

Antipsiquiatria e a tecnologia do controlo social

MARCOS EINIS (*)

A história das disciplinas normativas exige uma topologia global dos controlos sociais; mas mais necessária ainda (e não menos delicada) parece ser a representação morfológica e dinâmica dos sistemas de escravização modernos, porquanto estes parecem fazer, precisamente, da desnormalização — mais do que um emblema sedutor e enganador — um verdadeiro eixo operativo do seu funcionamento.

Tentaremos precisar melhor estes conceitos realçando alguns dos aspectos dominantes que se nos apresentam hoje como um aparelho doutrinal-institucional, técnico-operativo, alternativo ao modo de exercício de controlo.

Se bem que seja evidente que a mutação ou a metamorfose em curso do aparelho psiquiátrico não procure perpetuar as estruturas hegemónicas do antigo sistema, hoje intoleráveis, não é menos evidente que uma tal reestruturação não se produz exclusivamente em função delas. Situações, conceitos, em certos momentos antagónicos, podem com efeito articular-se numa constelação de variáveis cujo sincronismo pode

conciliar-se na rejeição ou na integração. Referências de oposição tornam-se verdadeiros trampolins, enquanto que os alvos de ontem se transformam em moedas de troca de um sistema que as escolhe para um outro uso, que as funde assim em diferenças ilusórias, assumindo o paradoxo da repetição na produção de ordem.

A instituição asilar: pô-la em questão constitui um pilar do aparelho discursivo antipsiquiátrico, um terreno de expressão do mesmo:

«Um pôr em causa mais radical conduziu alguns de nós a propor concepções e processos que parecem opor-se absolutamente às concepções e aos processos tradicionais e que, de facto, podem considerar-se como o germe duma antipsiquiatria.»

Em que consistem tais concepções e processos? Por um lado, numa crítica do universo asilar, por outro, numa política de canais e de casas comunitárias.

«Em primeiro lugar era necessário explorar os limites da mudança possível no interior do grande hospital,

(*) Psiquiatra, Psicanalista.

verificar quais as dificuldades e contradições que iriam surgir, e fundar os nossos planos futuros na base duma tal apreciação.»

(Cooper, D., *Psychiatrie et Anti-Psychiatrie*, Ed. Seuil, Paris, 1970. Pág. 129.)

«Alimentámos muitos sonhos a propósito da comunidade psiquiátrica, ou melhor antipsiquiátrica ideal, mas creio que agora já descrevemos suficientemente, por um processo de desmistificação, a verdadeira natureza da loucura psiquiátrica, assim como já estudámos suficientemente as nossas necessidades práticas a fim de darmos um passo em frente.

E um passo em frente significa, no fim de contas, um passo para fora do hospital psiquiátrico, um passo de encontro à comunidade.»

Assim se exprimia David Cooper pouco depois de ter concluído, no Hospital Slenley, nos arredores de Londres, a sua experiência da Villa 21 (Janeiro de 1962 — Abril de 1966), e dois anos antes da abertura da comunidade de Kingsley Hall.

Lá, ele anunciava a sua alternativa das «Unidades Comunitárias» e, em certa medida, profetizou o seu próprio embaraço, alguns anos mais tarde, quando a «abertura» na direcção da comunidade se traduziu em termos oficiais de sectorização.

Mas, ao darmos atenção ao último parágrafo do seu livro, perguntamo-nos se ele próprio não entrevia já a direcção na qual a sua crítica se viria a inscrever:

«Eles (os nossos resultados) parecem-nos estabelecer pelo menos uma primeira abordagem séria visando a revisão radical da estratégia terapêutica empregue na maior parte das uni-

dades psiquiátricas, em relação ao esquizofrénico e à sua família. Esta revisão está na linha dos desenvolvimentos em curso da Psiquiatria Social no Reino Unido».

(Cooper, D., *Psychiatrie et Anti-Psychiatrie*, Ed. Seuil, Paris, 1970, pág. 185.)

A este propósito, é interessante referir as conclusões da «Royal Commission on the Law» referentes à Doença Mental e Deficiência Mental, que trabalhou sobre a matéria entre 1954 e 1957 e que produziu o seu relatório em Maio de 1957, em Londres:

«As recomendações das nossas testemunhas foram na generalidade a favor de uma mudança de ênfase do cuidado hospitalar para o cuidado comunitário. Em relação a quase todas as formas de desordem mental, há um desenvolvimento de esforços no sentido de serem prestados tratamentos e serviços sociais sem que se tragam os pacientes para os hospitais, como internos, e que torna possível dar-lhes alta mais cedo do que era habitual no passado.» (Pág. 207).

