicas institucionais que faltava atacar. Por isso era então difícil "compreender" e "fazer-se compreender" fora de um envolvimento real no que acontecia, fora de um compromisso total com a realidade em transformação. Por essas razões, hoje que o projeto político inicial se apresenta como realidade concreta, resta muito mais a memória dos significados do que a dos fatos. É impossível contar as coisas que aconteceram. O fato é que, hoje, a história de Trieste é cada vez menos a história de uma instituição e cada vez mais a história de muitas vidas que, na ruptura das dependências institucionais recíprocas, emergiram e se desenvolveram numa dimensão dificilmente reconstruível pela análise daquilo que foi. Por essas razões, se tivéssemos de fazer uma história do trabalho destes anos, não poderíamos encerrá-la num modelo abstrato de técnicas de transformação, mas deveríamos de preferência reconstituir a história das transformações dos diferentes processos reais, dos diferentes percursos internos, através dos quais se transformaram, junto com o espaço institucional que estava sendo transformado, todos aqueles que gravitavam na área da instituição, até assumirem como real, como próprio, como visível, o projeto político em que se enraizavam essas lutas: a eliminação do manicômio.

Já se passaram vários anos desde quando a publicação da *Istituzione negata* explicitou a crise já em andamento na psiquiatria como "Instituição" e como "Saber". Num mesmo ato de denúncia foram então envolvidos, em suas recíprocas conexões, o espaço concreto da internação do doente mental, de um lado, e de outro a função de um saber abstrato que, embora construído com base no modelo de teorias médicas, desde suas origens estava intimamente ligado e comprometido com os problemas da ordem pública e do controle do desvio. Sobre essa contradição tratamento-custódia havia-se trabalhado durante anos, decompondo peça por peça as regras e as necessidades de uma (a custódia) para que se constituíssem espaços e possibilidades concretas de executibilidade do outro (o tratamento), como recuperação tanto da pessoa como dos conteúdos do seu sofrimento.

Mais que produto de atraso histórico, essa dissociação demonstrou-se elemento constitutivo da psiquiatria e, por isso, só explicável se, na análise e na denúncia, fosse envolvida a própria "sociedade", tanto como organização do Estado (pela função de separação que a psiquiatria exerce entre normal e anormal, para tutela de uma norma rigidamente pré-formada) quanto como sociedade dividida em classes (pelo fato de que os internados dos manicômios provinham sempre do proletariado ou do subproletariado).

O mandato social do técnico foi então identificado num ato de separação e de seqüestro de problemas e conflitos sociais: sua função se esclareceu como controle e codificação científica separados, funcionais à ocultação da natureza política das demandas que se apresentavam. Tal consciência não se limitou a uma simples constatação da não-objetividade do saber científico e a uma denúncia de sua cumplicidade com a ideologia dominante: o exercício desse saber demonstrou-se, na prática, aceitação e exercício de um poder social preciso e real, capaz de, reconhecendo e codificando

as diversidades, determinar seu destino. Foi a partir desse entrelaçamento, desse binômio indivisível entre saber e poder, que se pôde afirmar a politicidade direta do trabalho na instituição, não só como denúncia mas como abertura prática de novas áreas de conflito. De resto, a própria oposição do poder político, que, com sua persistência e sua obtusidade bloqueava e restringia as margens de ação, amplificava o significado de ruptura dessa prática, tendo ela mesma passado a aumentar de vez em quando os conflitos abertos pela transformação.

Desta forma ocorreu que, na hostilidade geral do *establishment* psiquiátrico e do poder político, a prática de humanização, a tomada de consciência dos oprimidos sobre os mecanismos da opressão, a socialização dessa consciência, a destruição das regras asilares em função de momentos de vida comunitária, a mensagem sobre a condição do internado e sobre o significado da marginalização foram reconhecidos, avaliados e avaliados pelos próprios operadores, mais que segundo os códigos de experiências psiquiátricas "avançadas" específicas (a Comunidade Terapêutica inglesa, a *Psychotherapie Institutionelle* francesa etc.), como processos práticos de transformação, homogêneos às lutas que – naqueles anos –, em outros setores da organização social, quebravam as regras das instituições e revelavam sua finalidade. A psiquiatria crítica, quanto aos seus instrumentos e respectivo uso, torna-se crítica da própria psiquiatria e tentativa prática de romper com sua função dentro do jogo social. Daí o impulso de estender as razões e os conteúdos dessa luta ao social, ao "território" percebido por todos – não sem mitificações – como o lugar da expressão plena das contradições de classe, espaço real que tornaria mais clara a própria colocação e mais natural o resultado das alianças.

Os anos subsequentes ao trabalho de Gorizia produziram a consciência de não poder prosseguir – enquanto impossibilitados de dei-

kar os muros do manicômio – no questionamento de uma instituição que já não era somente o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do "território", repela a doença e a confiava à psiquiatria e ao manicômio.

No próprio "território" emergiam, até mais agudamente, as contradições de um mundo da saúde que – embora fossem atravessadas por fermentos de luta e por propostas de uma qualidade de vida diferente – permanecia dentro dos esquemas e dos códigos de funcionalidade da ideologia dominante. Durante aqueles anos, as contradições são-doente, normal-desviantes, homem-mulher, velho-jovem vão explodindo e revelando-se cada vez mais entremeadas com a divisão em classes e com a atribuição desigual de poder. Como, então, inserir a doença no espaço da saúde, se afinal é a identificação da saúde como produtividade que constitui essencialmente a improdutividade como doença? Como socializar o desvio e a marginalidade, enquanto sua característica constitutiva continua sendo a privação de bens e a de poder contratual?

Cheia de indicações sobre os processos futuros, a prática goriziana não pôde se desenvolver sobre esses temas, por estar forçosamente fechada dentro dos muros do manicômio. O que restou como consciência foi, ao lado da nova ordem de necessidades e de obstáculos, o caráter absurdo de uma instituição nascida como explícita delegatária da separação e da tutela dos "irresponsáveis".

A prática iniciada em 1971 em Trieste pôde se desenvolver dentro de um quadro político em profunda mudança em relação aos tempos e às circunstâncias em que a experiência goriziana amadurecera. A difusão, no tecido social, da lógica e da "organização de fábrica", a institucionalização do território, os processos de marginalização em massa e, em contrapartida, a extensão das lutas a todos os setores da vida social abriram espaços de contradições bem mais significativas e determinantes. A demolição de um dos

principais aparatos repressivos, como era o manicômio, pareceu então um projeto executável, um objetivo central, capaz de reconduzir o específico ao geral, mediante o processo prático de socialização de problemas até então mantidos separados e apartados.

A disponibilidade da administração da província para apostar numa reestruturação da organização dos serviços psiquiátricos, embora parcialmente determinada por circunstâncias particulares, encaixava-se no quadro global nacional das reformas institucionais, em grande parte mais projetadas do que realizadas. Tal disponibilidade comportava a possibilidade de aprofundar e acelerar a transformação da instituição, que, todavia, continuava a movimentar-se num terreno minado, no qual os obstáculos jurídicos, econômicos e ideológicos permaneciam inalterados, até mesmo dentro de um programa que se dispunha a superá-los. De fato, a própria decisão de uma administração provincial "iluminada" chocava-se com a inalterada organização do aparato jurídico-ideológico e, ao mesmo tempo, com o próprio aparato administrativo, heterogêneo em relação à opção: somente uma prática diferente poderia questionar e remover as estruturas e os modos de funcionamento desses aparatos. A ambiguidade dessa opção colocava o técnico numa ambiguidade igualmente pesada, de modo que seu mandato parecia não mais oscilar entre conservação e transformação. Mas, baseada esta ambiguidade num pacto explícito de mudança como garantia de eficiência, a cada gesto artiscava-se a suprimir, com suas respostas, a constituição do pólo crítico, a reabertura das contradições. Daí uma objetividade amplitude, antes insuspeitada, de espaços de ação, mas – ao mesmo tempo – o risco de perder-se, de um lado, na expectativa e na reivindicação de medidas administrativas capazes de superar os obstáculos ou de invalidá-los, e de outro na assunção acrítica e totalizante do papel de reformadores, por delegação explícita do poder político.

O jogo com esse poder, ou seja, o uso de suas contradições internas, a simultânea necessidade da mediação e do conflito para transformar um programa de reestruturação administrativa num projeto político, em condições de produzir uma substancial mudança de funções nas instituições psiquiátricas, determinou, além de crises profundas naqueles que agiam, a busca constante por novas modalidades de ação, capazes de mediar simultaneamente em todas as frentes de intervenção que se abriam. Na verdade, tal estratégia de mediação revelou-se o único espaço possível para abrir, e não para fechar, processos críticos de realidades institucionais pré-constituídas, e continua sendo, para nós, o difícil lugar de verificação e de risco.

As fases salientes da história destes seis anos coincidem com a luta para remover os obstáculos, internos e externos, de ordem econômica, jurídica, cultural; lutas e processos nos quais foi preciso preparar estratégias de intervenção capazes de agir nos interstícios de normas tão rígidas quanto contraditórias; capazes de utilizar, no máximo das possibilidades, espaços abertos por contingências particulares; capazes de enfrentar o problema remetendo as contradições ao seu lugar de origem, no esforço de usar cada mediação para lutar contra um poder que a tornava necessária. Assim, ao lado de um programa básico estabelecido de início em comum acordo, não se ficou esperando planos orgânicos de reestruturação administrativa ou reformas totais, de resto irrealizáveis, mas trabalhou-se com instrumentos artesanais, iniciativas parciais, baseadas na necessidade de abrir espaços e ao mesmo tempo vencer resistências. Em vez de uma regulamentação reformada das relações com as administrações locais, com as instituições médicas, com a organização da assistência, que inevitavelmente se limitaria a um projeto burocrático, escolheu-se o caminho da verificação concreta das respectivas competências e funções, em cada momento da transforma-

ção; verificação concreta que seria a única a poder produzir o estímulo e a crise concreta dessas competências e dessas funções separadas. Pelas mesmas razões, nunca foi possível reestruturar definitivamente os setores de hospitalização, porque, a cada projeto "alternativo", aflorava a possibilidade de um uso diferente, ou até de um não-uso; tampouco houve uma rígida estabilização da divisão do trabalho entre os operadores, pelo menos enquanto existirem a exigência e a possibilidade de uma sua superação.

Portanto, embora cientes da inevitabilidade da gestão institucional, não aceitamos a possibilidade de uma reconversão médica do hospital psiquiátrico – esta que, aliás, seria perfeitamente orgânica para o mandato do administrador público – uma vez se mostrado eficiente, no sentido de garantir um uso sensato dele, hoje mais facilmente identificável e analisável do que na fase inicial.

Mesmo com ambigüidades e contradições, em nenhum momento se alimentou a ilusão de transformar o espaço da internação num espaço "clínico", "multidisciplinar", em virtude da profunda consciência de duas ordens de problemas: de um lado, a "doença" amadurece no social como processo de sanções, de restrições, de resistências acumuladas que reforçam o "germe"; de outro, o hospital psiquiátrico nunca foi outra coisa senão a sanção definitiva da existência do contágio, o lugar que determinava e organizava a presença ameaçadora dos germes e a necessidade, em certas condições, de isolá-los e neutralizá-los.

Ainda que atualizado, humanizado, "medicalizado", o hospital psiquiátrico, continuando a existir, induz e sanciona também, em relação às necessidades antigas e novas de assistência, toda uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais (do terapeuta privado ao ambulatório mutualístico, ao setor hospitalar, às clínicas particulares etc.) aos quais a clientela se dirige, com base na gravidade do distúrbio

social e nos diferentes recursos econômicos que permitem ou não sua gestão: esses diversos níveis de instituições devem ignorar um ao outro, no processo arriscado de contaminação recíproca e de queda até o ponto mais baixo. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda, endereçando-a aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção. Nesse caminho, sabe-se de antemão quem acabará caindo ali.

Por essas razões, qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como "inferioridade", e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência.

O fechamento do hospital psiquiátrico não interrompe na origem a cadeia da "psiquiatrização" do sofrimento, produzida alhures; mas, cortando-lhe um anel central, determina significativas adaptações em todos os aparatos médico-psiquiátricos, estruturados em referência à sua função, assim como na cultura que ele mesmo alimenta.

Daí a opção por uma prática baseada, desde o início, na ruptura de todos os mecanismos institucionais que podiam continuar a reproduzir a separação e o sequestro, para fora da vida social, de quem entrava em contato com a instituição, fosse ele já um interna-

do ou um novo usuário. O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato.

Polarizado na criação de novas figuras jurídicas (a Cooperativa dos Trabalhadores Unidos, a figura do “hóspede”), de novas instituições organizacionais (diretores territoriais, alojamentos independentes), e na valorização de instrumentos de intervenção centrados na “recomposição” econômica da pessoa (reativação de pensões, fornecimento de subsídios, busca por locais de trabalho), o significado de nossa prática, nestes primeiros anos, consistiu, de um lado, no incessante esforço de reativação das trocas reais, de produção de relações sociais diretas, cada vez menos mediadas pela proteção institucional; de outro, na constante valorização de todos os níveis de conflito que se iam desenvolvendo a partir desse choque entre a miséria institucional e as modalidades de funcionamento do mundo da saúde.

A mudança de status jurídico e econômico – de “internado” à condição de estar de alta hospitalar e à de “hóspede da instituição” – não foi preestabelecida como prêmio por uma vitoriosa “reabilitação” à vida social, mas como aquisição de um poder de base, preliminar a qualquer contratualidade nas relações, condição necessária ao encaminhamento de um processo de reapropriação das regras sociais a partir da própria miséria, não mais sequestrada, mas reapropriada e trabalhada. Concretamente, essa mudança de status significou o fim do velho tipo de gestão como assunção total da

pessoa e administração completa da sua vida, bem como a utilização direta, por parte dos ex-internados, dos espaços da cidade como “os lugares da reabilitação”. O fim da dependência pessoal do internado, que o libera como “cidadão”, e o fim da necessidade de internação, que não mais o isola como “doente”, em vez de normalizar o conflito que ele representa, perpassam criticamente, ao constituir-se, as relações existentes entre a organização médica e a lei, as regras que articulam as relações sociais, os processos de valorização constitutivos da pessoa. Nesse sentido, as situações de “crise”, não mais redirecionadas para dentro do sujeito que é seu portador, reabrem-se como crises entre os níveis de poder, entre interesses sociais, entre instituições e níveis institucionais, requerendo – por parte do técnico – uma mediação radicalmente nova, não mais “interna”, entre as regras do aparato institucional e o internado, mas sim entre o usuário com sua demanda e as necessidades e regras do jogo social; e o fato de o exterior, a organização médico-assistencial, o local de trabalho, a família, que progressivamente se tornavam os novos espaços da nossa intervenção, estarem envolvidos como o outro pólo da crise, como portadores explícitos do outro interesse em jogo, ampliou a crise de “privada” para “pública” e transformou sua mediação em ação direta no social, e a assunção da parcialidade de um dos dois interesses em juízo sobre a atribuição desigual de poder e em opção política para modificá-la.

Nesses processos, o fato de se haver tendido a oferecer respostas não previstas pelo jogo institucional sempre produziu uma reestruturação da natureza das relações em função do objetivo concreto a ser alcançado, determinando, de um lado, um progressivo desenvolvimento da autonomia do técnico em sua mediação com o poder político; de outro, sua progressiva perda de poder no plano da gestão institucional, de modo que, junto com a permanência de resistências e resíduos do manicômio, puderam desenvolver-se ins-

tâncias críticas, expressões de uma subjetividade ainda contida, mas dificilmente recuperáveis por um aparato institucional em grande parte subvertido. Evidentemente, o fato de oferecer respostas que não fossem pré-formatadas com base nos meios e nas regras da instituição determinou uma radical mudança na relação com o interno-do, no conteúdo dessa relação, naquilo que é posto em jogo. Por parte do usuário, de quem apresenta a demanda, de qualquer modo está sempre em jogo a totalidade do próprio existir, a qual foi identificada como "mercadoria doente". Para o técnico, cuja delimitação institucional – dentro ou fora do manicômio – é a reprodução do próprio saber enquanto poder, efetuada através da gama de respostas previstas e essencialmente baseada na sanção, a recusa a essa ordem de respostas implica o próprio comprometimento total na relação com o internado. Daí a necessidade de buscar respostas que partissem não mais do nível do próprio saber-poder institucional, mas da própria totalidade de sujeito político, de ser social.

Essa restrição e confusão das distâncias e das fronteiras entre o específico e o político, entre o pessoal e o papel social, entre as necessidades e o poder de satisfazê-las, evidentemente não produz a superação da distribuição desigual de poder, a igualdade para além da colocação de classe. Todavia, no técnico, isso contribui para aguçá-lo a consciência de estar sendo, ele mesmo, reproduzido como mercadoria no circuito das trocas institucionais; assim, a opção por desmontar o aparato que o constitui é expressão direta das suas necessidades, tornando-se assunção de responsabilidades sobre a própria especificidade, como busca das mediações reais para reconectar essa transformação à luta mais geral entre as classes.

Tal especificidade, assumida como caminho e como risco, torna-se um espaço autônomo de elaboração de conteúdos, de instrumentos de luta, de mediações políticas, que, partindo de ações práticas cotidianas, produzem novos conhecimentos sobre os modos e

os processos através dos quais passam a opressão e a incorporação da opressão, e, ao mesmo tempo, a abertura de novos espaços reais de luta e de projetos comuns.

Depois da identificação da organicidade do técnico quanto à ideologia dominante e da luta contra ela, tratou-se e trata-se ainda de prosseguir na busca da possibilidade de se agir como técnicos, enquanto tais, em meio à luta de classe, superando a reproposição de um "político" enquanto esfera autônoma e separada, com o qual seja impossível, de um lado, verificar nossa especificidade, e, de outro, dilatar e ampliar, no interior dessa luta, os conhecimentos que vão sendo adquiridos pouco a pouco a partir da prática de transformação, sem que estes sejam inutilizados e reificados numa lógica separada, que de novo interrompe o vínculo com as necessidades que emergiram.

Nessa direção, pretendeu-se modificar a relação entre o "técnico", o "político", o "administrativo", no contínuo questionamento da separação da prática, na contínua redefinição do próprio âmbito e na busca por momentos de ação comum. Característica peculiar da ação, desde o plano mínimo do ato cotidiano até o desenho global como se ia delineando, foi, portanto, a crítica prática a toda forma de resposta institucional (quer viesse do técnico, do político ou do administrativo), no sentido de uma resposta pré-constituída para e pela organização, e organizada para a cristalização da demanda.

Desde o ato individual do médico ou do enfermeiro até todo o tecido cerradíssimo das relações entre os componentes da instituição, tratou-se de lutar contra a cristalização das respostas, fossem elas a existência global da instituição ou os atos executados em nome de sua transformação. Isto, a fim de constantemente reabrir interrogações e processos críticos sobre a demanda e sobre a necessidade. Ou seja, tratou-se de não encerrar contradições com respostas pré-constituídas, mas de fazê-las agir, fermentar e generali-

zar-se, aprofundando-lhes todos os significados. Este foi o sentido da destruição do manicômio, e esta tende a ser a relação com qual-quer instituição, como lugar de pré-formação de respostas cuja tarefa é a de desviar as “demandas” e fazê-las expressar-se à sua imagem. Em outras palavras, crítica às técnicas inclusive no próprio momento em que sejam usadas, luta contra a instituição enquanto se age dentro dela, luta contra o “bom serviço” no momento em que se o reconstrói.

Nesse sentido, nunca se procurou escamotear a doença, mas sim estabelecer como objetivo direto da ação a luta contra ela enquanto processo de organização e de desvirtuamento de contradições específicas do sujeito em suas relações sociais.

