

As condições de recurso à psiquiatria e sua interpretação por pessoas próximas a pacientes hospitalizados contra a vontade

Delphine Moreau

Pesquisadora do Groupe de Sociologie Politique et Morale, da École des Hautes Études en Sciences Sociales (Institut Marcel Mauss). Autora de Faire interner un proche? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques

Traduzido por **Pablo Ferreira**

Examinaremos neste artigo a maneira como as pessoas próximas formam os julgamentos que as conduzem a intervir na história de um ente querido e a recorrer à psiquiatria, chegando à hospitalização contra sua vontade. Para além da categorização psiquiátrica, as pessoas próximas operam trabalho de interpretação dos distúrbios, a partir principalmente das pluralidade de registros descritivos disponíveis no chamado mundo psi. A conclusão é que o jogo de qualificação não é apenas diagnóstico, mas envolve o sentido da relação com o ente querido.

Palavras-chave: psiquiatria, loucura, diagnóstico, família, hospitalização

The article **Conditions of the appealing to psychiatry and its interpretation by the people close to patients hospitalised against their will** examines the way people close to psychiatric patients make judgements that lead them to intervene and to appeal to psychiatry, even with hospitalisation against will. Beyond psychiatry, close people perform an operation on interpreting disturbances guided by a multiplicity of descriptions from the psi world. The disturbances qualification play is not only diagnostic and involves the very meaning of the relation.

Key words: psychiatry, madness, diagnosis, family, hospitalisation

Como pessoas próximas¹ a alguém identificam problemas psíquicos e a necessidade de recorrer à psiquiatria, de modo que possam vir a solicitar uma hospitalização involuntária? A ausência de consentimento para a realização de uma hospitalização contra a vontade é justificada pelo reconhecimento de problemas que supostamente alteram o julgamento. Examinaremos neste artigo como essas pessoas próximas formam o julgamento que as leva a intervir sobre um amigo e/ou parente e a recorrer à psiquiatria, às vezes contra sua vontade. Como elas articulam a percepção de algo fora do normal, o recurso à psiquiatria e a loucura? O que elas julgam “anormal”? O que as leva a recorrer a um psiquiatra? São elas inclinadas a atribuir uma nova identidade de “doença psíquica”, ou mesmo de “louca”, à pessoa próxima? Questionaremos especialmente as teorias que tendem a considerar a qualificação psiquiátrica como a entrada em uma categoria engessada, dotando-a de uma dimensão estra-

Recebido em: 20/10/08
Aprovado em: 20/11/08

¹ Traduzimos o termo original em francês *proches* pela expressão em português “pessoas próximas”, usual no senso comum no Brasil. Entende-se por este conceito pessoas que mantêm relacionamentos mais ou menos íntimos com o indivíduo internado, sejam elas parentes, cônjuges ou amigos (N.E.).

tégica, como modo de gestão de desvios comportamentais. Mostraremos que, diferentemente disso, é preciso recorrer à noção que chamamos de “percurso de qualificação” para ressaltar os desdobramentos não lineares, quiçá equivocados, das pessoas próximas na compreensão do que ocorre.

Examinaremos aqui como se opera, por trás da especialidade quiátrica, da construção das categorias de observação e de qualificação de problemas psíquicos pelos profissionais “*psi*”, um julgamento “profano”, que, segundo Boltanski (1990), pode-se chamar de “julgamento de anormalidade” (BOLTANSKI, 1990), pelo qual se afirma que há “algo errado” e que tem a ver com o psíquico; trata-se assim de identificar o que é social e freqüentemente considerado como “louco”. Nesse caso, o julgamento que se opera não é puramente cognitivo, na medida em que envolve pragmaticamente as pessoas que o operam, na maneira de reagir a situações perturbadoras, na identificação do profissional ou da instituição adequada à qual se deve eventualmente dirigir. Em seu ensaio “La dénonciation publique”, Luc Boltanski mostra, com base em cartas recebidas pelo jornal *Le Monde*, que, por trás mesmo da verdade e do interesse pela causa que elas defendem, as pessoas “são submetidas por aqueles que as recebem a um controle tácito no qual engajam seu sentido ordinário de normalidade” (p. 260), sentido este que o autor faz de ponto de partida para um estudo sobre as condições de receptividade de uma denúncia pública. É esse “sentido ordinário de normalidade” que aqui está em jogo, mas posto em prática em um outro contexto. Colocamos em evidência a relação direta com uma pessoa, envolvendo outras questões.

A pesquisa

Este estudo baseia-se em entrevistas, que realizamos no quadro de uma pesquisa sobre o papel das pessoas próximas no percurso de pessoas hospitalizadas involuntariamente³. Esta pesquisa dedica-se particularmente à maneira como as pessoas próximas definem sua intervenção junto a seu ente querido até eventualmente participar de sua hospitalização contra a vontade. As pessoas próximas são de fato levadas

2 O termo original “*psy*” é oriundo da grafia francesa e usual no senso comum do país para designar, além dos profissionais da psiquiatria, “a névoa de especialistas que intervêm no psiquismo e no mental” (DODIER [e] RABEHARISOA, 2006, p. 4). Embora ele seja um conceito para os autores, optamos por traduzi-lo diretamente para o português, uma vez que é também uma categoria nativa tanto em francês quanto em português do Brasil, onde também é relativamente usual a aplicação do termo “*psi*” para se referir ao universo da saúde mental (N. E.).

3 Esta pesquisa recebeu o prêmio de dissertação de pós-graduação (troisième cycle) da Caisse Nationale des Allocations Familiales en France. Uma outra versão dela foi publicada em Moreau (2007).

a intervir de maneira importante ao assumir os doentes psíquicos em um contexto no qual a psiquiatria hospitalar é marcada ao mesmo tempo por uma vontade de desinstitucionalização⁴ de seus doentes, a fim de integrá-los à comunidade, e pela diminuição do número de “leitos” (vagas) disponíveis nos hospitais. Esta “desinstitucionalização”, que se traduz principalmente por um encurtamento da duração média de hospitalização, é acompanhada na França há uns 15 anos por um aumento considerável das hospitalizações sem consentimento (HSC), especialmente “a pedido de terceiros” (HPT), ou seja, com um pedido por escrito de um conhecido do internado, em oposição ao procedimento dito “de ofício” (HO), realizado pelo prefeito da comunidade⁵. As pessoas próximas podem assim responsabilizar-se oficialmente por meio da HPT, ou mesmo serem solicitadas a respeito de uma internação para encontrar as modalidades de hospedagem do ente em questão, e contudo não serem plenamente responsabilizadas pelos que cuidam do internado no hospital assim que ele chega à maioridade.

As entrevistas

Foram entrevistadas 24 pessoas no quadro desta pesquisa: principalmente mães (n=15), mas também pais (n=3), irmãos (n=3), um irmão, uma esposa e um amigo. Em alguns casos eles foram contatados diretamente (n=8), e na maioria dos casos por meio de uma associação de famílias de doentes psíquicos (n=17), dos quais eles eram, em diversos graus, ou voluntários (n=8), ou usuários (grupos de apoio, atendimento, n=9). As entrevistas ocorriam ou em seus domicílios, ou em um escritório da associação. Após ter-lhes brevemente exposto o tema de nossa pesquisa, pedíamos que nos contassem a história de seu ente querido a partir de uma questão de chamada intencionalmente limitada a um “como começou?”, a fim de determinar o mínimo possível o campo léxico usado pelas pessoas próximas, antes de nos voltarmos para certos pontos, com o objetivo de torná-los precisos, ou para certos temas ainda não abordados. Realizamos entrevistas complementares com quatro dentre eles, e pudemos rediscutir com alguns informalmente quando íamos à associação

4 Preferimos usar aqui o termo “desinstitucionalização” em vez de um correspondente mais direto ao usado originalmente, “desospitalização”, por ser um termo mais usual no Brasil nos debates sobre a saída dos usuários do sistema de saúde mental dos hospitais (N. E.).

5 Esses dois procedimentos são acompanhados por um certo número de garantias. Elas devem, entre outras condições, compreender dois certificados médicos que atestem a necessidade de internação.

ou por telefone. Uma das entrevistadas nos apresentou um texto datilografado que outrora havia pensado em publicar e que havia mostrado a seus amigos e no qual relata cronologicamente os fatos marcantes da doença de seu filho e de sua (des)responsabilização pela psiquiatria. Todas as citações de entrevistas são anônimas.

As observações

Completamos as entrevistas com observação participante nos atendimentos da associação (n=15), na qual pudemos nos informar sobre reuniões, momento que é quase sistematicamente a ocasião para os próximos de contar sua história, às vezes espontânea, às vezes suscitadas pelos pedidos de esclarecimento feitos por parte dos voluntários com o intuito de chegar ao cerne da questão.

Parece-nos necessário reinscrever inicialmente a categorização psiquiátrica. Por um lado, no contexto histórico da psiquiatria, a fim de avaliar em que medida as transformações dessa disciplina afetam os julgamentos dos próximos sobre a categorização há muito tempo associada a uma loucura estigmatizada. Por outro, no contexto dos debates que a envolvem, com o objetivo de trabalhar em dois níveis: em primeiro lugar, ressaltar a suspeita que pesa sobre aqueles que operam essa categorização; e, em segundo lugar, apresentar as teses existentes cujos alcances e limites discutiremos à luz de nossa pesquisa.

Posteriormente, propomos estudar o processo pelo qual as pessoas próximas julgam que se trata de problema psíquico. Se por um lado algumas intuições fortes ocorrem, por outro o passo adiante, que vai destas intuições até a enunciação da sentença “algo está errado”, conduzindo à ação e ao recurso efetivo à psiquiatria, não é evidente. Parece que esse “processo”, ou na verdade esse “percurso”, não tem nada de linear nem de necessário, e que a categorização psiquiátrica tende o máximo possível a ser rejeitada. Tenderemos especialmente a discernir o que leva a “cristalizar” esse julgamento.

Mas essa “cristalização” condutora a um recurso à psiquiatria não é a atribuição de um conteúdo com significado homogêneo ao que está sendo produzido, o que mostrare-

mos em uma terceira etapa. Todos os pais entrevistados estimam que seu próximo sofre de uma doença psiquiátrica, o que significa ao mesmo tempo um tipo específico de dificuldade (em oposição, por exemplo, a problemas ligados a uma crise de adolescência ou à delinquência) e um certo nível de gravidade, que legitima um grau de inquietação elevado. Mas a atribuição dessa categoria psiquiátrica é acompanhada de todo um trabalho de qualificação de problemas, a qual tende a dar um conteúdo imperativo e desloca a articulação entre psiquiátrico, anormal e louco. As qualificações operadas pelos próximos são muito diversas e tendem a se organizar em configurações que giram em torno de diferentes polos (por exemplo, o problema é de ordem psicológica, orgânica, de origem genética, atribuível a produtos psicoativos?), que têm como parte suas fontes nos diferentes sistemas imperativos do mundo psi – “psiquiatria das provas”, psicanálise, psicoterapia familiar etc. (DODIER [e] RABEHARISOA, 2006b).

