

A INSTITUIÇÃO INVENTADA

FRANCO ROTELLI

Publicado na Revista "Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia"

Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura. Discordo daqueles que dividem os dois períodos: o período manicomial do atual, não só por aquilo que obviamente é diferente (surplus de violência, papel da periculosidade social, totalização das pessoas), mas também por aquilo que para nós mudou: a própria essência da questão psiquiátrica.

Assim, em recentes debates, tenho ouvido uma conceitualização da crítica institucional toda referida à era do manicômio, reduzida ao problema de humanização, de eliminação de uma violência adicional e supérflua. Período que portanto se declara limitado e concluído. Creio que este equívoco seja fruto de uma banalização que desvia o caminho, interessada em reduzir e exorcizar os efeitos da ruptura epistemológica introduzida pela Instituição Negada e em "reautonomizar" a Psiquiatria.

1. E' provável que o equívoco não seja exatamente esse, mas uma profunda divergência no reconhecimento do objeto da Psiquiatria. O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: "a doença", à qual se sobrepõe no manicômio o objeto "periculosidade".

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social"¹. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade.

Sobre essa separação artificial se constituíram os conjuntos institucionais todos referidos à "doença". Era necessário desmontar este conjunto (negar aquelas instituições) para retomar contato com a existência dos pacientes enquanto "existência doente". Portanto, as "antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (e o mesmo acontecerá às instituições previstas por diversos projetos de lei da contra-reforma). A ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura.

Negação da instituição, bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é, a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade

¹ A questão "terapêutica" é parte da questão social, assim como a reconhecida ambivalência do corpo individual é a abertura ao corpo social.

do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada).

Não se pode fazer muito com a "doença" como queria o "modelo clínico", com o sintoma ou o conflito como queria o "modelo psicológico", porque mudaram o objeto, o paradigma e com eles os sensatos programas.

A doença (diagnóstico, prognóstico e terapia), às suas consubstanciais relações de causa e efeito correspondiam instituições coerentes. À periculosidade era dado o manicômio; à "doença como as outras", o hospital geral; ao tema do inconsciente e da consciência, os divãs psicanalíticos. Mas quando se quebrou o brinquedo, desmistificado o objeto, descoberta a miséria, a desinstitucionalização, aquela verdadeira, invadiu e desordenou o campo com a força dos eventos modernos (e com alguma consciência *chez-nous*).

A desinstitucionalização, aquela falsa, obviamente tenta o contrario: mumificar o objeto da Psiquiatria, deslocando apenas as formas e os modos da gestão, mais que qualquer outra coisa, os lugares, o *look*; se o verdadeiro objeto tornou-se a "existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social", que relação miserável têm as instituições tradicionais com este novo objeto (mas também muitas daquelas novas). Pouco pertinentes, inadequadas, como usar um metro para medir líquidos, ou uma caixa para conter a corrente do rio. A verdadeira desinstitucionalização será então o processo prático- crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto.

2. O problema se tornará não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas; outros diriam, o processo de singularização e ressingularização. Se a loucura é freqüentemente a forma mais caricatural de nosso ser replicante, essa caricatura é a caricatura de uma repetição; outras vezes, término da repetição, total exaustão de qualquer possibilidade de repetição. Em todo caso, é necessário imaginar que a única coisa sensata, possível, é a desinstitucionalização daquela cena, a invenção de um outro modo e a criação de oportunidades e de probabilidades para o "paciente".

Este era o trabalho intramuros, este é o trabalho extramuros. E para tanto são necessários laboratórios e não ambulatórios. Laboratórios plenos de conhecimentos, máquinas de desinstitucionalização². Em síntese:

"Um estatuto de racionalidade de ação terapêutica indica uma concepção do conhecimento (e da ciência) que não apenas é bem distante do ideal cumulativo, mas reconduz o conhecimento ao âmbito da experiência humana: este é um processo aberto, constituído de incertezas e de decisões" (De Leonadis 1986).

Diferente de "negar a existência da doença mental". A doença foi por um período colocada entre parênteses para favorecer a manifestação da real existência da pessoa aos olhos de um psiquiatra finalmente participante. É verdade que sempre pensamos que esta não seja uma realidade ontológica, mas uma realidade inventada, no entanto sempre uma dura e viva realidade.

². Em Trieste, o termo "laboratório" designa uma estrutura complexa: lugar de produção de cultura, de trabalho, de intercâmbio e de relações entre artistas, artesãos, pessoas doentes ou não. Um lugar onde os papéis são intercambiáveis e o trabalho dos operadores que os coordenam tem por objetivo experimentar práticas inovadoras.

"O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas.