Os princípios gerais «for the future» não são menos explícitos:

«Nas condições actuais ninguém pode ser excluído dos benefícios de qualquer dos serviços sociais em geral, simplesmente porque a sua necessidade surge mais da desordem mental do que de qualquer outra causa.

Muitos pacientes com desordem mental necessitam de formas especiais de ajuda, as quais podem ser prestadas apenas através de serviços especiais de saúde mental, mas quando as necessidades dum paciente podem ser

total ou parcialmente resolvidas através de serviços mais gerais, devem então ser orientadas nesse sentido. Tem-se verificado uma grande expansão e desenvolvimento de tais serviços, e uma grande mudança de atitude do público em relação a eles, desde os dias em que a pobreza das leis de socorro podiam justamente ser criticadas como inadequadas e inapropriadas para as necessidades dos perturbados mentais.» (Pág. 203.)

De facto, a linha de recomposição estava traçada muito antes dos «anti-psiquiátricos» ingleses desenharem o seu prolongamento.

Os serviços mais gerais, de facto não médicos, e o carácter da intervenção pareciam assim orientados na direcção duma expansão à superfície. A especialização em profundidade produziu-se com a atomização dos cuidados em função da população visada.

Eis um exemplo extraído do mesmo relatório:

«...pacientes psicopatas de inteligência normal são muitas vezes confirmados como deficientes mentais, a menos que a sua conduta seja tão seriamente anti-social que a administração no hospital se torne então necessária. Formas especiais ou cuidados da comunidade não lhe são presentemente prestados, embora uma ajuda possa ser dada dentro da estrutura dos serviços sociais, tal como emprego e serviços de reabilitação; quem tiver sido admitido num hospital por «Mental Deficiency Acts» pode gozar dum período de licença na comunidade depois de ter recebido tratamento hospitalar e antes da alta oficial. No entanto pode ser que, com a expansão dos serviços comunitários de saúde mental, seja possível no futuro fazer mais pelos psicopatas de inteligência

normal. Alguns deles poderão estar aptos para beneficiarem de treino ocupacional e dos centros sociais para doentes mentais que começam a desenvolver-se.

Cuidados post-hospitalares, ao domicílio ou de qualquer outra forma, podem também ser tão necessários para eles como para quaisquer outros doentes mentais.» (Pág. 230.)

Longe de ser um simples disfarce institucional, trata-se de facto dum verdadeiro deslocamento operacional.

«Parece que no futuro, se for maior o número de pacientes com alta, após terem recebido todos os benefícios provenientes dos serviços especializados de medicina e enfermagem, haverá uma necessidade de desenvolvimento desses centros ocupacionais e sociais dedicados aos doentes que acabam de sair dos hospitais. Tais facilidades poderão também ser úteis como parte dos serviços preventivos para a população que ainda não necessitou de ser internada para tratamento, como ajuda na prevenção de recaídas em doentes que já fizeram um primeiro tratamento.

Torna-se necessário mais trabalho experimental neste campo. Esta é uma direcção na qual alguns serviços de saúde mental locais poderiam desenvolver-se de forma a tornarem-se mais úteis e a incidirem claramente no seu próprio campo de actividade.» (Pág. 226.)

O hospital psiquiátrico, como lugar exclusivo duma prática, impõe uma modalidade de acção, condiciona o deslocamento dos agentes, delimita os espaços e confunde, na indiferenciação do enclausuramento, as categorias mais diversas.

É no desrespeito pela diferença que assenta a estruturação hierárquica fechada, enquanto que a promiscuidade, trazendo consigo uma estratificação tanto mais rígida quanto os riscos duma fusão mortífera se fazem sentir a todo o momento, se nutre do amontoar e do atravancar característicos da reclusão ou do asilo.

A individualidade é expulsa. A forma de expressão da conduta do sujeito é desarticulada. Uma série de sinais rituais comemoram o traçado inaugural, desapossado, assim, para ele, duma significação mínima. E isto constitui o cerne da revolta inglesa: no lugar do traçado inaugural do sujeito coloca-se precisamente o próprio acto da hospitalização, e o desprezo que se segue como seu corolário mórbido. O retorno à individualização faz-se por acção da própria vítima.

«O objectivo deve ser a compreensão do comportamento presente do paciente, a sua apresentação «esquizofrénica» de si mesmo na dupla complexibilidade «vertical» e «horizontal». A complexibilidade vertical reenvia-nos para o desenvolvimento no meio familiar, chegando mesmo às origens familiares dos progenitores. A complexidade horizontal reenvia-nos para as interacções vividas aqui e agora com os progenitores, quando vêm visitar o paciente e quando este vai passar os fins-de-semana a casa. Desta maneira, devemos estar preparados para determinar com precisão quais as formas de invalidação impostas à pessoa e que falhas, na sua própria estratégia, no interior da sua vida quotidiana, vitimaram essa mesma pessoa. Conheceríamos, de igual forma, a intensidade particular da sua necessidade de uma espécie de renovação de si próprio. Se pudéssemos sentir

esta necessidade e fornecer-lhe o contexto humano capaz de a satisfazer, o paciente encontrar-se-ia em condições de encontrar uma justificação na comunidade hospitalar: mais do que simplesmente reagir àquela outra necessidade própria duma sociedade massificada, dispor temporariamente dele.»

