UM HOMEM ESCONDIDO DENTRO DO HOMEM INEXISTENTE: UMA SITUAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE UMA DESORDEM PSIQUIÁTRICA

Luís Quintais

O conceito de "crença" permite-nos abrir um debate sobre uma das tensões mais recorrentes das etnopsicologias ocidentais: a que faz opor interior a exterior. É partindo da irredutibilidade da linguagem a supostos estados internos e enfatizando as suas modalidades performativas que podemos compreender *o que fazem* as pessoas quando dizem que acreditam em alguma coisa. O alcance performativo dos enunciados produzidos sobre estados internos pode ser compreendido à luz de uma situação de diagnóstico num gabinete de uma unidade psiquiátrica na qual o autor fez recentemente trabalho de terreno.

Inicio este ensaio interrogando um dos territórios mais férteis de problematização antropológica. Refiro-me àquele que é circunscrito pelo conceito de "crença" (ver, *v.g.*, Barnard 1996).

Sabemos como este conceito não possui uma validade transcultural. Ele releva das etno-epistemologias e etnopsicologias ocidentais, e os problemas de tradução para o qual nos envia estão particularmente bem ilustrados pela história da missionação e da conversão ocidentais. Os missionários, no seu envolvimento com a filologia e a linguística, cedo descobriram como podem ser enganadores os exercícios de tradução de ideias e práticas locais na linguagem ocidental da crença (van der Veer 1996: 484).

Mas poderíamos interrogar-nos: será que, para lá das diferenças linguísticas, o conceito de crença não se baseia em *estados internos* aos sujeitos que são universais e que de algum modo se situam para lá da multiplicidade e variedade de respostas semânticas que esses mesmos estados solicitam? Mas se esses estados internos se situam para lá de quaisquer suportes linguísticos, então como poderemos *dizê-los*? Como pode, por exemplo, um etnógrafo saber o que quer dizer um dado sujeito através da expressão "eu acredito em X"? E não será que os estados internos aos sujeitos são uma das modalidades das etnopsicologias ocidentais?

Não sei se esta oposição interior/exterior codifica uma gramática transcultural a partir da qual se constituem os inúmeros idiomas culturais sobre a pessoa que têm vindo a ser etnograficamente cartografados. Sei que ela é, em todo o caso, largamente operativa, como nos confirma uma pluralidade de etnografias recentes (ver, *v.g.*, James 1988: 83-84; Munn 1986: 67-68; Strathern 1994: 52).

Alguns antropólogos recusam, no entanto, o carácter transcultural desta interioridade na qual se abastecem muitas etnopsicologias. Rodney Needham, fazendo destacar a interioridade que ressalta das conceptua-

lizações ocidentais de pessoa, afirma que, para a filosofia ocidental, a ênfase colocada no indivíduo produziu uma grande variedade de concepções do "homem interno" (*inner man*), para, adiante, defender categoricamente que estamos perante um domínio de particulares semânticos e contextuais que se não pode presumir expressar isomorficamente universais psíquicos (1981: 67, 69). É nesta variedade de concepções do homem interno que se baseiam estados psicológicos como *recordar*, *pensar* ou *acreditar*.

A dar crédito à etnografia kuranko (Serra Leoa), dir-se-ia que Rodney Needham tem razão em recusar a universalidade das etnopsicologias ocidentais que se apoiam numa variedade de concepções do homem interno. Assim, Jackson (1989a: 115), ao referir-se ao lugar que ocupam as crenças na metamorfose de pessoas em animais entre os kuranko, diz-nos, a dado momento, que estas promovem uma diluição da descontinuidade entre subjectividade e objectividade, diluição que se fundamentaria no hábito kuranko de interpretar estados interiores como signos de acontecimentos externos. Enquanto Jackson tendia a ver a mudança de forma de Mohammed, "o homem que se podia transformar num elefante", como um estado de alteração da consciência, isto é, um acontecimento intrapsíquico, os kuranko tendiam a ontologizar a experiência e a vê-la como uma mudança na realidade objectiva, falando acerca dela não como uma transformação interior mas como um movimento exterior da cidade para a solidão do mato. Segundo Jackson, esta tendência para exteriorizar acontecimentos, que reportaríamos a uma interioridade, explica a razão por que os kuranko interpretam a memória não como um "traço mental de um acontecimento passado", mas antes como o registo de um acontecimento que aconteceu noutro lugar. Explica também porque é que interpretam a consciência (*kake*) como algo que reside nas relações sociais e não no indivíduo, e o inconsciente não como um nível profundo da mente mas como uma espécie de "penumbra" no espaço social, um domínio sombrio que se situa fora do perímetro da aldeia.

Para lá de haver múltiplos exemplos etnográficos em que o par interior/exterior se encontra amplamente codificado, para o pensamento ocidental a oposição interior/exterior é tão canónica quando se usa conceitos psicológicos que uma das mais influentes críticas filosóficas à psicologia ocidental (uma etnopsicologia entre outras, dir-se-ia) toma-a, muito significativamente, por eixo, procurando revelar os seus limites. Refiro-me a Ludwig Wittgenstein (ver, *v.g.*, Schulte 1995, Johnston 1993). Algumas das formulações que Wittgenstein produziu sobre este aspecto ser-me-ão particularmente úteis adiante. Por agora, e secundando Needham, gostaria de partir da ideia de que a ênfase no interior é um aspecto central das etnopsicologias ocidentais.

Se a noção de estados internos não expressa isomorficamente universais psíquicos e se o conceito de crença não é universal, então o vector essencial de qualquer discussão sobre este tema passa pela constatação da irredutibilidade e da ineficácia da linguagem no acesso aos supostos conteúdos da consciência [1] (daí que eu não possa, em última instância, saber o que quer dizer um dado sujeito quando afirma "eu acredito em X" [2]).

Se eu não posso, através da linguagem, ter acesso aos conteúdos da consciência, e neste caso às crenças das pessoas implicadas, e se os limites da minha interrogação do mundo são, em grande medida, os limites da minha linguagem, então não me interessa saber se existem *de facto* conteúdos da consciência aos quais posso, por exemplo, chamar crenças. Interessa-me antes saber *em que contextos e com que finalidade as pessoas dizem "eu acredito em X"*.

