

DEDALUS - Acervo - FFLCH-FIL

301.151
G612m
e.10

Manicomios, prisoes e conventos /

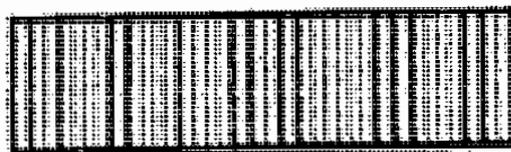


21000007484

erving goffman

**MANICÔMIOS,
PRISÕES
E CONVENTOS**

TOMBO : 117671



SBD-FFLCH-USP



EDITORA PERSPECTIVA



Coleção Debates
Dirigida por J. Guinsburg

Aula (4)

Complementar

Equipe de realização. — Tradução: Dante Moreira Leite; Revisão: Antenor Celestino de Souza; Produção: Lúcio Gomes Machado; Capa: Moysés Baumstein.

**A CARREIRA MORAL
DO DOENTE MENTAL**

Tradicionalmente, o termo *carreira* tem sido reservado para os que esperam atingir os postos ascendentes de uma profissão respeitável. No entanto, o termo está sendo cada vez mais usado em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. Aceita-se a perspectiva da história natural: os resultados singulares são esquecidos, considerando-se as mudanças temporais que são básicas e comuns aos participantes de uma categoria social, embora ocorram de maneira independente em cada um deles. Essa carreira não é algo que possa ser brilhante ou decepcionante; tanto pode ser um triunfo quanto um fracasso. É sob esse aspecto que desejo considerar o doente mental.

Uma vantagem do conceito de carreira é sua ambivalência. Um lado está ligado a assuntos íntimos e preciosos, tais como, por exemplo, a imagem do eu e a segurança sentida; o outro lado se liga à posição oficial, relações jurí-

dicas e um estilo de vida, e é parte de um complexo institucional acessível ao público. Portanto, o conceito de carreira permite que andemos do público para o íntimo, e vice-versa, entre o eu e sua sociedade significativa, sem precisar depender manifestamente de dados a respeito do que a pessoa diz que imagina ser.

Portanto, este artigo é um exercício no estudo institucional do eu. O principal interesse se refere aos aspectos morais da carreira — isto é, a seqüência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros¹.

A categoria "doente mental" será entendida em um sentido sociológico rigoroso. Nesta perspectiva, a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social — uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização². Por isso, excluo algumas categorias próximas: os candidatos não-descobertos, que seriam considerados "doentes" pelos padrões psiquiátricos, mas que nunca chegam a ser assim considerados por si mesmos ou pelos outros, embora possam causar muitos problemas para todos³; o paciente de consultório que um psiquiatra considera poder tratar com medicamentos ou choques, fora do hospital; o doente mental que participa de relações psicoterapêuticas. E incluo todos, por mais robustos quanto ao temperamento, que de alguma forma são apanhados pela pesada máquina de serviços de hospitais para doentes mentais. Dessa forma, os efeitos de tratamento como doente mental podem ser bem separados dos efeitos, sobre a vida

(1) Podemos encontrar material sobre a carreira moral nos trabalhos iniciais sobre cerimônias de transição de *status*, e em descrições clássicas de psicologia social das mudanças extraordinárias na interpretação que a pessoa dá do seu eu, quando ocorre participação em seitas e movimentos sociais. Recentemente, novos tipos de dados significativos foram sugeridos por interesse psiquiátrico pelo problema da "identidade" e por estudos sociológicos sobre carreiras de trabalho e "socialização de adulto".

(2) Este aspecto foi recentemente salientado por ELAINE e JOHN CUMMING, *Closed Ranks*, Cambridge, Commonwealth Fund, Harvard University Press, 1957, pp. 101-2: "A experiência clínica confirma a impressão de que muitas pessoas definem a doença mental como 'a condição que exige que uma pessoa seja tratada em hospital psiquiátrico.' (...) Aparentemente, a doença mental é uma condição que atinge as pessoas que vão para hospital para doentes mentais, mas, até esse momento, quase tudo que fazem é normal". Leila Deasy me sugeriu a correspondência que existe entre esse caso e o crime de pessoas de classe média. Entre os que são identificados nessa atividade, apenas os que não conseguem evitar a prisão recebem o papel social de delinquentes.

(3) Só agora os registros de casos de hospitais psiquiátricos começam a ser explorados para mostrar a incrível perturbação que uma pessoa pode provocar, para si mesma e para os outros, antes de alguém pensar psiquiátricamente nela, e muito menos efetivar alguma ação psiquiátrica a seu respeito. Ver JOHN A. CLAUSEN e MARIAN RADKE YARROW, Paths to the Mental Hospital, *Journal of Social Issues*, XI (1955), pp. 25-32; AUGUST B. HOLLINGSHEAD e FREDRICK C. REDLICH, *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley, 1958, pp. 173-174.

de uma pessoa, dos traços que um clínico consideraria psicopatológicos⁴. As pessoas que se tornam pacientes de hospitais para doentes mentais variam muito quanto ao tipo e grau de doença que um psiquiatra lhes atribuiria, e quanto aos atributos que os leigos neles descreveriam. No entanto, uma vez iniciados nesse caminho, enfrentam algumas circunstâncias muito semelhantes e a elas respondem de maneiras muito semelhantes. Como tais semelhanças não decorrem de doença mental, parecem ocorrer apesar dela. Por isso, é um tributo ao poder das forças sociais que o *status* uniforme de paciente mental possa assegurar, não apenas um destino comum a um conjunto de pessoas e, finalmente, por isso, um caráter comum, mas que essa reelaboração social possa ser feita com relação ao que é talvez a mais irredutível diversidade de materiais humanos que pode ser reunida pela sociedade. Aqui, falta apenas a formação freqüente de um grupo de vida protetor por ex-pacientes para exemplificar, de maneira integral, o ciclo clássico de resposta pelo qual os subgrupos divergentes são psicodinamicamente formados na sociedade.

Esta perspectiva sociológica geral é muito reforçada por uma verificação básica de estudiosos sociologicamente orientados para pesquisa em hospitais psiquiátricos. Como se mostrou repetidamente no estudo de sociedades não-letradas, o temor, a repulsa e a barbárie de uma cultura estranha podem reduzir-se quando o estudioso se familiariza com o ponto de vista aceito por seus sujeitos. De forma semelhante, o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o "comportamento doentio" atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental. Quaisquer que sejam os refinamentos dos diagnósticos psiquiátricos dos vários pacientes, e quaisquer que sejam as maneiras específicas pelas quais se singulariza a vida "no interior", o pesquisador pode verificar que está participando de uma comunidade que não é significativamente diferente de qualquer outra que já tenha estudado. Evidentemente, ao limitar-se à comunidade externa dos pacientes não-internados, pode sentir, como alguns pacientes, que a vida nas enfermarias fechadas é bizarra; e, quando está nas enfermarias fechadas ou de convalescentes, pode sentir que as enfermarias "atrasadas" de

(4) Um exemplo da maneira de usar essa perspectiva para todas as formas de *devio* pode ser vista em EDWIN LEMERT, *Social Pathology*, New York, McGraw-Hill, 1951; ver principalmente pp. 74-76. Uma aplicação específica a deficientes mentais pode ser vista em STEWART E. PERRY, *Some Theoretic Problems of Mental Deficiency and Their Action* pp. 402-3; *Patients in Mental Institutions, 1941*, Washington, D. C., Department of Commerce, Bureau of the Census, 1941, p. 2.

doentes crônicos são locais socialmente insanos. Mas é suficiente que mude sua esfera de participação sentimental para a pior enfermaria do hospital, para que esta possa passar, na focalização social, a ser um local com um mundo social onde se pode viver e que tem um sentido contínuo. Isto de forma alguma nega que encontre, em qualquer enfermaria ou grupo de pacientes, uma minoria que continua a parecer bem distante da capacidade para seguir regras de organização social, ou que o atendimento ordenado de expectativas normativas na sociedade de pacientes seja possível, em parte, por medidas estratégicas que de alguma forma foram institucionalizadas nos hospitais para doentes mentais.

De um ponto de vista popular ou naturalista, a carreira do doente mental cai em três fases principais; o período anterior à admissão no hospital, e que denominarei a fase de pré-paciente; o período no hospital, aqui denominado fase de internamento; o período posterior à alta no hospital que, quando ocorre, será denominado fase de ex-doente⁵. Este artigo se refere apenas às duas primeiras fases.

A FASE DE PRÉ-PACIENTE

Um grupo relativamente pequeno de pré-pacientes vai ao hospital por vontade própria, seja porque tem uma idéia de que será bom para eles, seja porque há um acordo com as pessoas significativas de sua família. Presumivelmente, tais novatos verificaram que estavam agindo de uma forma que, para eles, era prova de que estavam "perdendo a cabeça" ou o controle de si mesmos. Esta visão de si mesmo parece ser uma das coisas mais amedrontadoras que podem ocorrer ao eu em nossa sociedade, principalmente porque tende a ocorrer num momento em que a pessoa está, de qualquer forma, suficientemente perturbada para apresentar o tipo de sintoma que ela própria pode ver. Segundo a descrição de Sullivan.

O que descobrimos no sistema do eu de uma pessoa que está passando por mudança esquizofrênica ou por processos esquizofrênicos é, portanto, e sem sua forma mais simples, uma perplexidade com grande conteúdo de medo, que consiste no uso, bem generalizado e muito refinado, de processos de referência, numa tentativa para enfrentar o que é, fundamental-

(5) Essa imagem simples é complicada pela experiência um pouco específica de aproximadamente um terço de antigos pacientes — isto é, readmissão ao hospital, onde se encontraria a fase de "reincidência" ou "reinternamento".

mente, uma incapacidade de ser humano — uma impossibilidade de ser qualquer coisa que a pessoa possa respeitar como valiosa⁶.

Juntamente com a reavaliação desintegradora que a pessoa faz de si mesma, haverá a circunstância nova, e quase tão penetrante, de tentar esconder dos outros o que ela considera como fatos novos e fundamentais a seu respeito, ao mesmo tempo em que tenta descobrir se os outros também os descobriram⁷. Aqui desejo acentuar que a percepção de “perder a cabeça” se baseia em estereótipos culturalmente derivados, e socialmente impostos, quanto à significação de alguns sintomas — por exemplo, ouvir vozes, perder a orientação espacial e temporal, sentir-se perseguido — e que muitos dos mais espetaculares e convincentes de tais sintomas em alguns casos significam, psiquiatricamente, apenas uma perturbação emocional temporária em situação de tensão, por mais aterrorizantes que sejam para a pessoa nesse momento. De forma semelhante, a angústia resultante dessa percepção de si mesmo, e as estratégias usadas para reduzi-la, não resultam de psicologia do anormal, mas poderiam ser aprestandas por qualquer pessoa socializada em nossa cultura e que chegasse a pensar que está perdendo a cabeça. É interessante observar que algumas subculturas na sociedade norte-americana aparentemente diferem na quantidade de fantasia e estímulo para tais visões de si mesmo, o que leva a diferentes proporções de auto-avaliação; a capacidade para aceitar essa interpretação desintegradora de si mesmo sem a intervenção psiquiátrica parece ser um dos discutíveis privilégios culturais das classes mais altas⁸.

