

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Marcelo José Condack

**Para onde ir quando não se tem lugar?
Histórico e conceitos básicos da Psicoterapia
Institucional Francesa**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Psicologia do Departamento de
Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Marcus Andre Vieira

Rio de Janeiro

Maio de 2009



Marcelo José Condack

**Para onde ir quando não se tem lugar?
Histórico e conceitos básicos da Psicoterapia
Institucional Francesa**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Marcus Andre Vieira

Orientador

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Guilherme Gutman Corrêa de Araújo

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Maria Tavares Cavalcanti

Instituto de Psiquiatria – UFRJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, ___/___/2009

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Marcelo José Condack

Graduado em Psicologia pela PUC-Rio em 2002. Especialista em Saúde Mental em nível de Residência pela UFRJ em 2006

Ficha Catalográfica

Condack, Marcelo José

Para onde ir quando não se tem lugar? : histórico e conceitos básicos da psicoterapia institucional Francesa / Marcelo José Condack ; orientador: Marcus Andre Vieira. – 2009.

141 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. História da psiquiatria. 3. Psicanálise. 4. Lacan, Jacques, 1901-1981. 5. Psicoterapia institucional. 6. Oury. I. Vieira, Marcus Andre. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Dedico este trabalho aos tantos que encontrei e aos outros que, quem sabe, vou encontrar!

Dedico também à minha família, em especial a minha sobrinha que em breve estará conosco desfrutando deste “mundo vasto mundo”!

Agradecimentos

Agradeço ao professor Marcus André Vieira por ter me acolhido tão corajosamente como um de seus alunos. Acolhimento sem o qual, este trabalho não poderia existir.

Ao professor Guilherme Gutman, pelos momentos em que seu olhar atento contribuiu muito para apontar direções.

Agradeço também à PUC, minha querida PUC, que desde a graduação, sob diversos nomes e formas, me recebe tão generosamente.

Ao Casa Verde Núcleo de Assistência em Saúde Mental. Te agradeço como os tantos que depois de longa viagem aportam em seu extraordinário cais de Vir a Ser!

A Clínica de La Borde, especialmente representada nas pessoas de Maria José e Clara Novaes, cujas indicações de texto tanto enriqueceram esta dissertação.

Iaci e Mabele, pelas inúmeras traduções...

Aos colegas de trabalho pela preciosa convivência, e “barras seguradas” nas minhas ausências.

Aos estagiários do Casa Verde, que com interesse e solidariedade tem ajudado tanto a renovar meus votos em dias melhores!

Muito obrigado CAPS, teu auxílio teve muito valor!

Aos pacientes, que de tantas formas tem me ajudado a responder - mas afinal; o que estou fazendo aqui?

Ao querido Jonas.

E por último, mas não menos importante, meu muito obrigado à grande amiga Alexandra Viana! Sempre amável e gentil para comigo!

Resumo

Condack, Marcelo José; Vieira, Marcus André (Orientador). **Para onde ir quando não se tem lugar? Histórico e conceitos básicos da Psicoterapia Institucional Francesa.** Rio de Janeiro, 2009. 141p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho percorre o contexto histórico no qual surge a Psicoterapia Institucional, para em seguida definir – sob o pilar da psicanálise lacaniana – seu público alvo, e por fim, apresentar seus conceitos mais importantes. Articulando tais conceitos tanto com formulações lacanianas quanto com o cotidiano institucional. Em seu anexo, apresenta dois textos inéditos em língua portuguesa, escritos recentemente por Jean Oury.

Palavras-chave

História da Psiquiatria, Psicanálise, Lacan, Psicoterapia Institucional, Oury.

Abstract

Condack, Marcelo José; Vieira, Marcus André (Advisor). **Where to go when does not have place? Description and basic concepts of the French Institucional Psychotherapy.** Rio de Janeiro, 2009. 141p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This work covers the historical context in which the Institucional Psychotherapy appears, for after that defining - under the pillar of the psychoanalysis - its public, and finally presenting its more important concepts. Articulating such concepts in such a way with Lacan formularizations. In its annex, it presents two unknown texts in Portuguese language, writings recently for Jean Oury and others.

Keywords

History of Psychiatry, Psychoanalysis, Lacan, Institucional Psychotherapy, Oury.

Sumário

Introdução	
Para onde ir quando não se tem lugar?	9
1. Psiquiatria, Psicanálise e Psicoterapia Institucional (Histórico)	14
1.1. Psiquiatria	14
1.2. Psicanálise	25
1.3. Psicoterapia Institucional	31
1.3.1. Jean Oury e La Borde	35
2. Psicanálise (Fundamentos Clínicos)	43
2.1. Freud e Schreber	43
2.2. Forclusão	46
2.3. Os três tempos do Édipo	48
2.4. O Imaginário	51
2.5. O Real	54
2.6. Recapitulação	58
3. Fundamentos da clínica em Psicoterapia Institucional	60
3.1. Proposições básicas	60
3.2. Instituição e estabelecimento	61
3.3. O Coletivo é uma máquina para tratar a alienação	64
3.3.1. Alienação e separação	64
3.3.2. Alienação para Oury	68
3.3.3. Convivência e circulação máxima	71
3.3.4. Voltando ao Coletivo	74
3.4. A função diacrítica e o corte	75
3.5. Do Lugar, do espaço e do clube	82
3.6. A terapêutica do dizer	84
3.7. O desejo do terapeuta	87
3.8. Conflitos	89
3.9. Espaços do dizer	90
3.10. A aparência e o coletivo	93
Considerações finais	98
Referência bibliográfica	102
Anexos	106

Introdução

Para onde ir quando não se tem lugar?

“... a realidade está aí para nos deixar constrangidos, maluquice é mais que CID é jeito de viver”.

(Um amigo)

Jonas era assim: um metro e meio, corpo franzino, dentes falhos. Porém, quando arrebatado, em furor, mobilizava a todos, que das mais variadas maneiras, tentavam salvaguardar sua integridade física. Mas não bastava; batia violentamente a cabeça contra a parede, sangrava e não encontrava lugar onde aquietar o desatino.

Para ele, não havia lugar na casa de seus pais, mas o destino lhe ofereceu avós e tios que com ele se importavam, mesmo sem saber o que fazer quando não cabia mais em si. Estes, esperançosos, delegaram a uma psiquiatria reformada um honesto desejo de cura, por eles entendida como “correção do problema”.

Teve cinco internações, todas crescentes em duração. Na última, de dois anos, finalmente pareceu ter novamente um metro e meio, corpo franzino, dentes falhos. Já não assustava mais ninguém.

O trabalho possível deixou de ser contenção do caos, passando ao acompanhamento do que lhe era possível compartilhar. Compartilhamos coquinhos, goiabas, caminhadas, e a falência de uma amarração para o sentido “das coisas do mundo”. Assombrava-se com a chuva, interrogava se haveria vida em estátuas, se o super-homem poderia destruir uma montanha com um só golpe, ou levantar caminhão com as mãos.

Quanta melhora! Em um período próximo passado, lhe aterrorizavam os buracos de bala pelo corpo, a transformação de seu cérebro em cérebro de galinha, voz decretando a morte de sua avó, sangue se esvaindo, morte e destruição de si e do mundo. Naqueles dias, porém, ria, fazia transparecer sua loucura por meio de gargalhadas sem fim, ou outros que pudessem rir com ele.

A família tinha dado um prazo razoável para si e para psiquiatria: quando aquele odioso ferimento, fruto das incontáveis batidas com a cabeça na parede estivesse fechado, e coberto novamente por seus cabelos negros tão bonitos,

estaria pronto para voltar para casa; estaria consertado, disse seu avô. No final de um ano e meio da última internação, a torpe mistura de sangue e pus que lhe marcava a fronte, ícone da bizarrice de seu comportamento adoecido, fechou, já não era visível.

Mas estava menos louco?

Estava pronto para a redentora alta que “naturalmente” ocorreria?

Seu tratamento tinha chegado ao fim?

Necessitava menos do hospital como um lugar de referência para continuidade de sua existência?

Estava pronto para voltar para casa e tudo ser como “*dantes no quartel de Abrantes?*”

Consertou?

Estas foram algumas das questões com as quais me correspondi, juntamente com outros integrantes da intrépida trupe responsável pelo projeto terapêutico deste paciente. Passamos a fazer intervenções em sua casa, tentando aproximar as “partes” da melhor forma possível. Contudo, o estranho, a sensação de que “algo se perdeu”, foi se evidenciando. Permanecia o carinho, o cuidado, mas entre sua família e ele havia sido criada uma distância, não só decorrente dos dois anos de internação, mas também desta loucura residual, que não se localizava em seu vigoroso comportamento auto e heteroagressivo.

Ele já podia ir e vir sozinho do CAPS Artur Bispo do Rosário para o hospital Jurandir Manfredini, onde estava internado, do hospital para casa, e de casa para onde quisesse ir. Ainda assim dizia, se referindo à Colônia Juliano Moreira: ou então tire esse dado “... *às vezes eu acho que estou no Morro São José, onde eu posso pedir café pros outros*”, ou simplesmente, quando falávamos da alta: “... *quero não, quero não, estou bem aqui*”. Ou ainda: “... *eu gosto muito de você Marcelo*”.

Mas o que fazer quando os pacientes remitem daqueles sintomas tão inconvenientes? Sua melhora era tão evidente, tão inegável. Um profissional muito querido (tanto por mim quanto pelo paciente), em um momento de maior euforia disse genuinamente: “... estamos diante de um caso inédito na psiquiatria, é praticamente um milagre!”.

Nada seria mais justo e lógico que reformular a configuração do cenário de seu tratamento, desinstitucionalizá-lo, diriam alguns. O que significou por parte

do hospital em que se encontrava internado, corretamente avaliar a manutenção de sua internação como desnecessária. O CAPS corretamente avaliar que o local de tratamento deveria se referenciar cada vez mais aos seus domínios. Sua casa fazer um esforço honesto para, com ele, “tocar o barco pra frente”. Ele, com o que lhe era possível e da forma como lhe era possível, buscar um espaço que acolhesse seu tempo.

Em sua última licença, contrariando a vontade de seus avós, vai à casa de sua mãe e discutem violentamente. Ele sai dizendo ir para não mais voltar, “... *não quero mais saber de vocês*”. Passa na casa de seus avós, pega seu passe livre, relata rapidamente o ocorrido, diz que retornará ao CAPS. Ao que consta, pula, ferindo-se mortalmente, da passarela do trem.

-----X-----

Iniciemos com algumas questões: fomos, enquanto equipe, capazes de acompanhá-lo, ou, avançando, acolhê-lo, criando uma estratégia de relação entre CAPS - hospital – moradia que lhe assegurasse a possibilidade de encontrar lugar para seu sofrimento, minimizando a necessidade de uma provável “passagem ao ato?”

Se fomos capazes de trabalhar na direção da construção deste lugar, quais conceitos ou referências nos teriam sido úteis? A remissão de sintomas é sinônimo de cura para o campo da saúde mental? Ou haveria algo mais?

O Dispositivo¹ que será investigado no decorrer deste trabalho se propõe levar a termo a existência do campo da saúde mental enquanto depositário deste mandato social: cuidar da vida, se ocupar dela, acompanhando e, como quero propor, acolhendo o sujeito na particularidade de seu sofrimento, criando com este; estratégias pró-vida. E a Psicoterapia Institucional entra aí como a aplicação de técnicas desta mediação. Acompanhar nossos pacientes na humilde perspectiva da passagem de seu mundo de caos para um mundo partilhado com outros, Jonas poderia ter morrido em qualquer hora ou lugar. Todos nós morreremos um dia. Mas na caminhada entre berço e caixão, cabe pensar, com cada um, formas de, no

¹ Dispositivo aqui tem um duplo sentido; um recurso disponível na rede de cuidados em saúde mental, como CAPS, hospital, ambulatório, residências terapêuticas, psicofarmacologia, etc. E também as relações entre equipe técnica e paciente privilegiadas em cada uma destas unidades (CAPS, ambulatório, etc). Estes dois sentidos, neste trabalho, se referem à oferta terapêutica tanto das unidades quanto das relações no que diz respeito ao acolhimento necessário para o sofrimento de cada um. Este tema será melhor abordado no primeiro capítulo.

mínimo, preencher tão dignamente quanto possível esse tempo. Assim, a pergunta: O que podemos aprender com este caso? Não se refere apenas ao paciente, mas, principalmente, aos tantos Jonas e Marias vivendo entre nós e com os quais não sabemos o que fazer para valer nosso papel. A ética convida tratarmos essas pessoas não como gostaríamos que fossem, mas, mesmo contra nossas ideologias, tratá-las como são, ou seja, partindo do acolhimento das necessidades apresentadas pelo sujeito ao longo de sua vida.

Mas o que é acolher? O que é isto aparentemente tão importante, que neste texto para Jonas, se faz condição sem a qual não há possibilidade de existir? Porque acolher é importante? Onde acolher? Quem acolher? Pacientes? Equipe técnica? Ambos e quem mais vier? O que é necessário para se sentir acolhido? Estas são as perguntas que proponho discutir nas próximas páginas. Mas como promover essa discussão no campo da reforma Psiquiátrica?

O primeiro ponto será compor um histórico da origem e formação da Psiquiatria, apontando para seu surgimento institucional, e, derivando destas instituições, formas de tratamento e suas respectivas “terapêuticas institucionais”. Aqui abordaremos a ossatura, a formação e sustentação da prática psiquiátrica. Se, conforme pretendo apontar, ficar claro a formação institucional da psiquiatria, sua herança de controle sobre marginais sociais, com o exercício de práticas astigmáticas para seu público alvo, partiremos para o segundo capítulo, carne, aquilo que deve envolver os ossos lhe permitindo movimento, e com isso, direção, apresentando detalhadamente uma teoria sobre a psicose, a de Jacques Lacan, que aponte tanto para sua especificidade clínica, quanto para questões sobre o tratamento de longo prazo para esta clientela. Apontaremos para que uma intervenção institucional possível na psicose se dê no campo simbólico. Estando aberta e pavimentada esta estrada, chegaremos ao terceiro capítulo, onde será abordada a psicoterapia institucional francesa, em especial o coletivo; tal como proposto por Oury.

Finalmente, em “errância” delimitaremos a liberdade de se mover para onde desejar, ou se sentir causado a, desde que saibamos, na realização deste movimento, nossa história e a direção que estamos tomando. Neste capítulo caberá desenvolver e indagar como a noção de acolhimento, a partir do conceito de Coletivo na Psicoterapia Institucional pode ou não beneficiar o trato com pacientes psicóticos em sua “lida cotidiana por uma vida melhor”, (Delgado,

1997, p. 42), objetivo *príncipeps* da reforma.

Talvez, a investigação do tema proposto tenha relevância ao concluir que, conforme já foi apontado por Cavalcanti (1992), são as relações que os pacientes podem desenvolver em um determinado tipo de instituição a matéria prima da qualidade de nosso trabalho, sendo esta relação mais importante que o dispositivo em si mesmo. Isto nos mostraria então, a urgência de uma reflexão sobre como estamos acolhendo (e sendo acolhidos) em nossas instituições, quais técnicas de mediação entre quem é atendido e seu entorno, e que qualidade de relação estamos favorecendo, estamos facilitando surgir em nossas instituições.

Roteiro pronto? Então vamos aos ossos do ofício.

1

Psiquiatria, Psicanálise e Psicoterapia Institucional (Histórico)

1.1

Psiquiatria

“... a definição de Psiquiatria não é ainda muito clara; e ainda menos seu exercício, encruzilhada de múltiplas pertinências: biológicas, psicológicas, sociais, estatais, históricas, sem falar nas medidas tradicionais de segregação que estão longe de terem sido ultrapassadas. A Psiquiatria é um lugar marcado por uma atomização de técnicas, estatutos, classificações (...) não se podendo, portanto, senão indicar, esboçar a especificidade própria do campo em questão” (Oury, 1991, p.1).

O objetivo do primeiro capítulo é apresentar (1) uma breve revisão epistemológica da psiquiatria e, (2) uma apresentação da História da Psicanálise na França. Tanto a revisão quanto a apresentação, partindo de datas diferentes, se encontrarão, sobretudo, no pós-segunda guerra. Este exercício se dará para uma (3) melhor compreensão do contexto cultural onde nasce a Psicoterapia Institucional. Toma-se este cuidado inicial, não para datar uma experiência, mas para que tenhamos mais claro em nossas mentes o significado/ impacto, interlocutores e diálogo que seus autores objetivaram suscitar. Além de demonstrar qual momento os une, e qual os separa.

Começemos pela Psiquiatria. O que, para fins deste trabalho, será seguir a escola francesa, uma vez que são essas as influências mais diretas na Psicoterapia Institucional².

Foucault (1972 p. 78), demonstra que na segunda metade do século XVIII, com a revolução francesa ocorre uma primeira separação entre loucos e desvalidos de toda sorte (venérios, leprosos, criminosos, libertinos, etc), cabendo decidir que grupo permaneceria internado e qual seria solto. Neste período “pré-psiquiátrico”, encontramos cuidados sobre o tempo, validade, e “público alvo” de uma

² Segundo Barreto, citando Bercherie (1989), a psiquiatria clássica abrange o trajeto que vai de Pinel a Clérambault (1872-1934), na escola francesa, e de Griesinger (1817-1868) a Kraepelin (1856-1925), na escola alemã. O termo *escola*, nesse caso, designava apenas a língua, pois, quanto aos fundamentos e postulados teóricos, as duas eram muito próximas (Barreto 2005, p. 6).

internação. Notavelmente, também havia posições antagônicas sobre a assistência a esse grupo. Castel (*apud* Cavalcanti 1992, p. 95) recorta duas formas de pensar a assistência na época; uma chamada por ele de utopia totalitária, onde se continuava com as mesmas práticas do Antigo Regime: isolamento e exclusão de uma massa de desviantes em uma instituição fechada, para em seguida discipliná-los por meio de técnicas correccionais baseadas em atividades manuais, exercícios religiosos e regulamentações morais. E uma outra, onde a assistência se daria no domicílio do enfermo, acreditando ser melhor tratar “*in loco*” do que isolar, mantendo o isolamento restrito aos casos “irreversíveis”, em que nem mais ao domicílio pudesse recorrer.

Observando mais atentamente, percebemos que o hospital era visto como um “mal necessário”, sobretudo para os solitários de toda sorte ou casos irreversíveis. Se essa era a questão, o hospital era fundamental, é proposta a observação dos doentes, com anotações diárias a respeito de que acontecia com eles, sua evolução, passando o controle destas ações a ser feito por um médico. Estava, finalmente aberto, neste cenário seguinte à Revolução Francesa (uma encruzilhada de hospitalização, internação, condições e procedimentos de exclusão social), o caminho para o alienismo e sua reforma, nascendo deste momento tanto à psiquiatria quanto, indissociavelmente, suas questões institucionais.

Para Foucault (1972, p. 177), o momento em que a loucura é isolada das outras formas de marginalidade e confinada no internamento, torna-se o momento em que fica à mostra dos olhares que passarão a examiná-la, classificá-la, acompanhar sua evolução, formular sua verdade. É nesse mundo que o alienismo se insere, tendo a loucura como seu objeto e formulando um discurso de verdade sobre esse objeto. Ao mesmo tempo fazendo da instituição mediação essencial para o trato com a loucura.

Seguindo os passos de Foucault (1972), observamos que o internamento vai sendo investindo de valor terapêutico na medida em que proporciona olhar e escuta para loucura. Não possuindo, esta oferta, relação com qualquer avanço

médico. É diante do paradoxo criado por este lugar³ que serão desenvolvidas teorias médicas a respeito de como tratar a loucura.

Neste cenário surgirá Pinel, fundador da clínica psiquiátrica no que diz respeito às suas fundações metodológicas, estabelecendo uma distância entre a observação dos fenômenos e a tentativa de apresentar uma teoria explicativa sobre os mesmos.

Pinel considerava ser o conhecimento um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos (Campos Silva, 2001, p. 28), cabendo ao pesquisador agrupar e classificar fenômenos em função de suas analogias e diferenças, constituindo assim classes, gêneros e espécies. Evitando ao máximo introduzir a subjetividade do observador neste trabalho classificatório, e sendo a História Natural a musa inspiradora desta orientação.

Outro aspecto fundamental desta forma de pensar e fazer ciência é o desenvolvimento de uma linguagem particular para expressar os fenômenos observados. Nas palavras de Bercherie, teríamos:

“... a clínica deveria criar para si uma linguagem, palavras novas e de sentido preciso que, diversamente das palavras imperfeitas e excessivamente ligadas aos desvios de sentido da língua vulgar, evocasse imediatamente os fenômenos a que se referiam” (Bercherie 1989, p. 33).

Foi com este ponto de vista que Pinel iniciou suas investigações sobre o vasto campo da loucura, e a ordenação dos fenômenos por ele (e seus seguidores) observados, elaborando, deste modo, sua nosografia.

O postulado básico da clínica psiquiátrica, desde seus primórdios com Pinel, é de que os distúrbios psíquicos devem ser encarados como uma forma particular dos distúrbios somáticos (Campos Silva, 2001, p. 30). A nosografia classificou as doenças em grandes categorias, se valendo das características mais preponderantes, e foi essa concepção que fez da alienação mental uma unidade, uma vez que empírica e metodologicamente, esta formava um conjunto bastante distinto de outras doenças.

Segundo Bercherie (1989, p. 45), Pinel inaugura a clínica psiquiátrica ao introduzir uma distância entre a observação pura dos fenômenos e

³ O paradoxo é: “o mesmo lugar de abolição da loucura é aquele que lhe oferece um palco para aparecer e formular um discurso que lhe é próprio” (Foucault, 1972, p. 84).

a teoria que os explicava, não se tratando mais de um sincretismo entre a forma mórbida e a sua explicação conceitual. Pinel não se alinou nem aos anátomo-patologistas nem aos fisiologistas da época, pois considerava que a única possibilidade de se conhecer alguma coisa das doenças mentais só poderia ser obtida através da observação metódica dos fenômenos exteriores da doença. O olhar do médico não se limitava a simplesmente constatar, no século XVIII este olhar deve descobrir também. Segundo Foucault (1972), para além de ver, separar, isolar e destrinchar diferenças, este novo olhar deve se permitir delimitar as possibilidades e os riscos de uma determinada patologia. É um olhar calculador. Análogo ao modelo matemático da análise combinatória, o médico deve decompor o mundo em “idéias simples”, redutíveis a sensações elementares, especificamente sintomas e signos.

Pinel procurou, como o seu método analítico, chegar às “enfermidades primitivas” ou “simples” que por suas transformações e complicações formam inúmeras outras (Serpa Jr. 1992, p. 31). Partindo da observação clínica sistemática de pacientes internados, formulou uma classificação das doenças mentais usando os mesmos critérios que eram usados para as doenças orgânicas já que, para ele os problemas mentais eram fruto de um distúrbio das funções do sistema nervoso central. Novamente, a nosografia de Pinel classificava as doenças mentais em grandes categorias através dos sintomas mais “salientes” (Bercherie, 1989, p. 37). Este fato associado a seu “horror aos sistemas” (id.) culminou numa nosografia mutante, já que um determinado estado poderia se transformar em outro em função do agravamento ou da regressão do sintoma “saliente”, acarretando, assim, uma mudança de classe. Foi, então, agrupando e classificando os fenômenos em função de semelhanças e diferenças. Com isso criou classes, gêneros e espécies nos moldes das ciências naturais: “as categorias extraídas da experiência recebiam enfim o nome que lhes dava vida na ciência.” (Bercherie, p. 31-35). Pinel tinha preocupações etiológicas, tanto assim que em alguns momentos de sua obra, como nos aponta Bercherie (1989, p. 35), cita lesões cerebrais como causa de doenças mentais, mas também mostrava que alterações idênticas podiam ser notadas em quadros onde nenhuma lesão estava presente. As causas por ele identificadas podiam ser de ordem física, hereditária ou moral, porém, não as relacionava às manifestações das doenças, estas eram explicadas pelo tipo físico do doente.

Nas causas físicas estavam as perturbações mentais produzidas por traumatismo ou por disfunções simpáticas e nas morais estavam aquelas produzidas por paixões, por hábitos desregrados de vida e por educação perniciososa. Estas últimas é que justificavam o tratamento moral, preconizado por Pinel, que consistia em disciplina severa, ameaças, punições e recompensas, assim como duchas e cadeiras giratórias, visando reeducar o espírito (Foucault (1972).

A título de exemplo sobre este tratamento, na quarta sessão de seu “Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental”, intitulada “Política Interior e Regras a seguir nos estabelecimentos consagrados aos alienados” (*apud Cavalcanti 1992, p. 154*), Pinel expõe os fundamentos sobre os quais um asilo deveria funcionar. O primeiro é o “princípio de humanidade”, sob o qual os alienados devem ser dirigidos, ou seja, tratar o louco como um ser humano e não fazer nada a ele que não faríamos a um ser humano não louco. Sendo qualquer desvio punido com firmeza.

Para poder exercer bem sua função, o diretor deveria ser alguém íntegro, que se tornasse confidente das queixas e solicitações dos doentes. Os doentes deteriorados (que se esqueceram das regras de pudor e decência) e/ ou mais agitados, deveriam permanecer isolados para “conter o contágio”. Outro fundamento é o trabalho, entendido por Pinel como “trabalho mecânico rigorosamente executado”. Este garante a manutenção da saúde, dos bons costumes e da ordem. Ordem é fundamental, estabelecendo-se segundo a natureza do local, as inclinações, e o estado de calma ou efervescência do doente. Juntamente com a autoridade, a ordem perpassa tudo no tratamento moral, pois a submissão a que todo paciente deve estar submetido é a uma ordem constante e invariável, donde a constatação da impossibilidade de um alienado poder ser curado no seio de sua família, e da importância capital do isolamento.

Convivendo com ordem e autoridade, está a necessidade de conquistar a confiança do alienado, pois, sem isso, “não há como convencê-lo de seu desvio e devolvê-lo à razão”. Pinel chega a afirmar que: “Nada influi tanto para o restabelecimento da razão que a confiança que conseguimos inspirar no alienado...” (Pinel *apud Cavalcanti 1992, p. 157*).

Parte-se do princípio que os loucos não são inacessíveis ao medo, esperança, ou sentimentos de honra, nem tão pouco absolutamente privados de razão. Contudo, “é preciso subjugar-los primeiro, para encorajá-los em seguida”.

Há uma razão a ser restabelecida, e alguém atento, por meio de seu exemplo, retidão, e justiça, levará o alienado a uma cura.

Esquirol, discípulo mais importante de Pinel, leva a proposta de seu mestre ao limite, afirmando que uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um médico hábil. É o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais (Esquirol, *apud* Bercherie 1989, p. 87). Sem cuidarmos do asilo, as curas se tornam muito mais difíceis, continua. Estes cuidados começam na arquitetura e vão até a exigência de uma dedicação extrema por parte do médico e da equipe que nele trabalha. Esquirol advertia para não nos enganarmos, pois existem poucos homens capazes que queiram viver com os alienados, há poucos médicos que consentem em passar sua vida nos asilos, a menos que por sua importância eles ofereçam um alimento ao amor próprio e a instrução⁴ (Ibid, p. 89).

Quanto à arquitetura, propõe acabar com a uniformidade reinante nos asilos, e construir algo mais próximo “de uma aldeia ou vila”.

Os asilos construídos no térreo, compostos de vários edifícios isolados, distribuídos ao longo de uma superfície ampla, parecem com uma cidade cujas ruas, praças, passeios, oferecem aos alienados os espaços mais variados, mais extensos, para fazer o exercício tão necessário ao seu estado (Ibid. p. 92).

Outro fator importantíssimo é a população de doentes recomendada para uma instituição como essa: em torno de 200.

Se Pinel toma o trabalho como mecânico, devendo ser rigorosamente executado, Esquirol o toma como participação em ateliês, escolhidos pelos doentes de acordo com seus gostos e hábitos. Em sua concepção de asilo, poucas são as regras gerais, devendo-se estudar cada paciente para descobrir ou construir com este seus gostos e afinidades. O importante é o cuidado na escolha, a atenção particularizada a cada um. “As aplicações da influência moral no tratamento dos alienados devem ser tão variadas quantos os diferentes modos de sentir”. Esquirol procurava conquistar a afeição e a confiança do paciente. Preocupava-se com o prognóstico da doença dos pacientes. Quanto à anatomia patológica, Esquirol afirmou que “a loucura depende de uma modificação desconhecida do cérebro”,

⁴ Ainda hoje, chama atenção a qualidade de seus conselhos, como por exemplo, visitar o doente várias vezes por dia, a noite inclusive. Conviver com os doentes no seu dia-a-dia, de preferência morando com eles no asilo, fazendo até algumas refeições em comum.

mas dizia também que “esse conhecimento, felizmente, não é indispensável para a cura dos alienados”. (Ibid, p. 94).

Compartilha da idéia de seu mestre sobre o caráter fundamental do isolamento para cura dos doentes, chegando a afirmar que conforme “a experiência provou, os alienados raramente se curam no seio de sua família” (Ibid, p. 98). Contudo, fazia ressalvas, afirmando que à vezes o isolamento podia ser prejudicial, não sendo recomendado que todo alienado deva ser internado. Há regras bastante claras sobre quando um alienado deve ser isolado. São elas:

Por sua segurança, pela de seus familiares e pela ordem pública. Para subtrair estes doentes da ação das causas exteriores que produzem o delírio e que podem mantê-lo. Para vencer sua resistência contra os meios curativos. Para lhes submeter a um regime apropriado a seu estado. Para lhes fazer retomar seus hábitos intelectuais e morais (Ibid, p. 92).

A questão tanto para Pinel quanto para Esquirol, era o que fazer com os loucos, uma vez que não estariam mais misturados com outros desviantes e estava fora de questão deixá-los viver em sociedade. Porém, embora uma resposta asilar tenha se tornado dominante na assistência psiquiátrica, nunca foi a única via de tratamento, coexistindo com cuidados em casa (especialmente em famílias ricas), negociação com casas de saúde privadas, cuidados por vizinhos ou amigos.

As críticas não tardaram a chegar, e já em 1860 a medicina alienista passou a ser atacada em várias frentes, duas destas frentes merecendo nossa atenção especial:

A primeira nos fará percorrer um inusitado desvio, pois deriva da frenologia⁵ de Gall, que fez as primeiras localizações cerebrais e sustentou a idéia de que “a diferentes áreas da superfície cortical correspondiam diferentes funções psíquicas” (Serpa Jr., 1992, p. 88) e que com a localização destas poderia, pela palpação “detectar talentos e patologias”. (ibid.) Este raciocínio desenvolvido na frenologia modifica a idéia da doença como uma alteração na forma anatômica com subsequente afecção passiva das funções, sendo invertida por uma idéia que considera a doença como um desvio nas funções vitais, com subsequente inscrição, secundária, nos órgãos, sob forma de lesão. (ibid, p. 89) A importância então concedida pela anátomo clínica aos signos físicos, indicadores do tipo e

⁵ Gall propõe estudar o caráter e as funções intelectuais do homem baseado na correlação entre estas funções e as protuberâncias cerebrais (Bercherie, 1989, p. 93).

sede da lesão decresce ao contrário da importância dos sintomas, antes variáveis e passíveis de erro. Porém, não é possível apenas observar os sintomas, é fundamental analisá-lo e medi-lo, e isto vai se concretizar de várias formas, desde o estudo da termometria (curva térmica, pneumograma, ECG, EEC, etc) até o estudo destes como processo material (estudo do metabolismo físico e químico e suas alterações), além dos sintomas espontâneos, naturalmente produzidos pela própria doença (Serpa Jr. 1992, p.90). Outro resultado desta nova abordagem dos sintomas vai ser a produção dos mesmos através das provas funcionais, que consistem numa situação rigorosamente controlada e calculada onde a resposta do organismo à situação proposta é comparada com a resposta normal esperada, dando uma idéia do estado funcional do organismo (prova de esforço, glicosúria alimentícia, etc)⁶.

Se, entre 1820 e 1850 a obra de Esquirol foi consenso geral, se constituindo, praticamente, como única obra relativamente completa sobre transtornos mentais (Campos Silva, 2001), a importância dos estudos de Gall dá início a um debate em que questiona as bases anátomo-patológicas da alienação mental. Uma vez que, recordemos, Pinel supunha que na grande maioria dos casos, a alienação mental estava isenta de lesões materiais no cérebro.

Instaura-se aí, uma divisão entre funcionalistas e anatomistas, onde os primeiros sustentavam as posições de Pinel e Esquirol e os segundos se empenhavam em descobrir lesões cerebrais (Campos Silva, 2001)⁷. Mas, acompanhando o pensamento de Bercherie (1989, p. 83), foi a descoberta de Bayle em 1822 o evento que provocou uma “reviravolta completa na ciência das doenças mentais”. Bayle publicou sua tese sobre a paralisia geral, atribuindo a uma meningite crônica o desenvolvimento de uma alienação mental, seguida por distúrbios que evoluíram em três fases: delírio monomaníaco, delírio maníaco

⁶ Segundo Serpa Jr (1992), em linhas gerais é com esta racionalidade que a medicina aportará nos séculos XX e XXI.

⁷ Segundo Campos Silva, Georget defenderá uma posição intermediária em que concebe as afecções mentais de maneira dualista: colocando, de um lado, os distúrbios mentais sintomáticos decorrentes de uma causa orgânica e, de outro, os distúrbios idiopáticos que resultavam de perturbações puramente funcionais – constituindo estes a loucura propriamente dita. Esta tese, ainda seguindo a autora, que já se esboçara em Pinel e Esquirol, viria influenciar posteriormente toda a nosologia do final do século XIX e permitir, posteriormente, a implantação do movimento psicodinâmico em Psiquiatria. (Campos Silva 2001, p. 30).

geral e demência⁸. Porém, a novidade radical na pesquisa de Bayle não estava na análise anátomo-patológica da paralisia estudada. Nas palavras de Bercherie:

“... O que Bayle efetivamente descreveu, e pela primeira vez na história da Psiquiatria, foi uma entidade mórbida que se apresentava como um processo seqüencial, desenrolando no tempo diversos quadros clínicos sucessivos que alguns pequenos sinais diferenciavam de outros quadros semelhantes, associando sinais psíquicos e físicos e repousando numa base anátomo-patológica unívoca. Nesse processo diacrônico, as entidades da Nosologia de Pinel e Esquirol constituíam subelementos, síndromes...” (Bercherie, 1989, p. 87-88).

A descoberta de uma etiologia e de uma evolução precisa para a paralisia geral, fez com que paulatinamente, o pensamento de Bayle fosse substituindo a nosologia de Esquirol. Com esta descoberta, um grande grupo de alienações sintomáticas de uma etiologia orgânica precisa começou a ser isolado, como derivados do alcoolismo ou outras intoxicações, assim como grandes neuroses (epilepsia, histeria, etc) (Ibid). O grande desafio que se impunha agora era o de anexar às novas doutrinas nosológicas fundadas numa classificação etiológica precisa as loucuras simples, e por simples podemos entender aquelas para as quais não haviam sido encontradas bases anátomo-patológicas. Objetivo estabelecido no trabalho sobre a degenerescência de Morel e estendido até os manuais de Kraepeling.

Morel, em 1860, tenta dar uma resposta a essa questão da precisão classificatória, propondo para as loucuras simples uma causa determinante - a degenerescência hereditária. De acordo com seu pensamento, esse tipo de loucura seria ocasionada por um germe patológico que, à medida que fosse se transmitindo, teria seus efeitos acentuados de forma que os descendentes iriam descendo os degraus da decadência física e moral, até que a linhagem afetada acabaria por se extinguir, numa espécie de eliminação natural.

Segundo Bercherie (1989), com a sistematização da teoria da degenerescência ocorreu a desestabilização de todo edifício conceitual da alienação mental, fazendo com que, nesses casos, o ponto de comparação fundamental que permitira diferenciar a loucura da razão fosse a comparação da conduta do doente com o senso comum, com o fundo comum que constitui a

⁸ Fazendo uma aproximação grosseira, este quadro corresponderia atualmente a seguinte descrição: delírio (sistematizado, quicá paranóico), idéias delirantes pouco sistematizadas, e presença marcante de sintomas negativos.

razão da humanidade, “... dando origem a um certo eugenismo que visava sustar a progressão do mal na descendência do paciente” (Campos Silva 2001, p. 31).

Começa assim o período que vai aproximadamente de 1876 a 1910, caracterizado pelo modelo assumido pela Neurologia, demonstrado por Bercherie (1989) da seguinte forma:

Para o conjunto dos alienistas de então, a Psiquiatria era um ramo da Neurologia: um tanto *prima pobre* devido a suas dificuldades em fornecer a si mesma uma verdadeira fundamentação anátomo-patológica, e também um pouco *prima rica*, já que tinha a ver com as perturbações das funções mais complexas e mais apaixonantes do sistema nervoso central. Idealmente, portanto, a Psiquiatria retomaria, em prazo mais ou menos longo, à Neurologia, e com isso, à patologia geral: aliás, parte desse projeto já parecia ter sido realizada com as doenças mentais “sintomáticas” (...) dentre as quais a paralisia geral permanecia como modelo inigualado (posto que delimitado pela clínica e pela anátomo patologia). Os psiquiatras, além disso, eram também neurologistas, nesse estado de fato da Medicina que desapareceu completamente em nossos dias, mas que realmente existia na época que estamos descrevendo ... (Bercherie, 1989, p. 133, 134).

Em linha gerais, o sentido deste retorno à neurologia foi a retomada das correntes psicológicas que a própria neurologia veiculava, em particular, como aponta Campos Silva (2001, p. 32), a das localizações cerebrais⁹.

Paralelo ao debate destas vigorosas questões, o alienismo recebeu outro ataque, a segunda frente mencionada no início, ataque que chama atenção por sua atualidade: “Por que privilegiar o isolamento no tratamento dos doentes?” “Isolar um alienado é romper completamente os hábitos no meio dos quais surgiu sua loucura, é afastá-lo da localidade, das coisas e das pessoas que não são completamente estranhas ao distúrbio de sua inteligência” (J. Moreau de Tours, 1865 *apud* Cavalcanti 1992).