A linguagem não espelha estados internos da realidade ou realidades dos sujeitos [3]. Se ela não espelha esses estados e se a sua principal vertente não é a de *representar adequadamente* uma crença, *que faço eu* quando digo que acredito em algo? Estamos aqui perante aquilo a que chamaríamos contextos de uso da linguagem ou "jogos de linguagem" – expressão que em Wittgenstein nos remete para um ponto de intersecção entre o falar e o agir (Schulte 1995: 8).

A crença tem, neste caso, um alcance "formulaico" (Barnard 1996: 64). Etimologicamente, quando falamos de uma "fórmula", falamos num "preceito estabelecido para regular ou validar qualquer acto", e ainda numa "expressão que indica o modo de operar para obter um resultado" [4]. A intersecção entre linguagem e acção é aqui particularmente clara.

---

[1] Quando pensamos na noção de um estado interno associamo-la, de imediato, a um conteúdo da consciência. Este conteúdo da consciência expressa-se, na filosofia e no pensamento ocidentais, sobretudo através de uma matriz visual. Falamos então de imagens. Solicitaria aqui a presença de David Hume. Quando Hume divide a experiência em ideias e impressões, ele toma o exemplo da imagem mental como o seu modelo para uma impressão e trata as ideias como cópias destas impressões. Deste modo, as impressões sensoriais, e em particular as impressões visuais, passaram a ser tratadas como o paradigma da nossa experiência interior. O que se encontra subjacente à ideia de consciência como uma sucessão de experiências é a ideia de uma sucessão de imagens. Na sua essência, os universos interiores são povoados por imagens (Johnston 1993: 34).

[2] Como avança Alan Barnard (1996: 64), se aquilo a que chamamos crença supõe um estado interno que se não relaciona com a linguagem – ou ao qual a linguagem não permite ter acesso – então como podemos saber em que acreditam *na realidade* as pessoas? Se assim é, o etnógrafo não pode ter acesso a esse estado interno, nem sequer a pessoa interrogada sobre a sua própria crença poderá eventualmente pronunciá-la.

[3] A recusa de uma visão especular da linguagem abrangeria não apenas realidades internas aos sujeitos, mas também, e de um modo mais amplo, realidades externas. Seja como for, o que me interessa neste momento é enfatizar a interioridade e a impossibilidade de a linguagem ser o seu espelho. Para uma crítica aprofundada da ideia de correspondências especulares entre o pensamento (ou linguagem) e o mundo, ver Rorty (1988).

[4] Ver *Lexicoteca – Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*, Lisboa, Círculo de Leitores (1985).

A considerarmos o alcance formulaico da linguagem, estamos, muito concretamente, a considerar aquilo a que o filósofo da linguagem J.L. Austin (1975: 6) virá a chamar "enunciados performativos", cujas aplicações analíticas no domínio da antropologia se têm revelado muito estimulantes (ver, *v.g.*, Bloch 1989, Jackson 1989b, Lambek 1990, Wikan 1992).

Austin mostra-nos a proximidade entre as ordens do dizer e do fazer, o que pode ser facilmente perceptível através do título da sua obra: *How To Do Things with Words*. Este autor traz para o centro da reflexão sobre a linguagem a performatividade dos seus enunciados. Podemos apreciar como a linguagem possui uma dimensão pragmática que se não confina a uma sintaxe (que nos remete para as relações dos signos entre si e para as regras de combinação a que os mesmos se encontram sujeitos) e a uma semântica (que diz respeito à relação entre os signos e os seus referentes). A performatividade da linguagem deriva das implicações sociais dos seus usos, em que o significado social de uma frase se encontra menos no seu valor proposicional, isto é, naquilo que nos diz, que nos seus efeitos, isto é, *naquilo que através dessa frase se faz*. Daí a distinção entre "acto locutório" (que equivale, genericamente, ao "significado"), "acto ilocutório" (que se traduz pela "força" de um enunciado) e "acto perlocutório" (que tem a ver com aquilo que se efectua através dos usos da linguagem, ou seja, com os seus efeitos) (Austin 1975: 109).

Adiante, procurarei ilustrar a relevância de que se revestem algumas destas ideias a partir de um exemplo etnográfico retirado do meu trabalho de terreno realizado junto de uma instituição psiquiátrica.

O contexto

O meu contexto é uma unidade psiquiátrica de um hospital psiquiátrico da cidade de Lisboa, o Hospital Júlio de Matos [5]. A unidade a que me refiro é o Serviço de Psicoterapia Comportamental que diagnosticava e tratava patologias comportamentais várias. Entre estas, fazia incidir uma atenção especial sobre uma das categorias nosológicas com um impacto público e

[5] O meu trabalho de terreno junto desta instituição realizou-se entre 1996 e 1997, no âmbito da escrita de uma tese de mestrado em ciências sociais. A dissertação (Quintais 1997) promove uma reflexão antropológica sobre a desordem de *stress* pós-traumático em que me proponho compreender como um conjunto de pacientes, ex-combatentes da guerra colonial, redescrevia o seu percurso identitário à luz dos discursos sobre memória e trauma constituídos no contexto terapêutico do qual participavam. Gostaria de dirigir os meus agradecimentos aos terapeutas e pacientes envolvidos e manifestar ao meu orientador, João de Pina Cabral, o apreço pelo estímulo, interesse, e observações críticas por si tecidas, que me permitiram reformular alguns dos aspectos deste texto. Agradeço ainda a João Leal e a Paulo Valverde os seus comentários editoriais.

político mais profundo: a "desordem de *stress* pós-traumático" (PTSD, ou Post-Traumatic Stress Disorder, no original em inglês) [6].

Em 1980, a American Psychiatric Association incluiu no *DSM-III* a classificação nosológica de *post-traumatic stress disorder* (a usar o acrónimo, *PTSD*) ou desordem de *stress* pós-traumático. Como refere Allan Young (1995: 108), as suas origens como categoria diagnosticável estão profundamente associadas à guerra do Vietname e ao seu impacto na sociedade americana, em que o veterano enlouquecido – *crazy Vietnam vet* – se torna expressão de um "arquétipo americano".

