

DAVID INGLEBY *

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA MENTAL **

INTRODUÇÃO

Afirmar-se que a ciência médica é «socialmente construída» que implicações pode ter?

Muitos diriam que *todo* o conhecimento é socialmente construído; e, na medida em que todo o conhecimento é conceptual e os conceitos são artefactos sociais, a proposição «a ciência médica é socialmente construída» parece ser um truísmo. Este nominalismo geral não nos conduziria necessariamente a uma noção de medicina radicalmente divergente da que defendem os especialistas mais ortodoxos. Tentarei, contudo, elaborar aqui um conceito mais incisivo de «construção social», procurando destacar aspectos do conhecimento médico que são «sociais» num sentido historicamente importante. E esta perspectiva do conhecimento médico colide, efectivamente, com a ortodoxa, de acordo com a qual os juízos médicos são quase integralmente determinados por considerações de *factos* objectivamente científicos, na medida em que, precisamente, vem pôr em relevo questões de organização social e interesse político. O médico será, assim, um agente dentro da história dos homens e não um mero representante de um saber técnico independente dos valores.

De todos os ramos da medicina, a psiquiatria surge, à primeira vista, como uma das actividades mais obviamente «sociais» neste sentido. Por um lado, ocupa-se de fenómenos

* Professor de Psicologia Social da Universidade de Cambridge.

** Texto a incluir in Treacher, A. e Wright, P. (orgs.), *The Problem of Medical Knowledge: Towards a Social Constructivist View of Medicine*, a ser publicado pela Edinburgh University Press. (NT).

psíquicos (acções, crenças, motivos, sentimentos) que *parecem* pertencer precisamente ao tipo de fenómenos regulados pelas sociedades; por outro lado, só muito superficialmente assenta num conhecimento objectivo, físico, da forma de funcionamento do cérebro. Foi a psiquiatria que forneceu a Ian Kennedy (1981) o exemplo clássico de um juízo moral mascarado de verificação clínica, quando refere a decisão da Associação Psiquiátrica Americana, em 1973, de que a homossexualidade deveria deixar de ser considerada uma «doença» [decisão que, segundo Bayer (1981), estará em vias de ser revogada no ambiente moral mais repressivo dos nossos dias]. Neste caso, tal como nos notórios abusos políticos da psiquiatria na União Soviética, a construção social do diagnóstico parece ser óbvia.

Mas precisamente porque tão óbvios, tais exemplos são de pouca utilidade para esta análise. Trata-se de casos limite, em que a contradição entre a função social do diagnóstico e a lógica a que deveria obedecer se tornou de tal forma extrema que perturba os próprios especialistas. Noutras áreas, contudo, a contradição existe, mas é mais subtil. Limitarmo-nos a reduzir os diagnósticos psiquiátricos a simples juízos morais de nada serve, como veremos; para podermos progredir teremos de decidir primeiro o que é que um diagnóstico psiquiátrico habitualmente implica ou, por outras palavras, o que significa designar alguém como «doente mental».

A parte mais substancial deste artigo consistirá assim, simplesmente, numa análise conceptual da noção de «doença mental», em que me aproximarei dos métodos da filosofia da linguagem e da etnometodologia. No decurso desta análise tentarei, todavia, mostrar que, embora estes métodos permitam corrigir de forma significativa a noção ingénua de que os diagnósticos psiquiátricos não têm a ver senão com um juízo moral directo, eles não nos permitem, contudo, descobrir como é que os diagnósticos são «socialmente construídos» no sentido que nos interessa; é isto precisamente por os seus termos de referência serem basicamente apolíticos. Na parte final deste texto, tentarei mostrar como se poderá construir uma análise viável do conhecimento psiquiátrico que *ponha* a claro a sua relação com as lutas históricas pelo poder.

Comecemos, portanto, por perguntar o que significa classificar alguém como «doente mental». Curiosamente, se consultarmos a literatura psiquiátrica, verificamos que esta questão foi muito pouco debatida em profundidade; tende antes a ser considerada não-problemática ou mero desvio das «verdadeiras» tarefas de melhorar o diagnóstico e descobrir as cau-

sas e os tratamentos da doença mental. Talvez porque quem se encontra fora da especialidade tenda a adoptar uma perspectiva menos optimista do que a dos psiquiatras relativamente aos progressos verificados neste campo, de uma maneira geral têm sido filósofos e sociólogos quem mais se tem ocupado das questões conceptuais fundamentais.

Em princípio, poderemos distinguir três interpretações básicas do conceito de doença mental, que serão consideradas sucessivamente. Temos, em primeiro lugar, o «modelo de afecção» tradicional que vê no cerne da «doença mental» uma patologia física subjacente; tem sido este o modelo utilizado tanto pelos obcecados pela persuasão orgânica como por «anti-psiquiatras» como Laing ou Szasz.

Em segundo lugar, temos a perspectiva de acordo com a qual a doença mental é basicamente um desvio de normas de conduta moral e o tratamento psiquiátrico, consequentemente, uma forma de controlo social directo; esta é a perspectiva geralmente adoptada pelos críticos da psiquiatria, que vêm pôr em causa o direito de os membros dessa classe formularem tais juízos e aplicarem tais sanções.

Por último, houve quem avançasse que os critérios de *inteligibilidade* são centrais para a interpretação da doença mental. Ao contrário da abordagem anterior, salienta-se, neste caso, a distinção entre «maldade» e «loucura»; a proposta será que os doentes mentais se não desviam tanto de normas de *moralidade* como de normas de *racionalidade*. Embora o conceito de inteligibilidade seja, em parte, sugerido como critério em alguns estudos psiquiátricos, só recentemente foi posto em relevo em trabalho analítico sobre a natureza do diagnóstico psiquiátrico. (Cf. o importante trabalho de David Morgan (1975)). Uma vez que uma das suas preocupações fundamentais é a «explicação» da conduta humana, não surpreenderá que a etnometodologia se tenha ocupado atentamente da questão da inteligibilidade, tal como é entendida neste contexto; e foi precisamente um membro desta escola, Jeff Coulter (1973 e 1979), quem até hoje produziu a discussão mais lúcida desta questão. Com efeito, o trabalho de Coulter constitui, em minha opinião, praticamente a única contribuição original dos últimos anos num campo quase estagnado após o trabalho dos teóricos do «desvio», nas décadas de 50 e 60; esta a razão por que dedico um espaço considerável à discussão da sua teoria.

Embora a abordagem da «inteligibilidade» evite muitos dos defeitos das anteriores, entendo que Coulter adopta uma perspectiva demasiado benevolente para com a inteligibili-

de do comportamento da própria psiquiatria. É certo que Coulter libertou o conceito de doença mental das interpretações inverosímeis que, tomadas à letra, nos levariam a pôr em causa *todos* os diagnósticos psiquiátricos; mas não dedicou a atenção suficiente às contradições do seu emprego corrente, nem à situação histórica que fornece a chave dessas contradições. Como tentarei demonstrar, tal deficiência é inerente ao paradigma etnometodológico que, na sua preocupação de respeitar a lógica das práticas quotidianas, elimina a possibilidade de criticar essas mesmas práticas: a causa fundamental deste facto é o seu pressuposto implícito de uma ordem social livre de contradições.

Assim, embora aceite grande parte da análise de Coulter, entendo, por outro lado, que se podem detectar injustiças e inconsistências sistemáticas na utilização dos conceitos psiquiátricos que reflectem directamente contradições *políticas* da sociedade em que esses conceitos são usados. Por outras palavras, embora a noção de «doença mental» seja de facto susceptível de aplicação válida em certos casos, é geralmente usada de forma ilógica e mistificadora; e estes lapsos, longe de serem simples erros, são indispensáveis à sua utilização ao serviço do Estado moderno e das classes profissionais que, dentro dele, mantêm a ordem.

O MODELO DE «AFECÇÃO»

Segundo esta primeira perspectiva que vamos considerar, a imputação de doença mental implica sempre a existência de uma patologia física. É certo que a psiquiatria distingue entre doenças «orgânicas» e «funcionais», mas, se aceitarmos o modelo de «afecção», as segundas terão de ser encaradas ou como um contra-senso, ou como situações com uma hipotética base orgânica ainda por descobrir.

