
«Estórias» felizes de um paraíso triste – um estudo de caso sobre a reabilitação psicossocial em contexto hospitalar

Susana Atalaia Ferreira¹

Resumo

A partir de duas «estórias» de vida analisam-se três elementos comuns ao percurso de vida dos doentes psiquiátricos: o internamento, o estigma e a reabilitação. Em simultâneo discutem-se alguns dos argumentos defendidos por Goffman (1990[1961]) (1988[1963]) e Giddens (1994 [1991]) a respeito das identidades presentes em cada indivíduo (identidade social, pessoal e auto-identidade).

Palavras-chave: doença psiquiátrica; hospital psiquiátrico; reabilitação psicossocial; estigma; identidade pessoal; identidade social; auto-identidade; exclusão social.

Introdução

O presente artigo é uma versão resumida do argumento que desenvolvo em profundidade em *A Reconstrução de Si: modos de ser e de fazer no quotidiano da doença psiquiátrica - um estudo de caso*. Trata-se de uma dissertação de licenciatura apresentada em Julho de 2003, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, sob a orientação de José Machado Pais. Os principais objectivos do estudo foram: (i) perceber o modo como se processa a reconstrução do *eu* no indivíduo após o diagnóstico médico que o define como portador de uma doença psiquiátrica, e (ii) compreender a forma como ele vê e vive o seu processo de reabilitação em contexto hospitalar.

Tendo em conta que o método de investigação escolhido foi o estudo de caso com base no trabalho de campo e na recolha de histórias de vida, tornou-se necessário eleger como terreno de pesquisa um local onde a palavra reabilitação tivesse passado do papel para a realidade dando lugar a um Serviço de Reabilitação próprio. O hospital psiquiátrico, quer pelo carácter exótico que encerra, quer pelo facto de permitir a observação da relação do doente psiquiátrico com os seus pares, foi eleito o terreno de pesquisa ideal. Assim, a realização de um estágio de observação no Serviço de Reabilitação de um hospital psiquiátrico permitiu-me travar conhecimento com o Júlio e o Artur, os protagonistas das «estórias» aqui analisadas.

Ambos são doentes psiquiátricos em processo de reabilitação que gozam de um *status* elevado dentro do Serviço de Reabilitação, no entanto, apresentam situações face à doença diferentes. Em primeiro lugar, enquanto o Artur não está internado (doente crónico externo); o Júlio está internado há oito anos, sem qualquer interrupção (doente crónico residente). Em segundo lugar, enquanto o Artur, mesmo tendo passado por três internamentos, sempre acumulou vários papéis sociais (enquanto marido, pai e pintor); o Júlio assume o papel de doente psiquiátrico como o único capaz de o definir, isto é, de lhe dar identidade.

Mais do que explicar os motivos que fizeram com que o Artur e o Júlio fossem integrados numa categoria social específica – os doentes psiquiátricos, interessou-me perceber as consequências dessa integração nas suas vidas, enquanto doentes em processo de reabilitação. Para o fazer propus-me estudar a forma como a pertença à categoria social dos internados e à categoria social dos estigmatizados afectou e/ou determinou a reconstrução das suas vidas, isto é, a sua plena reabilitação. Por isso, o caminho que percorro ao longo

¹ Socióloga, doutoranda do ICS/UL e bolsreira da FCT (susana.ferreira@ics.ul.pt).

deste artigo procura ser fiel ao que foi percorrido pelos próprios protagonistas das «estórias» aqui analisadas, no sentido da sua reconstrução enquanto pessoas.

Internar

No percurso de vida de um doente psiquiátrico o internamento constitui um momento de passagem baseado na transposição de um limite, o que separa os doentes não internados dos doentes internados ou com experiência de internamento. Ao transpor esse limite o doente apercebe-se que o agravamento do seu estado de saúde dá origem a uma mudança, para pior, na sua condição social. Ele passa então a ser reconhecido, primeiro, como internado e, só depois, como doente, o que causa danos irreparáveis na sua visão sobre si próprio, isto é, na sua auto-identidade (v.Goffman/1990[1961]:121).