Os novos serviços territoriais, embora mantendo-se ancorados no processo de destruição do manicômio do qual vêm a ser a continuação, desenvolveram-se segundo modalidades diversas, condicionadas pela realidade em que operavam. A necessidade de agir simultaneamente em várias frentes; o estímulo a integrar-se num território ainda marcado pela cultura do manicômio e, ao mesmo tempo, pela presença da sua transformação; a busca por uma participação generalizada, capaz de suportar com os operadores o peso da ruptura da instituição; tudo isso produziu a substituição de espaços o mais abertos possível – não exclusivamente “psiquiátricos” – tendencialmente lugares de encontro entre os ex-internados, a nova clientela e as pessoas da cidade; figuras que, embora não tivessem de saída um código comum de reconhecimento, podiam progressivamente descobrir o terreno de uma aliança substancial entre si, na emergência de necessidades e de opressões comuns. Daí a produção de iniciativas aptas a favorecer essa participação, a estender à cidade o uso desses espaços, a oferecer um serviço voltado o máximo possível para o reconhecimento das necessidades da pessoa, e não para a resposta a novas instâncias de controle e de dependên-

cia, que no entanto tendem a ser a única forma de resposta às necessidades, numa cidade que costuma equilibrar os próprios conflitos com rígidos aparatos de controle ou com formas degradadas de assistencialismo.

Se a invalidação das realidades concretas sobre as quais se baseava a lógica manicomial produziu a queda desta como sistema de respostas institucionais, o nascimento dos novos serviços descentralizados não representou automaticamente o fim do mandato para a separação e a exorcização das contradições. Todavia, o prosseguimento, no território, da luta contra a lógica do “serviço”, enquanto sistema de novas respostas institucionais, contribuiu para esclarecer o significado da mediação do técnico, e a opção por assumi-la a fundo permitiu que algumas vezes se descobrisse dentro dela os espaços práticos para criticá-la e prefigurar sua superação. Hoje, essa opção, essa atitude prática, já não é comum somente aos poucos que tendem a envolver nela os demais; amadurecida com a gradativa difusão, para todos os espaços do manicômio, da luta contra a lógica deste, ela é ativamente consciente e explicitamente assumida pelos enfermeiros que trabalharam conosco nestes anos, e que agora agem como protagonistas diretos, na produção de iniciativas e de análises voltadas a superar criticamente as novas realidades que se constituíram.

O próprio desaparecimento, no circuito dos serviços, da oferta de internação – apesar da persistência de oposições provenientes dos setores mais retrógrados do velho aparato institucional representivo – induz profundas mudanças na formulação da demanda de intervenção. A prática dos Centros continuou e continua a chocar-se com a demanda de internação, separação, coação; exigências centradas, por parte dos outros serviços médico-psiquiátricos, na necessidade da sanção para manter os próprios níveis de eficiência, e, por parte dos cidadãos individualmente considerados, nas dife-

culdades de suportar um sofrimento que ainda se apresenta, em certas condições, como radicalmente estranho em relação às regras da saúde e da vida, e para cuja expressão não se conhece outra maneira afora o sintoma codificado como "doença".

A introdução de um grupo de operadores no dormitório público do ECA², a instauração de um serviço de emergência junto ao hospital geral, com o objetivo de bloquear, na nascente, o maior número de pedidos de internação, a tendência a inutilizar, em puro registro administrativo, os que chegam segundo a lei ainda em curso, vão aos poucos alterando o jogo de equilíbrio entre as instituições, tradicionalmente consideradas vasos comunicantes em relação ao hospital psiquiátrico; e o alteram a tal ponto que começam a tornar a demanda psiquiátrica menos sistematicamente serializada. A opção por interromper os processos de "psiquiatrização", destruindo-lhes o núcleo central, determinou o início de uma mudança nessa demanda, a qual, já problematizada pela difusão de elementos de nova cultura provenientes da transformação da instituição, está hoje acertando as contas com uma resposta já impossível (o manicômio). e por isso mesmo com a necessidade, por parte dos usuários, de inventar novas formas de expressão do sofrimento. Medir-se com essa nova qualidade de demanda comporta a possibilidade de inventar novas estratégias de mediação, capazes de valorizar as implicações desses processos nos quais a exigência já não é só de "separação do doente", mas necessidade de reestruturar a própria organização e a própria cultura em relação à presença deste e ao distúrbio que ele determina, com a conseqüente modificação dos próprios modos de expressão desse "distúrbio". Nesse sentido, a superação do manicômio age e pesa de modo direto sobre toda a organização médico-psiquiátrica e assistencial, estruturada sobre sua

existência e sobre o aparato ideológico-jurídico destinado a reproduzir sua função. Os processos de crise e desestabilização que se vão produzindo dentro desses aparatos, nas normas que os regulam e que regulam seu uso, correspondem, para os novos serviços territoriais, a outros tantos espaços de intervenção ainda abertos, a partir dos quais possam desencadear-se processos práticos de crítica às várias formas de respostas pré-formadas, onde quer que estejam constituídas e tendam a constituir-se.

Isso significa a possibilidade de abrir novos canais de comunicação, de subverter o velho contágio do manicômio, difundindo, desta vez, um germe ainda parcialmente estranho aos antídotos existentes. De resto, a propagação de momentos de luta sobre a autogestão da saúde e contra a expropriação mediada pelo técnico com sua ciência ampliou os lugares com os quais todo processo de normalização, toda nova ordem, todo bom serviço deverão confrontar-se. Por essas razões, os processos de transformação que se vão abrindo no nível dos aparatos e de cada sujeito dificilmente serão recuperáveis, enquanto os novos serviços continuarem a rejeitar a regressão a formas de sanção mais ou menos mascaradas de correções políticas de discurso, ou a formas de exorcização mais ou menos tolerantes. O doente mental confrontou-se até agora ou com a sanção ou com a tolerância: na verdade, seu sofrimento, sua diversidade sempre foram ou invalidados ou ignorados.

Mas a alternativa à sanção não pode ser, também neste caso, a simples tolerância da "loucura", e sim o aprender a suportar um confronto com o outro que só permanece real e significativo quando o sofrimento não é isolado em lugares e ideologias que se encarreguem dele; aprendizagem que permite ao mesmo tempo a não-expulsão da diversidade e o reconhecimento da mesma, muitas vezes escondida nas regras de uma "normalidade" que desvirtua as necessidades tanto quanto a "loucura".

2 Ente Comunale di Assistenza, órgão municipal de assistência social. (N. da T.).

Esse limite-verificação, constituido, para o "doente", pela presença dos outros, pela recusa à interrupção das relações quando já não se possuem as regras para sustentá-las sem transtornos, representa, se for mantido fora de técnicas de exorcização mais ou menos opressivas e mistificantes, a única possibilidade para um encontro-confronto-reconhecimento entre as necessidades de quem sofre e as necessidades de todos os que continuam a manter a relação com ele. Na prática dos Centros, isso significa tender a manter aberto esse confronto; a recusa a organizá-lo segundo formas de socialização pré-constituídas permite o desenvolvimento de outras formas de socialização que, de vez em quando, nascem e se dissolvem a partir das necessidades de quem as determina.

Estamos perfeitamente cõscios do fato de que, paralelos e contraditórios à difusão da crítica ao manicômio, foram-se desenvolvendo e difundindo, durante estes anos, novos tipos mais diferenciados de intervenção psiquiátrica. Dentro deles, o velho saber psiquiátrico, ambigüamente suspenso entre terapia e ordem pública, pode readquirir força nova, pela capacidade demonstrada no sentido de recuperar e valorizar a contaminação original do "social" em seu âmbito, e ganhar novo poder, na incumbência de representar a transformação e a racionalização de aparatos institucionais rígidos e envelhecidos. Essas novas formas de intervenção, na quase totalidade das situações em que se vão desenvolvendo, inserem-se em circuitos médico-assistenciais ainda centrados na sanção da internação, da qual acabam utilizando a existência, ou pelo menos confirmando-a indiretamente e não impedito seu uso.

O fato de a área de cobertura de cada tipo de serviço já ser selecionada, na origem, dentro do complexo de aparatos e de mecanismos - articulados sobre a sanção - que destinam cada distúrbio

social ao circuito conveniente, e o fato de existir, de todo modo, o espaço último onde o sofrimento mais irreductível fique isolado, invalidam o resultado do trabalho do técnico na medida em que ele já é previsível, em certas condições, e o restringem a um âmbito de ação no qual os próprios "sucessos terapêuticos" são garantidos, na realidade, mais que pela correção das próprias técnicas, pela precisão com que se articula o complexo mecanismo de distribuição da clientela. Nesse sentido, qualquer transformação da intervenção psiquiátrica está destinada à derrota e a significados de alcance marginal, se não se identificar o lugar central do ataque; nesse sentido, a ampliação das novas formas de intervenção permite novamente ao técnico um arco de opções possíveis que não são equivalentes.

Se a ação e a análise não souberem identificar a complementaridade e a homogeneidade das várias formas de intervenção com o núcleo central constituído pela sanção, se não forem combatidos na prática os lugares onde a repressão institucional planta um domínio que em outros lugares se atenua, os modos de estruturação desse domínio continuarão a consolidar e a garantir os modos de expressão do sofrimento segundo uma imagem pré-formada de "doença", pela qual todo tipo de resposta acaba sendo pré-formada com base na sanção institucional originária.

Nesse sentido, a superação do manicômio não representa a modernização de uma forma antiga de gestão, nem a exportação da mesma lógica para o território, mas sim a penetração sistemática de uma profunda crise em todos os aparatos do controle e da sanção: é a ruptura do complexo mecanismo de distribuição da clientela na sua doseagem equilibrada de sanção.

Loucura/delírio¹

Sem esperança não é a realidade, mas o saber que – no simbólico – o fantástico ou matemático – se apropria da realidade como esquema e assim a perpetua.

Horkheimer e Adorno,
Dialektik der Aufklärung.

1. Razão e loucura

Não existe história da loucura que não seja história da razão. O próprio esforço de Foucault em seguir o itinerário do silêncio ou da palavra do louco ao longo dos séculos é uma busca da interpretação desse silêncio ou dessa palavra, e, por conseguinte, “monólogo da razão sobre a loucura”.² Mas, nesse monólogo, está implícito um ato essencial na evolução da própria loucura: o de inscrevê-la na linguagem de quem a escuta e a julga, e de obrigá-la a exprimir-se segundo a lógica dessa linguagem. A história da loucura é a história de um juízo e, portanto, da gradativa evolução dos valores, das regras, das crenças, dos sistemas de poder sobre os quais se fundamenta o grupo social e sobre os quais se inscrevem todos os fenômenos no processo de organização da vida associativa.

1 In: *Enciclopedia Einaudi*, vol. VI, Turim, 1979. Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

2 M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique, folie et déraison*, Paris, Plon, 1961, trad. it., Milão, Rizzoli, 1963.

A coexistência entre racional e irracional e sua separação, ocorrida ao longo dos séculos, para afinal reaproximá-los quando a razão estivesse em condições de neutralizar a loucura, reconhecendo-a como parte de si mesma e, ao mesmo tempo, definindo o espaço separado em que ela devia existir, não são apenas o sinal da evolução do conhecimento e da ciência. Nem somente o sinal da passagem da loucura, como experiência trágica do mundo, ao pecado, à culpa, ao escândalo, à condenação e à objetivação da desgraça (todos esses elementos ainda estão fundidos e presentes na loucura, aos nossos olhos críticos). Nem apenas o sinal de uma animalidade que aflora ou explode até que a razão venha criticá-la, diferenciá-la e separá-la. Nem, ainda, unicamente a medida pela qual os medos e as misérias do homem e do mundo são anulados mediante o suplício, a punição, a repressão, a autoridade, a ciência, o poder.

O que essas passagens pressupõem é um denominador comum: a quantidade e a qualidade do espaço de que o homem – cuja subjetividade é delimitada e definida por um corpo relacionado a outros corpos e outras subjetividades – dispõe para expressar as necessidades dessa subjetividade e desse corpo, mediante a razão e a desgraça, a saúde e a doença, a verdade e o erro. Não se trata de um problema de piedade, justiça, tolerância, consciência e conhecimento diante do sofrimento, da derrota, da queda: é tudo isso mas, também, algo mais global e extensivo, que compreende o homem na totalidade de suas necessidades e de seus desejos e a atitude assumida, diante dessa totalidade, pelo grupo social em que ele está inserido e pela organização que deveria responder a tudo isso.

Enquanto todas as necessidades da coletividade não adquirirem a força de expressar-se como perguntas que exigem respostas, a loucura é encarada sob a mesma escala dos outros fenômenos. Enquanto se tratar de necessidades indiferenciadas, nas quais razão e desgraça, loucura, delírio, violência, precariedade, crenças e ritos

estão misturados e confundidos na penúria de uma existência vivida sob a ameaça da morte crua, da bestialidade, erro, pecado, culpa, degeneração, desregramento e vício serão juízos de valor a aproximarem todas as formas da desgraça: mas também todos os modos pelos quais a miséria, a fome, a opressão, a inundície, a doença, a indigência podem exprimir-se. A face da fome não está distante da face da loucura, e as vozes de ambas se confundem quando ninguém as escuta ou quando elas não têm direito à palavra. Quando há tolerância, isso significa que a loucura está confundida com a vida: se, na Idade Média, a loucura paria monstros, a vida não estava tão distante dos monstros paridos pela loucura. Períodos de grande escassez, epidemias, pestes, crenças, ritos, crueldade, opressão e domínio estão impregnados pela mesma violência que impregna esses monstros. A religião não produz os mesmos terrores e não nasce dos mesmos terrores? Naquela época, leprosários e asilos não hospedam a doença, mas a indigência doente, segundo um espírito caritativo e piedoso: assim como a prisão hospeda todas as misérias do mundo que se expressam através da desgraça, ameaçando a convivência civil e as crenças comuns, até então permeados por elementos confundidos de razão e desgraça. O delírio, como expressões subjetiva do louco – mesmo que o termo signifique “saída do sulco”, segundo a origem etimológica³ – é ainda a mediação entre uma transcendência que engloba e explica tudo e o mundo de miséria e cruzeza (justificado por essa transcendência) no qual se confunde. A loucura ainda não tem uma voz autônoma, porque as necessidades do homem, são ou doente, estão privadas de voz, e a resposta é confiada à caridade e à punição. Enquanto a miséria se cala, ou se consegue barrar-lhe qualquer tentativa de tomar a palavra, a loucura poderá confundir-se na linguagem comum da neces-

³ Ver adiante, no ponto 5 (“A palavra à loucura”), a citação da *Encyclopédie* (N. do E.).

sidade que ainda não clama por respostas, ao passo que os poucos que dispõem da possibilidade de vida encontram por si sós os modos de enfrentá-la. As definições dadas para a loucura inscrevem-se no mundo mágico, religioso, ritualístico de que está impregnada a cultura, que a engloba, assim como engloba a miséria, na totalidade dos fenômenos humanos naturais/sobrenaturais.

É no momento em que a miséria começa a reclamar seus direitos que se desencadeia uma operação tendente a identificar e a separar as diversas vozes que a povoam, para não responder à globalidade desse grito; não por acaso, é nesse momento histórico que se começa a identificar também a voz da loucura.

Pinel, quando – dentro da lógica iluminista, e sob o impulso das instâncias libertárias da Revolução Francesa – libera os loucos das correntes que os mantinham confundidos com a delinqüência, na ilusão de dar-lhes a palavra ao reconhecer-lhes a dignidade de enfermos, na verdade começa a separar o mundo da miséria e da desgração, atribuindo à loucura aí confundida uma conotação qualitativa diferente: o que implica a fragmentação das cada vez mais prementes demandas globais das massas e a estruturação de uma nova lógica que permita eludi-las, mediante a elaboração de respostas técnicas separadas, das quais a frenologia é um exemplo. Quando as multidões mudas, privadas de voz, estão para tomar a palavra, a Razão – já identificada com o poder – começa a distribuir a uns e outros as modalidades, os tempos e os lugares em que podem falar, mas nos termos da sua linguagem e da sua lógica, as quais, implicitamente, cancelam a globalidade das necessidades do homem através de sua fragmentação.

A passagem do cárcere ao manicômio – para além do significado humanitário implícito nessa operação que, todavia, dava como certo que criminosos e delinqüentes pertenciam a uma sub-humanidade à qual competiam prisões, cárceres, suplícios e torturas – é de

fato o início da invalidação da voz da loucura, justamente no momento em que lhe é reconhecido o direito à palavra enquanto enfermidade. Criminalidade e loucura, entendidas como fenômenos de natureza ou contranatureza, tinham em si um caráter irreduzível: o cárcere segregava e punia um ato delirioso ou considerado como tal, que não se entendia ou não se podia modificar e corrigir. Nessa segregação comum, está implícito o reconhecimento da existência, no homem, de uma e de outra possibilidade, as quais são punidas quando representam uma ameaça à coletividade e aos valores desta. O juízo que investe contra elas, assim como o ato que as segrega, tem apenas um significado punitivo.

A separação da loucura desse amálgama confuso de desgração e culpa, incrustadas de miséria, e o reconhecimento de sua dignidade de enfermidade implicam, ao contrário, um juízo por parte da “razão”, que começa a separar aquilo que se lhe assemelha daquilo que ela não reconhece, ou que só aceita reconhecer como próprio no momento em que o circunscreve e o domina, pondo entre parênteses a miséria de que o vê impregnado. O que antes era aceito como uma das possibilidades do humano, e cruamente punido se fosse ameaçador para a coletividade, torna-se agora objeto de uma piedade e de uma compreensão em que a responsabilidade pelo ato é imputada à desgração, e não mais ao indivíduo, do qual, porém, a razão se apropria no momento mesmo em que o desresponsabiliza. Assumindo sobre si a responsabilidade pela desgração, a razão – nesse ato humanitário e científico – tem em seu poder o homem “desarrazoado”, visto que, não podendo punir o ato reprovável, acaba punindo o indivíduo inteiro, mediante a punição de todo o seu comportamento, pelo acionamento dos processos de controle e de modificação da conduta sobre os quais irão centrar-se o “tratamento” e a “terapia”. O delírio, como expressão subjetiva da loucura, é então objetivado como núcleo potencial do comportamento associ-

e considerado em si mesmo uma ameaça que, não mais podendo ser punida, será controlada, prevenida, corrigida, modificada, isto é, “tratada”: na objetivação do delírio, a loucura desaparece como enfermidade.

Tal operação terá conseqüências essenciais na evolução da loucura, e é por isso que a análise desse momento histórico é crucial para aquilo que ela se tornará depois da “separação”. Quando a Razão começa a julgar a loucura, a distância entre razão e desrazão já está fixada, e constitui a distância que se cria entre o sujeito do juízo e o objeto julgado. A objetivação da desrazão é a premissa indispensável ao domínio, e a razão só poderá admitir a desrazão como parte de si na medida em que já a tiver objetificado. Mas o que importa sublinhar é que a era da Razão, na qual, em nome da vitória do homem sobre a natureza, desencadeiam-se esses processos de diversificação das necessidades, corresponde ao nascimento da racionalidade do novo poder, e por conseguinte à estruturação da razão burguesa como única razão reconhecida. Essa operação de distinção e separação entre razão e desrazão comporta, assim, a separação entre aquilo que se exprime na linguagem do poder (a nova racionalidade) e aquilo que, seguindo à lógica das próprias necessidades e dos próprios desejos, se exprime com a própria linguagem, minando implicitamente as bases racionais do novo poder. Dar um nome a essa linguagem confusa e separá-la significa, então, salvaguardar a racionalidade do poder, obrigando a loucura a exprimir-se segundo o código de decifração preparado pela nova racionalidade.

