

foram se agravando devido aos sucessivos internamentos. A repetição do afastamento até o ponto da segregação definitiva dependeu, quase sempre, da atitude das famílias, que não souberam aceitar entre os parentes próximos a presença de um membro inativo e aborrecido.

Muitos dentre eles foram vítimas de guerra, como Carla, por exemplo, que chegou ao hospital vinda do campo de extermínio nazista. Pouco importa se Carla foi ou deixou de ser companheira, no campo, da princesa Mafalda; é possível que ela se atribua um laço com aquela infeliz filha do rei para enobrecer pateticamente as suas penas, como se não bastasse a enormidade do seu sofrimento pessoal. O fato é que tatuaram em seu antebraço números que afastam qualquer dúvida eventual sobre o seu destino de excluída. Nas entrevistas, como em todas as reuniões, a atenção dos presentes e sua participação é determinada pelo assunto. Se ele interessa à maior parte dos participantes, a assembléia tem um andamento dinâmico; se não surge um tema apaixonante, a discussão se arrasta, como em qualquer outro lugar, sem vigor e com pouca participação. É raro, entretanto, que não haja pelo menos um momento de interesse, pois os doentes compreenderam que sua opinião é ouvida, solicitada e considerada em nível de igualdade com a dos outros.

Digo "os outros" propositalmente porque, como explica Furio em sua entrevista, apesar dos esforços de todos, as divisões de classe, de *status*, existem na comunidade como existem na realidade. Os doentes constataam, de fato, sua exclusão, quando depois de um dia de vida em comum e de empenho comum são obrigados a permanecer no hospital, enquanto os outros são livres para sair. Este é um dos motivos de crise. A outra fase crítica, a meu ver, surge quando o doente declara não poder viver sem o amparo da microsociedade do hospital liberalizado, ocasião em que ele se fecha voluntariamente na própria cidadela onde se concretizou e desenvolveu o movimento de ação e de pensamento que pretendia torná-lo livre, responsável, e não mais objeto de escândalo público.

## AS INSTITUIÇÕES DA VIOLÊNCIA

É HÁBITO NOS HOSPITAIS psiquiátricos concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Em caso de necessidade o enfermeiro vigilante aperta uma campanha para que um segundo enfermeiro venha buscar o paciente e o acompanhe. A cerimônia é tão demorada que muitos doentes acabam fazendo suas necessidades ali mesmo. Essa reação do paciente a uma ordem desumana é interpretada como "ofensa" dirigida ao pessoal médico, ou como expressão do seu grau de incontinência, que é um resultado direto da doença.

Num hospital psiquiátrico duas pessoas estão estendidas sobre o mesmo leito. Quando há problema de falta de espaço, aproveita-se o fato de que os catatônicos não se incomodam um ao outro para sistematicamente colocar dois na mesma cama.

Numa escola o professor de desenho rasga a folha onde um garoto desenhou um cisne do qual se vêem as patas, dizendo: "Os cisnes são bonitos sobre a água."

Num jardim de infância as crianças são obrigadas a ficar sentadas sem falar, enquanto a professora faz seu tricozinho depois de ameaçá-las de ter que ficar com os braços levantados durante horas a fio — o que é muito doloroso — se se moverem, conversarem ou fizerem qualquer outra coisa que atrapalhe a professora e seu trabalho.

Um doente internado num hospital público — a não ser que tenha entrado como cliente particular, em quarto privado — será

BASAGLIA, F. A instituição  
megada. 2ª ed. Rio de Ja-  
neiro: Graal, 1985.

certamente vítima das variações de humor do médico, que pode descarregar sobre ele uma agressividade que o doente absolutamente não provocou.

Num hospital psiquiátrico os doentes "agitados" são submetidos ao "garrote". Quem não conhece o ambiente do manicômio não sabe do que se trata: é um sistema muito rudimentar, utilizado praticamente por toda parte, para fazer com que o doente desmaie através da sufocação. Joga-se um lençol sobre a sua cabeça, em geral molhado para que não possa respirar, que depois se torce com força em torno do pescoço. Ele perde imediatamente os sentidos.

A frustração de mães e pais manifesta-se geralmente através de violências constantes sobre os filhos que não satisfazem suas aspirações competitivas: o filho é inevitavelmente obrigado a ser melhor do que os outros e a encarar como um fracasso o fato de ser diferente. Notas más na escola são punidas, como se o castigo físico ou psicológico servisse para resolver a insuficiência escolar.

No hospital psiquiátrico onde trabalho utilizava-se, até há poucos anos, um sistema muito elaborado por meio do qual o enfermeiro do turno da noite seria seguramente despertado a cada meia hora por um doente, para poder marcar sua folha de ponto conforme era seu dever. A técnica consistia em encarregar um doente (que se via, assim, impedido de dormir) de limpar o fumo de um cigarro das migalhas de pão que haviam sido misturadas a ele. A experiência demonstrara que a triagem daquela quantidade de fumo demorava exatamente meia hora, depois do que o doente despertava o enfermeiro, recebendo o fumo como pagamento. O enfermeiro marcava seu cartão (havia a exigência de que a cada meia hora provasse que estava acordado) e voltava a dormir, encarregando outro doente, ou o mesmo, de recomeçar seu trabalho alienante, qual uma ampulheta humana.

Publicado há algum tempo no *Il Giorno*: "Basta de tristeza! A prisão de San Vittore finalmente perderá seu ar tétrico e cinzento. Com efeito, já há alguns dias um grupo de pintores pôs mãos à obra e uma das fachadas, aquela que dá para a avenida Papiniano, exhibe sua nova pintura de um belo amarelo-gema que faz bem ao coração. Quando o serviço for concluído San Vittore terá adquirido um aspecto mais digno, menos pesado e angustiante do que anti-

gamente." E o interior? As celas continuam tendo baldes à guisa de equipamentos sanitários, enquanto o muro amarelo-gema "faz bem ao coração".

Os exemplos poderiam multiplicar-se ao infinito, não deixando de lado nenhuma das instituições sobre as quais se organiza nossa sociedade. O que há de comum entre as situações reportadas acima é a *violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a sua lâmina*. Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.

Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e a manicomial. A violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, nas segundas, da "culpa" e da "doença". Tais instituições podem ser definidas como *instituições da violência*.

Tal é a história recente (e, em parte, atual) de uma sociedade organizada a partir da divisão radical entre os que têm (os donos no sentido real, concreto) e os que não têm; da qual resulta a subdivisão mistificadora entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável. Dentro dessa dimensão as posições ainda são claras e precisas: a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na ameaça e na vingança; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental.

Entretanto a sociedade chamada "do bem-estar", "da abundância", descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela. Por isso encontrou um novo sistema: o de estender a concessão do poder aos técnicos, que o

exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência — a violência técnica —, novos rejeitados.

O papel dessas figuras intermediárias será, portanto, mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela tornando-se, por sua vez, violento. A função dos novos prepostos será ampliar as fronteiras da exclusão descobrindo, tecnicamente, novas formas de infração que tinham sido consideradas normais até então.

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como *terapêutico-orientadora*, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de "objetos de violência", dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas.

O resultado é, portanto, idêntico. O perfeccionismo técnico-especializado consegue com que o rejeitado aceite sua inferioridade social com a mesma eficiência com que antes impunha, de maneira menos insidiosa e refinada, o conceito da diversidade biológica, que sancionava por outra via a inferioridade moral e social do *diferente*. Na realidade os dois sistemas visam reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo. O ato terapêutico se revela, nesse ponto, uma reedição revista e corrigida da precedente ação discriminatória de uma ciência que, para se defender, criou "a norma", cuja infração pressupõe uma sanção por ela própria prevista.

O único ato possível de parte do psiquiatra será, assim, evitar soluções fictícias através da tomada de consciência da situação global na qual vivemos, ao mesmo tempo excluídos e excludentes. A ambigüidade de nossa função de terapeutas não desaparecerá enquanto não nos dermos conta do jogo que nos é exigido. Se o ato *terapêutico* coincide com o impedimento feito ao doente de que

tome consciência de seu *ser excluído* através do abandono de sua esfera "persecutória" específica (a família, os vizinhos, o hospital) para entrar numa situação global (tomada de consciência da própria exclusão por uma sociedade que *realmente* não o quer), não há outra solução senão *refutar o ato terapêutico cujo único objetivo é atenuar as reações do excluído em relação ao excludente*. Mas para tanto é necessário que nós próprios, prepostos do poder e da violência, tomemos consciência de que também somos excluídos — pelo próprio fato de havermos sido objetivados no papel de excludentes.