É esta a perspectiva adoptada por muitos psiquiatras para quem as teorias e as terapias fisiológicas constituem a única actividade válida da sua profissão; e também por críticos como Binswanger (1958), Laing (1968), Sarbin (1971) e Szasz (1961), para quem a ausência de uma patologia orgânica demonstrável torna o termo «doença» inutilizável para descrever a maioria das situações psiquiátricas. A táctica dos críticos tem sido defender que, porque «doença» em sentido psiquiátrico se refere a fenómenos de determinado tipo e as «doenças mentais» (pelo menos as funcionais) não parecem

ser casos desse tipo, a utilização do termo é uma metáfora, uma superstição ou um mito.

Contudo, esta argumentação falhou frequentemente porque os seus defensores se ativeram a uma noção por demais simplificadora do tipo de fenómeno que é a doença física. Szasz, por exemplo, partiu do princípio de que as normas constitutivas da saúde e da doença física são objectivas, susceptíveis de serem determinadas por meios científicos, enquanto, pelo contrário, os diagnósticos psiquiátricos seriam, em muitos aspectos evidentes, culturalmente relativos. «Ouvir vozes», por exemplo, poderá ser sintoma de poderes excepcionais numa determinada cultura e de esgotamento psíquico numa outra. Mas, como demonstrou, entre muitos outros, Mechanic (1968), mesmo aquilo que é considerado como doença física é culturalmente relativo; daí que a variabilidade do que se entende por «doença mental» não torne, por si só, o termo impróprio.

Uma outra polémica gira em torno da questão de saber se o conceito de «doença» implica uma causa orgânica subjacente. Muitos críticos foram de opinião que a falta de provas de tal relação causal na grande maioria das situações psiquiátricas tornava injustificável a sua descrição como «doenças». Contra esta perspectiva, contudo, Moore (1975) argumentou que a utilização de categorias de doença proliferou muito antes de haver grandes conhecimentos de «anatomia ou fisiologia». Em termos semelhantes, Roth (1976) apontou o facto de historicamente se verificar, com frequência, pouca relação entre a designação de determinados estados como «doenças» e a identificação das suas causas físicas. De acordo com Coulter (1979: 143), «o conceito de doença não implica qualquer referência a um estado biológico ou fisiológico, antes opera como sinal de estados de incapacidade pessoal que podem ou não ter fundamento biológico».

Contudo, o não necessitarmos de saber o que é que está mal no corpo de uma pessoa para decidirmos que ela está doente, de forma alguma elimina a possibilidade de ser um elemento básico do *significado* de «doença» o facto de qualquer coisa estar mal no corpo do «doente». Só uma visão extremamente verificacionista do significado nos impediria de chegar a tal conclusão; efectivamente, se, com Pettit (1974), distinguirmos entre «condições de verdade» e «condições de justificação» de uma afirmação, a ausência de uma patologia orgânica evidente não impede que se designe determinado estado por «doença» e se signifique com isso que as suas causas *são*

físicas. Afirmar isto é o mesmo que dizer que «doença» é um termo simultaneamente teórico e descritivo.

Para sermos mais precisos, deveríamos dizer que «doença» é um conceito «disposicional». Estes conceitos não se limitam a descrever regularidades de comportamento, mas atribuem-no a uma propriedade da pessoa ou coisa descrita, por oposição à situação em que se fazem as observações. Na terminologia de Mellor (1974), as disposições funcionam como «sucedâneos» de uma descrição mais específica da propriedade causal imputada. Assim, embora a «doença» possa ser causada por factores ambientais, ela reside em última análise na pessoa que está doente.

Em algumas culturas, o processo explanatório por descobrir, de que a própria «doença» é o «sucedâneo», poderá ser algo diferente de um mau funcionamento fisiológico: os processos invocados podem ser forças mágicas, estados espirituais, correntes de energia, etc. Na nossa sociedade, contudo, o que no geral as pessoas têm em mente é, sem dúvida, uma explicação física. (A causa física da «doença» não necessita necessariamente de ser uma «afecção»; pode ser uma lesão, uma deficiência genética ou uns copos a mais na noite anterior).

Se a «doença» não sugerisse uma perturbação «física» por que haveríamos nós de considerar os médicos — que não possuem quaisquer capacidades específicas fora da esfera física além das que vão buscar a outras especialidades — como as pessoas obviamente mais aptas a lidar com a doença? Se Moore, Roth e outros estivessem prontos a dizer que quem está doente não sofre necessariamente do tipo de perturbação que os médicos tratam, o seu conceito de doença mental funcional não levantaria quaisquer problemas; mas, na prática, o conceito implica de facto que as capacidades médicas *são* as adequadas. Além disso direi que é precisamente por esta razão que a classe médica tem tentado incluir na categoria de doença mental um número cada vez mais elevado de problemas humanos (Conrad, 1980). A utilização do termo «doença» em contextos psiquiátricos, em vez de «perturbação», «distúrbio» ou «transtorno», conduz a uma confusão conceptual em que a patologia orgânica e a importância das capacidades médicas são invocadas numa base puramente especulativa. Se se perguntar que objectivos serve tal utilização, o mais óbvio parece ser a tendência da classe médica para alargar as fronteiras do seu território — embora este «imperialismo» não deixe de ter opositores dentro da própria classe, como fez notar Strong (1979).

Para concluir: a ausência de patologia orgânica demonstrável não torna injustificável a imputação de doença mental, dado que essas imputações se limitam a pôr a *hipótese* da existência de uma patologia desse tipo. Contudo, a escassez, em muitas situações, de bases adequadas à suspeita de uma patologia orgânica (Ingleby, 1980: 34-38), torna frequentemente *ociosas* (para utilizar um dos termos preferidos por Coulter) tais imputações; talvez não exactamente ociosas, uma vez que tais imputações rapidamente promovem a ideia de que se justifica o monopólio da classe médica para lidar com essas situações. Esta discussão, contudo, ainda não pôs em relevo os critérios utilizados na prática concreta para justificar um diagnóstico psiquiátrico: para o fazer, teremos que analisar as duas abordagens seguintes.

A DOENÇA MENTAL COMO DESVIO

De acordo com esta perspectiva, a base do diagnóstico psiquiátrico é uma censura moral; invoca-se a «doença mental» quando uma pessoa infringe as regras da conduta moralmente aceitável. Szasz, por exemplo, combina esta perspectiva com a anterior, distinguindo entre o significado da doença mental «em teoria» e «na prática»: segundo ele, embora se *considere* que o termo se refere a uma afecção subjacente, as pessoas a quem na *prática* ele se aplica são simplesmente as que incorrem na censura social. A «doença mental» é assim encarada como uma forma de desvio, logicamente afim de outras formas como o crime, o vício ou a dissidência política. (Embora esta análise *geralmente* tenda a sublinhar ainda mais o contraste entre doença mental e física, deve notar-se que também esta é encarada em certos sectores como uma forma de desvio).

Esta perspectiva pode, contudo, não induzir menos em erro do que a que tenta equacionar doença mental com afecção. Em determinados casos, parece ser uma análise perfeitamente adequada: consideremos, por exemplo, os casos de homossexualidade nos Estados Unidos ou de dissidência política na União Soviética, já referidos nos primeiros parágrafos deste texto. Mas transformar estes casos tão atípicos em paradigma de diagnóstico psiquiátrico pode conduzir-nos pelo caminho errado; pois embora o comportamento «mentalmente doente» possa não se conformar com as regras da conduta socialmente aceitável, isto não significa que se infrinjam essas regras da forma necessária para merecer o epíteto de «des-

vio». (A mesma observação se aplica, mais fortemente ainda, a qualquer descrição de doença *física* como «desvio»).