Para a pessoa que passa a ver-se — qualquer que seja a justificativa para isso — como mentalmente desequilibrada, a entrada no hospital pode às vezes trazer alívio, talvez em parte por causa da súbita transformação na estrutura de sua situação social básica: em vez de ser, diante de si mesma, uma pessoa discutível que tenta manter um papel integral, pode tornar-se uma pessoa oficialmente discutível, e que sabe que não é tão discutível. Em outros casos, a hospitalização pode piorar a situação do paciente confor-

(6) SULLIVAN, Harry Stack. *Clinical Studies in Psychiatry*, organizado por HELEN SWICK PERRY, MARY LADD GAWEL e MARTHA GIBBON, New York, Norton, 1956, pp. 184-185.

(7) Esta experiência moral pode ser contrastada com a da pessoa que aprende a ser viciada em maconha, e que, ao descobrir que pode estar “alta” e continuar a “atuar” eficientemente, sem ser identificada, aparentemente é levada ao novo nível de uso. Ver HOWARD S. BECKER, *Marihuana Use and Social Control*, *Social Problems*, III (1955), pp. 35-44; ver principalmente pp. 40-41.

(8) Ver HOLLINGSHEAD e REDLICH, *op. cit.*, p. 187, Tabela 6, onde se apresenta a relativa frequência de auto-apresentação, de acordo com agrupamentos de classe social.

mado com a internação, pois a situação objetiva confirma o que até então fora um problema da experiência íntima do eu.

Uma vez que o pré-paciente voluntariamente entra no hospital, pode passar pela mesma rotina de experiências dos que entram contra a vontade. De qualquer modo, desejo considerar principalmente estes últimos, pois atualmente constituem, nos Estados Unidos, o grupo mais numeroso⁹. Seu primeiro contato com a instituição apresenta uma, entre três formas clássicas: alguns se internam porque a família pediu que o façam, ou ameaçou que, em caso contrário, se romperiam os laços de família; chegam obrigados, com vigilância policial; chegam enganados pelos outros — o que ocorre quase que exclusivamente com jovens.

A carreira do pré-paciente pode ser vista através de um modelo de expropriação; começa com relações e direitos e termina, no início de sua estada no hospital, praticamente sem relações ou direitos. Portanto, os aspectos morais dessa carreira começam geralmente com a experiência de abandono, deslealdade e amargura. Isso pode ocorrer ainda que, para os outros, precisasse de tratamento, e ainda que, uma vez no hospital, passe a admitir isso.

As histórias de caso da maioria dos doentes mentais documenta ataques a certa disposição de vida face-a-face — um lar, um local de trabalho, uma organização semipública, como uma igreja ou uma loja, uma região pública, como, por exemplo, uma rua ou um parque. Frequentemente existe também um *denunciante*, alguma pessoa que pratica a ação que finalmente levará à hospitalização. Esse denunciante pode não ser a pessoa que toma a primeira providência, mas aquela que realiza o primeiro movimento eficiente. Aqui está o início *social* da carreira do paciente, independente do ponto em que possa ser localizado o início psicológico de sua doença mental.

Os tipos de transgressões que levam à hospitalização são, segundo se pensa, diferentes dos que levam a outros tipos de expulsão — prisão, divórcio, perda de trabalho, repúdio, exílio regional, tratamento psiquiátrico fora de uma instituição, e assim por diante. No entanto, aparentemente pouco se sabe a respeito de tais fatores diferenciais; quando estudamos internamentos reais, frequentemente parecem possíveis outros resultados. Além disso, parece que, para cada transgressão que leva a uma denúncia eficiente,

(9) A distinção aqui empregada entre pacientes voluntários e involuntários não coincide com a distinção legal entre internamento voluntário e involuntário, pois algumas pessoas que ficam contentes de ir para o hospital psiquiátrico podem ser legalmente internadas, e entre os que são internados apenas por pressão muito forte da família, alguns podem apresentar-se como pacientes voluntários.

existem muitas outras, psiquiatricamente semelhantes, que nunca chegam a esse resultado. Não se empreende uma ação; ou, então, há uma ação ineficiente, que leva apenas a acalmar o queixoso ou a afastá-lo. Como Clausen e Yarrow o mostraram de maneira muito nítida, mesmo os transgressores que finalmente são hospitalizados tendem a ter uma longa série de ações ineficientes iniciadas contra eles¹⁰.

Separando-se as transgressões que poderiam ter sido usadas para a hospitalização do transgressor das que são efetivamente usadas para isso, encontramos um grande número daquilo que os estudiosos de profissões denominam "contingências de carreira"¹¹. Entre algumas dessas contingências da carreira do doente mental que já foram sugeridas, se não exploradas, encontramos: *status* sócio-econômico, visibilidade da transgressão, proximidade de um hospital para doentes mentais, recursos disponíveis de tratamento, avaliação, pela comunidade, do tipo de tratamento dado pelos hospitais existentes, e assim por diante¹². Para informação quanto a outras contingências, precisamos depender de contos de atrocidade: um psicótico é tolerado pela mulher, até que esta encontre um namorado, ou por seus filhos adultos, até que se mudem de determinada casa ou determinado apartamento; um alcoólatra é enviado para o hospital de doentes mentais porque a cadeia está muito cheia, um viciado em tóxicos é internado porque se recusa a aceitar tratamento existente fora do hospital; uma jovem adolescente rebelde é internada porque já não pode ser controlada em casa e ameaça ter um caso com um companheiro inadequado; e assim por diante. De outro lado, existe um conjunto igualmente importante de circunstâncias que fazem com que a pessoa fuja ao seu destino. E quando essa pessoa é internada, outro conjunto de circunstâncias ajuda a determinar quando receberá alta — por exemplo, o desejo de sua família para que volte, a disponibilidade de trabalho "controlável", e assim por diante. A interpretação oficial da sociedade é que os internados de hospitais para doentes mentais aí estão, fundamentalmente, porque sofrem de doenças mentais. No entanto, na medida em que os "mentalmente doentes" fora dos hospitais se aproximam numericamente dos internados ou até os superam, pode-se

(10) CLAUSEN e YARROW, *op. cit.*

(11) Uma aplicação explícita dessa noção ao campo de saúde mental pode ser encontrada em EDWIN LEMERT, *Legal Commitment and Social Control, Sociology and Social Research*, XXX (1946), pp. 370-78.

(12) Por exemplo, JEROME K. MEYERS e LESLIE SCHAFFER, *Social Stratification and Psychiatric Practice: A Study of an Outpatient Clinic, American Sociological Review*, XIX (1954), pp. 307-10; LEMERT, *op. cit.*, pp. 402-3; *Patients in Mental Institutions*, 1941, Washington, D.C., Department of Commerce, Bureau of the Census, 1941, p. 2.

dizer que os doentes mentais internados sofrem, não de doença mental, mas de outras circunstâncias.

As circunstâncias de carreira ocorrem juntamente com um segundo aspecto da carreira do pré-paciente — o circuito de agentes e agências que participam de maneira decisiva em sua passagem do *status* civil para o de internado¹³. Este é um caso da classe cada vez mais importante de sistema social cujos elementos são agências e agentes postos em ligação sistemática pela necessidade de atender e transferir as mesmas pessoas. Alguns desses papéis de agentes serão citados agora, admitindo-se que, em qualquer circuito concreto, um papel pode ser preenchido mais de uma vez, e que a mesma pessoa pode representar mais de um desses papéis.

Em primeiro lugar, está a *‘pessoa mais próxima’* — a que o paciente considera como aquela de que mais pode depender em momentos de crise; neste caso, a última a duvidar de sua sanidade e a primeira a tudo fazer para salvá-la do destino que a ameaça. A pessoa mais próxima do paciente é usualmente seu parente mais próximo; o termo é aqui introduzido porque nem sempre isso ocorre. Em segundo lugar, está o *denunciante*, a pessoa que, retrospectivamente, parece ter iniciado o caminho do paciente para o hospital. Em terceiro lugar estão os *mediadores* — a seqüência de agentes e agências a que o pré-paciente é levado e através dos quais é enviado aos que internam o paciente. Aqui se incluem a polícia, clero, clínicos gerais, psiquiatras com consultório, pessoal de clínicas públicas, advogados, assistentes sociais, professores, e assim por diante. Um desses agentes terá o direito legal de sancionar o internamento e o exercerá, e por isso os agentes que o precedem no processo participam de algo cujo resultado ainda não foi decidido. Quando os mediadores saem de cena, o pré-paciente se torna um paciente internado, e o agente significativo se torna o administrador do hospital.

Se o denunciante usualmente atua como cidadão, empregado, vizinho ou parente, os mediadores tendem a ser especialistas e diferem, sob aspectos importantes, daqueles a que servem. Têm experiência na maneira de enfrentar os problemas e certa distância profissional com relação àquilo que enfrentam. A não ser no caso de policiais, e talvez de alguns religiosos, os quais tendem a ter mais orientação psiquiátrica do que o público leigo, e verão a necessidade de tratamento quando o público não a vê¹⁴.

(13) Quanto a um circuito de agentes e sua relação com contingências de carreira, ver OSWALD HALL, *The Stages of a Medical Career*, *American Journal of Sociology*, LIII (1948), pp. 327-36.

(14) Ver CUMMING e CUMMING, *op. cit.*, p. 92.

Um interessante aspecto desses papéis refere-se aos efeitos funcionais de sua interferência. Por exemplo, os sentimentos do paciente serão influenciados pelo fato de a pessoa que representa o papel de "queixoso" ter, ou não, o papel de pessoa mais próxima — uma combinação perturbadora que, aparentemente, ocorre mais nas classes mais elevadas que nas mais baixas¹⁵. Alguns desses efeitos emergentes serão agora considerados¹⁶.