A relação entre o percurso da nosologia em Portugal e a guerra colonial mimetiza a relação entre a nosologia e a guerra do Vietname nos Estados Unidos da América [7]. O impacto mediático desta desordem psiquiátrica tudo ou quase tudo deve à sua associação com a guerra colonial, pensada como o acontecimento traumático por excelência da nossa história recente. A associação entre *stress* pós-traumático e guerra colonial é imediata, como o comprova a realização pela Associação de Terapia do Comportamento do I Encontro de Língua Portuguesa para o Estudo do *Stress* Traumático, que teve lugar em Outubro de 1995 na Fundação Calouste Gulbenkian, paralelamente ao qual decorria uma exposição sobre a guerra colonial e um conjunto de colóquios sobre o tema e o tratamento que ele tem recebido na literatura e na cinematografia portuguesas.

O impacto mediático desta nosologia e a sua inevitável articulação com a guerra colonial estão na origem de um fenómeno previsível: a enorme procura que os ex-combatentes da guerra colonial com problemas de saúde e de integração social faziam do Serviço de Psicoterapia Comportamental.

Não vou analisar a acesa celeuma – com todas as implicações ideológicas e políticas subjacentes – que acompanhou a categorização e inclusão da desordem na tábua nosológica que é o *DSM-III* (ver, a este propósito, Young 1995: 107-114), nem sequer a forma como o impacto público desta nosologia se repercute na memória da guerra colonial portuguesa, hoje. Importa, desde já, e apenas, caracterizar a desordem segundo a sua suposta especificidade nosológica (ver American Psychiatric Association 1980: 236-238).

---

[6] Justifico a tradução à luz da ênfase que quero colocar na palavra "desordem". A comunidade psiquiátrica traduz vulgarmente a palavra *disorder* por "distúrbio" e/ou "perturbação". Como sobre este aspecto não há consensualidade, preferi usar uma terceira solução: a tradução literal da palavra pelo equivalente em português "desordem". Esta opção prende-se com um outro aspecto: a palavra "desordem" encontra-se carregada de valores, consagrando uma determinada visão (ocidental) do que é patológico – como se um universo *desordenado* condenasse inevitavelmente a pessoa à disrupção (Hacking 1995: 17). A minha tradução pretende chamar a atenção para este aspecto e para a necessidade de o problematizar.

[7] As comparações entre o contexto português e o contexto americano têm sido sempre tentadoras e polémicas. Para uma reflexão crítica sobre o que se encontra aqui em causa, ver Quintais (1997: 75-82).

A especificidade do conceito de desordem de *stress* pós-traumático depende do agente etiológico. Estipula-se assim que o seu diagnóstico tem por eixo um acontecimento "fora do espectro da experiência humana usual". Os técnicos que construíram a moldura a partir da qual se desenha o diagnóstico de *stress* pós-traumático pretendiam, desta forma, englobar acontecimentos como a guerra, a tortura, a violação, o holocausto nazi, os bombardeamentos atómicos de Hiroshima e Nagasaki, desastres naturais (tais como abalos sísmicos, furacões e erupções vulcânicas) e desastres por intervenção humana (explosões em fábricas, acidentes de aviação e acidentes de automóveis). Os acontecimentos traumáticos são pensados como radicalmente distintos daqueles que decorrem de experiências comuns, como sejam a perda de alguém, fracassos económicos ou matrimoniais ou doença grave. Para a psiquiatria a diferença entre "*stressors* traumáticos" e "*stressors* vulgares" prende-se com o postulado de que as capacidades adaptativas dos sujeitos permanecem, regra geral, intactas perante *stressors* vulgares, o que não acontece face a *stressors* traumáticos. A singularidade da desordem de *stress* pós-traumatico tem a ver, justamente, com a enorme relevância que assume, no seu quadro nosológico, o agente etiológico, isto é, o *stressor* traumático. O seu diagnóstico faz supor que o paciente vivenciou um acontecimento histórico considerado traumático (como qualquer um dos atrás identificados).

Os critérios para o diagnóstico da desordem de *stress* pós-traumático foram revistos nas subsequentes edições do manual americano de doenças psiquiátricas – isto é, e respectivamente, no *DSM- III-R* (1987) e no *DSM-IV* (1994). Recorreria aqui ao *DSM-IV* (American... 1994: 427-429). Procurarei seguir de perto a rede vocabular que nos é aí oferecida.

Em detalhe, este comporta cinco ordens de critérios. Qualquer indivíduo, para ser diagnosticado com a desordem de *stress* pós-traumático, tem de:

– ter sido exposto a um acontecimento em que ambas as condições seguintes se verificaram: a) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram a morte ou o ferimento grave de alguém, ou ameaça de morte ou de ferimento grave (seus ou de outrém); b) a resposta da pessoa implicou medo intenso, impotência (*helplessness*) ou horror;

– revivenciar persistentemente o acontecimento traumático através de (pelo menos) uma das seguintes formas: a) penosas recordações recorrentes e intrusivas do acontecimento; b) sonhos (pesadelos) recorrentes sobre o acontecimento; c) agir ou sentir-se (subitamente) como se o acontecimento traumático estivesse a acontecer de novo (revivenciando-se a experiência, seja sob a forma de ilusões, alucinações ou episódios dissociativos [*flashbacks*]); d) intenso sofrimento psicológico quando se é exposto a acontecimentos que

simbolizam ou se assemelham a um aspecto do acontecimento traumático; e) reactividade fisiológica quando se é exposto a elementos internos ou externos que simbolizam ou se assemelham a um aspecto do acontecimento traumático;

– evitar persistententemente os estímulos associados com o trauma e entorpecimento/embotamento (*numbing*) das reacções/respostas (no seu sentido mais geral) – o que se traduz por (pelo menos) três das formas seguintes: a) esforços para evitar pensamentos ou emoções associadas com o trauma; b) esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que façam emergir recordações do trauma; c) incapacidade de se recordar de um aspecto importante do trauma; d) diminuição acentuada de interesse em participar em actividades várias; e) sensação de afastamento ou distância/alienação (*estrangement*) em relação a outros; f) restrição do espectro afectivo (por exemplo, incapacidade de sentir afeição/amor); g) sensação de que se não tem um futuro (por exemplo, que não se espera ter uma carreira, um casamento, filhos, uma vida longa);

– ter sintomas persistentes de aumento de resposta fisiológica (*increased arousal*), que são indiciáveis por (pelo menos) duas das seguintes formas: a) perturbações do sono; b) irritabilidade ou explosões de cólera; c) dificuldade em concentrar-se; d) hipervigilância; e) sobressaltar-se exageradamente;

– manifestar a sintomatologia, expressa nos três critérios anteriores, durante um período de mais de um mês;

– manifestar significativo sofrimento ou dano na sua relação com uma multiplicidade de domínios da sua existência: sociais, ocupacionais ou outros, devido à sintomatologia referida.