Tratar sem segregar? Acompanhamento no território? De qualquer forma, mesmo depois de 150 anos desde a observação do senhor Tours, a discussão ainda está em voga. O doente deve ser tratado na família ou no hospital? Isolá-lo é prejudicial ou benéfico? Cavalcanti (1992), propõe que, talvez, essa seja uma falsa questão: “... não importa tanto se o paciente é tratado dentro ou fora do hospital, importa muito mais como é esse dentro e esse fora, e a indicação é sempre

⁹ Segundo Campos Silva a teoria psicológica vigente nesse período preconizava a atividade psíquica como atividade associativa, no sentido da lei das associações de idéias dos psicólogos, mas também no sentido dos feixes associativos dos neurologistas, sendo esses conceitos considerados como as duas faces de um mesmo fenômeno (Campos Silva 2001, pág. 32).

clínica” (p. 99).

Foi neste contexto que a passagem do século XIX para o XX, viu o declínio dos ideais alienistas na maior parte dos asilos públicos do ocidente, e ao invés de tratamento, na prática haviam pacientes abandonados a sua própria sorte. Uma discussão sobre a transformação da assistência psiquiátrica e a constatação do hospital como um instrumento de iatrogenia começou depois da Segunda Guerra, quando, entre outras coisas, civis serviam em hospícios e se depararam com o horror de seu cotidiano. Datam do final dos cinqüentas e início dos sessentas, os primeiros trabalhos sobre o fenômeno da patoplastia no hospício, isto é, uma parte dos sintomas atribuídos às doenças mentais, sobretudo os esquizofrênicos, se dever, aos anos passados em uma internação sem surpresas, liberdade, ou demandas. Barton (1959 *apud* Cavalcanti 1992) descreveu, o que chamou de “Neurose Institucional”, patologia desenvolvida depois de anos de internação cujos sintomas se assemelham aos geralmente atribuídos à esquizofrenia: apatia, obediência passiva, e às vezes comportamento agressivo. A Associação de Saúde Pública Americana constatou em 1961, que exposto a situações de extrema dependência, como uma hospitalização prolongada, o indivíduo perde aos poucos habilidades sociais, e coisas simples do dia a dia, passam a se tornar impossíveis para quem está há dez ou quinze anos internado.

Estas observações se coadunam com o trabalho de Goffman, “Manicômios, Prisões e Conventos” (1987), no qual constata que muitos dos comportamentos atribuídos às doenças mentais eram uma forma de adaptação às condições de vida numa instituição total¹⁰. Comprova este fato porque presidiários, soldados e monges, todos habitantes de instituições totais, também apresentavam comportamentos semelhantes. Desta contundente crítica, concluir que hospícios deveriam ser fechados, foi rápido. E uma nova palavra de ordem sobressaiu: Desinstitucionalização.

¹⁰ Definida como local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e fortemente administrada – (Goffman, 1987, p. 15).

1.2

Psicanálise

Antes de apresentarmos o desenvolvimento histórico da psicanálise, proporcionando outra maneira de pensar assistência a pacientes psiquiátricos, façamos uma retomada no que já foi visto até aqui: pudemos ver (1) os fatores que possibilitaram o surgimento do alienismo, e com ele o surgimento da Psiquiatria. Vimos também (2) os fundamentos desta corrente e seu declínio. Pontuamos alguns elementos do “movimento” que se sobrepôs; a desinstitucionalização.

Agora, vamos à psicanálise na França. O que também é retomar um pouco da psiquiatria¹¹.

A psiquiatria, como já mencionado, foi uma especialidade concebida dentro dos parâmetros de desenvolvimento da medicina enquanto ciência e profissão. Ela adquiriu reconhecimento como disciplina autônoma no século XVIII, com os trabalhos realizados por grandes nosólogos e psiquiatras, como Pinel e Esquirol, que, com outros, realizaram as primeiras classificações das hoje chamadas “doenças mentais”, influenciados pelo pensamento classificatório típico do empirismo, perspectiva dominante na ciência de então. A psiquiatria teve seu solo fértil na França, ganhando espaço nos Hospitais Gerais como Salpêtrière e Bicêtre, em Paris. Impregnada do espírito da época, tornou-se uma clínica de casos, corroborando para definir o indivíduo, definitivamente, como objeto científico.

Para contar como foi a chegada da psicanálise neste contexto cartesiano, contaremos com a ajuda de Charcot (1825-1893), eminente neurologista, médico chefe da Escola de Salpêtrière, em Paris, que se interessou pelas pacientes que não conseguiam ser incluídas em qualquer das categorias nosológicas tradicionais, classificando-as, finalmente, de histéricas, promovendo, assim, uma distinção com os quadros epiléticos, antes confundidos. E, com isso, dando início aos trabalhos que seguirão uma abordagem mais psicológica na psiquiatria, apesar de sua

¹¹ Mesmo tendo sido feito um corte, para fins deste estudo, sobre os eventos ocorridos na França, cabe explicitar que na Alemanha, da década de 1900, como ocorria na França, vinha ocorrendo um intenso movimento psicodinamista, que vinha de encontro às concepções clássicas de Kraepelin. Dividido, este movimento em duas correntes: uma derivada dos ensinamentos de Moebius (teoria psicogenética dos sintomas histéricos causados por representações) e outra corrente, em torno de Bleuler e Jung, em Zurich, originada da penetração das idéias de Freud. (Bercherie 1989)

preocupação central nunca ter sido a psicologia e ele ainda se manter em uma concepção bastante organicista (Alexander, 1968, p. 6).

Charcot propôs, como método de tratamento, a hipnose, considerando que a sugestão hipnótica durante o transe propiciava a cura dos sintomas, na medida em que esta agia ao nível dos “conceitos mentais” que causavam a doença, conceitos que a pessoa, em estado normal de consciência, não deixava aflorar. Esse método, apesar de atualmente ser bastante questionável, foi o primeiro de cunho eminentemente psicológico empregado no tratamento da loucura. Foi ele que unificou os procedimentos da psiquiatria dos anos 1880, tanto na França, com Charcot e Bernheim, quanto em Viena, com Breuer. Acompanhando Bercherie temos:

Essa descoberta do papel das representações na gênese dos acidentes histéricos levaria às teorias de Janet, Binet e Freud, fazendo da histeria uma doença mental caracterizada pela existência de grupos psíquicos separados da consciência (complexos ideo-afetivos) e que determinavam os sintomas. Assim, foi da confrontação de um estudo clínico cuidadoso da histeria e do hipnotismo que se originaram as doutrinas que fariam vir à luz a moderna psicopatologia (Bercherie, 1989, p. 209).

Os trabalhos de Charcot inseriram-se dentro do horizonte do racionalismo cartesiano predominante na cultura francesa. Dessa forma, os conflitos psíquicos experimentados pelas histéricas foram entendidos como sendo da ordem dos “conceitos”, ou das “idéias”, ou seja, conflitos de “ordem mental”, inaugurando, com isso, uma nova fase na psicopatologia que, de agora em diante, conceberá a loucura como “doença mental” (Bertolino et al., 2001 p. 5). Seu trabalho teve grande relevância na época, contribuindo definitivamente para a legitimação da psiquiatria no campo da medicina. Devido a nova perspectiva clínica que implementou, tanto em suas atividades em Salpêtrière, quanto em seu consultório particular, acabou por atrair eminentes pesquisadores, como Sigmund Freud.

Este, porém, foi abandonando a hipnose, e com isso, o trabalho com Charcot, quando, em seu trabalho clínico, percebeu que a descrição dos sintomas não bastava para analisar os processos “meta” - psicológicos ou inconscientes. Por isso, “forjou” uma teoria como instrumento para compreender as formações e mecanismos inconscientes, mostrando que somente a psicologia não era suficiente para explicá-los, sendo necessário construir uma nova psicologia, agora

metapsicológica, ou seja, que fosse além do consciente. A metapsicologia acaba por inserir, também, mudanças nos conceitos da psicopatologia, que deixam de ser descrições de sintomas e tornam-se explicações dinâmicas da organização psicológica, baseada em forças pulsionais, conflitos inconscientes, etc. Todas essas mudanças causaram impacto no meio médico e social e, ainda que desacreditada, a psicanálise começou a consolidar-se, pouco a pouco, no início do século XX, como a prática psicoterapêutica da psiquiatria e da psicologia. Até mesmo porque, a legitimidade da psicanálise foi fruto de uma ambigüidade: por um lado, ela cumpriu um papel de “revolucionária”, por seu método clínico e pela exposição de aspectos da problemática humana ainda velados, como a questão da sexualidade; por outro, com sua dimensão metafísica, serviu, e ainda serve, aos interesses firmemente estabelecidos de manutenção do “*status quo*”. Como ocorreu nos EUA, como a psicologia do ego (Fulgêncio, 1998, p. 3).

Tendo em mente o que já foi dito até aqui, adicionemos pistas para entendermos porque a receptividade da psicanálise, enquanto clínica, na França, percorreu caminhos inusitados; vejamos: em 1914, na “História do Movimento Psicanalítico”, Freud comenta que “entre os países europeus, a França era o menos receptivo à Psicanálise” (Freud, 1914, p. 121).

É de se observar que a psicanálise aparece naquele país primeiramente no meio artístico, em especial na literatura, uma vez que pelo lado literário, a psicanálise tende a ser reivindicada como a expressão de uma descoberta autêntica, ao passo que, do lado médico, ela é adaptada aos ideais de um suposto espírito cartesiano. “Quando os escritores descobrem as idéias freudianas, lêem nelas algo diferente do que lêem os médicos ou psicanalistas” (Roudinesco 1988, p. 38). Com apoio no artigo de Freud, “A Questão da Análise Leiga” (Freud, 1926), o meio literário veicula uma representação não médica da psicanálise, abrindo a este novo campo do conhecimento “o clube dos doutores” dentro do Surrealismo. Grupo que não objetivava clinicar. Afim de melhor entender a base deste argumento surrealista, acompanhemos rapidamente a forma como Freud propõe a questão da análise leiga:

... qualquer um (...) que tenha sido analisado, que tenha dominado o que pode ser ensinado em nossos dias sobre a psicologia do inconsciente, que esteja familiarizado com a ciência da vida sexual, que tenha aprendido a delicada técnica da psicanálise, a arte da interpretação, de combater resistências e de lidar com a transferência — qualquer um que tenha realizado tudo isso não é mais um

leigo no campo da psicanálise. Ele é capaz de empreender o tratamento de perturbações neuróticas e ainda poderá com o tempo alcançar nesse campo o que quer que se possa exigir dessa forma de terapia (Freud, 1926, p. 258-9).

Façamos uma digressão, a fim de observar e compreender o que acontecia neste período, para que um movimento artístico e cultural se aproprie da psicanálise antes do campo da saúde: no começo do século XX, a cultura européia, oferecia para todo mundo invenções tecno-científicas e novidades artísticas. Com o deflagrar da primeira grande guerra, a Europa entra em colapso; vê destruído seu poder econômico e cultural, e instaurada profunda instabilidade social. Caem os valores tradicionais emergindo, em alguns países, regimes políticos com caráter fortemente nacionalista, os quais irão propiciar, mais tarde, outro grande conflito mundial. O período entre guerras caracterizou-se não apenas pela proliferação de grupos de artistas, como também pelo elevado destaque que obtinham pela atenção que davam ao aspecto teórico de suas produções, mas, ainda, pelas estratégias de autopromoção.

A criatividade artística deste período reflete, em forma de escape, a angústia, o desespero e o pessimismo, com a clara consciência de que nada voltaria a ser como antes. Sobre as nobres ruínas das formas tradicionais já cansativas da Renascença, surge uma nova arte, como resposta às inquietações então vividas. Aparecem numerosas correntes estilísticas – a nova arte -, a arte moderna, inteiramente heterodoxa, marca desta época. Em uma ampla variedade de movimentos de subversão do impulso realista e/ ou romântico, inclinados à abstração: impressionismo, expressionismo, dadaísmo, cubismo, futurismo, surrealismo. Esta renovação tinha por lema a originalidade e a espontaneidade, reivindicando para arte o direito de construir por seus próprios meios, a realidade.

A título de exemplo, vale a pena destacar as profundas conexões entre a psicanálise e o surrealismo. Este último tomava como um de seus pontos centrais o automatismo mental, síndrome que permite a Clérambault, mestre de Lacan, compartilhar da hipótese que existe grande proximidade entre a loucura e a verdade (Roudinesco, 1988, p. 123). A escrita automática consiste em abstrair a realidade externa e, ao mesmo tempo, ao alienar o próprio eu, excluindo qualquer possibilidade de censura, permitir o surgimento da voz inconsciente, obtendo um discurso livre do controle da consciência (ibid, p. 124). De acordo com Breton (artista surrealista), o automatismo remete a uma noção de subconsciente

freudiano, mas, na medida em que libera uma forma anônima de expressão universal, desfaz a idéia cartesiana segundo a qual a linguagem seria propriedade de um sujeito. O automatismo para os surrealistas aparece como um instrumento de descentramento ou de desestabilização do sujeito, o qual não mais se reconheceria na certeza de si. (ibid, p. 125)

Dito isso, retomemos: desde 1914, o interesse pela psicanálise existia em um amplo setor do pensamento francês, mas do lado literário, através do surrealismo. A psicanálise era reivindicada como a expressão de uma autêntica descoberta da realidade do homem. O surrealismo realizou a sua mais conhecida representação profana e não médica, ao fazer uma “apologia do primado soberano do inconsciente” (ibid. p. 162). Do lado médico, as idéias freudianas são adaptadas aos ideais cartesianos e propagadas servindo-se das vias da psicologia de Pierre Janet e de Bergson.

Contudo, a partir de 1922, a temporada freudiana está no auge em Paris, sendo muitos artigos publicados, contribuindo para a ascensão da psicanálise. Em 1926, foi criada a Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP), com diferentes grupos em sua composição, desde os mais ortodoxos, fiéis à Associação Psicanalítica Internacional (API), até os neutralistas (que teorizavam sobre o confronto psiquiatria X psicologia) e outros mais dissidentes. Nos anos 30-40, a moda na França foi a discussão sobre a relação entre marxismo e freudismo, ora aproximando-se, procurando viabilizar essa junção, ora distanciando-se, sob a acusação de a psicanálise servir aos interesses burgueses, capitalistas, ou ainda, na época da Guerra, aos interesses do Nazismo.

Neste cenário surge Jacques Lacan (1901-1981), que pode ser considerado o maior expoente do pensamento psicanalítico francês. Propôs uma nova “virada clínica”, ao realizar uma síntese da psicanálise com o estruturalismo de Levi-Strauss (Schneider, 2002, p. 4). Seu interesse pela psicanálise já está marcado desde sua tese em medicina, primeiro trabalho divulgado do autor, em 1933, sobre psicose paranóica. Argumentou que para retirar a psicanálise francesa do atraso em que se encontrava era preciso separá-la da psicologia, principalmente aquela centrada no “ego”, que desvirtuava a noção estruturalista da psicanálise. (ibid)

Embora a experiência de confrontação no campo psicanalítico sempre tenha se processado num clima de tensão, com estocadas entre os rivais sobre quem era o "legítimo" detentor da herança freudiana, a retórica utilizada era

diplomática. Mas a partir da década de cinquenta Lacan instaura uma "metáfora de guerra", produzindo sucessivas rupturas nos quadros institucionais franceses, enquanto cresce a importância de suas concepções.

Lacan aponta para um campo psicanalítico como o campo do circuito do desejo, este que sua teoria distribui em três registros: o Real, o Simbólico e Imaginário¹². O "Discurso de Roma"¹³ marca início de uma etapa em que o registro simbólico se constitui como condição privilegiada para o chamado "retorno a Freud", destacando a importância estratégica de retomar a leitura dos textos freudianos, na medida em que o pensamento psicanalítico teria se "desviado" das exigências básicas do discurso freudiano, ao se distanciar do paradigma central da experiência psicanalítica, que se realizaria, de direito, no campo da linguagem e da fala. O desvio alegado era representado pela Psicologia do Ego, mas o sistema kleiniano também era criticado, por inserir a experiência psicanalítica no registro do imaginário (Schneider, 2002). O seu "retorno a Freud" permite-lhe, também, um progresso teórico sobre o tratamento das psicoses. Oferecendo a possibilidade de ter em conta os aspectos institucionais. Conforme teremos a oportunidade de descrever melhor no terceiro capítulo.

Diz Roudinesco (1988 p. 173) que a partir de 1945 a implantação da psicanálise na França já está consolidada. A partir daí a narrativa dos fatos deixa de lado a aventura dos pioneiros, para se dedicar a um aspecto, menos heróico, o da gestão dos conflitos entre os adeptos da psicanálise. Quando de sua introdução no cenário francês, as idéias psicanalíticas se defrontaram com posições, quanto a sua clínica, francamente hostis e sem dúvida, foi pela mediação da leitura de Lacan que o discurso freudiano foi finalmente reconhecido clinicamente na França.

Em 1953, a SPP enfrentou uma grande crise, quando os alunos e psicanalistas recentes se revoltaram contra a rigidez das normas da Sociedade,

¹² Este tema será abordado cautelosamente no decorrer do próximo capítulo.

¹³ Por ocasião do primeiro congresso da SFP, que se realizou em Roma em setembro de 1953, Lacan fez uma importantíssima intervenção, "Função e campo da fala e da linguagem na psicanálise" (ou "Discurso em Roma"), na qual expôs os principais elementos de seu sistema de pensamento, provenientes da lingüística estrutural e de influências diversas, oriundas da filosofia e das ciências. Elaborou, também, vários conceitos (sujeito, imaginário, simbólico, real, significante), que desenvolveria ao longo dos anos enriquecendo-os com novas formulações clínicas e depois lógico-matemáticas: forclusão, Nome-do-Pai, matema, nó borromeano, sexualização (Roudinesco 1988, p. 275).

sendo apoiados por Lacan. Essa crise se arrastou por mais de dez anos, quando, em 1963, ocorreu uma grande cisão e foram fundadas a *École Freudienne* de Paris, dirigida por Lacan, e a *Association Psychanalytique* de France, sob direção de Laplanche. Mas os acontecimentos derivados desta nova organização, não serão tema deste trabalho, seguindo agora, a descrição de como a Psicoterapia Institucional se encaixa neste contexto.

1.3

Psicoterapia Institucional

Nutrindo-se desta efervescência dominante no cenário psicanalítico francês, em maio de 1960 se reúne em Sant-Alban um grupo bastante seletivo composto pelos médicos; Roger Gentis, Yves Raiz, Claude Poncin, François Tosquelles, e Jean Oury com outros membros da equipe de La Borde; d' Horace Torrubia, Jean Colmin e Maurícia Paillot. Além de alguns outros antigos de Sant-Alban. Dá-se a este encontro o nome de Grupo de Trabalho sobre a Psicoterapia e Socioterapia Institucional, que fixa como objetivo, refletir e estudar a práxis desenvolvida por estes profissionais permitindo uma elaboração teórica com repercussões no campo psiquiátrico. Alguns meses depois, se juntarão e este grupo Félix Guattari, Ginette Michaud e outros mais (Ayme, 2005. p, 12).

O GTPSI, como ficou conhecido, funcionava ao mesmo tempo como um grupo de análise e elaboração teórica e didática. Tentavam desenvolver conceitos com rigor próximo ao rigor dos conceitos psicanalíticos, no entanto, apesar das freqüentes exposições de Oury sobre os conceitos de Lacan, este grupo entendia a psicanálise como uma espécie de caso particular da psicoterapia institucional, um instrumento a ser utilizado entre outros disponíveis para prática diária institucional com os pacientes¹⁴.

Neste novo grupo Tosquelles formaliza que a Psicoterapia Institucional tem uma perna Psicanalítica e outra Sociológica (Ayme, 2005. p, 16). Este grupo, porém, tem vida curta, se dissolvendo em maio de 1968. Em Setembro de 68

¹⁴ Para dar uma ideia das linhas de investigação, deste grupo, eis alguns dos temas abordados: O Estabelecimento como um conjunto significante, dinheiro no hospital, as trocas materiais e afetivas no trabalho, Fantasma e instituição, o conceito de produção no Coletivo, Transferência e Instituição, entre outros (Ayme, 2005). Em 1965 o GTPSI dissolve-se e dá nascimento à Sociedade de Psicoterapia Institucional (SPI).

realiza-se em Baden, perto de Viena o Congresso Internacional de Psicodrama no qual Tosquelles é o co-presidente. Nesta ocasião, declara: "... penso por meu lado que a SPI sempre revelou certa fraqueza no plano organizacional por temor de transformar-se em sociedade doutra ou associação portadora de uma doutrina...". (Ayme, 2005. p.. 18).

O desaparecimento da SPI, porém, não põe fim ao desejo de um "centro de estudos" sobre Psicoterapia Institucional. Um grupo regional pelo menos continua funcionar, o grupo de Brignac que reúne regularmente os colegas: Jean Oury, Pierre Delion, Jacques Henry, Alain Buzaré, entre outros. Mas, seus encontros passam a se desenvolver, sobretudo, ao redor dos seminários, colóquios, e encontros organizados pela iniciativa de colegas de diversos estabelecimentos, para quem a vida diária é o apoio da estratégia de cuidados, e que consideram ser necessário tratar muito ao mesmo tempo, tanto da estrutura que trata, qualquer que seja o seu nível, e cada paciente em sua singularidade (Ayme, 2005).

Examinemos com mais detalhe o surgimento desse grupo no seio da psiquiatria francesa em suas relações com a psicanálise:

Segundo Oury (1976, p. 235), as idéias que antecederam e contribuíram nas formulações da Psicoterapia Institucional remontam ao florescimento das teorias sobre a utilização terapêutica do estabelecimento psiquiátrico - iniciadas por Pinel e Tuke - que representaram um movimento de humanização no tratamento dos doentes mentais.

Outras influências importantes são creditadas à doutrina da terapêutica ativa de Herman Simon, à Sociometria de Moreno, à teoria de campo de Kurt Lewin e aos desenvolvimentos na intervenção com grupos que Bion e Rickman obtiveram no trato com soldados por ocasião da Segunda Guerra.

Entretanto, se todas essas idéias e experiências constituíram o caldo de cultura no qual a Psicoterapia Institucional viria se forjar, o marco fundamental dessa corrente pode ser localizado, segundo Guatarri,

... na ação sistemática de revolução psiquiátrica - tanto no plano teórico como prático - iniciada no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, em Lozère, no período que precedeu a liberação na França, pelas sucessivas equipes que se constituíram em torno de François Tosquelles (Guattari, 1976, p. 56).

Durante a segunda guerra mundial a fome dizimou quase a metade da população dos hospitais psiquiátricos franceses. Essa “matança” foi provocada pelas restrições alimentares que não puderam ser contornadas ou melhoradas durante a guerra. Tosquelles lembra os momentos cruciais deste período:

Quando o doutor Chaurand chegou no final de 1940, o serviço infantil dispunha da primeira cooperativa escolar. As reuniões entre crianças e entre crianças e adultos já existiam; com o estabelecimento tipográfico de Freinet, o Jornal vira à luz. A saída das crianças para o exterior e as excursões na região despertaram o interesse do setor psiquiátrico e, sobretudo, os atendentes e alguns doentes começaram a pressionar para que algo semelhante possa ocorrer com os adultos. Em 1942, os acontecimentos da Resistência facilitaram muito a evolução. Falsos doentes escondidos e os próprios feridos do maquis devolviam um valor humano positivo aos doentes adultos (Tosquelles, 1973, p. 114).

A própria fome generalizada - que provocou a morte de 40.000 pessoas nos hospitais psiquiátricos franceses durante a ocupação - justificou a saída dos doentes para o exterior; onde podiam trabalhar nos campos com os camponeses e receber em troca a ajuda alimentar que lhes permitiria sobreviver. Este engajamento dos doentes nas trocas econômicas levou à criação do Clube¹⁵ - a instituição que articularia entre elas as atividades de compra e venda, os lazeres e as tarefas propriamente psicoterapêuticas. Paralelamente, certos estabelecimentos tal como o hospital de *Charité-sur-Loire* foram evacuados e outros bombardeados. Nesta época, o Doutor L. Le Guillant, medico chefe do hospital *Charité-sur-Loire*, fez uma investigação para reencontrar os doentes que foram dispersos. E ele percebeu que 30% dos pacientes haviam sido recolhidos e puderam se readaptar a atividades rurais e não criaram nenhum problema de comportamento (Tosquelles, 1973). Esse fato criou um questionamento nos psiquiatras sobre o bem fundado de manter certos doentes no hospital.

Quando P. Balvet chega a Saint-Alban¹⁶, em 1936, tendo esta experiência em mente, ele efetua reformas a fim de humanizar o asilo. Fazendo, junto com F. Tosquelles; grades, muros e cercas do hospital desaparecer. Abrindo o

¹⁵ Conceito a ser desenvolvido no terceiro capítulo.

¹⁶ Saint-Alban atualmente é uma municipalidade francesa situada no departamento da Lozère, numa das estradas seguidas pelos peregrinos a caminho de Santiago de Compostela. Lá, no ponto mais alto do vilarejo, a 1000 m de altitude, encontra-se um hospital psiquiátrico, de mesmo nome, construído em cima do que costumava ser um hospício de alienados edificado no começo do século XIX.

estabelecimento para o exterior. Ou melhor, se abrindo para uma subversão da discriminação entre o dentro e fora. Explico: os camponeses, ao irem à feira da cidade, passavam por um caminho que cruzava o hospital. Isto provocou um comércio muito especial, em que os camponeses compravam dos doentes e vice versa. Durante esse período vários visitantes de diferentes horizontes, intelectuais, artistas, médicos, etc, vão passar por Saint-Alban, que será um lugar de acolhimento para refugiados políticos. E intelectuais do calibre de Canguilhem, por exemplo. Essa reunião de homens dentro de um contexto histórico singular vai permitir um novo questionamento sobre os conceitos psiquiátricos.

Uma das pessoas a discutir tais conceitos foi P. Sivadon, chefe de serviço no hospital de *Ville-Evrard* em 1948, que recusa o fatalismo de “doença crônica” e faz passar uma convenção com a Previdência Social para obter meios e reorganizar seu serviço. Ele considera que os distúrbios mentais são correlacionados com múltiplos fatores (bio-psico-social) (Tosquelles, 1973). A experiência de *Ville-Evrard* se tornou possível graças ao planejamento das condições técnicas, tais como a criação de cargos, o desaparecimento das camisolas, etc. Foi em 1952, que G. Daumazon e P.H. Koechlin juntaram os conceitos e as práticas sob o termo de psicoterapia institucional. Guattari expressa da seguinte maneira este período em Sant-Alban:

Ao voltar dos campos de prisioneiros e de concentração, certo número de enfermeiros e psiquiatras abordaram os problemas do hospital psiquiátrico com uma visão completamente nova. Não podendo suportar as instituições concentracionárias, dedicaram-se a transformar coletivamente os serviços (...). Havia nascido uma nova atitude, um novo modo de acesso militante à doença mental (...) e até mesmo a semiologia tradicional via-se aí questionada pelo estabelecimento de novas relações entre os doentes e os que deles tratavam, entre os enfermeiros e os médicos, entre os médicos e as famílias, etc. (...) de tal maneira que podia iniciar-se a reconciliação real entre a antiga ferida – a ruptura de Jung, de Bleuler e do grupo de Zurich com Freud – ferida que separara por muito tempo a Psicanálise da Psiquiatria. Daí esta perspectiva de uma "Psicoterapia Institucional", que assinala, numa fórmula um tanto paradoxal, que não se pode pensar em uma cura psicoterapêutica para OS doentes graves sem levar em conta a análise da instituição. E, reciprocamente, tem-se que proceder à revisão da concepção de cura individual, concedendo mais atenção ao contexto institucional. (Guattari, 1976, p. 56-57).

1.3.1

Jean Oury e La Borde

A vida de Jean Oury tende a confundir-se com a sua obra; a clínica La Borde. Um lugar que vem se mantendo vivo apesar todas as dificuldades financeiras e administrativas. Soube atrair grandes espíritos da psiquiatria francesa para desenvolver e transmitir a psicoterapia institucional. Alguns ficaram conhecidos, como Félix Guattari e Ginette Michaud, com os quais trabalhou em La Borde. Mas, sobretudo, soube e ainda sabe atrair um grande número de profissionais das mais diversas áreas para a rica experiência de trabalhar referenciado à Psicoterapia Institucional. A título de curiosidade, o seu irmão, Fernand Oury, é o inventor do movimento pedagógico chamado Pedagogia Institucional

Aos vinte e três anos, em 1947, Jean Oury chega ao Hospital psiquiátrico de Saint-Alban, período pós-guerra, buscando, com outros, aproveitar ao máximo as estruturas já existentes a fim de tentar explorar tudo o que pode servir para tratar os doentes que se encontram nela. Em especial o trabalho que já vinha sendo desenvolvido por Tosquelles, que antes de entrar em contato com a Psicanálise, trouxe para o hospital psiquiátrico as noções da Gestalt; a experiência do contato com os surrealistas, que haviam conduzido experimentos acerca de como tornar alguém insano e, particularmente, a concepção de que é preciso diferenciar alienação social de alienação mental, pois "se não se faz desalienação social, não se pode nem ao menos chegar perto da desalienação mental." (Galio & Constantino, 1994, p.106).

Tosquelles entendia o hospital psiquiátrico como um lugar de passagem que se constitua ao mesmo tempo num espaço "protegido do exterior", dado que a fobia à loucura é uma condição natural do gênero humano, e numa escola de liberdade - o que não é possível na vida cotidiana (Campos Silva 2001, p. 90).

Seus colegas psiquiatras e enfermeiros já sabiam que hospitais mantinham em geral, uma estrutura carcerária, centralizada. Porém, como dissemos, enfermeiros, durante a guerra tinham sido prisioneiros, alguns tinham estado em campos de concentração. Quando eles retornaram, tinham uma visão do mundo diferente: o ambiente de trabalho deles, o mesmo que antes da guerra, lembravam-lhes a experiência que eles tinham acabado de passar nos campos de concentração.

Segundo Oury, repetindo, isso criou um terreno bem favorável para uma tomada de consciência, não somente individual, mas coletiva, implicando na necessidade de mudar alguma coisa.

Mas que coisa seria essa? Segundo Oury, a psicoterapia institucional se desenvolve como um conjunto de métodos destinados a resistir a tudo que é segregação. Nas palavras do autor:

Essas estruturas de segregação existem em toda parte, de forma mais ou menos encoberta. Todo aglomerado de pessoas, que seja de doentes ou de crianças, não importa em qual meio, desenvolve, se não for policiado, estruturas opressivas, só pelo fato de estar em um coletivo, com uma armadura arquitetural e conceitual, um antigo jogo. A psicoterapia institucional seria talvez a aplicação de meios de todo tipo para lutar, cada dia, contra tudo que pode fazer reverter o conjunto do coletivo para uma estrutura centralizada ou segregaria. (Oury, La Borde)

Todos os médicos que em seguida se integraram a esse movimento de psicoterapia institucional sempre o fizeram com os enfermeiros para modificar a consciência e o “*savoir-faire*” dos enfermeiros que antes não passavam de guardiões, estágios foram organizados. Em 1949 com a iniciativa de diferentes médicos, em particular do Dr. Le Guillant, da Madame Le Guillat e do Dr. Daumazon aconteceu o primeiro estágio (Oury, 1986). Esses estágios aconteciam várias vezes ao ano, agrupando de 50 a 100 enfermeiros de toda a França. Com o tempo, isso levou a uma modificação, uma tomada de consciência crítica desses enfermeiros. O estágio, nas palavras de Oury, era algo extraordinário. Duravam 10 dias. Os enfermeiros vinham, ficavam em alojamentos, por exemplo. Mesmo se não haviam aprendido nenhuma técnica particular o fato de se reunir durante 10 dias pessoas provenientes de uma quinzena de hospitais diferentes, o fato de trocar nas conversas, as experiências de cada um, de perceber que havia problemas similares nos outros hospitais, só isso já era o suficiente para mudar hábitos. Alguns vivenciaram essa experiência como uma revelação, uma tomada de consciência capital que modificaria suas vidas. Isso não significa que eles podiam aplicar aquilo que aprenderam. Uma vez que quando retornavam para os hospitais, se tornavam uma pequena minoria atada nas estruturas tradicionais e algumas vezes isso criava desencorajamentos e depressão. (Oury, La Borde). Oury chega a afirmar que a psicoterapia institucional só pode se desenvolver através desta tomada de consciência progressiva, difícil, com desventuras de todo tipo, e em

todos os níveis. A partir destes estágios, por exemplo, pediu-se também a participação dos inspetores, dos chefes de alas, dos serventes, de todas as pessoas que estivessem envolvidas no status atual dos estabelecimentos tais como eles são, em que uma estrutura rígida impeça a criação de locais de nível onde as pessoas possam se encontrar, falar e trabalhar.

É em torno deste trabalho para tornar “humano” (compreendido como prós-vida) um lugar até então “humanicida”, que se juntarão os pioneiros desse movimento (Daumezon, Bonnafé, Tosquelles, Chaisneau, Oury, entre outros).

Esse primeiro eixo de trabalho não pode se separar da luta constante contra a alienação social do sujeito “louco”, da loucura, encarada como uma doença social. A indexação da loucura a uma origem-social desloca radicalmente os campos de intervenção retidos que vão desde então se interessar a “cuidar” dessa instituição na qual serão acolhidas as pessoas. Todavia, esta análise institucional não pode ser válida sem uma visão terapêutica para o sujeito.

Conforme mencionado, é dentro dessa dialética entre institucional e subjetivo que os institucionalistas se resguardam para evitar que esse local de cuidados se transforme em oportunidade de uma nova segregação. É uma aposta difícil de manter, que supõe que seja revisto a determinação do status e funções de cada um para que o “título” não seja convocado como único “endereço” do sujeito.

Três eixos vão pouco a pouco permitir a padronização de um *corpus* teórico no cruzamento de disciplinas das ciências sociais que até então quase não se misturavam.

Não-segregação, contra-alienação, anti-centralização, eixos que veremos detalhadamente adiante, no decorrer do capítulo 3.

Mas, ainda não é hora de avançarmos nestas questões, por isso, voltemos um pouco: ao terminarmos nosso percurso sobre a psiquiatria, apresentamos o momento em que os ideais da psicanálise oferecem uma outra grade de interpretações de sinais e sintomas para esta ciência. Depois de 1945, no percurso da psicanálise, vimos como o movimento de desinstitucionalização continua, mas não como os surrealistas haviam imaginado, ou seja, sem poder médico e com a legitimidade do discurso da loucura. Na França, paradoxalmente, chegavam terapêuticas biológicas, que atrelavam ainda mais a loucura à psiquiatria (ainda que fossem no sentido de uma desalienação). Nesse sentido, a recém proposta

psicoterapia institucional se encontrava em uma encruzilhada de contradições. De um lado com a psicanálise a contestação da organização asilar clássica, e de outro a reafirmação do poder médico dotado de poder de supervisionamento, - como ocorre com os avanços tecnológicos e farmacológicos que passam a fazer parte do arsenal terapêutico da psiquiatria, como a eletronarcose e a dopamina, por exemplo. “... que não tem muita coisa em comum com a ética da psicanálise”. (Roudinesco, 1988, p. 210). Na medida em que podem ser usados para silenciar o sujeito, calando seus sintomas. E distanciando o sujeito do contato com aquilo que causa seu sofrimento¹⁷

Desde a cisão de 1953, expandem-se diversos tipos de experiências psicanalíticas, e a psicoterapia institucional recebe um importante sopro de vida quando Jean Oury, analisando de Lacan e veterano do Saint-Alban compra, neste mesmo ano, o castelo de La Borde¹⁸, situado em Cour-Cheverny; nas palavras de Roudinesco, para acolher toda sorte de marginalizados. Será neste local que tentará efetuar “... uma síntese pragmática entre um lacanismo utópico e um militantismo psiquiátrico liberto de seu espírito *maqui*¹⁹”. (Roudinesco, 1988, p. 210).

Segundo contam os “labordianos”, neste momento inicial da clínica, entre os “marginalizados” referidos por Roudinesco, estavam todos, psicóticos ou não, que de alguma forma não se adaptavam ao *status quo*; pintores, filósofos, artistas, e loucos de toda sorte. Neste caldeirão, regidos por Oury, e em consonância como o desejo de sua equipe, também se fazia tremular uma bandeira contrária a recém chegada psiquiatria em cujo rol estavam as terapêuticas farmacológicas e a eletronarcose, chegando mesmo a adotar algumas afirmações do movimento antipsiquiátrico anglo-saxão (Roudinesco 1988, p. 211). Já quanto à síntese pragmática, bom, esta continua tentando se efetuar, e no terceiro capítulo veremos melhor de que forma este exercício vem caminhando.

¹⁷ Não será possível, neste trabalho, conceituar sujeito. Mas em linhas gerais, poderíamos dizer que Lacan demonstrou um sujeito do inconsciente, que não sabe sobre si mesmo, que se advém entre os significantes, manifestando-se nos chistes, nos atos falhos, no sintoma, etc. Nas palavras de Lacan (apud Kaufmann 1996, pág. 509): "A divisão do sujeito e do sintoma é a encarnação desse nível em que a verdade recobra seus direitos, e sob a forma desse real não sabido, desse real exaustivamente impossível que é esse real do sexo". Seguindo com Fink (1998, p. 67) diremos que o sujeito não é senão essa divisão entre consciente e inconsciente.

¹⁸ A experiência de Saint-Alban terminou em 1952 (Campos Silva 2001, p. 90).

¹⁹ Termo usado para se referir ao movimento de resistência secreto francês que resistiu as forças alemãs durante a Segunda Guerra Mundial.

Em 1965 ganha outro fôlego de vida na criação de uma Federação dos Grupos de Estudo e Pesquisas Internacionais e na adoção, iniciada em 1954, da setorização²⁰ do sistema de saúde francês. Esta palavra designa um recorte geográfico no território, cada um objetivando prestar e prevenir doenças mentais, alcoolismo e toxicomanias. A clínica de La Borde se beneficia desta política, conservando a particularidade de seu diretor médico, Jean Oury, ser o proprietário do local, podendo assim, escolher seus colaboradores sem ter que recorrer à autorização prévia da Previdência Social.