Sobre essas bases, no momento em que a razão dá a palavra à loucura ou se dispõe a escutá-la, a incomunicabilidade entre as duas linguagens torna-se impenetrável, porque quem dá a palavra determina os modos pelos quais o outro deve se exprimir, sob pena de ver-se definitivamente excluído do plano da compreensibilidade

humana, já que a razão dominante se tornou a Razão Humana. A fratura é irreparável: impondo à loucura sua própria linguagem, a razão a impede definitivamente de falar e de expressar aquilo que é, embora – ao longo dos séculos – continue a conceder-lhe a palavra. A história da psiquiatria consiste essencialmente nesse contínuo dar a palavra a alguma coisa que não pode expressar-se numa linguagem imposta: a linguagem da loucura – o delírio – sendo a expressão subjetiva de necessidades e desejos que não têm possibilidade de exprimir-se a não ser mediante a irracionalidade e a desrazão, jamais poderá ser a linguagem da racionalidade do poder. A impossibilidade de comunicação entre razão e loucura fica, assim, implícita na autodefinição da razão e no modo pelo qual ela define a desrazão. A nova racionalidade reconhece a desrazão como parte de si – como parte do homem que ela se arroga o direito de representar – no momento em que descobre a maneira de controlá-la e dominá-la: a relação que ela estabelece é, desde o início e por sua própria natureza objetiva, uma relação de domínio, visto que se tenta referir a desrazão num esquema interpretativo rígido e fechado, como será o da “doença mental”. A loucura – circunscrita e definida pela razão – deverá exprimir-se segundo esse esquema interpretativo que lhe é estranho, ou seja, na linguagem da doença, que é a linguagem da racionalidade do poder, em que a subjetividade do louco, expressada no delírio, será definitivamente objetificada.

Aquilo que, antes, era apenas crua punição da desrazão (cárce-re, prisões, suplícios) adquire – por causa da intervenção médica que a reconhece como doença – o aspecto da piedade, da solicitude, do tratamento; piedade, solicitude e tratamento que, mediante a identificação e a implícita confirmação definitiva da incomunicabilidade da linguagem da loucura em relação à racionalidade do poder, se traduzem novamente em punição, adotando as mesmas medidas segregativas e os mesmos juízos de va-

lor que envolvem todos os fenômenos da desrazão, que a razão quer conter e controlar. O fato de a loucura tornar-se “doença mental”, com sua dignidade e seu estatuto, não impede que a razão, para afirmar seu domínio e sua diversidade, continue a separá-la e segregá-la por trás dos mesmos muros e com as mesmas correntes de que a libertou. A piedade que leva a reconhecer para a doença o direito a um espaço próprio se traduz no tratamento/punição que consiste na obrigaçãõ de entrar em um espaço estranho, separado, diferente, em relação à humanidade racional. Na verdade, a intervenção psiquiátrica e a relação da ciência (da razão) com a “doença mental” permanece uma relação de punição, exatamente como aquela que a mantém confundida com a criminalidade e a delinqüência; relação de punição suavizada pela ideologia médica que recobre, com um ato de justiça e piedade, o embate – cujo vencedor está definido de saída – entre uma racionalidade abstrata e a humanidade racional/irracional que a nova razão e o novo poder se aprestam a organizar.

Mas esse direito a um espaço próprio, reconhecido para a doença, comporta ao mesmo tempo a ampliação do dever de entrar nesse espaço estranho para todos os comportamentos que, aos olhos da razão, revelem a presença da desrazão. Isso significa que a identificação da “doença mental” e a atitude científica diante dela facilitam o englobamento gradual, sob o controle da razão – por conseguinte, no reino da punição –, de todas as potencialidades ainda não explicitadas de associabilidade e de ameaça. O que comportará conseqüências deletérias em termos de controle do comportamento humano, até chegar-se à rígida definição de normalidade e anormalidade, do modo como a conhecemos na idade moderna. Se o cárcere punia o delito do “insensato”, o manicômio chegará sobretudo a punir as ameaças, as intenções, os perigos presumidos num comportamento que não apresente claramente o caráter da racionalidade. A ampliação do domínio da razão para “o que poderia acontecer” e

para o que “presumivelmente pode acontecer” está na base daquela que será a gradativa invasão da intervenção médica no terreno da conduta humana; e a sombra da transferência do louco do cárcere para o manicômio pesará sobre o próprio conceito de “doença mental”, porque a doença “transferida” foi identificada sobretudo nos atos deliriosos cometidos por “insensatos” que a nova racionalidade começa a ver como irresponsáveis, considerando-os “doentes”. Essa sombra irá projetar-se sobre a “doença” e penetrar-lhe as zonas mais profundas, determinando aquela que se tornará, mais tarde, sua natureza essencial: a periculosidade social.

O caráter da nova racionalidade do poder pressupõe, portanto – por sua própria essência – uma racionalidade no comportamento humano a ela adequada e correspondente, sob pena de exclusão de dentro da racionalidade humana. Para essa razão iluminada, a loucura faz parte da natureza que ela combate e deseja dominar. O “saco cheio de ar” (*folllis*), com o qual antigamente se representava a loucura e ao qual o nome desta remeteia,⁴ não encontra lugar nessa racionalidade que quer explicar e dominar tudo. A cabeça não pode estar cheia de vento, nem os delírios ser impelidos pelo vento, nem as almas ou os corpos ver-se possuídos por espíritos e demônios. Deve existir uma explicação racional, científica. Mas a única explicação que essa razão abstrata consegue dar é que se trata de uma “doença”, e a palavra “doença”⁵ – mais científica e digna do que o ar soprado de um saco vazio – ocupará definitivamente o lugar daquele sopro de vento. Agora, o “saco” estará preenchido por uma doença da qual os diversos modos de expressar-se e os diversos graus de vizinhança ou de distância da “normalidade” humana serão minuciosamente descritos, sem que se consiga ver os nexos entre

4 O autor refere-se ao termo italiano *folllia*, loucura, fr. *folle*; ambos com a mesma origem latina do port. *folle* (N. da T.).

5 Ital. *malattia*, fr. *maladie*, port. ant. *maladia* (N. da T.).

essa normalidade e a racionalidade do poder que a impõe como única possível, impedindo a expressão de tudo o que não se lhe assemelhe. Mas essa racionalidade não coincide com o cotidiano da vida do homem, cotidiano que é um misto de "razão" e "desrazão", e só poderá ser desmentida. A "doença mental" e a ciência que começa a ocupar-se dela traduzem-se num dos instrumentos essenciais mediante os quais a razão burguesa, tornada ideologia dominante, consegue enfrentar aquilo que a desmente, iniciando a lenta separação entre os comportamentos normais, correspondentes à racionalidade do poder, e os anormais, dotados de uma racionalidade própria e insubordinável a regras que lhe sejam estranhas – comportamentos anormais que, enquanto tais, devem encontrar um espaço separado para serem reprimidos.

2. Razão e miséria

O momento histórico em que se inicia – com o reconhecimento, no delírio, da dignidade de doença – essa passagem da loucura à categoria de "doença mental", e em que a razão consolida os fundamentos de seu império, possibilita compreender outro aspecto essencial do processo racional, humanitário, científico, pelo qual a "doença" torna-se a mediação entre a razão (dominante) e a miséria.

Se a razão burguesa tornou-se a Razão Humana, a relação entre razão e loucura "segregada" é essencialmente uma relação entre poder e miséria. A loucura da não-miséria se explica alhures, fora do território onde as respostas às necessidades ou são coletivas ou não existem. A seu modo, cada um a enfrenta, tolera ou elimina, tornando-a "miserável" (as interdições dos nobres e dos ricos reduzem o louco à miséria a fim de tutelar o patrimônio); o poder e o dinheiro dão tons extravagantes e bizarros à loucura, enquanto esta não lesar os interesses patrimoniais. Seja como for, não se trata de um problema que exija medidas jurídicas, leis, intervenções (exceto

a interdição). A loucura da não-miséria está sempre fora da lei, como tudo o que se refere ao poder: as regras, as providências são estabelecidas para os outros. Portanto, não é para essa loucura que se volta a Razão, mas para a loucura segregada, institucional, encarcerada, que é sempre a loucura da miséria – a qual é essencialmente miséria, uma vez que a outra loucura pode continuar a exprimir-se alhures, fora da segregação. A relação da razão com essa loucura é, portanto, a relação da razão com a miséria. Mas uma miséria que, naquele momento histórico, está reclamando aos brados, e à qual convém dar uma resposta, já que acabaram de ser proclamados os direitos de todos os homens, baseados na liberdade, na igualdade e na fraternidade.

Reconhecer a dignidade de doença nessa loucura/miséria é um dos modos de não responder à globalidade da miséria e de dividir seus diversos aspectos, mantendo exatamente as coisas como são; hipótese que será confirmada pelas sucessivas evoluções do manicomio em suas reciclagens institucionais, cuja relação primordial continuará sendo com a pobreza e a indigência, por intermédio da doença. Aos ouvidos de quem a escuta ou aos olhos de quem a observa, a loucura, uma vez separada do conjunto de necessidades indiferenciadas que constituíam o panorama da associabilidade genérica e segregada com a qual estava confundida, assume tons, inflexões e gestos que já não podem ser ligados àquele mundo indistinto de necessidades que não obtinham respostas, passando a ser decifrados e lidos como um conjunto de sinais dos quais se dá uma definição abstrata, sem explicá-los. A doença, identificada pela intervenção médica no emaranhado da desrazão e da culpa, é transferida da esfera da punição para a de um tratamento que continua a ser punição, porque a miséria que a constitui, e que determina o caráter essencial da relação que se continua a manter com ela, não muda nessa transferência. A "doença" torna-se então a media-

ção entre a nova racionalidade do poder e uma miséria que deve ser organizada, subdividida, fracionada em tantos setores quantos forem as respostas técnicas preparadas, a fim de que não sejam alterados o equilíbrio entre penúria e abundância e, sobretudo, sua distribuição.

O que teria sido da loucura, caso se tivesse começado a responder àquele mundo de necessidades confusas e indiferenciadas que estava tomando a palavra? O que teria sido a psiquiatria, se, coerente com sua proclamação, tivesse “tratado” a si mesma – sem a mediação da doença tornada “instituição” – do sofrimento que nasce na opressão, na repressão da subjetividade e do corpo, na impossibilidade material e psicológica de expressar as necessidades dessa subjetividade e desse corpo, antes que a elas se desse um nome? Ou se Pinel – em vez de libertar o louco das correntes – tivesse esclarecido a relação que se estava tecendo entre razão e poder, relação que determinaria a natureza da desrazão e da loucura? Se a psiquiatria tivesse sido “ciência” no sentido de um saber que se estrutura dialeticamente em sua relação com o poder? Se – para além da piedade e da atitude científica e humanitária com as quais tentara devolver a subjetividade ao louco – tivesse buscado, naquele mundo de necessidades e desejos, o momento em que a não-resposta, a opressão, a violência podem fazer explodir uma opressão e uma violência que granham o nome de insanidade? Se não tivesse contribuído para confundir as cartas na mesa, identificando uma doença que, por ser definida nos modos como foi definida, comportava uma razão senhora e uma desrazão serva e submetida?

Entender os momentos desse processo, surpreender as passagens dessa mediação constituída pela “doença” e, ao mesmo tempo, o papel que a ciência exerceu na organização separada dos fenômenos, é o ponto crucial para a compreensão daquilo que será a

loucura, uma vez contida na camisa-de-força de uma “doença mental” objetificável, quantificável, definível em termos científicos pela racionalidade do poder. O que convém sublinhar é que a fratura entre razão e loucura está implícita na própria natureza dessa nova racionalidade, a qual pressupõe o domínio e a fabricação de uma norma em que ela se reflete e da qual seja excluído tudo o que não se lhe assemelha, a partir do momento em que “o emergir do sujeito é pago com o reconhecimento do poder como princípio de todas as relações”.⁶ A doença é o discurso racional do poder sobre a loucura, e o poder pode dominá-la – excluindo-a num espaço que a reconheça e simultaneamente a englobe – na medida em que ela não se exprime nos termos da sua racionalidade imposta como Racionalidade Humana; assim como domina – excluindo-o num espaço que o reconheça e simultaneamente o englobe – tudo aquilo que não se exprime nos termos da sua racionalidade. A loucura entra, portanto, nessa racionalidade, enquanto dominada e excluída, prisioneira, segregada, emudecida pela linguagem da doença; como também entra a miséria, se aceita a própria derrota, ou seja, se continua a ser miséria e continua a calar-se.

Sobre essa ambígua e gradativa fabricação de uma norma que responde às exigências da racionalidade burguesa, a psiquiatria começa a erigir o labirinto das suas classificações (a subdivisão dos diversos quadros clínicos, as nuances entre analogias e diferenças, a definição da qualidade dos delírios, as diversas especificações sobre seus conteúdos), já sem preocupar-se, ou preocupando-se cada vez menos, com o que é a loucura, com o que ela exprime e o que ela representa. Assim como começa a erigir suas instituições – com as respectivas práticas de punição, de controle, de tortura, agora

6 M. Horkheimer e Th. W. Adorno, *Dialektik der Aufklärung, Philosophische Fragmente*, Amsterdam, Querido, 1947, trad. it. Turim, Einaudi, 1976.

avaliadas pela ciência – sem considerar o profundo nexó entre a ideologia da norma que a constitui, e que ela tutela com sua prática e sua teoria, e uma organização social estruturada sobre a divisão do trabalho e das diversas disciplinas, a fim de apropriar-se do indivíduo que deve aderir àquela norma.

A ciência tem definitivamente a ver com uma “doença” (sobre a qual ignora tudo, exceto as especificações nominalísticas que lhe atribuiu), contida em instituições de tratamento e de custódia; mas a natureza dessa “doença” e dessas “instituições” (por conseguinte, a natureza do tratamento e da custódia que nestas se praticam) ficará profundamente ligada à relação que a racionalidade burguesa continua a manter com a “miséria” que essas instituições têm a tarefa de conter e controlar por intermédio da “doença”.

3. Razão/Estado e norma

Na primeira metade do século XIX está em andamento, na Europa, uma fase organizativa em que os Estados, na estruturação e centralização graduais dos próprios aparatos, fundamentam e reforçam as instituições que dão ordem e regras positivas à “sociedade civil”. Em 1838 o Parlamento francês aprova a primeira lei europeia sobre os alienados e, a partir desse momento, a psiquiatria adquire um corpo jurídico-institucional que será determinante na evolução da teoria e da prática dessa disciplina.

A definição legislativa extingue a ambigüidade de uma doutrina que, declarando ter a ver com uma “doença”, está sempre envolvida com problemas estranhos a esta: periculosidade e ordem pública, mas também miséria e indigência. Tal ambigüidade, contudo, será resolvida pelo conjunto de normas médico-jurídicas, fazendo pesar a balança para o aspecto “periculosidade” e “ordem pública”, pondo entre parênteses miséria e indigência e esquecendo o elemento que levava à distinção entre loucura e criminalidade: o sofrimento

subjetivo do indivíduo – expressado em termos irracionais – o qual requeria medidas diferentes da punição que o associava à delinqüência. Nas novas normas, esse sofrimento só é levado em consideração quando é denominado “doença” e confiado, por lei, ao corpo médico e a uma instituição que se declara de tratamento; corpo médico e instituição cuja tarefa, contudo, continua sendo o controle e a contenção da periculosidade social e da potencial subversão da ordem.

O corpo médico e sua ciência, cumprindo essa função institucional, justificam em termos científicos medidas adotadas no campo jurídico, medidas que, reforçadas por esse aval médico, projetam uma luz cada vez mais sinistra sobre a “doença” e sobre as respostas “científicas” necessárias a enfrentá-la. Doença, psiquiatria e instituição hospitalar reduzem-se a um mero nominalismo, dado que a doença é a periculosidade presumida que convém conter; a psiquiatria, um ramo da justiça que pune todo suspeito de periculosidade; e a instituição hospitalar, o cárcere em que essa presumida periculosidade fica segregada. A psiquiatria como ciência nasce e morre no momento mesmo em que se efetua o contrato entre medicina e justiça; daí em diante, a psiquiatria estará definitivamente do lado da justiça, e por conseguinte do lado do poder, esquecendo o sujeito para o qual existe e cujo sofrimento justificou seu próprio nascimento.

O pensamento racional burguês conseguiu encerrar na racionalidade institucional (o manicômio) a loucura, a qual, todavia, já perdeu seus sinais característicos para ser reduzida a puro elemento de distúrbio da “sociedade civil”. Amesquinhada, esvaziada de qualquer significado trágico e subjetivo, espoliada da historicidade da experiência pessoal, afastada da vida da qual faz parte e da qual é expressão, objetificada por uma razão que a define, para melhor invalidar-lhe a voz, como “doença” a ser tratada, a loucura pode agora entrar na

Lógica da ordem social e do pensamento científico, sendo acolhida, a contragosto, num espaço "natural" para ela, preparado por um Estado que se ocupa da organização das necessidades dos cidadãos e por uma ciência que se ocupa de uma doença cujo elemento essencial consiste na periculosidade para a sociedade.

A Razão alcançou seu triunfo: o mal (a natureza) é sempre dominável, basta identificá-lo e circunscrevê-lo. O fato de a sociedade humana ter em si as características de imprevisibilidade e de periculosidade é aceito pela razão apenas teoricamente; se assim não fosse, ela teria de reconhecer em si mesma esses insidiosos elementos. O perigo, a ameaça são, sim, inatos à natureza do homem, mas é especificamente em certos homens que a desgraça se personifica; então, basta identificá-los e isolá-los, antes que produzam o contágio e destruam a ordem racional.

Mas em que consiste essa ordem racional que está impondo suas regras a todos os setores da vida associativa? Trata-se ainda de uma razão abstrata, "iluminada", que vem perseguindo o sonho de um mundo de homens felizes, livres da escravidão diante da natureza doravante dominada, dirigidos pela inteligência e pela ciência que contribuiriam para esse domínio e para essa felicidade? A razão iluminosa e cheia de esperanças, que falava de si porque falava de um homem que não existe, de uma realidade que não há, presumindo que o Homem Racional pudesse superar e vencer todas as contradições, fez o jogo do novo poder, que se vinha estruturando, e se tornou a sua ordem, sua base racional. O resultado concreto da idade das luzes é a racionalidade do estado liberal, racionalidade que sustenta e fundamenta o desenvolvimento da indústria e do capital, a exploração do homem e a divisão do trabalho que podem garantir esse desenvolvimento. É essa racionalidade que dará conotações novas, mais precisas e mais rígidas, à norma segundo a qual uma pessoa é englobada no consórcio social ou dele excluída: a norma

pela qual todo suspeito de loucura será rigorosamente banido.

A organização das relações capitalistas de produção determina uma realidade na qual o grau de eficiência requerido para se chegar ao mundo produtivo vai-se tornando cada vez mais alto. A distância entre quem o alcança e quem despenca se amplia, e quem despenca – ou não consegue achar lugar na organização do trabalho, transformado no único valor socialmente reconhecido – vê-se cortado do mundo, privado de identidade e de direitos. Nessa nova dimensão, o homem produtivo é, formalmente, "livre" ator do contrato social: o improdutivo fica à margem deste, e a única identidade que lhe é oferecida é a de fazer parte da marginalidade improdutiva. Mas a marginalidade improdutiva (que compreende incapazes, fracos, retardados, deficientes, mulheres, velhos, mas também os desempregados de que a produção não necessita – em suma, o mundo dos desafortunados que, segundo as palavras de Malthus, "na grande loteria da vida tiraram um bilhete perdedor"⁷) não pode circular livremente, e a "sociedade civil" é obrigada a defender-se dela a fim de que o bom andamento do trabalho e do "livre" comércio não sofra entraves.

