

## Referência bibliográfica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_. **Le collectif**. Paris: Scarabé, 1986.

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

\_\_\_\_\_. **L'aliénation**. *Paria: Galilée*. 1992.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Anexos

### A História da Psicoterapia Institucional

Por Jean Oury

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eles não devem ficar muito tempo. Critérios bem ordinários.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

mas é preciso pelo menos tentar salvar isso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

família, sem “trabalhar o meio familiar”.

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

Digam-no porque vocês não estão satisfeitos!

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

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

J.OURY

## A Psicoterapia Institucional

Por Christophe Naud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Christophe NAUD.