O defeito fundamental desta análise — exceptuados os casos extremos já mencionados — é que adopta uma noção demasiado behaviorista do que significa seguir uma regra. Não se pode dizer que uma pessoa pratica um «desvio» a não ser que consciente e intencionalmente infrinja uma regra; se não sabe o que está a fazer ou é incapaz de agir de outro modo, tanto o senso comum com a lei suspendem a censura (McHugh, 1970). Chamar «desvio» aos sintomas mentais é imputar-lhes um grau de intencionalidade que normalmente não evidenciam; como nota Sayers (1975), o que está errado na análise de Szasz é que é precisamente o carácter «voluntário» da actuação o que falta na doença mental. «Os problemas com que se deparam todos os trabalhadores do campo da 'saúde mental' são tipicamente problemas de *não-liberdade humana*: situações em que as pessoas, embora o seu comportamento possa ser motivado e, neste sentido restrito, seja 'intencional', perderam de facto o controlo e se tornam alienadas das suas actividades e das suas vidas» (ibid.: 358). Assim, é demasiado simples encarar a psiquiatria como uma actividade de policiamento moral directo, como sugere a teoria do «desvio»; no fim de contas — como os psiquiatras tanto gostam de repetir — a maioria dos doentes apresenta-se a tratamento por sua própria iniciativa.

Chegamos, assim, a uma conclusão singularmente semelhante à da secção anterior. Da mesma maneira que só podemos classificar as situações psiquiátricas como «doença» alargando o conceito de doença de forma a incluir as não-orgânicas, também só as podemos apelidar de «desvio» alargando o conceito de desvio até abranger o não-imoral; em ambos os casos, o alargamento anula o objectivo do exercício que era, no primeiro caso, reforçar o mandato médico e, no segundo, reduzir a discussão da psiquiatria a termos meramente morais. É evidente que ambas as análises descuraram um aspecto fundamental do conceito.

O CRITÉRIO DE «INTELIGIBILIDADE»

Se recuarmos aos primeiros princípios, o que os «doentes mentais» perderam não foi a saúde física, ou a virtude, mas a *razão*: o seu comportamento muito simplesmente não «faz sentido». As imputações de demência de acordo com esta perspectiva são feitas quando o comportamento não parece

explicável por nenhum motivo plausível, ou quando a crença parece ser totalmente infundada: podem assim ser anuladas simplesmente pela proposta de um motivo crível para o comportamento ou de uma base razoável para a crença. Como diz Morgan (1975: 276), «as imputações de demência ocorrem tipicamente como último recurso, quando as teorias do senso comum não conseguem explicar um comportamento de desvio no vocabulário aceite dos motivos e dos objectivos». (Note-se que o facto de ser «compreensível» em termos de causa física não torna uma resposta «inteligível» no sentido que aqui estamos a considerar; teremos que manter a distinção entre explicações causais e racionais — ou então as situações deixariam de ser doenças logo que, para elas, se descobrisse uma explicação biológica).

As «regras residuais» (Scheff, 1966) que o comportamento psicótico ou neurótico infringe são, assim, de um tipo mais fundamental do que as que são violadas por um desvio; constituem o quadro fora do qual não podemos actuar inteligivelmente. Esta perspectiva tem as suas raízes no conceito de loucura do séc. XVIII, que adoptou a definição aristotélica do homem como um «animal possuidor de *logos*», e encarou a loucura — ou a incapacidade de fazer sentido — como um retorno à condição animal. Como aponta Scull (1979), foi precisamente por o séc. XVIII aceitar a definição aristotélica de humanidade que o tratamento «brutal» dos dementes era encarado como lógico.

É desta posição básica que parte a explicação que Coulter dá dos conceitos psiquiátricos — embora seja verdade, como veremos, que ele não faz uma distinção muito rigorosa entre regras de moralidade e de racionalidade. Na primeira exposição das suas teorias, Coulter (1973) ocupa-se mais de «demência» do que de «doença mental» enquanto tal; embora os conceitos difiram de forma significativa, creio que, se usarmos «doença mental» num sentido meramente descritivo, podem ser tratados de forma idêntica no contexto desta teoria. Além disso, embora Coulter limite a sua análise às situações «psicóticas» geralmente equacionadas com a «demência», em minha opinião o critério de inteligibilidade é igualmente aplicável a situações menos graves que acabam por ser designadas por «neuroses»; a única diferença parece residir no grau de perturbação da compreensibilidade.

Outra propriedade útil do critério de inteligibilidade é a de incluir dois outros critérios geralmente considerados centrais — a *compulsão* e a *incapacidade*. Qualquer destes implica que o comportamento não será compreensível em termos

racionais, uma vez que ambos negam que a pessoa seja o *agente* da sua acção (ou inacção); e acções sem agente não podem ser racionais, se é que se podem mesmo considerar acções. (Vemos aqui a estreita relação, pelo menos na perspectiva de Coulter, entre as noções de «agência» e de «racionalidade»).

Uma tal interpretação das imputações de demência, a ser de alguma utilidade, terá de invocar uma teoria real do que significa um comportamento «compreensível»: o que entendemos por «perder a razão» depende obviamente do significado que atribuímos à «razão». Talvez seja por a psiquiatria se ocupar tão pouco com esta questão que os seus esforços para definir a doença mental parecem tão desajeitados. Para podermos apreciar a interpretação que Coulter faz do diagnóstico psiquiátrico, teremos, assim, de recuar até ao conceito de racionalidade apresentado pelas disciplinas de que ele parte e que são a filosofia da linguagem e a etnometodologia.

Segundo estas disciplinas, o «sentido» que as acções fazem é, inerentemente, uma construção *social*, cuja autoridade última serão os conhecimentos comuns aos membros da sociedade; a ciência só poderá aclarar o reino da conduta e das crenças humanas na medida em que invoque este senso comum. Decidir quais as acções e crenças que «fazem sentido» é tarefa essencialmente de leigos: o paradigma de conduta humana é o «jogo de linguagem» de Wittgenstein, entre cujas propriedades encontramos (i) a de as suas regras serem por definição propriedade pública e não privada; e (ii) a de se poder conhecer as regras sem que necessariamente se saiba enunciá-las. Assim, o facto de as regras do «senso comum» não estarem explicitamente enunciadas em parte alguma não as torna mais arbitrárias ou subjectivas do que o conhecimento científico. Além disso, a psiquiatria, na medida em que define «doença mental» reportando-se a essas regras, não se baseia, nem precisa de se basear, no conhecimento científico: «mal abandonamos a ideia de que a prática psiquiátrica tem que estar totalmente apoiada em racionalidades científicas... começamos a ver mais claramente que ela consiste apenas num conjunto de actividades racionais por direito próprio» (Coulter, 1979: 144). A psiquiatria é «um trabalho prático, situado», e a ausência de «critérios generalizados, independentes do contexto, para a doença mental (de tipo funcional)» não significa «que os diagnósticos psiquiátricos sejam preditados numa subjectividade injustificada» (ibid.: 144).

«As práticas psiquiátricas não são os parentes pobres dos diagnósticos físicos, dado que não pertencem a essa famí-

lia de práticas, por muito 'médicas' que possam ser algumas das suas consequências. São antes membros do conjunto de práticas imputativas em que se avaliam condutas e crenças» (ibid.: 149).

Deste modo, muitas das críticas à psiquiatria têm origem na concepção errada de que ela *deveria* ser uma actividade «objectiva» do tipo que a ciência pretende ser; mais concretamente, o facto de não parecermos dispor de critérios seguros de «doença mental» não é um estado de coisas deplorável que devamos tentar remediar. A doença mental não é um «mito» só porque ninguém a consegue definir operatoriamente: «O carácter contextual dos juízos de conduta normativos não pode por si só ser utilizado como base para defender a inexistência dos fenómenos acerca dos quais esses juízos são produzidos» (ibid.: 147). «Textura aberta» não é a mesma coisa que «indefinição».

Assim, na análise de Coulter, a racionalidade das práticas psiquiátricas baseia-se no senso comum, e consiste (a) em regras de avaliação da inteligibilidade e (b) em considerações «pragmáticas»: «acima de tudo, os diagnósticos psiquiátricos são instrumentos destinados a uma utilização pragmática na enfermaria ou à determinação do tratamento» (ibid.: 149).