Mas quando os sintomas, de expressões de uma dificuldade e de um desequilíbrio nas condições de vida, se tornam simples sinais de uma doença que, ao invés de se inscrever no mundo social, se inscreve no mundo patológico, a doença vem subtraída ao controle do grupo com o qual não pode mais intercambiar, para ser confiada à observação de um olhar, o olhar médico que, autônomo, se move em um círculo onde só pode ser controlado por ele próprio e onde soberanamente distribui sobre o corpo do doente o saber que adquiriu" (Galimberti 1984).

Mas a clínica não é apenas um olhar. Agora a doença, bem fora de parênteses, se revela como o lugar geométrico das incrustações judiciais, diagnósticas e científicas aplicadas sobretudo, e sem contradição, às classes subalternas. Conjunto de aparatos administrativos, disciplinares, científicos, normativos, coerentes com o velho estatuto epistemológico da doença: foi portanto (diferente de ser colocada entre parênteses) o lugar central do nosso trabalho, o objeto da prática crítica, e revelou o seu ser consubstancial à loucura, como institucionalidade introjetada, outros diriam como subjetividade induzida e produzida.

"Quando o olhar não é clínico é o doente e não a doença a ser considerado e visto" (Galimberti 1984).

Mas o olhar se limita, na melhor das hipóteses, a considerar o ser lançado (no mundo) do doente. Infelizmente a clínica não se fundamenta apenas no olhar médico, mas principalmente numa profunda interiorização que vem de longe. O olhar já está incorporado na experiência-sofrimento, não sendo parte secundária, mas constitutiva da linguagem da loucura, que é sempre fruto de um "poder que produz". É necessário então contrapor-lhe um outro "poder que produz".

3. A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da "instituição inventada" devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.

Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana.

Eis então o porquê da necessidade em Psiquiatria hoje de instituições inventadas. Esta é a nossa experiência em Trieste, filha autopoética da experiência primeira, a instituição negada. A instituição negada foi a descrição dura de uma contaminação, a prática que a revelava. A instituição afirmada é a prática assumida, ciente, organizada desta contaminação.

É também um pouco "o muro que reequilibra as vidas" como o quer Blanchot: frente à anomia do território, "de frente a um espaço, infinito e infinitamente deserto, é necessário erguer novamente um muro, pedir um pouco de indiferença, a pacata distância que equilibra as vidas" (Blanchot 1977).

Assim nascem os centros territoriais e então "o deserto se repovoa. Os operadores somente quando se reconhecem e se reconstituem como instituições descobrem que a cidade é tecida de instituições, e o doente é uma instituição, e que existe necessidade de poder institucional

para usá-las, convertê-las, transformá-las. Tadeusz Kantor usa para as suas "embalagens" palavras pertinentes: "é preciso esconder o objeto para preservar-lhe um futuro, mensagem confiada ao mar em uma garrafa. Este é o comportamento no tempo do perigo, o comportamento do perigo". Acredito que o Centro de Saúde Mental seja esta embalagem à mostra, esta instituição provisória e inventada (como os bancos de neve de Bertolt Brecht)³ Kantor sempre disse: "Os políticos hoje não são responsáveis, mas o artista, ele deve ser responsável. Sim, somente o artista é responsável, estes são os tempos". Acredito que isto não vale somente para os artistas, mas também para nós que nos reconhecemos ainda hoje na análise do Plaidoyer de Sartre, técnicos do saber prático. Aquela lição filosófica se encontra hoje com todos os alcances das ciências avançadas; a complexidade do objeto implica não análise, mas projetos, projetos de transformação somente através dos quais é possível obter conhecimento. Estes projetos (a invenção e os seus resultados cognitivos) devem considerar contemporaneamente o universo das instituições e as particularidades singulares dos indivíduos que chegam aos serviços.

Talvez hoje assumo para nós novo sentido e conhecimento aquilo que Musil recordava: "não nos deixemos enganar pelas atitudes de escamotear da compaixão, do empenho social e da enganosa máscara salvadora do médico. O interesse científico pelos fenômenos é um interesse direto, que busca o saber. Ainda Galimberti: "nós sabemos que a autonomização do psíquico não faz senão redobrar a autonomização do físico sobre a qual a partir de Cartésio se construiu a ciência. Psicologia e biologia, para sobreviverem, persistem na laceração do corpo, na pressuposição fundamental da dualidade que objetiva o corpo, como resíduo para fazer viver a alma em cujo destino durante um tempo prosperou a religião e hoje a psicanálise. O corpo reduzido a puro organismo não é mais real que a alma psicológica ou espiritual: ambos resultam daquela abstração que se alimentou com a dissolução do simbólico e com as duas grandes metafísicas complementares: a "idealística", da alma com todas as suas variações religiosas, morais, psicológicas, e a "materialística", do corpo com os seus prolongamentos biológicos e sociológicos (Galimberti 1984)⁴.