Mas deixemos o próprio Oury contar a história de como La Borde se formou.

Criei essa clínica psiquiátrica em 1953. Nessa época, na Loir-et-Cher, não havia hospital psiquiátrico e praticamente nenhuma outra clínica. Foi necessário drenar tudo que existia de psiquiatria naquele departamento. Uma clínica de 100 leitos não era absolutamente suficiente (...).

É interessante não ter vagas! Fica-se obrigado a inventar truques! Tentar tratar os doentes sem interná-los ou caso os internassem, inventar técnicas de hospitalização bem curtas ou diferenciadas. Obviamente, essa era a única solução levando-se em conta a situação. Lógico que havia certa liberdade, visto que fui eu mesmo com alguns camaradas que havíamos criado esta Clínica. Não estávamos presos naquilo que chamamos algema administrativa, se bem que certas dificuldades, talvez mais camufladas, reapareciam como o problema, que poderemos falar mais adiante, da hierarquia, das especializações de cada um, etc. (Oury, La Borde)

Cabe ainda falar um pouco sobre a história de colaboradores para o desenvolvimento de La Borde e da Psicoterapia Institucional. E que colaboradores!

Em 1969, o filósofo Gilles Deleuze, já conhecido por seus trabalhos sobre Espinosa, Nietzsche, Proust, entre outros, conhece Félix Guattari, um terapeuta comunista vindo do divã de Lacan, que desde 1953 participava da equipe de La Borde. Ambos admiradores da obra e pessoa de Lacan. Decidem trabalhar juntos (em La Borde) em um livro; o Anti Édipo. Segundo Roudinesco (1988, p. 533)

...com este livro os autores pretenderam repensar a história universal das sociedades a partir de um postulado único e sem fundamento: o capitalismo, a

²⁰ Tratou-se de oferecer uma possibilidade diferente da dos hospitais psiquiátricos clássicos para tratamentos ambulatoriais, como: terapias de grupo e hospitalizações a domicílio. A instituição psiquiátrica passa a ser pensada como rede através da qual o médico assegura ao doente o tratamento mais pessoal possível.

tiranias ou o despotismo encontrariam seus limites nas máquinas desejantes de uma esquizofrenia “bem-sucedida”, isto é, nas malhas de uma loucura não-entrevada no discurso dominante, quer ele denomine alienismo ou psiquiatria.

Para Deleuze e Guattari, ainda citando Roudinesco (1988, p. 534)

... o edipismo freudiano é a forma mais acabada de uma codificação normativa, na medida em que reduz a libido plural da loucura a um enquadramento familiar. Para sair disso, e reencontrar a essência esquizofrênica do desejo verdadeiro, é preciso substituir todas as teorias estruturais, simbólicas e significantes nascidas da psicanálise por uma conceituação polivalente, capaz de traduzir a essência “maquinal” e plural do desejo”. Tanto ao imperialismo do significante único quanto ao Édipo totalizante, os dois co-autores opõem uma esquizo-análise fundamentada numa psiquiatria dita materialista, da qual Reich, em oposição a Freud e Bleuler, seria o primeiro porta voz, seguido de perto pelos antipsiquiatras. (Roudinesco 1988 p. 534).

Aqui cabe um cuidado especial para não nos perdermos nas diferenças terminológicas: Quando Lacan fala de esquizofrenia, difere bastante da de Deleuze e Guattari, pois, conforme propõe Vieira, (2004), não se opõe a nenhum Pai, entendido aqui como “forma mais acabada de uma codificação normativa”. Para Vieira (2004), seguindo o caminho aberto por Cottet, ela, a esquizofrenia, é um trabalho de confecção de um Todo, entendido aqui como confecção de uma ferramenta (unidade) de troca entre si e o outro²¹, a partir de fragmentos não organizados, despedaçados, não-todo, na expressão de Vieira. Enquanto Deleuze, a tomava como uma saída para o regime paterno para o não-todo, mas este entendido como um acesso ao a mais de plenitude que deveria advir aos corpos libertos do Édipo.

Mais uma vez acompanhando o pensamento de Vieira (2004), nossos dias demonstram que isso não é mais uma utopia, pois nosso mundo é de certa forma, um mundo de referências esquizofrênicas, não-todas, no qual a Lei (também entendida como “forma mais acabada de uma codificação normativa”), vem se tornando uma presença exterior ao sujeito, não enquadrada (ou internalizada) em sua rede de seus afetos e crenças (Zizek 1994 p. 16). Cabendo a este sujeito pós-moderno, ser regularmente confrontado (ou exposto) ao significante na sua

²¹ Esta noção de ferramenta será desenvolvida melhor no capítulo três deste trabalho, quando falarmos sobre o Coletivo e sua propriedade de aumentar as possibilidades do sujeito passar entre diferentes cenários.

pureza, em sua falta de sentido. Tornando-se um sujeito errante e sem ter sido possível desfrutar de algum ganho em liberdade (Vieira 2004).

Apesar de manter-se acessa a chama desta discussão, ocorre, porém, que o cotidiano institucional de La Borde não se representava pelo Anti-Édipo, criando uma defasagem entre o que estava escrito e o que era vivido pelos “labordianos”. Que, como até hoje, conservam a nosografia psiquiátrica, a pluralidade de tratamentos, a humanização do paciente, ausência de médicos nas atividades cotidianas (apenas nas de supervisão e medicação) e vida comunitária.

Somada a estas, as características de Oury, na época discípulo dogmático de Lacan no que diz respeito a suas formulações sobre a psicose. Contudo, não podemos deixar de mencionar, que a psicoterapia institucional se prestou, e ainda presta, a reformular o atendimento psiquiátrico institucional. Para isso, para pensar em uma vertente mais institucional, Oury, que não pensava sozinho, mas com um rol de colegas que vão de Tosquelles a Deleuze, dialogou com outros autores, como: Barton para neurose institucional, Racamier, para o cuidado institucional, Birnbaum para o conceito de patoplastia, além, como já mencionamos, Deleuze para transversalidade, Tosqueles para pensar a importância do conflito, e etc. Contudo, reafirmamos, será com o denso trabalho analítico de Lacan que Oury se corresponderá para pensar a psicose, e depois, junto com outros, o que fazer para tratá-la institucionalmente. (Oury, La Borde)

Contudo, estas características não pouparam a clínica de, em 1973, sofrer um duro contra-golpe da nova organização do campo psiquiátrico francês. Após a publicação do Anti-Édipo e alguns outros artigos, recrimina-se La Borde por ser esquerdista e por apresentar períodos excessivamente longos de internação. Além dos custos elevados do tratamento. A clínica não fecha, e/ mas tanto Jean Oury quanto Félix Guattari, permanecem menos “esquerdistas” que seus seguidores. Guattari, inclusive, continua a praticar a psicanálise e exercer suas funções de terapeuta em La Borde até o fim de sua vida²².

Falamos, ao longo deste capítulo sobre como estava a cabeça da psiquiatria quando a psicanálise bate a sua porta oferecendo um novo jeito de entender o mundo. Falamos também, que antes de chegar à porta da psiquiatria, a psicanálise

²² Guattari trabalhou em La Borde de 1953 até o final de sua vida, e onde aliás faleceu. Oury foi o principal parceiro de Guattari no campo da clínica, como o foi Deleuze, na filosofia.

se envolveu como o surrealismo, que a tinha entendido como forma libertária de entender o sujeito e a loucura que o habitava. Chegamos até mesmo a perceber que foi com este relacionamento com os surrealistas, que a psicanálise entrou na cultura francesa e chamou atenção da psiquiatria. E, por último, como se fosse uma espécie de Mercúrio canibal, (deste Julieta e Romeu), falamos da Psicoterapia Institucional e a formação de seu *corpus* teórico quando esta se propõe a fazer o que Roudinesco (1988) chamou de “uma síntese pragmática entre um lacanismo utópico e um militantismo psiquiátrico liberto de seu espírito *maqui*”.

Mas até aqui, é verdade, só foi contada a história de como lhe surgiu este apetite tão curioso. Cabe descrever como este encontro, neste contexto histórico, articula e opera sua visão terapêutica para o sujeito. Seguirá então, do ponto de vista clínico o que até agora foi histórico. Falaremos, portanto, do desenvolvimento do conceito de Psicose tanto em Freud como em Lacan para podermos entender melhor como Oury os toma na confecção de sua “síntese”.

2

Psicanálise (Fundamentos Clínicos)

A teoria psicanalítica, sob a representação de qualquer um de seus autores, está longe de ser definitiva, ou mesmo linear. Mas no decorrer de seu percurso, tem desenvolvido ferramentas bastante operativas para o trabalho em saúde mental. Exatamente por isso, passaremos ao estudo de alguns destes conceitos, em especial o de psicose. Tendo-os em mente, entenderemos melhor de que lugar clínico partirá Oury para formar seu corpo teórico. Vejamos:

2.1

Freud e Schreber

Foi apoiado no Livro de Schreber que Freud publicou pela primeira vez sua teoria sobre a psicose²³. Portanto, a fim de compreender melhor de onde partirão as definições tanto freudianas quanto lacanianas sobre a psicose, um fragmento de sua história será rapidamente recontado.

Doutor em direito, Daniel Paul Schreber (1842-1911), veio de uma família de influentes personalidades intelectuais de sua época; burgueses protestantes que buscavam notoriedade intelectual desde o século XVIII, e cujas obras tinham como tema geral a moral e o bem comum (Santi, 2004). Era considerado por seus pares, e tido como um homem bastante inteligente.

Foi adulto que teve sua primeira crise nervosa, entre 1884 e 1885, classificada como hipocondríaca. Oito anos mais tarde, sem que neste período tenham sido relatados quaisquer sintomas psiquiátricos, a vida transcorria bem. Até o momento em que é nomeado para o cargo de juiz presidente do Tribunal de Apelação de Dresden. Pois, no intervalo entre sua nomeação e posse, entre o estado de sono e vigília, é arrebatado pela idéia de que: "afinal de contas, deveria ser bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula" (Freud, 1976 [1911], Vol.

²³ É importante ressaltar que antes desta publicação, Freud já se interessava sobre o tema, entendendo a psicose (na época paranóia) como uma defesa (como a histeria e a neurose obsessiva). Para maiores esclarecimentos, ver seus dois artigos sobre as Neuropsicoses de defesa de 1894 e 1896.

XII, p. 61). Idéia esta a que Schreber reage com imensa indignação. Pouco tempo depois deste pensamento, é internado. Durante a internação é acometido de uma experiência que, segundo ele, determina sua crise; em uma noite, durante curta viagem da esposa, é invadido por múltiplas ejaculações.

Após vivenciar esta experiência, Schreber se desorganiza, apresentando vários sintomas, como delírios (ter se tornado um cadáver, ter seu corpo manipulado de formas aviltantes, idéias hipocondríacas) e alucinações auditivas e visuais. É neste contexto que aparece a vivência do "crepúsculo do mundo" (Ibid., p. 92). Ou seja, em termos freudianos, a retirada do mundo externo da energia de ligação entre o sujeito e seu entorno (Ibid., p. 94). A projeção de sua catástrofe interna, a representação que seu mundo subjetivo chegou ao fim. Exemplificando esta retirada, temos o momento em que se refere como um cadáver em decomposição carregando outro cadáver. Ou o momento em que vê a notícia de sua morte em jornal (Ibid., p. 95)²⁴.

Freud inicialmente interpretou a irrupção de quadros psicóticos como defesa contra uma fantasia homossexual, ressaltando, porém, que apenas a presença deste desejo não explica a paranóia, uma vez que também aparece nas neuroses de transferência, como a histeria e a neurose obsessiva. Para explicar a origem do desejo homossexual na paranóia, Freud propõe uma fixação no narcisismo, também caracterizada pelo desinvestimento libidinal em objetos do mundo externo e retorno da libido ao eu. Ou seja, o desejo se fixa na posição homossexual, frustra-se pela impossibilidade de se apresentar como tal, e, em algum ponto, regride, eclodindo em mecanismos projetivos, como a paranóia, e ou idéias delirantes. Freud observa ainda, que:

"... a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de construção" onde o sujeito tem a possibilidade de reconstruir seu mundo, "não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele" (Freud 1976 [1911], v. XII, p. 94-95).

²⁴ Exploremos este momento com cuidado e de vagar, sem esquecer que a retirada de investimentos libidinais não ocorre exclusivamente em pacientes psicóticos. Basta nos lembrarmos das vezes em que, por razão de um luto qualquer, por exemplo, também retiramos nossa energia do mundo externo. Entre os que encontram substitutos, geralmente o fazem em outros objetos externos, já outros parecem concentrar a libido em si mesmo. Freud propõe, para este último recurso, um quadro de psicose (Ibid., pág. 98).

Mas o ponto que parece ser essencial na elaboração freudiana, sobre o mecanismo da paranóia recai sobre a formação do recalque. Pois algo é abolido internamente e ao retornar, o faz desde fora. É neste ponto que insistirá Lacan para propor um modo específico de abolição interna, que distinguirá do recalque e chamará de foraclusão. Vale a pena nos determos um pouco mais neste termo, em especial no mecanismo de sua formação, dividida em três fases, para entendermos melhor o que significa:

A primeira fase é a fixação, onde determinada pulsão (que para nosso entendimento imediato pode ser definida como um impulso perene para ação) descola-se de outras pulsões, no sentido de sua satisfação (caminho previsto em seu desenvolvimento), e em consequência desta “inibição”, permanece em um estágio mais infantil. É justamente esta fixação, que se tornará condição de possibilidade para haver todo e qualquer recalque. Neste ponto, ainda não há uma separação entre consciente e inconsciente.

A segunda fase é o recalque²⁵ propriamente dito, que já é um processo advindo do ego, onde tanto estas pulsões fixadas, quanto quaisquer outras tendências psíquicas que despertem forte aversão, são passíveis de recalque. Contudo, para que este se dê é preciso a conjugação de duas forças trabalhando na mesma direção: a repulsa exercida pelo sistema consciente e a atração exercida pelas forças inconscientes.

A terceira fase é o retorno do recalcado, que representa uma falha deste processo, ou seja, a irrupção do que foi recalcado a partir do ponto de fixação, implicando uma regressão do desenvolvimento libidinal ao ponto em que estava quando foi recalcado (Freud, 1976b, p. 90-95).

Nos termos de Freud teríamos:

... Temos motivos suficientes para supor que existe uma repressão primeva, uma primeira fase de repressão, que consiste em negar entrada no consciente ao representante psíquico da pulsão. Com isto, estabelece-se uma fixação; a partir de então, o representante em questão continua inalterado, e a pulsão permanece ligada a ele. (...) A segunda fase da repressão, a repressão propriamente dita, afeta os derivados mentais do representante reprimido, ou sucessões de pensamentos que, originando-se em outra parte, tenham entrado em ligação associativa com ele. Por causa dessa associação, essas idéias sofrem o mesmo destino daquilo que

²⁵ Neste sentido o próprio termo em alemão será bastante ilustrativo: o verbo *verdrängen* remete a uma sensação de sufoco, incomodo, que leva o sujeito a desalojar o material que o incomoda. Contudo, apesar de ter sido afastado, tal material permanece junto ao sujeito, pressionando pelo retorno e exigindo a mobilização de esforço para mantê-lo longe (Hanns, 1996).

foi primeiramente reprimido. Na realidade, portanto, a repressão propriamente dita é uma repressão posterior. (...) Provavelmente, a tendência no sentido da repressão falharia em seu propósito, caso essas duas forças não cooperassem, caso não existisse algo previamente reprimido pronto para receber aquilo que é repellido pelo consciente (Freud 1915, p. 171).

Freud percebe, especialmente nas alucinações e nos delírios, que estes constituem uma tentativa de reinvestimento libidinal nos objetos exteriores. Mas isso não é tudo. Freud percebe também, que esta tentativa de reinvestimento é mais que a projeção do que foi suprimido internamente; na psicose (chamada por Freud de demência precoce ou esquizofrenia) também ocorre um desligamento da libido, o recalque propriamente dito, e sua regressão ao ego. Mas seu ponto de fixação e seu retorno, formação dos sintomas seriam distintos da paranóia. Quanto à devolução da libido aos seus objetos, na paranóia esta ocorreria menos por meio da projeção, e mais em função das alucinações. Já o ponto de fixação estaria em algum lugar no começo do desenvolvimento entre o auto-erotismo e o amor objetual, uma vez que a regressão não se limitaria apenas ao narcisismo como na paranóia, mas a um total abandono do amor objetual e a um retorno ao auto-erotismo infantil.

Uma vez apresentadas, ainda que muito superficialmente, estas noções freudianas, temos alguns subsídios para rascunhar resposta à uma pergunta inicial: Como a defesa frente a uma fantasia homossexual pode ser motivo desencadeante do delírio paranóico? Guardemos esta referência, pois nos será útil para por luz sobre as contribuições de Lacan sobre o tema, vejamos.

2.2

Foraclusão

Para Lacan, o momento de desencadeamento da psicose corresponde ao momento em que, frente a determinados acontecimentos e vicissitudes da vida, o sujeito precisa se valer do significante Nome-do-Pai, mas neste momento, nada lhe vem ao auxílio, eclodindo a psicose.

Para entendermos o que quer dizer Nome-do-Pai usaremos uma bela alegoria de Lacan, onde o conceito aparece como uma estrada principal sobre a qual se agruparão vários significantes, permitindo, também, passagem para algumas significações. O psicótico não teria esta estrada principal, vagando por

estradas vicinais, guiado, talvez, por uma ou outra placa, advinda de sua capacidade em significar seus delírios e alucinações²⁶.

Talvez pudéssemos dizer que fardo e delícia da vida é caminhar significando suas vicissitudes. De tal modo que aquilo com que se depara, se não aparece significado no simbólico, aparecerá buscando sê-lo no real. Ou, dizendo de forma freudiana, o que foi internamente abolido, retorna deste fora (Freud 1976 [1911], v. XII, p. 95).

Apontamos, adiantando um pouco, um outro aspecto radical da ausência desta estrada principal;

...o significante não é nunca solitário, como ele sempre forma alguma coisa de coerente – é a significância mesma do significante - a falta de um significante leva necessariamente o sujeito a reconsiderar o conjunto do significante. (Lacan, 1988 [1956], p. 231).

Se com estas noções iniciais abrimos nosso apetite, vamos avançar com mais vagar na direção do prato principal: Lacan vai distinguir neurose e psicose a partir da ocorrência, ou não, do recalque: enquanto na neurose, ou melhor, nas diferentes formas de neurose, este se daria conforme descrito anteriormente, na psicose, ou melhor, nas diferentes formas de psicose, ocorreria a forclusão²⁷ do

²⁶ Vamos à citação: “A estrada principal é assim um exemplo particularmente sensível de que lhes digo quando falo do significante enquanto ele polariza, engancha, agrupa em feixes as significações. Há uma verdadeira antinomia entre a função do significante e a indução que ela exerce no agrupamento de significações. O significante é polarizante. É o significante que cria o campo de significações. (...) Que será que se passa quando não temos, a estrada principal, e quando somos forçados, para ir de um ponto ao outro, a adicionar os pequenos caminhos uns aos outros, os modos mais ou menos divididos de agrupamentos de significação. Para ir deste ponto àquele, teremos a escolha entre deferentes elementos da rede, poderemos fazer nossa rota assim ou assado, por diversas razões, comodidade, vagabundagem, ou simplesmente errar na encruzilhada. (...) Para levar um pouquinho mais adiante ainda a minha metáfora, eu lhes direi como fazem os usuários da estrada quando não há a estrada principal, e que se trata de passar por pequenas estradas para ir de um ponto ao outro. Eles seguem os letreiros na beira da estrada. Isso quer dizer que ali onde o significante não funciona, isso me põe a falar sozinho à beira da estrada principal. Ali onde não há a estrada, as palavras escritas aparecem nos letreiros. Talvez seja isso a função das alucinações auditivas verbais de nossas alucinações – são os letreiros à beira de seu pequeno caminho” (Lacan, 1988 [1956], p. 328, 329, 330).

²⁷ Conforme explicado por Fink (1998, p. 217), a quem referimos para uma explicação mais detalhada, este é um termo jurídico que designa um processo cujo prazo legal de apelação foi perdido. Deste modo, um processo “forclos” é um processo legalmente encerrado, mas que não existe.

Nome-do-Pai. Para entendermos o que isto significa, necessitamos de mais algumas ferramentas; que são Real, Simbólico, e Imaginário²⁸.

Começamos destacando alguns dados. Já foi mencionado que com Lacan, (1) podemos dizer que as psicoses seriam um “acidente no simbólico”. (2) E por simbólico, entendemos o mundo da linguagem. (3) A porta de entrada deste mundo da linguagem seria a castração. Ponto que Freud já tinha chamado atenção como central em qualquer experiência humana de vida, e que é retomada por Lacan em uma dimensão simbólica partindo da função fálica. Doravante (4) entendida, esta função fálica, como desejo. É esta função, por exemplo, que organiza a sexualidade infantil. (5) Por ser o significante do desejo, ela não se localiza em um objeto específico, ou em um significado determinado, mas na própria falta de significado ou inscrição. Esta discussão sobre a função fálica é fundamental porque para Lacan, (6) o psicótico apresenta justamente uma falha nesta função²⁹.

Que falha seria essa?

2.3

Os três tempos do Édipo

Para podermos entendê-la, a falha, temos que falar sobre castração, falar sobre o Édipo, pois se dissemos que o psicótico sofre de um “acidente no simbólico”, e o simbólico remete à linguagem, a entrada desta começa no Édipo, esta grande “armadura significante” (Santos, 1991, p. 81).

²⁸ Permito-me novamente, trazer uma citação bastante extensa, porém esclarecedora sobre estes conceitos: Que os elos sejam indestrutíveis, todos os três da mesma maneira, isto pode se imaginar dizendo que eles estão enodados. Ao que se acrescenta que eles estão enodados borromeamente. Sabe-se o que isto significa: que é impossível - isto é o real do nó - desfazer um destes elos sem que, ao mesmo tempo, os dois outros - eles são distinguíveis: isto é o simbólico do nó - sejam liberados. Daí se imagina pela representação - isto é o imaginário do nó - que nada existe como real que não deva, como tal, se escrever -, e se representar - ao ponto que inclua o irrepresentável. Nada escapa à esta necessidade borromeana que o nó representa, e nem mesmo o próprio nó que, quando vemos, é igualmente real (pois há um impossível marcando o desatamento), simbólico (pois os elos se distinguem em letras R, S e I), imaginário (pois os elos de barbante podem fazer realidade manejável). Mais ainda, cada elo, R, S ou I, é ele mesmo, como tal, real (pois é irreduzível), simbólico (pois faz *um*), imaginário (pois faz elo). Dizendo de outra forma, algo não cessa nunca de existir, algo não cessa nunca de se escrever - se ao menos, como se supõe, isso fala -, enfim, algo não cessa nunca de se representar. (Milner, 2006)

²⁹ Existe um mundo de dissertações e teses sobre a psicose em Freud e Lacan, mas para não iniciados interessados em uma apropriação rápida de conceitos importantes, indicamos, Bruce Fink e Fernando Tenório. Ver Bibliografia.

Lacan divide o Édipo em três momentos: o primeiro de ser ou não ser o falo da mãe. De ser ou não ser seu objeto de desejo. A criança encontra-se em uma relação do tipo “fusional” com a mãe. O processo é de identificação, facilitado, não podemos esquecer, pelos cuidados e as necessidades satisfeitas pela mãe, que de certa forma induzem à situações em que a criança se faça objeto do que supostamente faltaria à mãe. Acabando assim a querer constituir-se propriamente como o “falo materno”.

O segundo momento aponta para a entrada de um terceiro na relação mãe bebê, função paterna. Que ao se apresentar, traz consigo a castração, uma vez que diz (de modo bem grosseiro, e ilustrativo), algo como: “... se você é ou não o objeto de desejo desta função materna, eu não sei, mas esta não é, e nem será tua”. A mediação do pai possui um papel decisivo. Sua chegada, como podemos supor, se dá por um sentimento de privação. (O pai entra em cena privando a mãe do objeto de seu desejo). A causa da frustração é mostrar quem é o “possuidor da mãe”. Este é o tempo da aceitação da lei, criando uma significação nova para a criança, sendo apresentada diretamente à castração, passando a simbolizar o pai. Ou seja “... a colocação substitutiva do pai como símbolo ou significante, no lugar da mãe” (Lacan 1999, p. 187).

Se isto acontece, e não precisa ser com modos tão pouco gentis, a identificação da criança como falo da mãe é recalcada, e a mãe passa a olhar para alguma outra coisa que não só a criança, abrindo caminho para o desejo do filho, de no mínimo, olhar para onde a mãe também olha. Dito isso, entendemos que a função paterna é a função significante Nome-do-Pai, instaurador de uma falta simbólica para o bebê, instaurador da castração. Ao mesmo tempo organizador da sexualidade.

No terceiro momento, ocorre o declínio do complexo de Édipo. As regras do jogo não são mais ser ou não ser o objeto de desejo, mas ter ou não ter o falo. Seria algo como: “Ok, minha função paterna já mostrou que não passarei toda vida junto à minha função materna... mas mostrou com isso que existem outras “funções” por aí. Vou ver o que posso fazer para me tornar tão interessante para estas outras “funções” quanto eles foram um para o outro”. Neste momento, ocorrem identificações diferenciadas para meninos e meninas; os meninos se identificando com o pai e afirmando terem o falo, e as meninas tendo o pai como objeto de amor buscando nele o que sabem não ter. Neste momento termina a

rivalidade fálica em torno da mãe. Ocorre a simbolização da lei. O pai não aparece mais como um falo rival, e não priva mais a mãe de possuir desejos.

O essencial da passagem pelo Édipo, ao menos para a constituição de uma organização neurótica, é que a mãe funde o pai “como mediador daquilo que está para além dela e de seu capricho, ou seja, (...), a lei como tal” (Lacan 1999, p. 197).

Para Lacan, o segundo tempo, na psicose não ocorre. A mãe aparece completa ao supor que não lhe falta nada, imaginarizando o filho como falo, e inviabilizando a entrada do Pai. Não se inscrevendo, assim, lei alguma nesta relação mãe bebê. No lugar de recalque da posição de falo da mãe, na psicose se daria a - Foraclusão do Nome-do-Pai -. Uma vez dada esta foraclusão, o sujeito encontra-se na impossibilidade de operar uma mediação simbólica que castre, domestique o real. Nas psicoses não há de fato recalque, logo, realização simbólica do sujeito do inconsciente, mas um retorno diretamente no real do que não pode ser simbolizado. Diversamente, na clínica das neuroses o real recebe um tratamento preliminar através da metáfora paterna que pode ser considerada, com efeito, como um tratamento preliminar de tudo aquilo que retorna do real: seu resultado é uma castração (da mãe) que abre simbolicamente o lugar do sujeito (Lacan, 1998, p.557).

Com esta foraclusão, um psicótico erra (no sentido de uma errância), por cadeias significantes, pelo simbólico, pelas palavras, sem um ponto organizador, uma lei, uma articulação entre pontos ou frases. Muitas vezes procurando este ponto de articulação nas palavras de outros, em atividades repetidas, idiosincrasias, coleções, e tantas outras coisas tão diversas quanto as próprias palavras que os atravessam.

É fato que todos são falados ou atravessados por palavras, mas neuróticos, por exemplo, como possuem uma forma de recalque, que permite a possibilidade de fazer metáfora, são cotidianamente surdos a estes atravessamentos. Barrando-a ou filtrando-a conforme a ocasião permite. Já os psicóticos, estão mergulhados nestes atravessamentos. Tendo que confeccionar instrumentos muito particulares para lidar com cada situação, ao invés de uma lei geral que organize qualquer ação. Nos lembremos da bela imagem feita por Lacan sobre estrada principal e estradas vicinais.

2.4

O Imaginário

Quando não é possível contar com uma amarração simbólica, por vezes, pode-se com uma imaginária. A “identificação” com seu semelhante. Mas um semelhante dotado da capacidade de dizer quem você é. Vejamos.

Como se fosse uma voz alucinada, o psicótico pode desenvolver relações como se olhasse para o espelho, ou seja, como se o outro ou mesmo a voz, fossem sua própria imagem³⁰. Vejamos como isso pode acontecer.

O imaginário para Lacan, ao menos em um primeiro momento, é entendido como registro da ilusão de completude e de unidade. Para demonstrar como a imagem é formada, elaborou o estágio do espelho no qual a criança, partindo da imagem do outro, constitui sua própria. No seminário de 1956-57/1995 – “A relação de objeto” – Lacan afirma:

...o estágio do espelho está bem longe de apenas conotar um fenômeno que se apresenta no desenvolvimento da criança. Ele ilustra o caráter de conflito da relação dual (p. 15).

Dessa forma, o estágio do espelho acaba por definir algo que não se refere nem a um simples estágio, nem somente à experiência do espelho, pois o que está em jogo no final das contas é o advento da alteridade; afirma Ogilvie, (1991, p. 112).

A criança reconhece sua imagem no espelho com uma manifestação de júbilo e com a efetuação de uma operação de identificação entendida como “...a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem...” (Lacan, 1966, p. 94). A identificação é, então, a parcela de atividade que cabe à criança mediante a percepção de uma imagem que lhe vem do exterior. Essa assunção da própria imagem pela criança é o que originalmente precipita a construção do “eu” conferindo-lhe sua forma primordial: o “eu” ideal, forma que será a fonte de todas as identificações secundárias responsáveis pela função de normalização libidinal e que representa o caráter estático e permanente do eu, “...a armadura enfim

³⁰ Apesar disso, vale ressaltar, que salvo nos momentos em que a vida impõe uma amarração simbólica, é desta forma que muitas pessoas (pacientes ou não), levam a vida razoavelmente bem. Basta lembrarmos de Schreber, que só aos 51 anos de idade desorganiza sua linha de vida.

assumida de uma identidade alienante, que vai marcar com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” (Lacan, 1966, p. 97).

Esta construção se dá em três momentos, que são: (1) momento de indistinção entre si mesmo e o outro. (2) Alguma distinção entre a imagem do outro no espelho e o outro enquanto representante da “realidade”. (3) Reconhecimento do reflexo no espelho como imagem própria e, conseqüentemente, experiência de unidade corpórea. O mais importante destes três momentos é a formação da imagem de si partindo da imagem do outro, que é exterior ao sujeito. Esta característica é fundamental, pois mostra como é constitutiva a alienação e a dependência presente no imaginário, além da sua capacidade de unir e fazer laço.

Já sabemos até aqui, que a Forclusão do Nome do Pai ocorrida na psicose leva o sujeito à não encontrar em sua amarração simbólica auxílio quando alguma vicissitude da vida se coloca, exigindo uma resposta que pelo simbólico não é possível oferecer. Mencionamos que nestas ocasiões o imaginário pode vir “em socorro” para que a vida se dê mais ou menos bem, sem grandes rupturas ou fragmentações. Se pegarmos o esquema do espelho, veremos que pela via das identificações é possível encontrar alguma sintonia na relação com outro que dê conta de apaziguar o furo presente no simbólico. Por meio destas e, sobretudo, dependente destas, o sujeito pode afirmar alguma coisa, ou encontrar subsídios para confeccionar uma ferramenta de articulação entre si e o outro.

Um paciente que acompanhei pode ilustrar bem o que estas identificações imaginárias querem dizer: Z., por volta de seus dezessete anos abre a primeira crise quando, envolto em algumas mudanças de comportamento, e a morte de seu padrasto, passa a não reconhecer seu reflexo no espelho, mas borrões disformes. Algum tempo depois, desses borrões vão surgindo figuras estáveis, porém, horripilantes, como fantasmas e/ ou vampiros. Depois de algum tempo de tratamento, e já com sua imagem no espelho sendo reconhecida com própria, passa a apresentar uma curiosa característica com a equipe que o tratava; com cada membro da equipe se comportava de uma forma diferente, nos surpreendendo sempre com imitações de nossas falas e maneirismos. O mesmo acontecia entre seus familiares, chegando a adotar posturas e comportamentos próximos dos estereótipos que captava dos que dele se aproximavam por algum tempo e desenvolviam uma relação afetiva. Com o passar de mais algum tempo

(anos), Z. foi se interessado por uma determinada igreja evangélica, e em especial pela posição de pastor. Na medida em que este interesse foi se solidificando, mais e mais suas personalidade se moldava a este significante. Até que começa efetivamente a fazer parte de uma escola de formação e preparação de pastores, abrindo uma segunda crise no decorrer deste período.

Lacan traz novamente uma bela imagem para explicar melhor esta relação:

“Nem todos os tamboretos têm quatro pés. Há aqueles que ficam em pé com três. Contudo, não há como pensar que venha faltar mais um só senão a coisa vai mal. Pois bem, saibam que os pontos de apoio significantes que sustentam o mundinho dos homenzinhos solitários da multidão moderna são em número muito reduzido. É possível que de saída não haja no tamborete pés suficientes, mas que ele fique firme assim mesmo até certo momento, quando o sujeito em certa encruzilhada de sua história biográfica, é confrontado com este defeito que existe desde sempre”. (Lacan, 1988 [1956], p. 231).

Usando outra bela imagem lacaniana, antes do surto psicótico, ou melhor, no período pré-psicótico, o “peso” da realidade é sustentado sobre bengalas imaginárias.

Lacan valorizava o momento de abertura de uma crise, segundo ele, momento de impossível apelo ao Nome-do-Pai. Estes apelos, como dissemos, ocorreriam em situações onde se fizesse necessário um terceiro, vindo de outro lugar, e o obriga a respostas inexistentes, inarticuláveis. Esta trilha talvez, nos ajude a entender porque em situações em que nossos pacientes psicóticos se vêm diante alguma vicissitude (mudança ou novidade), fica um certo mal estar, ou mesmo pode ocorrer a abertura de uma crise. Não nos esqueçamos:

“O que não aparece no simbólico, aparece no real” (Lacan, 1966, p. 388).
Ou: “Aquilo que foi internamente abolido, retorna desde fora” (Freud, 1976b, p. 95). Ou ainda, nos valendo de Solal Rabinovitch para quem o retorno do foracluído vem localizar o nada do inconsciente e o vazio do Outro:

Entre os presos do lado de fora, pensamentos, vozes, sensações vêm de fora; sua publicação (retorno) os localiza no sistema percepção-consciência, onde eles não podem inscrever-se, mas apenas experimentar-se... Localizado no vazio criado pela abolição de inscrições mnésicas, o retorno do foracluído habita esse bizarro lugar psíquico, onde nada se imprime como uma marca, mas onde não cessa de reaparecer, levado, suportado pelo que se ouve, pelo que se vê, pelo que se sente, pelo que se lê, o significante lançado nas trevas exteriores (Rabinovitch, 2001, p.111).

Nestes momentos em que a metáfora paterna não vem em seu auxílio, permitindo alguma simbolização, ocorre um dilaceramento imaginário, e muitas vezes a vivência de um “crepúsculo do mundo” se outorga ao psicótico. Como ilustra Z.

Com a abertura de um surto psicótico, o saber no qual o psicótico se organizava fora da crise, a sustentação de seu banquinho, não vale mais, e se revela o “crepúsculo da realidade”, trazendo a vivência de “fim de mundo”, a clareza da morte, a falta de sentido, o encontro, sem véu, com o real sem mediação simbólica. O sujeito “encarna” a fragmentação, a deformação da imagem, o despedaçamento do corpo, é invadido, mortificado, ficando à mercê do mundo. Errante.

A saída muitas vezes encontrada para este dilaceramento imaginário pode ser, como dissemos, a confecção de uma significação totalmente particular, uma ferramenta artesanal para moldar artesanalmente um significante, e, com isso, tamponar a ausência da metáfora paterna e suas conseqüências nefastas. É o que Freud atribuía ao delírio, como tentativa de reconstrução e cura, e Lacan denominava “metáfora delirante” (Lacan 1958, pág. 584). Onde além de confeccionar uma significação viável para poder existir, funda nela uma filiação. Z. mostra isso, mas o mais conhecido exemplo deste trabalho artesanal está em Schreber, que conseguiu se estabilizar durante vários anos, quando passou a fazer parte de seu cotidiano e vivências a certeza de ter sido escolhido por Deus para ser sua mulher e fundar uma nova raça de homens. Vale a pena destacar, que a certeza desenvolvida pelo psicótico, é diferente de uma crença neurótica, por exemplo. Esta última também está sujeita a dialetização e limite, comporta dúvidas, castração. Com o psicótico, é uma verdade toda, tem que ser assim, como importa porque ou como. Não se tratando de uma compreensão, mas, muito mais de uma revelação.

2.5

O Real

Bom, se estamos bem até aqui, já trilhamos o simbólico e o imaginário, nos faltando falar sobre o real. Mas primeiro, vamos diferenciá-lo de realidade. O Real em Lacan, é o que *existe*, sem o qual não há nada que haja. Já o todo do

representável, se chamará realidade. É o corpo da criança antes de dominar a ordem simbólica, antes de, por exemplo, aprender os costumes do mundo.

Mas o que isso quer dizer?

No dia a dia do senso comum, usamos realidade como “aquilo que existe efetivamente e é partilhado pelo conjunto das pessoas tendo tal existência”. E real, como “o que existe de fato”. Ambas as definições foram retiradas do dicionário Aurélio. Em Lacan, deslocamos a questão da existência do real, que se torna justamente o que não existe, mas que produz efeitos, provoca, e afeta. É um tipo de tecido inteiro, indiferenciado, que se aplica a qualquer coisa, do universo a sapos. A divisão deste tecido em zonas separadas é resultado da ordem simbólica, que corta o pano do real, criando subdivisões, lacunas e formas distintas, eliminando assim, o real, neutralizando-o, melhor dizendo, e criando a realidade. Realidade entendida como aquilo que pode ser nomeado pela linguagem. Neste sentido, podem entender como a linguagem cria coisas que não tinham existência antes de serem verbalizadas³¹. E verdadeiro, neste sentido, seria então, o momento em que o sujeito topa com o real (aquilo que ainda não foi simbolizado). Nas palavras de Lacan (1988 p. 224) teríamos:

“... o Real poderia ser “A Verdade”, mas uma verdade jamais atingida pela representação, e à qual só temos algum acesso através de “encontros faltosos”, ou seja, afetações provocadoras de angústia e desprovidas de qualquer sentido. Esta noção de “encontro faltoso” talvez seja a fórmula mais aproximativa do que se passa no encontro/ desencontro, ou poderíamos dizer “topada”, do sujeito com esse Real”.