No caminho do pré-paciente, do lar ao hospital, pode participar como terceira pessoa no que pode sentir como uma espécie de coalizão alienadora. A pessoa mais próxima faz com que vá "conversar" com um médico, um psiquiatra de consultório ou algum outro conselheiro. A recusa pode ser enfrentada com ameaça de abandono, ou outra ação legal, ou com a acentuação do caráter exploratório ou de colaboração da entrevista. No entanto, geralmente a pessoa mais próxima precisará marcar a entrevista, pois precisa escolher o especialista, marcar hora, contar ao especialista algo a respeito do caso, e assim por diante. Essa iniciativa tende a colocar a pessoa mais próxima como a responsável a quem os dados pertinentes podem ser apresentados, ao mesmo tempo em que coloca o outro na posição de paciente. Frequentemente, o pré-paciente vai à entrevista pensando que está indo como igual a outra pessoa, tão ligada a ela que uma terceira pessoa não poderia ficar entre elas em assuntos básicos; essa é, afinal de contas, uma forma pela qual se definem as relações íntimas em nossa sociedade. Ao chegar ao consultório, o pré-paciente descobre que ele e a pessoa mais próxima não receberam os mesmos papéis e que, aparentemente, o especialista e a pessoa mais próxima tiveram um entendimento prévio contra ele. No caso extremo, mas comum, o especialista inicialmente vê o pré-paciente sozinho, no papel de examinador e diagnosticador, e depois vê a pessoa mais próxima, também sozinha, e então no papel de conselheiro, ao mesmo tempo em que, cuidadosamente, evita falar seriamente com os dois juntos¹⁷. E mesmo nos casos de não-consulta, em que funcionários públicos precisam tirar uma pessoa de família que deseja tolerá-la, a pessoa mais próxima tende a ser induzida a

(15) HOLLINGSHEAD e REDLICH, *op. cit.*, p. 187.

(16) Para análise de algumas dessas consequências de circuito para o paciente internado, ver LEILA DEASY e OLIVE W. QUINN, *The Wife of the Mental Patient and the Hospital Psychiatrist*, *Journal of Social Issues*, XI (1955), pp. 49-60. Um exemplo interessante desse tipo de análise pode ser encontrado também em ALAN G. GOWMAN, *Blindness and the Role of the Companion*, *Social Problems*, IV (1956), pp. 68-75. Uma apresentação geral pode ser encontrada em ROBERT MERTON, *The Role Set: Problems in Sociological Theory*, *British Journal of Sociology*, VIII (1957), pp. 106-20.

(17) Tenho o registro de caso de um homem que pensava que ele estava levando sua mulher para consultar o psiquiatra, sem compreender, tarde demais, que sua mulher tinha organizado o encontro.

"acompanhar" a ação oficial, de forma que mesmo aqui o pré-paciente pode sentir que uma coalizão alienadora se formou contra ele.

A experiência moral de ser uma terceira pessoa nessa coalizão tende a amargurar o pré-paciente, principalmente porque suas perturbações provavelmente já levaram a certa separação com relação à pessoa mais próxima. Depois de entrar no hospital, as visitas contínuas pela pessoa mais próxima podem dar ao paciente a "compreensão" de que tudo foi feito para beneficiá-lo. No entanto, as visitas iniciais podem temporariamente intensificar o seu sentimento de abandono; tende a pedir que o visitante o tire dali ou que, pelo menos, consiga maiores privilégios ou se compadeça de sua horrível situação — ao que o visitante comumente só pode responder com uma nota de esperança, ou fingindo não "ouvir" os seus pedidos, ou afirmando ao paciente que as autoridades médicas conhecem essas coisas e estão fazendo o que é melhor para sua recuperação. Depois, o visitante volta, despreocupadamente, para um mundo que, segundo o sabe o paciente, está incrivelmente cheio de liberdades e privilégios, fazendo com que o paciente sinta que a pessoa mais próxima dele está apenas acrescentando um consolo hipócrita a um caso claro de deserção traiçoeira.

A profundidade com que o paciente pode sentir-se traído pela pessoa mais próxima parece aumentar pelo fato de que alguém testemunha sua traição — um fator aparentemente significativo em muitas situações que envolvam três pessoas. A pessoa ofendida pode, quando sozinha com quem a ofende, agir de maneira tolerante e conciliadora, preferindo a paz à justiça. No entanto, a presença de uma testemunha parece acrescentar algo às conseqüências da ofensa. Afinal, nesse caso, está fora do poder do ofendido e de quem ofende esquecer, apagar ou suprimir o que aconteceu; a ofensa tornou-se um fato social público¹⁸. Quando a testemunha é uma comissão de saúde mental — tal como ocorre freqüentemente — a traição testemunhada pode transformar-se numa "cerimônia de degradação"¹⁹. Em tais casos, o paciente ofendido pode pensar que há necessidade de alguma extensa ação reparadora diante da testemunha, a fim de que possa restaurar sua honra e seu valor social.

Devemos mencionar dois outros aspectos da traição percebida. Em primeiro lugar, os que sugerem a possibilidade de outra pessoa entrar num hospital para doentes mentais tendem a não dar uma visão realista da maneira pela qual isso pode atingi-la. Muitas vezes, ouve dizer que rece-

(18) Uma paráfrase de KURT RIEZLER, *Comment on the Social Psychology of Shame*, *American Journal of Sociology*, XLVIII (1943), p. 458.

(19) Ver HAROLD GARFINKEL, *Conditions of Successful Degradation Ceremonies*, *American Journal of Sociology*, LXI (1956), pp. 420-24.

berá o tratamento médico adequado e repouso, e pode ficar boa e sair dentro de alguns meses. Em alguns casos, podem estar ocultando aquilo que sabem, mas penso que, de modo geral, dizem o que lhes parece a verdade. Aqui existem diferenças significativas entre pacientes e especialistas mediadores; os mediadores, mais do que o público em geral, podem pensar em hospitais psiquiátricos como estabelecimentos para tratamento médico a curto prazo, onde a atenção e o repouso necessários podem ser voluntariamente obtidos, e não como locais de exílio imposto. Quando o pré-paciente chega ao hospital pode descobrir, rapidamente, coisas muito diferentes. Descobre que a informação que lhe foi dada sobre a vida no hospital era uma forma de fazer com que opusesse menos resistência do que a que apresentaria se soubesse aquilo que depois descobre. Quaisquer que sejam as intenções dos que participaram de sua transição de pessoa a paciente, pode sentir que o "tapearam" para colocá-lo na situação.

Estou sugerindo que o pré-paciente começa com, pelo menos, parte dos direitos, liberdades e satisfações do civil, e termina numa enfermaria psiquiátrica, despojado de quase tudo. Aqui, o problema é saber como se consegue esse despojamento. Este é o segundo aspecto do sentimento de traição que desejo considerar.

Na visão do pré-paciente, o circuito de figuras significativas pode atuar como uma espécie de funil de traição. A passagem de pessoa a paciente pode ser realizada através de uma série de estádios ligados, cada um dos quais dirigido por um agente diverso. Embora cada estágio tenda a provocar um brusco declínio no *status* de adulto livre, cada agente pode tentar manter a ficção de que não ocorrerá outra queda. Pode até conseguir enviar o pré-paciente para o agente seguinte, ao mesmo tempo em que sustenta essa afirmação. Além disso, através de palavras, indicações e gestos, o pré-paciente pode ser levado, pelo agente atual, a participar com ele de uma conversa amável que cuidadosamente evita os fatos administrativos da situação, mas que se torna, em cada estágio, mais oposta a tais fatos. É melhor que o cônjuge não precise chorar para fazer com que o pré-paciente consulte um psiquiatra; é melhor que os psiquiatras evitem a cena que ocorreria se o pré-paciente descobrisse que ele e o cônjuge vão ser entrevistados separadamente e de forma diferente; raramente a polícia leva um pré-paciente em camisa-de-força, pois é muito mais fácil dar-lhe um cigarro, dizer-lhe umas palavras amáveis, e liberdade para descansar no banco de trás do carro de polícia; finalmente, o psiquiatra encarregado da admissão sabe que é melhor realizar o seu trabalho no silêncio e no luxo da "sala de recepção" onde, como consequência incidental,

pode ocorrer a noção de que um hospital para doentes mentais é realmente um lugar agradável. Se o pré-paciente atende a todos esses pedidos implícitos e é razoável a respeito da situação total, pode fazer o circuito completo, da casa para o hospital, sem obrigar ninguém a olhar diretamente para o que está ocorrendo ou lidar com a emoção bruta que sua situação poderia levá-lo a exprimir. O fato de mostrar consideração por aqueles que o levam para o hospital permite que estes mostrem consideração por ele, e disso resulta que essas interações podem ser mantidas com a harmonia protetora, característica de relações face a face usuais. No entanto, se o novo paciente lembra a seqüência de fatos que levam à hospitalização, pode sentir que o bem-estar presente de todos estava sendo cuidadosamente mantido, ao mesmo tempo em que seu bem-estar futuro estava sendo prejudicado. Essa compreensão pode constituir uma experiência moral que o separa ainda mais, durante certo tempo, das pessoas do mundo externo²⁰.

Agora, gostaria de notar o circuito de agentes profissionais, a partir do ponto de vista de tais agentes. Os mediadores na transição da pessoa do *status* civil para o de paciente — bem como seus guardas, depois de colocada no hospital, — estão interessados em estabelecer uma pessoa mais próxima como tutor ou representante do paciente; se não houver um candidato evidente para o papel, alguém pode ser procurado e levado a ele. Assim, enquanto uma pessoa é gradualmente transformada em paciente, a pessoa mais próxima é transformada em tutor. Se este estiver em cena, o processo de transição pode ocorrer de maneira ordenada. Tende a conhecer os negócios e atividades civis do pré-paciente, e pode encarregar-se de problemas que acabariam por envolver o hospital. Alguns dos direitos civis perdidos pelo pré-paciente podem ser atribuídos ao tutor, o que ajuda a conservar o mito de que, embora o pré-paciente realmente não tenha seus direitos, na realidade não chegou a perdê-los.

Os pacientes internados geralmente percebem, pelo menos durante certo tempo, que a hospitalização é uma priva-

(20) As práticas de campo de concentração dão um bom exemplo da função do funil de tração ao induzir a cooperação e ao reduzir a luta e a rebeldia, embora neste caso se possa dizer que os mediadores não estavam agindo de acordo com os interesses dos internados. Os policiais que iam pegar as pessoas em casa às vezes brincavam com naturalidade e se ofereciam para esperar que o café fosse servido. As câmaras de gás eram apresentadas como salas de desinfecção, e as vítimas que tiravam a roupa recebiam a advertência de que deviam notar onde as colocavam. Os doentes, velhos, fracos ou insanos que eram escolhidos para extermínio eram às vezes levados em ambulâncias da Cruz Vermelha para campos denominados "hospital de observação". Ver DAVID BODER, *I Did Not Interview the Dead*, Urbana, University of Illinois Press, 1949, p. 81; ELIE A. COHEN, *Human Behavior in the Concentration Camp*, Londres, Jonathan Cape, 1954, pp. 32, 37, 107.

ção maciça e injusta, e às vezes conseguem convencer algumas pessoas de fora de que isso é realmente verdade. Nesse caso, para os identificados com a imposição de tais privações, por mais justas que sejam, é muitas vezes útil indicar a cooperação e a concordância de alguém cuja relação com o paciente o coloca acima de qualquer suspeita, e firmemente o define como a pessoa que mais provavelmente tem interesse pelo paciente. Se o tutor está satisfeito com o que está ocorrendo com o novo internado, todos os outros devem sentir a mesma coisa²¹.