Não fazer sentido em termos racionais parece ser, com efeito, uma propriedade central de condutas e crenças que vêm a ser encaradas como sintomáticas de «doença mental». É surpreendente que as mais importantes análises deste conceito anteriores a Coulter tenham prestado tão pouca atenção a esta ideia — facto que ilustra a justeza do seu argumento de que «membros de uma comunidade linguística natural podem cometer erros quando se dedicam a uma reflexão ociosa ou isolada sobre os significados das palavras realmente em uso... os membros de uma comunidade não são *teóricos* infalíveis das suas próprias práticas linguísticas convencionais» (ibid.: 3). Apelidar uma crença, acção ou experiência «sintoma» de doença mental é negar a sua validade como resposta razoável a uma situação; daí que aqueles que se propuseram desacreditar tais rótulos tenham, muito correctamente, concentrado os seus esforços na demonstração, não da ausência de patologia orgânica (que só é relevante para o modelo de «afecção»), mas da presença de bases plausíveis para o comportamento em questão. Laing e Esterson (1973), por exemplo, propuseram-se demonstrar que «a experiência e o comportamento dos esquizofrénicos é muito mais inteligível socialmente do que a maior parte dos psiquiatras tem suposto». Tais explicações «normalizadoras» procuraram restaurar a inteligibilidade re-

portando-se a três factores fundamentais: o *contexto* do comportamento, a sua *motivação* e os *códigos* que o governam (Ingleby, 1980: 48). Ao defender que um sintoma indicador de doença mental é, de facto, uma resposta inteligível a determinada situação, a perspectiva «normalizadora» não está, evidentemente, a defender que qualquer pessoa responderia a essa situação da mesma forma, mas apenas que o *poderia* compreensivelmente fazer.

Na realidade, a «ininteligibilidade» não é por si critério suficiente para a imputação de doença mental. Há outras razões pelas quais uma pessoa pode não fazer sentido: pode-se ser simplesmente incompetente por inexperiência; ou pode-se estar temporariamente incapacitado por um agente físico diferente da doença. No primeiro caso, desculpamos o lalismo infantil ou os lapsos sociais dos adolescentes porque pura e simplesmente não tiveram ainda oportunidade real de aprender as regras; no segundo caso, temos que o facto de palavras ou acções incoerentes poderem não ser características do agente, mas reportar-se a uma causa próxima identificável (como uma lesão ou um excesso de álcool), nos impede de as imputar a disposições individuais do tipo das que implica a «doença mental». (Tem interesse notar que embora uma noite de paródia possa pôr alguém «fisicamente doente» raramente se diz que põe as pessoas «mentalmente doentes»). Ambas as qualificações parecem claras, mas na prática podem levantar uma série de questões de delimitação: a linha divisória entre a inaptidão social e a deficiência emotiva, ou entre os efeitos secundários da droga e os distúrbios da personalidade, é muito subtil.

Independentemente dos efeitos da inexperiência ou embriaguez, temos também uma extensa área de irracionalidade na vida quotidiana que escapa à designação de «doença mental» pelo simples facto de ninguém se importar com ela. (Note-se que não estou aqui a invocar padrões de racionalidade diferentes dos utilizados pelos agentes: o tipo de comportamento em questão é o que se poderia justificadamente descrever como «excêntrico», «tolo» ou «exagerado», mas não como demencial. O facto de haver pensamentos e condutas convencionalmente aceites como racionais que podem não o ser é uma noção diferente, de que me ocuparei mais adiante).

Na teoria de Scheff (1966) da doença mental como «desvio secundário» atribui-se grande importância ao facto de muitos dos sintomas usados para justificar imputações de loucura estarem disseminados na população normal (Pasamanick, 1961); Scheff não se refere aqui simplesmente ao facto de o

comportamento que é racional num contexto poder não o ser num contexto diferente. Grande número de estudos do processo de designação (Bott, 1976; Smith, 1978) demonstrou que só quando o comportamento em questão se torna intolerável para o agente, ou para os que o rodeiam, é que começa a ser encarado como sintomático de «doença». Aqui deparamos com o aspecto inevitavelmente *pragmático* de tais designações: a sua aplicação põe imediatamente em jogo todo um conjunto de prescrições (esta pessoa deverá ser submetida a tratamento, pode ser dispensada do trabalho, não é responsável pelos seus actos, não deve ser tomada a sério, etc.).

Este facto transporta-nos para a área de dificuldades seguinte, que é a de a conduta que é «compreensível» não ser definida somente em termos da sua conformidade com as regras básicas da racionalidade. Uma outra forma de pôr a mesma objecção será dizer que o comportamento não precisa de ser completamente destituído de significado para ser julgado não «razoável». Tal como notou John Dunn (comunicação pessoal), a conduta pode «fazer sentido» em graus diferentes e de formas diferentes. O grau de adequação que atribuímos à conduta, dados os desejos e crenças específicos de um determinado agente, situa-se num continuum que vai do quase inteligível (consegue-se ver *algum* sentido numa resposta destas), passando pelo impecavelmente racional (fez-se ou sentiu-se de forma realmente adequada) até ao inevitável (ninguém poderia ter procedido de outro modo). Podemos ver «o sentido de» ou «perceber» um determinado acto sem que necessariamente o julguemos racional ou justificado, mesmo nos termos do próprio agente; isto é, podemos ver a justificação de uma resposta e considerá-la, mesmo assim, inadequada.

Uma reflexão sobre estas gradações conduz-nos a uma tentativa de distinguir entre diferentes tipos de regras reguladoras da conduta. Algumas são convenções efectivamente *constitutivas* da actividade que regulam — são deste tipo as regras de gramática ou do xadrez: infringi-las significa não falar a língua ou não jogar xadrez. A grande contribuição de Coulter foi ter demonstrado a importância de regras deste tipo nas imputações de demência. Em certos casos, com efeito, desempenham um papel fundamental: por exemplo, os doentes esquizofrénicos, que originalmente serviram a Coulter para construir a sua teoria, violam frequentemente regras básicas de gramática, lógica ou interacção social, a tal ponto que o seu comportamento se torna literalmente «sem sentido». Na discussão das «proposições inteligivelmente não sujeitas a dúvida» (Coulter, 1973: 131), Wittgenstein refere-se explicitamen-

te a esse tipo de discurso: «Se alguém me dissesse que duvidava da existência do seu próprio corpo, eu considerá-lo-ia meio tolo». De uma forma mais flagrante ainda, Heaton (1976) defendeu que também os pensamentos *neuróticos* podem apresentar esta qualidade de desrazoabilidade intrínseca: pura e simplesmente não pode *fazer sentido* desconfiar das pessoas ou duvidar da realidade da sua experiência da forma sistemática própria de certos «neuróticos». Ao salientar que determinadas regras são constitutivas da razão ou do diálogo, Coulter forneceu uma útil correcção ao subjectivismo extremo implícito no existencialismo e na fenomenologia e reflectido, até certo ponto, no trabalho de Laing. Para os existencialistas, toda a gente «faz sentido» — basta dar-mo-nos ao trabalho de ver as coisas da sua perspectiva pessoal. Mas o comportamento que é «a sua própria lei» não tem efectivamente qualquer lei: uma «realidade separada» não é real. É neste sentido que os juízos de racionalidade *podem* ser «objectivos», tal como o árbitro de um jogo pode ser «objectivo».

Contudo, a conduta pode não ser razoável ou justificada, e tornar-se assim susceptível de ser considerada sintoma de doença mental, sem que precise de ir ao ponto de infringir essas regras «constitutivas». Por outras palavras, a «doença mental» não se limita a um dos extremos do «espectro de racionalidade». Ela reside frequentemente num comportamento cujo sentido imediato é perfeitamente evidente, mas que apesar disso é considerado «perverso», «irrealista», «despropositado», etc.; trata-se de juízos que ocupam uma espécie de território interior entre a razão e a moralidade. O primeiro livro de Coulter, que se ocupava exclusivamente de demência e esquizofrenia, não prestou particular atenção a estas infracções menos radicais das regras sociais; a sua presença é muito mais importante no segundo livro, que trata da doença mental em geral, tornando-se aí impossível fugir à conclusão de que o que está em causa são fundamentalmente questões de moralidade. Sabemos perfeitamente o que *significam* as lágrimas e os suspiros dos depressivos: chamamos-lhes «sintomas» apenas porque parecem carecer de justificação, e este juízo é, inicialmente, um juízo moral.