Diz-se que fomos desatentos ao biológico, que fomos desatentos às psicodinâmicas. Direi que fomos muito atentos, mas do que na verdade nos acusam, somos sim culpados: de não aceitar

³ *Dizem (mass-mídia)* que fomos contrários a lugares de hospitalidade (centro de crise, lugares de vida etc ...) em homenagem a uma mística do território. Os nossos centros estão aqui, em Trieste, há dez anos para demonstrar a absoluta falta de fundamento desta acusação. Fomos acusados de querer reverter o problema a um genérico social. Estamos na realidade aqui há quinze anos a intermediar uma consciente, infinita e notoriamente interminável restituição.

Mas para nós sempre se tratou de "instituições para desinstitucionalizar". E em todos estes anos estendemos a nossa intermediação ao cárcere, às perícias, às tutelas jurídicas e constituímos cooperativas, lugares sociais, estados efêmeros, laboratórios permanentes, enquanto os nossos censores escreviam.

Existe um *nonsense* em voga: "O bom serviço é aquele vazio". Acredito que o bom manicômio seja aquele vazio, o bom serviço seja aquele cheio. Aquilo que acontece de Salônica a Montreal é que se pode ver (péssimos) manicômios cheios e (esplêndidos) centros de terapia familiar ou de Saúde Mental, vazios. Em um bom centro de Saúde Mental as demandas se misturam, se cruzam, se multiplicam, como acontece num mercado (trocas). (Que este seja o melhor indicador de um bom serviço deriva da pergunta: se não, porque as pessoas iriam?) Não existe para mim um centro de saúde mental mais bonito do que um mercado no Senegal ou em Marrocos. Quero compreender melhor o porquê, mas é certo, existe o fato de que as classes sociais se misturam, trocam, os indivíduos se olham, jogam e trabalham (e podem ser também muito loucos). É um dos poucos lugares, um bom mercado, onde o corpo social se reconhece, existe inteiro e é difícil para todos fugir do fascínio de seu turbilhonamento (do mercado e do corpo). Onde nos singularizamos através da participação.

⁴ Estranho destino aquele da Psiquiatria, para o qual, incompreensivelmente, assume dignidade científica e plausibilidade terapêutica a palavra e não a ação: o colóquio pode ser terapêutico, mas não o fazer um filme juntos, mudar de casa, fazer teatro ou ler juntos poesia, trocar de trabalho ou obter um novo, inscrever-se ou sair de um partido, comprar para si um vestido novo ou brigar, andar de barco ou intervir em uma assembléia, ter amigos ou uma nova idéia, ter uma resposta à própria necessidade, poder expressar um sentimento anômalo, usar a própria doença como um vestido, uma forma de comunicar, de discordar ou de deslocar-se, sem por isso estar/ser institucionalizado em uma identidade sem valor social, abandonado a si mesmo ou transformado em caso clínico. Para a Psiquiatria (em particular para a que hoje de forma um pouco cômica se chama *hard*) quem sabe porque tudo isto não tem valor terapêutico em sentido forte.

a subalternidade da autonomia do biológico, como da autonomia do psíquico⁵, como (e até disso nos acusam) da autonomia do social e do político.

Então a instituição inventada sobre o objeto "existência que sofre do corpo em relação com o corpo social" é feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios do biológico, entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos⁶. Então terapêuticidade é a intencionalidade dos serviços que são intermediários materiais, capazes de colocar em movimento trocas sociais bloqueadas, de recolher e valorizar deslocando-os, desinstitucionalizando-os por paradoxo, os sintomas, os símbolos, os sentidos plurais do paciente. Aceitar este desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, não reduzindo o sujeito à doença ou à comunicação "perturbada" ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social.

Se o sentido e o símbolo são dados sempre como sintomas, como imagem reificada, além de um certo limite que atualmente é timidamente reduzido, são necessários laboratórios de reprodução que revelem os objetivos: é necessário portanto um social inventado para uma sociabilidade de outra forma ausente, mas um social contaminado, que viva do máximo de contaminação e que seja lugar de revalorização de gestos, de fatos, que de outra forma "se curvam" em sintoma.

A instituição inventada, a instituição da contaminação, privilegia o objeto pobre, mas não apenas a esse é destinada.

"O objeto pobre, o pobre, é aquele privado, sempre, das funções específicas da vida cotidiana, aquele que se joga na lata de lixo. Existe para ser destinado ao refugio. É lá, suspenso entre a imundície e a eternidade: é o lugar dos refugos e o último degrau da realidade e da eternidade que é o último limiar da nossa vida" (Kantor 1986). Talvez porque não é mais passível de troca e ingressa no mundo do uso, ou do não uso, mas nele se deposita a sua história.

