

# MEDICALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E INTENCIONALIDADE: A ACEITAÇÃO DE UMA NOSOLOGIA COMO MOTIVO E JUSTIFICAÇÃO DA HISTÓRIA <sup>1</sup>

*Luís Quintais*

O reconhecimento de um drama social passa pela sua eficaz articulação pública. Esta articulação pública exige a invenção de descrições novas. O presente artigo propõe-se explicitar este processo de equacionamento de experiências e acções à luz dos vocabulários médicos. A polémica nosologia da desordem de stress pós-traumático é hoje, no contexto euro-americano, um dos mais notórios veículos de definição retrospectiva das acções humanas. Em Portugal, a revisitação de uma das páginas mais trágicas da nossa história recente – as guerras coloniais – é feita através dos vocabulários delimitados por esta nosologia. A partir de um estudo de caso retirado da imprensa, pretende-se entender como estes vocabulários se encontram disseminados no espaço social, sendo apropriados pela comunidade na sua definição de acções pretéritas. Velhas acções (silenciadas acções) sob descrições novas tornam-se rememoráveis. Neste processo, vão-se produzindo efeitos morais e políticos.

Quando novas descrições se tornam disponíveis, quando elas entram em circulação, ou mesmo quando se tornam coisas que podem ser ditas ou pensadas, então há novas coisas que podemos escolher fazer (Ian Hacking 1995: 236).

## Primeiras interrogações

Escrevia-se recentemente num jornal de circulação nacional:

O “stress” pós-traumático é a possível causa avançada pelos vizinhos para explicar o acto de Luís Sousa, um antigo pára-quedista, mobilizado para Angola em 1960, que ontem, em Évora, disparou sobre o filho, de 26 anos, que dormia, e depois se suicidou.

A tragédia ocorreu cerca das 8h00, na residência das vítimas, na Rua de Bento de Jesus Caraça, no Bairro das Nogueiras, na periferia da cidade, quando a mãe do jovem se ausentou por momentos para comprar pão. Os vizinhos contam que ouviram tiros e gritos de socorro da avó do jovem, de 86 anos de idade, que se encontrava em casa.

Os bombeiros, alertados às 8h15, acorreram ao local e depararam com o cadáver de Luís Sousa, um reformado de 63 anos, caído à porta do quarto do

<sup>1</sup> Este ensaio reproduz, com algumas alterações, a minha intervenção no colóquio “Antropologia da Saúde e da Doença, Perspectivas e Terrenos de Investigação” (19 de Outubro de 2000). Agradeço a José Sobral os comentários e sugestões.

<sup>2</sup> E que vem, de modo particularmente agressivo (a considerarmos os sintomas de que a desordem se faz supostamente

filho, que jazia gravemente ferido na sua cama, aparentando ter sido alvejado no pescoço enquanto dormia. O jovem, de imediato transportado pelos bombeiros para o Hospital de Évora, foi mais tarde evacuado de helicóptero para Lisboa em estado grave. Uma fonte policial revelou que uma pistola de calibre 7,65 mm foi a arma utilizada na alegada tentativa de homicídio.

O jovem – Luís de Sousa, tal como o seu pai – encontra-se desempregado, dedicando-se ocasionalmente a trabalhos de pintura de automóveis. Os vizinhos, visivelmente chocados, descreveram o alegado agressor como uma pessoa pacífica e manifestaram-se profundamente surpreendidos pela ocorrência. Um deles não deixou contudo de avançar a hipótese de se tratar de um caso de “stress” pós-traumático ligado ao passado de combatente do falecido.

Natural do Alvito, o alegado agressor fez a recruta em Évora e ofereceu-se como voluntário para os pára-quedistas, tendo sido mobilizado para Angola em 1960. Foi um dos oito primeiros efectivos daquela arma que ali chegaram. Segundo costumava contar, terá sido ele que deu o alarme quando, na noite de 4 de Fevereiro de 1961, ali eclodiram os tiroteios iniciais da guerra, nas cercanias do aeroporto de Luanda.

Numa entrevista publicada há um mês no jornal “Diário do Sul”, o ex-soldado narrou que, “como não havia tropas especializadas em Angola”, os oito pára-quedistas terão sido “os primeiros a tomar parte nas operações” que marcaram o início da guerra colonial. “Estivemos cercados durante duas semanas, porque fomos em auxílio de uns brancos”, recordou, declarando que ele e os sete camaradas permaneceram isolados na Jamba, debaixo de constantes ataques de “mais de cinco mil pretos” até à chegada de reforços [retirado de *Público* (Local-Porto), 2 de Junho de 2000, p. 53].