Com efeito, os filósofos foram-se, progressivamente, dando conta de que para a maioria das pessoas é evidente que «ver o ponto de vista dos outros» implica um grau mínimo de disponibilidade para partilhar esse ponto de vista. Davidson (1980) é de opinião que compreender alguém não é possível se não lhe dermos o crédito de um mínimo de plausibilidade. E quanto maior boa vontade tivermos relativamente a alguém,

mais provável é que os seus actos «façam sentido» para nós; deste modo, os juízos acerca da inteligibilidade estão indissoluvelmente ligados a atitudes morais.

É preciso fazer a Coulter a justiça de dizer que ele não tenta evitar esta conclusão e que, de facto, centra a sua discussão mais na moralidade do que na racionalidade. Com efeito, já nem no seu primeiro livro as distingue sistematicamente (cf. o título da sua conclusão, «Cognição como ordem moral»). «Todas as determinações de loucura ou doença mental começam (e geralmente acabam) com juízos acerca da incorrecção do discurso e (ou) da conduta da pessoa em questão» (1979: 144); «Estamos constantemente a ver aqueles que fazem diagnósticos psiquiátricos empregar vocabulário moral e ético para poderem levar a cabo as suas tarefas práticas» (1979: 145).

Se não se distingue, contudo, razão e moralidade, todo o valor do critério da «inteligibilidade» é minado e funde-se inevitavelmente com a perspectiva do «desvio». Na verdade, a análise de Coulter (ou, mais precisamente, a teoria que lhe subjaz) soa por vezes como a outra face da moeda relativamente à fenomenologia existencial: a primeira encara os juízos sociais como «objectivos», a segunda, como «subjectivos», mas nenhuma delas distingue entre juízos de irracionalidade e de imoralidade.

Considero esta perspectiva filosoficamente incorrecta, dado que ignora a forma como os conceitos se comportam na prática concreta: entendo que existe, portanto, uma distinção válida entre as teorias da «ininteligibilidade» e do «desvio», relativamente às imputações de demência. Qual das teorias é a mais apropriada é, no entanto, outra questão. A teoria do «desvio», ao passar ao lado da questão do sentido, desprezou uma questão vital; no entanto, parece que tanto juízos morais como juízos de inteligibilidade têm peso nas decisões sobre «doença mental».

Se assim é, temos perante nós duas opções: por um lado, podemos concluir que os diagnósticos psiquiátricos deveriam ser purificados do seu conteúdo moral, com base no facto de os psiquiatras não terem qualquer mandato válido para arbitrar questões morais ou aplicar sanções morais; partilham esta perspectiva críticos como Szasz e também defensores da classe como Wing (1978), que defendem que deveriam ser eliminadas do diagnóstico todas as considerações à excepção das «clínicas». Alternativamente, podemos abandonar como ociosa uma tentativa deste tipo e encarar a psiquiatria muito simplesmente como uma forma de controlo social semelhante ao

sistema jurídico — de facto, mais poderosa ainda porque menos sujeita a um controlo democrático. Coulter vê o componente moral do diagnóstico como inevitável, e considera o «controlo social» como a função básica da psiquiatria; mas precisamente por considerar as normas morais como parte dos fundamentos da ordem social, e neste sentido como «objectivas», não consegue ver este «controlo social» como discutível. Suspeito que Coulter não deseja efectivamente adoptar tal ponto de vista e será até capaz de negar que o faz; mas para mim essa conclusão está já implícita no conceito de ordem social monolítica e livre de contradições da etnometodologia e da filosofia da linguagem. Isto porque princípios morais universalmente aceites só podem existir na medida em que os interesses de todos os membros da sociedade estejam em harmonia: se há conflitos sistemáticos integrados na ordem social, sempre que se faz um juízo moral temos de perguntar: segundo a moralidade *de quem*?

Na verdade, não é apenas errado encarar o «senso comum» como árbitro absoluto do que constitui a moralidade; também relativamente à *racionalidade* ele pode entrar em contradição ou induzir sistematicamente em erro. Desafiar a noção de que os critérios que determinam o que faz sentido pertencem necessariamente ao conhecimento comum é levantar a possibilidade de muito do que vulgarmente é considerado «razoável» ser de facto demencial e vice-versa. É precisamente esta possibilidade que está afastada na etnometodologia e na filosofia da linguagem e que teorias «críticas» como a psicanálise e o marxismo procuram reintegrar.

Se a racionalidade for de facto um conjunto de actividades do tipo de um jogo, montado por um determinado grupo social e válido apenas dentro desse grupo, como poderá então o «senso comum» do grupo alguma vez enganar-se a seu respeito? (Esta pergunta foi implicitamente feita por Winch (1958) ao criticar as teorias sociológicas impostas às sociedades como que do exterior). A resposta é, muito simplesmente, que o jogo e a sua descrição não são a mesma coisa: e com frequência o senso comum consiste precisamente nessas reflexões «ociosas e isoladas» sobre a conduta, que Coulter tanto desprezou. O senso comum poderá, assim, como Laing tantas vezes sugeriu, enganar-se sistematicamente na definição de quem é demente e quem é são: tal como os manuais de harmonia se podem enganar (e provavelmente se enganam sempre) quanto à maneira de escrever boa música.

Note-se que, ao dizer isto, não estou a fazer apelo a quaisquer regras para além das que normalmente regem a

conduta: é precisamente por estas regras entrarem em conflito *umas com as outras* que surge a distinção entre o «habitual» e o «razoável». Não é erigindo uma plataforma privilegiada de razão *fora* da sociedade, mas procurando as contradições *dentro* dela que se torna possível uma visão crítica da sociedade: a forma segundo a qual está ordenado determinado sistema social não é necessariamente racional mesmo nos próprios termos dos seus membros, dado que pode estar assente em importantes equívocos relativamente ao sistema, à moral ou à razão. As condutas e as crenças a que geralmente se concede crédito podem na realidade não o merecer, mesmo segundo os padrões dos juízes em causa. A posição de Winch, que é (genericamente) partilhada pela filosofia da linguagem e pela etnometodologia, nega esta possibilidade, como notou MacIntyre (1971); mas ela é explorada pelas abordagens «desmitificadoras» de Freud e Marx, quando (de formas diferentes) utilizam o conceito de «falsa consciência». Este tipo de crítica da racionalidade das práticas sociais sancionadas questiona inevitavelmente as distinções aceites entre sanidade mental e demência, razão e sem-razão, justiça e injustiça, tornando problemática toda a área de imputação de demência.

Assim, para Freud, muitos dos ingredientes da personalidade «normal» eram na realidade mecanismos neuróticos: atributos como ser-se ordenado ou deferente para com a autoridade podiam estar baseados em compulsões irracionais ou em fantasias e, contudo, ser universalmente aceites como louváveis e razoáveis. Freud põe em causa a inteligibilidade de uma conduta em termos de uma racionalidade consciente, para tentar demonstrar a sua inteligibilidade nos termos das leis do Inconsciente. A utilização do termo «feitiço» por Marx ao descrever as relações entre mercadorias aponta no mesmo sentido.

Os grupos a quem de alguma forma interessa a manutenção do *status quo* estarão igualmente interessados em equacionar normalidade e sanidade, inconformismo e demência. A decisão acerca do ponto onde traçar as fronteiras da loucura é, assim, ideológica, e é neste sentido elementar que, em minha opinião, podemos caracterizar a psiquiatria como sendo um instrumento de manutenção da ordem política. Pode acontecer que, como diz Coulter, no cerne dos diagnósticos psiquiátricos encontremos os juízos dos leigos, sendo, assim, injusto acusar a psiquiatria de *impor* uma ideologia à população: por outro lado, não devemos esquecer até que ponto os profissionais de psiquiatria estabelecem padrões normativos e interpretativos que depois passam à população leiga

(veja-se por exemplo como os conceitos freudianos entraram na linguagem corrente). A «língua natural» a que faz apelo a etnometodologia é uma invenção da imaginação teórica, que talvez remonte às teorias alemãs do séc. XIX da «sociedade orgânica» e que a escola de teoria social de Chicago depois importou. Na verdade, diferentes grupos de interesses promovem usos diferentes, e nenhum destes usos merece, mais do que qualquer dos outros, a designação de «natural».