Ora, pareceria que, quanto maior a relação de uma pessoa com outra, mais facilmente pode aceitar o papel de tutora dessa outra. No entanto, as disposições estruturais da sociedade que levam à fusão reconhecida dos interesses de duas pessoas levam também a outras conseqüências. A pessoa para quem o paciente se volta para pedir ajuda — ajuda contra algumas ameaças, entre as quais a de internamente involuntário — é exatamente aquela para as quais os mediadores e os administradores de hospitais se voltam logicamente para pedir autorização. Por isso, é compreensível que alguns pacientes passem a sentir, pelo menos durante algum tempo, que a intimidade da relação não indica sua fidelidade.

Outros efeitos funcionais emergem desse complemento de papéis. Se e quando a pessoa mais próxima apela para os mediadores diante da perturbação que está tendo com o pré-paciente, a hospitalização pode, na realidade, não estar entre os seus objetivos. Pode até nem perceber o pré-paciente como mentalmente doente, ou, se ocorre isso, pode não aceitar coerentemente essa interpretação²². É o circuito de mediadores, com seu maior conhecimento psiquiátrico e sua crença no caráter médico dos hospitais de doentes mentais, que freqüentemente define a situação para a pessoa mais próxima, dizendo-lhe que a hospitalização pode ser uma possível solução, e uma solução boa, que não inclui traição, mas uma ação médica que considera os interesses do paciente. Aqui, a pessoa mais próxima pode descobrir que o fato de fazer sua obrigação com relação ao pré-paciente pode fazer com que este desconfie dela e, durante certo tempo, chegue a odiá-la. No entanto, o fato de essa ação ser indicada e prescrita por especialistas, e por eles ser

(21) As entrevistas obtidas pelo grupo de Clausen do NIMH sugerem que quando uma mulher passa a ser tutora, a responsabilidade pode perturbar a distância anterior com relação a genros e noras, o que leva a nova união de apoio com eles ou a nítido afastamento.

(22) Para uma análise desses tipos não-psiquiátricos de percepção, ver MARIAN RADKE YARROW, CHARLOTTE GREEN SCHWARTZ, HARRIET S. MURPHY e LEILA DEADY, *The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family*, *Journal of Social Issues*, XI (1955), pp. 12-24; CHARLOTTE GREEN SCHWARTZ, *Perspectives on Deviance — Wives Definitions of their Husbands Mental Illness*, *Psychiatry*, XX (1957), pp. 275-91.

definida como dever moral, pode aliviar a pessoa mais próxima de parte da culpa que pode sentir²³. É um fato doloroso que um filho ou um filho adulto seja colocado na posição de mediador, de forma que a hostilidade que se voltaria contra o cônjuge, se volta contra o filho²⁴.

Uma vez que o pré-paciente esteja no hospital, a mesma função de suportar a culpa pode tornar-se parte significativa do serviço da administração com relação à pessoa mais próxima²⁵. Essas razões para sentir que não traiu o paciente, embora este possa pensar isso, podem depois dar à pessoa mais próxima uma estratégia defensiva quando visitar o paciente no hospital, e uma base para ter a esperança de que a relação possa ser restabelecida depois da moratória do hospital. E, evidentemente, essa posição, quando percebida pelo paciente, pode dar-lhe desculpas para a pessoa mais próxima, quando e se as procurar²⁶.

Assim, enquanto a pessoa mais próxima pode realizar funções importantes para os mediadores e os administradores do hospital, estes, por sua vez, podem realizar importantes funções para ela. Portanto, muitas vezes encontramos o aparecimento de uma troca ou reciprocidade não-intencionais de funções, embora estas sejam freqüentemente não-intencionais.

O último aspecto que desejo salientar na carreira moral do pré-paciente é seu caráter peculiarmente retrospectivo. Dado o papel determinante das contingências de carreira, até que uma pessoa chegue efetivamente ao hospital, usualmente não existe uma forma de saber com segurança que esteja destinada a fazê-lo. E até o momento de hospitalização, ela e os outros podem não pensar nela como pessoa que se está tornando doente mental. No entanto, a partir do momento em que, contra sua vontade, seja colocada no hospital, a pessoa mais próxima e a equipe dirigente do hospital precisarão de uma justificativa para os rigores que

(23) Esta função de culpa é encontrada, evidentemente, em outros complexos de papel. Quando um casal de classe média começa o processo de separação legal ou divórcio, usualmente os advogados de cada um usualmente pensam que seu trabalho consiste em dar a seu cliente o conhecimento de todas as reclamações e direitos, levando-o a solicitá-los, apesar da delicadeza de sentimentos a respeito dos direitos e da honradez do ex-cônjuge. Com toda boa fé, o cliente pode então dizer a si mesmo e ao ex-cônjuge que as exigências são feitas apenas porque o advogado insiste em que é melhor fazê-las.

(24) Registrados nos casos de Clausen.

(25) Esse aspecto é indicado por CUMMING e CUMMING, *op. cit.*, p. 129.

(26) Aqui, existe um interessante contraste com a carreira moral do paciente tuberculoso. Segundo me disse Julius Roth, os pacientes de tuberculose geralmente procuram voluntariamente o hospital, concordando com a pessoa mais próxima quanto à necessidade de tratamento. Mais tarde, em sua carreira de hospital, quando ficam sabendo quanto tempo precisam ficar e até que ponto são limitadoras e irracionais algumas regras do hospital, podem tentar sair, ser aconselhados a não fazer isso pelos parentes e pela administração, e só então começam a se sentir traídos.

impõem. Os médicos da equipe dirigente também precisarão de provas de que ainda estão no ofício para o qual foram instruídos. Tais problemas são facilitados, sem dúvida não intencionalmente, pela construção de história de caso que é atribuída ao passado do paciente, o que tem como efeito demonstrar que de há muito estava ficando doente; que finalmente ficou muito doente, e que, se não tivesse sido hospitalizado, coisas muito piores lhe teriam acontecido — e, evidentemente, tudo isso pode ser verdade. Diga-se de passagem que, se o paciente deseja dar sentido à sua estada no hospital, e, como já foi sugerido, deseja manter a possibilidade de novamente pensar na pessoa mais próxima como uma pessoa decente e bem intencionada, também terá razões para acreditar em parte da reconstrução psiquiátrica de seu passado.

Aqui está um ponto muito delicado para a sociologia das carreiras. Um aspecto importante de qualquer carreira é a interpretação que a pessoa constrói quando olha retrospectivamente para o seu progresso; em certo sentido, no entanto, toda a carreira do pré-paciente decorre dessa reconstrução. O fato de ter tido uma carreira de pré-paciente, a partir de uma queixa eficiente, se torna uma parte importante da orientação mental do paciente, mas o fato de esse papel só poder ser representado depois da hospitalização prova que o que estava tendo, mas já não tem, era uma carreira como pré-paciente.

A FASE DE INTERNADO

O último passo na carreira do pré-paciente pode incluir a compreensão — justificada ou não — de que foi abandonado pela sociedade e perdeu as relações com os que estavam mais próximos dele. É interessante observar que o paciente, sobretudo na primeira admissão, pode conseguir evitar chegar a esse "fim de linha", embora esteja colocado em enfermaria fechada de hospital. Ao entrar no hospital, pode sentir um desejo muito grande de não ser conhecido como pessoa que poderia ser reduzida às condições daquele momento, ou pessoa que se comportou tal como o fez antes do internamento. Conseqüentemente, pode evitar falar com quem quer que seja, pode ficar sozinho sempre que puder, e pode até ficar "fora de contato" ou "maníaco", a fim de evitar a ratificação de qualquer interação que o obrigue a um papel delicadamente recíproco, e lhe mostre o que se tornou aos olhos dos outros. Quando a pessoa mais próxima faz um esforço para visitá-lo, pode ser rejeitada pelo mutismo, ou pela recusa do paciente a ir à sala de visitas, — e

essas estratégias às vezes sugerem que o paciente ainda se apega a um resto de sua relação com os que formaram seu passado, e protege esse resto da destruição final de lidar com as "novas" pessoas em que se transformaram²⁷.

Usualmente, o paciente desiste desse grande esforço de ausência e anonimato, e começa a apresentar-se para interação social convencional na comunidade hospitalar. A partir de então, só se afasta de maneiras específicas — ao usar sempre seu apelido, ao assinar sua contribuição para o boletim semanal apenas com suas iniciais, ou ao usar o endereço "disfarçado" que alguns hospitais têm o cuidado de dar; ou, então, afasta-se apenas em ocasiões especiais, quando um grupo de estudantes de enfermagem dão uma volta pela enfermaria, ou quando, autorizado a andar pelo parque do hospital, repentinamente percebe que vai se encontrar com um civil que conhece fora do hospital. Às vezes, essa abertura para as relações sociais é denominada "aceitação" pelos auxiliares. Assinala uma nova posição, abertamente aceita e apoiada pelo paciente, e se assemelha ao processo de *début* que ocorre em outros grupos²⁸.

Uma vez que o paciente começa a "aceitar sua nova posição", as linhas básicas de seu destino começam a seguir as de toda uma classe de estabelecimentos segregados — cadeias, campos de concentração, mosteiros, campos de trabalho forçado, e assim por diante — nos quais o internado passa toda a vida no local, e vive disciplinadamente a rotina diária, na companhia de um grupo de pessoas que têm o mesmo *status* institucional.

Tal como ocorre com o novato de muitas dessas instituições totais, o novo internado percebe que está despo-

(27) A estratégia inicial do internado de afastar-se de contatos pode explicar, pelo menos em parte, a relativa ausência de formação de grupos entre internados em hospitais psiquiátricos públicos. Essa ligação me foi sugerida por William R. Smith. O desejo de evitar laços pessoais que dariam licença para perguntas biográficas poderia ser outro fator para isso. Evidentemente, em hospitais para doentes mentais, bem como em campos de prisioneiros, a administração pode conscientemente impedir a formação incipiente de grupos, a fim de evitar ação coletiva de rebeldia e outras perturbações nas enfermarias.

(28) Um *début* comparável ocorre no mundo homossexual, quando uma pessoa finalmente chega a apresentar-se francamente numa reunião *gay* [de homossexuais] não como turista, mas como alguém que é "disponível". Ver EVELYN HOOKER, *A Preliminary Analysis of Group Behavior of Homosexuals*, *Journal of Psychology*, XLII (1956), pp. 217-25; ver especialmente a p. 221. Na ficção, um bom tratamento desse aspecto pode ser visto no livro de JAMES BALDWIN, *Giovanni's Room*, New York, Dial, 1956, pp. 41-57. Um caso conhecido de processo de *début* (em inglês, *coming-out*, isto é, *saída*) é encontrado, sem dúvida, entre filhos pré-púberes no momento em que um desses atores volta para uma sala que abandonou num gesto de cólera e *amour-propre* ferido. A própria fase (*coming-out*) deriva, presumivelmente, de uma cerimônia de *rite-de-passage* que as mães de classe alta organizavam para suas filhas. É interessante notar que em grandes hospitais psiquiátricos públicos o paciente às vezes simboliza um *début* completo pela sua participação ativa no baile organizado pelo hospital para todos os pacientes.

jado de muitas de suas defesas, satisfações e afirmações usuais, e está sujeito a um conjunto relativamente completo de experiências de mortificação: restrição de movimento livre, vida comunitária, autoridade difusa de toda uma escala de pessoas, e assim por diante. Aqui começamos a aprender até que ponto é limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoios é subitamente retirado.