Quando disputamos o poder (concursos de cátedra, cargos de médico-chefe, conquista de uma clientela particular de *bom nível*), submetemo-nos à avaliação do *establishment*, que deseja garantias de que seremos capazes de desempenhar — tecnicamente — nosso papel, sem problemas, sem desvios da norma: deseja que asseguremos nosso apoio e nossa técnica à sua defesa e tutela. Aceitando nosso mandato social garantimos, portanto, o desempenho de um ato terapêutico que não passa de um ato de violência em relação ao excluído, que nos foi confiado para que controlássemos tecnicamente as suas reações diante do excludente. Agir no interior de uma instituição da violência mais ou menos camuflada significa recusar o mandato social que ela delega, dialetizando, no plano prático, tal negação: *negar o ato terapêutico como ato de violência mistificada com o objetivo de unir nossa consciência de sermos simples prepostos da violência (portanto, excluídos) à consciência que devemos estimular nos excluídos, a de o serem, sem contribuir de nenhuma maneira para sua adaptação a essa exclusão.*

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional, e em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e sua cura. Diante de uma tal constatação era impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas. Voltamo-nos então para

a compreensão desses "mecanismos estranhos" que têm suas raízes no sistema social-político-econômico que os determina.

A integração do doente ao corpo médico foi, de parte da ciência, lenta e laboriosa. Em medicina, o encontro médico-paciente ocorre no corpo mesmo do doente, considerado como um objeto de pesquisa em sua pura materialidade. Entretanto, quando o discurso é transferido para o plano do encontro psiquiátrico a questão já não é tão simples, ou, em todo caso, não é isenta de conseqüências. Se o encontro com o doente mental ocorre no *corpo*, será, necessariamente, num corpo presumidamente enfermo, operando uma ação objetivante de caráter pré-reflexivo, da qual se deduz a natureza da ação a adotar: neste caso impõe-se ao doente o papel objetivo sobre o qual virá fundar-se a instituição que o tutela. O tipo de ação objetivante acaba, pois, por influir no conceito sobre si mesmo do doente, o qual, através de um tal processo, não pode deixar de viver-se como um *corpo doente*, exatamente da mesma maneira como é visto pelo psiquiatra e pela instituição que o trata.

Foi portanto a *ciência* que afirmou, de uma parte, que o doente mental deveria ser considerado o resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinida, diante da qual não havia nada a fazer senão aceitar docilmente sua *diferença* relativamente à norma. É daí que decorre a ação exclusivamente tutelar das instituições psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina que, diante da doença mental, limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la. De outra parte, as próprias teorias psicodinâmicas, que tentaram encontrar o *sentido* do sintoma através da investigação do inconsciente, mantiveram o caráter objetal do paciente, mesmo que o tenham feito através de um tipo distinto de objetualização: objetualizando-o não mais enquanto *corpo*, mas enquanto *pessoa*. Da mesma forma como a contribuição ulterior do pensamento fenomenológico não foi capaz, apesar de sua busca desesperada da subjetividade do homem, de arrancá-lo do terreno da objetualização em que está *jogado*: o homem e sua objetualidade ainda são considerados um *dado* sobre o qual não é possível intervir a não ser através de uma vaga *compreensão*.

Estas são as interpretações científicas do problema da doença mental. Mas o que foi feito do doente real, isso só pode ser visto no interior de nossos manicômios, onde nem as denúncias dos complexos de Édipo nem os depoimentos do nosso estar-com-no-mundo-da-ameaça foram capazes de tirá-lo da passividade e da objetualidade de sua condição. Se essas "técnicas" houvessem penetrado

efetivamente nas organizações hospitalares, se se tivessem submetido ao questionamento e à contestação que lhes oporia a realidade do doente mental, deveriam ter-se transformado, por uma questão de coerência, ampliando seu escopo, até que viessem a abranger todos os atos da vida institucional. Tal coisa teria minado inevitavelmente a estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica sobre a qual se apóia a instituição psiquiátrica. Mas o poder subversivo de tais métodos de trabalho permanece no interior de uma estrutura psicopatológica onde, em vez de colocar em discussão a objetualização à qual se relega o doente, segue-se analisando os vários modos de objetualidade: mantêm-se, portanto, no interior de um sistema que aceita cada uma de suas contradições como um fato inelutável. A única possibilidade consistiria, como se fez em determinados casos, em superpor a psicoterapia individual e de grupo às outras terapêuticas (biológicas e farmacológicas). Sua ação seria desmentida, de toda maneira, pelo clima de controle típico ao hospital tradicional ou pelo tom paternalista do hospital que se funda exclusivamente sobre bases humanitárias. Uma vez colocada essa impenetrabilidade estrutural das instituições psiquiátricas diante de qualquer tipo de intervenção que vá ao encontro de sua finalidade controladora, somos obrigados a reconhecer que a única possibilidade de aproximação e de *relação terapêutica* no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá a nível do doente mental *livre*, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contatual. Nesse caso o caráter integrante do ato terapêutico é evidente, na recomposição das estruturas e das funções que já entraram em crise mas que ainda não foram definitivamente rompidas com o internamento.

A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) se revela, assim, intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação está rigidamente determinada por leis econômicas. *Ou seja: não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema sócio-econômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos.*

Um exame atento revela que a doença, enquanto condição comum, assume significados *concretamente* distintos segundo o nível social do doente.

Isto não quer dizer que a doença não exista, mas sublinha um fato real que deve ser levado em consideração quando se entra

em contato com o doente mental dos hospitais psiquiátricos: as *conseqüências* da doença variam segundo o tipo de abordagem adotado em relação a ela. Tais "conseqüências" (refiro-me aqui ao nível de destruição e de institucionalização do paciente internado nos manicômios provinciais) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente:

- 1) A relação do tipo *aristocrático*, na qual o paciente tem um poder contratual a opor ao poder técnico do médico. Neste caso mantém-se num plano de reciprocidade no tocante às funções, visto que se estabelece entre a *função* do médico (alimentada pelo mito do próprio poder técnico) e a *função social* do doente, que atua como única garantia de controle sobre o ato terapêutico de que é objeto. Na medida em que o doente a quem se convencionou chamar *livre* fantasmaliza o médico como depositário de um poder técnico, ele próprio desempenha o papel de depositário de um outro tipo de poder, o econômico, que o médico fantasmaliza nele. Se bem que, neste caso, se trate de um encontro de *poderes*, mais do que de homens, o doente não se submete passivamente ao poder do médico, pelo menos enquanto seu valor social corresponder a um valor econômico efetivo, porque, uma vez este exaurido, desaparece o poder contratual e o paciente se verá iniciando a verdadeira "carreira do doente mental": na posição de uma figura social sem qualquer peso ou valor.
- 2) A relação de tipo *mutualista*, em que se observa uma redução do poder técnico e um aumento do poder arbitrário em relação a um "segurado" que nem sempre tem consciência da própria força. Neste caso a reciprocidade da relação já está desfeita, mas reaparece, real, nos casos em que o paciente toma consciência da própria posição social e de seus direitos numa instituição que deveria ter sido criada para proteger esses direitos. Noutras palavras, neste caso a reciprocidade existe somente quando há um alto grau de maturidade e de consciência de classe por parte do paciente; note-se que o médico frequentemente mantém a possibilidade de determinar a qualidade da relação com o paciente como melhor lhe pareça, reservando-se o direito de proteger-se sob seu *poder técnico* sempre que sua ação arbitrária for contestada.

- 3) A relação *institucional*, na qual aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (já nem é necessário que seja *poder técnico*), exatamente porque diminui vertiginosamente o do doente, o qual, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação. Na dimensão institucional a reciprocidade não existe; sua ausência, aliás, não é sequer camuflada. É aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica, enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental. É aqui que se evidencia o fato de que não é tanto a doença que está em jogo, mas a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal.

Este esboço de análise dos diversos modos de abordar e viver a doença mental, da qual até agora somente conhecemos *esta* fisionomia neste contexto, demonstra que o problema não é a doença em si (o que é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de *determinar qual tipo de relação se instaura com o doente.* Enquanto entidade mórbida, a doença desempenha um papel puramente acessório, pois apesar de ser o denominador comum das três situações citadas, ela assume — sempre, no último caso e freqüentemente, no segundo — um significado estigmatizante que confirma a perda do valor social do indivíduo, já implícita na maneira como sua doença fora vivenciada anteriormente.

Assim, se a doença não é o elemento determinante da condição do doente mental tal como o vemos em nossos asilos psiquiátricos, devemos examinar agora os elementos que, mesmo sendo estranhos a essa condição, desempenham nela um papel de importância tão transcendente.

Analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico (*que insistimos em considerar o único doente estigmatizado independentemente da doença, e, por isso mesmo, o único do qual pretendemos ocupar-nos neste estudo*), podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu. Já vimos, entretanto, que tal exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da

ausência de poder contratual do doente (ou seja, de sua condição social e econômica) que da doença em si. Que valor técnico ou científico pode ter o diagnóstico clínico com o qual foi definido no momento do internamento? É possível falar de um diagnóstico clínico objetivo, decorrente de dados científicos concretos? Ou, antes, trata-se de uma simples etiqueta que, por trás da aparência de um julgamento técnico-especializado, esconde, mais ou menos veladamente, um significado mais profundo: o da discriminação? Um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público. O que caracteriza a hospitalização do primeiro não é somente o fato de não ser automaticamente classificado como doente mental "perigoso para si e para os outros e objeto de escândalo público": é o tipo de internamento de que se beneficia, que impedirá que seja des-historificado, separado de sua própria realidade. O internamento "particular" nem sempre interrompe a continuidade da vida do doente; tampouco diminui ou abole de maneira irreversível sua função social. Por isso, superado o período crítico, será fácil reinseri-lo na sociedade. O poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico.

É possível, dentro desta ótica, continuar supondo que o número de internados nas instituições psiquiátricas corresponde aos doentes mentais de todas as camadas de nossa sociedade e que, assim, a doença é a única responsável pelo grau de objetivação em que se encontram? Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital? Não seriam eles, definitivamente, o refugio, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições? Não seriam simplesmente aqueles que, partindo de uma posição desfavorável, já estão *perdidos* ao partir? Como continuar a justificar nossa relação exclusiva quanto a esses internados, de quem foi tão fácil definir cada ato, cada reação, em termos de doença?

O diagnóstico assume, doravante, o valor de um rótulo que codifica uma *passividade* dada por irreversível. Tal passividade pode ter, porém, uma outra índole que não sempre e exclusiva-

mente patológica. É exatamente no instante em que é considerada apenas em termos de doença que se confirma a necessidade de sua separação e exclusão, sem que a menor dúvida intervenha no reconhecimento do significado discriminatório do diagnóstico. Desta maneira a exclusão do doente do mundo dos sãos libera a sociedade de seus elementos *críticos*, de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que tal sociedade estabeleceu. A partir destas premissas a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo.

Esta abordagem da questão revela-nos uma realidade *invertida*, onde o problema já não é tanto o da doença em si, mas sobretudo o da *relação* que se estabelece com ela. Ocorre que tal relação envolve ao mesmo tempo, como partes integrantes, o doente com sua doença, o médico e, através deste último, a sociedade, que julgam e definem a doença: *a objetivação não é a condição objetiva do doente, mas se localiza no interior da relação entre doente e terapeuta, no interior, portanto, da relação entre o doente e a sociedade que delega ao médico sua cura e tutela*. Isso significa que o médico necessita de uma objetividade sobre a qual afirmar a própria subjetividade, exatamente como nossa sociedade necessita de áreas de descarga e compensação, onde abandona e esconde as próprias contradições. O rechaço da condição desumana a que é relegado o doente mental, o rechaço do grau de objetivação em que foi abandonado, forçosamente se apresenta ligado de muito perto ao questionamento do psiquiatra, da ciência em que ele se apóia e da sociedade que representa. O psiquiatra, sua ciência e a sociedade defenderam-se, praticamente, do doente mental e do problema de sua existência em nosso meio. Porém, na medida em que éramos os detentores do poder diante de um doente já violentado pela família, pelo local de trabalho e pela pobreza, tal defesa transmutou-se inevitavelmente numa imensa agressão, aumentando a violência que havíamos continuado a usar nos confrontos com o doente, sob o disfarce hipócrita da necessidade e da terapia.

Ora, como poderá ser a relação com esses doentes uma vez definida aquela que Goffman<sup>1</sup> chama a "série de contingências de

1. ERVING GOFFMAN, *Asylums*, Doubleday & Company, Garden City, N. Y., 1961.

carreira" estranhas à doença? A relação terapêutica não funcionaria, na realidade, como uma *nova violência*, uma relação política tendente à integração, já que o psiquiatra, como delegado da sociedade, detém o mandato de *curar* os doentes através de *atos terapêuticos* que têm o único significado de ajudá-los a se adaptar à sua condição de "objetos de violência"? Isso não significaria que o psiquiatra confirma, aos olhos do doente, o fato de que ser objeto de violência é a única realidade a que tem acesso, independentemente das diversas modalidades de adaptação que possa adotar?

Se aceitamos docilmente esse mandato quando aceitamos nosso papel, não seríamos nós próprios objeto da violência do poder, que nos impõe o dever de agir na direção por ele determinada? Nesse sentido nossa ação atual só pode ser uma *negação* que, tendo surgido de um distúrbio institucional e científico, conduz ao rechaço do ato terapêutico que pretende resolver conflitos sociais adaptando a eles suas vítimas. Os primeiros passos desse distúrbio consistiram, portanto, na proposta de uma nova dimensão institucional que definimos, inicialmente, como uma comunidade terapêutica do tipo da que existia na Inglaterra.

De fato, desde 1942 puderam ser realizadas as primeiras experiências psiquiátricas de caráter comunitário na Inglaterra, onde o pragmatismo anglo-saxão, ao contrário do pensamento mais ideológico dos países continentais, vulneráveis à influência alemã, conseguira liberar-se da visão esclerosada do doente mental entendido como entidade irrecuperável, enfatizando a questão da *institucionalização*, causa primeira da falência da psiquiatria hospitalar.

As experiências de Main e, em seguida, de Maxwell Jones, foram, na realidade, os primeiros passos daquela que se tornaria a nova psiquiatria institucional comunitária, baseada em pressupostos de caráter essencialmente sociológico.

Ao mesmo tempo se iniciava, na França, um amplo movimento institucional psiquiátrico, sob a liderança de Tosquelles. Exilado antifranquista da Guerra Civil espanhola, Tosquelles ingressara como enfermeiro no Hospital Psiquiátrico de St. Alban, um pequeno vilarejo do Maciço Central francês. Depois de obter novos diplomas em medicina, assumiu a direção da instituição. É mais uma vez um pequeno hospital — não um centro de estudos, não um novo instituto de pesquisas psiquiátricas — que se estabelece como o terreno onde nasce, *na prática e devido à necessidade*, uma nova linguagem e uma nova dimensão psiquiátrica institucional, a partir de bases psicoanalíticas.

As duas tendências, que no plano teórico partem de pontos distintos, revelam no plano prático a validade de suas colocações, agindo conjuntamente no sentido de revolucionar uma ideologia que se cristalizara na contemplação e na teorização sobre a doença vista como entidade abstrata, nitidamente separada do doente no instituto psiquiátrico.

Os países de idioma alemão, ao contrário, ligados à rígida ideologia teutônica, estão sempre tentando resolver o problema dos hospitais psiquiátricos a partir do alto, construindo estruturas mais aperfeiçoadas onde continua dominando o espírito de controle do doente. Basta citar o exemplo do hospital de Herman Simon, Gütersloh, atualmente sob a direção de Winkler; tudo o que ali se faz é aperfeiçoar tecnicamente a ideologia ergoterápica de Simon. A própria psiquiatria social, tão em voga atualmente, não é, na realidade, uma expressão do reconhecimento do fracasso da psiquiatria de internamento (com o conseqüente reconhecimento da objetivação do doente a nível institucional e científico): é, antes, fruto da necessidade de *modernização intelectual*, que conduzirá necessariamente à construção de institutos de psiquiatria social como o que está sendo construído em Magonza, sob a direção de Haefner — uma nova Brasília da psiquiatria alemã.

Mesmo na Itália, onde a cultura psiquiátrica oficial esteve sob a influência predominante do pensamento alemão, a situação institucional transformou-se muito lentamente, com anos de atraso relativamente à Inglaterra e à França. A experiência de tipo "setorial",<sup>2</sup> de nítida inspiração francesa, e a experiência "comunitária",

2. A organização de tipo setorial (predominantemente orientada e projetada em direção ao exterior) apresenta a vantagem de ser uma ação profilática mais capilar e mais rápida. A despeito dela, entretanto, é necessário observar que se não é acompanhada pelo desmantelamento simultâneo do hospital psiquiátrico enquanto espaço fechado, forçado e institucionalizante, sua ação se vê comprometida pela própria existência do manicômio, que continuaria a agir como força ameaçadora à qual o doente só consegue escapar através da fuga.