Se aceitarmos como hipótese que os critérios de sanidade em que se baseiam os diagnósticos psiquiátricos são no fundo uma questão de um «senso comum» de base relativamente alargada, então, como diz Coulter (1979: 149): «os clínicos profissionais não detêm o monopólio de uma imputação sensata de doença mental». Mas esta questão põe problemas sérios quanto ao papel dos psiquiatras e à natureza da sua formação. Por certo que a pessoa melhor preparada para saber em que medida alguém está a responder adequadamente a uma situação será um especialista *dessa* pessoa e *dessa* situação: a formação básica do psiquiatra deveria assim ter lugar sobretudo na «escola da vida». Mas é característico dos psiquiatras estarem afastados dos seus doentes no que diz respeito à experiência e à perspectiva: o conhecimento estreito da *Lebenswelt* do doente é considerado secundário relativamente ao domínio das distinções clínicas. Além disso, os poderes especiais de diagnóstico e tratamento que tanto o público em geral como o sistema legal conferem ao psiquiatra pressupõem neste uma capacidade de julgar totalmente inacessível ao leigo.

Creio que a explicação mais plausível e mais simples desta aparente contradição tem a ver com o papel político da psiquiatria, quer como classe profissional, quer como instância de controlo social. Os psiquiatras têm um poder considerável sobre a vida das pessoas, e, para justificar a detenção de tal poder — para o manter nas mãos de uma única classe profissional —, torna-se necessário reivindicar para os seus juízos uma autoridade específica; se fosse admissível que esses juízos se pudessem basear em critérios acessíveis a qualquer pessoa, a base do poder psiquiátrico ruiria. A noção de que só os psiquiatras podem, com autoridade, detectar a doença mental é, assim, não apenas um erro proveniente de uma reflexão «ociosa e isolada» mas também parte de uma *ideologia* social e profissional.

Finalmente, gostaria de tecer algumas considerações acerca da afirmação de Coulter (1979: 145) de que os diagnósticos psiquiátricos são «esquemas para utilização pragmática»

concebidos dentro de «contingências sócio-organizacionais». Como se pode deduzir do que atrás ficou dito, poderia em larga medida aceitar como correcta esta caracterização. Entendo é que ela não constitui uma defesa da *racionalidade* dos diagnósticos. O simples facto de um conjunto de práticas ser habitual e sistematizado não o torna racional; para se entender melhor esta afirmação será necessário analisar mais atentamente o papel das «preferências de erro» no juízo psiquiátrico, discutido por Coulter (1979: 146).

Muitos investigadores chegaram à conclusão de que os diagnósticos feitos pelos psiquiatras são sistematicamente influenciados pelas prioridades das organizações em que trabalham. Nas peritagens produzidas em tribunal (Scheff, 1966) ou nos hospitais psiquiátricos (Rosenhahn, 1973), os psiquiatras tendem para o erro por internamento e não por libertação: em situações de crise, contudo (Daniels, 1973), o critério do diagnóstico de demência é posto em questão, por o risco que mais preocupa as autoridades não ser que os doentes possam ser erradamente classificados como são, mas antes que quem oportunisticamente pretenda passar por doente possa vir a ser classificado como tal. Se se tratasse apenas de decisões práticas tomadas pelos psiquiatras, o facto de elas serem sistematicamente influenciadas por prioridades organizacionais seria, com efeito, uma prova do seu carácter racional; mas o que parece ser influenciado é o *próprio diagnóstico* — que é um juízo de facto aduzido como *base* de decisões práticas subsequentes. Wing (1978) fez uma tentativa esforçada no sentido de manter a separação entre diagnósticos e decisões de tratamento, mas, como vimos, Coulter considera este ideal não só inatingido como inatingível (daí que seja obrigado a pôr de parte, por não significativa, a noção de «taxas» de doença não diagnosticada). Se assim é, contudo, a «razão» da prática psiquiátrica aparece como cada vez menos racional; porque, se alteramos as nossas bases de actuação de acordo com a nossa preferência em agir de determinada maneira, então a nossa actuação deixa de ter qualquer base.

Em resumo, os diagnósticos psiquiátricos pretendem oferecer bases independentes que justifiquem um determinado tipo de actuação: mas, na prática, reduzem-se frequentemente a um mero *signal* para a actuação em causa. Será simultaneamente demasiado tolerante e demasiado cínico aceitar-se a redutibilidade dos diagnósticos a meras decisões administrativas, porque eles não se limitam a *codificar* essas decisões: *legitimam-nas*. Mas verifica-se uma disjunção entre o que se entende que os conceitos de «doença mental» devem signi-

ficar e a forma como são habitualmente usados. De novo, a disjunção terá que ser compreendida nos termos das contradições sociais que lhe subjazem: os diagnósticos têm que se *fingir* libertos de considerações pragmáticas para poderem fornecer uma legitimação aparente dessas decisões. Se aceitássemos que o *significado* da designação era simplesmente o de sinalizar uma determinada resposta organizacional, então pôr-se-iam imediatamente questões sobre a adequação dessas respostas.

CONCLUSÃO

Espero ter mostrado que a análise do conceito de «doença mental» traz à superfície um grande número de paradoxos e incoerências que têm de ser entendidos de acordo com o lugar que ocupam na ideologia social e profissional. Não podemos analisar o que se diz sobre a doença mental sem examinar em termos históricos a posição política de quem diz. Nem a etnometodologia nem a filosofia da linguagem, com uma visão da sociedade a-histórica e livre de contradições, conseguem fazê-lo; e o caso da «doença mental» demonstra até que ponto pode ser grave uma tal omissão. A análise de Coulter identificou nas imputações de insanidade um núcleo descritivo válido, que tem a ver com a não observância das regras que constituem o pensamento e a comunicação, e qualquer proposta para racionalizar a sua aplicação teria que partir desta base. Contudo, na aplicação corrente, encontramos enormes contradições entre aquilo que se aceita que o conceito significa e a forma como é efectivamente empregue. Considera-se que os diagnósticos psiquiátricos se referem a disposições individuais, que requerem, para a sua detecção, capacidades cognitivas especializadas e, para a sua correcção, capacidades práticas especializadas também — ambos os tipos de capacidade são monopólio da classe médica e imunes a qualquer crítica do exterior. Coulter nega todos estes atributos, mas não vê, contudo, que isto mine de qualquer forma as credenciais da psiquiatria. Embora pretenda deixar em aberto a questão de «como dar resposta a alguns dos debates mais esclarecidos sobre a transformação da psiquiatria como instituição social» (Coulter, 1979: 140), a sua recusa metodológica em negar a racionalidade da prática psiquiátrica acaba por impossibilitar muito firmemente qualquer resposta a essa questão que não seja excessivamente complacente.

É, no entanto, altura de deixarmos a discussão das limitações da perspectiva de Coulter para passarmos a delinear uma alternativa. O que é que poderá constituir uma explicação adequada da construção social da doença mental? Em primeiro lugar, resumamos as conclusões a que chegámos até este momento:

(1) Os diagnósticos psiquiátricos não são (geralmente) feitos com base em dados de uma patologia orgânica subjacente, embora sugiram fortemente a existência de uma patologia desse tipo. Esta sugestão reforça o «mandato médico» (Goldie, 1976) e legitima o controlo pela classe psiquiátrica sobre as fronteiras das categorias, e sobre as explicações e tratamentos.

(2) Embora os critérios de doença mental não sejam uma questão de juízo científico, também não são simplesmente *morais*; referem-se à inteligibilidade ou razoabilidade de sentimentos e comportamentos.