Para responder a tais exigências – uma vez identificada a norma com a eficiência e a produtividade –, tudo o que está fora dessa lógica cai sob a marca da invalidação, para a qual existem as instituições adequadas e as ideologias científicas específicas: instituições e ideologias cuja tarefa é a de tutelar e salvaguardar a liberdade de quem age dentro do contrato, mediante o controle total da existência de quem não faz parte dele. A organização social defende, portanto, os princípios de liberdade sobre os quais se constitui,

7 Th. R. Malthus, *An Essay on the Principle of Population, as it Affects the Future Improvement of Society, with Remarks on the Speculation of Mr. Godwin, M. Condorcet and Others Writers*. Londres, Johnson, 1798, trad. it., Turin, Einaudi, 1977.

delegando às suas instituições a gestão das necessidades dos cidadãos, segundo pertencam eles ao mundo da contratualidade ou ao da invalidação. O mundo da invalidação coincide com a improdutividade social, que deve ser incluída na nova racionalidade, por meio de um sistema de aparatos institucionais destinados a bloquear qualquer possibilidade de expressão autônoma dos sujeitos que eles gerenciam.

A liberdade tutelada e defendida pela organização é, assim, prerrogativa de quem trabalha (enquanto se mantiver em condições de trabalhar e no grau de eficiência requerido, quem trabalha dispõe da liberdade de trabalhar, para que o produto do trabalho seja tutelado), ao passo que quem estiver privado dessa garantia corre sempre o risco de tornar-se objeto do processo de invalidação, mediante a exasperação de um aspecto qualquer da vida que possa suscitar a suspeita de uma anormalidade, um defeito, uma carência, um erro que justifiquem seu englobamento numa instituição.

A relação razão/miséria, posta entre parênteses no contrato entre medicina e justiça (com a conseqüente tendência a identificar “miséria” e “periculosidade”), reapresenta-se aqui em toda a sua crueza: anormalidade, defeito, carência, erro, desrazão, periculosidade e ameaça que podem caracterizar o comportamento do indivíduo não incluído no “contrato” são facilmente identificáveis num espaço raramente “privado”, no qual as incorreções sociais (tais se tornaram as manifestações da loucura segregada, em sua maioria) fazem parte da própria vida do marginalizado, “incorreta” por definição. As regras da convivência civil têm sentido para quem faz parte dessa convivência, para quem nelas encontra pelo menos uma resposta parcial às próprias necessidades. Mas, para aqueles que só encontram nessas regras a confirmação da própria exclusão, elas representam a linguagem da opressão e da violência. A racionalidade implícita nessas nor-

mas é estranha à do marginalizado, simplesmente porque a racionalidade deste se move no plano de necessidades que a outra racionalidade não contempla. Todo o comportamento do marginalizado é estranho aos valores, às crenças, às regras pelas quais ele é excluído, e a facilidade com que tal comportamento pode ser invalidado é óbvia. Óbvia a ponto de ficar claro que a própria rigidez das regras e das sanções previstas para quem delas se desvia é construída essencialmente com o fim de controlar, mediante a invalidação, as faixas de indivíduos excluídos pela organização do trabalho. Se esses excluídos do banquete resultam “doentes”, os comensais podem continuar a comer tranquilos, já que a organização social é tão “liberal” que se preocupa em conter as “doenças” daqueles em instituições convenientemente criadas para tal.

Desta forma, a doença que entra nessas instituições está cada vez mais longe da loucura como experiência trágica do mundo, como relação de um eu com uma transcendência que o sobrepuja, ou da loucura como monstruosidade e como delito: trata-se cada vez mais da experiência trágica de um corpo com a miséria da sua vida e com a impossibilidade de vivê-la e de expressar um pouco de participação subjetiva. Lombroso, entrando no manicômio do início do século XX – onde, sob a etiqueta da doença mental, serão internados vagabundos, desamparados, camponeses migrados para as cidades, pelagrosos – poderia separar a doença da miséria, assim como Pinel fizera com a delinquência? Sustentado pelo pensamento iluminista, Pinel pudera criar a instituição da doença, que deixava intacta a da delinquência, porque esse gesto científico e humanitário não perturbava a relação com a miséria, relação que continuava a ser garantida pela segregação em separado. Mas se Lombroso, impellido pelos movimentos sociais do início do século, em vez de reconhecer a pelagra como doença tivesse denunciado que se tratava de “fome”, onde poderia instalar a miséria que estava confundida

com a doença? Iria devolvê-la às estradas das quais ela fora banida, para não ser vista? Quem o escutaria, se essa separação pressupõe uma resposta social e política à miséria? O Estado liberal não se dispõe a dar essa resposta, e a miséria continuará confundida com a doença, assumindo-lhe a face, para salvar a face do Estado liberal.

4. Corpo e corpo econômico

A história da psiquiatria e de suas instituições, e a história do conjunto de normas que lhes regulamentou a existência podem ser lidas como uma dialética entre indivíduo e grupo, subjetividade e coletividade, consequentemente entre homem e organização. A vida associativa se fundamenta na instituição de regras que permitam a convivência do grupo: a norma é o limite imposto à individualidade pela coletividade, pela organização. Se o indivíduo participa da definição dessa norma, como expressão dos desejos próprios e dos alheios, o limite para a expressão de sua subjetividade será dado apenas pela existência do outro, das outras subjetividades; e, para o homem, já é bastante pesado ter de aceitar esse limite. Mas, se for uma regra imposta para defesa do grupo dominante, a norma impede aos dominados qualquer expressão subjetiva, reduzindo o indivíduo a condição de corpo dominado, corpo alienado e explorado por aquilo que o organiza.

A dialética entre indivíduo e organização deveria exprimir-se como dialética entre um corpo orgânico que seja apropriado pelo sujeito em sua organicidade junto ao grupo, donde, orgânico na construção das respostas às necessidades próprias e às do grupo, e um corpo social que seja a soma de sujeitos participantes da própria organização, e da organização das respostas às necessidades próprias e às do grupo. Corpo orgânico e corpo social seriam, nesse caso, expressão de uma subjetividade individual contida numa subjetividade coletiva.

Mas o sistema produtivo que se foi afirmando baseia-se na apropriação da subjetividade do homem, portanto na redução do corpo orgânico a corpo, e na identificação tendencial entre corpo social e corpo econômico. O corpo social, na realidade, não é senão o conjunto de sistemas – dependentes do corpo econômico, consequentemente do sistema produtivo – que organizam a massa, reduzida a muitos corpos privados de subjetividade. A dialética homem/organização se reduz, na verdade, à tentativa de identificar corpo e corpo econômico, para facilitar a absorção de um no outro. Somente nessa dimensão de gradativa expropriação da subjetividade do homem é que será possível sua separação nas instituições da produção e da exploração, ou nas da invalidação e da internação, reduzindo o corpo expropriado à imagem da lógica que o expropria.

O aparato científico exerce um papel crucial nessa operação, visto que a objetividade da pesquisa e da intervenção técnica é garantida pela objetividade daquilo que se investiga; exatamente como a exploração do homem por parte do sistema produtivo é garantida pela expropriação de sua força de trabalho. Em medicina, a clínica já acionara esse processo, o qual continuará na objetivação que a razão faz da loucura. Clínica e razão necessitam de um objeto sobre o qual possam agir, a fim de tornar sua intervenção asséptica e objetiva; e, assim como a clínica impõe ao corpo o manequim fabricado à imagem dos seus conhecimentos, a razão impõe à loucura o corpo da sua linguagem, que é a “doença”. Elas nunca têm a ver com o homem e com suas experiências, mas com a própria imagem que impõem ao homem como corpo; assim como a organização do trabalho não produz para o homem, mas para si mesma, e, para fazer isso, precisa de um homem reduzido a corpo que produza.

As fronteiras do corpo orgânico, identificadas pela medicina no limite físico do *σώμα*^{1/4}, coincidem assim com aquilo a que a explora-

ção e o processo de alienação tendem a reduzir o corpo dominado e expropriado. A medicina, em sua redução do homem a *Σωμα*, parece preceder a identificação com o corpo que o corpo econômico tende a criar. A matriz positivista sobre a qual o saber psiquiátrico se modela facilitará essa identificação, visto que a objetivação do homem já está implícita no método científico. O conceito de nexa causal entre os fenômenos, determinado de modo mecanicista pelas ciências naturais, nivela e confunde os elementos biológicos, psicológicos e sociais de que é constituída toda experiência humana, ao colocar entre parênteses as contradições, presentes em cada nível, que nascem da dialética entre indivíduo e organização. Uma vez reduzida essa dialética à coincidência entre corpo e corpo econômico, as necessidades de um são absorvidas nas do outro, e o antagonismo entre essas necessidades de natureza diversa não mais é apreendido como choque – em última análise, de classes – entre os dois pólos artificialmente identificados. Quando os fenômenos desse choque são separados do corpo econômico e divididos uns dos outros, é possível investigar causas próprias para cada um, buscas num “social” já positivisticamente assumido como natureza, como “dado”, e jamais reconhecido como produto histórico-social, donde jamais considerado como corpo econômico. Enfrentar a doença do *Σωμα* significa, então, enfrentar aquilo que poderia constituir a “doença” do corpo econômico, ou seja, aquilo que poderia pôr em crise o seu equilíbrio; e o “tratamento” se reduz ao restabelecimento desse equilíbrio mediante a confirmação da invalidação.

Nesse sentido, com as novas legislações sobre os alienados, constitui-se a delegação às várias disciplinas, numa neutralidade baseada numa aparente divisão das competências: à justiça, a tutela do corpo social; à medicina, a tutela do corpo individual; mas a ambas, tudo o que ambigualmente pertence à linha de fronteira entre as duas

esferas, a qual consiste naquilo que explicitamente pertence à esfera do corpo econômico, que ambas devem tutelar. O que garante a operação é o fato de o corpo econômico ser contrabandeado como um corpo social, em que todo indivíduo – donde todo corpo, orgânico à coesão das diversas individualidades que constituem o grupo – deveria reconhecer-se. Formalmente, o corpo social se estrutura para responder às necessidades do indivíduo e da coletividade mas, se também aparece como o conjunto de sistemas e instituições que constituem e sustentam o corpo econômico – ou seja, o sistema produtivo baseado no lucro – ele não poderá senão responder às próprias exigências, sem levar em conta as necessidades do indivíduo e da coletividade, implicitamente subordinados às exigências da lógica que o determina.

O desencontro entre um corpo que não aceita ser tal e um corpo econômico cujas necessidades não podem deixar de ser antagônicas às do indivíduo e da coletividade é o que produz os conflitos e, assim, o que produz “sofrimento”. A presença do sofrimento é o índice da fracassada identificação entre corpo e corpo econômico, donde o sinal de uma subjetividade que reage e recusa o confinamento de que é objeto. Quando esse sofrimento – obrigado a expressar-se na linguagem da doença, reduzida a linguagem da “periculosidade social” – é enfrentado em termos e com instrumentos médico-jurídicos, o que determina a intervenção técnica não é a atitude científica, mas a função que ela cumpre enquanto fiadora do corpo econômico. O jogo entre sofrimento/tratamento e periculosidade/custódia salvaguarda tanto a medicina quanto a justiça, mediante a confirmação da norma que ambas têm o dever de tutelar, na medida em que ambas se baseiam nela. Mas esse jogo se resolve com o desaparecimento do sofrimento e do tratamento, engolidos pela periculosidade e pela custódia, as únicas que podem dar essas garantias.

5. A palavra à loucura?

Voz confundida com a miséria, a indigência e a delinqüência, palavra emudecida pela linguagem racional da doença, mensagem truncada pela internação e tornada indecifrável pela definição de periculosidade e pela necessidade social da invalidação, a loucura jamais é escutada por aquilo que diz ou queria dizer. A psiquiatria não foi senão o sinal da superposição da racionalidade dominante a essa palavra que lhe fugia, e a confirmação – necessária a essa racionalidade – de uma comunicação impossível. Do racionalismo iluminista ao positivismo, trata-se sempre de uma racionalidade que define, subdivide e controla aquilo que ela não compreende e não pode compreender, porque o objetivou na linguagem da doença, que é a linguagem de uma racionalidade que “constata”.

O que são as definições dos delírios, a não ser a constatação das diversas formas pelas quais eles se manifestam e a confirmação da total incommunicabilidade com o que eles expressam? Quando a razão começa a identificar no “corpo” as alterações responsáveis pelo delírio, para afinal distinguir e definir as várias formas comportamentais sob as quais ele se exprime, trata-se sempre da constatação de um desviar-se de um “sulco” (a razão dominante), considerado como dado absoluto.

Quando, na *Encyclopédie*, Diderot e d’Alembert enfrentam o problema do delírio, a análise das causas – em perfeita coerência com a frenologia da época – é essencialmente física (febres, tensões ou relaxamento das fibras): “Segundo vários autores, a etimologia mais verossímil para esse nome vem da palavra *lira*, que significa um fosso em linha reta, o qual é feito nos campos e serve para traçar os sulcos; assim, da expressão *aberrare de lira*, desviar-se do sulco principal, nasceu a palavra *delirus*, a qual, por alusão, indica um homem que se desvia da regra da razão, porque

o delírio não é outra coisa senão o extravio, o vaguear da mente durante a vigília, que dá juízos errados sobre as coisas conhecidas de todos.

A alma se encontra sempre no mesmo estado, porque não é suscetível de nenhuma alteração: portanto, não é a ela que se deve atribuir esse extravio, esse erro, esse defeito de juízo que constitui em o delírio, mas à disposição dos órgãos do corpo, ao qual o Criador quis uni-la; isso está fora de dúvida.”

Mas aquilo de que o delirante “se desvia” é “a regra da razão”, a qual, pela fé iluminista, é uma regra absoluta que não admite desvios e que, obviamente, não é posta em discussão. Se a “alma” não pode ser responsável pelo comportamento anormal, a pesquisa continuará a centrar-se num corpo que não revela alterações e do qual só resta fabricar um esquema ideal (o manequim criado à imagem dos conhecimentos científicos), a fim de fazer funcionar a validade das interpretações propostas.

Mais de cem anos depois da publicação da *Encyclopédie*, pode-se constatar, na definição de “delírio” da *Enciclopedia italiana Treccani* – definição que, enquanto expressão do colonialismo cultural a que a Itália esteve submetida, pode ser considerada um resumo da evolução do pensamento psiquiátrico francês e alemão – que essa pesquisa das alterações do corpo, embora permaneça subentendida, ficou atenuada, sobrepujada por uma descrição mecânica das diversas qualidades de delírio, na qual continua ausente qualquer referência àquele “sulco” do qual ele faz alguém desviar-se. Mas a exclusão desse elemento essencial, se podia ser justificada pela presença de supostas causas físicas, torna-se mais complexa quando a definição do delírio vier a focalizar-se sobre o “comportamento”, que só pode ser relativo às regras impostas pela razão organizada. O delírio torna-se essencialmente um “erro de juízo”, expressado em comportamentos diversificados, que a psiquiatria se

limita a constatar e descrever, sem nunca pôr em jogo – como pólo dialético da contradição que ele representa – a regra da qual ele se desvia e muito menos a razão que formula o juízo:

Dizem-se delírios as aberrações de juízo sugeridas por um estado passional ou, geralmente, por perturbações afetivas de origem mórbida. Sob a influência do desvio afetivo, a crítica torna-se unilateral, encarna-se contra tudo o que poderia abalar o delírio e deixa passar inobservados todos os erros que o reforçam. A experiência deixa-se dominar pelo preconceito: as imagens subjetivas, brotadas da fantasia, poluem a percepção com elementos ilusórios e determinam alucinações, que reforçam o delírio. Nascidos como suspeitas, os juízos delirantes logo se afirmam como convicções que desafiam qualquer crítica e tornam-se guia ideal, algumas vezes imperiosa da ação.

Assim como as oscilações da afetividade acontecem nos dois sentidos opostos, o da depressão e o da exaltação, os delírios podem ser divididos em depressivos, de avilamento, pessimistas (delírios de ruína, de miséria, de perseguição, de indignidade, de culpa, de danção), e delírios expansivos, de exaltação, de otimismo (delírios vaidosos, de grandeza, de potência, de reforma social). Mais particularmente, os delírios coordenam-se em torno aos instintos e às paixões fundamentais da natureza humana: ao instinto de conservação (delírios persecutórios, hipochondríacos, de ruína), à paixão da posse (delírio de pretensão, de reivindicção, de ciúme), ao sentimento do próprio valor (delírios de grandeza, de reforma social e política, científicos), ao instinto sexual (delírio erótico, de ciúme), ao sentimento religioso (delírio messiânico, profético). Tem-se a expressão mais completa da convicção delirante nos delírios sistematizados dos paranoícos: uma vez que, nesses indivíduos, a anomalia passional e o defeito de crítica são constitucionais e permanentes, o delírio sofre uma

elaboração contínua, extraindo alimento dos acontecimentos mais comuns, interpretados no sentido do delírio (delírio de interpretação), e assim se consolida cada vez mais, torna-se um sistema coerente de convicções irremovíveis. Nas psicoses afetivas, os delírios acompanham as vicissitudes da perturbação afetiva; e assim, durante a crise de melancolia, surtem as idéias de ruína, de miséria, de culpa, de danção, para dissipar-se com a cura ou ser substituídas por delírios expansivos nas fases de exaltação maníaca.

Se considerarmos essa descrição como um resumo da evolução da psiquiatria até o início deste século, fica evidente que a razão – mediante a definição das diversas qualidades dos delírios, a qual mantém o caráter de um juízo de valor – se limita à constatação de um dado (o modo de expressar-se do delírio e seu conteúdo), com o qual não consegue estabelecer nenhuma relação. Tendo-se instalado no ponto de distância necessário para formular o juízo, ela se encontra longe demais para conseguir compreender, e só pode descrever e constatar.

Prisioneiro dessa impossibilidade de comunicação, Freud rompera a segurança da razão para inserir a dúvida do seu discurso: é preciso reencontrar, no mundo objetivado pela razão, a palavra da loucura, o sentido de sua mensagem, as zonas profundas das quais ela emerge e de onde se quer fazê-la aflorar. A desgraça está dentro de nós, faz parte da nossa natureza, mas não no sentido metafórico em que a entendera a Razão iluminada, que só a reconhecia no momento em que a refreava e desarmava, e sim no sentido de que o homem é tragicamente refreado pela sua própria desgraça, cujas razões profundas é necessário compreender: “O eu já não é senhor em sua casa”. A constatação dessa fratura original, interna ao eu, reconduz à dimensão trágica a experiência humana, que a razão crítica havia esterilizado mediante o domínio sobre a desgraça.

essa experiência trágica que convém dar a palavra, e é essa experiência que convém decifrar e interpretar.

Mas quem dá a palavra? Quem decifra e interpreta a mensagem, e com base em que código? E quem escolhe a quem dar a palavra? É possível a escuta neutra de que fala Freud, e é verdadeiramente neutra a mensagem que se escuta? Como ter certeza de que a palavra que se apresenta à interpretação não é, por sua vez, determinada por esta? Quanto a quem escuta, qual é a sua posição de poder em relação a quem fala, e em que medida esse poder determina o sentido da palavra? E, sobretudo, qual é a linguagem do intérprete, que garantias temos nós de que não se efetue a mesma operação da superposição, já ocorrida, da linguagem da doença sobre a loucura? O que o analista faz da fratura original do eu – não mais senhor em sua casa? Deixa a ferida aberta, a porta escancarada às invasões, ou volta a fechá-las com a certeza científica da sua interpretação? Quando e onde a loucura fala sua própria linguagem? Não se trata ainda da concessão de um diálogo que só pode acontecer no código de quem escuta? O inconsciente, nessa operação, não se torna a imagem especular da razão, isto é, da interpretação, objetivado aos olhos dela, assim como a loucura foi objetivada na “doença”?