O *DSM-IV* especifica ainda a medida temporal necessária (que se prende com o período de persistência dos sintomas) para se qualificar o diagnóstico de "agudo" (se a sua duração for inferior a três meses), "crónico" (se a duração dos sintomas se prolonga por um período maior que três meses) ou "com começo diferido" (*with delayed onset*) (se os sintomas têm o seu início pelo menos seis meses após o *stressor*).

Em Portugal, a história da nosologia psiquiátrica aqui analisada coincide, em grande medida, com o percurso profissional do psiquiatra Afonso de Albuquerque e com a criação do Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos [8].

---

[8] Optei por não ocultar os nomes da instituição e do psiquiatra em causa, dada a visibilidade pública e mediática de ambos quando se fala em Portugal de desordem de *stress* pós-traumático. Adiante, e como se verá, uso, ao referir-me em particular a uma terapeuta e a um paciente, letras que me permitem ocultar a identidade dos sujeitos envolvidos.

A unidade que é hoje o Serviço de Psicoterapia Comportamental começou, em 1972, por ser um gabinete só com Afonso de Albuquerque (que continua a ser, enquanto director de serviço, e à data em que escrevo, o seu responsável), no qual este psiquiatra tratava, e a reportar-me a palavras suas [9], pacientes com "problemas sexuais e de ansiedade". Gradualmente, foi reunindo em seu redor um conjunto de psiquiatras e psicólogos "em regime de voluntariado" e, em 1982, o serviço foi oficialmente criado enquanto unidade especializada no diagnóstico e tratamento de patologias comportamentais, contando, durante o período em que aí fiz trabalho de terreno, com a colaboração de três psiquiatras, cinco psicólogos, duas funcionárias administrativas e um número variável de estagiários (finalistas de licenciaturas e licenciados a cumprir estágios profissionais em regime gratuito).

Para lá do *stress* pós-traumático, o Serviço de Psicoterapia Comportamental concentrava os seus recursos no diagnóstico e tratamento de fobias – entre as quais a "agorafobia" –, depressões, pânicos e casos de "neurose obsessivo-compulsiva". Tinha ainda consultas especializadas em crianças com problemas de comportamento e em sexologia. Oficialmente, os objectivos do serviço eram três: investigação, formação e terapia.

No que diz respeito a esta última actividade, é necessário esclarecer que os pacientes eram, antes do mais, sujeitos a um trabalho de avaliação e diagnóstico provisórios, de forma a serem atribuídos a cada um dos terapeutas que colaboravam com o serviço (de acordo com a área de especialização de cada um). A desordem de *stress* pós-traumático era previamente sujeita a um trabalho de avaliação levado a cabo pelo director do serviço e mais duas psicólogas clínicas. Os casos que cumpriam o diagnóstico eram incluídos, regra geral, em grupos de terapia conduzidos por cada um destes terapeutas. No caso de se considerar que existia qualquer contra-indicação da terapia de grupo, os pacientes eram sujeitos a um regime de terapia individual. A terapia de grupo era preferida à terapia individual. Isto porque, segundo os clínicos, os ex-combatentes diagnosticados com a desordem de *stress* pós-traumático se identificavam uns com os outros. Este processo de identificação (ao qual tive oportunidade de assistir, e que se configurava tendo em conta uma multiplicidade de aspectos que iam da partilha de experiências comuns – de guerra, mas não só –, até um percurso biográfico pós-guerra relativamente semelhante – marcado sobretudo pela incompreensão dos outros, os que não tinham estado "lá" –, passando por um conjunto de referentes simbólicos e "mapas" cognitivos também eles semelhantes, em que se destacava claramente a relação mitificada com o espaço africano, com o exotismo das povoações e com a dimensão luxuriante e

[9] Numa entrevista que me concedeu em Novembro de 1996.

imensa da natureza e da paisagem), este processo de identificação, dizia, era pensado pelos terapeutas como um elemento que facilitava a intervenção clínica.

Importa fazer uma referência às instalações que esta unidade integrava no interior do Hospital Júlio de Matos. O Serviço de Psicoterapia Comportamental era um serviço autónomo da área clínica, que funcionava como um serviço hospitalar de consulta externa.

As suas instalações situavam-se no rés-do-chão e no primeiro piso do hospital. No rés-do-chão, ficavam a *recepção* (onde trabalhavam duas funcionárias administrativas e onde se encontravam o ficheiro e o arquivo de processos de pacientes), a *sala de espera*, adjacente à recepção, e a denominada *sala grande* (lugar onde se realizavam reuniões de serviço e sessões de psicoterapia de grupo). No primeiro piso, ficavam sete *salas de consulta* (uma das quais pertencia ao director de serviço) e o *arquivo morto* (onde se arquivavam os processos dos doentes que passaram pelo Serviço de Psicoterapia Comportamental).

Só em Fevereiro de 1996 é que o hospital no qual esta unidade se inseria criou oficialmente a consulta de *stress* traumático (que não era, evidentemente, dirigida apenas a ex-combatentes da guerra colonial portuguesa, mas a todos aqueles que eram potencialmente diagnosticáveis com a desordem de *stress* pós-traumático tal como ela nos surge equacionada nas tábuas nosológicas em uso).

Os materiais etnográficos nos quais fundamento a minha argumentação reportam-se a uma situação de diagnóstico em que se procurava avaliar se um paciente contemplava os critérios sintomatológicos necessários e suficientes que permitissem dizer que ele sofria de *stress* pós-traumático. O uso que faço do presente etnográfico não representa, evidentemente, qualquer tentativa atemporalizadora de uma situação largamente contingente de trabalho de terreno como a que passo a descrever.

