

Culturas e psiquiatria*

Arthur Tatossian

Participando desta mesa-redonda, eu me sinto ao mesmo tempo incompetente e embaraçado: incompetente já que, havendo pouco viajado e ainda menos praticado a psiquiatria em um meio heterocultural; embaraçado pela ambigüidade possível do nosso tema. É necessário, como diz o programa, falar de culturas, no plural, e da psiquiatria, o que levaria comodamente à pluralização das psiquiatrias e ao *slogan*: “A cada cultura, sua psiquiatria”? É necessário, de preferência, visualizar as relações da cultura, no singular, como traço constante do ser humano, com a psiquiatria e se dirigir não na direção de uma explosão, mas na direção de um aprofundamento de nossa disciplina que a universaliza e legitima um outro *slogan*: “Uma só psiquiatria para todas as culturas”? Para retomar os termos de

* Conferência proferida na XII Jornada[s] de Informação Psiquiátrica de Marseille, 19-11 de março de 1978.[.] Publicada em Tatossian, A. *Psiquiatrie phénoménologique*. Paris: Etim, 1997. Texto traduzido por Virginia Moreira (Universidade de Fortaleza) e José Celio Freire (Universidade Federal do Ceará). Revisão técnica realizada por Virginia Moreira.

Devereux, os dados etnopsiquiátricos devem nos solicitar para uma psiquiatria intercultural, da qual nossa psiquiatria ocidental não mais que um representante com validade local ou para uma psiquiatria metacultural, havendo integrado a cultura para ultrapassar as culturas? Este é, me parece, o problema essencial.

I

A noção de relativismo cultural de normal e de anormal ilustra bem a tentação da pluralização das psiquiatrias. Lembra a nós, psiquiatras estreitamente ocidentais, que os estados de transe não têm nada de ilegítimo sob certos céus, que as alucinações não são patológicas nos índios das Planícies, que a dissipação desenfreada de seus bens numa intenção de prestígio social é uma instituição normal em tal tribo índia, enquanto que nós falaríamos de megalomania, ou, ainda, que em certos malásios a suspeita normal [regular] do vizinho em caso de colheita fraca e do cônjuge quando um indivíduo morre se encontra no que nós estaríamos equivocados em diagnosticar como um delírio de perseguição. Conclui-se que o mesmo comportamento é normal ou anormal dependendo das culturas, ou seja, do relativismo cultural destas noções.

Mas esta conclusão em sua formulação mesma pressupõe que se trata, nos exemplos alegados, do “mesmo comportamento” e o ponto é determinar se esta pressuposição se justifica. Sim, se o observador se restringe estritamente aos *comportamentos materiais* exteriormente observáveis, aos gestos feitos pelos indivíduos e às palavras pronunciadas, compreendendo aí seu sentido objetivo, quer dizer aos *sintomas* compreendidos como efeitos, só aparentes, de um estado psíquico nunca diretamente acessível. Mas não se saberia falar de um “mesmo comportamento” no malásio desconfiado e no delirante ocidental se se aceita que *o vivido* como significação de um comportamento é parte integrante e mesmo determinante deste; se se considera a manifestação individual não como o sintoma de qualquer coisa de dissimulado, mas como *fenômeno*, quer dizer, como modo de ser do indivíduo, por trás do qual não há nada a buscar ou a supor.

O empenho do relativismo cultural não atinge e nem põe em perigo apenas a psiquiatria fundada sobre o sintoma, aquela que crê poder reduzir os quadros clínicos a uma soma de fatos exteriormente observáveis relevados pelo diagnóstico. Esta não é a experiência psiquiátrica autêntica, que visa, antes de tudo, o vivido como fenômeno de sentido e que escapa a todo relativismo cultural porque, justamente, o horizonte cultural de um comportamento material faz parte do sentido deste comportamento. É por isso que nosso malásio e nosso delirante não vivem absolutamente o mesmo comportamento, nem para eles mesmos nem

para a psiquiatria que os observa. São comportamentos análogos, mas não homólogos, como diz Wegroski.

Esta amputação da experiência psiquiátrica real está na base da divergência entre sociologia e psiquiatria na definição do normal. Para a sociologia, que reduz o comportamento a seus componentes materiais isolados, um comportamento não seria normal ou anormal em si mesmo, mas somente segundo um critério exterior a ele, assim, seu grau de adaptação social ou sua frequência relativa dentro do grupo de referência: a anormalidade é assim definida como o desvio social que é também tanto aquele do vagabundo ou do criminoso quanto aquele do doente mental e que não tem nada de especificamente patológico. Mas o desvio não é a anormalidade psiquiátrica e o psiquiatra atual não hesitará em qualificar de anormal um xamã que é, no entanto, socialmente adaptado ou um comportamento habitual em uma sociedade desregrada, não mais do que aceitar diversas condutas sexuais minoritárias como psiquiatricamente normais. Para o psiquiatra, um comportamento não é anormal pela frequência ou grau de adaptação social, mas pelo fato de sua significação e, mais precisamente, pelo fato de sua significação individual.