Contexto da caracterização psiquiátrica

Caracterização psiquiátrica e julgamento de loucura na história da psiquiatria

O recurso à psiquiatria, e particularmente a hospitalização involuntária, estavam durante muito tempo associados à categoria “louco”: por um lado, a psiquiatria foi considerada por muito tempo a disciplina que trata da loucura e a hospitalização cristaliza a identificação da necessidade de cuidados psiquiátricos, ao menos pelo autor do pedido; por outro, a hospitalização sem consentimento (HSC), particularmente, implica uma desqualificação da pessoa para o julgamento, pelo menos enquanto esta negue precisar de cuidados ou os recuse. A HSC foi durante muito tempo, sob o nome de “internação” ou “enclausuramento”, assimilada como equivalente prático do julgamento de loucura. A linguagem atual ainda guarda traços dessa assimilação (“Este aí é para ser enclausurado”, diz a senhora Cheron sobre um psiquiatra, exprimindo que ele lhe faz uma recomendação insensata, a saber, deixar seu filho “na rua”, afirmando ao mesmo tempo que ele



é nocivo). A categorização psiquiátrica e a hospitalização sem consentimento constituíram assim o paradigma da negação da autonomia, tanto como julgamento da incapacidade da pessoa de julgar coisas e tomar decisões por si mesma, quanto como limitação ativa de sua liberdade de movimento.

A psiquiatria e seus modos de assumir responsabilidade tiveram, porém, reconfigurações importantes. Foucault (1972) descrevia a medicação da loucura como o nascimento da psiquiatria. A essa tradição clínica acrescentaram-se outras concepções e práticas, por exemplo a psicanálise e a psicologia institucional, entre outras. A prática médica psiquiátrica transformou-se profundamente com a descoberta de tratamentos com drogas e com o desenvolvimento da medicina das provas⁶. O recurso à psiquiatria ampliou-se, abarcando formas de sofrimento e problemas (depressão, problemas de comportamento, vícios) que se estendem para além das patologias “tradicionais” da psiquiatria – como narra Fassin (2006), que descreve a emergência de uma nova configuração semântica articulada em torno de noções de exclusão, de sofrimento e de escuta como nova modalidade de tratamento das desordens sociais, que se distingue de uma configuração surgida nos anos 70, que envolve noções de inadaptação, pobreza, integração. Por um lado o recurso à psiquiatria e à hospitalização foram objeto de um trabalho de desestigmatização e distinção da loucura (consultar um psiquiatra não significa mais, necessariamente, “ser louco”, ainda que esta concepção perdesse em alguns casos). No que diz respeito às patologias “tradicionais”, a hospitalização de longa duração deixou de ser considerada seu “tratamento” adequado. Para esquematizar: 1) a hospitalização em psiquiatria não é mais hoje em dia reservada aos “loucos”; e 2) os “loucos”, ou aqueles que sofrem das patologias mais pesadas, não são mais considerados como indivíduos que devem permanecer no hospital psiquiátrico.

Examinaremos em que medida essas configurações da psiquiatria afetam a maneira como as pessoas próximas qualificam os problemas e em que medida a categorização psiquiátrica continua sendo associada a uma desqualificação da autonomia dos pacientes. Essa associação entre categorização psiquiátrica e desqualificação da autonomia (simbolicamente como recusa da qualidade de sujeito às pessoas e como atentado contra sua liberdade) foi durante muito tempo objeto de

6 Sobre esse gênero de clínica, que se baseia em estudos comparativos, ver Pignarre (2001); sobre sua influência na psiquiatria, ver Dodier [e] Rabeharisoa, op. cit.

suspeitas e engendrou uma forte crítica da psiquiatria. Essas suspeitas pesam igualmente sobre as famílias. Como as transformações do papel da hospitalização afetam seu percurso de categorização e de qualificação dos problemas?

Suspeitas sobre a qualificação psiquiátrica: uma teoria da rotulação

As suspeitas sobre os bons fundamentos da categorização psiquiátrica, surgida com o nascimento do asilo – cf. Fauvel (2005) –, continuam a pesar fortemente em torno das práticas dos psiquiatras, apesar das reconfigurações atuais do campo da psiquiatria. Formuladas como críticas do tratamento da loucura pela “sociedade”, elas pesam de modo análogo sobre essas pequenas sociedades que são as famílias. No âmago dessas suspeitas encontra-se a questão de se saber se a responsabilização psiquiátrica pertence ao domínio da ajuda, do cuidado (em inglês, *care*) com outrem e do acesso à cura (do termo inglês *cure*), ou se se trata de controle sobre um membro desviante que introduz problema na vida comum.

Essas suspeitas sobre a categorização psiquiátrica foram cristalizadas pelo que foi denominado teoria da rotulação. Elas se dividem em dois níveis:

No primeiro nível, tratar-se-ia menos de qualificar uma patologia própria à pessoa do que uma conduta desviante em seu contexto social, conduta que introduziria “desordem” nesse contexto (CARPENTIER, 2001, pp.79-106):

Segundo o modelo da rotulação, os problemas mentais não são uma doença, mas uma violação das normas, marcada por uma incapacidade de satisfazer suas obrigações sociais. O que ocorre no caso de uma “doença mental” seria, de fato, uma forma de desvio residual (ou seja, que não pode ser classificada como marginal, criminal etc.).

No segundo nível, essa categoria seria em parte constitutiva do que chamamos “doença mental”: ela seria menos uma doença do que uma maneira de tratar socialmente a pessoa. Quando a hospitalização era a resposta principal para a doença mental, Goffman (1968) identificava a internação como a entrada em uma



“carreira moral de doente mental” – definindo-se “carreira” como as modificações do contexto social no qual se desdobra a vida do indivíduo, “suficientemente importantes para serem consideradas como fundamentais e comuns a todos os membros de uma categoria social, mesmo que essas modificações afetem separadamente cada um desses membros”; e os “aspectos morais de carreira” são definidos como “modificações na personalidade decorrentes dessa carreira e do sistema de representação pelo qual o indivíduo toma consciência de si mesmo e dos outros”. A entrada nessa “carreira” é sancionada pela “admissão da loucura”, pronunciada pela pessoa que reconhece seus próprios problemas, admissão à qual ela é levada por suas pessoas próximas e pelos profissionais.

O “modelo de rotulação” não leva a uma interpretação inteiramente construtivista: problemas podem pré-existir antes de serem identificados como patológicos, mas sua “rotulação” lhe daria mais realidade, objetividade, tendo como consequência a exacerbação dos sintomas. No entanto, Goffman tange o construtivismo quando afirma que o “comportamento anormal”, qualificado de loucura, é “em grande medida” uma resultante das condutas adotadas pelas outras pessoas em torno do indivíduo considerado como doente e especialmente dos procedimentos de exclusão (p.182):

Muito frequentemente acaba-se descobrindo que a loucura, ou o “comportamento anormal” atribuído ao doente, resulta em grande medida não de sua doença, mas da distância social que separa este doente do que os declaram como tal.

Edwin Lemert (1976) identificava com a origem da paranóia uma verdadeira ofensa sofrida: a “pseudocomunidade conspiratória”. A conduta da pessoa julgada anormal seria de fato uma reação ao que Goffman (1972) chama de “redes colusórias”, criadas em torno dela, ou seja, a identificação de uma “anormalidade” em alguém, que leva suas pessoas próximas a entreterem-se a seu respeito em sua ausência a fim de confirmarem suas dúvidas e a excluírem-na em parte das interações. A pessoa poderia então reagir, aderindo a esse julgamento e tendendo a confirmá-lo, ou, ao contrário, poderia reagir, procurando provar sua normalidade, mas com um dispêndio de energia que seria visto como novas provas de sua anormalidade⁷.

7 Boltanski (1990, p.28) sugere a hipótese de que os sinais de anormalidade identificados nas cartas recebidas pelo jornal *Le Monde* surgiam paradoxalmente em grande medida de um esforço no sentido de se conformar ao que era concebido pelos autores como esperado pelo seu destinatário: “Era precisamente para tentar satisfazer aos requisitos de normalidade em situações particularmente delicadas que eles produziam todo um conjunto de elementos interpretados por outros como sinais de anormalidade. De fato, o que parece anormal nesses documentos são justamente as manobras que os detratores empregam para tentar engrandecer-se.

As teorias da rotulação se distinguem das que fazem das famílias (ou da sociedade) a causa dos distúrbios. Entretanto, elas podem se articular, especialmente com as teorias oriundas da Escola de Palo Alto, que fazem da esquizofrenia de um membro da família a produção de uma “comunicação patológica”. Segundo a hipótese etiológica da dupla obrigação (*double bind*), desenvolvida por Bateson *et al.* (1956), a esquizofrenia seria uma resposta a exigências contraditórias por parte dos pais. A figura da família que leva progressivamente à loucura e à internação de um de seus membros, cuja conduta ela julga inaceitável, é o tema de diferentes ficções, por exemplo, do filme *Family Life*, de Ken Loach (1971), que descreve uma família que não aceita a emancipação de suas filhas, e, anteriormente, de uma peça de Strindberg (1887), *Père*, em que uma mulher não suporta mais seu marido e as escolhas que ele pretende impor na educação de sua filha.

É possível que, em alguns casos, especialmente em situações conflituosas fortes, as famílias, ou alguns de seus integrantes, façam um trabalho de categorização psiquiátrica a respeito de um de seus membros a fim de desqualificar sua conduta. Por exemplo, entre nossos entrevistados, uma jovem questiona o papel de sua mãe, enfermeira psiquiátrica, no diagnóstico de esquizofrenia atribuído à sua irmã gêmea. Ela pergunta-se em que medida sua mãe não teria “levado” sua irmã a manifestar distúrbios psiquiátricos, em um contexto familiar extremamente complexo e conflituoso: as duas irmãs, a pedido da mãe, foram mandadas, na adolescência, uma delas para uma família adotiva, e a outra para um abrigo de menores, em circunstâncias que a jovem não esclarece. Mas sem ceder a uma idealização da família, proporemos a hipótese segundo a qual, excluindo-se casos particulares, é extremamente difícil fazer um julgamento que permaneça muito estigmatizador sobre alguém com quem se mantém uma ligação forte⁸, considerando as reconfigurações importantes que este julgamento envolve⁹. As pessoas próximas estão em situação de fazer julgamento sobre alguém que elas conhecem e com quem elas mantêm, frequentemente, uma relação forte, material e afetivamente. Um julgamento como tal envolve conseqüências pesadas para aquele que o faz, principalmente uma responsabilidade sobre os desdobramentos, talvez a necessidade de intervir diretamente na

8 Mesmo a reticência que os próximos apresentam na enunciação desse julgamento é um sinal de persistência deste estigma.

9 Um artigo do boletim de uma associação de pessoas próximas a pacientes psiquiátricos (BINOT, 2006) associa a aceitação da doença psíquica do ente querido a um “trabalho de luto”.

vida de seu parente ou de seu amigo, podendo até ir contra a vontade dele. O julgamento implica mudanças importantes na identidade atribuída ao ente querido, mas também na relação com ele e na identidade dele consigo mesmo.