(Cooper, D., *Psychiatrie et Anti-Psychiatrie*, Ed. Seuil, Paris, 1970. Pp. 118-119.)

Poderíamos mesmo dizer que a força do écran identificativo oferecido pela antipsiquiatria reside na inversão das relações de culpabilidade. Em lugar do crime primordial, a representação dum infanticídio substitui a dum parricídio.

«Existem na nossa sociedade numerosas técnicas em virtude das quais certas minorias são primeiramente designadas como tal, depois de tratadas segundo uma série de operações que vão desde o denegrimento insinuado à recusa do acesso em certos clubes, à exclusão de certas escolas ou de certas profissões e, seguidamente, à invalidação total dos indivíduos enquanto tal, o assassinato e, por fim, à exterminação em massa. Entretanto, a consciência pública é tão forte que necessita duma desculpa para tais actos; e esta desculpa é-lhe fornecida pelo exercício preliminar de técnicas de invalidação visando produzir uma certa quantidade de vítimas, todas prontas para os procedimentos efectivos de eliminação.»

(Cooper, D., *Psychiatrie et Anti-Psychiatrie*, Ed. Seuil, Paris, 1970. Pp. 11-12.)

Denunciar a miséria asilar exige a victimização do hospitalizado. A exposição metódica do espectáculo opressivo de pavilhões vetustos e superlotados, da negligência e do embrutecimento, da violência, larvar ou manifesta, participam deste processo de «armar em vítima».

«O primeiro contacto com a realidade do asilo de alienados trouxe à luz as forças em jogo: o internado, longe de ser visto como um doente, revela-se o objecto duma violência institucional que age a todos os níveis, de tal forma que cada contestação dele proveniente é definida no único quadro referencial da doença. O nível de degradação, de objectivação, de aniquilamento total com que se apresenta, é muito menos a pura expressão dum estado mórbido do que o produto da acção destruidora duma instituição destinada a proteger da loucura os normais.

(Basaglia, Franco, *Institution en Négation*, 1970, Paris, p. 117.)

A fórmula não deixa de sugerir a qualidade ou a natureza do desvio imposto pela instituição totalitária: «O internado, longe de se apresentar como um doente ...» é realçado como o fruto da ausência de qualquer projecto ... terapêutico.

Paradoxal e surpreendente ao mesmo tempo!

Mas se nos debruçarmos um pouco sobre este aspecto, apercebermo-nos-emos que todo um modo de rearranjo actual do dispositivo psiquiátrico, toda uma corrente de recomposição do espaço asilar, irá fazer da medicalização do seu universo o eixo da mudança.

De facto, os protagonistas do movimento anti-psiquiátrico inglês dos anos sessenta produziram, no plano estritamente institu-

cional, uma espécie de polarização da ideia de «cuidado comunitário» que tomou forma na Grã-Bretanha no contexto do vento idealista que soprou durante os anos do após guerra. O Hospital Dingleton foi para muitos deles o que St. Albans foi para os pioneiros da psicoterapia institucional em França.

A metamorfose da paisagem institucional, da qual o «Act de 1959» na Grã-Bretanha e o Sector de 1960 em França constituíram os momentos fortes, já se anunciava.

O arcaísmo das estruturas hospitalares e o absolutismo das relações vão conhecer na Europa uma crítica cada vez mais acentuada até aos anos 80, onde, depois da «destabilização» dos decénios precedentes e da euforia que acompanhou as «inovações», um novo equilíbrio se desenha, desta vez em redor das «estruturas intermediárias».

Desde Maxwell Jones ou Tosquelles até às «estruturas intermediárias» passando pelas comunidades antipsiquiátricas), não haverá de facto uma certa coerência ideológica, da qual a América curiosamente nos forneceu um modelo e respectiva grelha interpretativa?

Ao aproveitamento deliberado, para fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida como um conjunto orgânico e não hierárquico, seguiu-se depois a desinstitucionalização que, após ter constituído um jogo aparente, se converteu num momento táctico essencial na redefinição das instâncias de psiquiatria. E é deste momento do processo que as comunidades antipsiquiátricas participam.