Ao mesmo tempo em que passa por essas experiências morais humilhantes, o paciente internado aprende a orientar-se no "sistema de enfermarias"²⁹. Nos hospitais públicos para doentes mentais, isso usualmente consiste em uma série de disposições graduadas em torno das enfermarias, unidades administrativas denominadas serviços, e de possibilidade de sair sob palavra. O nível "pior" muitas vezes tem apenas bancos de madeira para sentar, alimento muito pouco apetitoso e um pequeno canto para dormir. O nível "melhor" pode ter um quarto em que a pessoa fica sozinha, privilégios no pátio e na cidade, contatos relativamente "inofensivos" com a administração, bem como aquilo que se considera bom alimento e muitas possibilidades de recreação. Se desobedecer às normas onipresentes da instituição, o internado receberá castigos severos que se traduzem pela perda de privilégios; pela obediência, será finalmente autorizado a readquirir algumas das satisfações secundárias que, fora, aceitava sem discussão.

A institucionalização desses níveis radicalmente diversos de vida esclarece as conseqüências, para o eu, dos ambientes sociais. E isto, por sua vez, afirma que o eu surge, não apenas através da interação com os outros significativos, mas também de disposições que se desenvolvem numa organização, em benefício de seus participantes.

Há alguns ambientes que a pessoa imediatamente considera como estranhos à extensão ou à expressão de si mesma. Quando um turista explora os bairros mais pobres, pode ter prazer nessa situação, não porque seja um reflexo de si mesmo, mas exatamente porque isso não ocorre. Há outros ambientes, por exemplo, as salas de sua casa, que a pessoa organiza e emprega para influenciar, em direção favorável, as interpretações que os outros dão dela. E há ainda outros ambientes — por exemplo, o local de trabalho — que exprimem o *status* ocupacional do empregado, mas sobre o qual não tem controle final, pois este é exercido, ainda que delicadamente, pelo empregador. Os hospitais para doentes mentais apresentam um exemplo extremo desta

(29) Uma boa descrição do sistema de enfermarias pode ser encontrada em IVAN BELKNAP, *Human Problems of a State Mental Hospital*, New York, McGraw-Hill, 1956, cap. IX, principalmente p. 164.

última possibilidade. E isso pode ser devido, não apenas aos seus níveis de vida degradada, mas também à maneira singular em que a sua significação para o eu é explicitada para o paciente, de forma penetrante, persistente e total. Uma vez alojado em determinada enfermaria, o paciente é informado de que as restrições e privações que encontra não resultam de algumas forças cegas, como a tradição ou a economia, — e portanto dissociáveis do eu — mas partes intencionais de seu tratamento, parte de sua necessidade no momento, e, por isso, expressão do estado a que foi reduzido o seu eu. Como tem todas as razões para pedir condições melhores, ouve dizer que, quando a administração achar que “é capaz de controlar-se” ou “viver confortavelmente” numa enfermaria de nível mais alto, serão tomadas as providências necessárias para isso. Em resumo, sua colocação em determinada enfermaria é apresentada, não como um prêmio ou um castigo, mas como uma expressão de seu nível geral de atuação social, seu *status* como uma pessoa. Considerando-se que os piores níveis de enfermaria dão uma rotina diária que os internados com lesão cerebral podem assimilar facilmente, e que esses seres humanos muito limitados são apresentados para comprová-lo, podemos avaliar alguns dos efeitos “especulares” do hospital³⁰.

Portanto, o sistema de enfermarias é um exemplo extremo da maneira pela qual os fatos físicos de um estabelecimento podem ser explicitamente empregados para modelar a concepção que uma pessoa tem de si mesma. Além disso, o mandato psiquiátrico oficial dos membros dos hospitais para doentes mentais provoca ataques ainda mais diretos e violentos contra a imagem que o internado tem de si mesmo. Quanto mais “médico” e “progressista” for um hospital — quanto mais tenta ser terapêutico e não apenas “depósito” — mais precisa enfrentar a afirmação da alta administração de que seu passado foi um fracasso, que a causa disso está nele mesmo, que sua atitude diante da vida é errada, e que, se desejar ser uma pessoa, precisa mudar sua maneira de lidar com as pessoas e suas concepções de si mesmo. Muitas vezes, tomará consciência do valor moral desses ataques verbais ao ser obrigado a aceitar essa interpretação psiquiátrica de si mesmo em períodos estabelecidos de confissão, seja em sessões individuais, seja em psicoterapia de grupo.

(30) Este é um aspecto em que os hospitais para doentes mentais podem ser piores do que campos de concentração e prisões como locais para “matar” o tempo; nos primeiros, o auto-isolamento com relação às conseqüências simbólicas do ambiente pode ser mais fácil. Na realidade, o auto-isolamento em hospitais psiquiátricos pode ser tão difícil, que para isso os pacientes precisam empregar recursos que a administração interpreta como sintomas psicóticos.

Aqui, é possível apresentar um aspecto da carreira moral dos internados e que tem relação com muitas carreiras morais. Considerando-se o estádio que qualquer pessoa atingiu numa carreira, geralmente verificamos que constrói uma imagem do curso de sua vida — passado, presente e futuro — que corta, abstrai e deforma de tal maneira que permite uma visão de si mesmo que possa expor de maneira útil nas situações presentes. Muito frequentemente, a estratégia da pessoa com relação ao eu a coloca, defensivamente, num acordo fundamental com os valores básicos de sua sociedade, e assim pode ser denominada uma apologia. Se a pessoa consegue apresentar uma interpretação de sua situação presente que mostre a atuação de qualidades pessoais favoráveis no passado, e um destino favorável que a aguarde no futuro, pode-se dizer que tem uma história de triunfo. Se os fatos do passado e do presente de uma pessoa são extremamente sombrios, o melhor que pode fazer é mostrar que não é responsável por aquilo que veio a ser, e a expressão história triste é adequada. É interessante notar que, quanto mais o passado de uma pessoa a afasta de concordância aparente com valores morais centrais, mais parece obrigada a contar essa história triste para qualquer companhia que encontre. Talvez responda, em parte, à necessidade que sente, em outros, de não receber afrontas aos seus desenvolvimentos de vida. De qualquer forma, é entre presos, bêbedos e prostitutas que mais facilmente se obtêm as histórias tristes³¹. Agora desejo considerar as vicissitudes da história triste do doente mental.

No hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que é, afinal de contas, um caso de doença mental que sofreu algum tipo de colapso social no mundo externo, tendo fracassado de alguma forma glo-

(31) Com relação a presos, ver ANTHONY HECKSTALL-SMITH, *Eighteen Months*, Londres, Allan Wingate, 1954, pp. 52-53. Para os "bêbedos", ver a discussão de HOWARD G. BAIN, *A Sociological Analysis of the Chicago Skid-Row Lifeway* (Tese inédita de mestrado, Departamento de Sociologia, University of Chicago, setembro de 1959), principalmente "The Rationale of the Skid-Row Drinking Group", pp. 141-46. A esquecida tese de Bain é uma fonte útil de material sobre carreiras morais.

Aparentemente, um dos riscos profissionais da prostituição é que os clientes e outros contatos profissionais às vezes persistem em exprimir "compreensão" através de solicitação de uma explicação dramática e defensável da queda. Ao precisar preocupar-se com uma história triste, preparada para tais ocasiões, talvez a prostituta mereça mais piedade do que condenação. No livro de HENRY MAYHEW, *London Labour and the London Poor*, v. IV, *Those That Will Not Work*, Londres, Charles Griffin and Co. 1862, pp. 210-72, podemos encontrar bons exemplos de histórias tristes de prostitutas. Para uma fonte contemporânea, ver *Women of the Streets*, organizado por C. H. ROLPH, Londres, Secker and Warburg, 1955, sobretudo p. 6: "No entanto, quase sempre, depois de alguns comentários sobre a polícia, a moça começava a explicar como estava na vida, usualmente através de autojustificação. (...)" Evidentemente, nos últimos anos, os psicólogos especializados auxiliaram as profissionais na construção de histórias tristes globalmente notáveis. Ver, por exemplo, HAROLD GREENWALD, *The Call Girl*, New York, Ballantine Books, 1958.

bal, e que aqui tem pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como pessoa integral. Tais humilhações tendem a ser sentidas de maneira mais aguda pelos pacientes de classe média, pois sua condição anterior de vida tem pouca probabilidade de imunizá-los contra tais afrontas, mas todos os pacientes sentem certa degradação. Tal como o faria qualquer membro normal de sua subcultura externa, o doente muitas vezes responde a essa situação tentando apresentar uma história triste, onde prova que não está "doente", que o "pequeno problema" que teve foi, na realidade, provocado por outra pessoa, que seu passado teve honra e retidão, e que, portanto, o hospital é injusto ao impor-lhe o *status* de doente mental. Essa tendência de auto-respeito está profundamente institucionalizada na sociedade dos pacientes, onde o início de contatos sociais geralmente exige que os participantes apresentem informação sobre sua localização atual nas enfermarias, período de estada, mas não as razões para esta — e essa interação é realizada como "prosa" no mundo externo³². Com maior familiaridade, cada paciente usualmente apresenta razões relativamente aceitáveis para sua hospitalização, ao mesmo tempo em que aceita, sem discussão, as estratégias apresentadas por outros pacientes. Algumas histórias, como as seguintes, são apresentadas e explicitamente aceitas.

Eu estava freqüentando uma escola noturna para conseguir um mestrado, e além disso tinha um emprego; essa carga foi excessiva para mim.

Aqui, os outros estão mentalmente doentes, mas estou sofrendo de um mau sistema nervoso e é isso que me está dando estas fobias.

Vim para cá por erro, por causa de um diagnóstico de diabetes, e vou sair dentro de alguns dias. (O paciente estava internado há sete semanas.)

Fracassei como criança, e depois, com minha mulher, procurei conseguir independência.

Meu problema é que não posso trabalhar. É por isso que estou aqui. Tive dois empregos e uma boa casa com todo o dinheiro que desejava³³.

(32) Uma regra semelhante de autoproteção tem sido observada em prisões. ALFRED HASSLER, *Diary of a Self-Made Convict*, Chicago, Regnery, 1954, p. 76, ao descrever uma conversa com um companheiro de prisão: "Não disse muitas coisas a respeito das razões para sua condenação, e não fiz perguntas a respeito, pois esse é o comportamento aceito na prisão". Uma versão romancada do hospital psiquiátrico pode ser encontrada em J. KERKHOFF, *How Thin the Veil: A Newspaperman's Story of His Own Mental Crack-Up and Recovery*, New York, Greenberg, 1952, p. 27.

