

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 correcionais 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 Kraepeling. 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 douta 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. Daumezon 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 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 (...).

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 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. (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”.