Não há dúvida de que a ação de um serviço de higiene mental eficaz teria condições de evitar o internamento de um grande número de doentes, com os riscos dele decorrentes devido às condições atuais de nossos hospitais psiquiátricos. Não se pode negar, entretanto, que o princípio da profilaxia psiquiátrica externa continua sob o império do clima institucionalizante do medo do internamento, visto como a medida extrema à qual seríamos obrigados a recorrer quando todos os outros meios se tivessem mostrado ineficazes na solução do caso. Nem sequer a criação de estruturas semelhantes

de que estamos tratando aqui, tinham, portanto, precedentes aos quais se referirem. Entretanto, no que diz respeito à nossa experiência, parecia-nos ser uma medida urgente adaptar nossos instrumentos à realidade sobre a qual agíamos. Não podíamos limitar-nos a adaptar modelos já codificados e aplicáveis a qualquer circunstância. Por isso a escolha do modelo anglo-saxão de comunidade terapêutica tinha o sentido de ser um ponto de referência genérico, com condições para justificar os primeiros passos de uma ação de *negação* da realidade do *manicômio*. Ora, essa atitude passava, inevitavelmente, pela negação de toda a classificação nosográfica, cujas subdivisões e elaborações revelavam seu caráter ideológico relativamente à condição real do doente. A referência ao modelo anglo-saxão permaneceu válida, portanto, até o momento em que o campo de ação começou a se transformar e a realidade institucional mudou de figura.

No decorrer das etapas posteriores a definição de *comunidade terapêutica* revelou-se ambígua em relação à nossa instituição, pois podia (e ainda pode) ser compreendida como proposta de um modelo acabado (o momento positivo de uma negação, propondo-se como definitivo) que, conforme é aceito e incorporado ao sistema, vai perdendo sua função contestadora. Seja como for, à medida que fomos vencendo, passo a passo, as diversas fases de nosso distúrbio institucional, foi-se tornando mais clara a necessidade de um contínuo *rompimento* das linhas de ação que, exatamente por estarem inseridas no sistema, deviam ser, uma a uma, negadas e destruídas.

Nossa comunidade terapêutica surgiu, portanto, da recusa de uma situação proposta como um *dado* em lugar de ser entendida como um *produto*. O primeiro contato com a realidade do manicômio revelou as forças em jogo: o internado, em vez de ser visto como um *doente*, é o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro dos limites da doença. A degradação, a objetivação e o total aniquilamento que o caracterizam não são a pura expressão de um estado mórbido, mas antes o produto da ação destrui-

aos assim chamados "setores abertos" nos hospitais psiquiátricos resolveria o problema, pois no próprio âmbito do hospital continuaria subsistindo o privilégio dos doentes com a sorte de terem sido internados sob a garantia previdencial sobre os internados de ofício, que continuariam a ser relegados aos setores fechados, vítimas do seu estigma.

dora de uma instituição cuja finalidade é proteger os são dos assaltos da loucura. Entretanto, uma vez despidido o paciente das superestruturas e das inscrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida em que, antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser *aprobática* e *acontraditória* com o objetivo de mascarar o caráter *contraditório* de nossa sociedade.

Como fazer, dentro deste quadro, para considerar a doença como um *dado*? Onde reconhecê-la, onde isolá-la senão num *mais além* que somos, por enquanto, incapazes de atingir? É possível ignorarmos a natureza da distância que nos separa do doente, imputando suas causas exclusivamente à doença? Não seria melhor que antes retirássemos, uma a uma, as capas da objetivação para podermos ver o que resta no fim?

Assim, se o primeiro momento desta ação de transformação pode ser emocional (no sentido em que se recusa a considerar o doente um não-homem), o segundo só pode ser a tomada de consciência de seu caráter político, no sentido em que qualquer ação que se desenvolva no contato com o doente continua oscilando entre a aceitação passiva e o rechaço da *violência* sobre a qual se funda nossos sistema sócio-político. O *ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara.*

Foi assim que surgiu, na prática, um processo de liberação que, partindo de uma realidade violenta e altamente repressiva, tentou a via do *revolucionamento institucional*. Uma revisão das diferentes etapas desse processo — através das notas de trabalho, cronologicamente ordenadas, que serviram para a elaboração conceitual da ação que ora desenvolvemos — talvez torne mais fácil a tarefa de deixar claro o significado dessa ação, que se nega a propor-se como um *modelo* definitivo que tivesse como resultado a confirmação do *sistema*.

Em 1925 um manifesto assinado por artistas franceses que se identificavam como "a revolução surrealista" e dirigido aos diretores dos manicômios concluía com as seguintes palavras: "Amanhã, na hora da visita, quando, sem o auxílio de qualquer léxico, ten-



tardes comunicar-vos com esses homens, possais vós lembrar, e o reconhecer, que sobre eles não tendes mais do que uma única superioridade: a força.”

Quarenta anos depois a situação continua praticamente a mesma, ligados que estamos, na maioria dos países europeus, a uma lei antiga que ainda não se definiu entre os caminhos da assistência e da segurança, da piedade e do medo. A vida dos internados, para as quais Pínel já reclamava clamorosamente o direito à liberdade, continua regulada por limites obrigatórios, burocracia e autoritarismo. Na realidade parece que somente agora o psiquiatra está redescobrimdo que o primeiro passo para a cura do doente é a volta à liberdade, da qual vem sendo privado até o dia de hoje pelo próprio psiquiatra. A necessidade de um regime, de um sistema no interior da complexa organização do espaço fechado em que o doente mental esteve isolado durante séculos, exigia do médico um único papel: o de controlador, de tutor interno, de moderador dos excessos que a doença podia ocasionar; o valor do sistema superava o do objeto de suas curas. Mas hoje o psiquiatra se conscientiza de que os primeiros passos em direção à “abertura” do manicômio produzem no doente uma transformação gradual na sua maneira de colocar-se em relação ao mundo e em relação à doença, na sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não somente pela doença, mas pela longa hospitalização. Desde o momento em que transpõe os muros do internamento o doente entra em uma nova dimensão emocional... Ou seja, ele é envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas que na prática aparece, paradoxalmente, como um local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua total *objetivação*...

No entanto, no decorrer destas primeiras etapas que conduzem à transformação do manicômio em um hospital de cura, o doente... deixa de aparecer como um homem resignado e submisso às nossas vontades, intimidado pela força e pela autoridade que o tutelam... Passa a apresentar-se como um indivíduo objeto da doença, mas que já não aceita ser *objetivado* pelo olhar do médico que o mantém a distância. A agressividade (que, enquanto expressão da doença, mas, principalmente, da institucionalização, rompia vez por outra o estado de apatia e desinteresse) dá lugar, em muitos pacientes, a um novo tipo de revolta, vindo de um obscuro sentimento, distinto de seus delírios particulares, de que são “injusta-

mente” considerados não-homens somente por estarem “no hospício”.

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

Ora, para que o manicômio não venha a transformar-se em um asilo risonho de domésticos agradecidos, passada a gradual destruição de suas estruturas alienantes, tudo indica que o único ponto sobre o qual podemos apoiar-nos é justamente a *agressividade* individual. É a partir dessa agressividade — que é, ao mesmo tempo, aquilo que nós, psiquiatras, buscamos para o estabelecimento de uma relação autêntica com o paciente — que teremos condições de instaurar uma relação de tensão recíproca; somente ela tem condições, atualmente, de romper os laços de autoridade e paternalismo que até há muito pouco tempo causavam a institucionalização... (agosto de 1964).

... A situação que encontramos em nossa instituição apresentava-se altamente institucionalizada em todos os seus setores: doentes, enfermeiros, médicos... Tratou-se então de provocar uma situação de ruptura capaz de desmistificar as funções dos três pólos da vida hospitalar, dispondo-os em um jogo de tensões e de contenções em que todos estivessem envolvidos e por que todos fossem responsáveis. Isso implicava em um “risco”, mas era o único meio de equiparar em um mesmo nível médicos e doentes, doentes e equipe do hospital, todos unidos em torno da mesma causa, unidos em direção a um objetivo comum. Essa tensão deveria servir de base para a nova estrutura que edificaríamos: caso se desfizesse, tudo voltaria à situação institucionalizada de antes... A nova organização interna teria, assim, começado a desenvolver-se a partir da base e não a partir do vértice, no sentido em que, em vez de apresentar-se como um esquema ao qual a vida comunitária devesse aderir, teria sido a própria vida comunitária a criar uma ordem, nascida de suas exigências e suas necessidades. Não mais apoiada em uma regra imposta de cima, a organização ter-se-ia tornado ela própria um ato terapêutico...

Entretanto, se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram

ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. Toda tentativa de abordagem do problema confirmará a viabilidade de uma tal empresa, e, ao mesmo tempo, lembrará que ela será, inevitavelmente, isolada e, assim, privada de qualquer significado social se não se acompanhar de um movimento estrutural de base que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: do trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para a sua reintegração, acuam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos. . . (março de 1965).