O diagnóstico na prática

Numa sala desta unidade psiquiátrica, uma psicóloga clínica, **B**, através de uma bateria de testes, procura identificar e preencher um conjunto de critérios de diagnóstico que lhe permitirão dizer que o ex-combatente da guerra colonial que se encontra à sua frente sofre de *stress* pós-traumático. A questão de estabelecer a "verdade clínica" [10] é aqui central: a psicóloga tem de afastar a hipótese de estar perante alguém que, consciente ou incons-

[10] Esta expressão foi usada pelo clínico em causa.

cientemente, forjou a sua doença. As razões que dão lugar a este tipo de comportamento têm a ver, sobretudo, com pretensões ao acesso a subsídios do Estado por doença ou incapacidade.

A verdade clínica é assegurada pelo preenchimento da grelha sintomatológica e etiológica, que é fornecida pela bateria de testes usados e por algo a que poderíamos chamar de "sinceridade". O clínico, no caso a psicóloga **B**, acredita ou não na sinceridade do paciente. Um dos aspectos a ter em consideração aqui é, justamente, a articulação de duas modalidades de diagnóstico que nos transportam para uma descontinuidade clássica entre aquilo que é da ordem do "conhecimento" e aquilo que é da ordem da crença (Good 1994:20), descontinuidade essa que marca indelevelmente as práticas médicas "científicas", por oposição às práticas médicas "alternativas".

O que eu me proponho mostrar é como a crença está presente numa situação de diagnóstico em que os critérios de identificação e/ou estandardização de uma nosologia são muito apertados, e que implicações isso tem, tomando em conta a natureza do meu argumento.

Sirvo-me aqui do exemplo de **A**:

A é um homem com 48 anos. Vive em Carcavelos. Procurou esta unidade psiquiátrica e inscreveu-se nas consultas de *stress* traumático após ter lido uma notícia de jornal sobre a desordem e de ter falado com a sua médica e família. **A** esteve no Norte de Angola (Quitexe) [11] entre 1970 e 1971.

Relata um episódio recente de pânico nocturno. Sentiu-se tomado por um medo avassalador: "Como se tivesse levado uma pancada na cabeça". Disse à mulher que ia dar um passeio e saiu para a rua. Chovia. **A** caminhou a descoberto durante algum tempo, depois meteu-se no carro e foi até perto do mar. Sentiu-se então melhor e regressou a casa tardiamente. **A** diz não saber por que razão entrou em pânico. Perante uma pergunta de **B**, se naquele momento teve medo da morte iminente ou de enlouquecer, **A** diz que teve medo de enlouquecer.

Centrando-se no pânico sentido pelo paciente, **B** questiona **A** sobre a frequência destes ataques de pânico e a natureza dos mesmos. **A** diz ter reacções fóbicas a espaços fechados e cheios de gente – elevadores, recintos onde ocorrem espectáculos e metropolitano. Diz ser hoje incapaz de andar de avião. Em tempos, quando vinha para Lisboa de comboio, receava que acontecesse alguma coisa na viagem. **B** avança com uma situação hipotética de enclausuramento: e se o comboio ficasse parado de repente, cheio de gente, todas as saídas fechadas, o que faria? **A** responde que faria por certo alguma coisa – partiria possivelmente os vidros.

---

[11] Os nomes de lugares aos quais se referiam os ex-combatentes durante as sessões de diagnóstico e de terapia não são hoje evidentemente os mesmos.

Confrontado com a sua experiência da guerra colonial e com o que de mais traumático ela encerra para si, **A** faz um testemunho entrecortado de silêncios e lágrimas. Um testemunho largamente lacunar, em que o que se torna particularmente evidente é o seu sentimento de culpa por ter participado na "desgraça daquele povo". Este sentimento de culpa é objecto de um diálogo entre **A** e **B**, em que **B** procura mostrar a **A** que ele não foi responsável pela sua participação na guerra. "Mas eu fiz parte do exército opressor", diz **A**.

Uma das razões invocadas por **A** para o seu sentimento de culpa presente é o de não ter feito tudo o que estava ao seu alcance para não participar na guerra, para a qual parte já num período tardio, em que a condenação à guerra colonial se generalizava, não apenas junto das instâncias internacionais, mas também em Portugal. **A** diz que lia então a *Seara Nova* e ouvia as emissões de Manuel Alegre em Argel e que tentou fugir mas que tal não chegou a acontecer, debatendo-se hoje com o remorso de não ter esgotado todas as possibilidades de fuga que se lhe ofereceram: "Podia ter feito algo (...) Podia ter recusado combater, como faziam as testemunhas de Jeová". Parte pois para Angola, de navio, no Vera Cruz. Perante uma questão de **B**, **A** diz que não se recorda da sua chegada a Luanda. Assinala que a experiência de ter de viver num espaço totalmente diverso daquele que lhe era familiar já era em si mesmo fonte de perturbação: um espaço estranho, zonas de floresta densa, os ruídos da água, das aves ao longe, das moto-serras ou dos disparos que o "inimigo" fazia para sinalizar a sua presença. As ciladas da guerra – minas antipessoais, possibilidade de emboscadas – aliadas às ciladas da natureza: o perigo das serpentes à noite ("dormia-se em qualquer lado"), o capim tão alto que se não via o solo quando se saltava de helicóptero com "mais de 20 quilos em cima". Ao medo da morte vinha aliar-se um medo ainda maior: o medo de ficar mutilado. Ao medo associava-se a revolta perante a inoperância dos socorros face a acontecimentos dramáticos em que elementos do seu batalhão ficaram feridos. O horror que lhe desperta não tanto a recordação do som de uma explosão – de uma mina antipessoal, por exemplo – mas dos gritos dos soldados feridos que se lhe seguiram... Quando **B** lhe pergunta sobre a sua reacção emocional nesses momentos, **A** mostra-se incapaz de articular o que sentia. Fica em silêncio. Depois, comovido, diz apenas: "Sei lá o que sentia!..."