Freud reconheceu um eu não mais senhor em sua casa, mas a conclusão prática a que chega a análise é uma forma diferente, mais sutil e mais profunda, de assenhoreamento daquele eu, circunscrito entre razão e desrazão, dominado pela interpretação que se dá dessa coisa. O círculo volta a fechar-se: a porta aberta sobre a subjetividade do eu é novamente fechada pela objetivação que se faz dele. A razão reconheceu em si mesma a desrazão, mas ainda é ela quem domina, quem define os limites do jogo, quem explica o seu sentido, objetificando naturalisticamente a experiência subjetiva.

E ainda estamos falando de razão burguesa. Conquanto esta seja discutida e criticada na raiz por Freud, a linguagem da interpretação

permanece dentro da racionalidade da sua classe, dos seus valores, impregnando com eles a cultura através da descoberta de uma face mais trágica da loucura – uma loucura que vive entre nós e em nós, e que não podemos ignorar – sem, no entanto, afetar a loucura/miséria que a razão continua a segregar: sem afetar a racionalidade que produz e controla a invalidação.

O jogo se repete e está implícito naquele gesto de “dar a palavra” que a psiquiatria continua a fazer, conservando-se dentro de uma racionalidade disposta a críticas e autocríticas, mas só se vierem daqueles a quem a palavra foi concedida, e não de quem a toma porque se considera no direito de falar e de ser escutado. Esse gesto, essa escuta, permanecem dentro da lógica que distribui as partes, as categorias, as possibilidades de existência, os papéis, as funções, ainda que se reconheça tragicamente comprometida pela desrazão, pelo instinto, pela libido, pela agressividade, pela loucura, pelo desejo de morte. O que aflora dessa consciência é a dimensão do trágico reconduzida à vida do homem, mas um trágico individual, do sujeito, do eu que se reconhece prisioneiro daquela fratura original, sem conseguir remontar a tudo o que é feito de si pela racionalidade que domina e organiza.

É a explosão do irracional, que de vez em quando será vivido como uma ameaça ou proposto como valor, sempre presente no pensamento moderno, mas sempre controlado por este. A loucura do “artista”, a desrazão do “gênio” – assim como a insanidade do “doente” – encontrarão lugar nessa racionalidade, a qual compreendeu que basta dar-lhes a palavra e um espaço separado onde possam expressá-la, para não ser afetada por aquilo que eles dizem. A ameaça do irracional, aprendeu-se a responder com o terrorismo da razão que organiza, divide, distribui, separa as partes, punindo ou premiando quem não está no seu jogo. Assim como a fratura do eu se resolve no consultório do analista e a loucura/miséria desaparece

na internação, o gesto "louco" de quem, com sua obra, rompe a barreira dessa racionalidade será silenciado – mediante o aplauso – nos museus e no empíreo da Arte, onde sua voz será refreada e neutralizada.

O irracional continua a aflorar e, simultaneamente, a ser contido no pensamento moderno, condicionado por essa presença às vezes subterrânea, às vezes invasora e reapresentada como única possibilidade de expressão da subjetividade, num mundo de repressão e de violência. Até que a própria loucura – desnudada da máscara da "doença" através da qual foi obrigada a falar – seja reapresentada como único processo de desalienação no mundo alienado da racionalidade tecnológico-industrial: donde, como a única "experiência" que reivindique o direito contra a loucura da racionalidade dominante.

Mas de que modo essa loucura "liberada", que reivindica o direito à própria existência contrapondo-se à realidade alienada, afeta a racionalidade dominante, a não ser limitando-se a propor-se como seu contrário?

6. O conflito organizado

A estranheza da contribuição de Freud diante da problemática social e política da relação entre razão e loucura (tornada relação entre organização e invalidação) é confirmada pelo fato de que, apesar da reivindicação dos "direitos do inconsciente", a partir do momento da definição médico-jurídica da psiquiatria essa relação conserva, durante cerca de cento e cinquenta anos, a mesma natureza: a ênfase do corpo econômico e a anulação do corpo na sanção da internação. O reconhecimento da fratura do eu não afetou o mecanismo que produz invalidação e exclusão, portanto não afetou o mecanismo que produz "doença". Porque esse mecanismo se reproduz em outro lugar, fora do espaço em que a razão se analisa e se critica cientificamente.

O fato de que a primeira entrada em crise da relação entre organização e invalidação nasce no terreno em que se produz esse mecanismo pode esclarecer, mais uma vez, o caráter do vínculo entre razão e loucura. De fato, a crise das legislações européias em matéria de assistência psiquiátrica e o questionamento da natureza do "tratamento" das doenças mentais começam a manifestar-se – por volta dos anos cinquenta – em alguns países onde a reestruturação da organização produtiva e as transformações a ela conseqüentes induzem a necessidade de introduzir na vida social uma nova força de trabalho, ampliando a faixa dos que participam do "contrato".

O caso da Inglaterra é emblemático. Quando a expansão da produção impõe a existência de uma participação mais ampla, o estado enfrenta, com o *National Act* de 1959, que sanciona a nacionalização da medicina, também a reestruturação da assistência psiquiátrica, atacando pela primeira vez a lógica da internação. A reabilitação e o tratamento dos doentes mentais parecem possíveis no momento em que se mostram socialmente úteis, isto é, economicamente necessários, e a psiquiatria, mais uma vez, é utilizada como elemento-chave em torno do qual gira a nova ordem. O corpo segregado pode e deve ser restituído ao corpo econômico, ou melhor, deve instaurar-se uma continuidade, de natureza aparentemente diversa da precedente identificação, entre o restabelecimento do corpo econômico (a extinção da infecção e a necessidade de conter o infectado) e o restabelecimento do corpo individual (o tratamento): o aspecto da custódia, embora continuando a existir, se enfraquece, e a ênfase passa a centralizar-se na reabilitação e na recuperação.

A aparente diversidade dessa continuidade consiste em que, se a norma é definida em termos de eficiência e produtividade, esses termos nunca são rígidos, subordinados como estão às oscilações das exigências da produção. O que se desloca é a fronteira entre "contrato" e "invalidação", no sentido de que a organização pode

precisar absorver os elementos mais “próximos” à norma – ou considerados tais – que possam ser facilmente recuperados, na medida em que o mesmo sistema produtivo que os expulsara pode, a seguir, precisar reabsorvê-los.

Uma legislação como o *National Act* de 1959, que impõe a nacionalização da medicina num país capitalista, na verdade não pode lesar as raízes da relação entre organização e invalidação. É isso que reduz a intervenção política da lei, baixada por um governo trabalhista, a uma simples intervenção técnica (a reabilitação, a psiquiatria comunitária) dentro da mesma lógica e das mesmas finalidades que sustentam invalidação e exclusão: reabilitação e recuperação, de fato, não são antagonônicos a essa lógica e a essas finalidades quando há necessidade de força de trabalho, ainda que “reabilitada”. O que interessa assinalar é que a possibilidade do deslocamento da fronteira entre contrato e invalidação confirma, porém, a relatividade da relação entre razão e loucura, pois quem antes era internado enquanto “louco” vê-se agora reabilitado enquanto “mentalmente são”. O paradoxo é que, se na época de Pinel assistiu-se à transferência da doença do cárcere para o manicômio, agora tende-se a transferir do manicômio uma saúde extraída da doença. É o próprio conceito de doença e de irrecuperabilidade que se mostra relativizado por esse deslocamento. O fato de, depois, tudo permanecer no âmbito da mesma lógica e, assim, não poder deixar de produzir externamente o mesmo controle não reduz o significado profundo de tal operação, no que concerne ao conceito e à definição de doença.

As experiências de “psiquiatria comunitária” nascidas naqueles anos baseiam-se na convicção de que basta ampliar o tratamento do indivíduo ao contexto em que ele vive para sanar ao mesmo tempo os conflitos de ordem psicológica e os conflitos sociais que os produzem. A psiquiatria adquire uma nova centralidade. Já

não se limita a gerir o mundo da invalidação e da internação – que no entanto continua a “tratar” –, mas deve agir no social, pelo controle direto do distúrbio no lugar onde ele se manifesta, identificando também todos os elementos que o compõem, inclusive os conflitos sociais que possam determiná-lo. Os serviços que as novas legislações vão gradualmente modelando nos vários países (depois do *National Act* inglês, a política setorial na França em 1960 e a lei Kennedy de 1963 nos Estados Unidos, que institui os *Community Mental Health Centers*) continuam a valorizar o aspecto médico da psiquiatria, ampliando as possibilidades de sua intervenção mediante a absorção das novas ciências sociais: organização territorial, política de prevenção, centros de saúde mental, hospitalizações breves, setores de psiquiatria nos hospitais gerais; mas, simultaneamente, introdução maciça de novos técnicos (psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, animadores). Tal organização gira em torno do psiquiatra, que agora, na multidisciplinaridade de sua intervenção, pode enfrentar a presença simultânea, no distúrbio, de aspectos diversificados, os quais a velha psiquiatria havia nivelado no *σωμμά*. A separação entre corpo e corpo econômico, representada pela separação entre manicômio e território, se resolve difundindo para o território, por intermédio desse exército de novos operadores, a cultura do técnico (o médico) sobre a definição e o tratamento do distúrbio. A introdução do internado no “território” e a prevenção da possível internação facilitam, assim, uma nova forma de controle – não mais inteiramente exercido com base na sanção jurídica – que permite englobar um setor mais vasto de assistidos. A nova faixa, objeto de controle, já não é segregada, embora a velha segregação continue a existir e a garantir a eficiência dos novos aparatos. Mas quem garante o bom funcionamento, desde o aparato assistencial ao tratamento médico-psiquiátrico até a internação, é sempre o psiquia-

tra. A participação da comunidade, enfatizada nessa fase como ação direta e como controle sobre o técnico, é, ao contrário, consistentemente intermediada e organizada pelo filtro institucional e pela cultura médica. Dessa maneira, é possível garantir que a expressão subjetiva da demanda – da necessidade, do sofrimento, do distúrbio, ou seja, da contradição entre indivíduo e organização – seja endereçada aos canais preestabelecidos e não antagonísticos ao equilíbrio geral: o que significa assegurar-se de que a demanda seja sempre por um tratamento terapêutico, cuja função é nivelar e organizar o conflito em termos médicos. O que, ademais, é garantido pela criação desses novos serviços é a quantidade de força de trabalho que eles absorvem (e que se identifica automaticamente nos papéis desempenhados), de modo que o controle exercido sobre o usuário individual e através da identificação do operador com o próprio papel passa a atuar sobre todo o contexto produtivo que o sustenta. O modelo médico continua a prevalecer sobre o caráter global da intervenção: a necessidade do tratamento nunca é posta em discussão, já que as pessoas se limitam a ampliar a gama de soluções com as quais se possam discriminar os diversos níveis de periculosidade e sobre as quais se baseie a qualidade dos “cuidados”.

Embora formalmente diferentes entre si, os modelos de referência que cada legislação adota nessa fase movem-se dentro deste esquema: a restituição do corpo inválido (ou a prevenção de sua possível invalidação) ao corpo econômico, condição necessária a que o choque entre organização e invalidação se dissipe, num equilíbrio que, desta vez, traduzirá a invalidação segregada numa semi-invalidação assistida. Esse processo já está generalizado na maioria dos países ocidentais, onde invalidação e assistência tendem a cobrir toda forma não-organizada de dissensão; mas também está presente – embora diferentemente articulado – na União

Soviética, onde a identidade entre Estado e instituições permite utilizar a “doença” como mediação apta a justificar um controle análogo.

Nesse panorama, o caso da Itália, onde o problema explodiu com anos de atraso em relação aos outros países, merece uma menção particular. Em relação às outras legislações europeias, a italiana, aprovada em maio de 1978 e a seguir englobada na lei de reforma sanitária, de fato estabelece explicitamente a necessidade de não se construírem mais manicômios e de se organizar a eliminação dos existentes. A velha fórmula que justificava a internação coercitiva – “perigo para si e para os outros e escandaloso em público” – é substituída por um conjunto de normas que, mesmo mantendo nas mãos do médico toda a responsabilidade pelo juízo de periculosidade social, introduz, embora confusamente, um elemento novo. O juízo de gravidade permanece, corroborado pela recusa do paciente à internação voluntária, mas somente quando se tiver certeza da impossibilidade de soluções alternativas à internação é que se torna obrigatório o tratamento por medida de autoridade. Os equívocos e as instrumentalizações que podem derivar dessa interpretação “subjetiva” do caso individual (a quem cabe a responsabilidade pela constatação da inexistência de outras soluções, ou até mesmo a quem cabe a responsabilidade pela própria inexistência de outras soluções?) podem arruinar a nova lei, conduzindo a um genérico redirecionamento da assistência psiquiátrica para a medicina, como aconteceu em outros países. Contudo, o fato de que, na Itália, já não deva existir o manicômio na retaguarda dos novos serviços dá significado e funções diferentes aos próprios serviços. Isso porque a nova lei não se limita a romper o caráter absoluto da definição científica de “doença mental”, propondo sua relatividade a outros fatores, mas tende a pôr em discussão – fazendo com que se tome consciência disto através das contradições que abre – a função do manicômio como cobertura

à operação perpetrada pelo sistema produtivo, o qual pôde excluir, mediante as leis e as ciências mais adequadas a avaliar essa exclusão, aquilo que estorvava seu funcionamento.

7. Loucura/necessidade

O jogo da exclusão ou da inclusão da loucura na razão e a busca dos setores, dos modos e dos tempos nos quais convenha dar a palavra, a fim de neutralizá-la, assumem o significado de uma legitimação para falar a linguagem autorizada – compreensível ou incompreensível, segundo os cânones da escuta – dentro da regra de expressão. Mas pode existir uma regra de expressão das necessidades e dos desejos? Ou a existência da Regra não será principalmente uma imposição e uma violência que não podem deixar de produzir um modo violento de manifestá-los? Onde é contemplada a subjetividade humana dentro desta Regra, se existem modos, tempos e lugares obrigatórios nos quais é possível exprimir-se? Que significado e que seqüências comporta essa insistência em “dar a palavra”, a fim de não escutar aquele que toma a palavra, expressando as próprias necessidades em sua própria linguagem, e não na linguagem desnaturada da palavra concedida?

O problema da loucura é sempre problema da relação entre indivíduo e organização, donde problema de espaço, físico e psicológico, que o indivíduo encontra dentro do grupo. Embora enfatize formalmente o indivíduo e sua liberdade, a racionalidade na qual se baseiam nossa cultura e a organização social e do trabalho que a produz estrutura-se de fato sobre a expropriação dessa individualidade e sobre a redução da massa expropriada a um conjunto serializado de indivíduos. De maneira análoga, embora tendo reconhecido a desrazão como parte da natureza humana, essa racionalidade limita-se a acolhê-la em si a fim de separá-la e canalizá-la aos setores criados para que ela se expresse sob tutela. É o que

levará Nietzsche a dizer: “A tarefa do iluminismo é fazer, de todo o comportamento dos príncipes e dos governantes, uma mentira intencional”.⁸

Mas, antes dessa separação efetuada pela razão, como se exprime a loucura? Não se poderia presumir que – assim como aconteceu na evolução histórica do fenômeno – ela nasça e se alimente num mundo indiferenciado de necessidades que não recebem resposta, e que a não-resposta a essas necessidades seja o que traduz a impotência daí derivada por aquilo que chamamos de loucura? Antes de a loucura ser identificada pela racionalidade burguesa como “doença”, sua voz era confundida com a indignância, a fome, a delinqüência: um conjunto indistinto de necessidades ao qual se respondeu fragmentando a globalidade da demanda, essencialmente representada pela miséria. Também em cada história individual poderia repetir-se o mesmo processo. O homem nasce com uma natureza contra a qual deve combater apropriando-se dela e, ao mesmo tempo, produzindo uma cultura que tenderá a desnaturá-lo: determinado pelo mundo de necessidades e desejos que lhe provêm do corpo e de uma subjetividade que quer se expressar, ele se vê confrontado com outros corpos e subjetividades que devem ser organizados. A resposta a essas necessidades é confiada à organização que representa o grupo e que deve pôr o grupo em condições de viver e coexistir. Se a organização representa todo o grupo, o espaço individual para a expressão das próprias necessidades e para a satisfação delas será limitado pelas necessidades dos outros: o problema do limite é um problema humano, que vem a somar-se ao da relação do homem com a natureza a domar e explorar. Mas, se a organização tutela os interesses de um grupo (uma classe) em detri-

8 Citado em M. Horkheimer e Th. W. Adorno, *Dialektik der Aufklärung*, op. cit.

mento do outro, se a sobrevivência desse grupo se baseia no domínio do outro, se a lógica de exploração da natureza se baseia na exploração do homem, não existe limite humano, porque tudo se encaixa na desumanidade da organização. Desumanidade da qual nem mesmo a classe tutelada será poupada, porque essa lógica organizativa, para perpetuar-se, só pode produzir valores desumanos.

A miséria tem muitas faces: a da fome e da indigência e a do empobrecimento total da existência humana. A racionalidade burguesa conservou a primeira nos bolsões necessários ao equilíbrio da lógica econômica sobre a qual se fundamenta, mas produziu a segunda em seu próprio seio. E nesse mundo generalizado de miséria econômica e psicológica que as necessidades se exprimem de modo confuso e indiferenciado: necessidades que nascem da urgência da vida, de um corpo que não aceita ser mutilado e mortificado, de uma subjetividade que não quer ser reprimida e violentada, e que acha demasiado estreito o espaço que lhe é concedido. Regras, interdições, tabus, proibições, repressões; divisões de classe, de raça, de cor, de sexo, de papel; abusos de poder, injustiças e humilhações, violência organizada e permanente: isso é o que constitui o mundo da norma. Nenhuma regra para defesa da existência do homem, mas todas as regras feitas para a sua dominação e manipulação. A essa norma não pode identificar-se o homem dominado, porque ela é feita para a sua destruição, mas tampouco o pode aquele que pertence à fileira dos dominadores, sob pena de entorpecimento e morte de sua humanidade.

Desse panorama indistinto de necessidades (a miséria concreta das classes subalternas e a miserabilização do indivíduo da classe tutelada), alguma voz pode erguer-se para gritar a angústia, a fúria, a raiva, a cisão, a fratura: ou para chorar a própria impotência. E então que lhe será dada a palavra, para amordaçá-la com a definição

de "doença": uma doença que será "tratada" para que não diga de onde provém.

Mas há um momento no qual tudo isso se exprime sob a forma de demandas que esperam respostas, e no qual tudo ainda seria simples, ou quase simples, porque a esperança humana cimenta e ainda une a globalidade da demanda. Mas é essa demanda que fica sem resposta e que é fragmentada em tantos riachos quantas são as respostas técnicas preparadas pela racionalidade do poder. A miséria das classes oprimidas, o empobrecimento e o amesquinhamento do homem subordinado à lógica econômica, que determina cada necessidade e cada desejo seu, constituem a demanda "muda" cuja formulação a racionalidade burguesa impede, impondo-lhe a linguagem da "doença" que a faz transformar-se em outra coisa. Se não consegue expressar-se em formas organizadas e finalizadas de luta, essa necessidade pode desaguar em comportamentos irracionais e incontrolláveis, expressão da irrefreabilidade do sofrimento e da impossibilidade de encontrar modos diferentes de comunicá-lo. Mas, quando a estes se superpõe a etiqueta de "doença", sua voz fica desaturada, substituindo a concreitude da realidade, da qual provém, pelo fantasma do símbolo.