. . . Procurando agora determinar as forças que puderam ter um efeito tão profundo sobre o doente a ponto de aniquilá-lo, vê-se que uma única tem condições de provocar tamanhos danos: a autoridade. Uma organização que se baseia exclusivamente no princípio da autoridade, cuja objetivo primeiro é a ordem e a eficiência, vê-se obrigada a escolher entre a liberdade do doente (e, portanto, a resistência que este lhe pode opor) e o bom andamento do hospital. Sempre se optou pela eficiência e em seu nome sacrificou-se o doente. . . Mas depois que os medicamentos, através de sua ação, revelaram concretamente aos psiquiatras que não estávamos diante de uma doença e sim diante de homens doentes, estes já não podem ser considerados elementos dos quais a sociedade deve ser protegida. Esta sociedade tenderá sempre a se defender daquilo que lhe faz medo e a impor seu sistema de restrições e de limites às organizações encarregadas de curar os doentes mentais: mas o psiquiatra não pode continuar assistindo à destruição do paciente que lhe foi confiado, tornando *objeto*, reduzido a *coisa* por uma organização que, em lugar de buscar o diálogo com ele, prefere continuar falando sozinha. . .

Para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de oposição ao poder que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita. Despertado esse sentimento, o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: sua agressividade.

Encontramo-nos, portanto, diante da necessidade de uma organização e da impossibilidade de concretizá-la; diante do imperativo de formular um esboço de sistema que funcione como ponto de referência para em seguida transcendê-lo e destruí-lo; diante do desejo de provocar mudanças a partir de cima e da necessidade de esperar que elas se elaborem e se desenvolvam a partir da base; diante da busca de um novo tipo de relação entre doente, médico, equipe hospitalar e sociedade, em que o papel protetor do hospital se divida equitativamente entre todos. . . ; diante da necessidade de manter um certo grau de conflito, capaz de estimular e ao mesmo tempo reprimir a agressividade, as forças individuais de reação de cada doente em particular (junho de 1965).

A criação de um complexo hospitalar gerido comunitariamente e estabelecido sobre premissas que tendam à destruição do princípio da autoridade coloca-nos, entretanto, em uma situação que se afasta pouco a pouco do plano de realidade sobre o qual vive a sociedade atual. É por isso que um tal estado de tensões só pode ser mantido através de uma tomada de posição radical de parte do psiquiatra, uma tomada de posição que vá além do seu papel e que se concretize em uma ação de desmantelamento da hierarquia de valores sobre a qual se funda a psiquiatria tradicional. Isso exige, todavia, que abandonemos nossos papéis para nos arriscarmos pessoalmente, na tentativa de esboçar alguma coisa que, apesar de já trazer em si os germes de erros futuros, nos ajude por enquanto a romper esta situação cristalizada, sem esperar que nossos atos sejam sancionados por leis. . .

A comunidade terapêutica assim compreendida opõe-se necessariamente à realidade social em que vivemos, já que, apoiada como está sobre pressupostos que tendem a destruir o princípio da autoridade na tentativa de programar uma condição comunitariamente terapêutica, está em nítida contradição com os princípios formadores de uma sociedade que já se identificou às regras que a canalizam para um tipo de vida anônimo, impessoal e conformista, sem qualquer possibilidade de intervenção individual (fevereiro de 1966).

. . . Na Itália, entretanto, ainda sofremos de um ceticismo e de uma preguiça sem justificativas.

A única explicação possível é de ordem sócio-econômica: nosso sistema social, longe de ser um regime econômico de pleno emprego, não tem nenhum interesse em reabilitar o doente mental,

que não poderia ser recebido por uma sociedade que nem sequer resolveu plenamente o problema do trabalho de seus membros sãos.

Neste sentido, qualquer exigência de caráter científico de parte do psiquiatra corre o risco de perder seu significado mais importante, justamente a sua âncora social, se sua ação no interior de um sistema hospitalar agora caduco não se unir a um movimento estrutural de base que leve em consideração todos os problemas de caráter social ligados à assistência psiquiátrica.

Assim, se a comunidade terapêutica pode ser considerada um passo necessário na evolução do hospital psiquiátrico (necessário principalmente devido à função desmistificadora que teve e ainda tem relativamente à falsa imagem do doente mental e devido à individualização dos papéis *anteriormente inexistentes* fora do nível de autoridade), não pode entretanto ser considerada a meta final, mas antes uma fase transitória enquanto a própria situação evolui de modo a fornecer-nos novos elementos de elucidação. . .

A comunidade terapêutica é um local em que todos os componentes (e isto é importante), doentes, enfermeiros e médicos, estão unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições — mesmo a nível dos médicos entre eles, médicos e enfermeiros, enfermeiros e doentes, doentes e médicos — que continua a romper uma situação que, não fosse isso, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis.

Viver dialeticamente as contradições do real é, assim, o aspecto terapêutico de nosso trabalho. Se tais contradições, em vez de serem ignoradas ou programaticamente postergadas, na tentativa de criar um mundo ideal, forem enfrentadas dialeticamente, se os abusos cometidos por uns em detrimento de outros e a técnica do bode expiatório, em vez de serem vistos como inevitáveis, forem dialeticamente discutidos de maneira a permitir-nos que compreendamos as dinâmicas internas, então a comunidade tornar-se-á terapêutica. Mas a dialética somente existe quando se tem mais de uma possibilidade, quando existem alternativas. Se o doente não tem alternativas, se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual

não se pode opor deixa-lhe um única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio no delírio, onde não existem nem contradições nem dialética. . .

Portanto, o primeiro passo — ao mesmo tempo causa e efeito da passagem da ideologia tutelar àquela mais terapêutica — é o da transformação das relações interpessoais entre aqueles que atuam nesse campo. Transformação essa que tende a redefinir as funções, devido às variações ou pela constituição de motivações válidas, funções que já não apresentarão qualquer analogia com as que caracterizavam a situação tradicional anterior.

Na situação comunitária, o médico é quotidianamente contestado e controlado por um paciente que já não se pode afastar ou ignorar. O médico, testemunha sempre presente nas necessidades do doente, já não pode se encerrar em um espaço de certa maneira asséptico, que lhe permita ignorar a problemática que a própria doença propõe. Tampouco tem condições de fazer o generoso dom de si mesmo, atitude que inevitavelmente lhe conferiria o papel de apóstolo com uma missão a cumprir, estabelecendo outro tipo de distância e de diferenciação igualmente grave e destrutivo. A única posição possível para ele seria uma nova função, construída e destruída de acordo com a necessidade que tem o doente de fantasmaticizá-lo (de torná-lo forte e protetor) e de negá-lo (para sentir-se forte também); uma função através da qual seu preparo técnico lhe permitiria seguir e compreender as dinâmicas que viessem a se determinar, de maneira a poder representar, nessa relação, o pólo dialético que controla e contesta ao mesmo tempo em que é controlado e contestado. Note-se que a relação estritamente médica com o paciente, enquanto isso, permanece inalterada.

Não obstante, a ambigüidade de sua função subsistirá até o momento em que a sociedade defina claramente seu mandato, no sentido em que o médico tem uma função precisa, a ele atribuída pela própria sociedade: controlar uma organização hospitalar onde o doente mental deve ser tutelado e curado. Vimos, entretanto, que a noção de tutela (no sentido das medidas de segurança necessárias para prevenir e conter a periculosidade do doente) está em nítida contradição com a noção de cura, que deveria tender, ao contrário, para uma expansão espontânea e pessoal do doente. Vimos também como essas noções negam-se uma à outra. De que maneira o médico pode conciliar estas duas exigências, contraditórias em si, enquanto a sociedade não deixar claro para que direção (a tutela

ou a cura) quer orientar a assistência psiquiátrica?... (outubro de 1966).

... Qualquer sociedade cujas estruturas se baseiem exclusivamente sobre as diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos, cria em si áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da própria subjetividade...

O racismo em todas as suas formas não passa da expressão da necessidade de tais áreas de compensação; assim como a existência dos manicômios, símbolo do que poderíamos chamar de "reservas psiquiátricas" (comparáveis ao *apartheid* do negro e aos guetos), representa a expressão de uma vontade de exclusão daquilo que é temido por ignorado e inacessível. Vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou incompreensível o próprio objeto de seus estudos, razão por que relegou-o à companhia dos excluídos...

O doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença. Por isso só a psiquiatria, com sua dupla função médica e social, tem condições de mostrar ao doente o que é a doença e como o tratou a sociedade, que o excluiu. Somente através da tomada de consciência do fato de ter sido excluído e rejeitado o doente mental terá condições de se reabilitar do estado de institucionalização a que foi forçado...

Pois é aqui, por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade... Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for o seu estado mental, se objetiva gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído.