As marcas deixadas pelo internamento são, em geral, mais profundas do que as deixadas pelo momento do diagnóstico médico. De facto, em termos sociais, é a passagem pelo internamento que permite o reconhecimento automático da identidade da pessoa enquanto doente, legitimando-se assim o diagnóstico médico. A partir do momento em que é internado, o doente vê-se obrigado a recomeçar a sua vida a partir das condições oferecidas pela instituição psiquiátrica que, muitas vezes, vão além do tratamento da doença e em tudo apelam a uma reelaboração social dos indivíduos a partir do seu *status* uniforme de internados (v.Goffman/1990[1961]:113).

Acontece que, tal como as «estórias» do Júlio e do Artur permitiram verificar, no percurso de vida dos doentes psiquiátricos com experiência de internamento, por norma, não existe só um internamento mas sim vários. Estes momentos marcantes na vida dos doentes sucedem-se num ciclo vicioso sem que, na maior parte dos casos, o doente consiga reconstruir-se enquanto pessoa no intervalo de tempo que dista entre um internamento e o outro. O Júlio só passou a doente crónico residente no Hospital, depois do seu terceiro internamento² e o Artur já esteve três vezes internado, sempre em casas de saúde particulares, acabando por sair ao fim de poucos meses. Daí que ambos procurem evitar a todo o custo situações que os possam reconduzir a um novo internamento.

Se no caso do Artur o receio de novas crises o faz evitar situações que lhe provoquem sofrimento e tristeza, no caso do Júlio, fazem-no preferir viver dentro do Hospital como forma de se proteger face a si mesmo, ou seja, face à possibilidade de perder o autocontrolo que tão arduamente conquistou. Neste último caso, uma nova crise não originaria um novo internamento, mas sim uma perda no *status* adquirido dentro do Hospital ao longo de oito anos, provocando uma mobilidade descendente no sistema de dormitórios.³

A vida de um doente psiquiátrico é, neste sentido, marcada pela luta constante face às circunstâncias que podem desencadear uma novo ciclo da doença. Reconhecê-las e evitá-las torna-se então uma questão central na vida de qualquer doente. Muitas destas circunstâncias estão relacionadas com o estigma social que se instaura no indivíduo quando este passa pela situação de internamento. A partir desse momento ele tem de se confrontar não só com o seu mal-estar pessoal pelo facto de ser doente, aspecto em que coincide com muitos outros portadores de doenças crónicas, sujeitos a ciclos de agravamento da doença – as crises, mas também com o mal-estar alheio que os não doentes manifestam sempre que essa parte da sua «estória» é conhecida ou revelada.

² O seu primeiro internamento ocorreu numa casa de saúde particular onde permaneceu alguns meses e o segundo internamento decorreu no Hospital onde hoje vive, tendo durado dois anos.

³ O Serviço de Reabilitação, tendo em vista a melhoria das condições de vida dos doentes crónicos residentes, isto é, sem possibilidade de desinstitucionalização (como é o caso do Júlio), criou a Unidade de Vida Apoiada a funcionar dentro do Hospital. Nesta Unidade vivem oito doentes, todos em quartos duplos personalizados. Por serem menos vigiados que os restantes doentes do Hospital (reúnem-se com a enfermeira e o terapeuta ocupacional uma só vez por semana) ficam acordados até à hora que querem e trazem consigo a chave da Unidade. Todos ocupam o tempo a trabalhar numa das Unidades do Serviço de Reabilitação.

Estigmatizar

Os protagonistas das «estórias» aqui analisadas sentem que a sua actual situação na vida depende mais do estigma social que lhes é imposto pelos outros, do que da sua real situação face à doença. Sempre que os indivíduos não estigmatizados, conhecem o seu atributo depreciativo, isto é, o facto de serem doentes psiquiátricos com experiência de internamento, isso contribui para o seu descrédito enquanto pessoas, destruindo a possibilidade de atenção para com os seus outros atributos. Isto porque, tal como Goffman escreveu: há tendência «(...) a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original (...)» (1988[1963]:15).

Apesar do tipo e do grau de doença que um psiquiatra diagnostica no indivíduo variarem (o Artur é portador de stress pós-traumático e o Júlio é esquizofrénico), o estigma associado à doença psiquiátrica sempre que é reforçado pela situação de internamento, como é o caso, une os doentes para toda a vida. Pois, o internamento institui nos indivíduos a impossibilidade de se pensarem como não doentes.