Quando tudo isso tiver acontecido, haverá alguém que se afanará em reconstruir simbolicamente os nós do sofrimento, em redescobrir o momento da ruptura; ou então alguém – um pouco mais rude, para adequar-se à rudeza social do seu cliente – dirá simplesmente que se trata de um "delírio paranoide" ou de uma "crise depressiva", e o encerrará no manicômio. Quando tudo já aconteceu, é difícil reconstruir os pedaços daquelas necessidades sem resposta, juntar novamente aquelas demandas para que sejam reformuladas – num momento em que a esperança que poderia cimentá-los já desapareceu, frustrada que foi por demasiado tempo. Primeiro mata-se o homem ou impede-se que ele viva, e depois a "ciência" – a psiquia-

tria e as ciências humanas – piedosamente, preocupa-se com as reações de impotência e desespero, ou de apatia, recusa, associabilidade que acompanham a morte por asfixia. É àquele mundo de necessidades que é preciso responder, passando inclusive através da fragmentação das ciências humanas que contribuiram para esconder o jogo, impedindo que se compreendesse onde nascem os problemas.

Existem sempre falsos profetas. Mas, no caso da psiquiatria, é a própria profecia a mostrar-se falsa, ao impedir, por seu esquema de definições e classificações dos comportamentos e pela violência com que os reprime, a compreensão do sofrimento, de suas origens, de sua relação com a realidade da vida e com a possibilidade de expressões que o homem encontra ou não encontra nessa vida. Continuar aceitando a psiquiatria e a definição de “doença mental” significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuemos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a administrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores de que o problema está em outro lugar. Porque “sem esperança não é a realidade, mas o saber que – no símbolo fantástico ou matemático – se apropriaria da realidade como esquema e assim a perpetua”.⁹

9 M. Honkheimer e Th. W. Adorno, *Dialektik der Aufklärung*, op. cit.

Lei e psiquiatria

Para uma análise das normas no campo psiquiátrico¹

1. A função da psiquiatria

Loucura e miséria. Quando, no início do século XIX, surgiam nos países industrializados as primeiras legislações em matéria de assistência psiquiátrica, o debate sobre a definição da loucura e a classificação dos loucos, sobre a psiquiatria como ciência e suas instituições, em alguns países europeus já somava quase um século de história. As fases iniciais dessa história podem ser relacionadas às grandes transformações sociais produzidas com o nascimento da “era industrial”, quando a estruturação da produção em escala nacional concentra e deposita na periferia das grandes cidades industriais a reserva de força de trabalho necessária à nova organização da produção. Polariza-se assim, em torno dos locais de produção, uma ampla e compósita área social que constitui a riqueza de uma nação (enquanto reserva de força de trabalho) e, ao mesmo tempo, sua miséria, enquanto miséria das condições em que vive aquela. Nessa área social, que identifica e contém todos aqueles que não são outra coisa senão trabalho no mercado, recortam-se, variáveis em amplitude, as faixas dos que estão incluídos no mundo

1 Comunicação ao International Congress of Law and Psychiatry, Oxford, 1979 (Subprojeto Prevenção de Doenças Mentais do CNR [Consiglio Nazionale delle Ricerche, Conselho Nacional das Pesquisas]). Em colaboração com M. G. Gianichedda.

produtivo e as dos que a variável rigidez dos critérios de seleção tende a excluir.

É nesses processos de inclusão-exclusão do mercado de trabalho que os loucos se tornam visíveis. A exclusão deles é justificada pela inabilidade, a qual, por sua vez, está circularmente baseada em critérios de inclusão. Embora "libertado" da genérica associabilidade encerrada nos cárceres, o louco não pode encontrar uma colocação na ordem racional da sociedade, na medida em que não a encontra na ordem produtiva desta. A desgração, já conteúdo genérico de tudo o que não se encaixa nas regras do pensamento racional, e ademais confirmada como improdutivo, deve encontrar uma colocação num espaço específico, construído para tal fim. Somente enquanto sistematizada pela ciência e contida nas instituições desta é que a desgração pode fazer parte da ordem social: a doença torna-se sua definição racional e o manicômio, o lugar que a organiza e contém.

No mundo compósito da miséria, vai-se assim definindo a área produtiva e, por isso mesmo, "racional", "sã". Do lado oposto situa-se tudo aquilo que, enquanto improdutivo, está aprioristicamente invalidado e se encaixa naquela área social em que as ciências humanas descobrem, classificam e separam o desvio e a doença e, paulatinamente, os desvios e as doenças. A ação racionalizadora das instituições do Estado justifica a produção deles na organização social e, ao mesmo tempo, salvaguarda a liberdade de ação de quem faz parte da sociedade produtiva, gerindo a existência de quem está excluído dela.

A medicina, incumbida do tratamento de tudo aquilo que foi colocado no campo da doença, encobre assim a contradição primária da qual se origina: a separação entre produtivo e improdutivo, que se torna oposição entre são e doente. A improdutividade que ela deve reparar resolve-se no corpo que ela assume como objeto das

suas técnicas. Desse modo a doença e, concretamente, o corpo doente apresentam-se como imagens especulares das técnicas que a ciência médica vai progressivamente elaborando. O nascimento da clínica parece indicar a coincidência obtida entre improdutivo e doente e, por isso, a integração entre medicina e organização da produção. O que a produção descarta está doente, o que está doente é separado e fica sob os cuidados da respectiva instituição. No grande laboratório da clínica, as doenças são observadas, classificadas, selecionadas; recuperadas ou condenadas, segundo sejam reconduzíveis ou não à racionalidade das técnicas que a ciência médica produzirá. A contradição ressurgirá quando também o desvio psíquico, a loucura, se encaixa enquanto doença na esfera de competência da medicina, e a nova disciplina que se vai constituindo a partir do modelo médico não se mostra apta a controlar, somente com seus instrumentos, a patologia relacional que é o seu corpo específico. Para que isso ocorra, a sanção jurídica torna-se seu complemento fundamental: o conceito de "periculosidade social" – próprio do campo jurídico – é justificado e racionalizado dentro das categorias médicas, ou melhor, o modelo médico fica constrangido dentro da necessidade da sanção jurídica. Delineia-se assim a contradição de fundo da psiquiatria, ambigualmente suspensa, desde seu nascimento, entre tratamento do doente e defesa social, entre medicina e ordem pública.

Psiquiatria e justiça. Os temas conjuntos da proteção do louco e da defesa da sociedade perante os excessos da loucura constituem, por toda a parte e desde os primórdios – na Inglaterra, enredados no projeto iluminista de uma sociedade organizada e produtora de bem-estar para o homem; na França, intimamente conectados aos grandes princípios libertários da revolução; e mais tarde, na Itália, constantemente confundidos com a amplitude da "questão social" – os pólos sobre os quais se move o debate em psiquiatria e se

orientam as opções organizativas e legislativas. É justamente em torno desses temas que as primeiras legislações fixam o quadro dos princípios, definindo tanto os cânones da chamada “periculosidade social” – equivalente à definição de doença – quanto as finalidades e os modos de seu tratamento. De um lado, portanto, os critérios de reconhecimento de tudo aquilo que, invalidado como improdutivo, representa um perigo para a convivência social; de outro, as normas que justificam as razões dessa definição de periculosidade e planificam os modos de tratamento dela, com seus corolários de separação e controle.

Se, no campo da medicina, o compromisso inicial entre ciência e organização da produção se enuncia como sujeição da primeira às razões da segunda mas, ao mesmo tempo, como autonomia da ciência médica na definição e no tratamento do seu objeto (o corpo improdutivo = doente), o saber psiquiátrico encontra na definição normativa não só a configuração de sua função social, mas também a própria definição do seu objeto. Em outras palavras, a lei não apenas delimita e define tarefas e instituições da nova ciência, mas se estende até desenhar os contornos, a identidade do seu objeto: a doença e os sintomas do seu aparecimento. O conceito de periculosidade social representa assim, ao mesmo tempo, a razão da sanção jurídica e a grande “categoria diagnóstica” a partir da qual se recortam e se diferenciam subsequentemente as outras. Tanto isso é verdade que a proliferação e a variação delas não determinará, até a primeira fase de crise das velhas legislações (no segundo pós-guerra), nenhuma variação significativa, nem nas técnicas de tratamento nem na gestão dos locais a isso destinados.

O perfil da sanção jurídica projeta-se assim sobre o corpo inteiro do saber psiquiátrico, contornando-o desde as raízes. As fronteiras do corpo a tratar, identificadas na medicina com o limite físico do “soma”, sobre o qual se constituem a especificidade e a autonomia da

ciência médica, no caso da psiquiatria se esfumam e se dilatam até coincidir com o corpo social. O que está doente, em psiquiatria, é na verdade tudo o que a organização social define volta e meia como perigoso para seu equilíbrio. Por isso, tratar a doença significa cortar, desvitalizar, extirpar tudo o que põe em perigo o bem-estar do corpo social. Por isso, saúde e cura são, na psiquiatria, a saúde e a cura do corpo social: o corpo doente individual torna-se puro germe, lugar de infecção, veículo de contágio, que é reconhecido, selecionado e esterilizado no vácuo social do manicômio.

Corpo orgânico e corpo social. A dialética que a ciência médica havia aberto entre o corpo individual e a organização social, entre as necessidades de um e as razões da outra, consentia a permeabilidade entre produtivo e improdutivo, ou melhor, nessa permeabilidade a medicina baseava sua função. A possibilidade de restituir ao corpo social o corpo orgânico reparado, quando este recuperasse a capacidade de produzir, e/ou quando fosse aberto na organização da produção um espaço em que ele se integrasse, sempre foi constitutiva da medicina e, por conseguinte, libertória de suas virtudes “terapêuticas”. No caso da psiquiatria, a necessidade da custódia, definida pela lei como condição e forma do tratamento, e na realidade identificada pela organização manicomial com o próprio tratamento, fechou numa oposição irreduzível a contradição entre corpo orgânico e corpo social, decretando o cancelamento de um em nome dos interesses do outro.

Assim, do terreno de desenvolvimento do saber psiquiátrico foi subtraído o corpo produtivo, o corpo capaz de funções úteis e, por isso, socialmente relevantes, o corpo enquanto potencialidade (de trabalho) a valorizar e reparar, o corpo do cidadão dotado de direitos que constituem o limite da ação do técnico. Ao contrário, o corpo objeto da psiquiatria assume relevância somente enquanto “conteúdo do manicômio”: as técnicas do seu tratamento não são

outra coisa senão as modalidades organizativas da instituição; e doutra e cura, respectivamente, os graus de irreducibilidade ou de integração do indivíduo na organização institucional. Dentro desta, consuma-se definitivamente a irrelevância do sujeito, reduzido a mero objeto reprodutivo do manicômio. Desse modo, a racionalidade do manicômio recupera a loucura: uma recuperação que, durante pelo menos um século de história e enquanto não se produzirem substanciais mudanças na organização da produção, tenderá a excluir a possibilidade de recuperar o corpo individual. O que é integrado ao convívio social, o que pode vir a fazer parte da sua ordem racional, é o manicômio enquanto continente da loucura. É esse o verdadeiro objeto da ciência psiquiátrica, o motor produtivo do seu saber. No interior dele interrompe-se a história, suprime-se a identidade social do seu conteúdo e opera-se a totalização do indivíduo em seu desvio psíquico. As condições da sua vida podem então ser demonstradas como a evidência de uma inferioridade constitutiva, natural; sua cultura pode ser negada como expressão de um desvio irracional. O silêncio, que assim se instaura no manicômio, é garantia de ausência de mensagens vindas de seu interior, assim como sua característica peculiar. Desse modo, a única mensagem possível, que provém da simples existência dos seus muros, é a ameaça de sanção, a indicar assim a anormalidade de tudo o que a razão produtiva não conteve em seu interior.

A invenção da ordem manicomial, contudo, não tem apenas essa espécie de "produtividade em negativo": o manicômio é também um extraordinário observatório de comportamentos e um grande laboratório de experimentações, no qual a ausência de vida do indivíduo (totalizada enquanto ausência de vida produtiva e racional) motiva bem menos do que na medicina a adoção de qualquer tipo de ética, e justifica graus de suspensão ou cancelamento dos direitos individuais até mesmo maiores do que no sistema carcerário.

Em psiquiatria, o exercício do controle na aplicação das normas foi historicamente muito rígido e atento a não consentir, ou a evitar dentro dos seus princípios, ou a exorcizar como perigosamente "políticas", práticas e ideologias que, em nome de necessidades "terapêuticas", levantassem dúvidas sobre a identidade entre tratamento e custódia, sobre a seqüência automática doença-sanção. Em contraposição, sobre as garantias dos direitos do indivíduo, embora explicitamente contempladas pelas legislações e confiadas a organismos específicos, sempre se consentiram amplas margens de manobra, quando justificadas e cobertas pela autoridade técnica. Ou melhor, quanto mais as legislações se mostravam severas e explícitas ao definir os âmbitos de competências e as modalidades organizativas da instituição manicomial (como a legislação italiana de 1904 e, em sentido oposto, a legislação inglesa), tanto mais era estigmatizada a transgressão no que se referia à custódia e menos àquela relativa ao tratamento.

A definição normativa, portanto, pesou bastante sobre a canalização do saber psiquiátrico, colocando as instituições deste muito mais próximas às do aparato judiciário do Estado do que às da medicina. Como no caso do aparato judiciário, o objeto da psiquiatria se define com base no perigo constituído pelo comportamento desviante. Justiça e psiquiatria, ademais, têm em comum os princípios da sanção e da separação, além de grande parte da organização institucional. Como no caso do aparato judiciário, o sistema normativo constrói, no terreno da psiquiatria, uma rede articulada de normas que regulamentam todas as fases da ação do técnico-funcionário: o modo de reconhecimento da doença (isto é, a certificação de que se apresenta um caso concreto de periculosidade social), sua imediata sanção (geralmente, a contenção) e a consequente restrição da liberdade pessoal (a internação), por cuja rigidez o médico é responsável, a ponto de ver-se envolvido como co-réu,

se a falha na custódia do louco ocasionar comportamentos desviantes. Por isso, os estabelecimentos de tratamento devem ser adequados a tal objetivo e, portanto, até fisicamente semelhantes aos cárceres: na maioria das legislações européias, essa analogia é levada ao extremo, uma vez que a vigilância sobre o funcionamento das instituições psiquiátricas é confiada ao Ministério do Interior, responsável pela ordem pública no país.

Embora com rigidez variável, em todas as legislações européias o espaço para que a psiquiatria se desenvolvesse no sentido médico sempre foi rigorosamente delimitado por esse princípio e dentro desses cânones organizacionais. Tal espaço, contudo, é também ele afirmado como princípio em todas as legislações, que tencionam confiar à psiquiatria uma função de tratamento definida, ainda que acompanhada pela custódia. Harmonizar na prática o modelo médico com o carcerário torna-se, assim, o problema das técnicas de intervenção da psiquiatria.

O debate sobre as modalidades de tratamento da loucura, as quais explicitamente devem realizar a coincidência entre técnica médica e norma jurídica, caracteriza-se por numerosas tentativas de fazer ressurgir o modelo médico (como finalidades "terapêuticas" da ação técnica) no interior da prática carcerária. Essa tensão, com frequência explicitamente acompanhada pela reivindicação de mais autonomia para a corporação dos psiquiatras, às vezes animada pelo incitamento a enriquecer cientificamente o frágil corpo conceitual dessa disciplina, consegue encontrar um espaço de ação prática em conexão com legislações menos rígidas e sistemas de instituições mais articulados e disseminados. Por essas razões, durante quase um século e meio de história da psiquiatria, a contradição entre norma e técnica mostra-se de maneiras bastante diferentes nos vários países. Como quer que seja, em toda a Europa o eixo da ordem psiquiátrica permanece sendo a instituição manicomial, assim como

o saber e a cultura que se desenvolvem em torno dele. Legitimados por normas que se mantêm, em sua maioria, inalteradas até hoje, estes constituem a pesada herança ideológica e organizacional contra a qual se chocaram, quase sempre como perdedores, todos os projetos de reforma do setor que previram sua integração a sistemas normativos e organizativos mais complexos e articulados.

2. A nova ordem psiquiátrica

A crise do modelo asilar. A crise da forma manicomial como único modelo organizacional em psiquiatria começa a manifestar-se nos anos imediatamente subsequentes ao pós-guerra, nos três grandes países vencedores do conflito: Inglaterra, França e Estados Unidos. Na realidade, as modalidades e o ritmo com que se desenvolvem, em cada um desses países, os processos de redefinição e reorganização da psiquiatria são profundamente diferentes, tanto na vertente das experiências de transformação institucional quanto na vertente das experiências de transformação normativa. Nesse sentido, pode parecer forçada e absoluta qualquer generalização que tenda a homologar num só modelo o processo de racionalização da medicina na Inglaterra, a política de setor na França e a disseminação do *Welfare* nos Estados Unidos. Parece menos fundamentada ainda uma identificação entre os conteúdos anglo-saxão e francês das experiências de transformação institucional e as correspondentes normas que a elas fizeram referência. Todavia, essas profundas diferenças de contexto, que produzem aparatos organizacionais e modelos ideológicos de características peculiares e não identificáveis, mostram-se menos relevantes se refletidas sobre o plano da normatização, ou melhor, da relação entre revisão normativa e redefinição da psiquiatria como saber e como instituição. Nessa área de problemas é possível localizar, mesmo na presença de contextos normativos não assimiláveis, algumas constantes que se tornam visíveis através da definição

normativa e que representam, em última análise, os eixos sobre os quais se instalou, até hoje, a nova ordem psiquiátrica nascida da crise do manicômio como prática e como ideologia.

O automatismo com o qual, no manicômio, ao diagnóstico de doença corresponde o prognóstico de cronicidade, a que se segue a irreversibilidade da internação, garantiu durante mais de um século o controle sobre os processos de inclusão-exclusão do mercado de trabalho, daquelas faixas sociais relegadas e isoladas às margens da organização produtiva. A irreversibilidade da exclusão, sancionada pelo manicômio, entra em conflito, nessa fase, com uma economia em expansão e, portanto, com a exigência de nova força de trabalho e de uma recuperação eficaz da força inábil. Desta forma, a superprodução de cronicidade surge como desperdício de força produtiva, armazenada nas instituições totais; e a sanção da internação, como obstáculo ao tratamento e à reintegração produtiva. Esses dois mecanismos, constitutivos, embora não exaustivos, do modelo asilar, apresentam-se nessa fase como obstáculos a remover, a fim de restituir à psiquiatria eficiência no plano do funcionamento e integração no plano do objetivo, e são os pontos sobre os quais se concentram tanto a ação reformadora dos psiquiatras quanto a revisão legislativa e a planificação dos serviços.

O ponto de atrito entre manicômio e organização da produção situa-se, portanto, nos mecanismos para a garantia da recíproca impenetrabilidade, isto é, no automatismo da sanção e na irreversibilidade da internação. Os efeitos visíveis desse atrito são a incoerência ideológica e a ineficácia funcional do manicômio: a primeira, que se anuncia como suspensão generalizada dos direitos individuais numa fase histórica em que estes são reforçados e enfatizados; a segunda, que se abate sobre a organização da produção como obstáculo à absorção de nova força de trabalho e à reprodução daquela parte já integrada. A condição para uma nova funda-

ção da psiquiatria é, portanto, que essa fratura, essa distância, seja preenchida pela instauração de uma continuidade, ideológica e organizacional, entre reparação do corpo social (como controle do seu equilíbrio produtivo) e reparação do corpo individual (como tutela da sua potencialidade de trabalho).