(33) De notas de campo do autor, em interação informal com pacientes, transcrita da maneira mais literal possível.

O paciente às vezes reforça tais histórias com uma definição otimista de sua posição profissional. Um homem que conseguiu obter uma audição como anunciante de rádio se apresenta como anunciante de rádio; outro, que trabalhou durante alguns meses como copista e, depois, como repórter, mas foi despedido três semanas depois, se apresenta como repórter.

Um papel social global na comunidade de pacientes pode ser construído a partir dessas ficções reciprocamente aceitas. Essas delicadezas na situação face-a-face tendem a ser criticadas por boatos, contados na ausência da pessoa, e que se aproximam apenas um grau dos fatos "objetivos". Evidentemente, aqui podemos ver uma função social clássica de redes informais entre pessoas de mesmo nível: servem como audiência para as histórias que confirmam o eu — histórias que são um pouco mais fundamentadas do que pura fantasia, e um pouco mais frágeis do que os fatos.

No entanto, a apologia do paciente é exigida num ambiente único, pois poucos ambientes podem ser tão destrutivos das histórias sobre o eu, com a exceção, evidentemente, das já construídas de acordo com esquemas psiquiátricos. E essa destrutividade se apóia em mais do que a folha oficial de papel que afirma que o paciente tem uma mente doente, é um perigo para si mesmo e para os outros — um atestado que, diga-se de passagem, parece atingir profundamente o orgulho do paciente, bem como a possibilidade de que possa sentir qualquer orgulho.

Certamente as condições degradantes do ambiente do hospital desmentem muitas dessas histórias sobre o eu, apresentadas pelos pacientes, e o fato de aí estar é uma prova contra tais histórias. E, evidentemente, nem sempre existe suficiente solidariedade entre os pacientes para impedir que um desminta o outro, assim como nem sempre existe um número suficiente de auxiliares "profissionalizados" para impedir que um auxiliar desminta o paciente. Como repetidamente um paciente superia a outro:

Se você é tão inteligente, como foi que veio parar aqui?

No entanto, o ambiente do hospital é ainda mais traiçoeiro. A equipe dirigente sempre tem muito a ganhar ao desmentir a história do paciente — qualquer que seja a razão para tais desmentidos. Para que a parte encarregada de custódia do hospital consiga realizar sua rotina diária sem queixa ou reclamações dos pacientes, pode ser útil indicar-lhe que as afirmações que faz a seu respeito e com as quais racionaliza seus pedidos são falsas, que não é a pessoa que afirma ser, e que na realidade, como pessoa, é um fracasso. Se a parte psiquiátrica deve impor-lhe suas inter-

pretações quanto à sua constituição pessoal, deve ser capaz de mostrar ao paciente, minuciosamente, como sua versão de seu passado e de seu caráter é muito melhor que aquela que apresenta³⁴. Para que o grupo psiquiátrico e o encarregado da custódia consigam fazer com que coopere nos vários tratamentos psiquiátricos, pode ser útil desmentir a interpretação que o paciente tem de suas intenções, e fazer com que avalie que sabem o que estão fazendo, e que estão fazendo o que é melhor para ele. Em resumo, as dificuldades causadas por um paciente estão estreitamente ligadas à sua versão do que está acontecendo com ele, e para que seja possível obter cooperação, pode ser útil desmentir sua versão. O paciente precisa "compreender", ou fingir compreender, a interpretação que o hospital dá dele.

A equipe dirigente tem também meios ideais — além do efeito especular do ambiente — para negar as racionalizações do paciente. A atual doutrina psiquiátrica define a doença mental como algo que pode ter suas raízes nos primeiros anos de vida do paciente, mostrar sinais durante toda a sua vida, e invadir quase todos os setores de sua atividade atual. Portanto, não é preciso definir qualquer segmento de seu passado ou de seu presente, além da jurisdição e do mandato da avaliação psiquiátrica. Os hospitais para doentes mentais burocraticamente institucionalizam esse mandato extremamente amplo ao formalmente basear seu tratamento do paciente em seu diagnóstico e, por isso, na interpretação psiquiátrica de seu passado.

A história do caso é uma expressão importante desse mandato. O *dossier* aparentemente não é usado regularmente, no entanto, para registrar as oportunidades em que o paciente mostrou capacidade para enfrentar honrosa e efetivamente situações difíceis de vida. Nem o registro de caso é usualmente utilizado para registrar uma média grosseira ou amostragem de seu passado. Um dos seus objetivos é mostrar as maneiras pelas quais se revela a "doença" do paciente e as razões pelas quais era correto interná-lo e continua a ser correto mantê-lo internado; isso é feito ao tirar, de toda a sua vida, uma lista dos incidentes que tive-

(34) O processo de examinar psiquiatricamente uma pessoa e, depois, alterar ou reduzir seu *status* em consequência disso, é conhecido na linguagem de prisões e hospitais como *bugging* [deixar maluco], supondo-se que uma vez que você chame a atenção dos aplicadores de teste, você será automaticamente classificado como maluco ou ficará maluco por causa do processo de ser examinado. Por isso, às vezes se pensa que a equipe psiquiátrica não descobre se você está doente ou não, mas faz com que você fique doente; "Don't bug me, man" [não me deixe maluco] pode significar: não me atormente até o ponto em que eu fique perturbado. Sheldon Messinger me sugeriu que esse sentido de *bugging* está ligado a outro sentido da linguagem coloquial, isto é, colocar um microfone secreto numa sala, com a intenção de conseguir informação que desmoralize a pessoa.

ram ou poderiam ter tido significação "sintomática"³⁵. Podem ser citadas infelicidades de seus pais ou irmãos que podem sugerir uma "tara" de família. São registrados atos iniciais em que o paciente parece ter mostrado mau julgamento ou perturbação emocional. São descritas oportunidades em que agiu de uma forma que o leigo consideraria imoral, sexualmente pervertida, com vontade fraca, infantil, indelicada, impulsiva ou "louca". Os seus últimos erros que alguém considerou como a última gota, como a causa para ação imediata, tendem a ser descritos minuciosamente. Além disso, o registro descreve o estado em que chega ao hospital — e esse não é provavelmente um momento de tranquilidade e facilidade para ele. O registro pode também descrever a tática que utilizou para responder a perguntas perturbadoras, mostrando-o como alguém que faz afirmações evidentemente contrárias aos fatos:

Afirma viver com a filha mais velha ou com as irmãs apenas quando está doente e precisa de cuidados especiais; no resto do tempo, vive com o marido; este, por sua vez, diz que não vive com ela há doze anos.

Ab contrário do que dizem os auxiliares, o paciente diz que já não bate no chão e nem grita de manhã.

... oculta o fato de que seus ovários foram extirpados, e afirma que ainda tem menstruação.

Inicialmente negou que tivesse tido experiência sexual antes do casamento, mas, quando lhe perguntaram sobre Jim, disse que tinha esquecido tudo, porque tinha sido desagradável³⁶.

Quando os fatos contrários não são conhecidos pela pessoa que registra o caso, sua presença é cuidadosamente considerada como questão aberta:

A paciente negou qualquer experiência heterossexual; nem foi possível fazer com que admitisse ter estado grávida ou ter tido qualquer tipo de liberdade sexual; também negou masturbação.

(35) Embora muitos tipos de organização mantenham registros de seus membros, em quase todas elas alguns atributos socialmente significativos só podem ser incluídos indiretamente, pois são oficialmente sem importância. No entanto, como os hospitais psiquiátricos têm um direito legítimo de lidar com a pessoa "global", não precisam reconhecer limites oficiais para o que consideram importante, o que é uma liberdade sociológica interessante. É um estranho fato histórico que pessoas preocupadas em conquistar liberdades civis em outras áreas da vida tenham tendência a dar ao psiquiatra um poder discricionário e completo em sua relação com o paciente. Aparentemente, pensa-se que, quanto maior o poder de terapeutas e pessoal com qualificação médica, melhor o atendimento dos interesses dos pacientes. Segundo posso saber, estes não foram interrogados a respeito.

(36) Transcrição literal de material de registro de caso de hospital.

Mesmo com considerável pressão, a paciente não estava disposta a apresentar qualquer projeção de mecanismos paranoídes.

Nesse momento, não foi possível provocar qualquer conteúdo psicótico³⁷.

E embora sem limitar-se a fatos, as afirmações degradantes muitas vezes aparecem nas descrições das maneiras sociais do paciente no hospital:

Quando entrevistado, estava delicado, aparentemente seguro, e "salpicava" generalizações bem apresentadas em suas descrições verbais.

Protegido por uma aparência limpa e um pequeno bigode hitleriano, esse homem de 45 anos, que passou aproximadamente seus últimos cinco anos no hospital, está com ótimo ajustamento ao ambiente, vivendo o papel de um grande farrista e sempre elegante, que não apenas é superior a seus companheiros, mas também consegue muito prestígio junto às mulheres. Sua linguagem está cheia de palavras difíceis, que geralmente emprega em contexto adequado, mas, se fala durante tempo suficiente sobre um assunto, logo fica claro que está perdido em sua verborragia, de forma que aquilo que diz é quase totalmente sem valor³⁸.

Portanto, os acontecimentos registrados na história de caso são do tipo que um leigo consideraria escandaloso e difamatório. Acho que é justo dizer que todos os níveis da equipe dirigente do hospital deixam, de modo geral, de lidar com esse material com a neutralidade suposta em afirmações médicas e diagnósticos psiquiátricos, mas, ao contrário, participam, por entonação e gesto, ainda que não através de outros meios, da reação leiga a tais atos. Isso ocorre em encontros equipe dirigente-paciente, bem como em encontros da equipe dirigente em que o paciente não está presente.

Em alguns hospitais psiquiátricos, o acesso ao registro de caso é limitado, tecnicamente, ao nível médico e de enfermeiras de nível superior, mas, mesmo nesse caso, o acesso informal ou a informação transmitida são acessíveis a níveis inferiores da administração³⁹. Além disso, o pessoal

(37) Transcrição literal de material de registro de caso de hospital.

(38) Transcrição literal de material de registro de caso de hospital.

(39) No entanto, alguns hospitais psiquiátricos têm um "registro quente" de casos selecionados que só podem ser verificados com permissão especial. Entre eles, pode haver registros de pacientes que trabalham como mensageiros de escritórios de administração, e que poderiam olhar seus registros; de internados que tinham posições de elite na comunidade próxima; de internados que podem mover ação legal contra o hospital e por isso podem ter uma razão especial para conseguir acesso a seus registros. Alguns hospitais têm até um "registro muito quente", con-

das enfermarias acredita que tem o direito de conhecer os aspectos da conduta anterior do paciente que, incluídos na reputação que cria, supostamente permitem o seu controle, tanto com maior benefício para o doente quanto com menos risco para os outros. Além disso, todos os níveis da equipe dirigente geralmente têm acesso às notas de enfermagem conservadas na enfermaria, e que anotam o curso diário da doença de cada paciente, e, portanto, sua conduta, dando para o presente o tipo de informação que o registro de caso dá de seu passado.