Mais do que no asilo como entidade global, é nalguns aspectos, em certas variáveis estruturais mais perfeitamente referenciáveis no quadro de uma quase-autonomia relativa, que a ideologia comunitária anti-psiquiátrica encontra a polarização do seu discurso.

É isso que se passa nas críticas do espaço concentracionário, da rigidez hierárquica ou da disciplina uniforme.

Se, na América integracionista dos anos 10, o ajustamento e a adaptação constituem o eixo discursivo face à segregação e à reclusão característica das instituições ditas tradicionais, nas comunidades britânicas a diversidade de comportamentos e a permissividade de não-intervencionismo produzem, face à hegemonia totalitária e ao constrangimento rigoroso do universo asilar, o mesmo efeito desestabilizador.

Mas, tal como do outro lado do Atlântico, o desmoronar do mundo concentracionário não constitui senão um momento preliminar do ensaio de novas formas organizadas segundo as quais (o recuo nos anos permite-nos confirmá-lo) os aspectos mais salientes parecem ser não tanto os estertores da agonia do sistema do que os agentes de uma mudança «salutar».

De facto, com a «desinstitucionalização» (sobre a qual Françoise Castel, Robert Castel e Anne Lovel já se debruçaram suficientemente para que eu volte agora ao assunto), assiste-se a uma tentativa de «erigir em mito» a «ruptura antipsiquiátrica comunitária», ao mesmo tempo que, através dela, se evita a análise das antecipações modernistas que a sua prática oferece como produtos de laboratório numa nova concepção do social. Com a crítica (e a rejeição) da instituição asilar, a comunidade anti-psiquiátrica oferecia-se como posto avançado numa campanha de penetração e ao mesmo tempo como o terreno de um desafio, embora já ganho à partida.

Ela permanecerá, então, mais como um vacúolo bem delimitado do que como um pseudópodo desmembrado em consequência de abalos intempestivos dum «combate» alternativo.

Mesmo sendo verdadeiro o facto de a comunidade antipsiquiátrica ter participado no processo de desinstitucionalização, logo de reprodução serial miniaturizada de vastos conjuntos de enclausuramento e segregação, não é menos evidente que as suas variáveis específicas se reencontram naquilo que dá

coerência e sentido organizador ao desmoronar das antigas estruturas.

Por um lado, a comunidade antipsiquiátrica participa do movimento da supressão dos limites asilares através duma rede diversificada e multiplicada, mas por outro introduz no seu próprio funcionamento novos elementos reguladores. E é precisamente a análise destes, na relação de estreita correspondência que mantêm com as leis do conjunto que as integra, que permite articular melhor a produção de um novo pedido do social no âmbito da gestão da desviância e da metamorfose do sistema psiquiátrico, a fim de se lhe acomodar.

Para abordarmos esta ordem de ideias, proponho uma hipótese provisória que consiste em dizer que, se a Comunidade Antipsiquiátrica — este pequeno grupo de marginais, perdidos nos arredores de Londres, que partiram numa cruzada guiados por um mito libertador — conseguiu fazer, sem muito esforço, tanto barulho à sua volta, é também porque encarnava a agonia dum sistema de relações sociais ultrapassadas, esboçando algumas premissas dum futuro incerto.

A comunidade antipsiquiátrica era o palco duma ruptura onde coabitavam — não sem problemas — categorias antigas, saídas dum modelo nuclear familiar (cuja morte foi, de resto, frequentemente proclamada pelos principais protagonistas) e novos vínculos orientados para formas organizadoras em franca mutação.

Da mesma forma, a comunidade pode ser considerada como revolta face à rejeição da diversidade imposta pela hegemonia centralizada do sistema asilar. Mas, num outro nível, esta revolta cristaliza-se intramuros, na comunidade antipsiquiátrica, em virtude de uma nova ideologia da tolerância, da diversidade. Dito de outra maneira, ela encontrou uma referência na expressão de uma revolta mítica (na «alternativa psiquiátrica»), mas, ainda assim, por meio da introdução do «network» comunitário, meta-

forizou um fracasso dos valores tradicionais, pondo em jogo um novo tipo de regulação das relações.

E é no cruzamento destes dois níveis de análise — isto é, da inscrição do fenómeno anti-psiquiátrico no interior do rearranjo das instâncias de psiquiatrização e da reprodução duma esfera relacional e de controlo em curiosa ressonância — que se descobre o modelo implícito. Por um lado, podemos ilustrar com grande facilidade, usando exemplos tirados da prática de «Networks Communautaires», os «efeitos secundários» aos quais se referem Castel, Castel e Lovel, descrevendo o processo dito de «desinstitucionalização», no qual se integraram os sectores progressistas da psiquiatria dos anos 60-70.