No entanto, é possível pôr em questão em que medida a intolerância aos distúrbios desempenha um papel na categorização psiquiátrica – talvez justamente porque ela será rejeitada enquanto os distúrbios não sejam intoleráveis – e, por conseguinte, como é definido o que é intolerável. Se a categorização psiquiátrica tende a ser rejeitada, uma vez posta, não poderia ela inversamente levar a enxergar e/ou declarar intoleráveis os distúrbios que lhe são imputados?

A difícil categorização psiquiátrica dos distúrbios

A identificação dos distúrbios psíquicos e o fato de se estimar que eles emergem de uma responsabilização não são evidentes. Se por um lado certas intuições fortes são sentidas, por outro não é óbvio o passo seguinte, que vai dessas intuições até a enunciação da sentença “algo está errado”, levando à ação e a um recurso efetivo à psiquiatria. Certos “sinais” não são identificados senão a *posteriori* como sinais (“Quando pequeno, as mãos dele tremiam”, diz Sr. Vincenti). Os primeiros “distúrbios” identificados podem ser ou normalizados/eufemizados (“comportamento estranho”, excentricidade, humor, juventude), ou interpretados, assimilados, reduzidos a outras formas de “distúrbios”¹⁰ (transgressões, desvios, “anormalidades”): problemas escolares, crise de adolescência, consumo de produtos (lícitos ou ilícitos: álcool, haxixe...), influência nefasta de terceiros (“más companhias”, seitas). Enfim, as primeiras identificações de uma dimensão psi desses distúrbios poderão ser esquecidas ou recusadas (“A psicóloga de seu irmão havia pedido para vê-lo e tinha recomendado um acompanhamento – eu tinha esquecido completamente”, diz Sra. Duchesne). Paralelamente, uma vez identificada a doença, uma dúvida subsiste sobre os distúrbios que devem ou não ser associados a ela. Martine Bungener (1995), considerando um espaço médio de quatro anos entre a identificação dos primeiros distúrbios e a primeira

10 Utilizamos o termo “distúrbio” justamente pela sua indeterminação: ele permite designar ao mesmo tempo desordens “interiores”, a “patologia” em questão, e desordens sociais que incitam as testemunhas a iniciar esse trabalho de qualificação.

hospitalização, pergunta-se em que medida eles não são identificados retrospectivamente. Pode-se ir além: não seriam certos distúrbios de uma outra “natureza” requalificados como psiquiátricos e imputáveis à doença depois que ela é reconhecida?

Um percurso de categorização

Uma mãe (Sra. Lasserre) hesita ao atribuir um início aos distúrbios: “Tenho um filho de 32 anos, em breve 33, que está doente desde sei lá quando porque aconteceu progressivamente. A gente não se deu conta”. Deve a Sra. Lasserre incluir na história da doença os “distúrbios de aprendizado”, os problemas de conduta na escola e as extravagâncias de adolescência? Em várias etapas (9, 10, 15 anos), ela esclarece que “foi assim que começou”. Os distúrbios de aprendizado foram objeto de um acompanhamento por um ortofonista¹¹ em um centro médico psicopedagógico (CMPP), posteriormente interrompido.

Os problemas de comportamento são comunicados aos pais pela escola. Quando seu filho apresenta-se diante de um juiz por conta de uma infração durante a noite, os pais pedem uma medida educativa, estimando eles mesmos não terem conseguido impor-lhe limites. É portanto, antes de mais nada, em termos de problema de “conduta” (do filho) que eles formulam suas dificuldades. Os distúrbios afetam a vida em comum de pais com seus filhos, e tendem progressivamente a ser interpretados pela mãe como “mal-estar” e “sofrimento” psicológico (mais uma vez Sra. Lasserre):

*Foi aí que começou*¹², quando ele ficou muito difícil em casa. Ele não dormia bem, dormia muito mal à noite. Faltava sono. Ele não conseguia... Ele mudava sem parar os móveis de lugar no quarto dele. Enfim, ele tentava modificar todo seu exterior porque ele estava mal por dentro. A gente não conseguia mais ter um diálogo de verdade com ele, mas quando ele era pequeno isso não era um problema. Foi aí que a gente viu que ele começava a ficar mal, mas se recusa, é claro, a consultar alguém e principalmente... Eu era psicóloga na escola, tinha uma formação. Eu via bem que a coisa ia mal (...) Então, de fato... me dei conta... Eu já suspeitava de que ele estava mal, que ele estava doente, mas não achava que era uma psicose. Ele nunca delirava.

11 Tarefa que, no Brasil, em geral é desempenhada por um fonoaudiólogo (N. E.)

12 Grifos sempre da autora (N. E.).

O depoimento da Sra. Lasserre está organizado em torno do “início”, que ela identifica retrospectivamente como pertencente à história da doença e que recebeu na época outras categorizações, outras interpretações: pois é o ponto central de seu esforço de identificação do início, a história das interpretações sucessivas do que causou problema, até rejeitar a possibilidade de uma doença e o recurso à psiquiatria. Ela censura-se retrospectivamente por não ter feito pressão suficiente para que seu filho consultasse um psicólogo, enquanto seu marido baseava-se na recusa do filho para desestimulá-la a insistir. A interpretação psicológica, então, é privilegiada, por um lado, em virtude da formação da Sra. Lasserre, psicóloga escolar, e, por outro, em função da história familiar: ela e seu marido adotaram o filho e atribuem como causa de sua adolescência difícil uma reação ao abandono inicial. Ao mesmo tempo que faz uma interpretação “psicológica”, ela rejeita sua categorização como patologia psiquiátrica. A degradação da situação será em seguida imputada ao consumo de álcool, que é identificado como o problema que leva a mãe a incitar seu filho a um tratamento de abstinência, e a se informar, ela mesma, sobre o alcoolismo e a participar de grupos de apoio a pessoas próximas a alcoólatras (Sra. Lasserre):

Ele teve uma briga com a namorada. O apartamento estava em um estado deplorável. Me lembro que ele desceu, pegou uma faca, estava com olhos de louco. Não dava mais. Então eu disse a meu marido o que tinha visto, e que assim não podia mais continuar. Mas o que fazer quando alguém...? *A gente chegou ao ponto em que se vê que a coisa é grave.* Mas ainda aí, a gente considerou o caso como alcoolismo. Mas o álcool levava a distúrbios que poderíamos de fato comparar com distúrbios psicóticos. Em um primeiro momento, me informei sobre o alcoolismo. O alcoolismo era coisa que eu não conhecia. *Mas ainda nesse ponto a gente estava fora da psicose, ainda que os distúrbios fossem os mesmos.* F. aceitou fazer um tratamento. Ele fez uma vez.

Ela se lembra de um momento de tomada de consciência de algo da ordem da “loucura”, mas ainda que essa intuição seja forte (também acredita ter falado com seu marido sobre “estado limite”), ela não é plenamente aceita e é “racionalizada”:

Então, um dia, ele me telefonou dizendo: “Mãe, estou ficando louco”. Isso eu entendi de fato... E sua namorada, que eu conhecia, me disse: “Ele está estranho, fica o tempo todo se olhando no espelho como se não se reconhecesse”. Então eu tentava falar com ele e ele me dizia: “Mas eu não sei com quem pareço, não conheço meus genitores, gostaria de saber com quem eu poderia parecer”. Coisas assim ainda podiam ser explicadas. Ele mesmo tentava racionalizar seu mal-estar, na época. E depois vários tratamentos. Várias mudanças de apartamento. Muita violência na hora das crises, também contra sua namorada, que não ia bem e bebia com ele.

No processo que leva a fazer o “julgamento de loucura” ou de “doença mental”, vários pais testemunham um período em que coexistem a tomada de consciência ou a identificação do distúrbio mental e seu não-reconhecimento, com formas de normalização-racionalização, simplesmente “vida que segue”, sendo a consciência de que “algo está errado” rejeitada ou suspensa, sem resultar em nenhuma tradução prática específica, a qual muitas vezes fica aglutinada em uma série de respostas urgentes para problemas imediatos.

A identificação da doença mental ocorre não na ocasião das diferentes hospitalizações de ofício, sofridas pelo filho após os atos de violência, pois estas hospitalizações serão atribuídas ao seu alcoolismo, mesmo que, aos olhos da Sra. Lasserre, elas tenho ajudado seu marido a tomar consciência da gravidade do problema. Somente com o enunciado do diagnóstico feito pelo médico de seu filho, que falará com seus pais, eles entenderão realmente:

Tento me lembrar quando realmente a gente entendeu que se tratava de fato de uma doença. Já o alcoolismo é uma doença e ele tem as duas. Foi quando ele foi consultado no hospital Beaujon por conta do alcoolismo, ele tinha sido hospitalizado em HO porque, na rua, tinha chutado um carro. (...) Ele encontrou um médico muito simpático. Hoje a gente o vê na televisão quando tem um programa sobre vícios. Foi ele que disse: “Você também tem uma psicose e a gente vai tratar”. Foi aí que a gente entendeu.



No caso da Sra. Lasserre, foi o enunciado do diagnóstico que lhe permitiu a categorização psiquiátrica. Nem seu marido nem ela foram responsáveis pelas hospitalizações iniciais. No entanto, corroboraram, sem dúvida, suas inquietações anteriores.

Várias temporalidades misturadas são postas em prática no trabalho de categorização e de qualificação de distúrbios: sua aparição e evolução (eles aparecem progressivamente ou brutalmente? Estão presentes “desde sempre”, desde o nascimento ou infância, ou eles aparecem mais tarde, na adolescência, por exemplo? Há um retorno ao estado “normal?”); o momento e a responsabilização psiquiátrica; o percurso dos pais entre as interpretações e os recursos.

Pequenos sinais difíceis de ser identificados

Diferentes tipos de sinais e distúrbios são descritos pelas pessoas próximas: entre pequenos sinais discretos que alertam sem ser realmente identificados e os distúrbios manifestos, entre os distúrbios associados a outros tipos de explicação (má conduta, depressão), os distúrbios que evocam a loucura e os distúrbios que não parecem com nada conhecido. Pode-se questionar se o julgamento de anormalidade qualifica um conjunto de sinais ou distúrbios específicos, se ele é o refúgio de distúrbios inclassificáveis, ou se, em um outro nível, ele intervém para qualificar os distúrbios percebidos como intoleráveis, a fim de permitir o recurso a outros dispositivos. A categorização psiquiátrica apenas nomearia um conjunto de sinais identificados e conhecidos, mas também nomearia o que permanece sem nome e/ou recurso específico.

