

Sintoma e cultura: algumas observações*

Arthur Tatossian

A exposição a seguir é de ordem puramente introdutória e as poucas observações que comporta, desprovidas de qualquer pretensão conclusiva, visam simplesmente a colocar o tema “Sintoma e cultura” no lugar que lhe é próprio dentro da problemática psiquiátrica geral. Que o sintoma psiquiátrico varie segundo as culturas é bem evidente, mas a lição da psiquiatria transcultural é talvez, para o psiquiatra que não a pratica, realmente a ocasião de tomar consciência da significação e também dos limites do sintoma em psiquiatria.

I

O tema “Sintoma e cultura” tem um interesse prático incontestável. A evolução do mundo faz com que, cada vez mais freqüentemente, os psiquiatras das sociedades ditas ocidentais

* Comunicação no colóquio de etnoclínica “Sintoma e cultura”. Marseille, 12 a 13 de outubro de 1985, publicada em Tatossian, A. *Psiquiatrie phénoménologique*. Paris: Etim, 1997. Traduzida por Virginia Moreira (Universidade de Fortaleza) e José Celio Freire (Universidade Federal do Ceará). Revisão técnica realizada por Virginia Moreira. Agradecemos à Mme. Jeanne Tatossian, por sua cordialidade e interesse em difundir a obra de seu marido na América Latina.

vejam e tratem pacientes de outras culturas que não a sua, em meio ocidental ou não, – e que o inverso se verifique também. É então importante que o fator cultural não venha a perturbar o jogo de compreensão do caso e das indicações terapêuticas, pelo menos se se supõe que o tratamento depende estreitamente do diagnóstico – o que, aliás, ainda está por ser provado.

Mas este tema tem também um interesse teórico, não inferior em dignidade. A psiquiatria ocidental, ao confrontar pacientes de outras culturas que não aquela onde ela se desenvolveu, sofre uma espécie de avaliação de sua validade. É ela verdadeiramente “a” psiquiatria de alcance universal que pensa ser, ao preço de algumas precauções e adaptações menores, ou bem será ela “uma” psiquiatria, se se pode dizer, local, nem mais nem menos válida que as outras formas pelas quais cada sociedade regulamenta os problemas colocados por aqueles de seus membros que lhe aparecem como doentes psíquicos – sem, no entanto, forçosamente cristalizar seu saber-fazer em um saber sistemático e mais ou menos teórico?

Uma outra forma de colocar esta questão é de se perguntar se nossa psiquiatria é uma ciência, ao menos um projeto, ou bem uma instituição social, como o é o sistema de regras de puericultura ou o código de boas maneiras à mesa. E que se deve visar: os psiquiatras monoculturais, uma psiquiatria intercultural específica dos encontros médico/doente situadas à fronteira de duas culturas ou uma psiquiatria propriamente metacultural, tendo suficientemente integrado a cultura para poder ultrapassar as culturas?

II

A segunda observação concerne mais diretamente o tema do colóquio e trata da variabilidade dos sintomas psiquiátricos. Não se trata tanto da existência de síndromes ligadas de maneira relativamente específicas à cultura, quer seja o *Koro* *l'Amok* ou qualquer antropofobia japonesa – mas, sobretudo, do fato de que dentro do campo das síndromes psiquiátricas universais, o conteúdo semiológico ou em todo caso a frequência relativa dos sintomas depende da cultura. É assim, digamos, que nos esquizofrênicos o grau de retraimento social, a importância da agitação ou das idéias delirantes variam segundo seja ele esquizofrênico hindu ou francês, assim como a destreza psíquica ou psicossocial pode se exprimir preferencialmente pela depressão, pela ansiedade, pelos sintomas compulsivos ou pelos fenômenos de conversão.

Tomemos o exemplo da depressão em que se admite que se apresenta preferencialmente de forma somática nas culturas ditas tradicionais e com uma expressão psíquica nas sociedades ocidentais. Mas a diferença está verdadeiramente sobre o vivido depressivo ou este é por toda parte mais ou menos o mesmo?