Encontramos assim a mudança de dispositivo, a profissionalização dos sectores até então absolutamente estranhos às empresas de psiquiatrização e, enfim, o desenvolvimento de uma nova psicotecnologia.

No que respeita à mudança do dispositivo, este facto corresponde (como vimos a propósito do «Act de 1959») ao desenvolvimento de estruturas adaptadas a populações cada vez mais diversificadas. É certo que as comunidades se dirigem a um sector da população absolutamente refractário a todas as instituições psiquiátricas tradicionais.

A este respeito, seria útil referirmo-nos ao relatório apresentado ao relatório apresentado em 1973 pela Comissão de Inquérito Ministerial do Canadá, fazendo alusão ao que esta chamava de «Serviços Novos»:

«A Comissão exprimiu o seu apoio aos serviços novos e recomendou aos diferentes governos que lhes concedessem apoio. Certamente, a maior parte dos serviços novos souberam conservar a sua flexibilidade e originalidade, e duma maneira geral, desempenharam uma das mais importantes funções. Mas alguns de entre eles, certamente na mesma proporção que

noutras instituições sociais, caíram na rigidez e corrupção, rompendo assim com o público ao qual originalmente se dirigiam.

Devem igualmente resistir à tentação de se considerarem como os únicos que estão aptos a responderem às necessidades da juventude. Não têm o monopólio neste domínio, e um dos seus papéis mais importantes, que sem dúvida será conservado, é o de explicar aos estabelecimentos clássicos a necessidade duma parte da população.

Teoricamente, por outro lado, o recíproco será desejável.»

(Montreal, 1973)

Mais claros são ainda os projectos de resolução apresentados na Conferência da Associação dos Hospitais do Canadá (Montreal, Fevereiro de 1971): duas recomendações sobre as quais devemos reflectir:

- 1.º — Intercâmbio periódico de pessoal entre os hospitais e as clínicas livres.
- 2.º — Adjunção de assistentes provenientes do «meio boémio» às equipas terapêuticas hospitalares.

Uma das consequências disto foi a afiliação do Serviço de Clínica Juvenil de Toronto ao Hospital York Finch, assim como a abertura das portas do Hospital Federal de Montreal, depois de Março de 1971, a «jovens conhecedores dos meios dos toxicómanos». Estes jovens, na qualidade de assistentes, estavam destinados a fazer parte de grupos de trabalho no serviço de urgência, ao lado de pessoal profissional, tendo como cargo a recepção de jovens doentes e esforçando-se por criar «boas relações» entre estes e o pessoal médico. E o diálogo estabelece-se então entre os habituais, cada vez mais individualizáveis, e uma multiplicidade de situações flexíveis e mesmo susceptíveis de se modificar com relativa facilidade. Joe

Berke relatou-nos, numa recente entrevista, como Kingsley Hall se tinha transformado em função dos seus habitantes:

«Kingsley Hall, enquanto comunidade, mudou muito com o decorrer do tempo. De facto, não houve «um», mas «vários» Kingsley Hall: o de início, o dos anos seguintes, o de após a Conferência da Dialéctica da Libertação, e, enfim, o dos anos 68-69, tudo dependendo de quem lá estava e quando lá estava».

(Joe Berke «De Kingsley Hall a Arbours», in *L'Information Psychiatrique*, vol. 55, n.º 8, Oct. 1979, p. 906.)

Nada coincidente, como vemos, com a inércia e o imobilismo das velhas estruturas de assistência. Além disso, a reprodução destas unidades, cada uma com as suas «personagens», permite uma certa escolha do teatro à volta dum mesmo cenário.

Não há qualquer distribuição sectorial compartimentada e imóvel, mas sim uma circulação, inclusive no que respeita à atribuição das tarefas. Com efeito, a estadia na comunidade pode ser organizada também como uma espécie de iniciação, uma viagem ao fim da qual o sujeito se encontraria numa posição simétrica.

Da situação de guia passa-se à de guiado, de paciente passa-se a terapeuta.

«Propomos aliás uma possibilidade de passagem entre o estado de assistido e o de terapeuta, de forma a que qualquer pessoa pode entrar numa das nossas casas deprimido, arruinado, seguir uma terapia, verificar melhoras do seu estado, tornar-se responsável por uma casa e posteriormente tornar-se estudante e, enfim, ele próprio terapeuta. Temos actualmente alguns terapeutas que começaram o seu per-

curso na Associação Philadelphia como internados».

(Ronald Laing: «L'Anti-psychiatrie et son Mythe», in *L'Information Psychiatrique*, vol. 55, n.º 8, p. 891.)

Mais ainda: não somente se assiste a uma inversão dos papéis, ou à passagem duma comunidade a outra, como isto pode ser o trampolim para uma verdadeira «formação profissional».