Lacan chama de *Tique* este encontro que falta, um termo grego cujo significado é fortuna, boa ou má sorte. Destacando-se aí a noção de surpresa, acaso, inesperado. Assim, definimos Real como algo inapreensível, sempre retornando do mesmo lugar e que não para de se inscrever.

Se no início falamos que a mudança em um dos três registros muda os outros, e já sabemos que existe no psicótico um “furo no simbólico” (ao invés da constituição da metáfora paterna e do recalque, forclusão do Nome-do-Pai), como se dá o encontro com este Real?

³¹ È por isso que Lacan diz que o real “ex-siste”, ou seja, existe separado de nossa realidade. Este termo ele pegou emprestado de Heidegger. (Fink, 1998)

A primeira consequência é a impossibilidade de barrar a influência de outra pessoa sobre si mesmo, barrar o gozo do outro. Um psicótico, e isso é sentido especialmente nos momentos de crise, fica sobre os efeitos desta “influência” do Outro³². Um outro que aparece como não castrado, todo poderoso. Não há como se isolar da presença deste outro, que com seu olhar, pensamento, presença, movimentos, invade com significados, propostas, palavras ou comandos avassaladores. Se um neurótico responderia a este jogo de olhares e gestos tão próprio dos seres humanos como uma pergunta, talvez; O que será que o outro quer de mim? E acompanhando esta pergunta, as mais diversas fantasias. Um psicótico responderia com seu corpo, e muitas vezes, como o relato na introdução, com sua vida.

Esta mesma sensação de estar nas mãos de outro tão poderoso, submetido a seus caprichos, pode ser vivida de diversas maneiras, tanto por meio de alucinações, que por sua vez podem ser imperativas, depreciativas, hostis, jocosas, entre outras, quanto por meio de uma sensação de abandono, um abandono tão radical, que se torna deriva, margem do mundo, exclusão. Pessoas como Jonas testemunham esta exclusão tão radical quando, mesmo sem um quadro auto e heteroagressivo, permanecem “errando”.

Lacan vislumbrou que, além de poder sair desta situação errante (ou julgo a este outro todo poderoso, não barrado) com a confecção de uma metáfora delirante, um saber total, não dialetizável, ao querer deste outro. Um psicótico poderia “*pousse-à-la-femme*”, ou empuxo-à-mulher. E aqui, mais uma vez Schreber vem em nosso auxílio; lembremos que ele tem certeza de que Deus lhe exige manter-se num estado constante de gozo, de tal forma que, para satisfazê-lo, tem que se esforçar por todos os meios para proporcionar-lhe gozo, o que é uma contradição, só resolvida pelo gozo Outro, isto é, se transformar em mulher.

³² O que seria este Outro com O maiúsculo? De forma muito esquemática dizemos estar o inconsciente, transbordando de desejos de outras pessoas, como o de nossos pais (que nos imaginam isso ou aquilo), nos avós (que nos querem gordinhos, cheios de filhos, para terem netos com quem brincar), parceiras (os), (que nos querem assim ou assado), entre tantos outros. São tantos desejos sobre nós, e de tantas formas, que alguns nos afetam sem que saibamos o que são ou de onde vêm. Este Outro, portanto, é o discurso e desejos dos outros a nossa volta na medida em que estão internalizados. Porém, ainda que internalizados, podem, e muitas vezes os são, estranhos a nós mesmos. Daí, a importância do Outro dentro do “indivíduo”. Com esta referência, podemos derivar que Outro pode ser, linguagem, demanda, desejo, gozo. Para o conceito de Outro cf. Restos, verbete Outro.

Experimenta a sensação de que seu corpo se feminiza, fenômeno que, na psicose, Lacan nomeou *eviração*³³ (Goyatá, 2003).

De acordo com seus pressupostos, a mulher também não está totalmente atrelada à lei fálica, ela é “não toda”, e, por vezes, um psicótico pode recorrer a referências a mulher para dar conta de sua condição, também de não atrelada à lei fálica. Há no seminário 3 uma referência a esta questão: falando sobre Dora, Lacan propõe

O que é ser uma mulher, e especificamente, o que é um órgão feminino? Observem que nós nos encontramos aí diante de alguma coisa de singular – a mulher se interroga sobre o que é ser uma mulher, da mesma forma que o sujeito macho se interroga sobre o que é ser uma mulher (Lacan 1988, p. 197).

Foi tendo estas referências em mente, que Lacan, diferente de Freud, argumentou que o que ocasionou a irrupção da psicose de Schreber não seria a defesa frente à fantasia homossexual, mas sim o apelo do simbólico frente à promoção para o cargo de juiz presidente do Tribunal de Apelação de Dresden. A questão homossexual para Lacan, portanto, seria efeito da falta da inclusão do Nome-do-Pai (forclusão); falta de mediação simbólica entre um sujeito e mundo.

Um psicótico, deste modo pode se oferecer ao outro para que este goze deste, mas com uma diferença importante, ele também pode gozar. È o que Lacan nos diz de Schreber: “... por não poder ser mais o falo que falta à mãe, resta-lhe a solução de ser a mulher que falta aos homens” (Quinet, 1990. op. Cit., pág.26).

Souza (1991) traz outra contribuição bastante interessante; ela lê este empuxo-à-mulher como estando em direção à vida. Contrapondo à este, um “arremesso-à-morte”, expressável tanto na “inércia psicótica”, aquele vagar errante, pra lá e pra cá, quanto, mais radicalmente, no suicídio.

³³ Lacan, na Questão Preliminar..., argumenta que, ao abrir-se no campo do imaginário a hiância que corresponde à falta da metáfora simbólica, a saída da sexualidade de Schreber só poderia se resolver na efetivação da emasculação. Objeto de horror para o sujeito, inicialmente, depois aceito como compromisso razoável, e, desde então, decisão irreversível. O órgão sexual passa a uma reabsorção pacífica nas entranhas do sujeito porque ele não sofreu castração real no complexo do mesmo nome, logo, Lacan sugere o termo *eviração* como tendo o mesmo sentido que emasculação (Lacan 1957-58/1998 p. 570/571).

2.6

Recapitulação

Bom, hora de fazermos uma recapitulação do que temos até o momento. Começamos trazendo fragmentos da história de Schreber e respectiva leitura de Freud sobre os eventos descritos pelo mesmo em sua biografia. Neste sentido, destacamos o mecanismo da paranóia recaindo sobre a formação do recalque. Após descrever este mecanismo, apontamos que Lacan vai distinguir neurose e psicose a partir da ocorrência ou não do recalque; nas neuroses conforme descrito, e nas psicoses com a forclusão do Nome-do-Pai. Para entendermos este conceito, nos valem de noções sobre Real, Simbólico, e Imaginário. Os tendo em mente, apontamos que serão entorno de um “furo no simbólico”, que se darão as alterações concernentes à psicose. Com isso, chegamos no aspecto fundamental da conceituação lacaniana acerca de determinação das psicoses: o que faltou, para o psicótico, como Lacan sustenta no seminário 3, e no texto "Questão Preliminar", foi a incidência da função paterna no Édipo, necessária para proporcionar ao sujeito o acesso ao uso estruturado da linguagem. Mencionamos ainda as formas possíveis de não sucumbir totalmente aos efeitos deste furo que um psicótico pode desenvolver ao longo de sua vida, como identificações imaginárias ou empuxo à mulher. Evitando assim, o que Schreber nomeou de “crepúsculo do mundo”. Nos cabe agora perguntar o que podemos fazer com estas referências. Que características um dispositivo de tratamento em saúde mental deve ter para poder tratar pessoas que padecem da condição descrita? E é por isso que entraremos no campo da Psicoterapia Institucional Francesa (doravante PI) tal como proposta por Oury e outros. Foi para podermos ter subsídios melhores para entendê-la que percorremos seu contexto histórico no primeiro capítulo e seus pressupostos ligados à psicanálise no segundo. Nos valendo tanto de uma teoria sobre a psicose para pensar um dispositivo, quanto da história da instituição psiquiátrica para pensar o seu contexto. Iniciaremos nossa descrição sobre a P.I. como uma espécie de “vão de pássaro”, carregado de citações do autor para nos ajudar na visualização de seus conceitos. Este “vão”, se dará por estar, a PI (como também o está a psicanálise) em uma malha conceitual que nos exigirá uma breve menção aos seus termos gerais para um entendimento mais detalhado no Coletivo, conceito que elegeremos como sendo o principal para o entendimento de como

um dispositivo poderá tratar este “furo no simbólico”. Já as longas citações, como dissemos, servirão para melhorar a qualidade do nosso vôo e também para oferecer direto do original, formulações ao leitor de língua portuguesa que não esteja acostumado ao idioma francês, e aos que trabalham com P.I., uma mostra ainda inédita entre nós dos conceitos de seu principal autor, Jean Oury.

3

Fundamentos da clínica em Psicoterapia Institucional

Para bem entendermos o trabalho de fundamentar a Psicoterapia Institucional (PI), conforme desenvolvida por Oury, deve-se ter em mente seu campo teórico complexo, que leva em conta tanto o sujeito quanto sua “imersão” no social incluindo aí, as instituições que eventualmente vier a transitar. Coerente com esta posição, afirma também que independente de ambiente ou contexto político, deve-se destacar, no que diz respeito à psicose, algo a ser definido. Segundo Campos Silva (2001, p.94), a originalidade de sua contribuição está em elaborar uma teoria e prática (práxis), que visa simultaneamente, investigar e intervir nos questionamentos (ou dinâmica) advindos no decorrer do tratamento institucional da psicose.

Por este motivo, com o objetivo de inventariar e compreender alguns de seus fundamentos técnico-teóricos será necessário abordar, sem esgotar, conceitos chaves dos quais Oury parte para articular sua prática clínica na instituição. Assim sendo, o ainda diretor da Clínica La Borde, na França, define o objetivo a Psicoterapia Institucional da seguinte forma:

3.1

Proposições básicas

Tomemos como nosso marco zero três proposições básicas. A primeira:

O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um Coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que um psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo ‘institucional’ pela mediação de “espaços transicionais”, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de técnicas de mediação, que podemos chamar de “objetos institucionais”, que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto à participação em sistemas concretos de gestão ou de organização. (Oury, 1976, apud Verztman, 1992, p. 28).

A segunda: a instituição “de Oury” se orienta pela noção psicanalítica de transferência e o conceito de Coletivo organiza o espaço terapêutico (Tenório 2001, p.69).

A terceira: segundo Vertzman, a Psicoterapia Institucional baseia-se em quatro "Axiomas Básicos": "- Liberdade de circulação. - Lugares estruturados concretos: ateliês, serviços (cozinha, administração, etc.). - Contratos facilmente revisáveis de entrada e saída. - Um acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediações" (1992, p. 24).

Foi tentando elucidar estas proposições que este capítulo foi escrito. Iniciemos este trabalho.

3.2

Instituição e estabelecimento

Uma das muitas conseqüências passíveis de serem extraídas do apanhado histórico visto no primeiro capítulo é observar, entre outras coisas, o esforço dos vários pensadores mencionados, especialmente Pinel/ Esquirol, em pensar o que significa acolhimento. No caso da Psicoterapia Institucional, como este se dá, respeitando e tendo como objeto a singularidade de cada sujeito no interior de uma organização que se propõe coletiva. Como acolher, de forma viva e terapêutica, esta instituição na qual estão presentes funcionários, pacientes e quem mais vier? Para isso entra em cena o conceito de Coletivo para Oury.

O primeiro ponto a ser abordado, é a diferença entre coletivo e coletividade. O conceito de Oury - Coletivo, não se confunde nem com o estabelecimento, nem com a instituição; entendidas como formas de coletividade.

O estabelecimento seria o imóvel e tudo o que diz respeito às relações concretas da instituição com a cidade e o Estado (Moura, 2003).

Um equipamento de saúde mental na condição de estabelecimento é uma entidade criada para tentar dar conta de encomendas sociais. Assim sendo, pode percorrer dois caminhos; (1) uma espécie de relógio que sempre marca o que deve ser feito, quem deve fazer, e quando. Ou (2), um enquadre mínimo de ordem para que não se naufrague no caos de, por exemplo, não se saber, literalmente, para onde ir para pedir ajuda. Uma organização necessária, mas não suficiente. E que ao tentar tornar-se suficiente, desvia de seu sentido original de mediar sujeito e

sociedade (Moura 2003), transformando a proteção desta mediação em seu objetivo principal. E eliminando com isso a dicotomia, contradição, paradoxo, entre o organizado e o não organizado, o sujeito e a sociedade.

Já instituição é um conceito problemático, que varia de sentido dependendo da disciplina que dele trate. Podendo significar tanto formas sociais estabelecidas quanto processos por meio dos quais a sociedade se organiza (Moura 2003, p.32-33). Para Oury (1986), em linhas gerais seriam os processos em andamento dentro do estabelecimento, como: ateliês, psicoterapias, reuniões, assembléia, o clube, etc... A instituição é, pois, o vetor de uma função simbolizante que permite lutar contra o fechamento³⁴, “inclinação natural de toda coletividade”. Deleuze (*apud* Moura 2003) a definiu, entre outras coisas como “um sistema de meios indiretos e sociais para satisfazer uma tendência”. Proposição da qual podemos destacar a função de mediação entre indivíduo e sociedade. Outra colaboradora para o desenvolvimento dos conceitos de Oury, Michaud, parte desta definição de Deleuze para definir instituição como:

... uma estrutura elaborada pela coletividade tendendo a manter sua existência através do asseguramento do funcionamento de uma troca social de qualquer natureza que seja (Michaud, 1977, pág. 33 *apud* Moura, 2003, pág. 38).

Deste modo, uma instituição por sua função de desalienação e de mediação entre as pessoas e grupos/ pessoas e sociedade, constitui uma “tessitura institucional” (Moura 2003). Tornando “verdadeiras instituições”, processos, mecanismos, e lugares concretos, como, por exemplo, o Clube Terapêutico, o rodízio de tarefas, as reuniões e assembléias. Uma vez que, pelos laços criados e frequência, possibilitem a constituição de *espaços de dizer*, onde possa haver uma emergência do desejo e se dêem efeitos de transferência. Michaud avança, apontando que tais instituições têm como função permitir o aparecimento de múltiplas transferências e, pela participação e circulação em seus diferentes espaços, dificultar o desenvolvimento do estado de inação que, como dissemos no capítulo 2, tende a sucumbir o psicótico que não se estabiliza com metáforas delirantes, identificações imaginárias, ou arremesso-à-mulher. Ao mesmo tempo em que abre caminho para a “tomada de responsabilidade” (Moura, 2003). Para a

³⁴ Noção a ser desenvolvida mais abaixo.

autora, a tarefa dos trabalhadores em saúde mental é: “... a criação de um sistema de instituições cuja flexibilidade é incomparavelmente superior à que existe na sociedade global” (op. Cit., p. 39). Seguindo seu raciocínio, trabalhar a instituição seria tentar impedir que esta sucumbisse à inércia, e que a leva a se estabelecer. Sendo sempre necessário que uma instituição tenha plasticidade suficiente para mudar seus enquadres à medida de novas demandas e/ ou novas configurações dos grupos. E no caso de não conseguir fazer estes movimentos, ser reinventada por meio de uma análise elaborada por todos que dela participam, todos. Tosquelles (1973) chama atenção que um serviço de saúde mental (para ele chamado de hospital), deve ser visto não como uma instituição, mas como uma pluralidade de instituições que devem ser articuladas, integradas, e reconhecidas em sua multiplicidade interdependente. E é aí que entra o Coletivo, mas este conceito, quem introduzirá será o próprio Oury:

... é importante distinguir estabelecimento e instituições. O coletivo não é nem um estabelecimento, nem uma instituição. Podemos nos referenciar (tomar como referência), concernindo o termo “instituição, a um livro editado em 1952: *Vocação atual da sociologia*, de Gurvitch. Na primeira parte, há uma análise que é uma elaboração de uma microsociologia, a coordenação das “etapas da existência social”..., mas aqui não se trata de “etapas.

A máquina abstrata, o Coletivo, será algo da ordem, chamado por Tosquelles de “polifonia” e das multireferências, da multidimensionalidade? Não, porque são apenas efeitos desta máquina abstrata. É o que Félix Guattari chama de “transversalidade”? Aqui também, só pode ser que um efeito. E os relatórios complementares de Dupréel, que damos grande importância? Não é que um efeito.³⁵ (Oury, La Borde).

³⁵ Então, existe um modelo, no sentido da teoria dos modelos? É um modelo no sentido elaborado por Alain Badiou: modelo logístico? Não, mas eu faço frequentemente referência a Alain Badiou a propósito de um artigo (no qual ele critica mais ou menos Althusser) sobre o materialismo dialético. Ele fala de um conjunto: O conjunto das instâncias. Eu havia falado várias vezes com o grupo de pedagogia. O conjunto das instâncias: com a instância dominante que distribui os lugares e as funções no conjunto. As instâncias não sendo que práticas sociais tomadas em um conjunto, por oposição a uma prática determinante, quase sempre econômica no materialismo dialético, e que é representada no conjunto, no nível, por exemplo, da dominante ou de um outro. É isso? Não, não é isso. É simplesmente um dos aspectos possíveis, e ainda assim, temos que desconfiar dos modelos.” “... Todos esses pontos são a precisar. (Parece que Oury se refere em seu comentário sobre Alain Badiou ao seu livro Deleuze: *The Clamor of Being*, Minnesota University Press, 1999. Após um período de maior aproximação com as idéias de Lacan e Althusser, entre 1960 e 1980, Badiou, mais recentemente vem dedicando cada vez mais seu interesse em matemática (Wikipedia).

3.3

O Coletivo é uma máquina para tratar a alienação

O Coletivo seria talvez uma máquina de tratar a alienação, todas as formas de alienação, tanto a alienação social, chosifiante (coisificada, tratada como coisa), produto da produção, quanto a alienação psicótica. É evidente que deve haver em algum lugar – se quisermos realmente instaurar algo eficaz ao nível da psicoterapia das psicóticas – uma máquina que possa tratar a alienação... (Oury 1986 pág. 24 e 26).

O Coletivo é, como Oury denomina em sua obra, um método, ou uma “máquina abstrata para tratar da alienação”, seja a social, seja a psicótica.

Aqui, para melhor entender o que esta frase significa, teremos que dividi-la em partes, encontrando em seus termos pontos para observação de seus significados. O que nos conduzirá por uma nova estrada. Com o objetivo de falarmos melhor sobre o Coletivo, deveremos mergulhar nas noções de alienação e separação para Lacan e por seqüência Oury.

3.3.1

Alienação e separação

Antes, um esclarecimento: o termo máquina abstrata mencionado acima, será tratado a seguir com mais vagar, ainda que sem a pretensão de esgotar seus muitos significados.

O termo tratar, vem sendo desenvolvido até aqui, geralmente com uma conotação de inclusão em um contexto social no qual o sujeito psicótico possa se sentir participante em uma posição de troca (falarmos melhor sobre isso adiante). E não apenas agente passivo de cuidados. Aqui, optando por uma linguagem mais à moda de Oury, poderíamos dizer que uma das formas de tratamento oferecida pela psicoterapia institucional visa à apropriação de espaços de circulação. Isto vai se tornando possível na medida em que, por intermédio do coletivo (veremos como a seguir), vai aumentando progressivamente sua capacidade de discriminar, estabelecer uma distância maior entre si e o outro. Com esta definição em mente está pavimentada a estrada que nos permitirá compreender melhor o que vem a ser alienação para Oury, ferramenta teórica que aborda de uma dupla vertente teórica: psicanalítica (Freud e Lacan), pela entrada do sujeito na ordem da linguagem e da

problemática do sujeito. E outra marxista, pela entrada do sujeito na ordem social (Campos Silva 2001, p. 91).

Começemos pelas observações de Lacan sobre o tema da alienação. Vamos a elas: Em Lacan (1979), a proposição de um Outro está intimamente ligada à discussão sobre as duas grandes operações de constituição do sujeito, tais como as podemos encontrar no seminário XI. Para dizê-las de modo sintético, são elas as operações de alienação e separação: em ambas trata-se de descrever o advento do sujeito enquanto duplo efeito de “falta” gerado pela sobreposição de dois campos distintos: o campo do ser e o campo do significante (em que propriamente encontramos a teoria lacaniana do grande Outro) (Fink, 1998, p. 92).

Com a noção de alienação, Lacan se propõe descrever o processo de formação do sujeito visado pela psicanálise, processo esse que coincide com a descrição da entrada da criança no mundo da linguagem. Para um infante, que ainda não “sabe” nada de si, a fome, por exemplo, não tem sentido determinado. Ela não tem correspondência com um tipo específico de alimento ou demanda intersubjetiva. Isso só vai acontecer à medida que a criança for sendo “atravessada” pela linguagem (Fink 1998, p. 93). Por exemplo, num primeiro “estádio”, o infante encontra, junto ao corpo daquele que lhe fala, o anteparo imaginário; a mediação da qual ela vai se constituir como um significante de sua própria unidade, de sua própria forma. Logo a seguir, entretentes, o significante dessa fome vai ser subsumido por Outro falante que, mais do que como um corpo especular, apresenta-se como um cardápio de significantes. Na mediação desse cardápio, o significante da fome adquirirá o status de finalidade, meta, e enfim, sujeito. De onde se segue, para Lacan, que o sujeito é sempre um efeito da linguagem, a alienação do infante na e pela linguagem. Nas palavras de Lacan (1979, p. 187), “(o) sujeito nasce no que, no campo do Outro, surge o significante. Mas, por este fato mesmo, isto – que antes não era nada senão sujeito por vir – se coagula em significante”. A linguagem, a sua vez, é para Lacan, a primeira forma de apresentação do que seja o Outro: esse lugar em que se situa “a cadeia significante que comanda tudo o que vai poder presentificar-se como sujeito” (1979, p. 193-4).

Isso não significa que o sujeito assim parido (assim falado ou, seria o caso de dizer, assim falido) corresponda ao ser da criança. Enquanto efeito da captura do infante pelo discurso, o sujeito não coincide com o próprio ser do infante. Este

resta separado, perdido, como aquilo que não pode ser significado pelo Outro. Razão pela qual, vai dizer Lacan,

... a relação do sujeito com seu próprio discurso sustenta-se, portanto, em um efeito singular: o sujeito só está ali presentificado ao preço de mostrar-se ausente em seu ser (Lacan, 1979, p. 178).

Alienado na e pela linguagem, o sujeito experimenta-se como sentido, como uma interrogação para a qual o Outro pode ter uma resposta. Mas, também, experimenta-se como radicalmente inessencial, porquanto as respostas não coincidem com seu ser (Fink 1998). De onde se segue que, sob a forma da alienação, urge um sujeito dividido, por um lado marcado por um significante (que vem do Outro e que, no Outro, sempre pode se renovar), mas também perdido, desprovido de ser, sujeito “falta-a-ser”. A bem da verdade “duas faltas aqui se recobrem”, diz Lacan no Seminário XI:

... uma é da alçada do defeito central em torno do qual gira a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao OUTRO – pelo fato de que o sujeito depende do significante e de que o significante está primeiro no campo do Outro. Esta falta vem retomar a outra, que é falta real, anterior, a situar no advento do vivo, quer dizer, na reprodução sexuada (Lacan 1979, p. 194-5).

Essa divisão abre a possibilidade para a segunda operação descrita por Lacan, a saber, a separação. Nela, não se trata mais de mostrar os efeitos da alienação (o sujeito e seu resto). Trata-se de fazer ver como o sujeito, não obstante persistir atrelado aos laços significantes estabelecidos no seio do grande Outro, ainda assim pode operar com esse Outro desde outro lugar, desde um lugar separado precisamente: o lugar da falta, o lugar da “falta-a-ser”. Para tal, o sujeito faz da sua falta um objeto (o objeto “pequeno a”), que assim é oferecido ao Outro como aquilo que o Outro não pode ter, desencadeando, nesse Outro, uma falta correlata. Dessa forma o sujeito não só faz de sua própria falta um objeto, quanto a reencontra no Outro, como aquilo que o Outro não pode ter. Eis aqui o desejo, que é esse comércio impossível, em que ofereço ao Outro a minha falta, para ter dele a sua falta. De onde se segue a consequência de que, agora, o Outro já não é mais o cardápio, o tesouro de significantes a partir do qual o sujeito emerge como “falta-a-ser” (Soler, 1977). O Outro é também ele um faltante.

Tal como o sujeito, também o Outro é barrado. Nas palavras de Colette

Soler:

...o Outro implicado na separação não é o Outro implicado na alienação. É um outro aspecto do Outro, não o Outro cheio de significantes, mas ao contrário, um Outro a que falta alguma coisa” (1977, p. 63).

Esse operar com a falta, que define o sujeito na separação, não significa que Lacan aposte em algum tipo de familiaridade negativa, às avessas, entre o sujeito e seu ser, ou entre o sujeito e o ser do outro semelhante.

Veamos novamente como Bruce Fink (1998, p. 72, 73), pode nos ajudar a compreender ainda melhor o conceito de alienação: Com base no que vimos até aqui, e resumindo, Fink (1998) entende que a criança de certa forma escolheu a sujeição à linguagem, concordando em expressar suas necessidades através de um meio distorcido “ou da camisa de força da linguagem”, ou seja, normalmente a criança opta por se expressar por palavras.

Ainda seguindo Fink (1998), a segunda operação de Lacan, a separação, envolve o confronto do sujeito alienado com o Outro, dessa vez não como linguagem, mas como desejo.

A causa da presença física do sujeito no mundo foi um desejo por algo (prazer, vingança, satisfação, poder, imortalidade e assim por diante) por parte dos pais da criança. Um ou ambos desejaram algo, e a criança resulta desse desejo. As motivações para se ter filhos são freqüentemente muito complexas e sobre-determinadas, e os pais de uma criança podem muito bem discordar um do outro com relação aos seus motivos. Um ou ambos podem até nem ter desejado um filho, ou podem ter desejado apenas um filho de determinado sexo.

Se, então, a alienação consiste na causação do sujeito pelo desejo do Outro que precedeu seu nascimento, por algum desejo que não partiu do sujeito, a separação consiste na tentativa por parte do sujeito alienado de lidar com esse desejo do Outro na maneira como ele se manifesta no mundo do sujeito. Enquanto a criança tenta sondar o desejo do Outro materno, que está em constante mudança, desejo entendido essencialmente como desejo por algo mais - ela é forçada a aceitar o fato de que não é o único interesse da mãe. Na verdade, a mãe é, muitas vezes, levada a negligenciar os desejos da criança em alguns momentos, justamente porque sua atenção está voltada para outras fontes de interesse; às vezes a criança é obrigada a esperar pelo retorno da mãe, não

apenas por causa das exigências da realidade (ela tem que comprar comida e outras necessidades para a criança, sem falar na obtenção do dinheiro necessário para as compras), mas também pelos próprios desejos e prioridades da mãe que não envolvem a criança (Fink, 1998). O fracasso da criança em tentar complementar com perfeição a mãe leva à expulsão do sujeito da posição de desejar-ser e ao mesmo tempo fracassar-em-ser o único objeto do desejo do Outro.

Com estas noções lacanianas em mente, vamos observar como se operam em Oury.

3.3.2

Alienação para Oury

Recuperemos um pouco o que foi dito até aqui; Oury (1998), para quem somos todos "profundamente e onticamente alienados" distingue duas alienações, a alienação social e a alienação psicótica. Torrubia (*apud* Moura 2003), no prefácio do livro de Oury a *L' Alienation* (1992), aponta o fato desta dupla alienação, com duas lógicas diferentes, embora inter dependentes: por um lado temos, a partir de Freud e Lacan, "a entrada do sujeito na ordem da linguagem e da problemática do desejo" (conforme demonstrado acima), e por outro, a partir de Marx, "a entrada do sujeito na ordem social".

Demonstremos agora o conceito de alienação tal como formulado por Marx:

A alienação do trabalhador em seu produto não significa apenas que o trabalho dele se converte em objeto, assumindo uma existência externa, mas ainda que existe independentemente, fora dele mesmo, e a ele estranho, o que com ele se defronta como uma força autônoma. A vida que ele deu ao objeto volta-se contra ele como urna força estranha e hostil. (Marx, 1844, pp. 95-96)

Para Marx, o que distingue o homem do animal é sua atividade vital consciente. Uma vez submetido ao trabalho alienado, inverte essa relação, uma vez que por ser um autoconsciente, faz de si através de sua atividade, um meio para existir (Marx 1844, p. 96). Dito de outra forma, podemos

entender esta formulação marxista como, em linhas gerais, um processo que separa, alheia o homem da natureza e do produto de suas atividades, transformando-o em objeto passivo dos processos sociais, ficando a sua criatividade e a sua potência cerceadas. (Moura 2003, p. 54)

Oury, como dissemos, articula o conceito de alienação, em Marx, com as contribuições de Lacan, (o desejo do homem é o desejo do Outro), a partir dos conceitos de inconsciente e de Outro³⁶. Quanto à alienação de caráter ôntico, podemos entendê-la a partir do que já foi dito de Lacan. Ou seja, por sua própria condição, a criança que chega ao mundo, sem condições de sobrevivência por conta própria, entra em relação direta com um universo já organizado por meio da instância materna, ocupada por sua mãe, ou um outro qualquer. Ela encontra-se em total dependência deste outro, ou melhor, deste grande Outro, para falarmos nos termos de Lacan. É uma condição de vida ou morte que se instaura, na qual a criança tem como único suporte às iniciativas, o desejo deste Outro, passando, portanto, a desejar ser o seu desejo. Esta vivência é uma forma fundamental de alienação, no sentido em que ele depende totalmente de algo, de alguém que está fora dele (Oury, 1992). É mediante a discriminação entre si e o outro, em um processo de separação, que o humano vai aos poucos personificando-se, vai singularizando o próprio desejo, separação esta que jamais se estabelece definitivamente, havendo sempre um movimento entre o Eu e o Outro, entre a sociabilidade de interação e a sociabilidade sincrética (Moura 2003).

Há, no homem, portanto, uma forma primeira e profunda de alienação, na qual o desejo do homem é o desejo do Outro³⁷, posição paradoxal na qual, para sobreviver, a criança, num primeiro momento, deve se alienar ao desejo do Outro.

Submeter-se a esta situação inicial é, paradoxalmente, a única saída para uma posição de maior liberdade - a separação - a partir da qual o sujeito se subjetiva porque consegue se inscrever na ordem simbólica (Campos Silva 2001, p. 92).

Uma proposta de Oury para se abordar a alienação psicopatológica é

³⁶ Outro como lugar dos significantes, lugar da articulação, das concatenações onde se depositam as leis, os hábitos (Campos Silva 2001, p. 91).

³⁷ Dado o estado de dependência vital em que vem ao mundo, o homem, ao nascer, encontra-se diante de uma dimensão mortal na qual seu desejo, para que sobreviva, deve ser o desejo do Outro (Campos Silva 2001, p. 92)

que esta se daria em decorrência da dificuldade de o doente mental operar esta separação e de singularizar o próprio desejo ou, como ele o diz, "de aceder à perda da ilusão de crer que o outro, por mais prestigioso que ele seja, possa encarnar o grande Outro" (Oury 1992, p. 167).

Passemos então a utilizar o termo alienação, em dois sentidos básicos: O primeiro, um sentido que se refere a uma separação que se faz presente pela entrada do sujeito na ordem da linguagem e da problemática do desejo, como o diz Torrubia, ou, como o diz Oury, uma alienação de caráter ôntico.

O segundo sentido do termo alienação terá dois aspectos. Primeiramente o de caráter social, como foi descrito há pouco. Além disso, agregaremos a este segundo sentido o aspecto que se refere à separação operada pelo corpo social sobre o doente mental, em decorrência de sua diferença radical. (Moura 2003). Esta separação embora seja uma clivagem social, se assim o pudéssemos dizer, coloca o doente mental, ao mesmo tempo, como incapaz e não passível de ser responsabilizado, transformando-o em objeto passivo dos processos sociais ditos normais que serão operados no serviço de saúde mental.

A partir desta proposta, e no que podemos circunscrever ao nosso âmbito particular de reflexão, podemos observar que esse segundo sentido do termo alienação se faz claramente presente em um serviço de saúde mental. De um lado, a partir da divisão do trabalho, da divisão entre o trabalho intelectual e o manual, das relações do serviço com o Estado, etc. De outro, por meio dessa separação reforçada, auto protetora, entre o patológico e o normal, entre o doente mental e o pessoal de cuidados, estabelecendo-se, muitas vezes, para este último, a propriedade restritiva dos meios de tratamento (Moura, 2003).

Esta questão é fundamental para o tratamento, uma vez que o paciente, por ser um emergente incômodo de seu grupo original, já chega segregado. Ou como há pouco dissemos, alienado por este grupo, pela dificuldade de absorção ao mesmo, em decorrência de seus próprios aspectos psicopatológicos, ou de uma não-elaboração de sua própria loucura, quer seja pela ausência, nesse grupo, de, qualquer possibilidade (disponibilidade) de integração ou de troca. Para Oury, essa distinção é fundamental, pois embora a alienação social seja uma dimensão geral da existência de cada um, quer ele seja

"normal" ou louco, afirmar que a alienação psicótica é mera resultante da alienação social seria negar a especificidade do fenômeno psicótico, o que implica uma totalização que não leva em conta a passagem do universal ao singular (Campos Silva 2001, p. 93). Para podermos tratar, afirma Oury, tratar da alienação psicótica, é necessário levar em conta, simultaneamente, a alienação social.

É sempre bom insistir que a intervenção no meio se constitui em um trabalho que atinge de modo articulado a alienação dos que cuidam e dos que são cuidados. Afinal, já podemos entender o porque, para Oury o tratamento de psicóticos na instituição exige a um só tempo: a desalienação da instituição (alterando as condições e a organização do trabalho, procedendo a uma análise concreta da instituição e revendo as relações políticas e as trocas com a sociedade mais ampla) e a desalienação dos que tratam (que permita que esses, na tarefa de tratar, possam colocar em jogo seu desejo).

Seguindo o pensamento de Campos Silva (2001, p. 94), podemos perceber que esta análise concreta da instituição decorre da constante reedificação do trabalho, do constante questionamento sobre as ferramentas conceituais e do objetivo daquilo que se produz, uma teorização permanente, uma práxis portanto, que só é possível, tanto no materialismo dialético quanto na Psicanálise retrospectivamente.

Um dos modos de intervenção, no sentido de trabalhar as pressões alienantes no serviço, é aquilo que Tosquelles costumava chamar de constelação, cujo conceito Oury leva adiante e retoma em vários momentos de sua obra (Moura 2003). E que veremos mais abaixo.

3.3.3

Convivência e circulação máxima

Tudo parte da convivência, uma primeira estratégia anti-segregatória.

Os doentes que vinham para ali viviam conosco. Fazia-se uma espécie de grupo comum. Isso me parece muito importante, porque, quase por acaso, nos levantamos um dos obstáculos maiores da segregação. Pensem no problema da admissão. A admissão não tem nada ver com recepção, é freqüentemente uma anti-recepção. Em certos hospitais, a admissão se limita a registrar o nome, o *currículum vitae* do doente, depois despi-los e pô-los com uniformes: técnica de

despersonalização. Essa admissão não existia, pelo fato que de imediato nos estávamos em um grupo mais ou menos familiar. Só então se questionava os problemas tais quais: o que vamos fazer com 50 ou 100 doentes, enfermeiros e médicos? Lógico, temos que tratá-los, estamos aqui para isso. Eles não devem ficar muito tempo. Critérios bem ordinários. (Oury, La Borde)

Para que haja tratamento é preciso, convivência sem barreiras, em outros termos, circulação. E isto não é algo que é dado simplesmente pela diferença que existe quando se passa, por exemplo, de um ateliê para a cozinha. Trata-se de uma certa tonalidade, de um ambiente, de um certo estilo de aproximação, de encontro, de contato com os materiais com que se lida em cada lugar, da personalidade das pessoas que aí trabalham. E a partir dessa diversidade e dessa heterogeneidade que o doente pode escolher pessoas e lugares de acordo com o que lhe agrada, para o que é preciso que haja uma liberdade de circulação que lhe permita ir de um lugar para outro e que favoreça os encontros.

Para isso, Oury utiliza a noção de encontro tal como elaborada por Lacan:

Não há encontro a não ser que se coloque em questão qualquer coisa do Real. Sabemos bem que o esquizofrênico, o psicótico, vive no Real. Não é a realidade; o Real é qualquer coisa de bem mais espantoso; é paradoxalmente não passível de ser vivido. O Real é justamente o que se evita sempre, mas é qualquer coisa que está sempre lá, isso que reaparece sempre lá onde não se esperava. Ali, justamente onde o encontro, que é sempre da ordem do acaso, pode se manifestar. Se somos tomados a esse nível, estamos imersos na existência, e isso terá conseqüências na vida prática do esquizofrênico. Esse problema do encontro (...) exige, para poder se articular praticamente, o estabelecimento de uma rede de lugares bastante diferentes. (Oury, 1980, p. 286)

A necessidade do psicótico poder passar de um lugar a outro e de uma pessoa a outra também pode ser justificada teoricamente do ponto de vista psicanalítico. Segundo Campos Silva (2001 p. 105), a noção de passagem é extremamente importante, uma vez que nas instituições psiquiátricas, todo o dispositivo do hospital está voltado para tentar evitar que haja muitas passagens ao ato (suicídios, fugas, etc.). Contrapondo-se a esta posição, Oury afirma que é necessário organizar lugares onde as pessoas possam se encontrar, falar, dizer não importa o que, organizar cenas, cenas que são materializadas e sobre as quais

poderão se jogar os *acting-out*³⁸ que solicitarão interpretação³⁹.