Mesmo nos casos em que o internamento não gera a institucionalização dos doentes (como é o caso do Artur), o agravamento do estigma associado à condição de doente psiquiátrico internado permanece. Doravante, estes doentes serão não só tratados como doentes psiquiátricos mas, sobretudo, reconhecidos como ex-internados. Tal facto permite falar em doentes internados estigmatizados (como é caso do Júlio) e em doentes não internados, mas que passaram por essa situação, estigmatizáveis (como é o caso do Artur).

Segundo Goffman (1988[1963]:113), os indivíduos estigmatizáveis distinguem-se dos estigmatizados pelo facto de poderem manipular a informação a seu respeito, isto é, a sua identidade pessoal, optando a favor do encobrimento do seu atributo depreciativo. Ora, se no caso do Artur tal é possível, dado tratar-se de uma pessoa desacreditável, no caso do Júlio, isso já não acontece. O facto do Júlio viver dentro do Hospital torna-o à partida uma pessoa desacreditada, o que impossibilita qualquer tentativa de encobrimento da sua parte. (1988(1963):14) Como corolário, o Júlio revela a toda a gente a sua «estória» e ao fazê-lo nota-se que não tem receio em expor-se publicamente. No entanto, sempre que é colocado perante circunstâncias que não permitem o seu reconhecimento imediato como doente, fica angustiado. Há, portanto, uma diferença na sua atitude perante quem está informado da sua condição e perante quem não está. Isto significa que, com o Júlio passa-se exactamente o contrário daquilo que acontece com o Artur, que está habituado a encobrir o seu atributo depreciativo mas não a acobertar-se. Deste modo, é-me possível concluir que enquanto o Artur não sabe viver como pessoa desacreditada, o Júlio não sabe viver como pessoa desacreditável, nem aceita representar esse papel.

Em resumo, a estigmatização dos doentes psiquiátricos deriva de três factores que se encontram interligados entre si: (i) a doença de que são portadores, (ii) o estarem ou terem estado internados e (iii) o facto de frequentarem diariamente o Serviço de Reabilitação. Este último factor prende-se com o facto do Hospital funcionar como espaço que desacredita todos aqueles que o frequentam, pois o seu carácter estigmatizante espalha-se em ondas de intensidade decrescente, desde os doentes internados até aos doentes externos. Verificando-se uma tendência para que todos os doentes que o frequentam, tanto internos como externos, se sintam estigmatizados.

Há, no entanto, uma diferença significativa entre os doentes que passaram/passam por uma situação de internamento e os doentes que nunca passaram por essa situação, que se traduz numa diferença em relação ao próprio estigma. Os doentes externos sem experiência de internamento associam o seu estigma ao espaço, a algo que lhes é exterior. Por isso, quando não estão no Hospital não se sentem estigmatizados. Pelo contrário, os doentes internados ou que passaram por essa situação, sentem o estigma como algo inerente às suas vidas, pois ele acaba por alterar o rumo das mesmas. A «estória» destes doentes fica marcada pela situação de internamento que vem alterar o seu destino social. Para eles, o Hospital, por via do internamento, constitui uma etapa não superada das suas vidas.

Reabilitar

A reconstrução do *eu* nos doentes psiquiátricos é um processo que envolve quer os interesses e definições dos outros em relação ao doente, isto é, a sua identidade social e pessoal, quer os interesses e definições do doente em relação a si próprio, isto é, a sua auto-identidade ou, parafraseando Goffman, a «identidade do eu» enquanto «questão subjectiva e reflexiva» (1988[1963]:116). Se as condições de indivíduo internado e estigmatizado, até aqui analisadas, estão sobretudo relacionadas com a identidade social e pessoal do indivíduo doente, a condição de indivíduo reabilitado envolve, mais do que qualquer outra, a sua auto-identidade. Ou seja, a reabilitação do doente psiquiátrico, condição inerente à reconstrução do *eu*, implica, mais do que a sua institucionalização e/ou estigmatização, a participação do doente enquanto sujeito individual dotado de anseios e vontades próprias, isto é, dotado de reflexividade.

No processo de reconstrução do *eu*, o doente psiquiátrico é confrontado com a necessidade de escolher entre alternativas e o caminho que ele percorre no sentido de uma nova identidade, não é um caminho isento de uma certa forma de ser. Como Giddens escreveu: «a auto-identidade (...) não é algo que é apenas dado (...) mas algo que tem de ser rotineiramente criado e sustentado nas actividades reflexivas do indivíduo» (1994[1991]:46).