É necessário inicialmente notar que a preferência em questão é muito relativa e que nas sociedades ocidentais a expressão somática da depressão é habitual na criança ou nas pessoas de nível social baixo. Esta somatização é mesmo, em geral, suficientemente freqüente para que tenha parecido desejável difundir a noção de “depressão mascarada” – por mais criticável que ela seja, já que parece implicar que a “verdadeira” depressão é psíquica.

Na realidade, o paciente “escolhe” em certa medida a apresentação psíquica ou somática segundo suas fontes e também seus objetivos. Leff mostrou que a diferenciação do vocabulário afetivo é mais pobre em muitas línguas que isolam mal a depressão e a distinguem pouco da ansiedade ou da tensão colérica, diferentemente das línguas indo-européias – ainda que estas tenham surgido tardiamente. Por exemplo, no inglês antigo as palavras designando a cólera, o medo ansioso e a tristeza tinham uma mesma raiz indo-européia *angh* – evocando, aliás, um substrato somático comum. Por outro lado, a escolha em questão depende das terapêuticas acessíveis: Kirmayer, se apoiando em uma cuidadosa “geografia da somatização”, duvida que ela seja realmente mais freqüente em certas culturas se se toma o cuidado de controlar o grau de disponibilidade das terapias ditas psicológicas. É mais a psicologização da depressão que é o caso particular e Angst estima que “se a noção de depressão houvesse sido criada em um plano transcultural, o que nós designamos atualmente sob este nome seria a meu ver, sem dúvida, considerado como revestindo um aspecto específico da civilização cristã ocidental” – talvez fosse necessário precisar: de uma minoria ocidental urbana submissa por bem ou por mal às depressões psicologizantes.

O que há de culturalmente variável na depressão, o que não é sem dúvida o vivido depressivo propriamente dito que parece bastante universal e muito mais corporal que psíquico, mas a formulação deste vivido ao nível do que o psiquiatra teorizando chama de sintoma. Mas não é seguro que o psiquiatra, funcionando como prático, baseie realmente sua ação sobre os sintomas. Mais freqüentemente ele apreende através e por eles o sentido global do quadro que lhe oferece o paciente – o que, em uma terminologia fenomenológica, se chama precisamente de fenômeno e que é muito menos variável, segundo as culturas, que o sintoma.

III

Um outro efeito de cultura supõe-se consistir na variabilidade não mais dos sintomas, mas das entidades nas quais os psiquiatras recortam seu campo de ação. Não é aqui a variabilidade das classificações “nacionais” que é a mais interessante, mesmo se os trabalhos mais notáveis mostraram, mesmo no interior das psiquiatrias ocidentais, as especificidades de cada país quer se trate da ternura francesa, dos ataques

de cólera delirantes ou da psicose alucinatória crônica, ou bem da extensão americana, até uma data recente, do quadro das esquizofrenias.

O que merece ainda chamar a atenção é a diferença de evolução segundo as culturas das entidades psiquiátricas e mais precisamente o melhor prognóstico dos esquizofrênicos nas sociedades ditas tradicionais, mesmo que a diferença das sociedades ocidentais tenha sido sem dúvida exagerada. Pode-se ser tentado a minimizar a significação desta diferença evocando, por exemplo, que os esquizofrênicos de bom prognóstico não são justamente os esquizofrênicos autênticos. Mas os resultados da pesquisa-piloto internacional sobre as esquizofrenias, mostrando uma estabilidade destas através da diversidade das culturas e a possibilidade de aplicar por toda parte os mesmos critérios diagnósticos, não vão quase nada neste sentido.