Neste outro trecho, um dos pontos que podemos reter é a disponibilidade e sua importância imediata na condução do tratamento. O que de antemão situa a equipe em uma certa disponibilidade preliminar para o tratamento da psicose (parafraseando Lacan).

Mas o que quer dizer tratar? Era em 1953, antes da era dos neurolépticos. Nós nos questionávamos sobre esse problema, o que se pode fazer com essas pessoas além de fazer tratamentos (...) tais como a insulino-terapia, os eletrochoques, etc.? É preciso deixá-los em paz, não incomodá-los. É sempre uma boa intenção. Mas se nos limitamos a dizer que não se deve incomodá-los, rapidamente eles nos incomodam. Porque quando um doente está delirando, ou esquizofrênico ou confuso ou melancólico (...) não se deve simplesmente dizer “não o incomodem”, se não ele passa ao drama e somos obrigados a interferir e se não pensarmos mais adiante, em alguns meses ou algumas semanas, retorna-se para as estruturas mais opressivas (para evitar que alguém se suicide, por exemplo).

Então, existe uma máxima que nos achamos que é: em um lugar onde se vive durante um tempo, é necessário criar uma possibilidade de circulação máxima. (...) É necessário então, insistir na necessidade de espaços de socialização. Sabe-se que existem hospitais ótimos, limpos, com lindos gramados, mas onde a circulação de pessoas é inexistente. Há bibliotecas, mas não é permitido entrar. É preciso então criar lugares onde se possa ir (Oury, La Borde).

Aqui, nos encontramos diante de outra referência importante e muito atual: medicar pode ser preciso, mas promover encontros também é. Do cuidado arquitetônico mencionado derivam reflexões sobre a circulação do paciente, mas não qualquer circulação, afinal, não é difícil ver pacientes “circulando em círculos” quando estão em uma instituição. Oury aponta para a construção de espaços de socialização, ou seja, começa a pensar na qualidade que um espaço de tratamento deve ter.

³⁸ Fazemos uma rápida distinção entre passagem ao ato e *acting-out*: Segundo Campos Silva (2001 p. 105) norteadas por Lacan, a passagem ao ato é qualquer coisa que se passa fora da cena, não há bastidores, não há nem mesmo espectadores; é qualquer coisa que não é exatamente feita para ser vista. O *acting-out* já é qualquer coisa bem mais organizada. É uma demonstração, é feita para ser vista. O *acting-out* se passa sobre uma cena, portanto num certo lugar.

³⁹ Cabe mencionar, ainda que não venhamos a nos deter sobre isso, que essa noção de passagem também é encontrada na elaboração da teoria dos quatro discursos de Lacan, a saber: universitário, histórico, do mestre e analítico. A passagem de um discurso a outro é o que permite o sentido (em oposição à significação) e privilegia a dialética das demandas, o que pode eventualmente favorecer o psicótico, que vive numa espécie de estase em que não consegue passar de um discurso a outro e que, por não estar referido a uma lei, por estar à deriva do simbólico, não consegue articular suas demandas (Campos Silva 2001, p. 105).

É esse o sentido da máxima da liberdade de circulação. Mas o que quer dizer isso? Existem estruturas básicas: cozinha, escritórios administrativos, farmácia, biblioteca, sala de espetáculo, etc. Se dizemos: “liberdade de circular”, vê-se então um muro de resistência. Eu pego sempre como um exemplo mais “caricatural” que é o que acontece na cozinha. Houve dramas, vários cozinheiros não resistiram. “Liberdade de circular, quer dizer que os pacientes podem ir á cozinha, cuidar da cozinha, falar com o cozinheiro. Quando o cozinheiro não está preparado, porque ele não participou dos estágios, que ele está ali para fazer simplesmente o trabalho de cozinheiro e que enviamos loucos para usar o espaço (...) ele vai gritar: “Eles vão mexer nos bicos de gás, ele vão derramar a sopa...” E a primeira tendência é criar barreiras. É normal criar barreiras, fechar a porta, por um guichê para passar os pratos e depois: “deixem-me em paz se não, não posso trabalhar”. (...) Ora o que é interessante é justamente nesse ambiente de livre circulação, a possibilidade de criar conflitos, não para aborrecer as pessoas, mas para dar vida, pois se não há conflitos não há vida.

Não se trata de agir de modo perverso, mas quando existe um conflito é importante aproveitar essa ocasião para tentar conversar para melhor ajustar as relações (Oury, La Borde).

3.3.4

Voltando ao Coletivo

De posse de nossos atuais argumentos, podemos ir mais longe. O Coletivo, como dito, é uma máquina abstrata para tratar da alienação, seja a social, seja a psicótica, não se confundindo com o estabelecimento nem com os grupos nem instituições. O Coletivo se orienta de tal modo que seja possível absorver a co-existência de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais os mais díspares. Uma forma de lidar com toda a complexidade interna e externa em um serviço de saúde mental, e suas relações com familiares, Estado, cidade, enfim, questões relacionadas ao ambiente que o constitui e ao ambiente em que se encontra mergulhado. Além disso, ele deverá também poder permitir a utilização dos ferramentais tanto da psicanálise, quanto da análise política, da psiquiatria e da sociologia, possibilitando a adoção de terapêuticas de caráter biológico, analítico, de estratégias de desalienação, e assim por diante, sempre levando em conta a relatividade do predomínio de uma ou de outra abordagem. Mantendo neste perene exercício a perspectiva da singularidade de cada um. É importante que ele possa hospedar e garantir a heterogeneidade das pessoas e dos grupos que dele participam. É imprescindível que ele sustente a diversidade de espaços onde sejam possíveis os encontros e o livre dizer, para que o

paciente possa circular livremente e se re-delimitar em um processo dialético entre a parcialidade e a totalidade, destotalizando, dentro do possível, a sua própria condição e posição, tanto no próprio serviço quanto em sua vida. Ou seja, o Coletivo se pauta pela multireferencialidade.

Funcionando pela multireferencialidade, existe algo de incircunscritível entre os vários componentes dessas redes vivas e articuladas que se constituem naquilo que estamos chamando de Coletivo. É este caráter de incircunscritível que irá tecer as condições para que ora um, ora outro de seus componentes (por exemplo, uma oficina, uma prática psicoterapêutica, uma única pessoa ou uma reunião) se evidencie em um movimento de tipo pulsante, para logo depois se re-localizar no ritmo geral do Coletivo. Estas pulsações, contudo, não são necessariamente reles episódios isolados e sem significação. Elas tendem a ter uma repercussão cujos efeitos incidirão, de um modo ou de outro, no Coletivo. A sensibilidade para perceber ou antecipar esta repercussão irá depender em grande medida de atenção dos técnicos e de seus instrumentos. É neste contexto que uma das funções mais importantes do Coletivo, a sua função essencial, segundo Oury é a função diacrítica.

3.4

A função diacrítica e o corte

A lógica do Coletivo, nos diz Oury (1986, p. 10), não é uma lógica qualquer,

...mas uma lógica que respeita uma quase infinidade de fatores, para cada um. Esta quase infinidade de fatores deve ser tomada em consideração, mas as estruturas habituais não estão aptas a se encarregar dela. Oury (1986, p. 10).

Pois o diacrítico tem justamente por função ser algo que não sucumba ao corriqueiro, ao indiferente, e que possibilite a criação e a manutenção de processos que produzam a distintividade, procurando abranger o máximo desses fatores e de diferentes planos no cotidiano da vida do serviço (Moura 2003).

Cabe lembrar que Oury chama o Coletivo de máquina abstrata, em que a função diacrítica só pode funcionar a partir de seus componentes (as oficinas, reuniões, o Clube Terapêutico etc.). Um coletivo que produz a possibilidade de salvaguardar um certo grau de liberdade e iniciativa e, portanto, de contatos, mas, ao mesmo tempo, de acontecimentos. Produzimos acontecimentos. Até as menores coisas que sucedem na vida podem tornar-se um acontecimento para alguém que está em abandono, podendo então esse acontecimento, pela tradução que se fornece dele, ser utilizado pelo sujeito para adquirir uma singularidade eficaz. Eficaz no sentido de poder criar, dentro e através da rede institucional, trocas, encontros etc. Isso permite a cada um, havendo todos esses sistemas de redes transferênciais, aceder momentaneamente a uma re-emergência de si (Oury, 1996, p. 719).

O objetivo da psicoterapia institucional é criar um Coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, desobstrução dos sistemas alienantes socioeconômicos etc.) para que o psicótico tenha acesso a um campo onde ele possa se referenciar, re-delimitar seu corpo numa dialética entre parte e totalidade (cf. G. Pankow), participar do corpo institucional pela mediação de “objetos transicionais”, os quais podem ser o artifício do Coletivo sob o nome de técnicas de mediações, que podemos chamar objetos institucionais. Esses “objetos institucionais” são tanto oficinas, reuniões, lugares privilegiados, funções etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização (Oury 1980, p. 270).

Sendo as reuniões uma espécie de feixe de relações que se forma em torno de acontecimentos, de novas questões e/ou questões do dia-a-dia. Dependendo do motivo que as dispara, elas podem ser pontuais ou de funcionamento periódico, contanto que possam funcionar como um tipo de operador, agindo no contexto do Coletivo. Por esta razão elas não se esgotam em si mesmas; a sua existência e funcionamento devem ter sempre em consideração o conjunto maior no qual elas se realizam, ou seja; questões administrativas, questões clínicas, as inúmeras outras instituições, etc. Nesta perspectiva, a reunião é considerada uma instituição e, como tal, se constitui em objeto de investimento de todos quantos dela venham a participar, mantendo inevitavelmente com outras instituições uma relação de interdependência. Em segundo lugar, podemos apontar as reuniões que têm por função ser um meio de sustentação da vida cotidiana, visando a or-

ganização das atividades em geral, sejam elas, o acompanhamento medicamentoso, as oficinas, os serviços, a administração, as atividades de lazer etc. Por último, vale evidenciar as reuniões como lugar de trocas afetivas, que se voltam para os modos de relação entre todos os participantes da vida do equipamento.

Sobre as reuniões, podemos também relacionar a questão do espaço transicional, espaço potencial, termo que Oury toma emprestado a Winnicott para o conceber, à sua maneira, como um espaço "*que permite o funcionamento [...] de um ponto de simbiose-separação*" (Oury, 1992, p. 159). Espaço de encontro, das afinidades e diferenças, onde se pode discriminar o que é de si e o que não o é, onde pode funcionar um campo transicional:

...não como tela imaginária, mas em um nível - aquilo que Winnicott sublinha bem - um nível que não é nem fetichista, nem puramente imaginário, mas antes de "ficção", no sentido anglo-saxão do termo; a ficção ultrapassa o lado imaginário, é bem mais uma espécie de rede simbólica na qual nos inscrevemos, e que dá aquilo que chamamos o estilo de cada um (Oury, 1995, p. 261).

Aqui, segundo Moura (2003) pode funcionar, pelo fato de que não se constroem propriamente espaços transicionais, mas lugares-tenentes deles, como o diz Oury, que possam ser investidos à medida de cada um.

Mas o que é institucionalmente importante, é (...) uma elaboração de um lugar-tenente do objeto *a*. Não creio que Pankow fale explicitamente do objeto *a*⁴⁰. Esse problema parece estar mais diretamente em relação com o que fazemos institucionalmente (Oury, 1986, p. 92) ... Trata-se então da fabricação do corpo, do espaço e do lugar tenente do objeto *a* (Oury 1986, p. 94) ... O que está em questão é um processo de criatividade que ao mesmo tempo é um processo de reconstrução de si mesmo. Trata-se, no caso do esquizofrênico, de lutar contra o que aparece específico da psicose – uma estrutura fechada (Oury 1986. p. 95).

⁴⁰ O objeto *a*, objeto causa do desejo, é o que se manifesta, daquilo que é mais inconsciente que é o desejo. Nas estruturas dissociativas não há o objeto *a*. Falta a matriz do objeto *a* - o objeto transicional. Nesse sentido o psicótico está muito próximo do Real, pois no lugar do objeto *a* o que existe são pedaços do corpo. Entretanto, por necessidade, os psicóticos também têm ferramentas que chegam a fabricar em geral com pedaços do corpo, como uma espécie de *bricolage*. Mas essa *bricolage* não é sólida. O que está em jogo então, no tratamento do psicótico, é tentar fazer com que ele consiga, ao final de um certo tempo, poder recobrar alguma coisa, fabricar um pseudo-objeto *a* para poder viver de forma mais estabilizada. (Oury, 1986, p. 89)

E o que nos interessa, no caso dos psicóticos, é que nesse espaço algo da ordem do aleatório pode se manifestar, constituindo assim uma dimensão que não seja a do fechamento sobre si mesmo, mas do aberto. Mas lembremos que esse espaço, esse lugar, não é um lugar objetivo, não se trata de um espaço geométrico, topográfico, mas sim de um lugar onde algo se passa, é um lugar de emergência, de manifestação dos problemas fundamentais da psicose. É a emergência desse espaço que vai permitir que, eventualmente, possa ocorrer o ajuntamento do corpo que faz com que haja unicidade (Campos Silva 2001, p. 97). Mas é preciso retomar ainda a noção de que, ao nível do lugar, há o pático, o afetivo, e de que, portanto, aí se passa qualquer coisa. Não se trata simplesmente de um movimento, mas de qualquer coisa da ordem da distintividade (Cavalcanti. 1992, p. 216). Para que se passe alguma coisa é preciso que haja pontos distintos. Se tudo é parecido, nada se passa. Para que se passe alguma coisa, uma espécie de vetorização, apontamento, direção, é necessário (Oury, 1986, p. 84). Essa passagem tem qualquer coisa a ver com o sentido. O sentido é a passagem de um discurso a outro, essa passagem é o que nos permite existir, nos distanciar de uma coisa impossível, daquilo que Lacan denomina o Real (Campos Silva 2001, p. 98).

É entendendo como condição de possibilidade para haver sentido, haver passagem, que o Coletivo deve operar através duas funções principais: a diacrítica⁴¹ e a decisória.

A diacrítica coloca em funcionamento algo que, em um meio sem contorno, inerte, e muito misturado (como a esquizofrenia, ou a organização manicomial), possibilite algum tipo de distinção, de diferenciação.

Entendemos que com a forclusão, um psicótico erra (no sentido de uma errância), por cadeias significantes, pelo simbólico, pelas palavras, sem um ponto organizador, uma lei, uma articulação entre pontos ou frases. Definição de Oury para alienação. Muitas vezes procurando este ponto de articulação nas palavras de outros, em atividades repetidas, idiosincrasias, coleções, e tantas outras coisas tão diversas quanto as próprias palavras que os atravessam. Tornando para o sujeito o sujeito a tarefa de discriminar os eventos a sua volta, encontrar um lugar, muito difícil de ser feita com recursos próprios.

⁴¹ Diacrítico em fonética é aquilo que permite distinguir palavras homônimas (os acentos gráficos), e em medicina corresponde aos sinais e sintomas que possibilitam a distinção entre as doenças. Portanto, como explicitado por Cavalcanti (1992), é a noção de distinção que importa.

A instituição, através da função diacrítica, deve encontrar meios de possibilitar esta “análise”, e para bem desempenhar esta função, e também deve “analisar” seu próprio cotidiano, suas ações, resistência e temores. A esse respeito, nos esclarecerá Oury:

...é uma função que permite distinguir diferentes coisas, separar os planos, os registros. No final das contas é uma função de análise estrutural. E isso se apresenta de uma maneira prática, a partir de acontecimentos que se passam num estabelecimento. Um estabelecimento aqui pode ser entendido tanto como um hospital, como o setor, ou um estabelecimento escolar. Aí se passam acontecimentos que podem ter uma certa importância, acontecimentos que devem ser interpretados (Oury, 1986, p. 75).

(...)

Em outros termos, o que esta em questão, é um outro aspecto dessa espécie de máquina abstrata que eu chamo o Coletivo, uma outra função que a função diacrítica que não pode funcionar que a partir de uma função de decisão. Nesse caso também é bem clássico: Em todos os trabalhos que vocês queiram, estudamos a função de decisão. Faz muito tempo que dizemos... “Quem decide?”, “Decidir o que?”. A decisão de considerar um acontecimento que não venha de si próprio, já é o exercício de uma função diacrítica que permite separar esse acontecimento de uma espécie de monotonia cotidiana. Podemos ver aqui que nessa função de decisão existe algo a ver com uma função de corte (Oury 1986, p. 51).

Aproveitando da deixa de Oury, falemos um pouco da função de corte e interpretação, com fins de melhor entender seu significado. Retomemos Lacan:

O sujeito para Lacan (1998 e 2004), não deve ser tomado, como o ser ou como substância: a formulação de Lacan explicita que sua emergência se engendra, ao contrário, como efeito de uma operação, operação essa que se engendra no seio de uma estruturação, cujos elementos se definiriam, grosso modo, como sujeito, fala e Outro. Neste contexto, a definição de sujeito que podemos deduzir, ainda que provisoriamente, configura-se como aquele que endereça sua fala ao Outro, de quem recebe de volta sua história e, neste mesmo passo, assume-a. O sujeito, portanto, não se põe em jogo senão pelo endereçamento; e seu advento não pode ser senão pontual, em oposição à perenidade – mesmo que metamórfica – do ser. Esta consequência da postulação de Lacan destaca-se como absolutamente fundamental, visto que já apresenta em toda sua radicalidade o fundamento do conceito e da problemática do sujeito em psicanálise. Este não se caracteriza aí pela perenidade, pela estabilidade, pela continuidade, ou pela duração: sua emergência se engendra, ao contrário, no corte,

na descontinuidade, na irrupção. Começa a destacar-se, pois, a fundação radicalmente ética do sujeito; pois este só pode tomar lugar na medida em que, no ato de enunciação, realiza um endereçamento. A função da fala em psicanálise, pois, não consistirá na mera ação de falar, na expressão das idéias, dos sentimentos, nem em veículo do pensamento, tampouco na atualização de um código ou sistema de signos, e sim em constituir-se como meio de um endereçamento que o sujeito dirige ao Outro (Lacan, 1998 e 2004 e Miller 2005. p. 12).

O que Lacan denomina "função de corte", é entendida por Oury como esse manejo que aborda a articulação do sujeito ao significante. (Campos Silva 2001, p. 106). O corte introduz uma escansão temporal e um efeito de espera que abre a cadeia do discurso para aquilo que só pode se manifestar numa interrupção inesperada e efêmera: o inconsciente (Oury, 1976, p.146).

Uma vez de posse de algum esclarecimento sobre a função de corte, podemos passar a visualizar porque na compreensão de Oury, a alienação psicótica precisa de um corte, e porque este pode oferecer efeitos benéficos. Retomemos seu discurso:

... Tudo isso é da ordem de uma necessidade analítica (...). Trata-se de demarcar um acontecimento, afim que esse acontecimento seja, não pego pelo fluxo da vida cotidiana, mas sim explorado (no sentido de interpretação) dentro da dimensão de um processo analítico de um conjunto de grupos. Isto põe em questão, diacriticamente, a prevalência de um certo registro: o do simbólico. Ora, a resistência à esta função diacrítica, é fazer (...) fazê-la escorregar dentro do imaginário, de l'enfourner (pôr dentro do forno, deixar refogar) dentro do imaginário. É o que eu chamei ainda agora de imaginarização daquilo que pode aparecer como sendo da ordem do característico. Seguindo esta dimensão, pode-se dizer que vemos florescer, em todos esses estabelecimentos (psiquiátricos, pedagógicos, etc) alguma coisa que está em relação direta com a imaginarização desta dimensão simbólica (Oury, 1986. p. 55).

Cabe esclarecer, que para Oury, interpretar não significa interpretação de alguma coisa, como se o material já estivesse lá, antes mesmo de entrarmos em contato com ele. O que, em conformidade com o que falamos (capítulo 2) sobre a inexistência de uma materialidade para o sujeito da psicanálise, pode nos levar a uma espécie de coisificação daquilo que se interpreta. O risco nesse tipo de atitude é de o de se deslizar para um consenso ou um hábito que pode acabar levando a uma massificação, pois a interpretação está ligada a uma outra função,

talvez a mais importante de todas, que é a função de decisão: entendendo a interpretação como uma forma de decisão (Campos Silva 2001, p. 107).

A decisão de considerar um acontecimento como importante, já é um exercício de uma função diacrítica que permite destacar esse acontecimento de uma espécie de monotonia cotidiana. Vê-se bem que essa função de decisão tem qualquer coisa a ver com uma função de corte (Oury, 1986, p. 77).

O que podemos reter com estas noções que vão do Coletivo à função diacrítica, passando pelo corte e pela interpretação? De forma rápida e resumida, poderíamos dizer que com a função diacrítica o simbólico assume sua função, que é a de corte. Possibilitando que o sujeito possa, novamente em linhas gerais, confeccionar um recurso que lhe permita distinguir melhor o si mesmo e o outro. E assim, possa encontrar/inventar, um lugar onde possa existir. Por isso, falemos deste lugar.

3.5

Do Lugar, do espaço e do clube

É na dimensão Lugar, que potencialmente se sustentará aquilo que o psíquico, por definição, não têm. Já que, está em permanente cavalgada por lugar nenhum, em errância, sem amarrações no campo simbólico. Mas falamos da emergência de que? E como a instituição pode lidar com esta errância? Oury propõe uma fórmula: $L (\text{lugar}) = f (\text{coletivo}) \times f (\text{clube})$:

...em outros termos, o que esta em questão é esse processo, não de tradução, mas de passagem de uma coisa à outra que aparece como algo de empírico. Por exemplo, anuncia-se esta constatação empírica: Num hospital, no setor ou num estabelecimento, devemos definir aquilo que nos parece um elemento essencial no trabalho: “um lugar”. Um “lugar”, para que alguma coisa possa se manifestar. O que eu havia chamado, ha algum tempo, um “espaço do dizer” em correlação com a transferência. Eu tinha proposto, em um artigo da enciclopédia, em 1971, uma fórmula “lembrete”. Eu propus que um lugar “L” é o produto de duas funções. Eu escrevi isso assim: $L = f (\text{coletivo}) \times f (\text{clube})$. Função Coletivo vezes função clube. Não é uma matemática complicada! É simplesmente uma constatação (Oury, La Borde).

A função Coletivo (ou função do Coletivo) tenta possibilitar a existência de vida, impedindo que esta seja sufocada pela estase, ou tramas repressivas.

O clube, por sua vez se apresenta como um lugar concreto, onde necessariamente possa haver sistemas de troca, relações e demandas, implantados na instituição de modo a permitir que as vicissitudes da vida, suas surpresas, seus Encontros, possam se dar. Fazem parte do clube os ateliês, as reuniões, as viagens e passeios, etc. Mas estas atividades não são o clube, ele não é concreto em sua sustentação, em sua função, é muito mais o que organiza a relação entre as diversas estruturas e o que acontece entre elas, permitindo, insistimos, que a vida se crie em uma dimensão multifacetada. Sua função, portanto, traz à baila todas as atividades, relações, trocas ou institucionalizações, em jogo na instituição.

Um exemplo aqui pode ajudar: Moura (2003, p. 103) nos mostra como criar um Clube Terapêutico é tarefa complexa que exige uma série de condições do ambiente hospitalar sem o quê sua existência correria risco de sofrer sérios obstáculos. São muitos os fatores a serem indicados, apontaremos apenas alguns: se a liberdade de circulação dos doentes está comprometida; se as relações entre os envolvidos são hierarquicamente rígidas e com pouca integração entre as equipes; se é baixo o desenvolvimento das atividades de formação, principalmente psicoterápica; se os grupos funcionam como rebanhos, dirigidos externa e artificialmente e se há uma separação muito forte entre as atividades intra e extra-hospitalares, a constituição de um Clube Terapêutico será embora não impossível, seriamente dificultada.

Com isso em mente, podemos resgatar, ainda que resumidamente, uma história contada por Oury e que se encontra em anexo e também é abordada por Moura (2003, p. 105): O início do Clube Terapêutico de Saint-Alban, na década de 1940, foi marcado por uma necessidade de promover a autonomia dos pacientes e criar oficinas que não tivessem somente como objetivo a distração ou simples tarefas ocupacionais. Percebeu-se que os doentes não tinham um lugar para onde pudessem se dirigir, para se encontrarem segundo a própria vontade, podendo criar relações de modo mais espontâneo e livre, e não precisando ficar passivamente nos quartos ou vagando pelo hospital, sem lugar para aportar. Decidiu-se então reservar uma sala comum, destinada especificamente para esta função, e criar para ela um estatuto, dentro dos princípios da flexibilidade e da estruturação como apontamos anteriormente, possibilitando também a criação de algumas atividades disponíveis aos que

delas quisessem participar. Ou seja, decidiu-se criar um ambiente do tipo clube, um lugar onde simplesmente se pudesse ir. Esta *instituição*, que mais tarde se transformou em um conjunto de instituições, passou a se chamar *Clube Paul Balvet*, em homenagem, sugerida por Tosquelles, ao Dr. Balvet, que teve um trabalho importante em Saint-Alban. Isto se deu em 1947. (Oury, La Borde)

Para Oury (1977, p. 60) Clube e terapêutica institucional estão absolutamente ligados, se articulando de forma muito viva com todo pessoal envolvido. O clube, diz Oury, “é o suporte da vida intra-hospitalar” (para melhor entendimento, ler os anexos).

Mais à frente em seu relato, Oury percebe que não é possível fazer esse sistema, sem ao mesmo tempo criar uma verdadeira sociedade interior, uma verdadeira sociedade composta essencialmente por doentes, uma sociedade que seria auto-administrada por eles.

Criar uma sociedade, uma sociedade de doentes no interior do hospital e que essa sociedade seja auto-administrada, que seja autônoma, não é fácil, porque não são os doentes que vão criá-la sozinhos, é preciso que venha de certo planejamento da equipe que esta ali, do médico. Mas se a criamos diretamente, reunindo um belo dia, um monte de doentes que queiram vir escutar dizendo: “Meus amigos, nos vamos criar uma sociedade, e são vocês que vão dirigi-la, vocês farão festas, oficinas, etc.” Se paramos por aí é melhor nem fazer nada, porque rapidamente isso criaria um clima extremamente depravado.

Criaria, de fato, um sistema de relações controladas para com o conjunto dos doentes do estilo do que chamamos relações paternalistas. Ora, sabe-se que é algo muito perigoso a relação paternalista, é a relação: “Vamos agradecer o papai” ou algo bem próximo disso. O medico diretor, vai gostar se a gente se reunir, se tivermos um bar, que a gente faça festa toda noite e isso, e aquilo e se tivermos uma biblioteca, etc. É preciso então achar outra forma. Então o que parece ter sido encontrado de mais astucioso até agora, foi a criação no interior dos estabelecimentos do que foi em principio chamado de clube, o clube terapêutico. (Oury, anexo).

Retomando, e mergulhando na qualidade do espaço de trocas e passagens que o clube deve imprimir, já podemos perceber que não é de qualquer lugar que estamos falando. Este deve obedecer algumas características para poder se tornar verdadeiramente espaço de vida para os psicóticos, permitindo investimentos variáveis, com liberdade de circulação e heterogeneidade. Sem liberdade de circulação, não seria possível investir em diferentes espaços, coisas ou pessoas. E de que adiantaria passar de um espaço para outro se todos tivessem o mesmo

impacto subjetivo, a mesma cor, o mesmo som? Um lugar de vida, portanto, é a apropriação de um espaço que abrigue o tempo do psicótico, permitindo, a partir dele, que outros espaços possam surgir e ser habitado por seu cavaleiro.⁴²

Conforme apontamos através de Goffman (1987), e outros autores, a qualidade do meio influencia os indivíduos que nele estão mergulhados. Destacamos que alguns dos sintomas apresentados por pacientes institucionalizados, tais como agitação e cronificação, são, ou podem ser, conseqüências iatrogênicas do meio segregativo e pouco estimulante em que se encontram. A primeira coisa a ser feita, e vimos isso com Esquirol, é tratar o ambiente hospitalar, para que tenha, pelo menos potencialmente, um caráter terapêutico. A corrente de psicoterapia institucional francesa procurou fazê-lo. A questão que persiste, é (1) até que ponto um aparelho institucional bem constituído, apresentando uma teoria para psicose, pode tratar outra coisa que não só sintomas patoplásticos? (2) E que características este aparelho necessita ter para modificar alguma coisa além destes sintomas apresentados em decorrência do meio onde o paciente vive? (3) Se entendemos que a psicose é um acidente no simbólico, que características um serviço deve ter para tratá-la?

3.6

A terapêutica do dizer

Voltemos ao Coletivo. É fundamental que haja nesta “máquina abstrata”, uma estratégia analítica. Esta estratégia passa pela responsabilização de cada um, ou seja, por uma divisão de tarefas, e a criação de um “espaço do dizer”. Estes espaços, finalidade essencial do Coletivo, operam de modo que as estruturas institucionais venham a funcionar psicoterapeuticamente⁴³. Para isto entra em ação a

⁴² Gisela Pankow (1987, 1989 *apud* Cavalcanti 1992), nos diz que o acesso às estruturas psicóticas se faz pelo espaço e não pelo tempo. Esta autora afirma que não é possível nos depararmos com a história de um esquizofrênico sem delimitarmos um espaço onde essa história possa se passar. Aponta ainda, como mencionado por Oury, que este primeiro espaço, este primeiro lugar, é o corpo. Mas voltaremos a estas questões posteriormente. Por hora estamos situando a importância do lugar (do espaço) para psicóticos. E o fazemos para explorar as conseqüências de tal instância na abordagem institucional destes pacientes.

⁴³ O que se chama de coeficiente terapêutico, ou melhor, de coeficiente psicoterapêutico no sentido mais abrangente do termo, toma um sentido mais claro quando se pensa que a forma que daremos bom dia a tal paranóico pode modificar completamente o astral do dia. Se o monitor ou o cozinheiro ou a secretaria fala com o doente de forma normal, isso pode modificar profundamente

função diacrítica, ou seja, a análise, a discriminação de cada situação, e até certo ponto, interpretação, dos diversos acontecimentos institucionais. Mas como saber o que deve ser interpretado?

Oury divide o grupo de pessoas reunidas na instituição em dois grupos, os “isto importa” e os “tanto faz” (ou “pouco importa”). Para uma instituição funcionar terapeuticamente é fundamental um grupo “isto importa”. Este grupo, que nas palavras de Oury, nunca será a maioria, marca determinado acontecimento, havendo toda uma estratégia para se apontar em que momento e de que forma agir ou interpretar aquele acontecimento. O mais significativo é que, nas intervenções feitas por esse grupo, devem ser consideradas uma dimensão inconsciente, e, portanto um tempo próprio para o aparecimento dos efeitos desta intervenção, que muitas vezes, observa Oury, é posterior ao tempo da ação. A função deste grupo, diz Oury (1986) é tentar recolher o pouco de surpresa que resta nestes campos psiquiátricos. Manter a capacidade de se surpreender quando décadas já se passaram numa instituição psiquiátrica. Especialmente se lembramos que surpresa não é sinônimo de novidade, e por vezes, surpresas aparecem de onde menos esperamos, e por isso mesmo são surpresas. Os agentes do Coletivo, os “isso importa”, teriam então duas funções, denominadas por Oury de “varredores”, ou seja, desobstruir as avenidas onde há colamentos imaginários que sustentam a estase, e a de “fazedores de ponte”, pontes que são dispostas, entre os diversos grupos, entre as pessoas, entre as reuniões, etc. Vamos ao autor:

Aqueles que trabalham e que são os “que não vão levando”, próximos do Real, - o contrário d’aqueles que eu chamei ainda agora de “serventes” – poder-se-ia chamá-los de “operários do Coletivo”. A primeira função deles seria de “varredores”, com a finalidade de liberar as avenidas onde existem obstruções imaginárias, relações de favores de eu não sei quais interesses imaginários, o que conserva a inércia. Ao qual eu gostaria de acrescentar outra coisa, seria necessário que eu definisse melhor a próxima vez: aqueles que fazem pontes, aqueles que instalam passarelas de um grupo ao outro, de uma pessoa à outra, de uma reunião à outra, os “pontonniers” (agregadores). Precisa-se de varredores e de agregadores, no final das contas. E um operário do Coletivo é um varredor e um agregador que sentiu o Real que não estava muito longe (Oury, 1986. p. 190).

aquele se sente perseguido, que procura historia com todo mundo... É o cozinheiro justamente, que não é o medico, nem monitor, nem educador, nem enfermeiro, quem está falando. Isso é em algumas vezes o fator decisivo num plano psicoterapêutico, de uma importância infinitamente maior que todas as entrevistas que os doentes possam ter num consultório medico. O que segundo Oury, é difícil admitir.

Para fazer este trabalho, é necessário estar tomado pelo que se faz, numa dimensão que Lacan denomina de “transferência de trabalho”, ou seja, estar consciente que há sempre um trabalho que se pode fazer. Cabe destacar ainda, que as pessoas de um grupo e de outro não são fixas, podendo variar a cada momento.

A criação deste “espaço de dizer”, evita o aparecimento de uma doença, “crônica e freqüente” nas instituições psiquiátricas, que é o “fechamento” ou, como dissemos acima, o enclausuramento. Oury define bastante bem o que é este fechamento:

Criamos pouco a pouco nosso próprio território, isto em função de uma boa consciência profissional, e da mesma forma que os animais, partimos em defesa de nosso território. Isto leva a um fechamento múltiplo da instituição em pequenos territórios, com seus chefes e sistemas de defesa, dimensão de dominância imaginária, recomendada pelas leis do Estado. Assim, o estabelecimento se transforma num agregado de pequenos reinos que produzem estes fenômenos institucionais do tipo paranóico.

(...)

Nesses meios onde existe “mal entendido”, passa-se rapidamente à culpa para as costas dos outros. É o que é chamado de “paranóias institucionais”. Nós somos todos vulneráveis. E dificilmente estamos vacinados contra essa doença profissional.

(...)

Se você analisasse realmente as suas relações com o que você faz, quer dizer em articulação com o seu próprio desejo, você não importunaria os seus colegas dizendo que a culpa é deles”. É nessa dimensão que pode inscrever-se alguma coisa desse conceito difícilíssimo que é a decisão... (Oury, 1986. p. 28)

Cavalcanti (1992) completa: “Quando isto ocorre, qualquer possibilidade de dimensão terapêutica cai por terra” (p. 210). Outra “doença” ou resistência comum é o colamento entre o estatuto, papel e função. Oury discrimina este colamento definindo: Estatuto seria aquilo pelo qual o indivíduo é empregado; psicólogo, enfermeiro, servente, etc. Função é o que se desempenha; tratar dos doentes, cuidar do jardim, comprar comida. Papel o que se representa num determinado momento; ligação entre segmentos da instituição, agenciador de atividades ou oficinas, etc. para ter valor terapêutico, é preciso o que Oury chama de “ginástica” permanente entre estas três instâncias. Permitindo maior agilidade de circulação dentro da instituição. Mesmo parecendo banal, no cotidiano ainda temos que ser lembrados desta consideração clínica. Especialmente em razão da hierarquização que a ausência desta ginástica promove. Oury usa uma imagem próxima ao surreal para caracterizar este apego à nossas “pequenas propriedades

profissionais:

Constata-se cotidianamente, a que ponto o “eu” ocidental está ligado à pequena propriedade. Por exemplo, eu creio que é próximo de Bordeaux, na Gironde, havia uma pobre mulher com seu menino, que construiu uma pequena casa de madeira. Ela havia contratado um arquiteto que talvez tenha se confundido: a casa dela ultrapassava dois metros de uma linha virtual, que era o limite da propriedade do vizinho.

Uma coisa terrível! Então, um domingo de manhã, ela foi acordada por uns caras que vieram com as serras elétricas; bem na linha virtual, eles cortaram a casa em dois, tão bem que o quarto do menino estava na casa do vizinho. Lógico, é um extremo; mas nem tanto. Está-se freqüentemente reduzido, de uma forma talvez mais sutil, a compor com esta “impregnation” (assimilação) que nos marca profundamente: a demarcação da nossa “pequena propriedade”. O que esta em questão no processo de formação, de formação do psiquiatra, do psicólogo, do enfermeiro, etc... Tem alguma coisa a ver com essa pequena propriedade. (Oury, 1986 p. 219).

3.7

O desejo do terapeuta

Assim, o estabelecimento se transforma num agregado de pequenos reinos que produzem estes fenômenos institucionais do tipo paranóico... Isso vai de encontro à problemática da transferência. A transferência é “o desejo do analista (Oury, 1986. p. 220).