(3) As decisões acerca da inteligibilidade são, segundo Coulter, uma questão de «senso comum» — mas este senso comum raramente se situa ao nível das «proposições inteligivelmente não sujeitas a dúvida». O que «faz sentido» para um indivíduo sentir ou fazer, numa determinada situação, é quase sempre discutível; e com frequência estão em causa considerações de ordem política.

(4) O «senso comum» não é uma forma inadulterada de sensatez humana como parece depreender-se da etnometodologia ou da filosofia da linguagem; os meios de comunicação de massas e as classes profissionais constituem um aparelho através do qual ele é sistematicamente enformado e desenvolvido como ideologia. Isto aplica-se especificamente à doença mental; as divulgações de conceitos psiquiátricos afectam a forma como as pessoas julgam um comportamento como «fazendo (ou não) sentido».

(5) Nem todo o comportamento que não faz sentido é tratado como sintoma de doença mental. Há certos tipos de irracionalidade que gozam de notável isenção — por exemplo, apaixonar-se (pela pessoa certa); ser fanaticamente dedicado à pátria; trabalhar obsessivamente, etc. Os conceitos de doença mental funcionam ideologicamente não só ao ajustar o limite entre o sentido e o «sem-sentido» como também ao traçar a divisão entre o «sem-sentido» aceitável e inaceitável.

(6) Finalmente, na elaboração dos diagnósticos psiquiátricos entram em jogo considerações «pragmáticas» que variam de caso para caso.

Dado que o acto de diagnóstico é analiticamente complexo, também qualquer explicação social da doença mental tem que ter vários níveis. Consideremos, por exemplo, as mediações complexas que actuam no diagnóstico aparentemente directo de «depressão» numa dona de casa. Ao fazer este diagnóstico, o psiquiatra não está a utilizar mediações científicas nem está simplesmente a condenar a apatia da dona de casa. O seu ponto de partida é que o abatimento e a angústia verificados são despropositados na circunstância; e a própria dona de casa pode contribuir para tal, aceitando a definição ideológica do seu lugar no mundo e os limites convenientes em que é tolerada, sabendo ainda que a classe médica identificou uma coisa chamada «depressão» a que as mulheres como ela estariam particularmente sujeitas. Além disso, o diagnóstico exacto que for feito dependerá pragmaticamente dos meios de tratamento disponíveis: se se trata de uma mulher com estudos e dinheiro, a dona de casa poderá ser considerada uma neurótica interessante e um caso apropriado à psicoterapia; se for uma mulher das classes trabalhadoras, terá grandes probabilidades de receber a classificação de afectada por «distúrbios emocionais» e ser sujeita a uma terapia de antidepressivos ou electrochoques.

A doença mental das mulheres ilustra, com efeito, de forma particularmente clara, a importância fundamental de não analisar apenas as categorias do psiquiatra, mas também o papel social do doente. Até certo ponto, isto deve-se ao trabalho intensivo levado a cabo por feministas na última década centrado na doença mental das mulheres (Chesler, 1974; Smith e David, 1975). Mas além disso, a própria psiquiatria preocupa-se especialmente com as mulheres: as taxas de incidência da doença são mais elevadas e, como defendeu Donzelot (1979), há uma aliança especial do médico com a mãe que medeia a vigilância e controlo do Estado sobre a vida familiar.

Há, na realidade, uma ligação conceptual estreita entre feminino e doença mental. Muitas das dimensões presentes na definição de identidade de sexo são consideradas também na discriminação de doença mental — autonomia, estabilidade emocional, agressividade e erotismo. Temos uma ilustração (irónica) deste facto no conhecido estudo, acima citado, de Laing e Esterson (1973) sobre onze jovens esquizofrénicas no seu contexto familiar. Os pontos de conflito intolerável entre pais e filhos nestas famílias eram aparentemente questões típicas de adolescência. A criança que cresce exige o direito a exprimir distância, indignação e uma sexualidade acti-

va; como comentou Busfield (1974), estas questões cristalizam-se no conflito entre a ideologia «colectivista» da família e a ideologia «individualista» do mercado exterior. Foram precisamente essas exigências de privacidade e autonomia que mais convenceram os pais deste estudo de que as filhas estavam «doentes».

Mas estas mulheres, ao fazerem tais exigências, não estavam apenas a desafiar a forma como os pais as definiam teimosamente como crianças; desafiavam também a forma como a sociedade as definia como mulheres. Foi por não poderem nem viver esses papéis nem negociar uma transição para outros mais satisfatórios que os seus projectos existenciais ruíram; e poderia argumentar-se que o conflito relativo ao papel sexual era o mais importante. Tal interpretação seria «irónica» apenas na medida em que Laing e Esterson nunca tomaram em consideração a dimensão do sexo tal como ela se apresenta no seu estudo, radicados como estão numa tradição que fixa firmemente os parâmetros da análise social dentro dos limites da família. (Claro que se poderia objectar que a esquizofrenia também ocorre em homens; mas é pouco provável que as mesmas questões se apresentem precisamente da mesma forma).

Aquilo que une aqui a infância, o feminino e a loucura será talvez, fundamentalmente, uma questão de *status*. A descrição de um sentimento como «caprichoso» ou de uma actuação como «impulsiva» depende em grande parte da posição do agente (cf. a minha discussão da «benevolência»): uma posição inferior significa que se concede menor crédito à validade do ponto de vista do agente. A esta luz é inevitável que a negatividade nas mulheres seja *a priori* mais susceptível de ser considerada ininteligível.

Isto não significa por si só que as mulheres sejam automaticamente mais susceptíveis de serem consideradas doentes mentais — dado que os «caprichos» e a «irracionalidade» pertencem ao estereótipo da mulher *normal*: deveríamos antes dizer que as mulheres se tornam alvo desses diagnósticos quando apresentam formas erradas de irracionalidade ou irracionalidade num contexto errado. Assim, será normal uma mulher estar «loucamente» apaixonada na idade própria, e pela pessoa certa; fora destes limites, porém, ela será simplesmente «ultra-dependente» ou estará «dominada pela fantasia». Exige-se das mulheres que aprendam a ser tolas sensatamente.

A incidência mais elevada de diagnóstico advém talvez do facto de ser tão difícil identificar estes limites e manter-se dentro deles: consideremos, por exemplo, os sentimen-

tos da mãe para com o recém-nascido. Nas maternidades da velha escola, qualquer desejo apaixonado de ficar com o bebé junto a si era considerado sinal de perturbação, talvez exacerbado por alterações hormonais, mas basicamente devido ao fraco sentido de realidade da mulher; rapidamente se administravam doses de medicamentos para manter sob controlo a irritação ou desespero da mãe quando o bebé era afastado dela. Mas nos hospitais modernos uma ligação emocional forte à criança é um sinal de saúde; Winnicott e o conceito de «vínculo» legitimaram firmemente a relação simbiótica. Aqui a mãe com problemas será aquela que não liga o *suficiente* à presença do bebé. Não será de admirar, assim, que, com os limites da «normalidade» a mudar de ano para ano e de hospital para hospital, tantas mães não consigam sentir aquilo que «devem» sentir.

De forma semelhante, quando é que a atenção aos trabalhos domésticos deixa de ser a dedicação ao dever e passa a ser uma perturbação de tipo obsessivo? Onde traçar a linha entre uma preocupação louvável com um físico «perfeito» e a anorexia? Entre a submissão adequada e o masoquismo? De acordo com o que Foucault (1967) nos diz sobre a loucura no século XVIII, parece que as fronteiras da irracionalidade aceitável foram problemáticas para as mulheres em muitas eras antes da nossa.

Tudo isto implica que o «conhecimento tácito» dos papéis sociais e das ideologias que constituem os nove décimos invisíveis dos diagnósticos psiquiátricos seja, com efeito, uma área extremamente complexa. É evidente que os conceitos de doença mental desempenham um importante papel na legitimação e manutenção de normas aceitáveis de comportamento e não é necessário que haja diagnóstico para que esta função seja desempenhada: basta que a população leiga aplique estes conceitos na interpretação da sua própria conduta e dos seus sentimentos.