Experiências reformadoras. O objeto da intervenção reformadora é, portanto, o manicômio como organização, ou seja, o conjunto das regras que estruturam sua rigidez interna e dos dispositivos que regulamentam seu intercâmbio com a vida social. Embora tendo convergido, em momentos diversos e sob diferentes modalidades, para a área dos temas em discussão, outros elementos constitutivos do modelo asilar permanecem, por fim, fora do alcance da intervenção reformadora. O que se coloca em discussão não é a coincidência ou não entre loucura e doença, e tampouco a necessidade do tratamento como tomada de responsabilidade específica e separada, mas preferencialmente a ineficácia da custódia como único sistema de tratamento e a extensão generalizada da sanção jurídica, tema de tratamento e de extensão generalizada da sanção jurídica, isto é, do diagnóstico de periculosidade, a todos os que caem dentro da instituição. O problema da relação entre a instituição e seu conteúdo (o indivíduo doente), como razões e processos que o determinam, atenua-se na identificação entre mal-estar e recurso ao serviço; e a invisibilidade do sofrimento e do seu significado, fora e antes da tomada de responsabilidade institucional, fundamenta a identidade entre doente e instituição. É desse ponto em diante que se abre a crise e se desenvolve a crítica, ambas centradas na forma da instituição, como finalidades e técnicas do tratamento, de um lado, e significado, conteúdo da doença, do outro. Na medida em que a instituição não deve mais produzir cronicidade disseminada, será possível descobrir que a doença mental nem sempre é crônica, e de fato a experiência dirá que, num contexto institucional mudado, é possível reaprender as regras do viver; se a instituição não deve

mais encarcerar quem quer que chegue a ela, será possível descobrir que nem todos os indivíduos são perigosos, ou nem todos os estados de doença o são igualmente, e a distribuição da sanção poderá ser dosada, num contexto mudado de tratamento, em intensidade e em tempo.

As experiências de transformação institucional que se desenvolvem no pós-guerra nos países anglo-saxões e na França constituem o grande laboratório onde o interior da máquina asilar é desmontado e redefinido. Em vez da segregação, introduzem-se formas de socialização guiadas pelo técnico, que constrói uma rede de relações protegidas, destinadas a reproduzir, dentro da instituição, modelos e condições de vida o mais possível similares aos da vida. Assim, o social se filtra através dos muros do manicômio, de um lado como busca, internamente, de uma produtividade de trocas e democracia de relações; e, de outro, como percurso, em direção ao exterior, no contexto microsocial em que a doença se produziu. Seja como for, o itinerário dessas experiências, embora rico em estímulos críticos e em hipóteses práticas, não abandona o terreno do modelo de gestão institucional da doença: isto é, não se interroga sobre a determinação e a definição da própria especificidade. Quando também (e é o caso de alguns estudos americanos de sociologia no pós-guerra) se descrevem os grandes processos que fazem participar da instituição somente algumas e não outras faixas sociais; quando também (como na experiência inglesa) aflora a relação entre contexto de produção e gestão institucional, ou, como no caso da experiência francesa, entre desconforto existencial e alienação social, é para indicar, em cada caso, áreas de intervenção da instituição ou novas técnicas de tratamento.

As intervenções normativas. Todas internas à psiquiatria como terreno específico e separado, as experiências de gestão alternativa da instituição incidem, assim, sobre a transformação das normas e

da organização dos serviços no sentido de fundamentar experimentalmente a introdução de alguns mecanismos de correção do modelo asilar e de sugerir hipóteses organizacionais tendentes a uma continuidade entre instituição e território. Às velhas normas sobre o ingresso coercitivo na instituição (a sanção rigidamente serializada) acrescentam-se, sem substituí-las nem modificá-lhes o conteúdo, disposições que regulamentam e favorecem a hospitalização voluntária ou a informal. Seja como for, o critério de aplicabilidade de uma ou da outra forma é confiado ao médico, que, no leque dos próprios recursos institucionais, pode distribuir sanções mais ou menos oportunas ou definitivas. A tutela dos direitos individuais, que essas disposições tendem a garantir, é assim deslocada totalmente para dentro do terreno institucional e confiada, como problema médico, ao técnico. O que muda no plano normativo é a declaração de princípio, que depois se desenvolve na prática como recomendação ao técnico, para que se instaure uma relação de equidade entre distúrbio e sanção: os critérios dessa equidade, se nas experiências alternativas tendiam à redução da sanção e à eliminação da segregação, na prática da segregação psiquiátrica continuam a mover-se dentro da velha ideologia, tanto reconfirmando-lhe a razão de ser como diluindo somente em parte mínima sua rigidez (veja-se por exemplo, na Inglaterra, o uso bastante reduzido do ingresso voluntário e, mais tarde, do informal).

Todavia, a possibilidade de dosar a sanção no tempo e no lugar, embora tenha efeitos reduzidos sobre o plano da definição da doença em relação ao sujeito individual, permite modificar visivelmente o monolitismo da organização institucional. Ao mundo concentrado do manicômio acrescenta-se, não o substituindo, mas rodeando-o, um circuito articulado de instituições que, no caso da Inglaterra, tendem a diluir a psiquiatria na medicina e na assistência; no caso da França, a articular uma "continuidade terapêutica" entre instituição

e território; no caso dos Estados Unidos, a integrar psiquiatria e medicina na organização assistencial (*Welfare*). Nessa vertente, as transformações ocorridas no pós-guerra mostram-se macroscópicas: assiste-se à disseminação de uma rede de serviços e de um exército de técnicos que parecem ter deslocado o manicômio para a periferia do circuito; que parecem ter vencido a cronicidade na medida em que se reduziu percentualmente a relação entre a massa de nova clientela e os internados de longa permanência; que parecem ter exorcizado os elementos de periculosidade na doença, os quais se mostram como eventos possíveis e, somente enquanto tais (e não mais por definição), suscetíveis de controle em lugares e formas específicos. Assiste-se assim a uma difração da sanção, que se dosa por graus nos diferentes níveis do circuito e se polariza, na forma clássica da internação, na área mais severa e rígida do circuito, o manicômio e o manicômio judiciário, os quais sobrevivem substancialmente inalterados como lugares nos quais se precipita, após um percurso tão automático quanto gradativo, a forma de doença mais impermeável às novas modalidades de controle e mais irreduzível às respostas oferecidas pelos serviços. A reduzida visibilidade da sanção permite, assim, a invenção de técnicas de intervenção que podem atenuar-lhe a presença dentro delas na medida em que, no exterior, esta continua possível como última chance, a qual depois se torna critério de seleção para as diversas formas de tratamento.

A persistência do manicômio. A organização da psiquiatria como circuito de instituições disseminadas produziu, portanto, a polarização da sanção numa área específica que, no jogo das cumplidades recíprocas, garante e perpassa o funcionamento de todo o setor. Num processo análogo, transforma-se e recicla-se o problema da reabilitação e da cronicidade. A prática da hospitalização breve e, portanto, de um rápido *turnover* dos serviços evita ou, pelo menos, reduz o problema da cronicidade nas formas típicas do manicômio,

como longa hospitalização sinalizada e irreversível. A irreversibilidade sobrevive, desta forma, para uma faixa reduzida de indivíduos (anciãos e deficientes graves), e a cronicidade, como necessidade de dependência constante em relação ao serviço, dilui-se nas formas da recorrência reiterada e periódica. Desse modo, polariza-se em torno dos serviços uma área de "cronicidade branda" (*soft*) que mantém a relação com o tecido social mediante uma parcial e precária atividade laborativa e um âmbito próprio de socialização, ambos sustentados e controlados pelo recurso ao serviço no qual a supervisão do psiquiatra permite, de um lado, formas diversificadas de prestação, garantindo, de outro, a homologação do conteúdo. Em outras palavras, foi-se formando em torno dos serviços uma área composta e diversificada de faixas sociais, reunidas, internamente, por uma condição de dependência institucional enquanto clientela estável ou cíclicamente recorrente. Ou seja, voltou a formar-se uma área social complexa que representa, por analogia, condições e problemáticas que remetem à época da constituição da psiquiatria como saber científico e como organização separada. A definição de doença como recurso ao serviço estende perigosamente o status de doente, ainda mais se os princípios normativos que identificam essa condição permaneceram inalterados desde quando ela se aplicava a uma faixa definida de indivíduos, ou quando se diferenciava nitidamente segundo a categoria social. Analogamente, a resposta psiquiátrica não pode mais aplicar-se a uma gama já demasiado heterogênea de solicitações e condições que, na ausência de outros lugares possíveis, tendem a confluir para o serviço psiquiátrico.

É nesse sentido e com essa amplitude que hoje reaparece o problema da definição normativa em psiquiatria. A transformação do modelo de gestão do manicômio para a difusão da instituição psiquiátrica, baseou-se em intervenções legislativas mínimas, que

não afetaram a estrutura e o significado das normas otocentristas, que, todavia, constituíram a base de sustentação de uma estrutura organizacional complexa, na qual se estruturaram subsequentemente variadas tentativas de planificação. Esse circuito de serviços modificou profundamente tanto os sinais característicos da doença, ou seja, demandas e necessidades que esta contém e apresenta, quanto o terreno específico da psiquiatria, a saber, faixas sociais e instituições que recaem diferentemente em seu âmbito organizacional e ideológico. Nesse sentido, a contradição que emerge através do problema da normatização refere-se, na realidade, à própria definição de psiquiatria, assim como aos critérios de identificação e/ou articulação do campo psiquiátrico a partir dos campos médico, assistencial e judiciário. Reaparecem, assim, antigas ambiguidades ainda presentes nas legislações e sociologicamente visíveis no emaranhado representado pela presença disseminada do manicômio e pela progressiva e confusa proliferação, em torno dele, dos aparatos médicos e assistenciais. Na realidade, os limites da psiquiatria se desfocaram com a ampliação da condição de uso, mas ainda permanecem indicados, em última análise, por uma sanção jurídica de forma otocentrista, enquanto a rede de instituições que essa disciplina administra é globalmente enrijecida e contaminada pela presença do manicômio como concentração de internados e como cultura da sanção e da separação. Não por acaso, essas separações tendem a polarizar-se no âmbito normativo: este constitui o lugar no qual estão visíveis e legitimadas as categorias que até agora constituíram as ideologias e as práticas da corporação psiquiátrica e se difundiram no social como cultura, proporcionalmente à difusão, no território, da presença do técnico. A crise que se abriu remete, assim, a uma reflexão global sobre a função da psiquiatria na organização social e, nesse sentido, postula um conjunto de normas que enfrente, e não eluda,

os conteúdos com os quais essa crise já atravessou a partir de baixo, estimulada por grupos de técnicos, associações de usuários e movimentos políticos, em todos os países ocidentais.

3. A experiência italiana

Foi em torno desses problemas que se movimentou, durante estes anos, a situação italiana, com modalidades e ritmos totalmente particulares em relação aos outros países europeus, e num contexto de instituições só marginalmente atingido pelos processos de transformação que, no pós-guerra, caracterizaram países industrialmente mais desenvolvidos. A primeira tentativa de reforma legislativa (trecho da lei 431) é de 1968 e, como no caso dos outros países europeus, estabelece, ao lado das velhas normas de 1904 sobre os "manicômios para os alienados", disposições relativas à internação voluntária nos Hospitais Psiquiátricos, com a possibilidade de transformação da internação coercitiva em internação voluntária, por iniciativa e sob avaliação do psiquiatra. Essa medida e as disposições administrativas voltadas para instituir uma área de serviços territoriais ao redor do hospital psiquiátrico (os Centros de Saúde Mental) inscrevem-se na mesma linha de intervenção analisada até agora. Não tocam nos fundamentos da sanção jurídica (o doente, se coagido à internação, continua definido por ser "perigoso para si e para os outros, e escandaloso em público"), mas tencionam instituir mecanismos de correção para a rigidez da aplicação deles e delineiam a psiquiatria como serviço de tipo sanitário, através da promoção de serviços territoriais que copiam o modelo francês da intervenção de setor.

Mais que na pobreza de tais disposições, a causa do efeito praticamente irrelevante, em escala nacional, dessa microrreforma localiza-se na distância em relação à amplitude da problemática aberta pelas experiências de transformação institucional desenvolvidas a partir dos anos sessenta; mas também na total rigidez de um siste-

ma de instituições inteiramente baseado na rede manicomial surgida nos primeiros anos do século e gerida por uma psiquiatria que apresenta o ramo mais desqualificado da medicina, ainda orientada por um positivismo de cunho otocentista e culturalmente excluída do circuito internacional de intercâmbio. Nesse contexto, assim caracterizado por posições opostas e extremas, uma intervenção estatal de reduzido alcance no plano normativo e de planificação mínima no administrativo não produziu sequer a mudança difusa verificada nos outros países europeus após os anos cinquenta, mudança que, na realidade, foi menos relevante nos fatos do que nas expectativas (vejam-se a escassa aplicação da internação informal na Inglaterra e a fracassada difusão da organização de setor na França). Na Itália, produziu-se sobretudo uma ulterior polarização da situação: as experiências de gestão alternativa das instituições, utilizando-as para uma superação real do manicômio e para a projeção de um sistema alternativo de serviços, enquanto a generalidade dos hospitais psiquiátricos reproduziu, inalterada, a lógica asilar, tanto como gestão custodialística quanto como ausência em relação ao território. Como reflexo, a corporação psiquiátrica foi-se tornando menos compacta: de um lado, em rígidas reproposições da velha psiquiatria asilar, e, de outro, num questionamento da especificidade da psiquiatria, da função e do poder dos seus técnicos, da determinação do seu espaço de ação. Tal discussão impeliu os defensores de uma prática alternativa em direção à conexão política com as forças sociais em luta pela afirmação dos direitos (vejam-se as lutas operárias e estudantis de 1968 e 1969), mais que em direção a modelos abstratos de reforma do setor (de resto, bem pouco críveis) diante de uma tão difusa resistência à mudança por parte do aparato estatal.

Portanto, num processo desse tipo, peculiar em relação aos outros países europeus, a crise do modelo asilar arrastou consigo, na

Itália, a própria função da psiquiatria, e para ela confluíram conteúdos e conflitos de ordem não especificamente psiquiátrica. Em outros termos, a crise da psiquiatria só pôde ressurgir no aparato estatal depois de um percurso transversal através de áreas sociais e movimentos políticos portadores de interesses, em última análise, relacionados à psiquiatria enquanto função e enquanto conjunto de aparatos, mas não tomados previamente como psiquiátricos. Desta forma, mais que projeto de reforma ou modelo de gestão, o processo de redefinição da psiquiatria, de resto ainda aberto, foi um processo social que percorreu a partir de baixo a organização social, polarizando em torno dos seus conteúdos, e visivelmente em torno das experiências de transformação, uma área, um movimento que, difundindo-se como prática, pôde difundir como cultura a crítica ao manicômio enquanto instituição e enquanto ideologia. Nesse sentido, as contradições do "pós-manicômio" (como fase histórica subsequente ao pós-guerra), intuídas e diferentemente prefiguradas somente em alguns lugares da organização psiquiátrica italiana, como crítica à persistência da sanção e ao problema da cronicidade, como superação da gestão separada e impedida para um circuito de tipo assistencial, entrelaçaram-se com as críticas às velhas normas. Constituiu-se assim um corpo de críticas e de análises que evidenciavam os vínculos internos entre a ordem asilar otocentista e os novos modelos de gestão, os quais aproveitavam as afinidades ideológicas e as complicitades práticas entre um e outro modelo; e ao mesmo tempo consolidaram-se as hipóteses práticas de intervenção que indicavam, na concreitude de um trabalho institucional, uma superação possível, ou pelo menos as razões ou as diretrizes dessa superação. Nesses termos e com essa amplitude apresentou-se, no final dos anos setenta, o problema político de uma redefinição, normativa e organizacional, da psiquiatria. Nesse sentido, a experiência italiana é, sob um aspecto, peculiar – quanto à relação entre

movimento e instituições – e, portanto, inapresentável como modelo para diferentes contextos de sociedade; mas, no plano dos conteúdos, aparece como um emblemático ponto de observação das contradições e dos conflitos que hoje afluem ao campo da psiquiatria. As normas recentemente aprovadas indicam e contêm tanto as temáticas que, no pós-guerra, motivaram a crítica ao manicômio, quanto a tentativa de um confronto com as contradições que hoje atravessam os sistemas organizacionais, nascidos da necessidade da sua superação. Enquanto as revisões normativas do pós-guerra subavaliaram ou eludiram o problema da sanção jurídica e o da forma-manicômio, talvez na ilusão de uma possível superação puramente organizacional deles, a normatização italiana centraliza-se justamente nesses pontos e lhes redefine os termos.

A própria denominação da lei (“sobre os tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios”) indica uma mudança no ponto de vista. O objeto não é mais, como nas velhas normas, a determinação dos limites da doença e a identificação de suas categorias, mas sim o tratamento da doença, e é sobre as formas e as razões desse tratamento que a lei intervém. O tratamento é sanitário, ou seja, relativo a todas as formas de doença que necessitem eventualmente de um tratamento obrigatório, tanto que, nas disposições finais, indica-se a necessidade de reunir num texto único as disposições vigentes em matéria de profilaxia internacional e de doenças infecciosas e difusivas. Um caso de doença sujeita à possibilidade de tratamento sanitário obrigatório é a doença mental. A partir do momento em que o primeiro parágrafo do artigo 1º estabelece o princípio de que averiguações e tratamentos sanitários sejam voluntários, deduz-se que a ótica se inverteu em relação às normas vigentes. A necessidade do tratamento sanitário obrigatório deve ser demonstrada, ao passo que as outras normatizações a colocam como definidora e inerente à doença mental, ou então, no

caso da legislação inglesa, como uma eventualidade inerente a uma forma determinada de distúrbio, o “distúrbio psicopático”, caracterizado, de qualquer modo, pela conduta anômala, agressiva ou claramente irreflexiva. Nesse sentido a legislação inglesa é até emblemática, na medida em que se preocupa em especificar, no mesmo artigo da lei (artigo 4º, parágrafos 4 e 5, lei de 29 de julho de 1959), que comportamentos perigosos enquanto doentes não podem ser confundidos com comportamentos indicativos de uma outra conduta moral, evidenciando assim a viscosidade de uma definição de periculosidade afinal indeterminada e, portanto, válida mais para indicar um princípio geral (a periculosidade da doença mental) do que para regulamentar concretamente uma conduta (a do médico-juiz).

Em contraposição, a legislação italiana tende a deslocar a ótica, do comportamento para o serviço. Assumindo o princípio (que afinal é, como vimos, o princípio de ação da psiquiatria, depois contradiado no plano ideológico) de que o serviço, com seus recursos, é que identifica a doença em qualidade e quantidade, o tratamento sanitário obrigatório nas formas da permanência hospitalar só se justifica diante da urgência, da recusa da pessoa, ou se “não existirem as condições e as circunstâncias que permitam adotar oportunas e idôneas medidas sanitárias extra-hospitalares”. O que significa que tratamento sanitário obrigatório como necessidade indica pelo menos uma dupla ordem de problemas: de um lado a dificuldade do sujeito, mas de outro a resposta do serviço, que recorre à internação em hospital psiquiátrico na medida em que não soube ou não pôde organizar outras medidas oportunas e idôneas. Do comportamento, enquanto tal, perigoso, passa-se à necessidade do tratamento hospitalar como último remédio de um sistema de serviços que não organizou no território uma resposta eficaz para o caso específico.