Seguindo as solicitações do diagnóstico, **B** interroga **A** sobre as reacções fisiológicas que se sucedem no momento em que evoca um acontecimento: falta de ar, sensação de asfixia, taquicardia, desconforto ou dor no peito, suores, tonturas, náuseas, sensações de calor ou frio, etc. Algumas destas reacções fisiológicas são claramente reconhecidas por **A**, outras não, ou então há dúvidas. Seja como for, o desenlace da sessão vai

coincidir com uma espécie de confirmação tácita por parte de **B** de que **A**, que inicialmente mostrava dúvidas sobre se teria ou não *stress* pós-traumático, sofre desta desordem.

No final de uma longa sessão de cerca de duas horas, a psicóloga fala a **A** dos grupos de psicoterapia. Informa-o de que os irá frequentar em breve. Que inicialmente irá sentir-se pior, mas que depois melhorará. Que irá ter de recordar. Que este trabalho de trazer à luz os conteúdos ocultos ou reprimidos da sua memória é importante. Que não podemos escapar à memória. Que não podemos esquecer. Que é uma luta destinada ao fracasso. Que irá poder partilhar os seus problemas com outras pessoas com problemas idênticos. Que quando recordar junto de outros não estará sozinho. Que isso irá ajudar. Há, neste momento final, todo um trabalho de persuasão desenvolvido pela terapeuta. Pretende-se vencer a incredulidade do paciente, que receia esse esforço de revelação em situações de grupo. **A** parece reconhecer por antecipação os riscos desta experiência em contextos em que se falava da guerra e em que, sem querer, se sentiu emocionalmente envolvido com os problemas de outros ex-combatentes. Uma experiência que parece querer evitar.

Para **B**, **A** preenche o número necessário e suficiente de critérios etiológicos e nosológicos fundamentais para lhe atribuir esta categoria psiquiátrica. Porém, a confirmação do diagnóstico não ficou a dever-se apenas a isto. Sem a intensidade emocional do testemunho de **A**, não seria possível chegar à "verdade clínica" – a confirmar a importância que as emoções têm na identificação da *essência* do indivíduo para o pensamento ocidental. As emoções *revelam*, pois, essa essência.

Quando as emoções – escondidas, secretamente sepultadas, reprimidas – vêm à superfície, pode então *acreditar-se*. Aparentemente, estamos aqui perante um contraste entre um estado interno, constituído pelas memórias emocionalmente carregadas de **A**, e um estado externo, constituído pelos modos de expressar essas memórias. Se o isomorfismo entre os modos de expressar uma dada realidade interior e essa mesma realidade não pode ser verificado, então cabe-nos assumir que se trata de matéria intratável.

Não é possível contemplar o interior de uma pessoa. Paul Auster, em *A Solidão Reinventada* (1994), dá-nos um excelente exemplo do que se encontra aqui em causa. O livro de Auster é marcadamente autobiográfico. Auster escreve sobre a paternidade e, na primeira parte do seu livro, envia-nos para um registo de reflexão sobre a morte do seu pai. Para o que me interessa em particular aqui, gostaria de citar uma passagem em que Auster escreve o seguinte:

> Ele [seu pai] era tão implacavelmente neutro, à superfície, a sua conduta era tão enfadonhamente previsível, que todos os seus actos se tornavam

> surpreendentes. Custava a crer que existisse um homem assim – tão desprovido de sentimentos, com tão pouca necessidade dos outros. E se não existia um homem assim, isso quer dizer que existia outro homem, um homem escondido dentro do homem inexistente, e a solução consiste, pois, em encontrá-lo. Para ser encontrado, porém, é preciso que lá esteja. Reconhecer, logo à partida, que a essência deste projecto é o fracasso (1994: 32).

Os "sentimentos" de um homem revelam a qualidade última de que ele é feito. Se eles não se manifestam, então é porque se encontram escondidos numa parte interior de si mesmo que é necessário tornar exterior para que se possa *conhecer*. É esta passagem do interior escondido das emoções para o exterior das emoções reveladas [12], logo, significativas da essência de que se é composto, que é suposto ser eficazmente realizado pela *expressão*: pelo corpo e pela linguagem. E, sobretudo, pelo modo como corpo e linguagem nos aparecem profundamente associados no modo como somatizamos os nossos discursos [13].

Ora, se a linguagem por si só não nos oferece nenhum modo de ter acesso à validade desse estado interno – nós não podemos conhecê-lo –, então resta-nos acreditar. **B** acredita em **A** através de critérios externos – o seu depoimento (na medida em que este pode recobrir um conjunto de sintomas "objectivamente" considerados como marcadores de uma nosologia psiquiátrica) e o tom marcadamente emocional com que o faz –, em que a própria oposição entre interior e exterior deixa de fazer sentido. Como escreve Wittgenstein:

> O que nos permite reconhecer um signo por algo interior como infalível? Tudo o que nos resta para o medirmos é o exterior. Deste modo, o contraste entre o interior e o exterior não é um tema de debate (1993: 32e).

Importa reconhecer, neste ponto da minha argumentação, que Wittgenstein não afirma que falar de um universo interno aos sujeitos seja destituído de sentido ou simplesmente falso. Insiste antes que este modo de falar apenas faz sentido desde que as afirmações produzidas sobre factos ou acontecimentos internos sejam explicadas por referência a factos ou acontecimentos externos que são acessíveis a outros também. Os usos intersubjectivos e contextuais da linguagem que isto faz prever impõem-se de tal modo a Wittgenstein que ele escreve a dado momento, nos seus últimos escritos, sobre a filosofia da psicologia:

---

[12] Uma emoção é sempre, e literalmente, um "movimento para fora" (Damásio 1996: 139). Tornar apreensível esse interior escondido passa, para nós ocidentais, por este movimento de dentro para fora que as emoções fazem prever.
[13] A dimensão existencial e fenomenológica da linguagem é, no domínio da antropologia, referida, por exemplo, por Csordas (1990: 24-31).

> O "interior" é uma ilusão. Isto é: todo o conjunto de ideias aludidas por esta palavra é como uma cortina pintada fechada em frente da cena do uso próprio da palavra (*of the actual word use*) (Wittgenstein 1993: 84).

Assim, a psicóloga baseia-se num conjunto de indicadores que lhe permitem acreditar na sinceridade do homem que lhe conta a sua história, e esses indicadores relevam de um jogo de linguagem intersubjectivamente constituído entre a psicóloga e o paciente.