A dura guerra contra as instituições descontaminadas, inúteis ou nocivas, fruto do higienismo médico tradicional, implica que a instituição inventada, que faz reviver a riqueza do objeto pobre, seja feita de "atravessar". Teremos, para isso, necessidade - para uma prática terapêutica - de artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, de inventores de vida, de jovens, de trabalho, festas, jogos, palavras, espaços, máquinas, recursos, talentos, sujeitos plurais e o encontro de tudo isso.

⁵ Também o diva é uma instituição inventada, mas para um objeto todo interno à autonomia do psíquico, a uma singularidade psicológica simplificada primeiro e depois tornada infinitamente complexa (e por isso sedutora). Aqui a simplificação originária deixa dúvida o quanto procede e o higienismo do *setting*, como aquele ambulatorial é não apenas um modo da prática mas é constitutivo da episteme psicanalítica. "As próprias teorias psicodinâmicas, que embora tenham tentado encontrar o sentido do sintoma através da investigação do inconsciente, mantiveram o caráter de objeto do paciente, mesmo se através de um tipo diferente de objetivação: isto é, objetivando-o, não mais como corpo, mas como pessoa" (Basaglia, *A Instituição Negada*).

⁶ A observação que nos chega de muitas partes (V. *Mundo Operário*) de nosso suposto amor pelo stalinismo e desprezo pelo privado nos surpreende. Faz quinze anos que participamos de cooperativas de serviço, desinstitucionalizando serviços públicos. Estamos sempre conscientes das grandes potencialidades do privado social. Não acreditamos, ao contrario, nas pressupostas estimulações de uma concorrência entre público e privado. Acreditamos ao contrario firmemente na necessidade de desinstitucionalização do público, desinstitucionalização que não tem nada a ver com *deregulation* assim como não tem nada a ver com a desospitalização administrativa. A questão é que é necessário demolir a burocratização, a inércia, a compartimentalização, a irresponsabilidade do Welfare, não o Welfare; é necessário demolir os controles burocráticos e partidários e valorizar responsabilidade em todos os níveis, livre iniciativa, produtividade, singularização e profissionalidade. Mais mercado no Estado (muito mais mercado) se isto significa "produtivização" das funções. Isto é desinstitucionalização e ao mesmo tempo produção de riqueza, processo possível de subjetivação, outro Welfare.

Tivemos isto em Trieste e esta é a nossa confiança. Voltando a Sartre:

“Todos aqueles que a partir de hoje aderem ao ponto de vista universalístico estão tranquilos; o universal é feito de falsos intelectuais. O verdadeiro intelectual, isto é, aquele que se colhe no desajuste, inquieta: o universal humano está por fazer-se” (Sartre 1965).

"E não se pode fazer" senão a partir da singularidade dos indivíduos". Das práticas diversas: fazer, inventar, representar, reconstruir as relações entre esferas que tendem a autonomizar-se, na esquizofrenia do indivíduo, assim como na geral. Nós não podemos senão fazer isto: representar para agir. Mas como nos lembra ainda Musil:

"Representar uma coisa significa representar a sua relação com cem outras coisas. Porque é objetivamente impossível fazer diferente. Porque não existe outra forma para tornar compreensível, perceptível uma coisa, qualquer que seja. E mesmo se estas cem outras coisas fossem, por sua vez, obscenas ou mórbidas, as relações com elas não o são, e a descoberta das relações não o é nunca" (Musil 1986).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Leonadis, O. (1987): "Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione", in *La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale*, Atti del Convegno di Trieste, 22-24 sett. 1986, Collana dei Fogli d'informazione, Centro di Documentazione di Pistoia.
- De Leonadis, O., Mauri, D., Rotelli, F. (1983): *Prévenir la prévention, Infonction Psyciatrie, 4*.
- (1986): "Deinstitutionalization, a Different Path. The Italian Mental Health Reform", in *Health Promotion* WHO, Cambridge University Press.
- Galimberti, U. (1984): *Il corpo*, Milano, Feltrinelli.
- Kantor, T. (1986): "Intervista" (dir. P. Del Giudice), *Alfabeta*, luglio.
- Musil, R. (1986): *L'oscuro e il mostruoso nell'arte*, Milano, Mondadori.
- Piro, S. (1986): *Ettristica connessionale*, Napoli, Ideison.
- Sartre, J.-P. (1965): "Plaidoyer pour les intellectuels", in *L'universale singolare*, Milano, li Saggiatore.

Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Casa de Saúde Anchieta, Santos).