Assim, é preciso mais para se compreender a «construção social» da doença mental do que uma simples explicação das suas «causas sociais». Se adoptarmos esta última perspectiva — de que o trabalho de Brown e Harris (1978) sobre a depressão será talvez o melhor exemplo — estamos a tratar a doença como uma realidade objectiva e apenas investigamos os factores sociais que estão correlacionados com a sua incidência. Tal explicação poderá ser útil, ao chamar a atenção para a existência de um problema; até nestes termos se revela a função de controlo social da psiquiatria, uma vez que, se a medi-

cina não toma em consideração estes factores, está a mantê-los na obscuridade e a fomentar a sua perpetuação. Mas não é possível tornar *inteligível* a depressão das donas-de-casa sem demonstrar como a ideologia do feminino estrutura as situações que ocupam e a forma como as experienciam.

De igual forma, embora os estudos pioneiros de Foucault (1967), Rothman (1971) e Scull (1979) nos tenham permitido dar conta de como a instituição da psiquiatria tomou forma na história recente, estamos ainda muito longe de compreender a construção social da doença mental de forma adequada. Não basta «pôr entre parênteses» as questões epistemológicas acerca do diagnóstico, encarando simplesmente algumas pessoas como «loucas» e perguntando como é que a sociedade reage a elas; o que se passa dentro dos parênteses faz toda a diferença relativamente à instituição em causa. Nos estudos recentes já referidos da doença mental das mulheres construiu-se um paradigma que pode ser proveitosamente aplicado a outras situações; pelo menos, tais trabalhos permitiram mostrar como é ameaçador o comprometimento que advém de se adoptar o lema do «construtivismo social».

BIBLIOGRAFIA

- Bayer, R. (1981) *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. Nova Iorque, Basic Books.
- Binswanger, L. (1953) «The Case of Ellen West», in R. May, E. Angel and H. F. Ellenberger (orgs.), *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Sociology*. Nova Iorque, Simon and Schuster.
- Bott, E. (1976) «Hospital and society». *British Journal of Medical Psychology* 49, 97-140
- Brown, G.W.; and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*. Londres, Tavistock.
- Busfield, J. (1974) «Family ideology and family pathology», in N. Armstrong (org.), *Reconstructing Social Psychology*. Harmondsworth, Penguin Books.
- Chesler, P. (1974) *Women and Madness*. Londres, Allen Lane.
- Conrad, P. (1980) «On the medicalization of deviance and social control», in D. Ingleby (org.), *Critical Psychiatry*. Nova Iorque, Pantheon.
- Coulter, J. (1973) *Approaches to Insanity*. Londres, Martin Robertson.
- Coulter, J. (1979) *The Social Construction of Mind*. Londres, Macmillan.
- Daniels, A.K. (1973) «The philosophy of combat psychiatry», in E. Rubington and M.S. Weinberg (orgs.), *Deviance: The Interactionist Perspective*. Londres, Macmillan.

- Davidson, D. (1980) *Essays on Actions and Events*. Oxford, Clarendon Press.
- Donzelot, J. (1979) *The Policing of Families*. Nova Iorque, Pantheon.
- Foucault, M. (1967) *Madness and Civilisation*. Londres, Tavistock.
- Goldie, N. (1976) «Psychiatry and the medical mandate», in Wadsworth, M. and Robinson, D. (orgs.), *Studies in Everyday Medical Life*. Londres, Martin Robertson.
- Heaton, J.M. (1976) «Theoretical practice: The place of theory in psychotherapy». *Journal of the British Society for Phenomenology* 7, 73-85.
- Ingleby, D. (1980) «Understanding 'mental illness'», in D. Ingleby (org.), *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*. Nova Iorque, Pantheon.
- Kennedy, I. (1981) *The Unmasking of Medicine: The 1980 Reith Lectures*. Londres, George Allen and Unwin.
- Laing, R.D. (1968) *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*. Harmondsworth, Penguin Books.
- Laing, R.D., and Esterson, A. (1973) *Sanity, Madness and the Family*, 2.^a edição. Harmondsworth, Penguin Books.
- MacIntyre, A. (1971) *Against the Self-Images of the Age*. Londres, Duckworth.
- McHugh, P. (1970) «A common-sense conception of deviance», in J. Douglas (org.), *Deviance and Respectability*. Nova Iorque, Basic Books.
- Mechanic, D. (1958) *Medical Sociology*. Nova Iorque, Free Press of Glencoe.
- Mellor, D.H. (1974) «In defence of dispositions». *Philosophical Review* 83, 157-181.
- Moore, M.S. (1975) «Some myths about 'mental illness'». *Inquiry* 18, 233-265.
- Morgan, D. (1975) «Explaining mental illness». *Archives européennes de Sociologie* 16, 262-280.
- Pasamanick, B. (1961) «A survey of mental disease in an urban population: I. An approach to total prevalence rates». *Archives of General Psychiatry* 5, 151-5.
- Pettit, P. (1974) «The aims of analysis» (manuscrito não publicado).
- Rosenhahn, D. (1973) «On being sane in insane places». *Science* 179, 250-258.
- Roth, M. (1976) «Schizophrenia and the theories of Thomas Szasz». *British Journal of Psychiatry* 129, 317-326.
- Rothman, D. (1971) *The Discovery of the Asylum*. Boston, Little Brown.
- Sarbin, T.R. (1971) «The scientific status of the mental illness metaphor», in S. Plog and R. Edgerton (orgs.), *Changing Perspectives in Mental Illness*. Nova Iorque, Holt, Rinehart and Winston.
- Sayers, S. (1975) «Review of Thomas Szasz, *Ideology and Insanity*». *The Human Context* 7, 356-359.
- Scheff, T. (1966) *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Londres, Weidenfeld and Nicholson.
- Scull, A. (1979) *Museums of Madness: The Social Organisation of Insanity in Nineteenth-Century England*. Londres, Allen Lane.
- Smith, D.E., and David, S.J. (1975) (args.) *Women Look at Psychiatry*. Vancouver, Press Gang Press.

- Smith, D. (1978) «K. is mentally ill». *Sociology* 12, 23-53.
- Strong, P.M. (1979) «Sociological imperialism and the profession of medicine: A critical examination of the hypothesis of medical imperialism». *Social Science and Medicine* 13A, 199-216.
- Szasz, T. (1951) *The Myth of Mental Illness*. Nova Iorque, Harper Row.
- Winch, P. (1958) *The Idea of a Social Science and Its Relation to Philosophy*. Londres, Routledge and Kegan Paul.
- Wing, J.K. (1978) *Reasoning about Madness*. Oxford, Blackwell.

(Tradução de Graça Abranches)

RESUMÉ

L'objet central de cet article est l'analyse critique de la notion de «maladie mentale» proposée soit par la philosophie du langage soit par l'ethnométhodologie. Toutes les deux, elles ignorent la question de savoir ce que signifie socialement de considérer quelqu'un comme malade mental. En cherchant une réponse, l'auteur passe en revue les conceptions dominantes de la maladie mentale dans la société contemporaine. Sa conclusion est que la connaissance réelle de la dimension sociale de la maladie mentale doit être cherchée en dehors de ces conceptions et des discours qu'elles fondent.

Le premier pas, et le plus décisif, dans cette direction, consiste dans l'identification de la position historique, sociale et politique des sujets de ces conceptions et de ces discours et des rapports sociaux par lesquels ils se lient à «ses» objets.

ABSTRACT

The central object of this article is a critical analysis of the notion of «mental illness» as it is provided both by the philosophy of language and by ethnomethodology. Both disciplines ignore the question of what it means, socially, to consider someone as mentally ill. In his search for an answer the author takes into consideration the dominant conceptions of mental illness in contemporary society. His conclusion is that the real knowledge of the social dimension of mental illness has to be found outside the discourses they originate. The first and decisive step in that direction consists in identifying the historical, social, and political situation of the subjects of such conceptions and discourses as well as of the social relations which link them to their objects.