Antes de continuar a exposição sobre os pontos principais da nova lei italiana, parece-nos necessária uma observação geral, motivada particularmente pela análise do tratamento sanitário obrigatório. Pode às vezes parecer que a ênfatização (como no caso da Itália) ou a crítica (como em outros pontos do relato) relativas a um texto de lei ajudam a uma espécie de equivalência entre normatização e estado de fato. Nesse sentido, a definição do tratamento sanitário obrigatório nestes termos pareceria, numa visão evidentemente ingênua, suficiente para eliminar na raiz o poder, tanto do técnico quanto do serviço, de submeter sofrimento e comportamento aos próprios esquemas ideológicos e organizacionais. Ao contrário, é justamente mantendo presente o afastamento entre norma e prática, baseado em concretas estratificações de interesses, identificado com precisos modelos ideológicos, estruturado por específicos atributos de status, que assume relevância a parcialidade de algum modo adotada como própria pela norma. Enfatizar a doença mental como socialmente perigosa, ou tornar opcional para o médico a avaliação de periculosidade, ou submetê-la a precisos esquemas organizativos nos quais a periculosidade é demonstrada e ainda assim se revela também como inadequação da resposta técnica, significa fazer escolhas precisas de condução dos conflitos e dos interesses que, seja como for, atravessam a ação do técnico e o campo da psiquiatria. É sob essa ótica que a normatização italiana é considerada inovadora: não enquanto suficiente por si mesma para atenuar a criminalização da doença (embora possível por parte do técnico), mas enquanto abre a possibilidade de estigmatizar o trabalho do técnico se a ação dele ultrapassar o princípio estabelecido pela lei, um princípio voltado a tutelar, neste caso, antes de tudo o direito do usuário à resposta à necessidade e, nesse sentido, a tutelar a organização social através da rede dos serviços. Desta forma efetua-se um deslocamento real na contradição entre o "médico" e o "judici-

ário", que, do espaço abstrato da lei, se abre para o concreto das situações. A ambigüidade inerente às várias definições normativas torna-se, neste caso, problema prático para o técnico, que volta e meia deve decidir entre uma tomada de responsabilidade explicitamente sanitária e uma referência – não acumulável – aos órgãos da justiça, não mais respaldada por uma norma jurídica tão genérica a ponto de poder conter e resolver qualquer dúvida diagnóstica na garantia da internação. Se, portanto, a doença mental já não se define enquanto socialmente perigosa, mas se dilui na necessidade de serviço, assimilando-se assim a condições diversas que determinam uma necessidade análoga, não mais se justifica, de forma alguma, a sobrevivência do manicômio como concentração e separação. A assistência psiquiátrica não é, portanto, ao mesmo tempo residencial e territorial, mas é sancionada como substancialmente extra-hospitalar e descentralizada. Está portanto vedada a construção de novos hospitais psiquiátricos, e confia-se às administrações locais a tarefa de organizar os novos serviços que os substituíam, e de programar a reutilização, para outros fins, das velhas estruturas de internação.

Particularmente controverso em matéria de formação legislativa é o artigo relativo às vagas-leito em hospital geral, que representa a tentativa de integrar medicina e psiquiatria numa lógica que, todavia, tende a não revelar no modelo médico os problemas ainda abertos sobre a intervenção psiquiátrica. A contradição entre instituição e território, que vimos como central na psiquiatria, e resolvida pela nova normatização no princípio da territorialização da assistência psiquiátrica, reflete-se, através desse anel de conjugação entre medicina e psiquiatria, diretamente no hospital como coração e fulcro da organização médica, ainda baseada na intervenção hospitalar. Desta forma, abre-se uma nova ordem de conflitos e resistências, testemunhada pelas dificuldades com que, nas várias situações, se cede espaço à psiquiatria no hospital geral, dentro do qual ela pode repre-

sentar o anel de conjunção, em sentido organizativo e cultural, entre organização sanitária e território como necessidades sociais de uma população.

Desse modo, tende-se a interromper o canal de afluência dos novos usuários ao manicômio; todavia, a superação real dessa instituição só pode acontecer resolvendo-se o problema da cronicidade, isto é, dos pacientes de longa permanência que ainda vivem nos hospitais psiquiátricos e daqueles que ciclicamente para lá retornam. Também neste caso, o princípio, explicitamente estabelecido pela lei, de programar ao nível local a superação dos hospitais psiquiátricos existentes não traz garantias sobre sua efetivação ou não. Protege de soluções unicamente administrativas. Todavia, a reviravolta de ótica operada pela lei pode inverter na prática o significado da condição de internado: o estigma da psiquiatrização transforma-se em direito a uma solução que não seja a do manicômio, isto é, a modalidades de assistência que garantam a resposta às necessidades sob a forma de rendas e serviços, e não mais como institucionalização forçada e invalidação definitiva. Esse processo, que atravessou todas as experiências de transformação institucional, começa a se tornar visível e a generalizar-se como solicitação difusa, proveniente também de diferentes áreas sociais (trabalhadores, mulheres, jovens), por serviços sanitários e sociais. Corretamente, a lei coloca a autoridade local como responsável nos níveis político e administrativo, e não mais o magistrado, como supervisor dos tratamentos sanitários obrigatórios e como responsável, não único, pelo funcionamento dos serviços. Em consequência, o problema da tutela da sociedade quanto à invalidação e à doença torna-se responsabilidade política na organização dos serviços, e não mais fundamento da queixação dos doentes.

Todavia, um ano de aplicação dessa lei, que, por sua lógica interna e pelas características do terreno em que age, mais abre do que

resOLVE CONTRADIÇÕES, não é suficiente para um balanço, considerando-se a ordem e o alcance dos processos sociais que ela acionou. De resto, consideramos desvirtuante qualquer ótica pela qual uma lei seja rasamente identificada com a linearidade e a não-conflictualidade de sua aplicação. Em contraposição, num terreno como o do distúrbio psíquico, para o qual, como vimos, confluem pesados preconceitos culturais e interesses corporativistas e classistas diversos, qualquer intervenção que pretenda autenticamente incidir sobre as condições existentes não pode permanecer na ótica da programação administrativa. A contradição a enfrentar não se encontra no programa ou na lei, mas nos processos sociais que ambos promovem ou encerram. A possibilidade de uma efetivação prática deles, mais que à racionalidade dos mecanismos internos, sejam os da lei ou os da planificação, está ligada à agregação e mobilização que seus princípios e soluções favorecem ou impedem. Nesse sentido a nova lei psiquiátrica italiana representa uma tentativa de conectar a transformação de um setor do aparato estatal ao crescimento, em consciência e em organização, da base da organização social, entendendo-se como administrações locais, determinadas instituições, agregações periféricas de técnicos e de usuários, movimentos políticos e sindicais etc. A aplicação dessas normas será, portanto, tanto mais possível quanto mais se agregar a partir de baixo uma vontade de superar, desde a vertente da organização do Estado, carências e atrasos históricos (ausência de serviços, privatização da assistência sanitária, rigidez da classe médica, inércia dos políticos etc.), e, desde a vertente da população, a histórica ausência ou distância em relação à gestão das instituições. Um conjunto de normas pode permitir isso, mas não pode, por definição, garanti-lo. Por tais razões, o problema continua aberto, no sentido de que essas normas abriam uma nova ordem de processos sociais.

Prefácio a *Il giardino dei gelsi*¹

No momento da publicação do material reunido neste livro, interrogamo-nos sobre sua atualidade. De fato, ele se refere a um período bem preciso – entre os anos de 1977 e 1978 – durante o qual os temas recorrentes nos debates dos operadores psiquiátricos, aqui entrevistados, diziam respeito tanto ao tipo de organização dos serviços, predominantemente centrada no hospital ou no território, quanto ao peso teórico-prático das experiências exemplares para a afirmação de um modelo generalizável de “nova” psiquiatria. Hoje, após a entrada em vigor da lei 180 sobre a assistência psiquiátrica e após a instituição do Serviço Sanitário Nacional, a situação da psiquiatria na Itália e sua problemática parecem radicalmente mudadas. É natural perguntar-se então se o livro também conserva, ao lado de um valor documental, alguma validade no que se refere à situação modificada. Para responder a essa pergunta, parece oportuno fazer certas considerações.

Mais de um ano depois da entrada em vigor da lei, o número de internados nos hospitais psiquiátricos diminuiu significativamente, os tratamentos sanitários obrigatórios foram muito reduzidos, e ainda hoje persiste um certo debate sobre a qualidade e as características das novas estruturas intermediárias de assistência e de permanência hospitalar, as quais, todavia, continuam a ser insuficientes. Embora entre muitas críticas e com uma ênfase instrumental nos perigos

1 Prefácio do livro: *Il giardino dei gelsi* [O jardim das amoreiras], organizado por Ernesto Venturini, Turim, Einaudi, 1979.

que essa lei comporta, assiste-se, assim, aos primeiros passos da difusão de um modo de fazer psiquiatria que difere do passado recente e que vai além da exemplaridade de poucas experiências: quanto ainda não se saiba – e é cedo demais para sabê-lo – em que consiste essa mudança “obrigatória”.

Contudo, basta reler a lei sobre a assistência psiquiátrica para convencer-se de que aquilo que, aos olhos de muitos, parece uma aventura arriscada e cheia de ameaças é somente a inserção, nas normas sanitárias, de um elemento civil e constitucional que deveria estar implícito nelas e não o estava: o reconhecimento dos direitos do homem, são e doente. De fato, a novidade da lei centraliza-se sobretudo no desaparecimento do conceito jurídico de “periculosidade” do doente mental, conceito do qual se deduzia a necessidade de custodiar esse indivíduo e, assim, de violentá-lo e reprimi-lo; na oposição – que deriva desse desaparecimento – à criação de novas estruturas de segregação; na reviravolta da ótica tradicional da psiquiatria, que, pela primeira vez, se acha em condições de encarar aquele que sofre de distúrbios psíquicos sem o pano de fundo da periculosidade e da custódia. Em caso de recolhimento ao hospital, de fato, o divisor de águas quanto à qualidade da intervenção já não é o “doente” com base na gravidade e na periculosidade da sua “doença”, mas a organização social com base na sua capacidade ou não de responder às necessidades e aos direitos do cidadão, na saúde e na doença.

Mas a nova lei, se de um lado é facilmente atacada pela parte mais retrógrada do país como arriscada e pouco segura quanto à tutela do são e do doente, de outro é simultaneamente alvo dos ataques demaisdo fáceis de quem considera essas mudanças e as premissas a essas mudanças somente como intervenções normativas e racionalizantes, voltadas a reforçar as próprias instituições que elas tendem a negar. Contudo, se forem inscritas na tensão teórico-práti-

ca que, nos últimos anos, estimulou significativas lutas contra os mecanismos de opressão e marginalização, essas mudanças não podem deixar de representar, deslocando-os para a frente, os conteúdos desses lutas. Colocar em crise, como está acontecendo na prática, um serviço rigidamente custodialístico como o psiquiátrico significa de fato colocar em crise uma das mais significativas válvulas de segurança dessa organização social, porque significa romper a certeza da nítida separação qualitativa entre saúde e doença, entre norma e desvio, sobre a qual aquela fundamenta a própria ordem. Se houve crise, ela foi provocada pela vontade claramente expressa de “negar” as instituições da repressão e da violência, e não de restabelecê-las: foi o manicômio, negado na prática, destruído, desfigurado na rigidez das suas certezas científicas e das suas regras punitivas, que produziu uma fratura no interior da lógica que o constituiu sem as ambiguidades de uma reciclagem de modelos culturais capazes de preencher os vazios criados por essa crise.

Foi, portanto, a ruptura prática da lógica da marginalização de classe, implícita na própria existência do manicômio, que levou, na Itália, a uma lei que proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos, e prevê a eliminação gradual daqueles atualmente em atividade: ruptura prática que impede de encerrar, com uma nova teoria interpretativa ou com uma nova ideologia, a crise aberta, deixando inalterada a realidade diversamente interpretada. Trata-se de uma operação inversa àquela já efetuada em outros países, nos quais o problema foi aparentemente enfrentado dilatando-se para o território os serviços de controle do desvio, sem afetar a lógica e a realidade manicomial: a permanência da marginalização social, mistificada sob o alibi da doença e do tratamento, não pode senão reproduzir a confirmação da mesma lógica no território e nos novos serviços, assim como, de reflexo, o simultâneo reforço, conseqüente a essa confirmação, do manicômio e de sua lógica. O que produziu a nova

lei sobre a assistência psiquiátrica foi a luta pela reivindicação da existência de uma subjetividade, presente num terreno científico rigorosamente positivista, para revelar que o existente não é "natureza" imodificável, mas que aquilo que se pode fazer dele é que deve ser a realidade e o projeto da nossa vida; assim como o existente foi precedentemente "produzido".

Embora fruto de uma luta, uma lei pode ser apenas o resultado da racionalização de uma revolta, mas pode também conseguir difundir a mensagem de uma prática, tornando-a patrimônio coletivo. Ainda que fruto de uma luta, uma lei pode provocar um rebaixamento do nível alcançado pelas experiências exemplares, mas pode também difundir e homogeneizar um discurso, criando as bases comuns para uma ação subsequente. Porque essa lei permite aquilo que tantas vezes fora auspicado: a possibilidade de transfeir, das mãos de poucos para as de um número cada vez maior de pessoas, os conteúdos de uma luta, ainda que isso comporte o lento abandono das experiências exemplares, como ponto de referência prático.

Nesse sentido, ela tendeu a modificar ou, pelo menos, arrefecer o heroísmo, o romantismo e talvez a retórica dos quais – em nosso jacobinismo – estávamos e estamos todos um pouco doentes, e nos obrigou a confrontarmo-nos de modo mais circunstanciado com tudo o que foi feito durante estes anos, fruto também do nosso "furo" prático contra a instituição. Essa lei, portanto, de certa forma violentou o próprio operador psiquiátrico alternativo, mudando-lhe a consciência diante de si mesmo e do seu trabalho. E, agora, é como se ficasse manifesta a perda da "fé" que nos sustentou por estes anos, até o advento da nova lei, sem que já tenham sido definidos os caracteres da nova laicidade emergente.

Todos nós, portanto – e o livro parece preannunciar isso, naquela atmosfera de busca e de expectativa por alguma coisa, que caracte-

riza cada intervenção individual – vemo-nos hoje, a partir da lei, entre coisas terminadas e outras ainda indeterminadas. As pessoas entrevistadas neste livro entrevêm essa situação e expressam a preocupação de preencher esse vazio, que é vazio de identidade e carência de uma dimensão histórica em nossa ação.

De fato, a psiquiatria tradicional oferecia ao operador uma identidade exata somente como fador do controle social; assim como o processo de superação do manicômio oferecia uma possibilidade de identificação na recusa a tal controle. Mas, uma vez efetuada essa superação e obtida uma lei que a sanciona, reduz-se a possibilidade de fazer coexistir a qualidade do papel liberatório, claramente identificável na luta contra o manicômio, com a necessidade, muitas vezes afirmada, de superar a implícita função normalizadora de todo operador psiquiátrico.

A psiquiatria continua tendo a ver com o sofrimento do indivíduo, sofrimento que, porém, permanece inserido numa definição precisa daquilo que é a norma. Os limites de norma se deslocam, alargam-se e se restringem segundo as necessidades e as mudanças dos valores sociais, mas, na lógica dominante, o que convém manter é sempre a clara definição do limite. O modo de expressar-se do sofrimento continua até hoje rígido e encerrado nos parâmetros clássicos da doença mental, porque esta ainda é a cultura pela qual é determinado, de antemão, aquele que sofre de distúrbios psíquicos e sente estar em cima da margem, a ponto de transpor o limite da norma, além do qual sabe que existem a punição e a sanção.

Uma vez rompida a lógica manicomial – justamente a sanção para o mundo abnorme – o operador psiquiátrico vê-se desarmado diante de um doente que ainda se move segundo os velhos parâmetros da "doença" e que, por trás desses parâmetros, se esconde e se defende. A identificação com a instituição já não é possível, porque o manicômio revelou sua função de pura defesa do são diante do doente; a

identificação na psiquiatria já não é possível, porque esta se revelou o instrumento que permitiu essa defesa do mundo são mediante a criação do lugar "doente"; nem é mais possível a identificação no papel daquele que luta contra o manicômio, porque já existe uma lei que decretou sua morte. Apesar disso, o psiquiatra continua tendo a ver com um sofrimento que ele deve enfrentar – sem instrumentos, sem defesas – para apreender o mundo de necessidades do qual provém esse sofrimento e para remetê-lo à história da qual este foi banido, no momento mesmo em que foi definido como "doença".

É nessa falta de identidade que consiste atualmente o desafio implícito naquilo que poderá ser um modo diferente de fazer "psiquiatria". Porque é nesse vazio ideológico e institucional que seremos obrigados a nos aproximar do distúrbio psíquico, fora dos parâmetros e dos instrumentos que até agora nos impediram de chegar perto dele.

Ocupar esse vazio, preencher esse momento de suspensão, de perplexidade, de incerteza, com outras ideologias de reposição pode impedir-nos de alcançar um novo modo de compreender, fora dos esquemas culturais que nos aprisionam. Seria fácil preencher esse vazio com teorias interpretativas já experimentadas que racionalizassem nossas incertezas. A Itália, atrasada no plano cultural em relação aos outros países, agora está pronta – e demonstram-no as solicitações e as exigências de asseguramento ideológico e científico – para acolher psicanálise, behaviorismo, terapias relacionais etc., que, no entanto – em outros lugares – deixaram intactos tanto o processo de marginalização social quanto a lógica manicomial que o justifica. Mas o ponto focal que a nova lei italiana tende a despedaçar é a lógica da marginalização de classe, permitida pelo manicômio e pela psiquiatria, sem encerrar com novas teorias a crise aberrante. O que nos permite ver diretamente de quais necessidades insatisfeitas se alimenta o distúrbio psíquico, de quais frustrações con-

cretas, quais impotências reais fazem explodir a doença, quando se decidiu não ver o que se quer encobrir com aqueles símbolos. Isso não significa afirmar que o sofrimento psíquico se origina somente da miséria material (que certamente tem seu peso, tanto no nascimento do distúrbio quanto no tipo de respostas que este recebe), mas que existe uma miséria social que nos impede de expressar nossas próprias necessidades e nos obriga a encontrar caminhos anômalos e tortuosos, que passam através da mediação da "doença", porque nos é impedido expressar-nos de modo imediato.

A necessidade de uma nova "ciência" e de uma nova "teoria" se insere naquilo que imprópriamente é definido como "vazio ideológico" e que, na realidade, é o feliz momento em que se poderia começar a enfrentar os problemas de maneira diferente. Feliz momento em que, desarmados como estamos, privados de instrumentos que não sejam uma explícita defesa diante da angústia e do sofrimento, somos obrigados a nos relacionar com essa angústia e esse sofrimento sem objetificá-los automaticamente nos esquemas da "doença", e ainda sem dispor de um novo código interpretativo que recriaria a antiga distância entre quem compreende e quem ignora, entre quem sofre e quem assiste. É somente nesse encontro direto, sem a mediação da doença e de sua interpretação, que pode emergir a subjetividade de quem sofre de distúrbios psíquicos: subjetividade que só pode aflorar numa relação que, tendo finalmente saído das categorias objetificantes da psiquiatria positivista, cujo resultado mais concreto foi o manicômio, consiga não encerrar numa ulterior objetificação a experiência abnorme, conservando-a ligada e estreitamente conectada à história individual e social.