De fato, os distúrbios não se manifestam sempre durante as grandes crises de delírio manifesto: certos sinais alertam¹³, mas continuam difíceis de ser identificados e nomeados. Tratar-se-á de uma agitação, de uma risada muito prolongada, um olhar fixo demais, uma “piada” sem sentido, um discurso, uma explicação que não se entende ou difícil de acreditar. Mas ainda não são gargalhadas de improviso, ações repetidas compulsivamente. Eles “deixam uma pulga atrás da orelha”, eles causam “mal-estar”¹⁴ e chamam eventualmente a atenção dos próximos para futuros acontecimentos, tornando-os mais sensíveis, mas também mais reativos.

13 Leibniz (1990, pp. 41-43) lança mão da noção de “pequenas percepções” para designar o que nos afeta sem que tenhamos consciência, portanto pode-se “perceber” se se presta atenção.

14 Sobre as pequenas inadequações relativamente às maneiras habituais de fazer, como *micro-breaches*, ver Garfinkel (1990).

Assim, Sra. Bertrand narra a visita de seu filho Julien, então com 22 anos de idade, aluno de uma escola de engenharia em outra cidade, dois meses antes de sua primeira crise:

Ele voltou no início de março. A família estava reunida de novo à noite na sala. A gente falava sobre uma coisa e outra e ele contava coisas engraçadas, que nos faziam rir. Realmente, a gente ria. Eu diria que não tinha a pulga atrás da orelha. Algumas coisas nos faziam rir e ele tinha um colega. Todos os seus colegas chamavam ele de “Ecstasy”, que significa... bom... Mas no início de março achei que ele estava cansado da cabeça. Eu disse para ele: “Escuta, Julien, você precisa descansar”. Então, o que eu pensei? Que ele estava na esbórnica com os amigos.

Esses sinais não a alertavam e foram identificados retrospectivamente. Ela esclarece que “não tinha a pulga atrás da orelha”: não se trata de negação, mas o próprio fato de mencioná-lo, e de associar esses micro-eventos à história, indica o leve mal-estar então sentido. Quando, algum tempo depois, amigos de seu filho telefonaram para avisar que ele “não estava bem”, sem dizer exatamente do que se tratava, os pais partiram imediatamente de carro para vê-lo, telefonando apenas para avisar de sua chegada:

Q: Mas quando eles lhe telefonaram, a senhora disse para si mesma que era preciso pôr os pés no chão?

Sra. Bertrand: Sim, a gente se deu conta que era preciso pôr os pés no chão, mas uma doença, apesar de tudo, isso não entrava em minha cabeça. Eu nem sabia que isso existia. Não dava para imaginar¹⁵.

Transgressão, loucura, inexplicável

Vários entrevistados ressaltam a ausência de conhecimento prévio desse tipo de distúrbios, seja por experiência direta (não conhecem outro caso), seja por “experiência comum”, transmitida como saber comum, e apontam a dificuldade de identificá-los:

¹⁵ Uma prima fora hospitalizada um ano antes, após um episódio delirante: consideramos que isso não se tratou de um esquecimento, mas sim da interpretação de que é inimaginável no caso de seu filho.

Uma primeira coisa é que as pessoas envolvidas pela doença de seu ente querido não a conhecem. O resfriado tem uma lógica; se agente tosse, pode ser bronquite; se um bebê tem espinhas, pode ser varíola... a gente tem conhecimento, uma experiência. Quando a gente tem dor de ouvido, é otite... Tem uma ligação de causa e efeito, uma estrutura habitual... (Introdução do Sr. Vincenti à história de seu filho)

O Sr. Vincenti¹⁶ introduz sua narração com uma observação geral sobre a relação dos próximos com a doença: não se trata somente de uma doença incomum, cujos sintomas e causas são opacos, mas de uma doença que parece desprovida de toda lógica. Poderíamos dizer, mais exatamente, que é a própria estranheza da doença que impede aqueles que a confrontam de lhe atribuir uma forma “lógica”, de descobrir sua estrutura: 1) essa “doença” se apresenta a partir de sinais que não fazem parte dos sinais habituais de uma doença: espinha, febre, tosse...; 2) esses sinais podem até não ser reconhecidos como sinais: cólera ou apatia não são necessariamente outra coisa senão esses estados eles mesmos. Considerá-los como sinais implica querer encontrar aí alguma outra coisa que seria sua causa. A cólera, por exemplo, não é mais vista como uma reação a um evento, ao qual esta reação seja percebida como legítima ou abusiva. Em vez disso, é vista como sintoma, a expressão de outra coisa, a manifestação de uma hipersensibilidade ou de um distúrbio profundo, na ausência de identificação de um elo explicativo entre esse estado e seu contexto.

Na identificação de elementos como sinais e na interpretação desses elementos, a primeira etapa consiste em isolá-los, em perceber ou identificar que algo foge do “curso normal das coisas”: isso é normal ou não? Isso é uma transgressão ou não? Isso é aceitável ou não? Devemos reagir? Como? Se a transgressão é imputável a um ato voluntário, ela remete à ordem e à sanção, se trata de um sofrimento, ela remete à ajuda e eventualmente ao recurso de tratamento. O “julgamento de anormalidade” situa-se entre a percepção, o enunciado desse julgamento e uma eventual tradução do ato. É difícil saber em que momento ele intervém: no momento da percepção (no espaço entre o curso normal das coisas, as regras da vida comum, a identidade da pessoa),

16 Engenheiro aposentado, Sr. Vincenti participa há anos de grupos de apoio. Ele é voluntário em uma associação em que faz atendimentos destinados ao recebimento de pessoas próximas de doentes que desejam informações ou conversar sobre sua história, além de representar a associação nos quadros institucionais.

no momento em que ele é formulado como afirmação (a existência desse espaço e sua categorização como loucura, doença mental, ou partindo de uma categorização psiquiátrica) ou no momento em que ele é efetivamente traduzido em ato (a intervenção junto ao ente querido, a solicitação de ajuda a terceiros, a consulta psiquiátrica, até a hospitalização sem consentimento)? De certo modo, os três são verdadeiros: as “percepções de anormalidade” já são julgamentos, quase instantâneos mas também fugazes, fáceis de substituir em uma situação ulterior.

A Sra. Duchesne descreve os distúrbios que ocorreram alguns meses antes da hospitalização por ofício de seu filho primogênito (então com 23 anos, aluno de uma escola de artes); seu julgamento sobre a doença se situa na fronteira entre normalização e transgressão (excentricidade aceita do artista) e identificação de um “comportamento estranho”: “Ele teve um percurso que pareceria lógico para um estudante. Ele pintava sobre as paredes, o que ele não deveria fazer em um imóvel alugado. Mas bom, havia muitas coisas que eu deixava passar... Não era chocante para um estudante artista”.

Ela fala sobre outros fatos “estranhos”, sobre os quais lhe peço para que esclareça:

Ele tinha, por exemplo, furado o colchão com golpes de faca. Eu achava isso estranho. Ele pintou um afresco sobre as paredes, que ficaram magníficos, mas, enfim, eu conhecia o proprietário do apartamento. Não se deve fazer isso. Seu irmão tinha me dito: “Ele não me agrediu, mas estava com tanta vontade de me bater que pegou uma vassoura, e bateu com ela no chão, e a vassoura ficou torta”.

Ela contou brevemente esse episódio do colchão furado com golpes de faca, para o qual ela deu uma resposta pragmática: sua substituição. Mas o acúmulo de elementos e alertas de pessoas diferentes a induziu a intervir antes: ela organiza a vinda de seu filho para a cidade em que ela mora, primeiro em sua casa e depois em um apartamento, já que a vida em comum tornou-se difícil. Sua resposta parece pertencer menos ao domínio da sanção do que do apoio, sem que a identificação desses elementos “estranhos” receba uma



qualificação própria ou que eles levem a um recurso *psi*. Foi uma “grande crise” do filho na estação de trem que ensejou sua hospitalização (a polícia interveio) e um enunciado de um diagnóstico de psicose. Mas diferentemente ao caso da Sra. Lasserre, para quem o enunciado de diagnóstico havia sido determinante, esse primeiro diagnóstico não leva a uma interpretação diferente da Sra. Duchesne sobre a conduta de seu filho, nem a uma mudança de resposta para a situação. Pode-se notar que o diagnóstico não chega no mesmo nível nas duas histórias, tardiamente no primeiro caso, precocemente no segundo, e que os distúrbios propriamente ditos sobrevêm progressivamente no caso da Sra. Lasserre, e brutalmente no caso da Sra. Duchesne. Somente na segunda crise que a família da Sra. Duchesne se dá conta:

Sra. Duchesne: Isso é grave. Um ano depois ele teve uma crise de novo e foi aí que eu tive que hospitalizá-lo. Foi aí que a gente se deu conta (...)

Q: Entre a primeira e a segunda vez, a senhora percebeu sinais?

Sra. Duchesne: Eu acreditava realmente na gravidade da doença. Eu via os esforços que ele fazia para tentar se reencontrar... E a gente, que não conhecia esse tipo de doença, a gente o sacudia. Todo o mundo... Ele tinha toda a família nas costas, seu avô a mesma coisa, e tal: “Mexa-se, você é preguiçoso, não se ganha a vida assim, Belas Artes, você vai ver depois, vai procurar um trabalho”.

A hesitação entre “má conduta” e “doença” envolve a questão da responsabilidade do sujeito em distúrbio: são os distúrbios imputáveis? O distúrbio não está somente no fenômeno propriamente dito, mas também na escolha da resposta para ele.

Sinais específicos ou distúrbios intoleráveis

Certos distúrbios recebem, pelo menos em um primeiro tempo, uma categorização recorrente: delinquência, agressividade, preguiça, depressão, excentricidade. Parece que essas categorizações são mais familiares e implicam lógicas de ação conhecidas. No entanto, outros sinais são mais acentuados, seja porque evocam diretamente a loucura, a doença psíquica, para aqueles

que são testemunhas, seja porque não são associáveis a “nada de conhecido” previamente. Uma mãe (Sra. Cheron, mãe de um esquizofrênico, então com 20 anos de idade) descreve sua descoberta a respeito do aspecto de seu filho, que ela não via há meses, e o estado do apartamento dele:

Quando abri a porta, tive o maior choque de minha vida. Para mim ele tinha se metamorfoseado, de um jovem que eu tinha deixado há uns meses... uns seis, oito meses... Entre seis e oito meses... Fisicamente, sua barba estava por fazer, suas unhas também, o cheiro pestilento de seu apartamento me abalou. Ele tinha olheiras. Pensei que ele estivesse se drogando. Então nem pude entrar na casa dele. Quero dizer, sim, entrei na casa dele, e disse: “Você vai pelo menos dar um copo d’água para sua mãe”. Ele me deu um copo de água imundo. Estava cheio de lixo em volta dele. Foi um verdadeiro choque. *Nunca esperaria isso, nem sabia que isso existia. Eu não estava prevenida.*

O termo “inimaginável” é recorrente, designando ao mesmo tempo a experiência de distúrbios cuja existência os pais não haviam imaginado (como o estado de “relaxamento” de um apartamento no qual o lixo ficou acumulado durante meses) e a dificuldade de encarar a doença psíquica do filho.