Mas, para que a diversidade de culturas não obrigue à multiplicação de psiquiatras, não é suficiente mostrar que o relativismo cultural de normal atinge apenas a um certo tipo de psiquiatria: é necessário projetar uma psiquiatria de alguma forma universal, quer dizer, válida através e apesar da diversidade das culturas, uma psiquiatria metacultural, segundo a expressão de Devereux.

II

Tendo em conta o que precede, uma tal psiquiatria não pode se ater ao plano do sintoma e deve operar ao nível da significação que é o que unicamente decide o que é normal ou anormal e os diversos tipos de anormalidade. Como escrevia, há mais de um século, Griesinger: “Dois indivíduos podem dizer ou fazer exatamente a mesma coisa, por exemplo, exprimir sua crença na influência das bruxas, ou a crença de ser condenado para a eternidade; o observador que sabe o que isto quer dizer declarará que um destes indivíduos é alienado e o outro sem espírito. O que torna esta interpretação possível é a consideração de todas as circunstâncias concomitantes, e de uma experiência pessoal aprofundada de diferentes formas da loucura”. Estas “circunstâncias concomitantes” são, entre outras, as circunstâncias culturais e “o que isto quer dizer” é a significação atin-gida, segundo os termos de Griesinger, pela “interpretação”. O que quer dizer que uma psiquiatria com pretensão universal não pode ser uma psiquiatria sintomática, mas sim hermenêutica.

Diferente da medicina somática, a psiquiatria não pode encontrar seus padrões metaculturais no organismo biológico do homem, que é o mesmo, ou quase, em toda parte e sempre, mas cujas ligações com o comportamento exterior permanecem bastante obscuras para nós. Se é, sobretudo, tentado a buscar a possibilidade de uma psiquiatria universal na hermenêutica freudiana ou na hermenêutica marxista. Devereux, mesmo, desenvolveu seu projeto de psiquiatria metacultural sobre o modelo psicanalítico. Ele sublinha que a psicanálise, algumas vezes considerada e criticada como estudo psicossociológico sobre o terreno de uma certa classe social de autóctones vienenses do fim do século XIX, tem de fato um alcance universal. Apoiando-se em seu estudo etnológico do aborto, ele conclui que o inventário exaustivo de todos os tipos conhecidos de comportamento cultural pelos etnólogos coincidiriam ponto por ponto com a invenção exaustiva das pulsões, dos desejos e dos fantasmas por parte dos psicanalistas no meio clínico, o que, por sua vez, demonstra a unidade psíquica da humanidade e o que daí decorre. Mas a cada sociedade corresponde uma certa escolha do que ela recalca e do que, então, ela anuncia à atualização cultural com toda sinceridade. Conseqüentemente, ela estigmatiza como desvio a atualização individual do recalçado e joga, assim, as bases de sua psiquiatria específica. É apenas no nível do sentido e do inconsciente freudiano que é encontrada a unidade psíquica da humanidade.

Diferente da psicanálise que, pelo menos em uma primeira aproximação, parece aceitar a idéia de uma natureza humana universal, mas coloca os atributos essenciais e o centro de gravidade no inconsciente individual, a hermenêutica marxista denuncia o caráter ilusório desta noção de natureza humana. Os comportamentos individuais têm um significado unitário e metacultural, mas em uma análise marxista há, segundo a palavra de Sève, “descentralização social do psiquismo humano”: esta significação se situa, então, fora do indivíduo nas relações de produção e de trabalho humano que fornecem, assim, a chave de uma psiquiatria e mesmo de uma psicologia universal da personalidade. Uma aproximação entre psicanálise e marxismo não é, aliás, excluído na condição de acentuar a natureza relacional e não individual ou instintual do Édipo.