Mas é somente através dessa tomada de consciência de sua condição de excluído e da responsabilidade que teve a sociedade nessa exclusão que o vazio emocional em que o doente viveu du-

rante anos será gradualmente substituído por uma carga de agressividade pessoal. Tal agressividade se resolverá em uma ação de aberta contestação contra a realidade, que o doente agora nega, não mais devido à doença mas porque se trata verdadeiramente de uma realidade que não pode ser vivida por um homem: sua liberdade será então fruto de sua conquista e não um dom do mais forte... (dezembro de 1966). |

... Se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam. Por isso pode-se dizer que o doente mental, colocado em uma instituição cuja finalidade terapêutica torna-se ambígua diante de sua obstinação em referir-se a um *corpo doente*, é levado a fazer dessa instituição seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe... O doente, que já sofre de uma perda de liberdade que se pode considerar como característica da doença, ao aderir a um novo corpo que é, na realidade, o da instituição, está negando cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com que se sentisse ainda vivo e ainda ele próprio. Torna-se *um corpo vivido na instituição, pela instituição*, a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas.

"Antes de sair foram controladas as fechaduras e os doentes." Estas são as palavras que se lêem nas notas que um turno de enfermeiros deixa para o turno que o sucede, para garantir a perfeita ordem do pavilhão. Chaves, fechaduras, barras, doentes, tudo isso faz parte, sem a menor distinção, do material hospitalar pelo qual são responsáveis médicos e enfermeiros... O doente não passa, agora, de um *corpo institucionalizado* que vive como objeto e que, de vez em quando, enquanto não está totalmente domado, tenta reconquistar, através de *acting-outs* aparentemente incompreensíveis, as características de um *corpo próprio*, de um *corpo vivido*, recusando identificar-se com a instituição.

Usando uma abordagem antropológica ao mundo institucional é possível, portanto, dar interpretações diferentes daquelas que se deram às características tradicionalmente reconhecidas como próprias do paciente psiquiátrico. *O doente é obsceno, desordenado, comporta-se de modo inconveniente*. Estas são manifestações agressivas através das quais o doente ainda tenta — de maneira diferente, num mundo diferente (talvez o da provocação) — sair da objetualidade em que se sente preso e sobre a qual, de todo modo,

dá seu testemunho. Mas dentro de uma instituição psiquiátrica existe uma razão psicopatológica para cada acontecimento e uma explicação científica para cada ato. Assim, o doente que não se pudera objetivar imediatamente quando de seu ingresso no hospital, aquele para quem o médico só pôde presumir um *corpo doente*, é agora, finalmente, domado e encerrado sob um rótulo que leva o aval da oficialidade científica. . . É desta maneira que o paciente se vê em uma instituição cuja finalidade é a invasão sistemática de um espaço que a regressão da doença já reduziu tanto. A modalidade passiva que a instituição lhe impõe não permite, na realidade, que viva os acontecimentos de acordo com uma dialética interna. Não permite que viva, que se ofereça, que esteja com os outros e que, ao mesmo tempo conserve a possibilidade de salvaguardar-se, de defender-se e de fechar-se. O corpo do internado transformou-se em um mero lugar de passagem: um corpo indefeso, deslocado como um objeto de um para outro pavilhão. Através da imposição do corpo único, sem problemas e sem contradições da instituição, nega-se ao internado, concreta e explicitamente, a possibilidade de reconstruir-se um *corpo próprio* capaz de dialetizar o mundo. . . Uma comunidade altamente anitérapêutica, portanto, em sua obstinação de se apresentar como um enorme receptáculo cheio de um certo número de corpos impossibilitados de *se viverem* e que estão ali à espera de que alguém os tome e lhes dê vida à sua maneira: na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva ou na histeria. Definitivamente coisificados. . . (março de 1967).

Portanto, se a instituição do manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada. O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas a organização hospitalar de alto a baixo: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser. Diante disso, é evidente que a introdução de uma nova *técnica terapêutica* no velho terreno institucional é uma medida precipitada, quando não nociva, no sentido de que, se pela primeira vez é desvendada a realidade institucional como um problema que se deva enfrentar, correr-se-ia o risco de voltar a mascarar-la com uma roupagem que não faria mais do que apresentá-la sob uma luz menos dramática. A própria

“socioterapia”, enquanto expressão da opção do psiquiatra pela via da integração, corre o risco, neste momento, de ver-se reduzida a um simples acobertamento dos problemas, revelando-se — tal como a roupa do imperador da fábula de Andersen — inexistente, de fato, como tal, na medida em que a estrutura que a suporta não tem outra alternativa senão negá-la e destruí-la. . . (abril de 1967).

. . . Na impossibilidade de continuar excluindo o doente mental enquanto problema. . . na realidade tenta-se agora integrá-lo nesta mesma sociedade, com todos os medos e preconceitos que sempre caracterizaram esses confrontos, mediante um sistema de instituições que preserve a sociedade, de certo modo, da *diversidade* que o doente mental continua representando.

No momento, duas opções se nos oferecem: ou bem decidimos olhá-lo de frente, deixando de tentar projetar nele o mal de que nos queremos proteger e passamos a considerá-lo um problema que deve ser visto como parte de nossa realidade e que, assim, não podemos evitar; ou nos dedicamos a apaziguar nossa angústia (como, aliás, nossa sociedade já está tentando fazer) erguendo uma nova barreira protetora que aumente a distância entre *nós* e *eles* construindo um *hospital maravilhoso*, pois a distância que antes nos separava vem de ser coberta. No primeiro caso, porém, o problema não pode ser mantido dentro dos limites restritos de uma “ciência” como a psiquiatria, que desconhece o objeto de sua investigação. Ao contrário, o problema se torna geral, com um caráter mais especificamente político, implicando o tipo de relação que a sociedade atual quer estabelecer com uma parte de seus membros. . . (janeiro de 1967).

. . . Não obstante, no momento em que colocamos em discussão a psiquiatria tradicional (a qual revelou sua incompetência quando atribuiu valores metafísicos aos parâmetros sobre os quais se apóia o seu sistema), corremos o risco de cair em um impasse análogo se nos entregamos à práxis sem manter um nível crítico em seu bojo. . . Isto significa que, se partimos do “doente mental”, do paciente internado em nossos hospitais psiquiátricos, como se ele fosse a única realidade, é possível que abordemos a questão de uma maneira puramente emocional. Transformando em positiva a imagem negativa do sistema coercitivo-autoritário do antigo manicômio, corremos o risco de saturar nosso sentimento de culpa em relação aos doentes, devido a um impulso humanitário que teria como único resultado confundir novamente os termos do proble-

ma... É por isso que se faz necessária uma psiquiatria que deseje passar constantemente pela prova da realidade e que somente na realidade encontre os elementos de contestação para contestar-se a si própria...

A psiquiatria hospitalar deve, assim, reconhecer que não compareceu ao seu encontro com o real, eludindo a verificação que teria podido realizar através desse encontro. Uma vez perdida a realidade, o único que pôde fazer foi continuar a produzir "literatura", elaborando suas teorias ideológicas enquanto o doente se via obrigado a arcar com as conseqüências dessa ruptura, encerrado na única dimensão que se considerou caber-lhe: a segregação... Mas para lutar contra os resultados de uma ciência ideológica também é necessário lutar para mudar o sistema que a sustenta.

Com efeito, se a psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do "doente mental" quando forneceu a confirmação científica para a incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-as de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições... Se o doente for a única realidade à qual vamos referir-nos, devemos afrontar as duas faces que constituem essa realidade: a que corresponde ao fato de que é um doente, com uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica), e a que corresponde à sua exclusão, ao fato de que é um estigmatizado social. Uma comunidade que se queira terapêutica deve levar em conta esta realidade dupla, a doença e a estigmatização, para poder reconstruir gradualmente o rosto do doente, como devia ser antes de a sociedade, com seus inúmeros atos de exclusão e através da instituição que inventou, agir sobre ele com sua força negativa (junho de 1967).

Na prática, a relação dita terapêutica libera efetivamente dinâmicas que, observadas atentamente, não têm nada a ver com a "doença", mas que mesmo assim têm uma função importante em relação a ela. Refiro-me particularmente à relação de poder que se instaura entre médico e doente, relação na qual o diagnóstico da doença é um mero acidente, uma oportunidade para que se crie um jogo de poder-regressão que acabará por se revelar como determinante nos modos de desenvolvimento da doença em si. Trata-se do "poder institucional", de caráter quase absoluto, de que se reveste o psiquiatra no interior de uma estrutura asilar, ou de um poder dito "terapêutico", ou "técnico", ou "carismático", ou "fan-

tasmático". Seja como for, o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em seus confrontos com o doente que inibe a reciprocidade do encontro, inviabilizando a possibilidade de uma relação real. De resto, o doente, enquanto doente mental, vai justamente adequar-se tanto mais facilmente a esse tipo de relação objetual e aproblemática quanto maior for o seu desejo de fugir da problemática da realidade, que não sabe como enfrentar. Assim, ele encontrará, exatamente em sua relação com o psiquiatra, o aval de sua objetivação e desresponsabilização, através de um tipo de abordagem que alimentará e cristalizará sua regressão.