Segundo Goffman, e dado que o seu estudo é um exercício em torno da estigmatização do eu, a pertença do indivíduo estigmatizado ao grupo dos seus iguais, isto é, ao seu «grupo real» (1988[1963]:124), quer ele se aceite ou não como membro desse grupo, inviabiliza sempre a sua aceitação social no grupo mais amplo dos indivíduos não estigmatizados, ou seja, na sociedade, em geral (v. 1988[1963]:123). Porém, dado que o estudo aqui apresentado se centrou na questão da reconstrução do *eu* acredito que o sentimento de pertença, tanto do Artur como do Júlio, ao grupo dos indivíduos não estigmatizados, ou seja, à sociedade, em geral, é mais importante do que a pertença ao grupo dos seus iguais que, quando totalmente assumida pelo indivíduo, inviabiliza essa mesma reconstrução. Deste modo, a sociedade funciona como o grupo de referência para os doentes psiquiátricos aqui estudados.

Neste sentido, é-me possível afirmar que a auto-identidade do doente psiquiátrico se produz no duplo sentido de similitude e diferença em relação aos outros. Similitude em relação aos indivíduos não doentes e, portanto, não estigmatizados, ou seja, em relação à sociedade, em geral, e diferença em relação aos seus pares, ou seja, aos indivíduos que, por motivo de doença, se vêem sujeitos a condições semelhantes de internamento e de estigma.

A passagem da condição de indivíduo internado e estigmatizado à condição de indivíduo reabilitado, permitiu-me transpor a análise do nível microssociológico para o macrossociológico. Posto que, para entender a reconstrução do *eu* foi necessário perceber como é que o novo sentido de identidade, tanto no caso do Artur como do Júlio, se forjou em relação à sociedade em geral, enquanto grupo de referência. Interessou-me explorar o modo como as relações *self*-sociedade, desenvolvidas em condições de modernidade, explicam os aspectos da vida do Artur e do Júlio, enquanto doentes em processo de reabilitação, não explicados pelas condições de indivíduos internados/estigmatizados. Que ligações haveria entre o nível microssocial da análise das suas «estórias» e o nível macrossocial? E que papel desempenhava o Hospital ou, melhor ainda, o Serviço de Reabilitação, nessas ligações?

No livro «Modernidade e Identidade Pessoal», Giddens sugere que a criação das «arenas de isolamento da experiência» (1994[1991]:139), de que os hospitais psiquiátricos constituem um exemplo, surgiu na era moderna, como consequência, no plano da experiência moral, do processo do *self* reflexivo que caracteriza as relações *self*-sociedade em condições de modernidade. Em seu entender, o isolamento da experiência só foi possível porque o desenvolvimento da reflexividade em contextos modernos permitiu que fenómenos como a loucura e a criminalidade fossem encarados como problemas sociais e não como aspectos intrínsecos à natureza humana, o que implicou a sua passagem da esfera dos fenómenos adquiridos à dos fenómenos transformáveis. Para o autor, a ideia da correcção secular, nomeadamente, no caso da loucura e da criminalidade, está mais ligada «à tentativa de desenvolver auto-controlo reflexivo mesmo entre minorias que podem parecer intrinsecamente recalcitrantes» (1994[1991]:143), do que, como Foucault defendeu, à tentativa de se impor a

ordem e a disciplina nos indivíduos, com base nos princípios da razão burguesa. Daí que, em sua opinião, a terapia seja mais do que uma tentativa de ajustamento de indivíduos insatisfeitos a um ambiente social defeituoso (1994[1991]:160).

Acontece que, a reconstrução do *eu* no doente psiquiátrico não é apenas o resultado do seu esforço pessoal em melhorar mas depende, também, de um contexto social que Giddens na sua análise descarta. A meu ver, o autor não contempla essa outra parte, essencial, do tratamento psiquiátrico, que é a aceitação social do doente, enquanto pessoa, com uma vida dotada de sentido próprio. Ainda que, em termos de sucesso da terapia, o resultado da admissão dos doentes psiquiátricos como internados numa instituição psiquiátrica possa corresponder a uma reapropriação no indivíduo do seu *self* reflexivo. O facto da condição de internado reforçar a condição de indivíduo estigmatizado, inviabiliza, por si só, que o projecto reflexivo do *self* possa ser forjado sem referência à experiência de internamento. O novo sentido de identidade do indivíduo passa a integrar um elemento que, não sendo novo, limitará para sempre as experiências abertas ao indivíduo. Esse elemento é o estigma, que o doente pode negar até ao momento do seu internamento mas, daí para a frente, jamais deixará de o acompanhar.