A fenomenologia, também, pode e mesmo deve fundar uma psiquiatria universal, na medida em que por método ela se proíba de separar o sujeito do objeto, o indivíduo do mundo, mais precisamente, do mundo humano. O vivido fenomenológico liga indissolúvelmente comportamento exterior e significação [significado]. Contrariamente a uma opinião difundida, as análises do tempo e do espaço vividos, da corporeidade e de mundo, no sentido fenomenológico, são sempre implicitamente análises culturais porque a subjetividade é sempre intersubjetividade e historicidade, quer dizer, culturalidade. Isto explica a importância cada vez maior na psiquiatria fenomenológica da análise do Lebenswelt, do “mun-

do da vida”, ou melhor, do “mundo da vida cotidiana”. A culturalidade humana é onipresente não como cultura abstrata, coisificada em termos de “fatores culturais”, de “dados culturais”, mas como cultura vivida.

Seja qual for a hermenêutica escolhida – psicanalista, marxista ou fenomenológica – a condição necessária a uma psiquiatria metacultural é de apreender o ser humano em sua socialidade original e em sua obrigatória culturalidade. Como assinala Devereux, é esta culturalidade, seja a Cultura em si e as categorias culturais fundamentais imanentes a toda realidade humana, o que importa, antes de tudo, ao psiquiatra – e não os conteúdos particulares que lhe dão cada sociedade. É que, com efeito, cada grande tipo de desordens mentais, como a existência normal podem se definir por um certo modo de viver a cultura em sua globalidade. Devereux caracteriza assim a psicose por um processo de desculturação que a distingue da neurose, como da psicopatia. A psicopatia utiliza de maneira não-cultural os itens culturais isolados: o violino como madeira para aquecer e a palavra como material expressivo e não mais comunicativo. Mas esta desculturação psicótica, subtendida numa modificação radical na relação com o Outro, não é menos um tipo de culturalidade – de grau zero, se o quisermos.

É verdade que para perceber o sentido de desculturação no exemplo escolhido, é útil ao psiquiatra saber que os violinos não servem habitualmente para alimentar as lareiras, quer dizer, conhecer os conteúdos culturais “normais”. Qual é, na empreitada psiquiátrica, o lugar exato deste conhecimento das culturas particulares?

III

O problema é colocado mais claramente a propósito do psiquiatra funcionando em situação intercultural, quer dizer, diante de um paciente de cultura diferente da sua. O objetivo do psiquiatra não é modificado por isto: não se trata de fazer o quadro semiológico dos comportamentos observáveis do paciente, mas sobretudo de descobrir a significação que se exprime nestes comportamentos. A dificuldade é que em culturas diferentes o mesmo comportamento exterior pode exprimir significações diferentes, e que a mesma significação pode se exprimir em comportamentos diferentes. Para atingir o sentido vivido do outro, o psiquiatra deve ultrapassar o obstáculo dos filtros culturais, o do paciente, mas também, e talvez mais dificilmente ainda, o seu próprio. Ele deve realizar o que Devereux chama a *neutralidade cultural*, por analogia com a neutralidade afetiva exigível do analista. Se se aceita com ele que existe um certo paralelismo entre a profundidade do dano psíquico e a intensidade da desculturação, se compreenderá que esta neutralidade cultural é relativamente mais fácil de atingir no psicótico que no neurótico e *a fortiori* que no normal.

Para o psiquiatra, o interesse maior do conhecimento das culturas particulares é para permitir-lhe melhor neutralizá-las e suprimir um obstáculo rumo a sua verdadeira tarefa. O inventário dos comportamentos exteriores, considerados como desviantes por uma sociedade, não constitui uma psiquiatria e não marca o fim do trabalho psiquiátrico, mas antes seu começo. A aquisição etnopsiquiátrica não convida, como alguns acreditaram, a dissolver a psiquiatria em uma miríade de micropsiquiatrias, onde cada uma seria própria de uma sociedade como lhes são próprios [de] um código jurídico, maneiras à mesa ou um sistema de parentesco. Trata-se, sobretudo, de uma solicitação de aprofundar nossa psiquiatria e libertá-la do que fica especificamente ligado a nossa cultura: isto leva talvez a fazê-la passar do plano somático ao hermenêutico.

Da mesma maneira não há aí problemas inteiramente novos. As questões suscitadas pela etnopsiquiatria apenas retomam as questões colocadas pelas subculturas no interior de nossa própria sociedade. Não é certamente o caso de negar a legitimidade prática da separação de uma psiquiatria da criança de uma psiquiatria do adolescente e de uma gerontopsiquiatria, talvez mesmo de uma psiquiatria feminina, de uma psiquiatria dos pobres, de que falam os autores americanos e alguns outros. Mas esta individualização, não mais que aquela da etnopsiquiatria, não deve comprometer a legitimidade teórica de uma psiquiatria geral autêntica, para retomar um termo e uma noção talvez há muito esquecidos.