Penso que quase toda a informação reunida nos registros de caso é bem verdadeira, embora se pudesse também pensar que a vida de quase todas as pessoas permitiria a reunião de fatos suficientemente degradantes que justificariam o internamento. De qualquer forma, aqui não estou interessado em discutir o valor da manutenção de registros de casos, ou os motivos da equipe dirigente para mantê-los. O aspecto fundamental é que, embora tais fatos a seu respeito sejam verdadeiros, o paciente certamente não fica aliviado da pressão cultural para escondê-los, e talvez se sinta mais ameaçado por saber que são facilmente disponíveis, e que não controla quem tem acesso a eles⁴⁰. Um jovem com aparência bem masculina que responde à convocação militar fugindo do quartel e escondendo-se num armário de quarto de hotel, em pranto, e aí é encontrado por sua mãe; uma mulher que vai de Utah a Washington

servado no escritório do superintendente. Além disso, o título profissional do paciente, principalmente no caso de médicos, é às vezes intencionalmente omitido de seu registro. Evidentemente, todas essas exceções à regra geral de dar informações mostram que a instituição compreende algumas das conseqüências da manutenção de registros de hospital. Para outro exemplo, ver HAROLD TAXEL, *Authority Structure in a Mental Hospital Ward* (Tese de mestrado, inédita, Departamento de Sociologia, University of Chicago, 1953), pp. 11-12.

(40) Este é o problema de "controle de informação", que muitos grupos sofrem em diferentes graus. Ver GOFFMAN, "Discrepant Roles", *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books, 1959, cap. IV, pp. 141-66. JAMES PECK, em seu conto "The Ship that Never Hit Port", *Prison Etiquette*, organizado por HOLLEY CANTINE e DACHINE RAINER, Bearsville, New York, Retort Press, 1950, p. 66, sugere esse problema com relação a registros de caso em prisões.

"Evidentemente, os guardas sempre levam vantagem ao lidar com os presos, pois sempre podem marcá-los para um castigo inevitável. Toda infração das regras é anotada no registro do preso, onde há todas as minúcias da vida do preso, antes e depois da prisão. Existem relatórios gerais escritos pelo encarregado do trabalho, pelo encarregado das celas ou por qualquer outro encarregado que tenha surpreendido uma conversa. São também incluídas as histórias descritas pelos *dedos duros*.

Qualquer carta que interesse às autoridades vai para o registro. O censor da correspondência pode fazer uma cópia fotostática de uma carta do preso, ou apenas copiar trecho dela. Ou pode entregar a carta para um guarda. Muitas vezes, um preso chamado pelo funcionário encarregado da liberdade condicional é colocado diante de algo que escreveu muito tempo antes e que já esquecera completamente. Isso podia fazer referência a sua vida pessoal ou a suas opiniões políticas — um fragmento de pensamento que, segundo as autoridades, podia ser perigoso e foi guardado para ocasiões posteriores."

para advertir o Presidente da República de uma catástrofe iminente; um homem que se despe diante de três meninas; um jovem que tranca sua irmã fora de casa, e, quando ela tenta entrar, arranca dois de seus dentes com socos — todas essas pessoas fizeram algo que terão todas as razões para ocultar de outros, e boas razões para mentir, se interrogadas.

Os padrões formais e informais de comunicação entre pessoas da equipe dirigente tendem a ampliar a função reveladora dos registros de casos. Um ato censurável que um paciente apresenta, durante uma parte da rotina diária, numa parte da comunidade hospitalar, tende a ser descrita aos que supervisionam outras áreas de sua vida, onde implicitamente assume a posição de alguém que não é o tipo de pessoa capaz de agir dessa forma.

Aqui, como em outros estabelecimentos sociais, é significativa a prática cada vez mais comum de conferências da equipe de todos os níveis, onde os diretores apresentam suas opiniões sobre os pacientes e chegam a um acordo coletivo quanto à estratégia que o paciente tenta empregar, bem como à estratégia que deve ser empregada no seu caso. Um paciente que desenvolva uma relação "pessoal" com um auxiliar, ou que consiga fazer com que um auxiliar fique angustiado com acusações eloqüentes e persistentes de maus tratos, pode ser colocado de volta a seu lugar através da reunião da equipe dirigente, onde o auxiliar é advertido ou lembrado de que o paciente está "doente". Como a imagem diferencial de si mesma que uma pessoa usualmente encontra nas pessoas de vários níveis que a cercam é aqui secretamente unificada numa forma comum, o paciente pode ficar diante de uma espécie de conspiração comum contra ele — embora uma conspiração cujo objetivo sincero é o seu bem-estar futuro.

Além disso, a transferência formal do paciente de uma enfermaria ou de um serviço para outro tende a ser acompanhada por uma descrição informal de suas características, o que, segundo se supõe, facilita o trabalho do empregado que passa a ser responsável por ele.

Finalmente, no nível mais informal, a conversa durante o almoço ou o café muitas vezes se volta para as últimas atividades do paciente, e o nível de bate-papo de qualquer estabelecimento social é aqui intensificado pela suposição de que tudo que se refira ao paciente é, de certo modo, assunto adequado para os empregados do hospital. Teoricamente, parece não haver razão para que esse bate-papo não deva ser uma forma de elogiar o paciente, em vez de criticá-lo, a não ser que se suponha que a conversa a respeito dos ausentes tende sempre a ser crítica, a fim de

manter a integridade e o prestígio do círculo em que a conversa ocorre. E assim, mesmo quando o impulso das pessoas parece ser delicado e generoso, a suposição de sua conversa é geralmente que o paciente não é uma pessoa integral. Por exemplo, um consciencioso terapeuta de grupo, com grande compreensão dos pacientes, uma vez admitiu a seus companheiros de café:

Tive três desorganizadores de grupo, principalmente um — um advogado [em voz baixa] James Wilson — muito inteligente — que tornava minha vida impossível, ainda que eu o colocasse sempre no primeiro plano e ocupado com alguma coisa. Quase desesperado, procurei o seu psiquiatra, e este me afirmou que, apesar de sua aparência e de seus escândalos, precisava muito do grupo e que provavelmente este significava mais para ele do que tudo o mais que estava tendo no hospital — precisava desse apoio. Isso fez com que meus sentimentos a respeito mudassem completamente. Agora, conseguiu alta.

De modo geral, portanto, os hospitais para doentes mentais sistematicamente permitem que, a respeito do paciente, circulem exatamente as informações que ele gostaria de esconder. E, em vários graus de minúcia, essa informação é usada diariamente para desautorizar suas reclamações. Por ocasião da admissão e nas conferências de diagnóstico, ele ouve perguntas a que deve dar respostas erradas para que possa manter seu auto-respeito; depois, a resposta certa pode ser apresentada explicitamente a ele. Um auxiliar a quem conta uma versão de seu passado e sua razão para estar no hospital pode sorrir com descrença, ou dizer "Não foi isso que ouvi" — o que está de acordo com a prática psiquiátrica de levar o paciente para a realidade. Quando se aproxima de um médico ou de uma enfermeira e apresenta seus pedidos de maiores privilégios ou de alta, pode ser recebido com uma pergunta a que não pode dar uma resposta sincera sem fazer referência a um momento anterior em que agiu de maneira errada. Quando, na psicoterapia de grupo, dá sua interpretação da situação, o terapeuta, atuando como interrogador, pode tentar desmentir as interpretações que lhe permitiriam conservar seu amor-próprio, e estimular uma interpretação segundo a qual o paciente é que deve ser censurado e procurar mudar. Quando diz, para a administração ou para seus companheiros, que está bem, e que realmente nunca esteve doente, alguém pode apresentar minúcias da maneira pela qual, um mês antes, se rebojava como uma mocinha, ou afirmava que era Deus, ou se recusava a comer ou falar, ou colocava goma no cabelo.

Cada vez que a equipe dirigente desmente as afirmações do paciente, seu sentido do que uma pessoa deve ser e as regras de relações entre colegas o obrigam a reconstruir sua história; cada vez que faz isso, os interesses de guarda e de psiquiatria da equipe dirigente podem levá-la a novamente desmentir tais histórias.

Além desses altos e baixos verbais do eu, há uma base institucional não menos oscilante. Ao contrário do que se julga na opinião popular, o "sistema de enfermarias" garante uma grande mobilidade social interna nos hospitais psiquiátricos, principalmente durante o primeiro ano de estada do internado. Durante esse período, é provável que o paciente mude uma vez de serviço, mude três ou quatro vezes de enfermaria, e mude várias vezes a sua situação de liberdade sob palavra; é provável que passe por mudanças em boas e más direções. Cada uma dessas mudanças exige uma alteração fundamental no nível de vida e nos materiais disponíveis com os quais pode construir uma rotina de atividades, uma alteração cuja amplitude é equivalente, digamos, a uma ascensão e queda de uma classe num sistema de classes da sociedade mais ampla. Além disso, os companheiros com os quais se identificou parcialmente também estarão sofrendo mudanças semelhantes, mas em diferentes direções e ritmos diversos, o que impõe à pessoa sentimentos de mudança social, ainda que não as sinta diretamente.

Como já se sugeriu antes, as doutrinas psiquiátricas podem reforçar as flutuações sociais do sistema de enfermarias. Atualmente, existe uma interpretação psiquiátrica segundo a qual o sistema de enfermarias é uma espécie de incubadora, em que os pacientes começam como bebês e terminam, dentro de um ano, em enfermarias de convalescentes, como adultos ressocializados. Essa interpretação dá muito peso e orgulho ao trabalho da equipe dirigente, e exige uma certa cegueira, principalmente nos níveis mais elevados, quanto a outras maneiras de ver o sistema de enfermaria — por exemplo, como um método de disciplinar pessoas desobedientes, através de prêmios e castigos. De qualquer forma, essa perspectiva de ressocialização tende a acentuar excessivamente o fato de que aqueles que são colocados nas enfermarias piores são incapazes de conduta socializada, e o fato de que os colocados nas enfermarias melhores estão preparados e dispostos a participar do jogo social. Como o sistema de enfermaria é algo mais do que uma câmara de socialização, os internados podem encontrar muitas razões para "desordens" ou para criar casos, e muitas oportunidades, portanto, de remoção para enfermarias inferiores. Essas degradações podem ser oficialmente interpretadas como recaídas psiquiátricas, ou reincidências morais, o que protege a interpretação de ressocialização

apresentada pelo hospital; tais interpretações, implicitamente, traduzem uma simples infração de regras e conseqüente degradação para uma expressão fundamental do *status* do eu do acusado. De maneira correspondente, as promoções, que podem ocorrer por causa de pressão de população nas enfermarias, pela necessidade de um "paciente capaz de trabalhar" ou por outras razões pouco importantes de um ponto de vista psiquiátrico, podem ser apresentadas como algo que exprime profundamente o eu global do paciente. A equipe dirigente pode esperar que o paciente faça um esforço pessoal para "ficar bom", em menos de um ano, e por isso pode lembrá-lo constantemente de que deve pensar em termos de fracasso e triunfo do eu⁴¹.