A pergunta à qual eu gostaria de responder aqui é a seguinte: como é que uma notícia (talvez banal) de uma tentativa de homicídio seguida de suicídio conduz a um exercício de narrativização da guerra colonial?

Podemos dividir a notícia em três momentos:

1. A notícia faz uma avaliação do contexto em que a acção ocorreu;
2. Tece um conjunto de considerações acerca das causas subjacentes à acção;
3. Inflecte para um registo biográfico e histórico.

O mais interessante, a meu ver, acontece entre a segunda e a terceira das partes identificadas. É justamente aí que ocorre uma coisa verdadeiramente assombrosa. Aquilo que é do domínio do rumor (senão mesmo do boato) – de que o agente da acção sofria de uma nosologia psiquiátrica, a desordem de *stress* pós-traumático – torna-se a matriz vocabular a partir da qual a acção é compreendida, e a partir da qual, também, se faz uma reconstituição biográfica e histórica à luz da qual o gesto do alegado homicida se torna inteligível, senão mesmo destituído de quaisquer atribuições de culpa (um conceito central às nossas instituições forenses). A iniludível força

deste vocabulário encontra-se inscrita quer na persuasão sentencial que auferiremos na boca de um vizinho ou vizinhos (cuja autoridade médica não é salvaguardada), quer na reiteração continuada (social e politicamente significativa) das experiências traumáticas de guerra (uma guerra já distante no tempo) como um mapa causal a partir do qual as justificações para a acção se alimentam, ao ponto de podermos ler em chamada de primeira página:

Évora Família vítima do “stress” de guerra

O stress pós-traumático é a possível causa para o acto de um antigo pára-quedista, mobilizado para Angola em 1960, que ontem, em Évora, disparou sobre o filho, de 26 anos e depois se suicidou. O jovem foi evacuado para Lisboa em estado grave [*Público*, 2 de Junho de 2000, p. 1].

Partindo do singular e do anónimo e das circunstâncias que o rodeiam, potencia-se, em seguida, uma revisitação de todo um passado – supostamente silenciado – no qual estiveram envolvidos milhares de homens, recursos incontáveis, escrúpulos de dimensão (para uns) épica ou (para outros) simplesmente trágica. E o que está em jogo nestes fragmentos parece hoje preencher o espaço social de um modo notório. Em cada um destes fragmentos e em inúmeros outros o informe rosto da história (e das suas verdades) espreita, ou diz-se que espreita. Porque há sempre quem se deixe mover pela vontade de revelar este rosto impreciso e sujeito à negociação e à renegociação perenes. E essa vontade em larga escala – vontade sem a qual não é possível fazer a história, isto é, arquivá-la, ou sonhar com esse lugar imóvel, monumental, atemporal, em que as suas múltiplas versões são sabiamente hierarquizadas (e de uma vez por todas) – encontra assim o seu expediente, o idioma eficaz a partir do qual se articula e ganha aceitação. É o que nos tem acontecido de há uns anos para cá.

### **E algumas (breves) respostas**

Tudo começou do outro lado do Atlântico, a aceitarmos a sua recente genealogia. Em 1980 a Associação Psiquiátrica Americana faz incluir na terceira edição do seu manual nosológico (o *DSM-III*) a classificação de *Post-Traumatic Stress Disorder*. A sua inclusão no manual traduz de algum modo o mal-estar que atravessava a sociedade americana durante e após a guerra do Vietname, em que o veterano enlouquecido se torna a expressão mais acabada desse mal-estar, afirmando-se como a figura indelével do sonho americano tornado pesadelo.

Mas afinal, o que nos diz esta classificação nosológica (cuja deriva e eficácia social podemos desde já constatar, dadas não apenas as determinações simbólicas e políticas que lhe estão subjacentes no que diz respeito

à sua inclusão no *DSM-III*, mas também, e de modo mais específico para o que nos interessa, dada a prontidão com que o dramático gesto de um homicida/suicida é reconfigurado moralmente através do usos que a comunidade faz da classificação psiquiátrica)?