A "força" de um enunciado depende aqui da intensidade emocional que se lhe associa, o que nos envia para o contexto em que tal enunciado é proferido. Esse contexto é feito de uma incomensurabilidade de factores que vão de aspectos contingenciais que moldam o próprio processo de diagnóstico, e que se prendem, por exemplo, com a maneira como a psicóloga intervém no depoimento do paciente, ao modo como o condiciona ou evita fazê-lo [14], ou ao seu próprio estilo de abordagem clínica e terapêutica. Assim, *o que faz o paciente através do seu testemunho emocionalmente carregado* (entrecortado por silêncios, omissões, lágrimas)? Faz com que a psicóloga *creia* na sua verdade existencial, na singularidade do seu drama e na possibilidade de adequação dessa verdade existencial a uma verdade clínica. E *o que faz a psicóloga quando solicita todo um conjunto de respostas padronizadas que se afirmam como um modelo interpretativo do drama do paciente*? Procura vencer a incredulidade deste. Ao vencer a incredulidade do paciente está a fornecer-lhe um modelo que lhe permitirá identificar e enquadrar com legitimidade (caucionada pela autoridade da terapeuta) o seu drama [15].

A atribuição de uma nosologia psiquiátrica – no caso, a desordem de *stress* pós-traumático – é assim o resultado de um encontro entre um clínico e um paciente. É um trabalho de negociação intersubjectiva de sentidos, em que a crença se encontra presente quer no modo como se postula um conjunto de estados internos inverificáveis – o que depende da força dos enunciados, da persuasão implícita que se lhes inscreve (em que a intensidade emocional de um testemunho é, na prática, um dado central na atribuição do diagnóstico).

---

[14] No caso em apreciação, a psicóloga clínica tinha por programa de acção evitar intervir muito no depoimento do paciente, fazendo-o apenas pontualmente, de maneira a verificar os requisitos mínimos de atribuição de um diagnóstico de *stress* pós-traumático que lhe eram fornecidos pela bateria de testes que tinha à sua frente. Se bem que as perguntas apareçam aí estruturadas segundo uma ordem fortemente articulada, **B** não se guiou por essa ordem, de modo a não condicionar, justamente, o testemunho do paciente. As intervenções dirigidas da terapeuta tinham por objectivo corroborar um sintoma ou considerar à atenção do paciente a possibilidade de ele ter manifestado ou manifestar esse sintoma.

[15] Ela constrói a partir daí uma narrativa sobre esse mesmo drama existencial. Uma narrativa que é o produto de um encontro e de uma troca de elementos intersubjectivos de sentido, que não dependem evidentemente de uma "verdade factual" que existe no interior mais escondido das pessoas, pese embora a linguagem clínica ser fértil neste tipo de enunciados.

Por último, consideraria o seguinte: a dificuldade em separar os casos de *stress* pós-traumático "verdadeiros" dos "falsos" torna-se particularmente visível através das palavras da psicóloga que, após a consulta, me afirmou que o problema que se coloca aqui "é o mesmo da pena de morte". "Mais vale curar cem e ser enganado por um, do que correr o risco de não curar ninguém." Tal como mais vale não condenar ninguém à pena de morte do que condenar um inocente [16]. Entramos assim na última questão que me move no presente ensaio. *O que se concretiza ou efectua quando se acredita que A sofre de* stress *pós-traumático*? Possibilita-se-lhe, se não a cura, pelo menos a hipótese de vir a melhorar. Em suma, possibilita-se-lhe o acesso a um conjunto de processos terapêuticos – onde se destacam as sessões de psicoterapia – em que **A** terá oportunidade de aprender a viver com a sua memória (a glosar uma expressão que escutei repetidas vezes ao longo do meu trabalho) e com o drama existencial que ela encerra.

Coda

A minha incursão em torno do conceito de "crença" permitiu-nos confrontar um dos traços mais recorrentes das etno-epistemologias e etnopsicologias ocidentais: a oposição interior/exterior. Ao recusarmos uma visão estritamente especular da linguagem, em que esta espelha isomorficamente estados internos aos sujeitos, interrogamo-nos já não sobre a sua suposta adequação a esses mesmos estados internos, mas antes sobre o que fazem os sujeitos quando no seu quotidiano falam de estados internos.

Importa afirmar, tal como o faz Wittgenstein (ver atrás), que não estou com isto a dizer que o interior não existe, isto é, que o espaço mental e corporal dos sujeitos não é um espaço habitado por conteúdos com uma dimensão fenomenológica insofismável. O que eu estou a afirmar é *apenas* que esses estados internos aos sujeitos não são isomorficamente redutíveis à expressão e, em particular, à linguagem.

A linguagem não é assim o centro da cultura, como nos demonstram algumas das incursões contemporâneas da antropologia nos territórios da fenomenologia de extracção merleau-pontyana (ver, *v.g.*, Csordas 1990 e 1994, Jackson 1989), mas, seja como for, o conhecimento antropológico resulta em grande medida da forma mais ou menos eficaz com que se tem acesso e/ou participa dos discursos em acção.

---

[16] A possibilidade de se simular sofrer de desordem de *stress* pós-traumático é particularmente desassossegante para a psiquiatria contemporânea. Para uma apreciação das questões clínicas, sociais e políticas que se encontram aqui presentes, ver, *v.g.*, Atkinson *et al.* (1982), e Sparr e Pankratz (1983).

Recusar o isomorfismo da linguagem a supostos estados internos é tentar pensar – através de critérios estritamente externos (o meu horizonte de visibilidade) – o que fazem os sujeitos através de jogos de linguagem que se abastecem fortemente em palavras e proposições que recorrem a uma interioridade à qual eu não posso ter acesso.

O que Wittgenstein e Austin nos permitem é circunscrever o horizonte de visibilidade de um antropólogo. Assim, dir-se-ia que as culturas – pese embora as suas atribuições estruturais – emergem de molduras situacionais ou contingenciais (como a que descrevi através de uma situação de diagnóstico de uma desordem psiquiátrica) em que os sujeitos implicados agem uns sobre os outros com frases e palavras que não podem ser subsumidas em lógicas estritamente referenciais e representacionais. São as implicações sociais, intersubjectivas e performativas (logo, exteriores) da linguagem que devem ser interrogadas.