O psiquiatra dispõe, pois, de um poder que até agora não lhe serviu para compreender grande coisa do doente mental e de sua doença, mas que nem por isso deixou de usar para defender-se deles, utilizando como arma principal a classificação das síndromes e as esquematizações psicopatológicas... É por esta razão que o diagnóstico psiquiátrico assumiu inevitavelmente o significado de um juízo de valor, ou seja, de uma rotulação, visto que, diante da impossibilidade de compreender as contradições de nossa realidade, a única saída foi descarregar a agressividade acumulada sobre o objeto provocador, que se nega a deixar-se compreender. Isto significa, porém, que o doente foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível nos dedicarmos à definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem precisar temer eventuais possibilidades de sermos desmentidos por uma realidade que já havíamos negado... O psiquiatra, em seu diagnóstico, prevalece-se, portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema. Mas tal sanção não tem o menor caráter terapêutico, já que se limita a separar o que é normal do que não é, entendida a norma não como um conceito elástico e passível de discussão, mas como algo fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade que ele representa...

O problema atual do psiquiatra é, portanto, exclusivamente um problema de escolha, no sentido em que se vê uma vez mais diante da possibilidade de usar os instrumentos ao seu dispor para defender-se do doente e do caráter problemático de sua presença. A tentação de aplacar sem delongas a ansiedade que lhe causa essa relação real com o doente é constante; no entanto essa mesma ansiedade é o signo da reciprocidade de sua relação...

Assim, o perigo hoje é este: a psiquiatria entrou em uma crise real. A par da ruptura que tal crise ocasiona, seria possível, hoje, que se começasse a vislumbrar o doente mental despojado dos rótulos que até agora o submergiram ou classificaram sob uma função definitiva. Mas o reformismo psiquiátrico já está pronto para partir para o ataque com uma nova solução, certamente um novo rótulo que virá sobrepor-se às velhas estruturas psicológicas. A linguagem é facilmente aprendida e *consumida*, sem que a palavra corresponda necessariamente à ação consumada ou por consumir (*maio de 1967*).

... Crise psiquiátrica, então, ou crise institucional? Uma e outra parecem estar tão estreitamente ligadas que não se pode vislumbrar qual é a conseqüência e qual é a causa. Uma e outra apresentam, de fato, um único denominador comum: o tipo de relação objetual estabelecida com o doente. A ciência, ao considerá-lo um objeto de estudo passível de ser desmembrado de acordo com um número infinito de classificações e modalidades; a instituição, ao considerá-lo (em nome da eficiência da organização ou em nome da rotulação que confirma a ciência) um objeto da estrutura hospitalar com a qual é obrigado a se identificar. . . Não seria necessário, a esta altura, destruir tudo o que se fez, para evitar que se fique preso ao visgo de algo que conserva o germe (o vírus psicopatológico) dessa ciência, cujo resultado paradoxal foi a *invenção* do doente à semelhança dos parâmetros que o definiram? A realidade não pode ser definida *a priori*: no momento mesmo em que é definida, desaparece para tornar-se um conceito abstrato.

O perigo, no momento atual, é querer resolver o problema do doente mental através de um aperfeiçoamento técnico. . .

Nesse caso o psiquiatra não faria mais do que perpetuar, em organizações moderníssimas e muito bem-equipadas, ou então em teorias perfeitamente lógicas, uma relação que definirei como *metálica*, de instrumento a instrumento, onde a reciprocidade continuaria a ser sistematicamente negada.

O que transparece da análise da crise é a absoluta incompreensibilidade, de parte da psiquiatria, da natureza da doença cuja etiologia permanece desconhecida e que demanda intuitivamente um tipo de relação diametralmente oposto àquele adotado até agora. O que caracteriza atualmente tal relação, em todos os níveis (psiquiatra, família, instituições, sociedade) é a *violência* (a violência que serve de base para uma sociedade repressiva e competitiva) com que o perturbado mental é atacado e rapidamente repellido. . . Por

acaso não é *exclusão e violência* aquilo que leva os membros ditos são de uma família a descarregar sobre o mais frágil a agressividade acumulada das frustrações de todos? Que outra coisa é se não *violência* a força que incita uma sociedade a afastar e *excluir* os elementos que não fazem parte de seu jogo? O que, se não *exclusão e violência*, as bases sobre as quais se apóiam as instituições, cujas regras são estabelecidas com o objetivo preciso de destruir aquilo que ainda resta de pessoal no indivíduo, sob o pretexto de salvar o bom andamento e a organização geral? . . .

Analisemos, assim, *o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão*, se não podemos reconhecer que esse mundo somos nós, já que somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as ordens e as organizações; já que não podemos reconhecer que fazemos parte do mundo da ameaça e da prevaricação pelo qual o doente se sente esmagado, tampouco somos capazes de entender que a crise do doente é a nossa crise. . . O doente sofre sobretudo por ser constrangido a viver de maneira aproblemática e adialética, embora freqüentemente as contradições e as violências de nossa realidade sejam insustentáveis. A psiquiatria não fez mais do que acentuar a escolha aproblemática do doente, atribuindo-lhe o único espaço que lhe é concedido: o espaço de uma só dimensão criado para ele (*junho de 1967*).

Mas não é a comunidade terapêutica enquanto organização estabelecida e definida dentro de novos esquemas, diferentes daquelas da psiquiatria asilar, que irá garantir a eficácia terapêutica de nossa ação, e sim o tipo de relação que irá se instaurar no interior dessa comunidade. Ela se tornará terapêutica na medida em que consiga identificar as dinâmicas de violência e exclusão presentes no instituto tal 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, enquanto elementos constitutivos da comunidade hospitalar e, ao mesmo tempo, da sociedade global tenham a possibilidade de fazer-lhes frente, dialetizá-las e combatê-las, reconhecendo-as como parte integrante de uma estrutura social particular e não como um dado de fato inelutável. No interior da instituição psiquiátrica qualquer indagação científica sobre a doença mental em si somente é possível depois de terem sido eliminadas todas as superestruturas que remetem à violência da instituição, à violência da família e à violência da sociedade e de todas as suas instituições (*outubro de 1967*).

A reconstituição que fizemos a partir da documentação do processo de transformação que ora se opera em nossa instituição não pretende ser a descrição de uma *técnica* e de um *sistema* de trabalho mais eficiente ou mais *positivo* do que outro qualquer. A realidade de hoje não é a mesma de amanhã: desde o momento em que a fixamos ela se desfigura ou fica superada. Trata-se simplesmente da elaboração conceitual de uma ação prática que foi amadurecendo à medida que o sistema de vida concentracional cedia lugar a um estilo mais humano de relação entre os componentes da instituição. Os problemas e as maneiras de enfrentá-los foram-se modificando gradualmente, conforme se ia esclarecendo o campo específico em que se agia, com sua gradual dilatação para um terreno mais vasto. É isso o que interessa em nossa ação cotidiana.

Entretanto, como é normal, na medida em que a instituição em que se age é uma instituição terapêutica, geralmente nos perguntam se a nova orientação comunitária é a solução para as instituições psiquiátricas; quais são os dados estatísticos acerca dos resultados; em suma, se *os doentes se curam* com mais freqüência. É difícil responder em termos quantitativos, e apesar de que mesmo nesse sentido se possa citar dados classicamente *positivos*, não nos parece que a questão se coloque nesses termos.

Uma vista d'olhos pelos hospitais psiquiátricos é suficiente para revelar que, grosso modo, a terapia farmacológica teve em toda parte resultados ao mesmo tempo surpreendentes e desconcertantes. Os medicamentos exercem uma ação indiscutível, da qual pudemos apreciar os resultados em nossos asilos e na redução do número dos doentes "sócios" do hospital. Mas *a posteriori* pode-se começar a ver como funciona essa ação, tanto a nível do doente como do médico, pois os medicamentos agem simultaneamente sobre a *ansiedade enferma* e a ansiedade daquele que a cura, evidenciando um quadro paradoxal da situação: através dos medicamentos que administra, o médico acalma sua própria ansiedade diante de um doente com o qual não sabe relacionar-se nem encontrar uma linguagem comum. Compensa, portanto, usando uma nova forma de violência, sua incapacidade para conduzir uma situação que ainda considera *incompreensível*, continuando a aplicar a ideologia médica da *objetivação* através de um perfeccionismo da mesma. A ação "sedativa" dos medicamentos fixa o doente no papel passivo de doente. O único fator positivo dessa situação é que ela funciona como uma abertura que possibilita a relação, mesmo que essa possibilidade esteja subordinada ao julgamento subjetivo do

médico, que pode sentir ou não sua necessidade. Por outro lado, os medicamentos agem sobre o doente atenuando a percepção da distância real que o separa do outro, o que o faz presumir uma possibilidade de relação que de outra maneira lhe seria negada.