Com efeito, desde há alguns anos — e já o verificámos a propósito do Canadá — um grande número de serviços psiquiátricos, entre os mais tradicionais, fazem apelo aos «boémios» provenientes das comunidades deste género, a fim de reforçar os serviços de acolhimento.

Eles conferem a estes serviços a imagem necessária para modificar o papão que os velhos hospitais psiquiátricos representam para os «filhos da contra-cultura».

Estas comunidades tornam-se locais de «formação» para jovens estagiários provenientes dos Centros Hospitalares ou Universitários, ou mesmo para «candidatos» à função de psicoterapeutas «em busca duma garantia institucional».

«Formamos pessoas para se tornarem psicoterapeutas... solicitamos a essas pessoas que tomem contacto com PA para se tornarem psicoterapeutas, terem um contacto estreito com uma das nossas casas, pois pensamos que devem saber como é que as pessoas em estado de angústia se comportam, o que, provavelmente, nunca viriam a saber doutra forma».

(Ronald Laing, idem, p. 894).

As comunidades tornam-se assim um terreno de especialização suplementar para uns ou locais de iniciação profissional para ou-

tros. Podemos acrescentar uma outra dimensão: no fim dos anos 60, na Europa, os movimentos reivindicativos dos direitos para as «minorias» mais diversas tomam o lugar das grandes organizações políticas, como lugares de investimento e comprometimento para uma juventude que tinha cada vez mais dificuldades em mediatizar a sua sede revolucionária através das ideologias totalizantes.

Os psiquiatrizados oprimidos por um sistema centenário descobrem, espantados, que toda uma multidão de «militantes» começa a fazer do seu próprio destino a sua razão de ser social.

Neste contexto, as CA tornam-se rapidamente um centro inegável de atracção para muitos dos que, à falta de encontrarem nas organizações de massa o canal adequado para as suas inquietações revolucionárias, procuram uma parcela de terreno onde a contestação pudesse exprimir-se no quotidiano e onde pudessem igualmente encontrar o reflexo da sua acção. Rapidamente, também, vão confluír para Kingsley Hall centenas de pessoas provenientes dos sectores mais diversos, desde a nova esquerda até aos representantes da contra-cultura. O Congresso da «Dialéctica da Libertação» vai proclamar, pela boca de David Cooper, a região de Camden Town como «zona libertada». Ronald Laing estabelece relações com a «New Left» enquanto que Mary Barnes prossegue a sua «regressão» na velha casa do subúrbio sul.

As comunidades vão constituir à sua volta uma periferia importante de jovens que vêem na «luta dos psiquiatrizados» uma representação «microcómica» do combate comum contra as instituições da sociedade industrial. Desde a morte da família à contestação da cultura burguesa estas ilhas de contestação, espalhadas pelos bairros residenciais, alardeiam um liberalismo provocador e rapidamente as autoridades locais se tornam protagonistas dum combate em surdina.

Para os habitantes das comunidades, as pedras lançadas pelas crianças contra o imóvel, a recusa por parte do merceeiro de lhes conceder um pequeno crédito, a vizinha que os aponta à passagem, tornam-se sinais que reflectem o carácter subversivo da acção lançada por eles contra a ordem estabelecida. Tais factos confirmavam o aspecto transcendental daquele ascetismo *new look* onde a purificação macrobiótica e a partilha da decrepitude material se associavam à produção duma nova abordagem da diferença.

A reacção contra o «status quo» foi o suporte imaginário duma permissividade e duma tolerância na partilha dum quotidiano tornado, sob todos os aspectos, o aliado natural de um *bricolage* terapêutico.

Mas se a contestação política serviu para alimentar o movimento fornecendo quadros vindos dos mais diversos sectores da esquerda americana e europeia (psiquiátrica ou não), esta deslocação inicial do objecto rapidamente condicionou uma verdadeira «conversão». Progressivamente, a comunidade antipsiquiátrica acabou por se converter apenas numa tentativa de reenquadramento duma nova grelha interpretativa e os militantes de outrora viriam a transformar-se nos novos agentes duma psicotecnologia experimental em pleno florescimento.

Os alienistas do princípio do século limitaram-se à difícil tarefa de estabelecer as linhas de demarcação precisas a partir do fenómeno criminal. Isso aconteceu através do instrumento privilegiado que era a acesoria psiquiátrica junto dos tribunais, nas suas relações com a justiça a partir da Ciência Médica.

Como uma cunha introduzida entre o criminoso e o doente, o alienista tenta definir o seu objecto, dar-lhe limites claros e precisos, tal como se revela na nosologia. A sua competência depende disso. A especificidade dos domínios do saber corresponde uma especificidade dos espaços de exercita-

ção. — Locais fechados tornam-se verdadeiros laboratórios da partilha.