Sr. Vincenti: Mas ele se mete em cada situação, mesmo fazendo esforço de imaginação, você não consegue imaginar... É o que se chama loucura, é isso. Ou seja, ele fez uma loucura, algo que ultrapassa o bom senso. Então a gente não pode imaginar as situações... realmente... Não anotei todas, mas bom, sei lá, perder a chave de casa e entrar pela janela passando por um espaço de 10cm no quinto andar. Passar da janela da escadaria para a janela da cozinha, no quinto andar, com 4m de distância, talvez não quatro, mas 2m ou 3m, por um espacinho de 10cm.

Q: Isso aconteceu?

Sr. Vincenti: Sim, aconteceu. Caso contrário eu não falaria. Eu não inventaria.

O distúrbio não é somente constituído pela transgressão das regras comuns, nem pelo desconhecido, é uma dúvida projetada sobre o conhecido, um questionamento do bom senso, significados “compartilhados”,



ou que se acredita compartilhar com os atores, identidades atribuídas a cada um, articulações lógicas, continuidades do que se acreditava “evidente”.

Há uma forma de tolerância ao que está “fora da ordem” do cotidiano, seja isto negado, que se continue a agir “como se nada fosse”, ou seja isto “normalizado”. É preciso que a vida comum seja fortemente afetada para que haja intervenção das pessoas próximas e recurso a terceiros: clínicos, psiquiatras, quiçá a polícia, em casos de violência.

Se por um lado há uma possibilidade do irregular na vida humana, por outro parece também haver um pavor do imprevisível absoluto. As boas maneiras podem ser consideradas como um conjunto de gestos regulados que garantem a continuidade do social e o controle da agressividade. Os distúrbios psíquicos ameaçam a constituição de um universo regrado, no qual é possível se orientar e fazer projetos. Parece haver uma angústia de um universo sem identificação, onde o outro é totalmente imprevisível: a “periculosidade”, freqüentemente invocada para dar conta das hospitalizações involuntárias, não é invocada somente por aqueles que sofreram ou assistiram a uma violência efetiva de seu ente querido, mas também por aqueles que têm em vista outros “espaços” imprevisíveis, que nem sempre são transgressões: podem ser cóleras bruscas, palavras desinibidas, mas também gestos repetidos compulsivamente, um transbordamento afetivo, e/ou, o que pode ser percebido pelas pessoas próximas, um sentimento de transformação da personalidade. “Chamado à ordem”, o “provocador de distúrbio” tende a tornar-se agressivo, a não responder, ou a não cessar os surtos. As pessoas próximas encontram-se em face de uma conduta que perturba fortemente o que elas consideram como aceitável, sem que possam encontrar um sentido, e sem que seja possível restabelecer um quadro comum de interação.

Sem dúvida a soma da presença desses três elementos suscita o desencadeamento de uma interrogação sobre a existência de distúrbios psíquicos: essas condutas fogem à “ordem” (ordem habitual, ordem esperada)¹⁷, resistem às interpretações correntes disponíveis e não é possível ter uma real influência sobre elas (seu autor não as justifica nem as enquadra no modo aceitável).

17 Encontramos na noção de ordem a mesma dupla dimensão descritiva da noção de “normal”. (CANGUILHEM, 1991).

A dificuldade de qualificar os distúrbios, de definir a inquietação em face deles, gera a espera de reconhecimento por parte de terceiros. Ao contrário, quando o reconhecimento dos distúrbios é recusado, longe de apaziguar as dúvidas, esta recusa tende a aumentar as dúvidas e, além disso, a relançar uma suspeita sobre os próximos, como testemunhas estas palavras proferidas em uma entrevista: “Nós não intervimos nas querelas das famílias” (polícia); “Sua irmã é grande. Se ela não quer vê-los, isso é problema dela” (comissariado, pedido de parecer de perícia). E essa dúvida é ainda mais difícil quando ela envolve o tipo de resposta apresentada pelas pessoas próximas, na qual sua própria responsabilidade, e a potencial culpabilidade, estão em jogo: da não-intervenção, que pode ser a não-assistência à pessoa em perigo, até o apelo à intervenção dos médicos ou da polícia, que pode ser visto como violência e traição contra o próximo (um pai utiliza o termo “Gestapo”, uma censura: “Era como chamar a Gestapo, mas...”)

O trabalho de definição da natureza dos distúrbios

A hospitalização e/ou o diagnóstico constituem uma entrada na “carreira moral de doente mental”?

A hospitalização em psiquiatria ou o enunciado de um diagnóstico por parte de um profissional, quando ocorre (certos psiquiatras evitam dar um diagnóstico muito cedo ou se recusam a comunicá-lo aos pais), podem ter um valor de exame de qualificação dos distúrbios. Palavra de especialista, o diagnóstico tem o duplo mérito de reconhecer os distúrbios e seu caráter “anormal” sob forma de patologia, e de dar um nome à coisa, de atribuir-lhe um lugar.

É engraçado, porque tem um lado em que a palavra do psiquiatra, enfim, o fato de dar um diagnóstico, por exemplo, tem alguma coisa... Não sei muito bem explicar, mas tem alguma coisa de reconfortante quando se tem um nome de uma doença, ou de um distúrbio, ou sei lá o quê, de ter um nome com uma definição, as consequências, o que se pode fazer ou não fazer. Na segunda vez, quando foi reconhecido, isso fez bem para eles... A psicose maníaco-depressiva, os psiquiatras, eles não falaram imediatamente (Nathalie Bertrand, irmã mais nova de um paciente bipolar, aliás, estudante de psicologia).



Mas o diagnóstico não tem sistematicamente esse valor: ele pode ser “esquecido”, posto em dúvida, “suspensão” pelas pessoas próximas que preferem guardar as fórmulas da prudência. O diagnóstico tem ainda mais valor operacional se ele for acompanhado de uma forma de autoridade reconhecida e se tiver um conteúdo verossímil e aceitável.

O enunciado do diagnóstico poderá assim valer como reconhecimento de uma doença para um pai (como conta sua mulher, Sra. Daniel, mãe de dois filhos com distúrbios psíquicos) que tem dificuldade de admitir os distúrbios de seu filho:

Q: havia nomes que foram atribuídos a o que seu filho tinha?

Sra. Daniel: Então, sobre os nomes, isso foi benéfico para meu marido, porque eu não acredito nos nomes. Mas meu marido, como muitos homens, tem uma rejeição das doenças. Tivemos uma entrevista com médicos e meu marido perguntou: “Que doença é essa”? Eles responderam o que 90% das pessoas nos disseram: “Ele tem esquizofrenia”. A mim o nome não importa. No caso do meu segundo filho, eles foram menos claros. Eles disseram: “Ele tem psicose infantil”, então é menos reconfortante para ele. Em alguns momentos ele continua dizendo: “Ele não está doente, ele faz de propósito, ele está manipulando”.

Q: Quando há um nome, isso permite dizer que se trata de uma doença?

Sra. Daniel: Isso. No meu caso, não acredito nos nomes. Primeiro porque percebi que havia uma grande confusão sobre a esquizofrenia, onde se colocam 80% dos casos. Há uma segunda confusão, que é o transtorno bipolar. Além disso, não tem mais muita coisa. Quando eles não sabem, eles não dizem. Se isso reconforta as pessoas, por que não?¹⁸.

18 Sra. Daniel, 61 anos, aposentada, trabalhava no setor de marketing-comunicação de um grupo financeiro. Seu marido trabalhava em um serviço de gestão informática, também em uma empresa financeira. Seu filho primogênito e seu filho caçula sofrem de distúrbios psíquicos. Eles também têm uma filha, irmã gêmea do segundo, que não é doente.

O diagnóstico não é necessário para a Sra. Daniel, que não precisou dele para identificar os distúrbios quando viu seu filho delirando, reconhecendo o que ela já havia visto no caso de seu pai, que sofria, igualmente, de distúrbios psíquicos. Ela “não acredita muito nos nomes”, mas nota sua utilidade, especialmente para seu marido, que tende a interpretar os distúrbios de seu segundo filho como uma manipulação: o diagnóstico tem o valor de reconhecimento dos distúrbios por parte dos profissionais.

Mas a palavra médica nem sempre é dotada dessa autoridade: aquela que declara que “seu filho está muito bem” a uma mãe que o viu delirar algumas horas antes não é retida, e a mãe irá procurar um outro médico:

Mas os médicos nos recebem em seus gabinetes, com eles, e dizem: “Sabe, senhora, seu filho já é grande, ele quer comer cereais, não há nenhum problema em comer cereais”. A maneira como eles me falaram me chocou. Então, depois, eu já tinha falado com um médico... Depois de cinco horas saí com meu marido e com Julien. Ficamos em casa nesta segunda à tarde. Eu não conseguia falar. Eles ainda não tinham entendido nada. Fiquei chocada. (Sra. Bertrand)¹⁹

Assim, se por um lado o hospital e o diagnóstico são fortes “provações” – no sentido pragmatista (BOLTANSKI e THÉVENOT, 1991) –, momentos de qualificação ou de questionamento das qualificações postas, por outro, na medida em que terceiros intervêm, e terceiros dotados de um certo poder, apoiados sobre a posse de um saber, o valor dessas provas, e da autoridade destes terceiros, são postos em questão, tendo em vista especialmente sua capacidade de dar sentido à experiência dos distúrbios e de dar-lhes uma forma aceitável para os próximos. Encontramos aqui a circularidade de atribuição dos poderes e da realização das provações descritas por Dodier (2003).

Uma vez que o diagnóstico é dado e admitido, ele será objeto, por parte das pessoas próximas, de um trabalho de interpretação e de “acomodação”, ou seja, de confrontação, de comparação e de adaptação às suas concepções anteriores. Em todo caso, ele é objeto não tanto de uma apropriação, de uma aceitação passiva, mas sobretudo de uma leitura crítica a partir da qual os pais dispõem de mais ou menos ferramentas. Pois não existe o “profano puro”. Mas, além da aplicação de conhecimentos não ser evidente, nem todo o mundo dispõe dos mesmos recursos (saberes, relações, discursos sobre a doença). Nesse caso, alguns entrevistados têm formação em psicologia, na área de saúde, quiçá em psicopatologia. No entanto, a aplicação de suas competências profissionais a um próximo não é evidente: ela implica um tipo de questionamento e de exame não necessariamente posto em prática: assim, Nathalie Bertrand, 25 anos, psicóloga, irmã de um ra-

19 Sra. e Sr. Bertrand têm ambos 57 anos. Ela era professora de colégio e hoje é aposentada. Ele era engenheiro e hoje trabalha em uma consultoria. Eles têm quatro filhos. O primogênito, Julien, cuja primeira grande crise do que ainda não era qualificado de “mania” ocorreu quando ele tinha 22 anos e era estudante em uma escola de engenharia, hoje é quadro de uma empresa. Também realizamos entrevistas com diferentes membros da família, exceto um irmão.



paz diagnosticado bipolar, vê problema em “psicanalisar sua família”, recusando-se a se aventurar em considerações sobre a etiologia dos distúrbios e também a prestar-se a um tipo de escuta que ela considera própria à terapia com uma de suas primas, que tem muitas crises de “surtos delirantes”. Além disso, a efetivação desses conhecimentos pode ser arrefecida por uma recusa, ou uma dificuldade, de “ver”: Sra. Lasserre, psicóloga escolar aposentada: “Ele não fazia mais nada. Ele ia para a escola, não tirava seu sobretudo, nem seu casaco. Aí começamos a entender que a coisa estava mal. Mesmo na escola particular, a diretora era psicóloga, eu me lembro, ela disse para a gente... Eu achava que coisa de adolescente. Contudo, eu tinha informações, mas quando é o seu, a gente não vê”. O “percurso de qualificação dos distúrbios” da Sra. Lasserre é, apesar de suas competências, paradigmático de toda uma série de percursos de pais que privilegiam toda uma série de interpretações antes de considerar realmente a possibilidade de uma doença psíquica ou de ser confrontada com um diagnóstico psiquiátrico, após uma hospitalização involuntária.