A nosologia foi objecto de revisões posteriores (em 1987 e em 1994, com a publicação, respectivamente, do *DSM-III-R* e do *DSM-IV*), mas, muito sinteticamente, o que nela me parece essencial (ver Associação Psiquiátrica Americana 1980: 236-8) resulta do seu agente etiológico. Assume-se que o diagnóstico repousa em algo que (regra geral) aconteceu num passado relativamente remoto. Um acontecimento “fora do espectro da experiência humana usual”.

A matriz nosológica faz supor, em quaisquer das suas versões (*DSM-III*, *DSM-III-R*, *DSM-IV*), que há acontecimentos que lançam os sujeitos para um patamar fenomenológico que, pelas suas implicações disruptivas, se apelida de traumático. Esta (provável) evidência engloba uma multiplicidade de acontecimentos: guerra, tortura, violação, o holocausto nazi, os bombardeamentos atômicos de Hiroxima e Nagasáqui, desastres naturais (como abalos sísmicos, furacões e erupções vulcânicas) e desastres por intervenção humana (explosões em fábricas, acidentes de viação e acidentes de automóveis) (Friedman 1997: 1). Mas o grande destaque vai certamente para as acções humanas e para as consequências traumáticas das acções humanas. Ou seja, quando falamos da desordem de *stress* pós-traumático – e do seu impacto no espaço social – estamos quase sempre a falar das acções humanas, da sua revisitação, e das dramáticas e dolorosas inscrições que essas acções deixaram no tecido da história. Ao falarmos das vítimas – os que, na sua memória, trazem as feridas de um tempo irreparável ou supostamente irreparável (pesem embora todas as tentativas de reparo) – estamos a falar dos que se sujeitaram (e fizeram com que outros se sujeitassem) a tais acções.

A fenomenologia da desordem de *stress* pós-traumático considera sobretudo as acções humanas e as suas implicações traumáticas, assentando na noção de que há memórias que são traumáticas – como se os sujeitos possuíssem mentes feridas, estioladas, fragmentadas pelo curso violento de acontecimentos mais ou menos remotos que deixou indeléveis sulcos atrás de si, sulcos que queimam, e que o sujeito retoma ao longo da sua vida para sofrimento próprio e alheio (já que em seu redor sofrem famílias e comunidades). Estamos no território das memórias de situações ou episódios em que alguém faz algo a alguém. Estamos claramente no domínio das “acções intencionais”, isto é, e como as designou Elizabeth Anscombe em 1959 (citado por Hacking 1995: 234), acções “sob uma descrição”. Para as compreendermos, reportar-me-ia ao famoso exemplo de Anscombe que o historiador e filósofo da ciência Ian Hacking (1995: 235) cita no seu estudo sobre as ciências da memória.

Imagine-se um homem a mover uma alavanca para baixo e para cima. Numa descrição, o homem está a bombear água para uma cisterna de uma casa. Noutra descrição, o homem está a bombear água envenenada para o interior da casa onde um conjunto de homens maus se encontra para planear as suas acções. Ele está a envenenar os homens que se encontram na casa.

Aquilo que Anscombe nos quis mostrar é que não estamos perante dois tipos de acções diferentes, bombear e envenenar. Estamos antes perante uma única acção sob várias descrições e não de várias descrições que são várias acções (tantas como as descrições feitas) (Hacking 1995: 235). Isto reveste-se de uma enorme importância para o que me proponho aqui.

Não posso afirmar que os sujeitos não estiveram implicados num conjunto de acções que, como reflecte Hacking (1995: 246), se tivéssemos uma *camcorder* no céu naquele momento poderíamos filmar. Não diluo, portanto, a espessura ontológica (a “realidade”, se quisermos) do que poderá ter acontecido, algures no tempo, a pessoas (neste caso ex-combatentes das guerras coloniais portuguesas). Trata-se de tempo integralmente irresgatável e, assim, potencialmente renegociável. Tempo decisivo para nós enquanto comunidade que o transporta consigo como tempo *em determinação*. Pretérito que se vai afirmando enquanto pretérito porque exige uma moldura histórica que lhe confira inteligibilidade, mesmo reconhecendo que a inteligibilidade é sempre provisória e dificilmente sobreponível à mais inegociável das categorias, essa que apelidamos de “realidade”.