O meu exemplo etnográfico é uma situação clássica de trabalho de terreno em que nos confrontamos com uma espécie de impossibilidade de fundo que é a de termos acesso ao estatuto ontológico daquilo a que chamamos interior (e a crença é um território conceptual em que a questão sempre se colocou aos antropólogos), mas em que, a partir do momento em que o assumimos como um limite, todo um espaço de interrogações novas (etnográfica e antropologicamente resolúveis) se abre ao nosso olhar.

A situação do antropólogo é fundamentalmente esta (a recorrer à metáfora wittgensteiniana à qual fiz referência atrás): participamos de culturas – domínios processuais e nem sempre sistemáticos de representações e/ou experiências – que funcionam como se fossem diálogos (dotados de um elemento fortemente agonístico) sobre supostos acontecimentos que se passam por detrás de uma cortina espessa que nos impossibilita qualquer contacto com a "realidade" do que assim se oculta. Nem sequer sabemos se alguma coisa se oculta por detrás da cortina.

Como antropólogos, estamos interessados em saber se alguma coisa se encontra por detrás da espessa cortina – e em sermos descritiva e hermeneuticamente fiéis ao estatuto ontológico do que se esconde e que nos é, em todo o caso, inacessível –, ou em compreender o que fazem as pessoas quando dizem que acreditam em X ou, de outro modo, quando dizem que crêem que um certo X se esconde por detrás da cortina?

A mim, parece-me mais produtiva a segunda das hipóteses invocadas, como julgo que o meu trabalho de terreno ilustra. O que não deixa de ser uma reafirmação da linguagem e da sua relevância epistemológica para a antropologia num tempo de "descrédito" em relação à linguagem e aos seus privilégios.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

_____, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

_____, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.

ATKINSON, Roland *et al.*, 1982, "Assessment of Viet Nam Veterans for Post-traumatic Stress Disorder in Veterans Administration Disability Claims", *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1118-1121.

AUSTER, Paul, 1994 [1982], *A Solidão Reinventada*, Lisboa, Bertrand Editora.

AUSTIN, J.L., 1975 [1962], *How To Do Things with Words: the William James Lectures Delivered at Harvard University in 1955*, Oxford, Oxford University Press.

BARNARD, Alan, 1996, "Belief", BARNARD, Alan, e Jonathan SPENCER (eds.), *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*, Londres e Nova Iorque, Routledge.

BLOCH, Maurice, 1989, "Symbols, Song, Dance and Features of Articulation: Is religion an extreme form of traditional authority", *Ritual, History and Power: Selected Papers in Anthropology*, Londres, Athlone Press.

CSORDAS, Thomas J., 1990, "Embodiment as a Paradigm for Anthropology", *Ethos*, 18(1), 5-47.

_____, 1994, *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

DAMÁSIO, António, 1996 [1994], *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*, Londres, Papermac.

GOOD, Byron J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.

HACKING, Ian, 1995, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton, Princeton University Press.

JACKSON, Michael, 1989a, "The Man Who Could Turn into an Elephant", *Paths toward a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.

_____, 1989b, "How To Do Things with Stones", *Paths toward a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.

_____, 1989c, "Knowledge of the Body", *Paths toward a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.

JAMES, Wendy, 1988, *The Listening Ebony: Moral Knowledge, Religion, and Power among the Uduk of Sudan*, Oxford, Clarendon Press.

JOHNSTON, Paul, 1993, *Wittgenstein: Rethinking the Inner*, Londres e Nova Iorque, Routledge.

LAMBEK, Michael, 1990, "Certain Knowledge, Contestable Authority: Power and practice on the Islamic periphery", *American Ethnologist*, 12, 1, 23-40.

MUNN, Nancy, 1986, *The Fame of Gawa: a Symbolic Study of Value Transformation in a Massim (Papua New Guinea) Society*, Durham e Londres, Duke University.

NEEDHAM, Rodney, 1981, "Inner States as Universals", *Circumstantial Deliveries*, Berkeley, Los Angeles e Londres, University of California Press.

QUINTAIS, Luís, 1997, *O Voo Destrutivo do Tempo: Memória e Trauma numa Unidade Psiquiátrica*, Lisboa (tese de mestrado não publicada realizada junto do Instituto de Ciências Sociais – Universidade de Lisboa).

RORTY, Richard, 1988 [1979], *A Filosofia e o Espelho da Natureza*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.

SCHULTE, Joaquim, 1995, *Experience & Expression: Wittgenstein's Philosophy of Psychology*, Oxford, Oxford University Press.

SPARR, Landy, e Loren PANKRATZ, 1983, "Factitious Post-traumatic Stress Disorder", *American Journal of Psychiatry*, 140, 8, 1016-1019.

STRATHERN, Andrew, 1994, "Keeping the Body in Mind", *Social Anthropology*, 2 (1), 43-53.

VAN DER VEER, Peter, 1996, "Religion", BARNARD, Alan, e Jonathan SPENCER (eds.), *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*, Londres e Nova Iorque, Routledge.

WIKAN, Unni, 1992, "Beyond the Words: The power of resonance", *American Ethnologist*, 19, 3, 460-482.

WITTGENSTEIN, Ludwig, 1993 [1992], *Last Writings on the Philosophy of Psychology: the Inner and the Outer*, Oxford, Blackwell.

YOUNG, Alan, 1988, "Unpacking the Demoralization Thesis", *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 1, 3-15.

_____, 1995, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.

Luís Quintais

Departamento de Antropologia, FCT
(Universidade de Coimbra)
luisquintais@mail.telepac.pt

A MAN HIDDEN INSIDE A MAN WHO WAS NOT THERE: THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDER

The concept of "belief" gives us the opportunity to open a debate about one of the most recurrent tensions in western ethnopsychologies: the one which opposes the inner and the outer. To understand what people do *when they say that they believe in something, one must consider language's irreducible quality to supposed inner states and emphasize its performative modalities. The article analyses the performative scope of the statements produced about inner states by focusing a diagnosis situation in a consultation cabinet at a psychiatric unity in which the author has recently done fieldwork.*