Desde há alguns anos, modas culturais, práticas políticas novas e sensacionalismo jornalístico, fazem coro para clamar o «direito à loucura» ou ainda «vaticinar a crise da normalidade dominante». Mas quais são então os efeitos da «crise actual»? Em primeiro lugar, a descompartimentação dos antigos espaços de conhecimentos e de práticas, o desenvolvimento de pseudo-articulações novas, com uma reordenação das abordagens e reformulações conceptuais, acarretando como consequência directa uma modificação no estatuto do objecto-utente e uma «profissionalização» de sectores que até então permaneciam fora deste campo.

E é precisamente aí que a mobilização antipsiquiátrica a respeito dos aspectos mais arcaicos do aparelho psiquiátrico encontra simultaneamente o seu alcance e as razões da sua recuperação institucional.

Uma das pedras angulares do edifício antipsiquiátrico foi, desde o início, a dicotomia normal/patológico. A norma (normal-anormal), como entidade sociológica intervindo ao longo de toda a vida do indivíduo e determinando o grau de adequação do seu comportamento em relação à média, aparece como directamente sobreponível à clivagem saúde/patologia.

«Nesta representação esquemática, que em relação à nossa proposta actual se restringe a uma terminologia muito convencional, encontramos em alfa o ponto de inserção do indivíduo. A partir deste ponto a pessoa desenvolve-se progressivamente, recebendo, registando e posteriormente adoptando na sua conduta as regras que os seus pais viveram e interiorizaram e que lhe foram inculcadas como «correctas». Paralelamente, aprende o seu papel social «masculino-instrumental» ou «feminino-expressivo». Se tudo cor-

rer «bem» na família e na escola, ela atinge aí a «crise de identidade» da adolescência durante a qual realiza, de facto, a soma de tudo o que a condicionou até então, de todas as identificações anteriores que operou, de tudo o que «a fez», de tudo o que a nutriu (tal constituiu a «normalidade» — um conceito estatístico sobre o qual a maioria de nós regula a vida como se de uma regra de ouro se tratasse).

De seguida, com mais ou menos sorte, a pessoa projecta-se num futuro independente mas que necessariamente deve conduzi-la ao que convencionalmente é aceite, a menos que não tenha acontecido nenhum precalço nalgum ponto do seu percurso. A partir deste momento vive 40 ou 50 anos em que permanece virtualmente no mesmo estado se bem que se torne, por um processo de crescimento orgânico, mais «experimentada», mais «esperta», que desenvolva uma maior capacidade de ajustamento às circunstâncias mutantes, que saiba melhor o que é o «bom» para ela e provavelmente para a maior parte dos outros.

Ela vive assim e depois morre. É conhecida, recordada, esquecem-na por fim. Os seus últimos períodos podem variar cronologicamente, mas face à escala do tempo cósmico isto não terá qualquer importância. É esta seguramente a carreira e o destino da maioria de nós: particularmente se somos «mentalmente sãos».

(Cooper, D., *Psychiatrie et Antipsychiatrie*, Ed. Seuil, Paris, 1970, pp. 35-36.)

Normal/Patológico: a oposição assim introduzida pela doutrina anti-psiquiátrica revela-se uma análise falseada na base. Com efeito, normal e patológico obedecem a duas séries vectoriais radicalmente diferentes; uma economia de poder, baseada na codifi-

cação das condutas ou dos fenómenos desviantes, não exige, de forma alguma, um «regresso» a uma normalidade dispendiosa. Poder-se-á, pelo contrário, procurar fixar o sujeito, seja na sua heterogeneidade específica, seja na individualização auto-vigiada. A patologização poderia, nesse sentido, ir ao encontro do sofrimento imaginário, do qual apenas o sujeito, no melhor dos casos, poderia ser o porta-voz. O psiquiatra, espécie de rei sábio, encontra aí o apoio da sua função imaginária sustentando uma autoridade que lhe permite tratar dos doentes mentais independentemente deles; isto constitui a razão da crítica (e da assimilação do «anormal» ao «patológico») mas também do fracasso, embora provisório, duma política de manipulação. Mais precisamente, esta manipulação poderia definir-se como produção duma exigência, para o sujeito, de interiorizar um código já pressuposto na configuração da ordem social.

É neste segundo aspecto que me parece eliminado na análise da instituição psiquiátrica, tal como foi formulada — e continua a sê-lo — pela maioria dos anti-psiquiatras contemporâneos. Não se trata de colmatar o vazio e ainda menos de o deslocar, mas sim de tentar compreender, à luz da história duma mecânica de controlo social, em que medida o que alguns chamam de crise da normalidade dominante (Jewis, *Le Mythe de L'Antipsychiatrie*, Ed. Solin, 1977 — Paris) não corresponderá antes a um período de reorganização; este, se bem que complexo quanto à sua dinâmica conjuntural, não poderia impedir a análise do processo no qual ela se inscreve.