A diferença que emerge neste contexto resulta de uma aporia que atravessa a própria noção de tempo em que se abastece a nosologia psiquiátrica em causa. A diferença entre um passado enquanto algo que não pode ser refeito,<sup>2</sup> e a memória enquanto “redescrição retroactiva e revivenciada das acções humanas” (Hacking 1995: 241), isto é, a memória enquanto um processo de redescrição revivenciada de velhas acções sob vocabulários novos. Tais vocabulários instituem-se como constelações de sentido (partilhadas de uma forma mais ou menos consensual) que permitem aos sujeitos redefinirem a sua biografia e, com ela, construir a história.

Em meu entender, qualquer apreciação da fenomenologia da desordem de *stress* pós-traumático deve ter isto em consideração: trata-se de um novo vocabulário a partir do qual as pessoas conferem uma inteligibilidade ao que lhes aconteceu um dia: “um modo de se explicar a si mesmo, não por recuperar o passado, mas por redescrivê-lo, por repensá-lo, por re-senti-lo” (*ibidem* 1995: 94).

acompanhar, entre os quais abundam os fenómenos intrusivos ou *flashbacks*) habitar as mentes e os corpos das pessoas diagnosticadas.

<sup>3</sup> Ver, por exemplo, McFarlane 1989, Yehuda e McFarlane 1995, e Sierles *et al.* 1983.

<sup>4</sup> Ver Albuquerque e Lopes 1994, 1997.

Tudo leva a crer (mesmo as avaliações empíricas realizadas por profissionais na área da psiquiatria e psicologia clínica,<sup>3</sup> ou mesmo os dados que nos são fornecidos para o caso português,<sup>4</sup> com toda a ênfase que uns e outros colocam em fenómenos longitudinais e de co-morbidade)<sup>5</sup> que a desordem de *stress* pós-traumático não é tão-só uma patologia que consiste num passado que invade sem apelo o presente sob a forma de reexperiências e revivências dolorosas (e que pode potenciar gestos com consequências trágicas, como aquele que se encontra plasmado na notícia atrás transcrita) ou, de outro modo, que a experiência traumática é a causa dos sintomas pós-traumáticos, mas que a hipótese inversa é também sustentável, isto é, que estamos perante um modo de “reorganizar os mundos da experiência” (Young 1996: 98) à luz de uma inteligibilidade narrativa e redescritiva.

A temporalidade em que se funda a nosologia psiquiátrica em causa, a hipótese de que o passado<sup>6</sup> vem exercer as suas prerrogativas sintomatológicas no presente, não justifica nem as acções terapêuticas (sustentadas em processos de invenção de novas descrições para velhas acções), nem os efeitos morais e políticos que se encontram associados à nosologia.

Redescrições e efeitos que traduzem afinal uma “escolha”. Como escreve Allan Young (1996: 98): “[Os] indivíduos ‘escolhem’ *PTSD* com este propósito, para reorganizar os seus mundos da experiência, porque é uma construção pré-constituída (*ready-made construct*), é sancionada pela mais alta autoridade médica, é dito que tem a sua origem em circunstâncias exteriores e não em falhas pessoais ou fraqueza (*weakness*), e (em algumas situações) merece compensação”.

Falei em acções intencionais, em acções sob descrições. Escolher uma descrição é eliminar outras. Outras descrições que não servem os interesses de quem escolhe. Os interesses dos classificadores (a autoridade médica). O interesse dos classificados (os ex-combatentes das guerras coloniais portuguesas). Os interesses daqueles que reconhecem classificadores e classificados e que, com esse reconhecimento, promovem determinadas visões da história e, em particular, do nosso passado recente, realizando a passagem da fragmentação das experiências e narrativas humanas para a totalidade de uma versão (persuasiva) desse passado. Uma versão que se apoia numa temporalidade redescritiva que nos fala não de *guerras coloniais* ou expe-

<sup>5</sup> Estes fenómenos traduzem-se pela presença de patologias associadas. A grande questão é a seguinte: se as populações amostradas revelam patologias associadas, e se os seus percursos de vida foram pautados – mesmo antes da ocorrência do acontecimento traumático – por um historial sintomatológico entendido como psiquiatricamente significativo, o que explica a ênfase na desordem de *stress* pós-traumático?

<sup>6</sup> Uma visão muito parcimoniosa desse passado que considera como significativas não todas as experiências passadas, mas apenas algumas, aquelas que têm a ver, por exemplo, com a guerra.