Em tais contextos, os internados podem descobrir que as quedas em *status* moral não são tão más quanto imaginara. Afinal, as infrações que levam a essas degradações não podem ser acompanhadas por sanções legais ou por redução do *status* do doente mental, pois tais condições já existem. Além disso, nenhum delito presente ou passado parece suficientemente horrível para excluir o doente da comunidade dos pacientes, e, por isso, os erros quanto a uma vida correta perdem parte de seu sentido de estigma⁴². Finalmente, ao aceitar a interpretação que o hospital dá de sua queda, o paciente pode adquirir a intenção de "endireitar-se", e pedir, da administração, compreensão, privilégios e perdão, a fim de perseverar nessa nova atitude.

O fato de aprender a viver sob condições de exposição iminente, e com grandes flutuações de consideração, com pouco controle da obtenção ou perda de tal consideração, é um passo importante na socialização do paciente, um passo que diz algo importante a respeito do que significa ser um internado em hospital psiquiátrico. O fato de ter os erros passados e o progresso presente sob revisão moral constante parece provocar uma adaptação especial, formada por uma atitude não-moral com relação aos ideais do ego. As limitações e os triunfos da pessoa se tornam muito centrais e flutuantes na vida para que permitam o compromisso usual de interesse pelas interpretações que outras pessoas dão disso. Não é muito possível tentar conservar afirmações firmes a seu próprio respeito. O internado aprende que as degradações e reconstruções do eu não devem ser muito consideradas, e ao mesmo tempo aprende que a equipe dirigente e os outros internados estão preparados para interpretar, com certa indiferença, as destruições e reconstruções do eu. Aprende que uma imagem defensável do eu pode

(41) Devo essa e outras sugestões a Charlotte Green Schwartz.

(42) Ver "A Vida Intima de uma Instituição Pública", incluída neste livro.

ser vista como algo fora de si mesmo e que pode ser construída, perdida e reconstruída — tudo isso com certa rapidez e certa justiça. Aprende a viabilidade da aceitação de uma posição — e, portanto, um eu — que está fora daquele que o hospital pode dar e tirar dele.

Portanto, esse ambiente parece criar uma espécie de complexidade cosmopolita, uma espécie de apatia cívica. Nesse contexto moral, não muito sério, embora extremamente exagerado, a construção de um eu ou sua destruição se transformam em jogo impudico; o fato de aprender a considerar esse processo parece criar certa desmoralização, pois é um jogo fundamental. Portanto, no hospital o paciente pode aprender que o eu não é uma fortaleza, mas uma cidade aberta; e talvez se canse de precisar mostrar prazer quando é ocupada por suas tropas, e desprazer quando ocupada pelo inimigo. Uma vez que aprenda o que significa ser definido pela sociedade como possuidor de um eu inaceitável, essa definição ameaçadora — a ameaça que ajuda a ligar as pessoas ao eu que a sociedade lhes atribui — fica enfraquecida. O paciente parece atingir um novo platô quando aprende que pode sobreviver ao agir de uma forma que a sociedade considera como capaz de destruí-lo.

É possível dar alguns exemplos desse relaxamento e dessa fadiga moral. Atualmente, nos hospitais psiquiátricos os pacientes parecem aceitar uma "moratória no casamento", enquanto a equipe dirigente parece que até certo ponto tolera a situação. Pode haver certa pressão do grupo contra um paciente que "namora" mais de uma colega de hospital ao mesmo tempo, mas pouca sanção contra a união, mais ou menos firme, com pessoas do sexo oposto, embora se saiba que ambos são casados, têm filhos e são até visitados regularmente por tais estranhos ao hospital. Em resumo, nos hospitais psiquiátricos, parece haver uma licença para começar novamente a situação de namoro, embora se reconheça que nada sério ou permanente pode decorrer disso. Tal como ocorre em romances de navios ou férias, essas ligações mostram como o hospital está separado da comunidade externa, como se transforma num mundo próprio, dirigido em benefício de seus cidadãos. E essa moratória é certamente uma expressão da alienação e da hostilidade que os pacientes sentem com relação àqueles que estão fora e aos quais estão intimamente ligados. Além disso, temos provas dos efeitos destrutivos do fato de viver num mundo dentro de outro mundo, e em condições que tornam difícil levar a sério qualquer um dos dois.

O segundo exemplo refere-se ao sistema de enfermarias. No pior nível das enfermarias, o desprezo parece ocorrer com maior frequência, em parte por causa da falta

de recursos, em parte por causa de caçadas e sarcasmo que parecem ser a norma ocupacional de controle social dos auxiliares e enfermeiros que trabalham nesses locais. Ao mesmo tempo, a falta de equipamentos e direitos significa que não é possível conseguir muita reconstrução do eu. Por isso, o paciente é constantemente derrubado, mas não pode cair de muito alto. Em algumas dessas enfermarias, parece desenvolver-se um tipo de humor amargo, com considerável liberdade para enfrentar a equipe dirigente e responder a um insulto com outro. Embora tais pacientes possam ser castigados, não podem, por exemplo, ser facilmente humilhados, pois na realidade já foram despojados das coisas boas que as pessoas precisam ter para sofrer humilhação. Tal como ocorre com as prostitutas no caso do sexo, os internados dessas enfermarias têm pouca reputação ou direitos que possam perder, e por isso podem ter certas liberdades. Quando uma pessoa sobe no sistema de enfermarias, pode, cada vez mais, evitar os incidentes que desmentem seu desejo de ser uma pessoa, e adquirir cada vez mais os variados ingredientes de auto-respeito; no entanto, quando eventualmente é degradado — e isso ocorre — há uma distância muito maior para sua queda. Por exemplo, o paciente privilegiado vive num mundo muito mais amplo do que a enfermaria, encontra funcionários de recreação que, a seu pedido, podem dar bolos, cartas para jogo, bolas de pingue-pongue, entradas para o cinema, materiais para escrever. No entanto, na ausência do controle social de pagamento que é geralmente exercido pelos que recebem esses artigos no mundo externo, o paciente corre o risco de, mesmo um funcionário bondoso, poder, às vezes, pedir-lhe que espere até que termine uma conversa informal, ou, por "gozação", perguntar para quê deseja aquilo que está pedindo, ou responder com uma longa pausa e um olhar frio de avaliação.

Portanto, o fato de subir e descer no sistema de enfermarias significa, não apenas uma mudança no material para a reconstrução do eu, uma mudança em *status* refletido, mas também uma mudança no cálculo de riscos. A avaliação dos riscos à autoconcepção é parte da experiência moral de toda gente, mas uma avaliação de que determinado nível de risco é apenas uma disposição social é uma experiência rara, e aparentemente desanimadora, para quem a enfrenta.

Um terceiro caso de relaxamento moral refere-se às condições freqüentemente associadas à alta do internado. Muitas vezes obtém alta sob a supervisão e controle da pessoa mais próxima ou de um empregador especialmente escolhido e vigilante. Se se comporta mal, podem rapidamente conseguir sua volta ao hospital. Portanto, fica à

mercê de pessoas que comumente não teriam esse poder sobre ele, e a respeito das quais poderia ter causa anterior para amargura. No entanto, para conseguir sair do hospital pode esconder seu descontentamento com essa disposição e, pelo menos até o momento em que esteja seguramente livre dos registros do hospital, pode fingir aceitar voluntariamente esse tipo de custódia. Portanto, esses processos de alta dão uma lição implícita quanto à aceitação manifesta de um papel, sem, ao mesmo tempo, exigir a sua aceitação íntima, e parecem separar ainda mais a pessoa dos mundos que os outros aceitam seriamente.

A carreira moral de uma pessoa de determinada categoria social inclui uma seqüência padronizada de mudanças em sua maneira de conceber os eus — entre os quais se coloca, de maneira importante, o seu próprio. Essas linhas semi-esquecidas de desenvolvimento podem ser acompanhadas pelo estudo de suas experiências morais — isto é, acontecimentos que marcam um momento decisivo na maneira pela qual a pessoa vê o mundo — embora possa ser difícil verificar as particularidades dessa interpretação. E é possível notar estratégias manifestas — isto é, posições que efetivamente assume diante dos outros, qualquer que seja a natureza oculta e variável de sua ligação íntima com tais apresentações. Ao notar as experiências morais e as posições pessoais, podemos obter um traçado relativamente objetivo de assuntos que são relativamente subjetivos.

Cada carreira moral, e, atrás desta, cada eu, se desenvolvem dentro dos limites de um sistema institucional, seja um estabelecimento social — por exemplo, um hospital psiquiátrico — seja um complexo de relações pessoais e profissionais. Portanto, o eu pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes. Neste sentido, o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apóia, mas constitui o eu.

Neste artigo, foram consideradas duas dessas disposições institucionais, indicando-se o que ocorre à pessoa quando tais regras se enfraquecem. A primeira refere-se à lealdade sentida com relação à pessoa mais próxima. O eu do pré-paciente é descrito como uma função da maneira pela qual três papéis são relacionados, subindo e declinando nos tipos de ligação que ocorrem entre a pessoa mais próxima e os mediadores. A segunda se refere à proteção exigida pela pessoa para a versão de si mesma que apresenta aos outros, e à maneira pela qual o afastamento dessa proteção pode formar um aspecto sistemático, ainda que não inten-

cional, do funcionamento de um estabelecimento. Desejo acentuar que esses são apenas dois dos tipos de regras institucionais a partir das quais surge um, eu do participante; outras, não consideradas neste artigo, são igualmente importantes.

No ciclo usual de socialização de adultos, esperamos que a alienação e a mortificação sejam seguidas por um novo conjunto de crenças a respeito do mundo e uma nova maneira de conceber os eus. No caso do paciente de hospital psiquiátrico, esse renascimento ocorre às vezes, e apresenta a forma de uma crença muito forte na perspectiva psiquiátrica, ou, pelo menos por um curto período, uma devoção à causa social de melhor tratamento para doentes mentais. No entanto, a carreira moral do doente mental tem um interesse singular; pode exemplificar a possibilidade de que, ao tirar as vestimentas do antigo eu — ou ter suas vestes arrancadas — a pessoa possa não sentir a necessidade de uma nova roupa e uma nova audiência diante da qual se vista. Ao contrário, pode aprender, pelo menos durante certo tempo, a apresentar, diante de todos os grupos, as artes amorais do despudor.

OHIO .mll/4