Além disso, certas noções, conceitos, representações, são difundidas por várias mídias (revistas, programas de televisão e de rádio). Enfim, o trabalho de qualificação de distúrbios pode incluir a consulta de pessoas em seu meio que possuem competências psicológicas, de profissionais, de mão-de-obra especializada, de associações. As pessoas próximas adquirem ao longo de sua experiência sua própria especialização. As transformações profundas dos dispositivos de responsabilização psiquiátrica, assim como a coexistência de uma pluralidade de sistemas de interpretações dos distúrbios psíquicos, oferecem aos próximos uma margem de reinterpretação e de categorização psiquiátrica sobre a “natureza” dos distúrbios, pondo em questão principalmente a articulação entre categorização psiquiátrica e julgamento de anormalidade.

Loucura e qualificação da natureza dos distúrbios

a) Loucura à espreita: persistência do campo léxico da loucura e de referências a imagens a ela associadas

De fato, as enquetes fazem referência a todo um conjunto de representações que giram em torno da loucura, às vezes quase levemente, utilizando expressões correntes que em-

pregam a palavra “louco” ou “loucura”, mas metaforicamente. Às vezes usam-nas como designação de um imaginário presente nos interlocutores, que obstrui sua compreensão dos distúrbios. Eles mesmos falam de associação, às vezes indo até a assimilação, do que vem do *psi* e da loucura (consultar um *psi*²⁰, seja ele psiquiatra, psicanalista ou psicólogo, ser um doente mental, sofrer de psicose ou de esquizofrenia²¹), que eles mesmos fazem ou identificam nos outros. A “loucura” está frequentemente presente e participa do distúrbio, na percepção dos distúrbios e/ou no reconhecimento daquilo que eles trazem do psiquiátrico. Alguns entrevistados enunciam seu mal-estar ante essa proximidade, outros realizam todo um trabalho de distinção dos distúrbios e da loucura, ressaltando a parte de “normalidade” conservada e organizando a qualificação dos distúrbios do modo que lhes é mais aceitável, especialmente sobre as diferentes representações da doença psíquica que circulam atualmente.

O mundo *psi* é de fato constituído pela coexistência de configurações heterogêneas que aparecem em diferentes momentos da história. Cada uma dessas configurações define ao mesmo tempo sua ontologia própria – as entidades que ela reconhece como existentes e pertinentes para dar conta do real (cérebro, genes, inconsciente etc.) – e um posicionamento epistêmico (JACQUELINE, 2006).

Propomos falar de “configuração descritiva” para abordar as maneiras como os pais qualificam os distúrbios, na medida em que elas podem ser homogêneas, mas podem também ser uma “bricolagem” entre as diferentes fontes explicativas das quais dispõem os pais em um dado momento, e fazer coexistir níveis de explicação mais ou menos integrados entre eles²². Essas configurações tendem, porém, a se articular em torno de polos distintos de uma pessoa a outra, unindo as diferentes configurações do “*modo psi*”. Encontraremos concepções relevantes da “psiquiatria das provas” (baseada no modelo *evidence based medicine*), associando uma compreensão orgânica dos distúrbios e o fundamento epistemológico das informações retidas nos estudos científicos, e outras mais psicanalíticas, associando distúrbios a eventos familiares e buscando sentido mais do que causas. Algumas configurações permanecem heterogêneas: encontraremos a palavra “loucura” junto com a expressão “fator genético”.

20 “Havia muito tempo que eu lhe falava um pouco dos *psis*, e tal. Porque, para ele, era para os malucos, não para ele, em todo caso. Não era útil, enfim, ele entendia e não achava útil.” (Jerôme, 26 anos, sobre um amigo hospitalizado várias vezes).

21 “Essa palavra, o que ela evocava para mim naquele tempo? Ela evocava a palavra loucura, simplesmente. Porque para mim, que não sou médico, eu não tenho, como dizer...? Não sou versado sobre a questão. Peguei meu dicionário ao voltar para casa, foi tudo que pude fazer. Eu não tinha internet na época. E o dicionário, não dá para dizer que a mãe seja poupada (...). Então quando uma mãe vê isso, o sentimento de culpabilidade, acredite em mim, é muito forte.” (Sra. Cheron, depois que um psiquiatra lhe disse que seu filho era esquizofrênico).

22 É provável que o exame aprofundado de discursos de profissionais *psi* mostrassem também formas de bricolagem.

Essas configurações organizam ao mesmo tempo a descrição dos sinais, a definição da natureza do que se produz, sua explicação e a apreciação dos cuidados ou das respostas que lhes parecem mais adequadas. Os pais tendem a adotar aquelas que satisfazem sua demanda de explicação, mas também aquelas que respondem a questões angustiantes que eles se colocam com respeito aos distúrbios, principalmente sobre o papel que eles puderam desempenhar na aparição desses distúrbios, da doença mental e da loucura. Alguns apóiam-se em noções de sofrimento e de estresse para distanciar a representação da doença psíquica, outros apóiam-se em efeitos de substâncias psicoativas.

**b) As relações entre diferentes configurações:
psicodinâmica, biológica, mista**

A Sra. Daniel tem uma interpretação em termos de psicodinâmica. Ela atribui pouca importância aos diagnósticos médicos, que lhe parecem “confusos”, e qualifica os distúrbios de “doença da relação”. Depressiva após o nascimento dos gêmeos, próxima ao seu filho primogênito, ela fez psicanálise e faz atualmente terapia familiar com seu marido.

Na verdade, é uma doença da relação. A gente tinha essa doença, mas não é o cérebro que está doente, são os desejos, é a relação humana. É este o problema. É o que se diz: “Vai para um psiquiatra, ele vai te tratar”. Mas um psiquiatra não pode tratar de uma doença da relação humana. Enfim, é um distúrbio da relação, um distúrbio da personalidade e da pessoa, enfim, do ser profundo. Então o que temos não basta. Nem somente a psicanálise, porque a psicanálise é uma das coisas possíveis, e não a única, mas com todas as soluções que permitem que as pessoas se comuniquem, revivam, redesejem as coisas. (Sra. Daniel, mãe de dois filhos com distúrbios psíquicos)²³

As interpretações psicanalíticas são às vezes recebidas com desconfiança pelos pais, em todo caso pelas associações dos pais, que as julgam culpabilizadoras e destrutivas. Eles privilegiam as interpretações orgânicas dos distúrbios. Mas, para a Sra. Daniel o fato de interpretar os distúrbios em termos psicológicos, associando-os à história familiar, não implica em presunção de culpabilidade por parte dos pais:

²³ No caso do primogênito, foi diagnosticada uma esquizofrenia, e no do segundo, uma psicose infantil. Seu pai também sofria de delírios. Ela também tem uma filha, que não é doente.

Eu estava bem melhor quando dizia ao médico: “Eu achava que isso tinha acabado, que não se estigmatizava mais a família, o senhor sabe que a vida é bem mais complicada do que isso. Mas de certa maneira a gente se diz: “bom, assim mesmo é por causa desta família, ela parece meio maluca essa família, então é por causa deles que as coisas estão assim. Tem um pouco disso. Ou então o cara é das ciências, olha para o equilíbrio das moléculas. Indivíduos assim não têm uma pessoa diante de si, mas um cérebro com neurônios para tratar. Tem muito disso. (Sra. Daniel)

Para ela, trata-se de uma maneira de dar sentido ao que ela vive e de conservar a qualidade de pessoas para aqueles que sofrem desses distúrbios, isto é, seus filhos, mas também seu pai, o que aos seus olhos a redução a desordens orgânicas não permite.

Ao contrário, Sra. Morvan parece aderir firmemente a uma interpretação dos distúrbios em termos de doença, com possíveis origens genéticas e um desdobramento em parte autônomo do contexto de vida do doente (daí sua insistência sobre a o fato de ser súbita a aparição dos distúrbios). Para ela são simples fatores “desencadeadores” ou potencializadores de uma patologia já presente. Psicóloga de formação, com especialização em psicopatologia, em um contexto profissional em que trabalha com médicos, ela conta sua história descrevendo sobriamente os fatos, e se refere a estudos científicos para apoiar uma interpretação que ressalta o papel do haxixe no desencadeamento dos distúrbios, excluindo o papel das relações familiares. Ela associa o fato de seu marido atribuir os distúrbios ao uso excessivo de cannabis, ao “semi-intrafamiliar”, à doença psíquica da irmã de seu marido, cujos pais e irmão são, no entanto, médicos. Mas ela não discorda frontalmente dele e integra o haxixe como fator causal à sua própria explicação, em que a *cannabis* torna-se uma substância psicoativa que pode interagir com um terreno geneticamente “frágil”. No entanto, no final da entrevista, ela escapa de sua interpretação e formula, a título de hipótese, a interpretação de seu marido:

É claro que não parei de pesquisar, mas o que lhe digo sobre o haxixe é recente. Dei uma olhada em um pequeno documento do Inserm²⁴ (...), publicado três anos antes de minha aposentadoria, portanto faz quatro, cinco anos, ou seja, bem

24 Institut National de La Santé et La Recherche Médicale, instituição pública francesa dedicada à pesquisa médica e biológica, especialmente ligados a questões de saúde pública (N. E.).

recente. Sabe-se desde o início que o haxixe em grande quantidade torna as pessoas agressivas. Sabe-se também que haxixe significa assassino... Então quando Luc tinha suas crises de agressividade, fazíamos qualquer coisa. Por isso nunca pude ter um diagnóstico. Com todos os conhecimentos que tenho, hoje ainda me pergunto: *será que Luc é realmente esquizofrênico?* Será que suas alucinações quando ele via policiais em cima do teto que queriam matá-lo não eram porque ele tinha fumado? Acredito em muitos psiquiatras, inclusive dos EUA. Bom, estou misturando um pouco as coisas. A gente imaginava que fosse uma doença mental grave, provavelmente uma psicose, uma esquizofrenia, mas, apesar disso, me pergunto se as células nervosas não estão suficientemente deterioradas pelas crises. Porque as crises as deterioram, hoje isso é sabido. Ele não fuma mais agora, mas mesmo assim há elementos destruídos. (Sra. Morvan, 65 anos, mãe de um filho de 37 anos cujos distúrbios apareceram aos 20 anos).