Oury se apóia mais uma vez em Lacan para, assim como ele destacava o desejo do analista, enfatizar o desejo do terapeuta. Por isso, o mais importante para os trabalhadores do campo psiquiátrico é um questionamento permanente a respeito de seu próprio desejo, e a pergunta: - “O que eu estou fazendo aqui?” - deveria ser cotidianamente repetida. Moura (2003), nos chama atenção para o fato de que a existência de estruturas hierárquicas é quase inevitável, embora não natural. Uma vez que estas diferenciações estabelecem os âmbitos de ação de cada um, o seu status e a sua importância no todo da organização. Este autor insiste em que não se deve defender um “igualitarismo ou uma espécie de democratismo ingênuo”, mas, ao contrário, deveríamos buscar por um alargamento em nosso coeficiente de transversalidade (termo que toma emprestado de Guattari). Pois sem ele, criamos uma espécie de “sobre-pele” na qual um médico só poderá ser médico, um enfermeiro, enfermeiro, e, principalmente, um paciente, paciente. Acarretando um profundo empobrecimento de seus universos de existência, como também da própria instituição. Quando estas identidades se cristalizam, só podem

sobreviver relações paranóicas, sustentadas por um jogo de territórios e de saberes sempre ameaçados de destruição. Buscando a todo custo por ordem em tudo e todos que em algum momento transbordam as regras do jogo e se abrem para multiplicidade ou mutações. Oury diria:

É mais um jeito de ser, de apreender o problema dos encontros, do acaso. Existe efetivamente um problema de decisão, sobre o plano ético. Mas ao mesmo tempo um problema de “justificação”: do que fazemos aqui. O que fazemos aqui? Essa justificação não é uma racionalização. É uma justificação desta dimensão ética. É o que chamamos (é uma palavra fundamental) em alemão “Sollen”. Walter Benjamin fala do “Sollen”. E esta no coração (no centro) mesmo do que fazemos. Porque fazemos isso? Mas não é um “dever moral”, é um “dever ético”. Encontramos aqui uma definição de Lacan no seu seminário sobre ética (em psicanálise) quando ele diz que a ética é uma espécie de relação, uma medida justa, de articulação entre seu próprio desejo e sua ação. Vemos que isso cria problemas sérios, quando ha falsificação, se não é realmente bem articulado, entre o desejo do médico ou do enfermeiro com aquilo que ele faz. (Oury 1986. p. 27)

Esta pergunta, “o que estou fazendo aqui?”, tão importante, nos coloca diante da dimensão sem a qual não é possível qualquer trabalho: ética, entendida como articulação entre o desejo e a ação. Para tratar psicóticos, diz Oury, é preciso que nos encontremos na mesma paisagem, permanecer no mesmo campo, de tal maneira que não o influenciem, mas possamos respondê-lo de onde se encontra. Essa é nossa responsabilidade ética, diz Cavalcanti (1992), responder ao outro em sua singularidade. Mas isso não se faz sem interrogarmos constantemente nosso desejo, nosso interesse em tratar, em estar em um espaço institucional tão duro e árido quanto a instituição psiquiátrica. Isto ultrapassa interesses econômicos e só “funciona” se for interesse do desejo. E é assim, talvez só assim, com a presença de pessoas para quem “isto importa”, e o que constitui estas pessoas é este desejo em sua dimensão ética, que podemos falar em Coletivo. De outro modo, o que se passa nos grupos ou sistemas tradicionais é o esmagamento maciço do Semblante; o que há torna-se repetitivo, monótono, estereotipado, e ao nos darmos conta, se isso ocorrer um dia, já estamos mortos. Escapar desta dimensão transferencial morta, exige uma espécie de análise da contratransferência institucional, e é por isso que é necessário que haja espaços onde se possa falar do trabalho, a partir do que se privilegia a idéia de reunião. Entendida, sua importância, como instrumento para interpretar, no plano coletivo, o que se passa na instituição, seu semblante e percurso. Outro instrumento para

evitar esta morte é não fugir do conflito, sinal de vida institucional. Oportunidade para ser aproveitada e gerar movimento, trocas, engajamentos. Cavalcanti (1992) chega a dizer que: “... não basta termos uma série de atividades funcionando muito bem, é preciso mais do que isso, é preciso “alma” (p. 230), mas isso não vem sem conflito.

3.8

Conflitos

Situar conflitos como condições de possibilidade para vida. Tomá-los por instrumentos de trabalho. Não evitá-los a qualquer custo. Estas não parecem considerações óbvias tanto para nossa cultura; adaptada ao silêncio-negligência de qualquer “perturbação”, psíquica ou social. Quanto para o trabalho com a psicose, que refletindo o espírito de nossa época, também incorre em silêncio. Mas não o silêncio-convite ao sujeito para aparecer, como o silêncio do analista. Trata-se aqui, acompanhando as indicações de Oury, se combater o silêncio sem afeto que resta do trabalho consumido pela rotina com pacientes psiquiátricos. O que fatalmente afasta as pessoas que trabalham de entrar em contato com seus preconceitos, temores, e principalmente possibilidades criativas de trocas de afeto.

Diz-se: é preciso deixá-los circular e percebe-se logo em seguida que existem resistências. Se cedermos, o cozinheiro vai se trancar na sua cozinha. Isso faria uma bola de neve e voltaríamos rápido ao sistema carcerário e os doentes teriam que voltar a ficarem trancados nos quartos. Não haveria mais a necessidade de se falar em metro quadrado social e no final das contas seria uma regressão. (...) Para o cozinheiro ou para as pessoas que toleram mal a intrusão dos pacientes nos seus respectivos territórios. Criamos o que parece essencial para dar um pouco de vida dentro da coletividade, um tipo de bar, de balcão onde se vende, sob a responsabilidade de um pequeno grupo de doentes, bebidas, balas, biscoitos e cigarro. Sabíamos que o cozinheiro ia ao bar do vilarejo jogar bilhar e comprar cigarro. Nós nos dissemos que seria bom se ele fosse comprar o cigarro dele no bar no hospital, isso iria obrigá-lo a conhecer os doentes e não sentir mais medo deles. Ele acabou se sentindo obrigado a ir e então os doentes o convidaram para as noitadas, as sessões de teatro de dança etc. O envolvimento, o desaparecimento do medo, esse preconceito que é compartilhado entre pessoas limitadas, a fim de entrar em contato com os doentes e aceitar o princípio de base: liberdade de circulação. Com o passar do tempo isso passou a funcionar super bem, mas vários cozinheiros foram embora.

(...)

O resultado é que as pessoas que trabalham ali, mas que não possuem um status oficial de monitor ou enfermeiro, involuntariamente ou não desenvolvem uma relação com os doentes, e a forma como eles vão reagir pode ter uma importância de ordem terapêutica. Essa constatação foi colocada em evidência

declarando que independentemente da função de qualquer pessoa que trabalhe em um centro de Psiquiatria ela estará sempre indexada a certo coeficiente terapêutico. Isso é só o exemplo do cozinheiro (Oury, La Borde).

Esta rica passagem de Oury abre caminho para entendermos que sem dialogarmos com algum nível de mal estar, perdemos nossa própria capacidade para tratar. O que está sendo chamado ai de coeficiente terapêutico não é outra coisa se não isso. Oury, como apontamos, denuncia que a organização psiquiátrica muitas vezes faz escapar todo mal estar, temendo que eventuais conflitos possam avançar a agressões e crises. Pois que Oury, guardadas as devidas proporções, aponta justamente o contrário, trazendo para cena eventuais conflitos, se pode experimentar uma integração, pertença ou participação muito mais terapêutica que apenas silêncio medicamentoso. Não podemos esquecer que falamos e descrevemos dispositivos, como o coletivo, pensados para a psicose, e que para bem operar, necessita de um tanto de loucura... o que naturalmente, se nos importarmos com o nosso trabalho, se estivermos eticamente envolvidos, trará conflitos. Tosquelles (1973), falando sobre este conflito vivo, chega a dizer que quando em uma oficina ou atividade institucional não há mais conflito, o que lá ocorre está morto. A questão colocada então, não é suprimi-lo do cotidiano, mas se perguntar o que fazer. Para isso entram em cena os espaços do dizer.

3.9

Espaços do dizer

Ainda há pouco falamos dos “espaços do dizer”, pelo que evitam, apontando para a dimensão ética que possibilita sustentá-lo no cotidiano institucional. Mas nos falta pontuar, mais detalhadamente, o que estes espaços possibilitam. Dissemos acima que os psicóticos apresentam um acidente no “mundo da linguagem”, e por isso, a “fabricação de seu dizer”, está alterada. Nestes espaços, criações do Coletivo, alguma coisa pode se produzir para um Encontro poder se dar. Encontro, como dissemos acima, é aquilo que transforma um sujeito. Talvez retomar uma metáfora usada por Oury para falar destes espaços possa nos ajudar. Alqueive é um termo da agricultura que diz respeito à terra lavrada que é deixada em repouso para adquirir força produtiva. Oury aponta que aparentemente nada está acontecendo com ela, mas sem este período de aparente

inatividade, não haveria o que se produzir depois. Este “alqueive” ou “espaço de dizer”, é a possibilidade de recuperar, ainda que parcialmente, ou por alguns instantes, a possibilidade de reunir a dispersão, a fim de que aflore o dizer, o semblante de uma unidade (Oury, 1986). Esta metáfora não só do “espaço de dizer”, mas do trabalho institucional, nos mostra que às vezes é necessário deixar o paciente em repouso, mas mantendo e criando áreas em que alguma coisa possa se dar. Este exercício pode ser frustrante para quem trata, e só em nosso desejo/ética encontramos a energia necessária para manter as estruturas em funcionamento, mesmo sem poder prever ou saber em que momento o paciente vai se ligar a uma delas, ou se o fará um dia. Mas apenas mantê-las não basta, é necessário estarmos vigilantes, para que no momento em que esta “ligação”, por vezes sutil, acontecer, não a deixemos passar, distraídos. Cavalcanti (1992) exemplifica estes momentos mostrando que por vezes é um paciente geralmente alheio sorrir, ou um outro, errante, sentar-se à mesa para almoçar. O risco, nestes casos, é não haver ninguém para recolher o sorriso, ou haver um lugar à mesa no qual ele possa se sentar.

Retornando ao Coletivo; “máquina abstrata” que permite, através de sua função diacrítica, organizar “espaços do dizer”, que devem ser os mais variados possíveis, permitindo que a dissociação destes pacientes, que também se manifesta por uma transferência fragmentada, dissociada, possa ser tocada por um Encontro, e com isso a emergência, em algum lugar, de algum nível de singularidade, de distinção. Se concordarmos que na psicose há essa estase, isto é, não há passagem de um ponto ao outro, e sem isso não há sentido que possa ser elaborado ou compartilhado, é imperativo que haja diferentes lugares, e que estes possuam diversas tonalidades, gostos, sons, e “paixões”. Pois, se dispomos apenas de um som, ou uma cor, não podemos fazer contraste, que sem dúvida, é o que dá beleza, sentido, e vida as “coisas do mundo”. Além de refletirem o toque pessoal, a interpretação de quem a criou ou se apropriou. Nos aproximamos assim, do que Oury chamou de “colorido pático”, à atmosfera do ambiente, o que sentimos imediatamente, o semblante. Vamos admitir por um momento, que o que ocorre na vida cotidiana, seja no hospital ou na comunidade, é capaz de produzir mudança na existência.

Com isso, admitimos que o ambiente (e a possibilidade de transformá-lo), é fundamental.

Não podemos nos esquecer da dimensão patoplástica presente, que por hora traduziremos como: se o ambiente vai mal, tudo vai mal. Um dos efeitos da patoplastia é justamente uma certa indistintividade que, dependendo da ambiência, se faz presente entre as pessoas e suas relações, como também entre os lugares, grupos e instituições.

É nesse sentido que Oury atribui extrema importância ao trabalho que deve ser feito para modificar o ambiente, pois acredita que tudo o que se passa na vida cotidiana da instituição é uma rede de atos mínimos que pode desencadear efeitos na existência de cada um.

De um modo mais preciso, me parece que poderíamos dizer agora que isso que denominamos ambiente pode desencadear, seja de um modo reacional ou, ainda, numa dimensão patoplástica, sintomas de furor, de depressão, de desencorajamento, de absenteísmo, tanto com relação ao pessoal quanto aos doentes. (..) Pode-se dizer que se trata de qualquer coisa que se passa na modalidade do "semblante". (Oury, 1986, p.181)

Agir sobre este semblante é fundamental numa organização onde há psicóticos, pois neste nível podemos sentir, ou não, alguma coisa se passar, podemos perceber se algo está vivo, ou morto. Se deixamos tudo isso como está, permitindo que as coisas sigam seu curso natural, sem intervir, sem colocar questões, agindo como um "pouco importa", a tendência é se chegar à Necrópole, sistema inerte, homogeneizado, hierarquizado: "A corrente natural de todo sistema institucional é de chegar à Necrópole. Essa é a entropia máxima" (Oury, 1980, p. 39), Cavalcanti (1992, p. 354) chega a dizer que este semblante⁴⁴: "sempre traz consigo algo da ordem do sujeito do inconsciente".

Seria necessário igualmente, definir o que esta em questão dentro desse "o que se passa". O que se passa na sombra mesmo das coisas, nos encontros, na vida de todo dia...O que é que se passa do ponto de vista da simples relação, daquilo que vamos sonhar quando estivermos sozinhos, ou com os outros? É de ordem simbólica? É de ordem imaginária? É Real? É tudo isso de uma vez.

⁴⁴ Posicionando melhor o que significa semblante, conceito que Oury trabalha a partir de Lacan, Nasio propõe: O semblante praticado pelo psicanalista é o contrário do artifício; trata-se, antes, de um estado, uma disposição interna diante de si mesmo, e não de uma atitude afetada perante os outros. O semblante equivale a fazer uma tabula rasa de qualquer idéia, sentimento, ou, ainda de qualquer paixão, até se tornar uma superfície virgem de inscrições. Não é fácil nos persuadirmos profundamente, diante de nós mesmos, de que não sabemos nada. Não é fácil sermos o vazio em si, e, no entanto, esse é o único meio de assumirmos adequadamente nosso papel de analistas (Nasio,1993a, p. 89-90).

E o que é eficaz, é a combinação de diferentes significados? Concretamente, existencialmente, o que vai desencadear tal ou tal comportamento em vez de um outro? É um efeito *fascinateur*? (*fascinatório / fascinador*) Mas mesmo no efeito fascinador, o que é que faz com que isso funcione ou não? Existe aí, uma categoria que deveria ser administrada, a categoria da aparência, semblante, no sentido de Lacan.

Quem vai administrar a aparência no hospital? É uma questão capital. Porque, por exemplo, tal esquizofrênico ou tal neurótico é quase sempre extremamente sensível a qualquer coisa que não é nem Simbólico, nem Imaginário, nem Real, mas a qualquer coisa que provoque um comportamento, uma idéia, uma decisão pessoal... Trata-se, obviamente, do ambiente: O ambiente de um grupo ou de uma reunião ou de um atelier. É dar valor ao papel preponderante de um certo modo primordial do “sentir”: le *pathique*. Uma certa cor, uma certa atmosfera, uma certa dimensão mais ou menos “vital”. É uma das manifestações de qualquer coisa de essencial: a aparência (Oury, La Borde).

3.10

A aparência e o coletivo

E eu recordo-lhes, mais uma vez, que o passo fundamental de Freud – e repetido, de uma forma rigorosa por Lacan – é a distinção entre o sujeito do inconsciente, do fato da promoção do conceito do inconsciente, e as instâncias imaginárias do Eu; a distinção entre o sujeito do inconsciente e o Eu. Infelizmente, fica-se frequentemente, na organização dos grupos, em uma espécie de gestão *intermoïque* (*moi = Eu termo lacaniano*), uma gestão de funções imaginárias. Enquanto que se agente questiona alguma coisa da ordem do sujeito do inconsciente, quer dizer daquilo que não é ‘manifesto’ no imaginário é bem necessário que se possa ter uma certa influência em um agenciamento coletivo.

Uma das funções do Coletivo, a função diacrítica, leva em conta a subjacência e não pode se articular, nos tratamentos terapêuticos, que se levando em conta a aparência. Eu penso que é a partir daí que seria necessário tentar discutir. Eu gostaria muito que alguém pudesse dar sua opinião sobre essa alegação: que uma das funções essenciais do Coletivo é levar em conta a aparência. (Oury 1986. p 162 e 163)

Se o ambiente é/ está sendo percebido pelo sujeito como agressivo, tenso, este tenderá a se defender do jeito que pode, com os recursos que possui. Se o ambiente é/ está sendo percebido como acolhedor, poderá canalizar a energia que seria gasta na elaboração de uma “estratégia de sobrevivência”, em outra coisa, o que lhe for mais aprazível para conviver.

Conviver, e isso é fundamental lembrar, não é uma exclusividade dos pacientes, também afeta a equipe disposta a este trabalho. E neste sentido, neste colorido pático⁴⁵, Oury é preciso. É preciso também ao anunciar uma das

⁴⁵ Por pático ou função pática, Oury entende a capacidade de contato, essencial para evitar que o psicótico se perca num de seus desvios (Campos Silva 2001, p. 113).

possibilidades do trabalho com psicóticos:

Pode-se dizer que o que todo mundo tenta dizer – tanto com os psicóticos que com outros, por exemplo, no nível escolar, e mesmo em uma escola maternal, com toda a mistura que possa ter – é de demarcar os espaços, para que haja possibilidades de espaços de jogo (no sentido de Winnicott) e daquilo que se pode chamar de “palco” (como “o auto palco” de Freud). O que eu retomo freqüentemente sob a forma ilustrada de construção de “praticables” (“transitáveis”), no sentido teatral do termo. Lá onde possa se manifestar qualquer coisa, onde isso possa aparecer. Lacan havia definido l’acting out – em oposição à passagem ao ato – como sendo, do fato mesmo que exista uma situação transferencial, alguma coisa que vai poder se manifestar, se mostrar sob a forma de um chamado à interpretação, um roteiro que só se interpreta sobre um “palco”.

Enquanto que a passagem ao ato, é fora do palco. Nosso trabalho é tentar fazer com que haja o máximo de possibilidades de acting-out. Não é necessariamente negativo, um acting-out, do fato mesmo que é alguma coisa representável; é mesmo a única oportunidade que se há, algumas vezes, de articular alguma coisa, é uma espécie de janela aberta nas estruturas inconscientes, sobretudo porque o acting-out está construído, feito, com os mesmos elementos que um fantasma; exceto que ele se mostra, que ele chama. Lacan deu em seguida outra formula. “O acting-out, diz ele, é quando a aparência sobe no palco”. E ele acrescenta: “É isso o acting-out, e é isso a paixão”. É interessante. No texto de 1957 que eu citei ainda a pouco, para Zürich, eu tentava dizer que todo esse trabalho não pode se realizar sem que haja um certo numero de pessoas que são pegadas por uma paixão. Pode-se dizer que isso entra na dimensão! “transferência-trabalho”. Em outros termos, em todo esse negócio, tem sempre um trabalho que pode se fazer – e que é da mesma ordem, se há um coletivo, que o trabalho (Durcharbeitung) inconsciente. Tipo de perlaboration (perlaboração), mas em um plano coletivo. Às vezes acontece que pessoas vêm trabalhar em certos locais sentem no final de um certo tempo, que algo mudou nelas mesmas. É o equivalente de um processo analítico? Não se sabe muito, mas isso fez com que alguma coisa se movesse. Mas o que é que move? Está bem relacionado com todas as dimensões: da transferência, do acting-out, da aparência (Oury, 1986. p.190).

Mas voltemos a nos perguntar: É possível agir neste semblante?

Voltamos aos “espaços do dizer”: a emergência de alguma coisa que faz com que lá, o sujeito que não estava em parte alguma, encontre um lugar. Este movimento só pode se realizar se na instituição estiverem presentes pessoas para as quais “isto importe”. E é exatamente porque existem pessoas assim na instituição, que o ambiente será trabalhado, e não será mais o mesmo, havendo o que Cavalcanti (1992) chamou de “auto-mudança” ou “auto-produção”, cuja importância é colocar em circulação uma subjetividade que sofre. Novamente Oury nos brinda com uma bela referência: “Se um esquizofrênico descarrilou no simbólico (mundo da linguagem), nosso trabalho é tentar recolocá-lo sobre os trilhos, a fim de que ele possa de novo circular um pouco” (Oury, 1986, p. 198).

Depois de apresentar os conceitos que vimos até agora, Oury, pensando sobre tratamento, se pergunta: “O estabelecimento como ele é, é suficiente? Institucionalizar, fazer grupos, clubes, ateliês, mesmo que haja uma liberdade de circulação, isto é suficiente? Multiplicar os tratamentos, que cada paciente seja seguido singularmente, isto é suficiente?” (Oury, 1986, p. 178). Não, diz ele, e por isso criou o conceito de Coletivo.

Nesse sentido, eu digo que um estabelecimento clássico, tradicional, com todos os seus fechamentos, hierarquias, problemas de sindicatos, mudanças permanentes de internos e residentes, não tem Coletivo. Tudo fica sob a pressão da alienação social. Então é preciso alguma coisa que não seja nem uma instituição, nem um estabelecimento, nem um grupo, nem etc... é o que eu chamei de uma máquina abstrata, da qual, uma das funções essenciais é a função diacrítica” (Oury, 1986, p. 178).

Função diacrítica que como pudemos ver, busca constituir, por meio da análise dos acontecimentos, um escudo simbólico, permitindo ao psicótico algum porto seguro, alguma organização, mesmo que frágil. O efeito terapêutico mais importante desta função seria o que Oury chamou de “fenômenos de passagem”, passagem de um lugar a outro, de uma cena a outra. É essa passagem que dá o sentido, e o que o psicótico perdeu foi justamente esta capacidade de fazer sentido. O Coletivo é a tentativa de se organizar um campo onde singularidades estejam presentes, e, repetindo mais uma vez, não se passa de um lugar para o mesmo lugar, devendo existir heterogeneidade entre os ambientes institucionais, uma diferenciação pática dos “espaços do dizer”.

Importa mencionar que para se manter a qualidade do ambiente, também existem as influências do contexto socioeconômico e as pressões alienantes como as que podem vir, por exemplo, do Estado, nos casos em que a instituição está atrelada a ele, na medida em que, muitas vezes, mesmo havendo pessoas que estejam extremamente interessadas pelo trabalho, essas pressões (que entre nós brasileiros muitas vezes são chamadas de falta de recursos) acabam por minar ou por impedir completamente que esse desejo seja mantido.

E é nesse sentido que Oury confere extrema importância à forma de administração e à organização do trabalho no estabelecimento psiquiátrico e à autogestão, propondo uma ruptura com o sistema hierarquizado tradicional, de forma que o estabelecimento não seja um instrumento do Estado. Experiência distante da realidade brasileira.

Retomando, outra marca importante de uma função terapêutica é a presença do humor, variável segundo o estilo do encontro. A necessidade do humor, segundo Oury, decorre da dificuldade do esquizofrênico “estar com”, sua difícil relação entre o próximo e o distante, sua oposição eu/ mundo. Poder rir de alguma coisa no passado ao invés de nos paralisarmos, é, segundo Oury, um importante indicador terapêutico, isto é, provocador de mudanças. Quando um esquizofrênico chega a rir de seus perseguidores, aponta Cavalcanti (1992), então podemos estar certos de que alguma transformação ocorreu.

Finalizando, o que Oury chama de Coletivo é, mesmo que isso pareça paradoxal, alguma coisa produzida pela vida coletiva, pelos espaços de convívio. Que, apesar de ser possível sentir por efeitos como: o respeito ao outro numa dimensão ética, a possibilidade de estabelecimento de um bom contato com os pacientes que não os deixe cair no vazio e que permita que a pessoa em sofrimento perceba que conta para os outros, a heterogeneidade, a liberdade de circulação e a transferência, a possibilidade de emergência do dizer (Campos Silva 2001, p. 105), é invisível, inconsciente, um “tremor”. Ou, para nos valermos de uma analogia de Oury, um certo efeito nos arredores.

Podemos variar os arredores, e isso modifica alguma coisa. Isso não modifica profundamente seu estado de exuberância. Mas isso modifica alguma coisa e ela se recorda disso, ela memoriza tudo. Isso modifica a forma como se deve acolher, etc (Oury 1986. pág 23).

Mas é nesta dimensão, e nesta apenas, que falar em tratamento para pacientes psicóticos crônicos/ graves, parece fazer sentido. Por que nos dedicar a tarefa de criar e recriar lugares e espaços sempre a um passo da destruição? Oferecemos aqui algumas considerações teóricas a respeito, mas a resposta última, a que guiará as ações, parte do desejo/ ética de cada um. Sem este desejo, sem esta ética, não importa muito se o sujeito está “dentro” ou “fora”, se na comunidade ou em uma instituição fechada. Não há tratamento possível para

psicose, ou qualquer outra forma de alienação. Se assim o for, o que podemos perceber de fundamental é que cada um tem a parte que lhe cabe neste compromisso ético de se perguntar: Mas afinal, o que estamos fazendo aqui?

Considerações finais

O que estamos fazendo aqui?

No decorrer do primeiro capítulo, observamos o contexto histórico que levou ao desenvolvimento da Psiquiatria, destacando a importância do trabalho de Pínel e Esquirol na organização deste campo. E não parece pouco traduzir tais esforços em torno da pergunta “O que estamos fazendo aqui?”.

Ainda que diretamente nenhum dos nomes citados no decorrer dos capítulos 1 e 2 tenham se feito esta pergunta, não deixaram de buscar respondê-la com ferramentas encontradas ou criadas.

Muitos anos mais tarde, já se referindo a experiência de Saint-Alban, outros nomes, novamente se propõem a fazer esta mesma pergunta. E motivados, talvez, pelos horrores da guerra, e certamente em outro contexto, encontram novos recursos para respondê-la.

Concomitantemente, desenvolve-se ainda mais a psicanálise, ferramenta tornada indispensável na busca por respostas.

O que estou fazendo aqui? Perguntou-se Oury, que ousadamente estendeu a pergunta até: O que posso fazer aqui?

Pergunta rara, feita por poucos, mais fundamental para quem tinha visto uma de suas principais fontes de inspiração e interlocução, Lacan, se fazendo a mesma indagação ao se deparar com o contexto psicanalítico francês de sua época.

Como resultado deste intrincado encontro entre perguntas, interlocutores e respostas, foi apresentado o capítulo 3. Nele, ainda que por vezes de forma confusa ou muito condensada, pode-se vislumbrar os desdobramentos da potência de um trabalho movido a perguntas.

Talvez bastasse esta contribuição geral, mover-se à perguntas, para nos repositcionarmos diante do cotidiano de nossas lidas em saúde mental, mas o texto avança, e se dirige para contribuições particulares no trabalho com Psicoterapia Institucional. Sendo desenvolvido, então, alguns de seus conceitos.

Este *flash* sobre a Psicoterapia Institucional apresentado aqui, também parece poder ser traduzido como um antídoto à burocracia tão impregnada nos serviços de saúde mental.

Impregnada, talvez, e isso não podemos esquecer, em decorrência da abertura fornecida por uma conjuntura de trinta anos atrás, quando ainda era o modelo hospitalocêntrico (de depósito humano) o que prevalecia nos cuidados à saúde mental. Com a internação psiquiátrica representando mais que uma possibilidade de tratamento; o destino do sujeito. Condenado o internado a, no máximo, desenvolver por sua própria conta e risco, estratégias de sobrevivência ao ambiente institucional.

Ora, se já estava dado de partida que a internação era o destino, e loucos condenados a viver em um depósito. A posição do trabalhador diante de deste ofício-de-cuidar-de-loucos, também estava eticamente comprometida.

Vale destacar que tal comprometimento (mundial sim, mas tão brasileiro), não atingiu apenas profissionais de nível fundamental ou médio, mas de nível superior, em especial psiquiatras, que durante toda uma geração se viu discriminada por seus colegas, tidos como “aqueles que tinham desistido da medicina”, ou “os menos capacitados”. Alia-se a este quadro geral de menos valor, a lógica mercantil (privatização do pátio manicomial/ ausência de controle do Estado), e um contexto político fundamentado em cidadãos tementes a seus próprios atos e palavras (período da ditadura militar), forçados ao silêncio.

Somando preconceito, lógica mercantil, e ditadura, teremos uma noção mais aproximada de para onde apontava o norte magnético do desejo dos trabalhadores deste campo. E, em contrapartida, paradoxalmente, o esforço heróico daqueles cujas vozes de destacaram como “isto importa”, sem naufragar na “necro-burocracia” das conjunturas da época. Conjuntura que, poderíamos dizer, esvaziada de desejo, sucumbiu à burocracia. Instância capaz de sobreviver, como organizadora de relações, quando não há desejo.

E o que isto tem a ver com a Psicoterapia Institucional?

Diretamente muito pouco, afinal, não se viu estudantes fazendo passeata contra a ditadura vestindo camisetas com os dizeres “S.O.S - Só Oury Salva”, ou empresários da loucura abrindo mão de seus asquerosos lucros porque tinham voltado de La Borde dispostos a por em prática as idéias de liberdade de circulação, lugares estruturados concretos, contratos facilmente revisáveis de

entrada e saída, e um acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediações (os quatro axiomas básicos descritos por Vertzman). Não, nada disso aconteceu.

A P. I. e seus instrumentos, em especial o Coletivo, contribuíram, e contribuem, quando integraram política e clínica, na medida em que se ocuparam (e se ocupam) do pouco de surpresa que ainda restava (resta) na assistência, e a nutriu, a positivou, chamou de desejo, encontrando formas de não deixar escapar seu tesouro de possibilidades. Possibilidade que é mãe e pai da criação. E daí toda importância dada aos conceitos de acolhimento, ginástica de papais, conflito, além de espaços do dizer e, claro, o Coletivo.

Também afirmou que a psicose existe, é um fato, e deve ser levada em consideração quando se trabalha na busca pela cidadania do louco (me refiro aqui ao cuidado de Oury em separar a alienação social da psicótica, positivando a existência das duas, e nos obrigando a perceber, por exemplo, que apenas desinternar pode não ser “A” saída para resolver “O” problema da loucura). Nas palavras de Oury teríamos: “Frequentemente se esquece que o coletivo psiquiátrico não tem possibilidade de existência a não ser que haja psicose” (Oury 1980, p. 25). E daqui pode-se extrair alguma consequência do conceito de clube; como liga mais palpável que põe em andamento, nos dispositivos da instituição, os pressupostos descritos (ver anexo).

Retomemos alguns pontos apresentados na introdução: o que é acolher? Porque acolher é importante? Onde acolher? O que é necessário para se sentir acolhido? Como promover essa discussão no campo da reforma Psiquiátrica?

Foi ao redor do Coletivo que buscamos responder estas questões, apontando que uma vez posto em funcionamento, esta “máquina abstrata para tratar alienação” pode-se oferecer condições de possibilidade para a passagem de um ponto ao outro, de S1 para S2, encadando sentido aos e nos acontecimentos da vida. Podendo com isso reduzir passagens ao ato, ou as vivências mais alienantes da loucura.

Outro aspecto importante sobre a Psicoterapia Institucional está em sua metodologia de abordagem (ou convivência) com a loucura. Atualmente, no campo da saúde mental, Psiquiatria, e muitas vezes Psicanálise parecem de aproximar de seu objeto com a “sensibilidade de estatísticos e dissecionistas”, se distanciando cada vez mais do planeta, ou melhor, da constelação que é a loucura.

Tornando-a paradoxalmente, quanto mais se aprofunda em seu saber, mais invisível e insubstancial. A P.I. por sua vez, e em especial através do Coletivo, conforme a citação de Oury logo acima, “... não tem possibilidade de existência a não ser que haja psicose”. Aqui lembro de Erasmo de Rotterdam, autor do Elogio da Loucura, no qual a loucura é identificada no comportamento humano normal, no dia a dia, nas múltiplas expressões humanas, integrando-a nas relações mais diversas.

Mas não é só neste ponto que Erasmo e Oury se encontram; ambos valorizam a existência de humor e conflitos. Localizado por Oury no decorrer do trabalho, e de um trabalho em equipe.

Por ser Oury um autor de muitas metáforas, é justo terminar com uma que expresse bem este raciocínio. Desta vez uma metáfora musical que mostra resumidamente a harmonia e a criatividade desejável (ou desejada) de se encontrar nos diferentes acordes que constituem tanto a multidimensionalidade da doença mental, como nos saberes e membros que compõem uma equipe, e também no Coletivo:

Uma equipe, para tomar uma analogia musical, é como uma escala: com um certo número reduzido de notas, uma oitava, podemos compor quase uma infinidade de partituras. (Oury 1991, p. 8)

Enfim, muito mais teria a ser dito, e quem sabe o será em um futuro trabalho. Um que possa mostrar como o apresentado até aqui se articula no dia a dia do Núcleo de Assistência em Saúde Mental Casa Verde. Experiência carioca de trabalho inspirada na P.I. e que, este ano, celebra quinze anos de existência, quinze anos de Encontros, desencontros, e de tentativas em responder a “metafísica” pergunta: Mas afinal, o que estamos fazendo aqui?

Referência bibliográfica

ALEXANDER, Franz & SELESNICK, S. **História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente**. São Paulo: IBASE, 1968.

AYME, James. **Chroniques de la psychiatrie publique - à travers l'histoire d'un syndicat**. Editeur Eres, 2005.

BARRETO, F.P. **Entre as aves e as feras**. Casos Clínicos Psiquiatria 2005; 6 (Supl):6-11.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BERTOLINO, Pedro et al. **A Personalidade**. Florianópolis: Nuca Ed. Independentes (Cadernos de Formação; 1), 1996^a.

CAMPOS SILVA, L.B. **Doença Mental, Psicose Loucura: Representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital dia**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.

CAVALCANTI, M. T. 1992. **O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre a Psicose e Instituição Psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1992.

_____. (1996) "**Ética e assistência à saúde mental**". In: FIGUEREDO, A. C. e SILVA FILHO, J. F. (Orgs.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks.

DELEUZE, Gilles. **Que és un dispositivo?** In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

DELGADO, P. G. G. "**Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil**". In: Costa, Nilson do Rosário ;Tundis, Silvério de Almeida. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, M. (1972) **História da Loucura**, 6ª ed., São Paulo: Perspectiva.

FREUD, S. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia**. In: _____. *O caso Schreder, artigos sobre a técnica e outros trabalhos, 1911-1913*. Trad. José Otávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.

15-108. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. XII).

FREUD, S. (1926) **A questão da análise leiga**. Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976. Pág. 203-93.

FULGÊNCIO, Leopoldo **O abandono da hipnose e a leitura metapsicológica dos sintomas**. (mimeo) 1998.

GALLIO, G. & CONSTANTINO, M. **François Tosquelles, a escola da liberdade**. In: *Saúdeloucura 4*. São Paulo, Hucitec, 1994.

GOYATÁ, F. J. R. (2003) **Wolf Silva, consumidor implacável**. Belo Horizonte, IX Jornada da EBP – MG. out. de 2003.

GUATTARI, F. **Psicoanálisis y transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones**. Buenos Aires, Século XXI, 1976.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva. 1961.

KAUFMANN, P.(org.). (1996). **Dicionário enciclopédico de psicanálise, o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

LACAN, J. **Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

_____ **“De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”**. In:

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Cap.V, p. 537-590.

_____ (1953) **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise**. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____ (1953) **Discurso de Roma**. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

_____. **O seminário, livro 3: as psicoses (1955-1956)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

MARX, K. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. In: FROMM, E. *Conceito marxista do homem*. Rio de Janeiro, Zahar, 1962.

MILLER, J.-A. **Introdução à leitura do Seminário 10 da Angústia de Jacques Lacan**. In: *Opção Lacaniana* n° 43. São Paulo: Eolia, 2005.

MILNER, J.C. **Os Nomes Indistintos**: Companhia de Freud, 2006.

MOURA, H. A. **A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NASIO, J.D. **Cinco lições sobre a teoria de Jaques Lacan**. Rio de Janeiro, Zahar, 1993a.

OGILVIE, B. **Lacan: a formação do conceito de sujeito (1932-1949)**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991.

OURY, J. **Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: traces et configurations précaires**. Paris: Payot, 1976.

_____. **Le collectif**. Paris: Scarabé, 1986.

_____. **Itinerários de formação**. Traduzido de *Revue Pratique*. N.2.pág. 42-50, 1991, por Jairo Goldberg./mimeografado.

_____. **L'aliénation**. *Paria: Galilée*. 1992.

QUINET, A. **A Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Fator, 1990.

RABINOVITCH, S. **A Forclusão: Presos do lado de fora**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

Revista do Departamento de Psicologia - UFF, v. 17 - nº 1, p. 113-127, Jan./Jun. 2005.

ROUDINESCO, E. **História da Psicanálise na França**. vol. 02. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

SERPA JUNIOR, O. D. (1992) **A Constituição de um Olhar: a experiência clínica na medicina e na psiquiatria**. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria).

SCHNEIDER, D.R. **Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo da obra "Saint Genet: comédien et martyr", de Jean-Paul Sartre**. São Paulo: PUC/SP, 2002.

SCHREBER, D. P. **Memórias de um doente dos nervos**. Trad. Marilene Carone. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SOLER, C. **A Psicanálise na civilização**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1977.

SOUZA, N.S. **A Psicose – um estudo lacaniano**. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001.

TOSQUELLES, F. **A propos de psychothérapie institutionnelle**. *Connexions*, nº 6. Paris, Epi. 1973. In: IMBERT, F. *Psicanálise, infância e educação*. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP. An. 3. Oct. 2001.

VERZTMAN, J.S.& GUTMAN, G. 2001. **A clínica dos espaços coletivos e as**

psicoses. In: VENANCIO, A.T.A. e CAVALCANTI, M.T. (Orgs.) *Saúde Mental. Campos, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA.

ZIZEK, S. **The Metastases of enjoyment**. London, Verso, 1994.

Uma outra fonte importante para este trabalho foi a página de La Borde na Internet, - <http://www.cliniquedelaborde.com>

Anexos

A História da Psicoterapia Institucional

Por Jean Oury

Eu me sinto bastante encabulado de apresentar a “psicoterapia institucional”: desde seu nascimento na França, ela passou por numerosas variações, a tal ponto que agora, se tem a impressão, segundo as regiões, segundo os estabelecimentos, de uma heterogeneidade cheia de contradições.

Farei um breve histórico, bem incompleto, sobretudo a partir da minha experiência pessoal. Cada um desenvolve a sua maneira, segundo a prática na qual se esta engajada, conceitos que se tornam mais ou menos teóricos no final de alguns anos.

Eu entrei em 1947, na área da psiquiatria (porque se trata essencialmente de psiquiatria quando se fala em psicoterapia institucional, ainda que seu campo tenha se estendido a outras disciplinas tais como a pedagogia ou a educação). 1947, era ainda o período pós guerra, é muito importante de sublinhar que a psicoterapia institucional tem profundas raízes em tudo que aconteceu durante a ocupação nazista.

Eu estava no Hospital psiquiátrico de Saint-Alban, na Lozère, um hospital perdido, isolado. Talvez por causa desse isolamento, uma experiência estava em andamento desde alguns anos, a estrutura deste hospital estava modificada de forma bem extraordinária para época.