Pode-se simplesmente concluir que as sociedades tradicionais oferecem um suporte social mais importante, são mais tolerantes à doença mental e tendem a desculpar o sujeito interpretando sua doença como efeito de fatores patogênicos externos a ele. É, sem dúvida, necessário ir mais longe e se perguntar se o prognóstico mais favorável não deve forçar nossa própria psiquiatria a conceber de maneira menos rígida as distinções entre esquizofrenia supostamente crônica e psicoses afetivas procedendo por episódios agudos e talvez mesmo ir ainda mais longe, se perguntando com alguns autores (Zubin, Ciompi...) se a cronicidade esquizofrênica não é parcialmente um artefato e em todo caso não um traço especificamente esquizofrênico.

IV

Uma última observação deve fazer alusão à noção de relativismo cultural não mais dos sintomas nem mesmo das entidades psiquiátricas, mas da distinção mesma do normal e do patológico. Desde algumas décadas, nos disseram, a nós psiquiatras ocidentais, que os estados de transe não têm nada de ilegítimo sob certos ares; que as alucinações não são patológicas em certas culturas; que em outras se pode dissipar suas virtudes numa intenção de prestígio sem ser megalomaniaco, ou ainda suspeitar sistematicamente do vizinho se a colheita é má ou se a esposa morre sem ser por isso paranóico – dito de outra forma, que o mesmo comportamento é normal ou anormal segundo a sociedade onde ele é colocado.

Mas que quer dizer “o mesmo comportamento”? O malásio desconfiando de maneira sistemática e o delirante ocidental perseguido têm o mesmo comportamento se se entende por isso o detalhe material do que faz ou diz o sujeito. Mas não é de jeito algum o mesmo comportamento se se inclui, na noção deste, o sentido do que é feito ou dito, quer dizer o vivido em seu alcance o mais profundo, mas também o mais apropriado. Dito de outra forma, trata-se do mesmo comportamento no plano dos sintomas, mas não no plano dos fenômenos onde eles estão englobados.

É por esta razão que o relativismo cultural não compromete a psiquiatria ligada ao sintoma – o que reduz a clínica psiquiátrica ao relevado dos fatos exteriormente observáveis, mas não é a clínica autêntica que escapa à hipótese do relativismo cultural porque o comportamento pelo qual ela se interessa, ou melhor, o vivido, inclui forçosamente o horizonte cultural como parte integrante de sua significação.

Aí está a raiz de um mal-entendido entre sociologia do desvio e psiquiatria do patológico. Para o psiquiatra, um comportamento não é anormal porque pouco frequente ou mal-adaptado socialmente, ele o é e só pode ser por sua significação, que é necessariamente individual. Mais precisamente mesmo, há patologia aí e somente aí onde há perda ou limitação da liberdade do sujeito em relação ao que ele faz, sente ou diz, segundo a definição rigorosa de Blankenburg. Um comportamento pode ser idôneo de qualquer desvio, até o ponto de ser habitual e, mesmo desejável, em uma sociedade e não ser menos patológico na medida em que este sujeito não pode deixar de apresentar este comportamento ou esta vivência. É a fonte da “normalidade patológica” que Tellenbach atribui ao comportamento de seu *Typus melancholicus*, por mais satisfatório que seja para seu entorno.

V

O sentido geral destas observações é que o fato cultural não constitui problema e obstáculo a não ser para uma psiquiatria centrada sobre o sintoma e o que se tira daí – os diagnósticos e as classificações nosológicas. Não é o mesmo para uma psiquiatria centrada sobre o vivido, no sentido definido anteriormente – mesmo se as diferenças culturais podem atrapalhar o acesso a este vivido. Dito de outra maneira, se a psiquiatria teórica e teorizante não é tão oportunista para assimilar o fato cultural, a prática psiquiátrica efetiva é, já em si mesma, metacultural; não seria isso senão porque no íntimo toda e qualquer cultura, a mais exótica que se queira, não é diferente da nossa mais que o mundo psicótico onde um psiquiatra digno deste nome não se sente de nenhuma maneira estrangeiro.