<sup>7</sup> Para uma apreciação mais detalhada, ver Quintais 2000.

<sup>8</sup> Ou “memoro-políticas” (Hacking 1995).



riências múltiplas de guerra em que se alimenta este plural, mas da *guerra colonial* como o episódio traumático por excelência da história do nosso país na segunda metade do século XX.

“Escolher” é um verbo que coloca o acento na intencionalidade. *Dirigir a mente para*. *Dirigir a mente para o mundo*, fazê-lo dobrar-se às nossas descrições. E não o contrário. Falar de intencionalidade não supõe simplesmente *referir* o mundo, dobrarmo-nos às exigências desse inegociável mundo que existe para lá de toda a descrição (esse mundo cuja possibilidade não pode ser sequer discutida sem que se dilua toda a possibilidade de discussão). Supõe, antes, adequar o mundo às nossas descrições, aos nossos sistemas de determinações simbólicas (ver, por exemplo, Searle 1999). Supõe não tanto referir, mas, antes, *representar* e constituir. Em suma, supõe *inventar*, pois toda a invenção se funda no limiar (na imprecisão que aí parece subsistir) entre descoberta e aventura simbólica, entre mundos e versões de mundos (ver, por exemplo, Goodman 1995).

O vocabulário médico (e o paradigma biomédico que o suporta) não serve apenas para referir qualquer coisa que acontece e que determina o sofrimento humano e a sujeição de cada um de nós a esse sofrimento. É, no caso em apreciação, um modo de representar acções retrospectivamente – com inúmeras implicações terapêuticas, morais, e políticas que só hoje começamos a compreender. É um modo de as inventarmos enquanto acções intencionais, acções sob descrições e que, nesse processo, se adequam a certas visões da história.

Um outro processo de *agir*, pois. Agir através de sistemas de representação – como aquele que está subjacente à revolução nosológica da psiquiatria contemporânea. Alocar a informação nos seus devidos lugares e, concomitantemente, identificar e preservar os lugares da autoridade e legitimidade científica e histórica na economia do conhecimento (isto a assumirmos, como o faz Mary Douglas (1995), que o conhecimento é um recurso e que, como recurso escasso, se distribui de modo desigual no espaço social). Assim, e como afirma Arthur Kleinman (1995: 181) ao reportar-se a esta economia política do conhecimento, “[a] construção social da miséria humana como *PTSD* é apenas o último exemplo daquilo que Max Weber [...] tinha em mente com a crescente aplicação da racionalidade técnica das instituições burocráticas a esferas da vida que eram antes geridas pelos idiomas morais e religiosos da experiência humana. Trata-se da colonização dos mundos da experiência pelo discurso profissional”.

Ao falarmos da desordem de *stress* pós-traumático e das implicações redescritivas que este vocabulário vem assumindo no espaço social quando se fala das guerras coloniais portuguesas,<sup>7</sup> depressa convergimos para este

estranho mundo da medicalização da experiência. As sociedades euro-americanas contemporâneas são lugares desconcertantes. Nelas acontece algo de notável.

A extrema secularização, burocratização e confinamento das suas instituições não atenuou as exigências de redenção que nos são supostamente familiares em outros tempos e em outros lugares. O monopólio destes meios de redenção parece hoje – e cada vez mais – entregue à medicina. E a medicina aqui – e em particular a psiquiatria pós *DSM-III* – é uma das instâncias de produção de saberes cujas implicações, para lá da sua esfera de competências, se tornam cada vez mais um truísmo.

Quando pensamos nos ex-combatentes das guerras coloniais portuguesas, já não pensamos somente em homens cuja população (envelhecida) se divide entre aqueles que ficaram incólumes aos rigores da violência (fisicamente incólumes) e os outros que arrastam a sua tragédia pessoal (porque fisicamente destroçados) por anónimas moradas (como seja, por exemplo, o Lar Militar da Cruz Vermelha em Lisboa), mas em todos aqueles que ficaram feridos numa região mais ou menos fluida e irresgatável dos seus sistemas nervosos, e que podem, a todo o momento, renovar o seu drama com outro drama, requalificando a invisível ferida (a sua memória) em ira e violência, como supostamente terá acontecido a Luís Sousa pai. Ira e violência de que não são responsáveis.