Em último caso, a dúvida introduz-se e reinterroga a categorização psiquiátrica apoiando-se na ausência de diagnóstico explícito.

A Sra. Bertrand opera uma outra articulação entre doença psiquiátrica, anormalidade e loucura. Quando ela descreve os problemas observados em seu filho na primeira crise, ela evita os termos “delírio” ou “alucinação”. Ela fala dos “propósitos” de seu filho, “mais que surpreendentes”, e do fato de que ele tinha a impressão que tal e tal coisa aconteceria. A única vez que ela reconheceu que seu filho “ouviu vozes” foi a título de exceção e opondo ao caso o de sua sobrinha, Lucine, o qual ressalta que é mais grave (“Lucine teve repetidamente ‘acessos de delírio’ e foi hospitalizada algumas vezes, diferentemente de meu filho, que só foi hospitalizado uma vez, somente por alguns dias”):

Porque ela, ela ficou... Ela teve duas ou três recaídas. Cada vez ela ficava três semanas, um mês no hospital. E ela tinha alucinações. A única vez em que Julien ouviu vozes, foi com um transistor. Fora isso, Julien nunca ouviu vozes. Já Lucile ouvia.

Ela não emprega o termo alucinação nem delírio quando seu filho exprime um sentimento de “todo-poderoso”, como o poder de “fazer os objetos desaparece-

rem” ou de “impedir catástrofes” ou ainda um sentimento de perseguição. Diferentemente de seu marido, que, entrevistado separadamente, descreve assim a primeira confrontação com os distúrbios:

Quando a gente viu nosso filho, a gente não o reconheceu. (...) Quando chegamos, meu filho estava delirando. Isso pegou a gente de surpresa, a gente não esperava por isso. A gente viu... brutalmente, a gente viu nosso filho em crise.

Sra. Bertrand faz não um trabalho de eufemização, mas sim um trabalho de “normalização dos distúrbios”, não somente em sua descrição, mas igualmente na maneira de tratá-los. Ele busca “racionalizar” seu filho, sem reagir brutalmente e continuando a manter contato com ele. Não descarta seu propósito, mas continua a buscar sentido, a ver um “simples exagero”, ressaltando que “ele tem assim mesmo sua mente”:

Sempre no discurso, eu sempre tentei... “Escuta, Julien, obrigada, mas eu não sou a Virgem Maria”, enfim, minimizar a abrangência, o exagero do que ele fazia. (...) *Ele não estava louco, ele tinha assim mesmo sua mente.*

Sra. Bertrand tem uma identificação do que, no caso de seu filho, mesmo no cerne das crises, é “preservado”: a coerência e o julgamento. No entanto, a figura da loucura é tão próxima que ela se defende e insiste na distinção necessária entre os distúrbios de seu filho e a loucura. A afirmação “ele sempre tinha um raciocínio muito correto” diz respeito, aliás, às palavras em voz alta e desinibidas do filho, que estava na sala de espera da consulta hospitalar em psiquiatria, tendo assim, paradoxalmente, a validá-las:

Ficamos 20 minutos na sala de espera. Havia umas 20 pessoas. Aí ele ficou grosseiro: “Vocês são idiotas como eu”. Começou a falar com as pessoas, dizendo: “Está vendo, vocês fazem matemática superior, matemática especializada, e estão entre os loucos. Ah, estamos entre os loucos, aqui?” A gente dizia: “Calma, Julien!”. Então havia um raciocínio correto: “Eles não estão aqui para descansar, mas para ver os médicos de loucos”. (Sra. Bertrand)



A loucura permanece associada à consulta em psiquiatria. Mas, para além da imagem da psiquiatria, estão as manifestações dos distúrbios propriamente ditos que remetem à loucura, o que levou Sra. Bertrand a esclarecer logo que “ele não estava louco”, e a operar um trabalho de qualificação dos distúrbios empregando os termos “estouro”, em vez de loucura, “fragilidade psíquica”, em vez de transtorno maníaco-depressivo”:

Mas vou dizer uma coisa com respeito à doença de Julien: quando a gente vê pessoas que não estão bem, que fazem besteiras na vida, na rua ou em outro lugar, não se deve dizer: “Eles são loucos”, mas sim: “Cuidado, eles estão estourando”. Por outro lado, do ponto de vista de nossas relações com os outros, talvez seja enfeitar demais, mas não digo que meu filho é maníaco-depressivo, digo que ele estoura repetidamente, que ele tem uma fragilidade psíquica. Mas não digo porque a gente nunca teve diagnóstico. Então talvez, inconscientemente, eu não quisesse ter este diagnóstico. Talvez seja o diagnóstico que me dê medo, enfim, a palavra. Digo que ele tem uma fragilidade psíquica, mas não gosto muito de dizer... Não digo: ele é maníaco-depressivo. Na esfera estritamente familiar, eu o diria, eventualmente, mas não diria a outro. (Sra. Bertrand)

A noção de “fragilidade psíquica” não é senão uma “descrição aceitável”, é também a noção proposta pelo psiquiatra atual do filho, que permite um diálogo antes de mais nada entre esse psiquiatra e o filho, e com a família, uma noção que permite justamente introduzir uma aceitação de medidas preventivas, por extensão do modelo da situação de alguém que “não suporta álcool”:

Acho que a vantagem de ter ido a esse médico é que ele mostrou que... Agora, se ele deu ou não um diagnóstico, não sei, mas Julien não teve a impressão de ter um diagnóstico. Ele sabe que é maníaco-depressivo, mas nunca nos disse: “O médico disse que...”. Acho que o médico nunca disse porque eles não sabem. Por outro lado, ele sabe que tem uma fragilidade psíquica, e isso ele diz. Ele sabe que tem rejeição a todo tipo de estimulante. Ele não pode beber, por exemplo, ele se senta e diz: “Quando eu tomo uma Coca-Cola...”, é como se ele se dopasse ou algo assim, ele sente que isso o irrita. Então, cuidado, quando ele sente que o irrita... Não é preciso muito para... acho que é uma soma de vários fatores, disso ele está consciente. (Sra. Bertrand)

Essa qualificação de distúrbios estabilizou as interpretações dos pais, que consideraram um grande número de explicações possíveis quando da primeira crise do filho (agressão por parte de um colega de quarto, uso de drogas, desilusão amorosa, morte não aceita de um primo). Mas além da interpretação em termos de doença psiquiátrica (transtorno maníaco-depressivo) e de uma versão “sofá” (“fragilidade psíquica”), associada a uma possível origem genética, subsistem interpretações do tipo “psicológica” (a segunda crise está ligada ao falecimento do avô paterno). Da mesma maneira, vários depoimentos colocam lado a lado interpretações pluralistas, as noções de “estresse”, que serve frequentemente a operadores que articulam a dimensão orgânica e a dimensão psicológica dos distúrbios.

No entanto, o desejo de “normalizar” os distúrbios, de minimizá-los, em uma certa medida, e de esquecê-los assim que possível, fora dos momentos de crise – guardando uma certa vigilância –, confronta-se com a lembrança dos sentimentos vivos e dolorosos face às manifestações dos distúrbios e também à vontade de “olhar as coisas de frente”, guiada pelo medo de vê-las reaparecer. Sra. Bertrand usa repetidamente a imagem da espada de Dâmocles²⁵ para descrever o risco de uma nova crise.

Assim, o trabalho de “normalização” dos distúrbios, com uma forma de “polimento” feito sobre os casos mais acentuados, ocorre paralelamente a um outro trabalho e com o qual entra em conflito, o de evidenciação da gravidade dos distúrbios, insuficientemente percebida pelos médicos hospitalares ou insuficientemente compreendida pelas pessoas que não as constataram.

O discurso da Sra. Bertrand é marcado pela coexistência, quase equidistante, de dois modos de qualificação dos distúrbios, que ela evita confrontar, e que intervem em contextos distintos:

– O termo “transtorno maníaco-depressivo” tende a ser empregado quando ela se pergunta sobre a natureza dos distúrbios e de seu diagnóstico, quando ela se interroga sobre os atos mais incongruentes, quando se confronta com o que vê como uma forma de incompreensão, dos próximos, ou a *fortiori* dos médicos, sobretudo quando

25 Mito tardio grego, história do cortesão Dâmocles, que, diante do rei, elogia tanto a fortuna do soberano que recebe dele o direito de trocar de posto para que pudesse sentir sua sorte. Ao final do dia, no banquete, ele, que havia passado o dia de olhos colados nos bens de que desfrutava, finalmente se dá conta de que uma espada pende sobre sua cabeça, segura apenas por um fio de crina de cavalo. Decide, então, deixar o posto, abrindo mão de toda a fortuna, mas se preservando da ameaça constante que ela representava (N. E.)

estes parecem levantar suspeitas a respeito da família, e se interrogar sobre a possibilidade de ela ser rígida demais e/ou “fechar” abusivamente seu filho. Ela opõe sua irmã, “pesquisadora”, àqueles que não entendem ou minimizam os distúrbios de seu filho, afirmando que ela “mediu bem [o lado] maníaco-depressivo”.

– A noção de “fragilidade psíquica” ou de “terreno de predileção” intervém mais fortemente quando se trata de descrever a situação geral atual (fora da crise) e de encarar a questão do futuro próximo e distante, especialmente quando Sra. Bertrand se pergunta sobre possíveis crises ulteriores, sobre a cronicidade dos distúrbios e sobre as “medidas preventivas” a serem tomadas (observar o tratamento, evitar estimulantes e as situações de estresse). O diagnóstico de “transtorno maníaco-depressivo”, que foi mencionado, ao menos a título de hipótese, pelo clínico geral, é agora considerado como não tendo sido dado.

Se por um lado alguns discursos tendem a uma certa estabilidade e uma certa coerência em sua qualificação de distúrbios (o que caracteriza os discursos da Sra. Daniel e da Sra. Morvan), por outro o discurso da Sra. Bertrand é marcado por uma hesitação entre esses dois modos de qualificação empregados por ela alternativa mas não aleatoriamente. Descrevemos abaixo os elementos de contexto que intervêm em sua escolha de um ou de outro. Essa dupla qualificação representa, no entanto, uma certa estabilização relativamente à multiplicação das hipóteses que a aparição dos distúrbios havia suscitado inicialmente nela e no marido (drogas, manipulação de um dos amigos, doença sexual transmissível, vulnerabilidade após a morte de um próximo). Os próximos que entrevistamos tiveram um percurso relativamente longo, suas interpretações tendem a ser estabilizadas, mas passam por fases de grandes incertezas e variações importantes em sua qualificação.