Existe assim uma estreita articulação entre a não reapropriação plena de um novo sentido de auto-identidade por parte do indivíduo doente psiquiátrico e a sua não-aceitação social plena. Daí que, em meu entender, o estudo do processo de reconstrução do *eu* envolva, quer a perspectiva de Goffman, centrada no que em termos generalistas acontece aos doentes enquanto indivíduos internados e estigmatizados, quer a perspectiva de Giddens, centrada no que acontece aos doentes em termos singulares enquanto membros da sociedade, em geral, que perderam o seu auto-controlo reflexivo, ou seja, a sua auto-identidade, e que necessitam de voltar a reapropriar-se dela, sob perigo de hipotecarem, para sempre, o seu futuro.

Notas conclusivas

O processo de reabilitação dos doentes psiquiátricos, mais conhecido por processo de reabilitação psicossocial, pressupõe que o indivíduo se reabilite quer ao nível da psique, quer ao nível das suas capacidades enquanto actor social. Trata-se, por isso, de um processo que envolve duas relações distintas: o indivíduo consigo mesmo e o indivíduo com a sociedade. Porém, uma vez que este tipo de reabilitação só se concretiza plenamente quando há uma integração/ aceitação social do indivíduo doente, não é possível pensar na relação do indivíduo com a sociedade sem pensar na relação da sociedade com o indivíduo. Nesta perspectiva, reabilitar socialmente um indivíduo implica, por um lado, promover o desenvolvimento das suas capacidades sociais, ressocializando-o, e, por outro, estimular a sua aceitação social na sociedade de que faz parte. Há, portanto, uma relação dialéctica indivíduo – sociedade que não deve ser escamoteada ao longo deste processo. Assim sendo, a reabilitação psicossocial do indivíduo doente envolve não duas, mas sim, três relações chave: o indivíduo consigo mesmo; o indivíduo com a sociedade e a sociedade com o indivíduo. Este processo concretiza-se em duas etapas distintas: (i) a reabilitação psiquiátrica, isto é, em termos médicos, determinada pelo sucesso ou insucesso do processo terapêutico aplicado ao indivíduo doente, e (ii) a reabilitação social, cuja eficácia só pode ser medida através da integração/ aceitação social do doente psiquiátrico reabilitado.

Ora, uma vez que a reabilitação médica antecede a reabilitação social, seria de esperar que o doente psiquiátrico considerado reabilitado a nível médico, também o fosse, a nível social. Isto, claro, partindo do princípio que a sociedade confia nos seus peritos, neste caso, nos médicos psiquiatras, acreditando também nos seus veredictos a respeito da saúde mental dos indivíduos por eles tratados. Na realidade, porém, não é isso o que acontece. O doente psiquiátrico reabilitado em termos médicos dificilmente será considerado reabilitado em termos sociais. O facto da doença psiquiátrica ser considerada uma doença incurável faz com que o atributo diferencial estigmatizante permaneça no indivíduo mesmo depois deste

ter sido sujeito a um processo terapêutico. Esta impossibilidade, por parte da ciência médica, em transformar o doente psiquiátrico num ex-doente põe em causa todo o trabalho desenvolvido por estes e outros profissionais de saúde pois, em última análise, não é o facto de se desenvolver o controlo do doente ou, no melhor dos casos, o seu auto-controlo reflexivo que irá determinar o sucesso ou não da terapia aplicada, mas sim, o facto do doente psiquiátrico reabilitado ser ou não socialmente aceite.