Neste sentido, a controvérsia normal/patológico — através da confluência artificial do paralelismo que propõe — produz certos efeitos paradoxais. Em todo o caso, podemos distinguir dois campos de acção, sendo um o da «normalidade paralizante» e outro o de uma repatologização dinamizante, cujo qualificativo encontra força no desenvolvimento da própria polémica.

A questão poderia bem ser posta nos seguintes termos: como produzir a intervenção sobre o desviado na sua extrema individualização de tal maneira que, desrespeitando a norma (e por vezes precisamente devido a isso), ele pudesse integrar-se, adaptar-se, ajustar-se, conservando a fonte do seu funcionamento produtivo, na sua autonomia refractária.

Se a anormalidade já não aparecia aqui senão para significar o lugar da repressão, o patológico seria, em contrapartida, o fundamento do deslocamento necessário à manipulação.

Poder-se-ia mesmo dizer que uma se sustenta da crítica do outro. Questão, ou provocação, que tem como objectivo o colocar duma outra: o que é que se constrói nesta crise de que Jewis fala? E o que é que está para além da «crise»?

Não se pode pretender que a vocação do movimento anti-psiquiátrico tivesse sido a de «se fazer recuperar», mas, favorecendo a ruptura de certas compartimentalizações antigas e posteriormente negligenciando os efeitos da sua inevitável «degradação secundária» (empregando a fórmula de Castel), a sua cruzada muitas vezes confundida com a denúncia pura e simples, levou, na prática, à cumplicidade com certos aspectos dominantes duma política destinada a assegurar a passagem do constrangimento repressivo à intervenção preventiva.

O «dilúvio psiquiátrico americano», com vista a cuidar de novos territórios de expressão, circulando nas periferias até então virgens em matéria de codificações e exercendo a sua influência junto das populações mais heterogêneas, conseguiu alterar os cânones considerados pelos teóricos do século XIX como conquistas irreversíveis, incluindo conceitos tais como normal-anormal.

Como montar o controlo dentro dos limites máximos necessários para que a eficiência colectiva não seja bloqueada por

uma discussão estéril de leis antagonistas? Esta parece ter sido a questão de que é testemunho o fascínio pelo deslocamento para uma multiplicidade extrema de oposições polivalentes.

Nova maneira de lidar com a lei, que torna inútil porque inoperante a série normalidade-anormalidade. Num complexo que pretende analisar os sistemas de *relais* dado que funcionam como integradores, pouco importa a representação imaginária dos «desvios» nem as suas distâncias em relação a uma média. Contudo é importante ter em conta a zona de fixação de modo a assegurar uma circulação eficaz do código.

A comunicação e o colocar entre parêntesis da anormalidade psíquica produzem, invariavelmente, um primeiro efeito, atribuível a toda a política de saúde mental moderna, que é o de desfazer os comportamentalismos demasiado rígidos em benefício duma flexibilidade e duma planificação das categorias desviantes, capazes de invadir as zonas limítrofes, até então inexploradas devido à própria rigidez nosográfica. Da mesma maneira, pode-se pôr hoje a questão de saber se a extensão do campo de acção da psiquiatria dos últimos anos não se interessa precisamente pela própria «desmaturação» deste discurso psiquiátrico. É precisamente

o discurso médico que tornou possível a identificação mórbida, tal como afirma Jean Clavreul na sua «*Ordre Médical*»; não é menos verdadeiro que um tal discurso positivo da normalidade biológica tivesse encontrado lugar numa economia de controlo social que não lhe é totalmente estranha.

Deveríamos igualmente interrogar-nos sobre a relação existente, ou possível, entre o pôr em questão esta mesma normalidade destitutiva do sujeito do desejo e a caução que favorece uma política de mudança em matéria de adaptação social, ou então o sinal perderia o seu estatuto em favor dum pedido articulado.

A criação dos postos intermediários situados exactamente sobre antigas categorias exige uma contestação radical da oposição pelo antípoda. Se nesta oposição polivalente que se tenta insinuar, as antigas categorias conservam o seu lugar, isso explica-se pelo facto de elas aí se acomodarem bem, não já a título de referência única, exploração normativa e imutável, mas antes de variáveis ajustáveis, dependendo então o seu valor da sua correlação com parâmetros diferentes e múltiplos. Só que muito provavelmente isso deverá ser colocado noutro lugar que não no discurso ou na prática psiquiátrica.