O último tipo de configuração encontrado é uma configuração menos instável do que plural. A interpretação plural pode coincidir com o fato de reconhecer os limites dos conhecimentos psiquiátricos e do poder médico sobre a doença. Os elementos biológicos (fatores genéticos e orgânicos, tratamentos) intervêm conjuntamente nas interpretações que dão sentido aos distúrbios:

Enfim, o que fica... de importante para você, também para os pacientes, é verdade que o tratamento é eficaz e estabiliza rapidamente graças aos medicamentos. O repouso, a primeira coisa, evidentemente, a diminuição de todas as solicitações exteriores... Então sei lá, televisão, telefone, jogos, barulho da cidade, tensões a administrar simultaneamente, pegar o metrô, ter horários, levantar-se etc. Muitas tensões se acumulam e o indivíduo não pode administrar, *ele não consegue administrar, administrar o estresse que isso engendra*, e que nós administramos, porque a gente têm assim mesmo estresse, que é às vezes estimulante, às vezes... ele permite que a gente se coloque em movimento, enfim. No caso dele é o contrário, porque gera um grande *sofrimento*, e esse sofrimento, é preciso dizer antes de mais nada, é um grande sofrimento para o indivíduo. Então o hospital permite nos primeiros dias de internação... Mas isso você só aprende depois. No primeiro dia você não sabe muita coisa... É o aprendizado de muitos anos. Reduzir as exigências para reencontrar *uma coerência do indivíduo no interior*. (Sr. Vincenti)

Conclusão

Para as pessoas próximas, a categorização psiquiátrica está submetida a uma dupla tensão: a exigência de reconhecer uma situação problemática que pede uma intervenção e a dificuldade de fazer um julgamento que conduza a uma redefinição importante do quadro de experiência familiar.

Esse julgamento as confronta especialmente com representações que elas podem ter da psiquiatria e da loucura. As configurações da psiquiatria, porém, abrem aos próximos, principalmente àqueles que têm acesso a diferentes modelos de interpretação, uma margem de reapropriação e de “acomodação” desse “julgamento de anormalidade”, que lhes possibilita construir progressivamente uma compreensão dos distúrbios, frequentemente insatisfatória e plena de dúvidas, mas que permite a reconstrução de uma coerência no caos introduzido pelos distúrbios.

Trata-se de uma dúvida de longa duração que toma conta dos próximos quando da aparição dos primeiros distúrbios. Eles terão várias interpretações da situação antes de chegar à hipótese psiquiátrica. A análise das descrições dos distúrbios



iniciais nos levou a propor uma caracterização das situações que suscitam a hipótese psiquiátrica como a presença conjunta de três aspectos da conduta: o fato de que ela é percebida como um distanciamento importante da norma (no sentido descritivo e pré-descritivo); o fato de que ela não faz sentido para aquele que a observa; e o fato de que ela parece fugir a todo foco – e que seu autor não parece acessível às interpelações (sejam elas bem-intencionadas ou autoritárias).

O estudo da descrição dos momentos em que os próximos afirmam ter “percebido” ou “compreendido” do que se tratava mostra que a categorização psiquiátrica não precede sempre as intervenções dos pais junto ao seu próximo. Uma intervenção certamente requer qualificação da situação, mas ela é uma forma de afirmação em situação de conhecimento restrito – ela pode ter valor de afirmação temporária, em espera de confirmação, e permanecer acompanhada de uma dúvida ou de hipóteses alternativas. O processo de categorização psiquiátrica intervém paralelamente à busca de soluções de uma série de dificuldades que suscitam a intervenção dos próximos, em que eles são postos, ou se sentem postos, obrigados a agir. É nisso que a situação de “provação” é particularmente pertinente, pois ela permite dar-se conta da mobilidade das qualificações ao longo do tempo, e das experiências que permitem estabilizá-las.

Se por um lado a categorização psiquiátrica pode se cristalizar em uma hospitalização ou um diagnóstico, por outro ela permanece o produto de todo um trabalho de identificação e de definição, o resultado de um percurso, no seio do qual ela pode ser formulada. Esse balanço tem apenas um resultado intermediário, e é preciso resguardar-se de toda leitura desse percurso que o interpretaria como um processo com um fechamento necessário e pré-determinado. Os depoimentos retrospectivos dos próximos que estabilizaram mais ou menos sua interpretação poderiam sugerir isso, mas mostramos que a evolução de seu julgamento aparecia como não-linear, feita de tomadas de consciência bruscas, e de retornos a interpretações anteriores. A hospitalização ou o diagnóstico podem constituir, nesse sentido, provações cruciais, mas a análise de Goffman, que faz da hospitalização em psiquiatria a entrada na “carreira moral de doente mental” não tem mais toda sua atualidade em um contexto no qual os dispositivos psiquiá-

tricos de responsabilização, no campo *psi* em geral, sofreram importantes reconfigurações. As hospitalizações são hoje de curta duração. Os próximos e a pessoa, ela mesma, aspiram frequentemente reencontrar as exigências de uma vida normal. A hospitalização e o diagnóstico podem, aliás, intervir durante muitos anos depois na aparição dos distúrbios e na decisão dos próximos de recorrer à psiquiatria.

Portanto, é preciso integrar ao rol das provações a experiência dos primeiros distúrbios, vivida pelos próximos. São os distúrbios identificáveis a título de eventos perturbadores, de signos “anormais” em si, ou de sintomas de distúrbio mental? De certa maneira, o evento é perturbador quando, para além de sua própria penúria, aparece aos olhos dos parentes como sinal de uma doença: todo problema é então constituído menos por uma perturbação efetiva causada pela pessoa doente do que pelos pequenos fatos interpretados como manifestações de um mal a ser tratado. É como diz Mary Douglas (1981, pp.114-115): “O mesmo ocorre com os doentes mentais que sofrem um tratamento em uma instituição especializada. Enquanto eles permanecem em casa, a sociedade considera seu comportamento estranho como admissível. Ela o declara intolerável assim que são oficialmente admitidos na categoria de anormais”.

Contudo, se por um lado hoje nem a hospitalização nem o diagnóstico aparecem como “rotulações” definitivas, e se, ao contrário, é somente às vezes, que no meio de uma segunda crise, certos pais “se dão conta”, “admitem” ou estabilizam a categorização de doença mental, por outro eles constituem um precedente que dará um outro peso às futuras experiências, que constituem “pequenos sinais” ou condutas desviantes, dando-lhes valor de “exame de qualificação” para dar o alerta, eventualmente suscitar uma nova demanda de cuidados, senão de hospitalização.

As pessoas próximas, ao mesmo tempo que caracterizam psiquiatricamente os distúrbios, definem o conteúdo dessa qualificação. Os abalos do mundo *psi* modificam o sentido mesmo da categorização psiquiátrica e oferecem principalmente aos pais uma margem de interpretação dos distúrbios. Podemos então identificar diferentes configurações descritivas, distintas de uma pessoa próxima relativamente a outra, podendo evoluir com o tempo. Essas ma-



neiras diferenciadas de apreender os distúrbios mostram que a categorização psiquiátrica não se reduz a um “julgamento de loucura”, que conduziria os pais a considerar seu filho como definitivamente “alienado”. Eles operam, em vez disso, uma reconfiguração da articulação entre distúrbios psiquiátricos, julgamento de anormalidade e autonomia: as interpretações que se inspiram na psicanálise buscam sentido nos atos e conservam uma certa intencionalidade, enquanto que as interpretações baseadas em uma abordagem mais médica permitem suspender a responsabilidade das condutas mais “problemáticas”, e de restaurá-la quando se observa uma melhora. Pois a questão da qualificação no primeiro caso não é puramente nosográfica, mas envolve os sentidos da relação com seu próximo.

Referências

- BATESON, Gregory *et al.* (1956), “Toward a theory of schizophrenia”. Behavioral Science, Vol. 1, pp. 251-264.
- BINOT, Claude. (2006), “La vie des proches après la prise de conscience”. La Lettre de l’Unafam. Paris, Avril-Août, n° 61.
- BUNGENER, Martine. (1995), Trajectoires brisées, familles captives: La maladie mentale à domicile. Paris, Les Éditions Inserm.
- CANGUILHEM, Georges. (1991) [1966], Le normal et le pathologique. Paris, PUF.
- CARPENTIER, Normand. (2001), “Le long voyage des familles: La relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XX^e siècle”. Paris, Sciences Sociales et Santé, 19 (1), pp. 79-106.
- DODIER, Nicolas. (2003), Leçons politiques de l’épidémie de sida. Paris, Éditions de l’EHESS.
- _____ [e] RABEHARISOA, Vololona (Orgs.). (2006), Dossî “Expérience et critique du Monde Psy”. Editorial, Politix, Vol.19, n° 73.
- _____. (2006b), “Les transformations croisées du monde psy”. Em: DODIER, Nicolas [e] RABEHARISOA, Vololona (Orgs.). (2006), Dossî “Expérience et critique du Monde Psy”. Editorial, Politix, Vol.19, n° 73.
- DOUGLAS, Mary. (1981), De la souillure. Paris, Éditions de La Decouverte.
- FASSIN, Didier. “Souffrir par le social, gouverner par l’écoute. Une configuration sémantique de l’action publique”. (2006), Em: DODIER, Nicolas [e] RABEHARISOA, Vololona (Orgs.). (2006), Dossî “Expérience et critique du Monde Psy”. Editorial, Politix, Vol.19, n° 73, pp. 137-157.

- FAUVEL, Aude. (2005), Témoins aliénés et Bastilles modernes (1800-1914). Tese (doutorado). Paris, EHESS.
- FOUCAULT, Michel. (1972), Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard.
- GARFINKEL, Harold. (1990), Studies in ethnomethodology. Cambridge, Polity Press.
- GOFFMAN, Erving. (1968), Asile: Étude sur la condition sociale des malades mentaux. Paris, Éditions de Minuit.
- _____. (1972), "La folie dans la place". Em: La mise en scène de la vie quotidienne, Tome 2 (Apêndice). Paris, Éditions de Minuit.
- JACQUELINE, Sandra. (2006), "Les politiques du patient en pratique: Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital". Em: DODIER, Nicolas [e] RABEHARISOA, Vololona (Orgs.). (2006), Dossî "Expérience et critique du monde psy". Editorial, Politix, Vol.19, n° 73, pp. 83-108.
- LEIBNIZ, Gottfried Wilhelm. (1990), Nouveaux essais sur l'entendement humain. Paris, Garnier-Flammarion.
- LEMERT, Edwin. (1976), "La paranoïa et le dynamisme de l'exclusion". Em: BASAGLIA, Franco [e] BASAGLIA ONGARO, Franco. La majorité déviante: l'Idéologie du contrôle social total. Paris, Union Générale d'Éditions.
- MOREAU, Delphine. (2007), "Faire interner un proche? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques". Dossiers d'Études, no 9, julho de 2007, Paris, CNAF. Disponível online em: <http://www.cnaf.fr>.
- PIGNARRE, Philippe. (2001), Comment la dépression est devenue une épidémie. Paris, La Découverte.