Como definir provisoriamente a psicoterapia institucional? Utilizavam com freqüência o termo de terapêutica institucional. Isso queria dizer: aproveitar ao máximo as estruturas já existentes a fim de tentar explorar tudo o que pode servir para tratar os doentes que se encontram nela. Tratar? O conceito mesmo do tratamento psiquiátrico será questionado no desenvolvimento da psiquiatria institucional.

Este movimento se desenvolveu entre os médicos e os enfermeiros. Os hospitais mantinham em geral, uma estrutura carcerária, centralizada. Enfermeiros, durante a guerra tinham sido prisioneiros, alguns tinham estado em campos de concentração. Quando eles retornaram, eles tinham uma visão do mundo diferente: o ambiente de trabalho deles, o mesmo que antes da guerra, lembravam-lhes a experiência que eles tinham acabado de passar nos campos de concentração.

Foi um marco para vida de alguns que retomaram sua profissão de antes da guerra de se encontrar mais ou menos dentro de uma mesma atmosfera que os campos de concentração. Vocês sabem que durante a ocupação, houve na França tal miséria nos hospitais psiquiátricos que 40% dos doentes morreram de fome.

Isso criou um terreno bem favorável para uma tomada de consciência, não somente individual, mas coletiva, implicando na necessidade de mudar alguma coisa. Gosto muito de relembrar essa origem da psicoterapia institucional. Tem-se, com frequência, muita tendência a se diluir em coisas abstratas, ditas teóricas, e de se perder no final das contas a essência da questão.

Pode-se então definir a psicoterapia institucional, lá onde ela se desenvolve, como um conjunto de métodos destinados a resistir a tudo que é centralização. “Concentrationnaire” é talvez uma palavra já envelhecida, atualmente falar-se-ia bem mais de “segregação”. Ora, essas estruturas de segregação existem em toda parte, de forma mais ou menos encoberta. Todo aglomerado de pessoas, que seja de doentes ou de crianças, não importa em qual meio, desenvolve, se não for policiado, estruturas opressivas, só pelo fato de estar em um coletivo, com uma armadura arquitetural e conceitual, um antigo jogo. A psicoterapia institucional seria talvez a aplicação de meios de todo tipo para lutar, cada dia, contra tudo que pode fazer reverter o conjunto do coletivo para uma estrutura centralizada ou segregaria.

O problema dos doentes mentais, apesar do progresso da higiene mental que tenta apresentar o doente mental de uma forma mais humana, carrega ainda o peso de muitos preconceitos. Basta abrir um jornal para ver de qual forma é apresentado os doentes mentais, gente extremamente perigosa que se deve manter trancado.

Portanto eles são estatisticamente menos perigosos que as pessoas ditas normais. Existem, estatisticamente, bem mais crimes na sociedade dita normal. Portanto as manchetes de jornal proclamam: O louco que escapou de tal asilo matou a sogra, foi preciso chamar a policia, etc.

Mesmo nas estruturas mais modernas de organismo de tratamento, é preciso revelar tudo que pode pressionar o bem estar das pessoas que lá se encontram. È a partir disso que se desenvolvem os diferentes elementos que, em seguida, devem ser teorizados, a fim de manter uma vigilância na estrutura completa.

Eu cheguei então, no hospital de Saint-Alban em 1947, eu era interno. O Hospital tinha se humanizado: suspensão das células, conquista de espaços de vida. Em certos hospitais, as camas se encostavam: para ir dormir devia-se passar por cima da cama dos outros doentes.

Só existia o corredor do dormitório como espaço vital, não havia sala de estar. As pessoas ficaram lá anos e anos, eles se reuniam ao pé de uma escada ou no pátio. A primeira coisa a ser feita foi dar um pequeno espaço, quer dizer um lugar onde as pessoas pudessem circular um pouco mais livremente.

Mas não se trata unicamente de deixar as pessoas circularem “livremente”, porque se percebe rapidamente que se nenhuma estrutura foi pensada, as pessoas começam a andar em circulo e isso não leva a nada. È preciso então criar um lugar, mas ao mesmo tempo imaginar ocupações, mesmo as mais rudimentares. O primeiro esforço daquilo que seria a psicoterapia institucional foi de atacar, nas estruturas asilares, aos locais mais precários. Em particular aqueles que ainda são chamados a ala dos agitados ou a ala dos débeis mentais.

Sabe-se agora que umas das grandes partes da debilidade mental e da agitação são na realidade, dispositivos, produto da vida segregaria. Só vivendo a experiência para perceber que os débeis mentais e os agitados se curam pela modificação do meio no qual eles se encontram e pela ocupação que eles recebem. O primeiro grande sucesso da psicoterapia institucional foi modificar as alas dos agitados e praticamente de suprimi-las.

Quando eu cheguei nesse hospital, já não havia mais alas dos agitados. Faltava imaginar as atividades. Era a época da ascensão dos métodos ativos, principalmente na educação. As casas de correção de modificavam. Falava-se muito de movimentos como os C.E.M.E.A. (centro de treinamento pelos métodos da educação ativa).

A psicoterapia institucional sempre ficou bem articulada com esse movimento da educação ativa. Tinha certa vantagem que tirava a psiquiatria dos muros dos asilos, articulando-a a outros domínios, por exemplo, IRS colônias de férias, os I.M.P., etc.

Todos os médicos que em seguida se integraram a esse movimento de psicoterapia institucional sempre o fizeram com os enfermeiros para modificar a consciência e o “savoir-faire” dos enfermeiros que antes não passavam de guardiões, estágios foram organizados. Em 1949 no quadro dos C.E.M.E.A. com a iniciativa de diferentes médicos, em particular do Dr. Le Guillant, da Madame Le Guillat e do Dr. Daumezon, aconteceu o primeiro estágio.

Esses estágios aconteciam várias vezes ao ano, agrupando de 50 a 100 enfermeiros de toda a França. Com o tempo, isso levou a uma modificação, uma tomada de consciência crítica desses enfermeiros. O estágio C.E.M.E.A. era algo extraordinário. Duravam 10 dias. Os enfermeiros vinham, ficavam em alojamentos (CREPS), por exemplo. Mesmo se não haviam aprendido nenhuma técnica particular o fato de se reunir durante 10 dias pessoas provenientes de uma quinzena de hospitais diferentes, o fato de trocar nas conversas, as experiências de cada um, de perceber que havia problemas similares nos outros hospitais, só isso já era o suficiente para mudar hábitos. Alguns vivenciaram essa experiência como uma revelação, uma tomada de consciência capital que modificaria suas vidas. Isso não significa que eles podiam aplicar aquilo que eles aprenderam! Quando eles retornavam para os hospitais, eles se tornavam uma pequena minoria atada nas estruturas tradicionais e algumas vezes isso criava desencorajamento e depressão.

Nos estágios havia conferencias, discussões e um aprendizado de técnicas, de atividades, tanto de técnicas de grupos quanto de técnicas de ergoterapia.

Porque eu relembro tudo isso? Isso pode parecer um pouco fora do contexto. Parece-me, portanto que é importante pensar nisso quando se fala de psicoterapia institucional, porque não se pode fazer absolutamente nada em um hospital se não se modifica alguma coisa, não no plano material bruto de arquitetura ou de atividades, mas na consciência das pessoas que lá trabalham.

Ora, isso não se faz em oito dias, nem em um ano nem em dez. È muito longo para se conseguir que os médicos e os enfermeiros possam tomar consciência, e para que essa tomada de consciência seja eficaz. Não se pode apressar. È um pouco como a psicanálise, não se pode fazer uma psicanálise em oito dias, são necessário anos, funciona ou não. Ora, os estágios, muitos funcionaram. Mas isso desenvolveu um tipo de resistência coletiva intra-hospitalar para com os colegas que não tinham ido a esses estágios (ainda hoje, em certos hospitais, ouvem-se reflexões tais como, você saiu de férias, você foi passear, você é um preguiçoso, etc. O que isso significa fazer estágios?).

A psicoterapia institucional só pode se desenvolver através desta tomada de consciência progressiva, difícil, com desventuras de todo tipo, mesmo no nível dos enfermeiros. Isso acrescentou muito. Pediram-se também a participação dos inspetores, dos chefes de alas, dos serventes, de todas as pessoas que estivessem envolvidas no status atual dos estabelecimentos tais como eles são, em que uma estrutura rígida impeça a criação de locais de nível onde as pessoas possam se encontrar, falar e trabalhar.

Essa pequena introdução não poderia ser esquecida a fim de dar um peso suficiente a tudo que pode ser dito sobre a psicoterapia institucional. Há dez anos, eu não teria certamente pensado em relembra tudo isso, eu não teria talvez mencionado os C.E.M.E.A., nem os campos de concentração, nem do nível do trabalho dos enfermeiros. Mas se torna uma necessidade levando em conta tudo que se faz e se diz sobre esse assunto. A fim de situar melhor a questão, eu vou evocar uma experiência mais localizada, a da Clinica La Borde em Cour-Cheverny na Loir-et-Cher.

Eu criei essa clinica psiquiátrica em 1953. Nessa época, na Loir-et-Cher, não havia hospital psiquiátrico e praticamente nenhuma outra clinica. Foi necessário drenar tudo que existia de psiquiatria naquele departamento. Uma clinica de 100 leitos não era absolutamente suficiente. Posição difícil, bem desfavorável mais ao mesmo tempo bem privilegiada. Isso nos obrigava, levando em conta a posição dos doentes, que os hospitais dos departamentos adjacentes, como a Loiret, L'Eure-et-Loir, L'Indre-et-Loir, etc. sobrecarregados, se recusavam na maioria das vezes a se empenhar como nós, a fazer possível para tentar hospitalizar menos gente.

É interessante não ter vagas! Fica-se obrigado a inventar truques! Tentar tratar os doentes sem interná-los ou caso os internassem, inventar técnicas de hospitalização bem curtas ou diferenciadas. Obviamente, essa era a única solução levando-se em conta da situação. Lógico que havia certa liberdade, visto que fui eu mesmo com alguns camaradas que havíamos criado esta Clinica. Não estávamos presos naquilo que chamamos algema administrativa, se bem que certas dificuldades, talvez mais camufladas, reapareciam como o problema, que poderemos falar mais adiante, da hierarquia, das especializações de cada um, etc.

Os doentes que vinham para ali, viviam conosco. Fazia-se uma espécie de grupo comum. Isso me parece muito importante, porque, quase por acaso, nos levantamos um dos obstáculos maiores da segregação. Nos hospitais existe sempre uma segregação. Pensem no problema da admissão. A admissão não tem nada ver com recepção, é freqüentemente uma anti-recepção. Em certos hospitais, a admissão se limita a registrar o nome, o currículo vitae do doente, depois despi-los e pô-los com uniformes: técnica de despersonalização. Essa admissão não existia, pelo fato que de imediato nos estávamos em um grupo mais ou menos familiar. Só então se questionava os problemas tais quais: o que vamos fazer com 50 ou 100 doentes, enfermeiros e médicos? Lógico, temos que tratá-los, estamos aqui para isso,

Eles não devem ficar muito tempo. Critérios bem ordinários.

Mas o que quer dizer tratar? Era em 1953, antes da era dos neurolépticos. Vocês se lembram que isso começou, oficialmente, na França com o Largactil por volta

de 1955. A psicoterapia institucional existia bem antes da era dos neurolépticos. Abriremos um parêntese para revocar as alas dos agitados. Atualmente, quando se fala de tratar uma ala de agitados, a maioria das pessoas, a maioria dos médicos pensa nos neurolépticos, é um fato, em muitos hospitais, se encontra calma e às vezes até silêncio.

Mas, é preciso ver as doses! Como se o tratamento dos agitados fosse regá-los de neurolépticos de todo tipo. Isso não quer dizer que a psicoterapia institucional seja contra os neurolépticos, bem ao contrário. Pretende-se até elaborar modos de prescrições tanto qualitativas quanto quantitativas, bem originais. Tratar as pessoas não é simplesmente medicá-las.

Mesmo na medicina ordinária isso é evidente, não é necessário estar na psiquiatria para constatar que para tratar uma pneumonia, um mínimo de contato é necessário. Os tratamentos mais físicos funcionam mais ou menos bem de acordo com o contato que se tem com a família e o doente. Deve-se criar um vínculo de simpatia com as pessoas que estão em tratamento.

Nós nos questionávamos sobre esse problema, o que se pode fazer com essas pessoas além de dar-lhes medicamentos, de fazer tratamentos tais como a insulino-terapia, os eletros choques, etc.?

É preciso deixá-los em paz, não incomodá-los. É sempre uma boa intenção. Mas se nos limitamos a dizer que não se deve incomodá-los, rapidamente eles nos incomodam. Porque quando um doente esta delirando, ou esquizofrênico ou confuso ou melancólico... não se deve simplesmente dizer “ não o incomodem”, se não ele passa ao drama e somos obrigados a interferir e se não pensarmos mais adiante, em alguns meses ou algumas semanas, retorna-se para as estruturas mais opressivas (para evitar que alguém se suicide por exemplo).

Então, existe uma máxima que nos achamos que é: em um lugar onde se vive durante um tempo, é necessário criar uma possibilidade de circulação máxima. Essa máxima é ainda pouco conhecida em muitos conceitos modernos, arquitetural. Quando se diz, nos textos oficiais que é preciso construir um hospital de 300 leitos, essa formulação é satisfatória? Previsto em cirurgia, deve-se

disponibilizar espaços de repouso, mas em psiquiatria, as pessoas não ficam nos seus leitos. Quando alguém fica na cama, é preocupante. Ficar na cama, cria um isolamento extraordinário.

È necessário então, insistir na necessidade de espaços de socialização. É o que tentamos introduzir nas normas arquiteturais com as equipes de arquitetos que estão agora atualizados com a psicoterapia institucional. Deve-se calcular o metro quadrado de superfície necessário e prever variedades de locais necessários. Mas isso só faz sentido se os doentes puderem freqüentar. Sabe-se que existem hospitais ótimos, limpos, com lindos gramados, mas onde a circulação de pessoas é inexistente. Há bibliotecas, mas não é permitido entrar. É preciso então criar lugares onde se possa ir.

É esse o sentido da máxima da liberdade de circulação. Mas o que quer dizer isso? Existem estruturas básicas: cozinha, escritórios administrativos, farmácia, biblioteca, sala de espetáculo, etc. Se dizemos: “liberdade de circular”, vê-se então um muro de resistência. Eu pego sempre como um exemplo mais “caricatural” que é o que acontece na cozinha. Houve dramas, vários cozinheiros não resistiram. “Liberdade de circular, quer dizer que os pacientes podem ir á cozinha, cuidar da cozinha, falar com o cozinheiro. Quando o cozinheiro não está preparado, porque ele não participou dos estágios C.E.M.F.A., que ele está ali para fazer simplesmente o trabalho de cozinheiro e que enviamos loucos para usar o espaço.... ele vai gritar: “Eles vão mexer nos bicos de gás, ele vão derramar a sopa...” E a primeira tendência é criar barreiras. È normal criar barreiras, fechar a porta, por um guichê para passar os pratos e depois: “deixem-me em paz se não, não posso trabalhar” Isso é só o exemplo do cozinheiro.

Os doentes vão também ao escritório administrativo ver o cara que esta fazendo a contabilidade ou então na farmácia, interpelar o cara que esta contando as pílulas. Isso pode criar, e criou muitos conflitos. Ora o que é interessante é justamente nesse ambiente de livre circulação, a possibilidade de criar conflitos, não para aborrecer as pessoas, mas para dar vida, pois se não há conflitos não há vida. Não se trata de agir de modo perverso, mas quando existe um conflito é importante aproveitar essa ocasião para tentar conversar para melhor ajustar as relações.

Partiu então de uma forma muito simples. Dizem: é preciso deixá-los circular e percebe-se logo em seguida que existem resistências. Se cedermos, o cozinheiro vai se trancar na sua cozinha. Isso faria uma bola de neve e voltaríamos rápido ao sistema carcerário e os doentes teriam que voltar a ficarem trancados nos quartos. Não haveria mais a necessidade de se falar em metro quadrado social e no final das contas seria uma regressão.

Então, uma vez engajado, não se pode mais recuar. Eu me lembro de uma época mais ou menos heróica, onde nos havíamos criado o que se pode chamar de armadilhas para.... o cozinheiro por exemplo.

Para o cozinheiro ou para as pessoas que toleram mal a intrusão dos pacientes nos seus respectivos territórios. Criamos o que parece essencial para dar um pouco de vida dentro da coletividade, um tipo de bar, de balcão onde se vende, sob a responsabilidade de um pequeno grupo de doentes, bebidas, balas, biscoitos e cigarro. Sabíamos que o cozinheiro ia ao bar do vilarejo jogar bilhar e comprar cigarro. Nós nos dissemos que seria bom se ele fosse comprar o cigarro dele no bar no hospital, isso iria obrigá-lo a conhecer os doentes e não sentir mais medo deles. Ele acabou se sentindo obrigado a ir e então os doentes o convidaram para as noitadas, as sessões de teatro de dança etc. O envolvimento, o desaparecimento do medo, esse preconceito que é compartilhado entre pessoas limitadas, a fim de entrar em contato com os doentes e aceitar o princípio de base: liberdade de circulação. Com o passar do tempo isso passou a funcionar super bem, mas vários cozinheiros foram embora.

O resultado é que as pessoas que trabalham ali, mas que não possuem um status oficial de monitor ou enfermeiro, involuntariamente ou não desenvolvem uma relação com os doentes, e a forma como eles vão reagir pode ter uma importância de ordem terapêutica. Essa constatação foi colocada em evidência declarando que independentemente da função de qualquer pessoa que trabalhe em um centro de Psiquiatria ela estará sempre indexada a certo coeficiente terapêutico.

O que se chama de coeficiente terapêutico, ou melhor, de coeficiente psicoterapêutico no sentido mais abrangente do termo, toma um sentido mais

claro quando se pensa que a forma que daremos bom dia a tal paranóico pode modificar completamente o astral do dia. Se o monitor ou o cozinheiro ou a secretaria fala com o doente de forma normal, isso pode modificar profundamente aquele se sente perseguido, que procura historia com todo mundo... É o cozinheiro justamente, que não é o medico, nem monitor, nem educador, nem enfermeiro, quem está falando. Isso é em algumas vezes o fator decisivo num plano psicoterapêutico, de uma importância infinitamente maior que todas as entrevistas que os doentes possam ter num consultório medico. É difícil admitir.

Se enviarmos o cozinheiro ao dos estágios C.E.M.E.A., não será o suficiente, existe certo limite a esses estágios, pois são estágios realizados fora do estabelecimento. É necessário trabalhar o meio, trabalhar em algo que está presente, no local, uma espécie de conexão mal elaborada que se deve estar sempre retomando porque está sempre se perdendo. O que eu falo pro cozinheiro, naturalmente, tem o mesmo valor para o restante dos funcionários. Eu penso, por exemplo, nas faxineiras. Muitas vezes fui criticado porque de uma forma um pouco provocativa, quando me perguntavam: quem faz a psicoterapia no seu estabelecimento? Eu respondia “as faxineiras”. Isso não agradava aos psicoterapeutas de grupo em geral.

Mas é um avanço que não haja quase mais faxineiras, todo mundo deve fazer a faxina. A faxina é uma atividade nobre. Para fazer a faxina de um dormitório com várias camas deve-se ser altamente psicoterapeuta para poder discutir com as pessoas que estão ali, que ficam deitadas. Dizer para um ou outro doente: “chegamos, viemos fazer sua cama” não se trata de expulsar o doente da cama! É preciso pode lhe falar: “como você passou a noite? O que você vai fazer hoje? Precisa colar o papel aqui? Ou então “devemos ir à cidade compra lâmpadas para as luminárias”.

Fazer a faxina é criar um ambiente de rotina, isso vai contra as normas habituais da psicoterapia, mas é necessário trabalhar com o que se tem. Ora existe essa possibilidade, e para poder trabalhar isso, existe pessoas que estão ali, que não são formadas, que não são diplomadas, mas que estão presentes e que possuem, querendo ou não, uma importância positiva ou negativa sobre tal ou tal doente.

Se houvesse tempo para fazer uma monografia bem aprofundada de um doente desde o dia da sua chegada até a sua saída, nós perguntaríamos o que marcou mais na evolução dele? Será que foi porque o médico o visitou tantas vezes na semana, ou por que tomou tal medicamento...? Lógico tudo isso é muito importante. Mas pode ser que tenha sido uma conversa, num certo dia, num momento de angústia, que essa pessoa tenha tido com seu vizinho de quarto ou com a faxineira ou com qualquer outra pessoa. São elementos como esses que não são registrados, mas que na prática contam enormemente. Como explorar isso?

É a partir daí que eu percebi que deveria ser feito um mínimo e esse mínimo é sempre muito pesado: um mínimo de reuniões de informação, ao mesmo tempo formações curtas, com funcionários bem diferentes: tanto os médicos quanto as faxineiras, os cozinheiros, os educadores, os enfermeiros, os psicólogos.

Essas reuniões só fazem sentido se fizerem parte de uma rotina, se existir um ritual que faça parte do trabalho. “Ora, vocês sabem muito bem que em todos os estabelecimentos quando se diz: “vamos fazer uma reunião”, muitos dizem:” Outra vez perda de tempo! Mal temos tempo de fazer a faxina, ou de trabalhar, ou de dar injeções!”É verdade, é sempre uma perda de tempo extraordinária... Mas porque é mal feito! Mas percebe-se que fazendo reuniões, do tipo básica, dizendo “o que fizemos hoje? você viu tal doente?, o que ele te disse?, O que você pensou?”Explorar dessa forma todo tipo de troca possível numa reunião, com a condição de que não haja barreiras hierárquicas.

É necessário derrubar as barreiras hierárquicas para que possa haver expressão, só assim percebe-se que um ganho de tempo extraordinário porque até então os doentes que estavam ali completamente passivos e que diziam: “estamos aqui para se tratar, não para trabalhar, nos estamos aqui para que sirvam nosso café da manhã na cama...” Todos esses argumentos desaparecem da cena, quando é percebido que a partir das discussões nas reuniões, podemos criar grupos de atividade aonde os próprios doentes vão se sentir responsáveis pelas tarefas. Percebe-se que entre todos esses doentes existem alguns que são bem mais qualificados que os psicólogos, os enfermeiros, etc. Pessoas que estão ali simplesmente adormecidas e que só precisam ser despertadas.

São essas pessoas que acabam sendo esmagadas quando permanecem nas estruturas habituais. Quando elas começam despertar, nesse momento, é muito importante que o pessoal, quer dizer, todos os que não têm o status de doente, possam ter uma função um pouco diferente, ao invés de se limitarem aos seus afazeres ou a uma função puramente braçal, vão se tornar empregados que poderão pensar um pouco mais, eles terão tempo de pensar e organizar coisas. Não se trata tão pouco que isso deslize para o extremo, do gênero: “Ah eu não trabalho mais, eu observo e eu agora sou psico sociólogo!” É um risco! Os doentes fazem a faxina e alguém vem ver de vez em quando, uma vez pela manhã. Será que está tudo bem?

Não se trata de nada disso: É preciso ficar junto, porque se não, melhor seria não fazer nada. É um perigo, extremamente freqüente, dar uma escorregada com esse tipo de técnica. Porque sem perceber, volta a acontecer o que acontecia nos asilos tradicionais, onde há os bons empregados. “Os bons empregados” vocês sabem o que significa os bons empregados. Existe a ala dos agitados, dos dementes, dos não sei o que e a ala dos bons empregados. Existem muitos nos asilos importantes, os bons empregados, fazem um trabalho enorme, ao ponto que se eles fossem suprimidos a parte financeira do hospital seria abalada! Porque eles realizam um trabalho importante, variável segundo a região: trabalho agrícola, carpintaria, confecção dos moveis, isso não custa caro... Mas não se trata de ir por esse ângulo.

É delicado, é difícil. Com certeza que se as pessoas que estão ali fizerem um trabalho, mesmo com a ajuda dos monitores, será um trabalho de qualidade. É necessário questionar com honestidade esse problema. Essas pessoas estão hospitalizadas. Não existe contrato de trabalho para eles, e eis que eles trabalham, eis que eles cozinham com os cozinheiros. Eles podem muito bem dizer: “Isso é uma exploração!” É verdade, é uma exploração, se olharmos por esse ângulo. E se começássemos a remunerá-los? Não poderíamos pagá-los. Não se pode dar um salário para pessoas hospitalizadas. E se os pagássemos com um pequeno salário simbólico, diriam que é vergonhoso! Um indivíduo mais orgulhoso diria “Guarde seu dinheiro, eu não quero ser pago por menos para fazer um trabalho tão qualificado quanto o do monitor”.

Isso ainda é uma fonte de conflitos, mas são conflitos bem interessantes, porque questiona algo bem mais profundo: o status das pessoas que estão ali, mas também o status das pessoas que estão no exterior, quando eles não estavam doentes. O que você fazia antes de ser cozinheiro, chofer, você trabalhava na usina? Então tudo isso será questionado e seremos obrigados a dizer que não podemos pagar mais, mas em compensação ele tem alguma coisa pra fazer. Não se deve cair na hipocrisia tipo: “Ah, mas você esta fazendo ergoterapia hein, isso é um tratamento! Você deveria era nos pagar por poder fazer nosso trabalho na cozinha ou na faxina”. Não se pode chegar a esse ponto.

Evidentemente, na Sociedade como ela é, existe contradições, não é fácil. Vale mais a pena se ocupar que não fazer nada. É verdade, é verdade que quando não se faz nada, fica-se doente, é preciso se manter ocupado, mas não é obrigatório. Mas existe de tudo ali dentro, entre os empregados existem aqueles que se aproveitam dos “bons doentes”. Por exemplo, as mulheres que gostam de tricotar, fazer, saias, de tudo. Elas fazem discretamente, para uma monitora, por exemplo, que da uma nota de dez reais por algo que custaria 50 reais. É preciso ficar atento a isso.

Então é aí que se percebe que não é possível fazer esse sistema, sem ao mesmo tempo criar uma verdadeira sociedade interior, uma verdadeira sociedade composta essencialmente por doentes, uma sociedade que seria auto-administrada por eles. É em minha opinião um segundo axioma: numa vida coletiva (porque é sempre muito nefasto viver amontoadado, não se pode dizer que não é humano, porque é também humano, mas viver amontoadado cria toxinas. Algo que não é bom, conflitos as vezes bem negativos. É necessário encontrar um meio de resistir contra isso. Como resolver , por exemplo, esse pequeno problema do salário, do pecúlio, aliás como se deve ser chamado?

Criar uma sociedade, uma sociedade de doentes no interior do hospital e que essa sociedade seja auto-administrada, que seja autônoma, não é fácil, porque não são os doentes que vão criá-la sozinhos, é preciso que venha de certo planejamento da equipe que esta ali, do médico. Mas se a criamos diretamente, reunindo um belo dia, um monte de doentes que queiram vir escutar dizendo: “Meus amigos, nos

vamos criar uma sociedade, e são vocês que vão dirigi-la, vocês farão festas, oficinas, etc.” Se paramos por aí é melhor nem fazer nada, porque rapidamente isso criaria um clima extremamente depravado.

Criaria, de fato, um sistema de relações controladas para com o conjunto dos doentes do estilo do que chamamos relações paternalistas. Ora, sabe-se que é algo muito perigoso a relação paternalista, é a relação: “Vamos agradar o papai” ou algo bem próximo disso. O medico diretor, vai gostar se a gente se reunir, se tivermos um bar, que a gente faça festa toda noite e isso, e aquilo e se tivermos uma biblioteca, etc. É preciso então achar outra forma. Então o que parece ter sido encontrado de mais astucioso até agora, foi a criação no interior dos estabelecimentos do que foi em principio chamado de clube, o clube terapêutico.

O clube terapêutico só faz sentido se ele estiver ligado diretamente a uma demanda ou ao desejo do medico, ele deve ter uma existência autônoma, independente de todo sistema de exploração.

De fato, clinica ou hospital, trata-se de empresa comercial: o orçamento e o lucro são necessários. Como escapar dessa pressão de exploração? Foi para tentar resolver este problema que criamos as sociedades que se registram no interior de um estabelecimento, mas que depende de outro organismo. O mais comum atualmente, os mais freqüentes, são as sociedades da Cruz Marinha (Croix Marine). Alguns ouviram falar da Federação das sociedades da Cruz marinha, é uma federação de higiene mental que começou a Saint-Alban em 1947 e que a matriz fica em Clermont-Ferrand.

Essas sociedades tinham como objetivo inicial substituir as obras de caridade, elas faziam parte das obras, mas era para melhor estruturá-las. O que significa: O que vai ser feito com o pobre doente saído do hospital? É preciso encontrar um trabalho para ele, uma vaga em uma família.... Mas rapidamente dizemos: É muito bonito cuidar das pessoas que saem do hospital, quando isso acontece, mas para que isso ocorra, antes é necessário ajudá-los a sair, é necessário fazer higiene mental não somente no exterior dos asilos, mas também no interior.

Existia, de fato, um paradoxo, fazia-se higiene mental no exterior dos asilos, mas se guardava as estruturas carcerárias no interior, era necessário então fazer higiene mental no interior. Houve muita dificuldade, resistências, foi um medico em particular, que estava em Saint-Alban, nessa época quando eu cheguei por lá, um medico de origem espanhola, Tosquelles, que numa assembléia geral das sociedades da Cruz Marinha, em 1953, conseguiu fazer ser admitida oficialmente a possibilidade de criação no interior dos hospitais do que foi chamado de “Comitês Hospitalares”.

Esses comitês hospitalares se desenvolveram um pouco em toda parte. Mas aí também houve armadilhas. Por exemplo, uma circular ministerial de fevereiro 1958, recomenda na organização da socioterapia, a ergoterapia, etc. no interior dos hospitais de criar comitês hospitalares tipo comitês da Cruz Marinha. Ora esses comitês hospitalares, pelo fato de serem anexados a federação da Cruz marinha, que possui também um valor internacional, não dependem mais do hospital, o gerenciamento é feito pelos doentes, que devem seguir também um sistema democrático de eleição: presidente, secretariado, etc. Desses comitês participam os enfermeiros, os funcionários do hospital, é recomendado que haja enfermeiros, administradores. Eles podem ajudar, mas não podem ser em maioria.

Para que possa funcionar, é necessário que esse comitê passe um contrato com o estabelecimento, um contrato bem preciso. Esse contrato prevê, por exemplo, que o estabelecimento ceda (são associações da lei 1901, que permitem fazer doações) á associação uma parte da superfície do estabelecimento, um terreno de jogo, várias salas, locais para ateliers, etc. Mas a coisa mais importante, que nem sempre é respeitada é que esses comitês hospitalares possam assumir toda a ergoterapia, isso pode parecer um pequeno detalhe, mas é capital por que se não vira um jogo de empurra. Dizem que fizeram um comitê hospitalar, mas não é verdade...

De fato, assumindo toda a ergoterapia, todos os ateliers não produtivos do hospital (marcenaria, raphiathérapie, etc.) encontram-se zonas de conflito, o que ocasiona certo fechamento no interior do hospital. Em alguns anos, o Comitê hospitalar, ao invés do pecúlio, quer dizer, do maço de cigarros que se da aos bons trabalhadores

cada mês, chegou a movimentar somas consideráveis. Eu me lembro que em 1947, a administração repassava para todo o hospital de 600 doentes, 8000 francos antigos por ano, destinados a todas as distrações. E desses 8000F, 4000F era para pagar a bandeira do dia 14 julho. Com os 4000F restantes tínhamos que comprar os presentes de natal, era tudo que dava para ser feito!

Ora, o comitê hospitalar, há uns dez anos, drenava de 15 a 20 milhões por ano, não é nada mal! Vê-se bem onde pode chegar às resistências. Quando toda a estrutura administrativa funciona, na tradição, com os ateliers, que são ateliers que dão lucro, então se vê bem que houve sabotagem, compreende-se o porquê essa estrutura do Comitê Hospitalar não seja uma coisa fácil de admitir.

Era necessário então elaborar o contrato. Por exemplo, onde fosse especificado que na parte contável as doações enviadas aos hospitais entre os anos 56-57, os números correspondentes a ergoterapia, pudessem ser administrados pelo comitê hospitalar. Assim o comitê poderia gerar oficialmente as oficinas, sob o controle da administração.

Talvez seja um pouco fastidioso de relembrar tudo isso, mas foi tão importante que eu faço de questão de falar. Não levar em conta essa articulação põe em risco de degenerar a empreitada apesar das boas intenções dos promotores. Vê-se, por exemplo, em certos hospitais modernos, tentativas de aplicação de terapia institucional. Criam-se oficinas, e depois um clube. Os arquitetos constroem o que se chama Os Centros Sociais. Prefiro nem falar. Eu me lembro de um hospital que tem um centro social que custa meio milhão... Nada mal! É extraordinário, é muito bonito! Mas os doentes não vão lá. São as pessoas da cidade que o freqüentam os notáveis e outros. Isso faz uma mistura de população! Mas isso não corresponde a nada e com meio milhão, poder-se-ia fazer muita coisa, Quantos pequenos presentes de Natal, com meio milhão! Enfim, é uma espécie de degenerescência do espírito do comitê hospitalar.

E sempre quando se fala com os médicos, com os internos, da necessidade imperiosa de criar os comitês hospitalares do tipo Cruz Marinha, todo mundo ri, dizem: “Cruz Marinha, o que é isso?” Então ninguém ousa mais falar no assunto,

mas é preciso pelo menos tentar salvar isso.

Mas, eu estive nos conflitos de todos os tipos que nascem do fato do remanejamento institucional. Esses conflitos não podem ser resolvidos enquanto não for instalada uma estrutura interior no estabelecimento que seja constituída de uma maneira diferente da estrutura do estabelecimento. Na maioria a estrutura do estabelecimento é vertical, digamos em pirâmide, o diretor, o ecônomo, o monitor, o medico etc. e embaixo da escala os bons empregados.

É muito difícil atacar diretamente uma estrutura dessas, mas se for aceito a possibilidade de criar outra estrutura, que não será vertical, mas horizontal, que não terá essa espécie de eixo rígido, mas que terá muitos pequenos eixos, o que eu chamo uma estrutura policêntrica, afim de que as pessoas possam se responsabilizar e que isso seja centrado por um secretariado, uma assembléia geral, oficinas, etc. Encontraremos-nos diante da necessidade de inventar oficinas de todo tipo, que durem muito tempo ou que desapareçam, de inventar qualquer coisa bem mutável que possa se adaptar as demandas dos doentes que estarão ali.

Não se pode prever nada, quando se está preso em estruturas piramidais, mesmo com a maior boa vontade. Por outro lado, a estrutura policêntrica é um instrumento de instalação de um conjunto onde se multiplica as ocasiões de troca, de encontros, e onde se pode regularizar os sistemas de conflitos.

Por exemplo, em um dado momento, como responder a essa demanda de pagamento que é legítima, de certos doentes que cumprem com um trabalho? “Não se pode porque seria hipocrisia, não se pode pagar um salário”. Pagar alguém com menos de um salário, da sempre margem a indagações. Mas poder-se-ia fazer uma estimativa, apesar das complicações da contabilidade, da soma do trabalho que o conjunto de doentes efetuou.

Pode-se fazer uma estimativa rápida por substituição dizendo: “Seria necessário empregar tantas pessoas para fazer isso, pode-se, debitando as taxas de INSS, os impostos etc. depositar essa soma globalmente para o clube ou comitê hospitalar, seria o tesouro do comitê hospitalar alimentado pelo trabalho coletivo”. A repartição do dinheiro se faria de outra forma que o pagamento individual. È

preciso pensar que as pessoas estão ali para se tratarem, para tentar encontrar uma solução aos seus problemas. Tenta-se então criar uma comissão composta, por exemplo, de enfermeiros, médicos e de doentes, para analisar cada caso. Por exemplo, um tipo que deva sair, mas que não tem família, nem trabalho, nem habitação. É muito frequente.

Podemos nos apoiar em estruturas que se desenvolvem conjuntamente, estruturas da Cruz Marinha, do ofício social que se encontra na cidade, oficinas protegidas, etc. Mas são apenas medidas provisórias e ficam saturadas rapidamente. É possível que um doente precise viver fora uns 15 dias para fazer uma tentativa. O comitê hospitalar por intermédio dessa comissão pode decidir: “Vamos dar 50000F a fulano, vai e em quinze dias você voltara e você nos dirá o como foi”. Com essa soma ele terá que pagar uma habitação, se alimentar, procurar trabalho. Normalmente funciona. Às vezes não.

Todo mundo admiti: Trata-se de um fundo de solidariedade, mas o interesse maior é que esse fundo seja gerenciado por todos que estão ali presente, que se conhecem: isso elimina esse tipo de caridade um pouco desonesta que aparece cada vez que se diz: “Nos vamos te ajudar”. O doente sai de forma bem mais confortável, ele sabe que são seus colegas que estão dando o dinheiro, eles podem dizer também: “você nos reembolsará quando você puder”. Depende do caso. Mas, as pessoas se sentem mais envolvidas quando é feito por colegas do que quando passa pela administração. Essa é uma das vantagens dos comitês hospitalares. Mas esse tesouro que é o comitê pode ser também utilizado por um cineclubes, por exemplo, comprar um equipamento para melhorar o modo de vida no interior do hospital sem que isso venha diretamente da direção do estabelecimento.

Porque eu insisti nesses exemplos? Para tentar introduzir uma questão difícil, subjacente a esta formulação: a psicoterapia institucional é a aplicação de técnicas de mediação: Não é uma palavra muito feliz, a palavra mediação, mas, a gente a emprega.

Parece que o comitê hospitalar é um exemplo massivo de aplicação de uma mediação entre as relações que podem se desenvolver de pessoa para pessoa ou de um coletivo para uma pessoa. São relações diretas que, freqüentemente, que se queira ou não, são bastante opressivas, infiltradas de preconceitos. A intervenção do médico, que seja por seu papel, seu status, seu lugar na sociedade, será sempre afetada por certa distorção.