A consciência de que os resultados positivos ou negativos do processo terapêutico pouco ou nada influenciam a aceitação social do doente, dá origem à seguinte contradição; através do processo de reabilitação o indivíduo doente é levado a aceitar a sociedade em que vive, sociedade que, por sua vez, não aceita o indivíduo enquanto doente psiquiátrico reabilitado. Com efeito, a reintegração social do doente psiquiátrico reabilitado só é possível quando este assume a sua condição de doente como condição preponderante na sua vida e aceita ocupar o lugar que a sociedade lhe destinou – o lugar do estigma, que facilmente se confunde com o lugar da exclusão. Embora o objectivo do processo de reabilitação seja o de promover a reintegração do doente na sociedade enquanto indivíduo, esta reintegração só é, de facto, conseguida quando o doente aceita o lugar deixado disponível aos indivíduos socialmente estigmatizados. Lugar que partilha com todos os doentes psiquiátricos, mesmo os que não passaram pelo processo de reabilitação. O que permite concluir que a reabilitação funciona apenas para o doente, em termos individuais, enquanto processo que conduz a uma melhoria da relação do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade. Duas das três relações chave que o processo de reabilitação psicossocial envolve, havendo um divórcio na relação sociedade – indivíduo.

Dentro do Serviço onde estagiei, o processo de reabilitação psicossocial dos doentes psiquiátricos é orientado, sobretudo, no sentido da integração social do doente; integração familiar e integração profissional. Daí que a grande aposta do Serviço seja feita nas tarefas terapêuticas disponibilizadas, principalmente aos mais jovens, cuja reintegração profissional no mercado profissional exterior é tida como mais exequível. Esta opção a favor da integração profissional está relacionada com a existência de algumas políticas de discriminação positiva legisladas no nosso país, que permitem aos doentes psiquiátricos reabilitados uma ténue integração profissional, normalmente com base em protocolos previamente estabelecidos entre o Serviço de Reabilitação e a entidade empregadora. O problema é que as ocupações profissionais disponibilizadas exigem, quase sempre, baixas qualificações para o seu desempenho e, por isso, são pouco valorizadas socialmente, dando origem a uma integração social por baixo, mesmo nos casos em que os doentes possuem elevadas qualificações. Para além disso, como a integração social dos doentes psiquiátricos não é sinónimo de aceitação social, as políticas de discriminação positiva correm o risco de gerar falsas expectativas nos doentes reabilitados provocando, *à posteriori*, grandes desilusões. O doente fica desiludido ao aperceber-se que a sua integração profissional/social não corresponde a uma aceitação social da sua pessoa enquanto indivíduo.

Resumindo, para que a reabilitação psicossocial dos doentes psiquiátricos possa ser considerada um sucesso é necessário haver aceitação social. Essa aceitação é a antítese da estigmatização que os atinge enquanto portadores de uma doença incurável; a doença psiquiátrica. Sem que haja aceitação social do doente psiquiátrico, o processo de reabilitação psicossocial é todo ele posto em causa, mesmo a parte que consagra à reabilitação médico/psiquiátrica. O doente vê-se assim sujeito a um círculo vicioso. Por um lado, o facto da doença psiquiátrica ser uma doença incurável inviabiliza a integração/aceitação social do doente enquanto indivíduo, condenando a sua reabilitação psicossocial ao fracasso; por outro, o facto de não haver aceitação social do doente gera neste dependência face ao processo de reabilitação enquanto processo inacabado. Se o doente não é considerado reabilitado sob o ponto de vista social, terá razões para pensar que a terapia ainda não chegou ao fim, que ainda não foi suficientemente ressocializado. Ele estará, por isso, em permanente reconstrução, ainda que essa reconstrução possa trazer-lhe muito pouco ou, até mesmo, nada.

Bibliografia

- FOUCAULT, Michel (1991[1972]), *História da Loucura*, São Paulo, Editora Perspectiva.
- GIDDENS, Anthony (1994[1991]), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta.
- GOFFMAN, Erving (1993[1959]), *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*, Lisboa, Relógio d'Água Editores.
- GOFFMAN, Erving (1990[1961]), *Manicómios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Editora Perspectiva.
- GOFFMAN, Erving (1988[1963]), *Estigma- Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara.
- INGLEBY, David (1982), «A construção social da doença mental», in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 9, Junho de 1982, pp. 87-113.
- JENNER, F. A. (ed.) (1992), «Esquizofrenia» - *Uma Doença ou Alguns Modos de Se Ser Humano?*, Lisboa, Editorial Caminho, capítulos II e VIII.