Sem dúvida o que se transforma devido à ação dos medicamentos não é a *doença*, mas a atitude aparente (aparente na medida em que se trata sempre de uma forma de defesa e, portanto, de violência) do médico em relação ao doente. O que, de resto, confirma aquilo que antes se concluía: a doença não é a condição objetiva do doente, mas o que o faz assumir *o aspecto que tem* reside na relação com o médico que a codifica e com a sociedade que a nega.

O fato de que em 1839, antes da era farmacológica, Conolly tenha conseguido criar uma comunidade psiquiátrica completamente livre e aberta comprova tudo o que se está afirmando aqui. A ação dos medicamentos evidenciou aquilo que nós, médicos, não havíamos intuído por estarmos mais preocupados com a doença como conceito abstrato do que com o doente real. Pensando bem, ela se põe como um desafio ao médico e seu ceticismo, desafio esse que aponta para a possibilidade de iniciar-se um diálogo profícuo que poderá incluir ou não a ação dos medicamentos.

Conscientes disso, no momento em que nossa ação prática é acompanhada e julgada pelo público, que está diretamente envolvido nela, vemo-nos diante de uma opção fundamental: ou bem enfatizamos nosso método de trabalho, que, através de uma primeira fase destrutiva, teve como resultado a construção de uma nova *realidade institucional* e propomos esse modelo como um modo de resolver o problema das instituições psiquiátricas, ou propomos a *negação como única modalidade atualmente possível no interior de um sistema político-econômico que absorve em si todas as novas afirmações utilizando-as como instrumentos para a própria consolidação*.

No primeiro caso é evidente que a conclusão não seria mais do que uma outra face da mesma realidade que havíamos destruído: a comunidade terapêutica como novo modelo institucional apareceria como um aperfeiçoamento técnico no interior do sistema psiquiátrico tradicional e do sistema sócio-político geral.<sup>3</sup> Se nossa

3. O exemplo inglês parece-nos o mais significativo para esclarecer os termos do problema. No âmbito do National Health a psiquiatria já não ocupa um lugar secundário, mas o doente mental, assim como qualquer outro



ação de negação teve como resultado evidenciar o doente mental como um dos *excluídos*, um dos bodes expiatórios de um sistema contraditório que tenta negar neles as próprias contradições, agora esse mesmo sistema tende a demonstrar-se compreensivo diante dessa *exclusão evidente*: a comunidade terapêutica como ato de reparação, como resolução de conflitos sociais através da adaptação de seus membros à violência da sociedade, pode desempenhar sua função terapêutica-integratória fazendo o jogo daqueles contra os quais havia sido criada. Passado o primeiro período de clandestinidade, quando esta ação podia ainda escapar ao controle e à codificação que a teria cristalizado, no sentido em que deveria ser apenas um passo no longo processo de transformação radical, a comunidade terapêutica foi agora descoberta como se descobre um novo produto: cura mais assim como Omo lava mais branco. Dessa maneira não só os doentes mas também os médicos e enfermeiros que contribuíram para a realização dessa nova dimensão institucional *boa* se veriam prisioneiros de uma prisão sem grades, edificada por eles próprios, excluídos da realidade sobre a qual pensa-

doente, é considerado *informal people*, estando assim integrado ao sistema médico geral. Entretanto, se não podemos deixar de estar de acordo com a orientação geral, esta ainda permanece um grande ponto de interrogação, já que a integração ao sistema pode mascarar uma fuga à problemática da doença mental e, com isso, alimentar a ilusão de ter eliminado uma das grandes contradições de nossa realidade. Sufocar sob uma doce regressão comunitária o problema da contradição da doença é o risco que correm algumas organizações psiquiátricas. Por exemplo o conceito da *learning leaving situation* ou do *sensitivity training* de Maxwell Jones aparece, por não ser controlado por uma autêntica verificação comunitária, como uma tentativa de integração aproblemática: acreditar que a *learning leaving situation* e o *sensitivity training* são técnicas de resolução de conflitos sociais igualmente adaptáveis a uma comunidade de trabalhadores não doentes pode, na realidade, representar uma tentativa de solução ideológica que não leva em consideração uma realidade contraditória (ao se colocar sobre o mesmo plano do conceito *resolving social conflict*, de Lewin). Assim, se a posição inglesa deve ser vista como extremamente estimulante por dar ao doente um papel ativo em seu *self-making*, ao mesmo tempo evidencia uma tendência à integração, ou seja, uma concepção reformista do sistema psiquiátrico.

Se bem que a organização do hospital no qual agimos parta de pressupostos análogos aos ingleses, estamos bem conscientes do perigo em que se pode facilmente incorrer: o sentido do papel e do *self-making* do doente deve ser procurado na contentação, e não na integração (FRANCA e FRANCO BASAGLIA, G. F. MINGUZZI, "Exclusion, programmation et intégration", *Recherches*, n. 5, Paris 1967).

vam agir, à espera de serem reinseridos e reintegrados ao sistema, que dá-se pressa em consertar as falhas mais desfaçadamente evidentes apenas para imediatamente inaugurar outras, mais subterrâneas. A única possibilidade que nos resta é conservar o laço do doente com sua história, que é sempre uma história de abuso e de violência, denunciando claramente, e de modo permanente, a fonte da violência e do abuso.

Por esta razão recusamo-nos a propor a comunidade terapêutica como um *modelo institucional* que seria vivenciado como a proposta de uma nova técnica para resolver conflitos. Nossa ação só pode prosseguir no sentido de uma *dimensão negativa* que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer *negar*.

Estamos perfeitamente conscientes do risco que corremos: o de ser esmagados por uma estrutura social que se baseia na *norma* que ela própria estabeleceu e fora da qual se incorre nas sanções previstas pelo sistema. Ou nos deixamos reabsorver e integrar, e a comunidade terapêutica se manterá nos limites de uma contestação no interior do sistema psiquiátrico e político, sem questionar seus valores (o que significa dever recorrer, para sobreviver aos próprios projetos, a uma ideologia psiquiátrico-comunitária como solução do problema psiquiátrico parcial e específico); ou continuar a minar, hoje através da comunidade terapêutica, amanhã através de novas formas de contestação e de rechaço, a dinâmica do poder enquanto fonte de regressão, doença, exclusão e institucionalização a todos os níveis.

Nossa condição de psiquiatras obriga-nos a uma opção direta: ou aceitamos ser os concessionários do poder e da violência (caso em que toda e qualquer ação de renovação mantida nos limites da *norma* será aceita entusiasticamente como a *solução* do problema); ou nos negamos a tal ambigüidade tentando (nos limites do possível, pois estamos bem conscientes de que fazemos parte, nós mesmos, desse poder e dessa violência) enfrentar o problema de modo radical, exigindo que seja englobado em uma discussão de conjunto que não poderia satisfazer-se com soluções parciais, mistificadoras.

Fizemos nossa escolha, que nos obriga a ficar ancorados ao doente, como resultado de uma realidade que não se pode deixar de questionar. Por isso limitamo-nos a contínuas verificações e superações que, de maneira muito superficial, são interpretadas como signos de ceticismo ou de incoerência relativamente à nossa ação. Só a verificação das contradições de nossa realidade pode evitar que caiamos na *ideologia comunitária*, cujos resultados esquemáticos e codificados somente poderiam ser destruídos através de uma nova *transformação*.

Nesse ínterim o *establishment* psiquiátrico define, de maneira extra-oficial, nosso trabalho como privado de seriedade e de respeitabilidade científica. Esse julgamento só pode nos envaidecer, visto que nos associa *finalmente* à falta de seriedade e de respeitabilidade que sempre foram atribuídos ao doente mental e a todos os demais *excluídos*.

Uma fábula oriental<sup>4</sup> conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e de onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: "No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente." "Em vez de liberdade ele encontrara o vazio", porque "junto com a serpente saíra a sua nova 'essência', adquirida no cativeiro", e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.

A analogia entre esta fábula e a condição institucional do doente mental é surpreendente, pois parece a parábola fantástica da incorporação, por parte do doente, de um inimigo que o destrói

4. Relatada por Jurij Davydov em *Il lavoro e la libertà*, Einaudi, Torino, 1966 (trad. de V. Strada).

com a mesma arbitrariedade e a mesma violência com que o homem da fábula foi dominado e destruído pela serpente. Mas nosso encontro com o doente mental também nos mostrou que, nesta sociedade, *somos todos escravos da serpente*, e que se não tentarmos destruí-la ou vomitá-la, nunca veremos o tempo da reconquista do conteúdo humano de nossa vida.