Vê-se bem que é necessário introduzir alguma coisa, uma estrutura, o que é chamado de estrutura de mediação. Mesmo que o comitê hospitalar seja uma, não se deve esquecer que é na vida cotidiana, de todos os dias, que devemos introduzir as estruturas de mediação. Quando encontramos uma pessoa, não se sabe muito que dizer, oferece-se um cigarro. Pode-se dizer que o cigarro é uma mediação que vai permitir o começo de um dialogo. Quando se diz: para poder trabalhar num coletivo e criar um meio livre de circulação onde às pessoas possam se falar melhor entre si é preciso que haja um bar, onde se venda jornais, cigarro, porque é verdade que ali vai haver a ocasião de um compra qualquer, uma troca.

Mesmo as pessoas que não estão esperando, serão pegadas numa certa armadilha da relação, pelo fato delas irem comprar algo, vão se engajar num mínimo de dialogo que às vezes pode ser de uma importância extraordinária. Será nesta ocasião que as pessoas irão se reconhecer: eles se conheciam bem antes de serem hospitalizados, eles vão se encontrar ali, em cima disso vai se iniciar uma conversa, eles vão dar uma volta juntos, é possível que um ajude ao outro a encontrar trabalho, talvez simplesmente dizendo: “ah, eu tenho boas relações, minha família conhece alguém...” Vê-se bem que ali existe a criação de um sistema de mediação e também com as atividades de teatro, de cinema, de jornal, etc. Quando se diz que é preciso instalar alguma coisa que possa criar uma troca, não é o suficiente. Fazer trocas é muito bonito, mas é preciso que haja um suporte e, sobretudo que haja a ocasião.

Se vocês desejarem, podemos falar mais um pouco e depois retomar o problema. Eu apresentei mais ou menos as coisas, mas seria necessário primeiro abordar uma explicação mais teórica dessa problemática, o que permitiria de ver que o exemplo psiquiátrico pode muito bem ser aplicado a outras estruturas. Eu penso em

particular as escolas, nos métodos de educação ativa e também nos I.M.P., etc. Mas eu penso que é preferível engajar, a partir daquilo que eu acabei de falar, como mediação, um diálogo.

Há uma questão que eu me ponho sobre a psicoterapia institucional, eu tenho a impressão que aparentemente vocês foram tolerados, tolerados pelo país no qual vivemos, pelo menos nas estruturas políticas que são as nossas atualmente. Porque das duas uma, ou os estabelecimentos que funcionam, em psicoterapia institucional constituem uma nova segregação ou estão prestes a criar novamente uma nova segregação, na medida em que eles se organizam entre eles mesmos, mas onde as trocas se organizam talvez dentro do estabelecimento e isso pode até ser considerado um progresso porque não existia antes, mas ao mesmo tempo o que se é trocado com o exterior? Será que o estabelecimento não aparece aos olhos do mundo exterior, como uma coletividade de loucos?

É a primeira questão que eu coloco para vocês. A segunda é que apresentar a psicoterapia institucional de uma forma muito parcelada, como eu fiz nessa introdução, pode dar aberturas a críticas e levar a pensar que na realidade, existe uma espécie de mundo, bastante fechado, que se instaura, com uma estrutura particular. Acusaram-nos também de criar uma neo-sociedade intra- asilaria. Mas parece-me que é um mal entendido. É para evitá-lo que eu fiz questão de lembrar, talvez muito rapidamente, algo que aparece como fundamental: que éramos obrigados, levando-se em conta a sobrecarga e a demanda crescente de hospitalização, de encontrar um meio que pudesse “tratar” o mais rapidamente possível. Isso era a garantia de que não havia enclausuramento, retomando o termo de Foucault, era criar um anti-renfermerie.

Essa anti-renfermerie, foi realmente garantida porque era necessário que as pessoas saíssem para que outras entrassem! Foi também uma garantia contra a formação de um universo fechado, porque se tratava simplesmente de admitir uns e pôr os outros pra fora sem se preocupar com eles. O drama, aliás, de todos esses problemas de psiquiatria é que quando nos pegamos alguém que está doente para tratar, o pegamos pro resto da vida. Não se pode tratar como uma apendicite, uma gripe. Por exemplo, há pessoas que eu conheço há vinte anos, eu fico sem vê-los

durante dois anos, e de repente elas reaparecem. Por exemplo, com essas epidemias de gripe nesses últimos tempos, nos assistimos a um ressurgimento de astenia, de depressões agudas, suicidas, que foi necessário tratar com urgência. Eles ficaram bem durante dez anos e acabaram retornando. Não era nem preciso apresentações, eu os reconhecia. Eu já tinha as fichas deles, conhecia as famílias, etc.

Foi uma espécie de continuidade. É para demonstrar que o hospital, a clínica tal com eu apresentei, é um tipo de placa giratória onde as pessoas voltam facilmente, mas, isso não quer dizer que elas não possam partir. Elas são obrigadas a partir, mas para deixá-las partir, é necessário tomar precauções, não se pode simplesmente jogar alguém na chuva é preciso segui-la, fazer com que elas retornem... O fato que a experiência funcione se cria, mesmo se alguém venha só por quinze dias, o equivalente daquilo que aconteceu nos estágios dos C.E.M.E.A. para enfermeiros: uma revelação. “As pessoas que estão vivendo suas vidinhas: ir para o trabalho de manhã, voltar para casa a noite, nos só temos as doenças físicas”. Vê-se claramente até onde vão os preconceitos. Por exemplo, os enfermeiros diplomados de uma forma tradicional têm muita dificuldade a se adaptarem a esse trabalho. Se dissermos a um enfermeiro, bem, agora você não vai mais aplicar injeções, é preciso fazer umas oficinas de não sei o que, de jardinagem, de culinária, é um afronto: “Como, eu? Um enfermeiro diplomado, vocês me fazem lavar a louça? Não é possível.”

De fato, isso ficou conhecido, quando um psicólogo chegava a La Borde, eu dizia: “Lavar a louça, um mês lavando louça”. É verdade que a louça é um posto de observação fantástico, quando se é um verdadeiro psicólogo no seu íntimo, é possível fazer observações extraordinárias nesses locais. Eu dei esses exemplos para ilustrar a forma de como se luta contra o preconceito dualista. Por outro lado, o comitê hospitalar, se mal compreendido se fechara sobre ele mesmo e é para evitar isso que organizamos as quermesses. As quermesses, também podem virar uma atividade de apadrinhamento, de obra de caridade: os pobres doentes que estão ali, que mendigam, e que se divertem, nessa tenra caridade das quermesses.

Foi para evitar esse tipo de coisa que nos organizamos as quermesses totalmente abertas, que se tornaram manifestações importantes em toda região. Eu me lembro, por exemplo, faz dois ou três anos, que esse comitê hospitalar havia organizado o que se chamou de “o mês cultural”, que foi prolongado, aliás, por dois meses. O tema nesse ano foi “La Sologne” (A clinica se encontra na cidade da Sologne). Foi extraordinário, os próprios doentes organizaram, com a ajuda de uma população entusiasmada, vigílias, várias por semana, voluntários vieram dos povoados, tanto para as atividades folclóricas quanto para organizar conferências com histórias, geógrafos, arqueólogos, romancistas, cineastas, etc.

Todas as camadas da população se interessaram. Numa outra quermesse, uma coisa extraordinária tinha sido organizada pelo mesmo comitê hospitalar: A guarda republicana tocou na Catedral de Blois, a noite toda, Vivaldi, Mozart, etc. Isso é para mostrar que não se trata de “local fechado, com as pessoas andando em círculos e as famílias vindo sempre aos domingos para passar o dia. Existe então a necessidade de abrir essas estruturas para “o mundo exterior”. Se não, se corre o risco de aprisionamento, tudo que é fechado, aliás, fermenta! Mesmo que sejam idéias comunistas ou não, o fato delas se encontrarem no interior de uma estrutura fechada, não as tornam idéias comunista é outra coisa de não sei qual idealismo, mas isso não tem mais nada haver com o comunismo, mesmo se o dinheiro é dividido.

Aliás, não se trata de divisão de dinheiro, as pessoas que estão ali, são beneficiárias da previdência social: são asseguradas pelo estado e não dependem do clube para serem alimentadas.

Pergunta: Será que a vontade não seria justamente de viver em seguida, talvez não exatamente do mesmo modo porque nessa época eles estavam doentes, e em princípio em seguida eles ficaram melhores? Mas será que a vontade não seria justamente de viver, dessa forma em outro lugar?

Resposta: Eu entendo bem essa pergunta, ela é posta muitas vezes. Nunca e, portanto viu-se muita gente, milhares desde muito tempo, nunca isso foi refletido. Isso só acontece quando nos fazem essa pergunta. Como em todo hospital, existe o que se chama de sedimentação, é termo um pouco geológico, e a cronicidade.

Pode-se dizer que o doente crônico, não é aquele que permanece, o doente crônico, freqüentemente, pode trabalhar, ficar em casa, ajudado pela psicoterapia, pela farmacologia... Essas técnicas vão permitir de agir com uma sutileza extraordinária, permiti a saída de um máximo de doentes ou até mesmo a não hospitalização total. Mas por outro lado, existe uma categoria de doentes chamada de sedimento. Ora esse sedimento é composto de doentes que podem ser esquizofrênicos graves, mas, sobretudo de doentes com uma condição social insatisfatória, eles são rejeitados, esquecidos, mesmo que eles recebam visitas amicais de tempo em tempo, são pessoas esquecidas e pelas quais não se pode fazer nada no plano social, da forma como é apresentada, com exceção de ter a sorte de encontrar uma família de adoção. Não é possível tomar como pretexto essa camada da sedimentação para dizer que eles se satisfazem em ficar hospitalizados!

Os outros doentes, só pensam em sair, trabalhar. O que vocês colocam como problema, é o famoso problema do setor, que está longe de ser resolvido. Eu penso que não é se negando enxergar, tampado os olhos sobre a necessidade real de um centro de vida especial, pelos menos em certas fases da doença mental, para tratar as pessoas, que se poderá resolver o problema do sector. O sector é fazer com que esse centro seja o mais aberto possível, que haja uma circulação nos dois sentidos, que as pessoas de fora freqüentem o centro e que os doentes saiam para poder ter outras responsabilidades, mas ao mesmo tempo é criar, por exemplo, o que eu havia sinalado rapidamente ainda a pouco, uma agencia social. Uma agencia social na cidade vizinha onde fosse possível procurar trabalho, habitações, ter um local de reuniões, alguns leitos disponíveis, não leitos de “pós cura” como dizem, mas leitos que poderiam ser chamados de “pré cura” que evitariam uma hospitalização, seria ter também uma ação junto às escolas, por exemplo, poder-se-ia articular as atividades nos dispensários, como problema das classes de aperfeiçoamento. Pode-se dizer que é a mesma visão teórica de retomada, em certo nível, daquilo que está em questão na doença mental.

Pode-se dizer que a doença mental e a doença da relação, são muito, muito, próximas. Por outro lado, pode-se dizer que a instituição está em toda parte. A primeira instituição que existe dentro da sociedade atual, é a família. Não é possível fazer um trabalho de psiquiatria institucional sem ter contato com a

família, sem “trabalhar o meio familiar”.

Não sei se eu consegui responder exatamente sobre aquilo do qual vocês falavam:

Digam-no porque vocês não estão satisfeitos!

Questão: É sempre na função da questão da tolerância, porque esse problema aparece na psiquiatria, mas ele aparece também na infância inadaptada. Porque são problemas, a meu ver, talvez por eu ser um psiquiatra, que são idênticos. Um centro dito de “reeducação”, de fato, tem os mesmos problemas que um serviço psiquiátrico, que um hospital psiquiátrico. E devo dizer que certos educadores perceberam certas armadilhas bem antes dos psiquiatras e evitaram algumas, e outras eles não puderam evitar, mas mesmo assim, que seja para a psiquiatria ou para a infância inadaptada, a grande questão para mim é: como uma sociedade como a nossa, poderá tolerar muito tempo tais estruturas borbulhantes, que tentam se questionar, que tentam compreender e que tentam, de fato, tirar as pessoas, como vocês disseram, de frente da televisão, de dentro do carro, disso ou daquilo?

Resposta: Com certeza isso cria problemas, mas é uma questão mais generalizada do que a questão da psiquiatria. É preciso escolher entre o que pode ser chamado de universo hiper segregacionista, que é feito de uma maneira cada vez mais marcante, quer dizer, criar um sistema de compartimentos e trancar os loucos ou as crianças. Sabe, o que eu digo aqui poderia servir para os liceus, mas eu não falo nisso, porque seria muito violento. Podemos citar muito bem os hospitais por que fica dentro de um domínio, digamos quase que sagrado, do louco, do doente mental, podemos falar a vontade. Em um dado momento, podia-se fazer qualquer besteira, no interior, até mesmo um comunismo integral, ninguém estava nem aí, desde que fique restrito dentro do asilo! Dizem, “vejam bem, isso serve para os loucos, mas não para os outros!” Com certeza aí existe um perigo. Todas essas correntes de psicoterapia institucional se apresentam como correntes algumas vezes subversivas, com isso criam-se o risco de desencadear tamanha reação que a prática da psicoterapia institucional será barrada. É para se evitar esse gênero de reação que eu acho interessante aproveitar as estruturas oficiais já existentes como as sociedades da Cruz-Marinha. Ao menos é uma garantia.

J.OURY

A Psicoterapia Institucional

Por Christophe Naud

A psicoterapia institucional nasceu de uma longa reflexão de conceitos do tratamento das doenças mentais. No século XVIII, PH Pinel se questionava sobre o lugar do louco como bode expiatório da sociedade assim como sobre seu isolamento, e ele preparava a base do que viria a ser o hospital psiquiátrico.

Ele fala de doença e propõe a criação de um sistema de cuidados (asilo). Em 1838, Esquirol, desenvolve o primeiro modelo de uma instituição terapêutica na Maison Royale de Charenton. Bouchet, em 1848, enumera os princípios de ocupação dos doentes, ele cita em uma monografia que a individualidade social deve desaparecer e se fundir na vida em comum que constitui a base cultural do tratamento dos alienados....

No começo do século, Hermann Simon, psiquiatra alemão repertoriou a importância de associar os doentes do Asilo de Guttersloch à uma melhoria do quadro de vida deles. Ele questiona a irresponsabilidade do doente mental e diz que quando o homem é considerado como responsável de suas atividades, ele pode dividir com os outros o peso dos seus atos.

Em outros termos ele reabilita o doente mental como sujeito. Durante a segunda guerra mundial a fome dizimou quase a metade da população dos hospitais psiquiátricos franceses. Essa última foi provocada pelas restrições alimentares que não puderam ser contornadas ou melhoradas. Paralelamente, certos estabelecimentos tal como o hospital de Charité-sur-Loire foram evacuados e outros bombardeados. O Doutor L. Le Guillant, medico chefe do hospital Charité-sur-Loire, fez uma investigação para reencontrar os doentes que foram dispersos. E ele percebeu que 30% dos pacientes haviam sido recolhidos e puderam se readaptar a atividades rurais e não criaram nenhum problema de comportamento. Esse fato criou um questionamento nos psiquiatras sobre o bem fundado de manter certos doentes no hospital.

A experiência de Saint-Alban durante a ocupação nazista foi preponderante na criação do movimento da psicoterapia institucional. Quando P.Balvet chega a Saint-Alban, em 1936, ele efetua reformas afim de humanizar o asilo. Depois junto com F.Tosquelles, as grades do hospital e seus muros e cercas vão desaparecer e o estabelecimento vai se abrir para o exterior. Durante esse período vários visitantes de diferentes horizontes, intelectuais, médicos...vão passar por Saint-Alban, que será um lugar de acolhimento para refugiados políticos. Essa reunião de homens dentro de um contexto histórico singular vai permitir um novo questionamento sobre os conceitos psiquiátricos.

A partir de 1945, nasce o dia da psiquiatria nacional. Ele resultara em uma modificação das práticas que serão garantidas por reformas legislativas e regulamentares. Nos “Documentos de informação psiquiátrica” são imaginadas a reestruturação no interior do hospital psiquiátrico e o anuncio da sectorização. Numa outra publicação dos “documentos de informação psiquiátrica”, L. Bonnafé pede o reconhecimento do estatuto das pessoas (internos, livre serviço) assim como a repartição dos pacientes segundo os modos de sociabilidade de cada um.

P. Bernard propõe uma organização terapêutica da vida social no hospital psiquiátrico fundada sobre uma psicoterapia de grupo realizando um regime de vida, uma dietética da reeducação. Em 1948, P.Sivadon, chefe de serviço no hospital de Ville-Evrard, recusa o fatalismo de “doença crônica” e faz passar uma convenção com a Previdência Social para obter meios e reorganizar seu serviço. Ele considera que os distúrbios mentais são correlacionados com múltiplos fatores (bio-psico-social). A experiência de Ville-Evrard se tornou possível graças ao planejamento das condições técnicas, tais como a criação de cargos, o desaparecimento das camisolas... Foi em 1952, que G.Daumezon e PH.Koechlin juntaram os conceitos e as práticas sob o termo de psicoterapia institucional. Em 1954, no bairro do XIII em Paris foi criado por PH. Paumelle uma das primeiras realizações da sectorização francesa. Várias instituições para adultos e para crianças foram formadas com um funcionamento inspirado nas referências psicanalíticas do tratamento das doenças mentais.

Assim, foram formados os ambulatórios, as instalações familiares, as oficinas terapêuticas. Este documento teve como objetivo tentar delimitar o corpus (repertório) teórico.

Postulação. Parece-nos importante de lembrar os princípios de base fundamentais sobre os quais se apóiam todas as experiências que resultam da psicoterapia institucional. O contexto de emergência desse movimento se organizou entorno de uma forte conscientização ligada aos acontecimentos históricos.

Trata-se principalmente de um questionamento dos modos clássicos de funcionamento nos estabelecimentos psiquiátricos que os diferentes atuantes não hesitaram a comparar aos tipos de relatórios e relações conhecidos durante a segunda guerra mundial.

Assim sendo, o aspecto centralizador e despersonalizante se encontravam dentro desses estabelecimentos. A libertação dos povos logo após a segunda guerra pareceu acompanhar-se obrigatoriamente de um movimento similar no sector psiquiátrico. Por outro angulo o desenvolvimento dos grupamentos comunitários (albergues da juventude, escoteirismo, CEMEA...) do período anterior a guerra, já representava a base de uma possível nova organização social do meio hospitalar. A Psicoterapia institucional foi influenciada também do encontro entre a Psicanálise Freudiana e o Marxismo, nessa segunda metade do século onde, no domínio das artes, se desenvolve um novo olhar sobre a sociedade (surrealismo de Dali, Eluard, Buñuel...). É uma nova luz sobre a existência pondo em evidência outros aspectos da vida, da organização das atividades onde o todo interesse se concentrava no indivíduo.

É do indivíduo que o movimento da Psicoterapia institucional vai se interessar; esse indivíduo que ignoramos atrás do “doente” preso nas correntes da alienação que a sociedade o impôs.

É, portanto num trabalho de reintrodução da “vida” no meio hospitalar que virão se acoplar os pioneiros desse movimento (Daumazon, Bonnafé, Tosquelles,

Chaisneau, Oury...) para tornar humano um lugar até então “humanicida” e devolver - lhes a humanidade. Esse primeiro eixo de trabalho não pode se separar dessa luta constante contra a alienação social do sujeito “louco”, da loucura, encarada como uma doença social. A Indexação da loucura a uma origem-social desloca radicalmente os campos de intervenção retidos que vão desde então se interessar a “cuidar” dessa instituição na qual serão acolhidas as pessoas. Todavia, esta análise institucional não pode ser válida sem uma visão terapêutica para o sujeito.

É dentro dessa dialética entre O Institucional e o Subjetivo que os institucionalistas se resguardam para evitar que esse local de cuidados se transforme em oportunidade de uma nova segregação. É uma aposta difícil de manter que supõe que seja revisto a determinação dos status e funções de cada um para que o “título” não seja convocado como único “endereço” do sujeito. Esses três eixos (não-segregação, contre-alienação, anti-centralização) vão pouco a pouco permitir a padronização de um corpus teórico no cruzamento de disciplinas das ciências sociais que até então quase não se misturavam.

Só uma aproximação “multi reprodutora” dos problemas ligados a loucura e aos seus tratamentos supõe que se introduza a Sociologia tanto quanto a Psicanálise ou ainda a Antropologia dentro de um modelo de análise que afirme esta visão multidimensional. Talvez, isso resulte simplesmente de um constato evidente, mas que se perdeu, ao longo das reflexões, que consiste a dizer que o campo das ciências humanas só reconhece um objeto que as diferentes disciplinas encaram de forma específica.

Nascido sob o reino da Cultura, O Homem não tem como escolha que se submeter o tanto quanto ele investe em modalidades que, em todas as suas formas, não escapam ao Institucional? O que é a Instituição?

Como primeira aproximação dessa noção, pode-se retomar a proposta de Gilles Deleuze: “A instituição é um sistema de meios indiretos e sociais para obter uma tendência”. Esta definição suficientemente ampla para permitir todos os desenvolvimentos, pressupõe, todavia uma primeira abordagem que se pretende funcional. Por outro lado, na perspectiva de Gilles Deleuze, A Instituição se opõe ao Instinto ou, em outros termos, a natureza se opõe à cultura. Todos os estudos

visando pôr em oposição essas duas noções na compreensão do que o homem “é” se confrontou com dificuldades insuperáveis (Malinowski, por exemplo). Mas aqueles, particularmente os trabalhos de Claude Lévi-Strauss, que os equacionaram como estudos não excludentes um do outro, permitem explorar novos horizontes no campo das ciências humanas. Pois se A Instituição é definitivamente de ordem cultural, ela deriva de uma necessidade (ousaríamos dizer da sua natureza?) do Homem: A troca.

Tal é então a função primeira e fundamental da Instituição: Permitir e criar mediações entre o indivíduo e a sociedade, e a troca inter-humana. Talvez seja importante lembrar os trabalhos de Claude Lévi-strauss sobre a Proibição do incesto que não proíbe tanto certas trocas sexuais quanto autoriza e obriga a troca pela circulação das mulheres. As trocas sexuais são apenas um dos aspectos desse plano ao qual se pode acrescentar as trocas econômicas, culturais, e no primeiro lugar destas, a Linguagem. Podemos então dizer, para além dos conteúdos particulares a cada “ilha” cultural em que nos detemos, que um estudo da Instituição passa pela percepção da função do campo que estrutura a existência humana.

Coloquemos justamente a questão do campo institucional num lugar como La Borde, recebendo sujeitos tomados por esta doença social que chamamos de loucura. Estamos dentro de uma configuração tal que existe ruptura das trocas inter-humanas de forma que a comunicação se desvenda pelo sintoma como marca significativa da estrutura institucional de troca (e da sua impossibilidade). A postulação de uma psicoterapia sobre um registro institucional repousa sobre uma relação. Relação entre o sujeito e a instituição como sendo essa última midiatiza aquilo que faz parte da sua existência, envolta a espaços corporais, vividos... Relação entre a demanda da instituição e a demanda de diferentes elementos que são os sujeitos, grupos e outros dispositivos institucionais. Enfim Relação entre a própria instituição e suas instituições como necessária contra a tendência ao “prático-inerte”(Sartre), configuração na qual o sujeito desejando não aconteceria. Esse “prático-inerte” deve se aproximar da noção de entropia que se define como a degradação da energia de um sistema. Nessa circunstância, o sistema institucional se organizaria em volta de uma dinâmica repetitiva na qual só a sua primeira função se encontraria preenchida: Sua conservação dentro de uma rigidez do plano das trocas, trocas perdendo seu valor fundamental: O conflito.

Efetivamente, nos parece importante terminar esse primeiro ponto de aproximação teórica, insistindo sobre a dimensão conflitante da troca. É um encontro não somente de sujeitos, mas também de Demanda e Desejos diferentes. Essa dimensão conflitante, se não é negada, se torna ela mesma uma garantia contra essa inércia e (chronicisation) “cronicidade” das quais todo fato institucional se confronta. Se o conflito é bem positivo em sua estrutura, ele supõe, todavia, para que ele adquira uma função de troca, que uma mediação exista afim que de uma dualidade contraditória nasça uma dualidade paradoxal via um terceiro termo, neutro, que seja susceptível de permitir uma nova elaboração.

Na contradição existe um movimento dialético que faz com que apareça sucessivamente uma ou outra posição. Dentro desse paradoxo existem sempre essas duas posições, mas elas se encontram em oposição uma da outra dentro de uma relação onde apesar de tudo elas se reconhecem entre si, do fato mesmo que suas identidades são definidas por essa oposição. O terceiro termo, pego como operador simbólico (e não simbólico por ele mesmo) abre um campo a um possível “hiatus” (ou “terceiro regulador” segundo a expressão de Sartre) vindo interromper uma continuidade até então coerente, mas não questionada. Assim, poderíamos pôr em estudo esta hipótese visando considerar a instituição, na perspectiva adotada em Psicoterapia Institucional, como uma necessária “permanência na descontinuidade” (aproximando da noção de “totalidade destotalizada”

(De J.P.Sartre que Jean Oury retoma nos seus desenvolvimentos).

A noção do coletivo: A noção do coletivo é amplamente evocada nos diferentes textos sobre a Clínica de Laborde tanto quanto ela é convocada como conceito fundamental na abordagem da dinâmica institucional tal como ela é encarada em psicoterapia institucional.

É bastante difícil de defini-la e separá-la da primeira noção do estudo (a instituição) e de outra que ela se aproxima, segundo as mesmas modalidades que ligam a estrutura às partes que a compõe: O grupo. Por outro lado, convém dizer que uma concretização da noção de coletivo não é mais possível porque ela é sempre abordada, por Jean Oury particularmente, numa articulação prática e

dialética com a dimensão subjetiva institucional. Articulação fundamental, certo, mas que torna nossa tarefa menos fácil. Assim sendo, optamos por uma abordagem dinâmica do coletivo naquilo que ela mantém como relação com os diferentes elementos do tabuleiro instituição que o compõe (sujeitos, grupos, dispositivos...). Talvez consigamos por dedução, estabelecer sua autonomia e seu registro específico.

Tomemos como primeira hipótese de trabalho que o coletivo conhecia uma relativa autonomia de estrutura com relação aos elementos que o compunha. Assim, cada pessoa, cada grupo, cada estrutura fazem parte do coletivo, não simplesmente como elemento estrutural mais igualmente como forças se repartindo seguindo certos gradientes (Jean Oury, p.181, 1976). E o autor de pôr em comparação o Coletivo com uma máquina abstrata em que as peças (aqui então, os elementos) são combustíveis. Para continuar sobre esse eixo metafórico nos poderíamos acrescentar que um combustível sozinho não permita a combustão, que ele necessite associar um comburente. Tudo isso para sublinhar a necessidade de ao menos dois termos para que um fenômeno, de qualquer natureza que seja, possa se produzir. Essa aproximação entre o Coletivo e a máquina é interessante porque permite de encará-lo como conjunto (Oury fala de um “conjunto transfinido”) sem com isso o “coisificar”.

O Coletivo deve ser compreendido como uma forma (gestalt) ou ainda um contexto no sentido lingüístico do termo. Jean Oury retoma essa noção de contexto para escorregar em direção de um postulo importante segundo o qual a estrutura do coletivo seria analógica ao da linguagem. Ele equaciona o fechamento da linguagem e do Coletivo numa abordagem visando fazer aparecer o caráter autônomo e arbitrário daquele que se encontra no estudo, em lingüística sincrônica (F.de Saussure, Jakobson), dos fatos da linguagem (a língua composta de sinais saídos de uma relação entre o significante e o significado). Nós não entraremos demais nesse argumento porque isso pediria um estudo mais aprofundado e correria o risco de desviar este trabalho da sua função original. No entanto nos parece importante advertir o leitor e nisso nos seguimos às prescrições de Jean Oury, sobre o fato que o estudo do coletivo, entendido como relevando o registro da linguagem, não pode satisfazer-se unicamente da observação das

unidades caracterizadas, (as instituições, com a conotação sob um plano significante) sem levar em conta os efeitos do sentido (ligados ao sujeito, pertencente ao plano do significado) implicados na sua dinâmica.

Puro e simplesmente, isso vem levar em conta essa articulação fundamental (que os teóricos da Psicoterapia institucional sublinham: articulação entre a instituição e o Sujeito através dos dispositivos institucionais (reuniões, oficinas, sala de discussão...)).

O Coletivo não se posiciona como exterior ao Sujeito, mas como indiscutivelmente determinado a seu olhar tanto quanto ele o “super determina”. Esta articulação evidencia toda a problemática ligada ao fantasma do qual Oury diz se tratar em última análise do material com o qual e sobre o qual se trabalha. Fantasma que Lacan já havia definido como o meio de acesso e apreensão pelo Sujeito da realidade. Esse ponto nos leva a outra hipótese, já colocada na introdução dessa parte, que consistia a ver as analogias estruturais, até mesmo os homônimos, entre a instituição, o coletivo e o inconsciente com o olhar, na seqüência de Lacan, de um quarto termo fornecendo elementos de análise da linguagem.

Alguns aspectos, já foram vistos sobre essa abordagem teórica na qual o acento estava posto sobre as relações mantidas entre as diferentes partes de uma parte, a parte e a totalidade da outra parte. Talvez possamos só indicar aqui algumas orientações interessantes de se trabalhar para quem quer se interessar de mais perto aos mecanismos lingüísticos que os diferentes parentescos aqueles reencontrados na ocasião do fato institucional. Trata-se particularmente do processo metafórico que se relaciona com a noção de contrato e permite uma nova abordagem da lei (cf. obras de Marcel Mauss, C. Lévi-Strauss, Joel Dor) . Trata-se também do processo metonímico que não é visto pelo ângulo da Lei, mas do regulamento que vem literalmente operar uma “mudança de nome” quer dizer que pré-determina o sentido (e dentro das instituições as ações, comportamentos...). La onde a metáfora deixa um vácuo, um subentendido no qual pode se introduzir um sentido.

A lei fixa um quadro no qual existe certa liberdade do sujeito; o Regulamento fixa as prescrições a serem seguidas sem campo de experimentação possível. Se eles se situam todos dois do lado da obrigação, a Lei proíbe tanto quanto ela permite (cf. Claude Lévi Strauss sobre a proibição do incesto e a obrigação da troca que ele determina) lá onde o regulamento proíbe tanto quanto ele submete. Vocês compreenderão os riscos que representam a compreensão e a distinção desses registros nas práticas institucionais além mesmo do encontro com o sujeito psicótico pelo qual convocamos a Lei como um padrão enquanto que as intervenções se adéquam mais freqüentemente no nível do regulamento.

Feito esse desvio, podemos voltar a nossa primeira interrogação sobre a distinção entre a Instituição e o Coletivo e isso para ver onde esse último termo será autônomo e teoricamente operatório.

Nós vimos que a instituição é compreendida como um sistema onde a função social é de permitir a troca usando as mediações que são os dispositivos institucionais. Função social que não entra em contradição com aquela mais primitiva que visa assegurar sua conservação. Nós dissemos que o coletivo relevava da ordem da Estrutura que seria, ao olhar da analogia que é feita com a linguagem, “um espaço significante” (J. Oury, p178-1976) que é quase sempre próximo do conceito de grande Outro de Lacan. Dentro dessa expectativa, o Coletivo adquiriu um caráter anterior em relação ao Sujeito, mas se encontra “alterável” por este. O importante sendo de colocá-lo ao lado da linguagem.

Tem-se, portanto de um lado um dado “A Instituição” que encontrara sua validade de existência na função de troca que ela proporciona e de outro um dado “O Coletivo” que seria uma linguagem no qual o sujeito está inscrito, aliás, sem sabê-lo (“se perder como objeto” nos diz Lacan).

Poderia se pensar que a instituição é para ser entendida como um quadro, que está lá para trocar e o Coletivo seria um meio de trocar. Parece-nos que esta proposta não é a mais adequada porque ela supõe uma hierarquia que fixaria a Instituição em um patamar superior ao do Coletivo. Nos não achamos que esse gênero de relação se mantenha entre si. Mas que se trataria de duas dimensões diferentes

dentre as quais, é verdade, a Instituição poderia ser associada a uma moldura enquanto que o Coletivo deveria ser articulado à noção de “campo”. A moldura como sendo o limite topológico determinando a natureza da vizinhança (proximidade no tempo e espaço) sem que ela se interesse, num primeiro plano, ao que se atualiza sobre a base que ela funda.

O campo como espaço multidimensional, não perceptível a primeira vista, como forma movediça que em seu interior uma dinâmica se organiza envolta de diferentes ligações, regidas pelo Coletivo. Eles conhecem entre si evidentes relações de estrutura, tanto que em um quadro o fundo não pode ser separado de seu par. Que formas vão tomar essas mediações? Essas Instituições são: O clube, as reuniões, as oficinas e os diversos outros dispositivos que estão lá onde se sente a necessidade de trocas culturais. Uma instituição específica é o clube. Um Clube? “É antes de tudo um lugar aonde se vai” nos diz Ginette Michaud (p.54, 1978). Esta instituição é um espaço, uma ocasião de freqüentar outras pessoas em um local onde se tem a certeza de reencontrá-las. Trata-se, portanto de considerar o Clube, além dos objetivos ou das tarefas a ele atribuído, encontrando sua justificativa de existência em sua única função essencial: a troca.

O Clube, da mesma forma que os outros elementos do dispositivo institucional, se obriga a ser suficientemente plástico para que os indivíduos possam figurar. Introduce-se aqui a necessidade de acolhimento que deve ser renovado a cada novo encontro.

Trata-se, de fato, de receber, entre parêntesis, aquilo que o sujeito atualiza durante sua vinda, através da sua demanda, da sua vivência, etc. Para esta função da troca, é conveniente adicionar outra dimensão fundamental desta instância que vise à lutar contra um fenômeno “natural” de toda a sociedade (mesmo a psicoterapêutica): a alienação. Esta alienação social que atribui um lugar para cada um na ordem das coisas, na qual cada sujeito se acha inscrito e que toma uma dimensão mais evidente, quase dramática no quadro da psicose. Esta tentativa de “desalienação”, no quadro do Clube, se baseia sobre a vontade de modificar o status do sujeito acolhido na Clínica passando-o de “doente” para indivíduo. Não é um negócio fácil e não adianta só falar, modificar seu discurso para que isso seja efetivado. Ter a pretensão de dar a identidade social a um indivíduo necessita do

reconhecimento inalterável da sua independência, da sua autonomia e da sua liberdade.

É por intermédio do Clube que esse reconhecimento parece poder acontecer em La Borde. Efetivamente, esta instituição conhece uma autonomia e uma independência econômica, pedagógica, social, jurídica em relação à Instituição. Uma autonomia jurídica, que primeiramente foi consentida pela afiliação da Comissão hospitalar (termo introduzido por Tosquelles em 1953) criada em La Borde na Liga francesa de higiene mental, seção reagrupada com outros sob a denominação de Croix Marine (Cruz Marinha), onde as pessoas do Clube são membros. Este organismo associativo da Lei 1901 (lei de criação de associação na França) é destinado a subvencionar e reagrupar num plano departamental as comissões hospitalares criadas nos hospitais psiquiátricos e funcionando como o Clube de La Borde. Assim, o Clube está ligado ao exterior de forma concreta e se libera das únicas ligações hierárquicas internas. É no quadro dessa associação que são discutidos os orçamentos das oficinas, a contabilidade, os projetos de investimentos, a divisão entre as oficinas produtivas e não produtivas.

A essa autonomia jurídica é adicionada uma independência que vai transformar a relação com o dinheiro geralmente adotado para com o paciente assim como a avaliação do meio pelo qual os indivíduos adquirem este valor de troca: o trabalho. De fato, só o Clube tem a competência para tratar aquilo que pode ser um negócio com a atividade das pessoas acolhidas. Isso retirando toda possibilidade de utilizar a mão de obra dos doentes pelo hospital sob a justificativa de um desenvolvimento da sociabilidade deles, compensada por uma remuneração insuficiente chamada, aliás, tradicionalmente “pecúlio” (na antiguidade, dinheiro ganho e economizado por um escravo) que traduz bem o tipo da relação mantida. Modo de relação feudal, alienadora de forma muito mais intensa que a da situação do trabalho moderno. A aceitação clássica do termo “trabalho” foi abandonada em La Borde porque ela se prende sempre (que seja em análise capitalista ou marxista) a uma noção de produtividade que não pode convir a todas as pessoas acolhidas na clínica.

O trabalho é encarado “como a possibilidade para o sujeito de trocar a única forma de atividade que para ele resta possível e que, aliás, não é trocável e assim valorizá-la”. (G.Michaud, p63-1978).

Não estamos mais sob a proteção do Contrato, mas em um circuito relacional primário que Marcel Mauss definiu como o Donativo. O Donativo como uma intenção de troca sem esperar compensação, no início. É se liberando dessa intenção que o sujeito poderá receber na sua vez outro donativo (contra-donativo) não inscrevendo esse processo sob a proteção da dívida; Dívida cujo se sabe está no centro da psicose (pagamento de uma dívida não contraída). Essa forma arcaica de troca permite assim retribuir o trabalho de cada um segundo critérios que os diferenciam ao ver das pessoas. Isso vai da simples presença em uma oficina a realização da encomenda para satisfazer um cliente, etc. Seria, por outro lado, muito interessante de se aprofundar no estudo da noção de dinheiro na rede das trocas. (CL: leitura de Marx em “O Capital” ou Ginette Michaud em “Écoles Buissonnières”)

Gostaríamos-nos de terminar essa curta conferência, pela noção de Clube insistindo naquilo em que ele movimenta na dinâmica institucional. Lá onde havia verticalidade e uma estrutura piramidal (hierárquica), ele instaura a horizontalidade e uma estrutura “polycentrique” (com múltiplos centros) (J.OURY). Lá onde a alienação social interna quebrava toda tentativa dos tratamentos psiquiátricos, ele abre brechas, permite distanciamentos, que depois de testados fazem sentido. Lá onde a segregação isolava e designava o sujeito numa existência mórbida e rígida, ele mexe com as ligações internas pelo questionamento das relações sociais.

Christophe NAUD.