E o que lhes dilui a responsabilidade (a estes ex-combatentes) é justamente um vocabulário (de que todos ou quase conhecemos hoje os usos) que retira o escopo moral às acções humanas, que as redescreve e reorganiza radicalmente, que transfere o acento da intencionalidade (e como tal da responsabilidade) do sujeito para um outro lugar historicamente significativo.

Um vocabulário que faz vacilar a imagem do sujeito forense (a pessoa) plenamente responsável, e que, através das políticas da memória<sup>8</sup> em que se traduz, faz diferir a responsabilidade no tempo (re-situando um país na sua história e produzindo juízos acerca dos seus protagonistas).

A recursividade entre o passado e o presente faz ainda com que o sujeito forense não seja já a pessoa – cada um daqueles que foi diagnosticado (por uma autoridade médica ou talvez nem isso, bastando para tal a força simbólica e social que o rumor ou o boato detêm na comunidade) –, mas o Estado que, no seu reconhecimento de “culpa” (sem a qual não existe direito), deve assumir a sua responsabilidade e compensar estes homens e as suas famílias. Só assim se pode compreender a veloz passagem do anonimato de um crime a uma narrativa moral e politicamente significativa.



BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, Afonso, e Fani LOPES, 1994, "Características de um Grupo de 120 Ex-combatentes da Guerra Colonial Vitimas de 'Stress de Guerra'", *Vértice*, 58, 28-32.
- , 1997, "Stress de Guerra: A Ferida Encoberta", *Revista de Psiquiatria* (Hospital Júlio de Matos), X (1), 47-56.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- DOUGLAS, M., 1995, "The Cloud God and the Shadow Self", *Social Anthropology*, 3 (2), 83-94.
- FRIEDMAN, Matthew J., 1997, "Post-traumatic Stress Disorder: An Overview" (*National Center for Post-Traumatic Stress Disorder da Net*: <http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/>).
- GOODMAN, Nelson, 1995 (1978), *Modos de Fazer Mundos*, Lisboa, Asa.
- HACKING, Ian, 1995, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton, Princeton University Press.
- KLEINMAN, Arthur, 1995, "Violence, Culture, and the Politics of Trauma", *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley, Los Angeles, Londres, University of California Press.
- McFARLANE, Alexander, 1989, "The Aetiology of Post-traumatic Morbidity: Predisposing, Precipitating and Perpetuating Factors", *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.
- QUINTAIS, Luís, 2000, *As Guerras Coloniais Portuguesas e a Invenção da História*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- SEARLE, John, 1999, *Mind, Language and Society*, Londres, Weidenfeld & Nicolson.
- SIERLES, Frederick *et al.*, 1993, "Post-traumatic Stress Disorder and Concurrent Psychiatric Illness: A Preliminary Report", *American Journal of Psychiatry*, 140 (9), 1177-1179.
- YEHUDA, Rachel, e Alexander C. McFARLANE, 1995, "Conflict Between Current Knowledge About Post-traumatic Stress Disorder and its Original Conceptual Basis", *American Journal of Psychiatry*, 152 (12), 1705-1713.
- YOUNG, Allan, 1996, "Bodily Memory and Traumatic Memory", ANTZE, Paul, e Michael LAMBEK (orgs.), *Tense Past: Cultural Essays in Trauma and Memory*, Londres e Nova Iorque, Routledge.

*Luís Quintais*

THE MEDICALIZATION OF EXPERIENCE AND INTENTIONALITY: THE ACCEPTANCE OF NOSOLOGY AS MOTIVE AND JUSTIFICATION OF HISTORY

*To recognize a social drama presumes an efficient public articulation of it. The public articulation demands the invention of new descriptions. This article tries to show the process of articulation of experiences and actions through the adoption of medical vocabularies. In the Euro-American context of today, the polemic nosology post-traumatic stress disorder is a notorious construction of a retrospective definition of human actions. In Portugal, to revisit one of the most – by any standards – tragic events of our recent history – the colonial wars – is to use the medical vocabularies outlined by post-traumatic stress disorder. Supporting the argument in a case study chosen from a daily paper, the author examines how these vocabularies are spread through a social space and appropriated by the community in its definitions of past actions. Old actions (muted actions) given new descriptions are prone to be remembered and in this process, moral and political effects are also fashioned.*

