



Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Uchôa, Elizabeth; Corin, Ellen
Evidência científica e experiência clínica: aspectos transculturais
Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. V, núm. 4, diciembre, 2002, pp. 99-108
Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018122008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Evidência científica e experiência clínica: aspectos transculturais*

Elizabeth Uchôa e Ellen Corin

A psiquiatria contemporânea tem se empenhado em desenvolver classificações psiquiátricas voltadas principalmente para a padronização de critérios diagnósticos e para a replicação de dados. À medida que estas classificações se impõem cada vez mais à observação clínica, efeitos colaterais já se fazem sentir. Entre eles, nos parece particularmente problemático o estreitamento do campo de observação e suas repercussões sobre a concepção de tratamentos e políticas de saúde mental. Neste artigo nossa reflexão sobre as relações entre “Evidências científicas e experiência clínica” encontra seu ponto central em uma interrogação sobre as consequências de uma padronização e objetivação do diagnóstico em psiquiatria tanto para a clínica quanto para as pesquisas transculturais. A questão da depressão na África servirá de ponto de partida para nossa reflexão sobre estas questões.

Palavras-chave: África, depressão, psiquiatria transcultural

* Uma versão preliminar do texto foi apresentada no XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria em outubro de 2000, no Rio de Janeiro.

Introdução

Existe hoje uma forte tendência da psiquiatria em reafirmar seu compromisso com a medicina científica. Tal tendência se apóia nas recentes descobertas da neurobiologia e da psicofarmacologia e se reflete nas novas classificações psiquiátricas voltadas, principalmente, para a padronização de critérios diagnósticos e para a replicação dos dados.

Podemos identificar nesse movimento um ressurgimento do ideal kraepeliano de alcançar uma perfeita concordância entre diagnóstico, substrato biológico e curso nos problemas psiquiátricos (Corin, 1998). Este movimento é, certamente, reforçado pela possibilidade de visualizar o funcionamento cerebral nos problemas psiquiátricos através das novas técnicas de imagem. Todos estes desenvolvimentos recentes contribuem para criar uma fantasia de alcance total do conhecimento e do controle na área da psiquiatria. Como consequência, ambigüidades, contradições e lacunas são minimizados frente à certeza de estar alcançando um entendimento completo sobre *a natureza essencial e verdadeira* dos transtornos psiquiátricos. Este é o ponto central da reflexão desenvolvida no presente trabalho sobre as relações entre “Evidências científicas e experiência clínica”. Neste contexto surgem algumas questões de maior importância: o que significa esta “natureza essencial e verdadeira” dos transtornos psiquiátricos? Quais são as consequências desta postura para a clínica e para as pesquisas transculturais em psiquiatria? Gostaríamos de iniciar esta reflexão com uma interrogação sobre o *status* epistemológico do saber psiquiátrico e sobre a maneira como clínica e ciência se articulam ou não no processo de construção deste saber. Em seguida, a questão da depressão na África nos permitirá aprofundar esta reflexão.

A construção do objeto

A redação do DSM-III e de suas revisões constituiu uma reação à falta de rigor em psiquiatria e, deste modo, uma tentativa de reaproximação com a medicina científica. Este empreendimento exigiu uma distinção básica entre a filosofia geral destas classificações orientada para a investigação e as exigências inerentes à tomada de decisões na prática clínica. Neste sentido, mesmo grandes defensores do DSM (Klerman, 1984) reconhecem a importância de levar em conta na clínica a singularidade do doente. Entretanto, e de forma paradoxal, o critério básico para o diagnóstico (mesmo na clínica) tornou-se a classificação, em detrimento do próprio sujeito.

À medida que estas classificações se impõem cada vez mais à observação clínica, efeitos colaterais já se fazem sentir. Entre eles, nos parece particularmente problemático o estreitamento do campo de observação e suas repercussões sobre a concepção de tratamentos e políticas de saúde mental (Corin, 1997). Este estreitamento do campo de observação nos remete, em primeiro lugar, a um modelo empirista de ciência e à crença na objetividade do conhecimento e das categorias psiquiátricas. A pretensão de acesso à verdadeira essência dos problemas psiquiátricos negligência a existência de modelos teóricos e culturais que nos orientam para fazer uma certa triagem da realidade.

Sabemos, depois de Kuhn, que cientistas têm tendência a trabalhar no interior de um paradigma dominante que impõe teorias e métodos para a coleta e análise de dados (Kuhn, 1975). Entretanto, quando nos situamos no interior de um paradigma, os resultados produzidos a partir dele adquirem caráter de evidência ou de verdades absolutas reforçando nossa impressão de poder ter acesso à verdadeira realidade dos fenômenos. O caráter relativo deste paradigma só aparece quando nos situamos em suas margens ou limites, e nos apoiamos em outros quadros de referência (Corin, 1997). Nosso conhecimento da realidade será sempre dependente do modelo que utilizamos para construí-lo. Lantéri-Laura, psiquiatra francês, analisou com refinamento a maneira pela qual um clínico utiliza seus conhecimentos semiológicos para modular sua escuta do outro e efetuar uma triagem no conjunto mais amplo de signos, significados e palavras, e reter apenas o que se enquadra em seu esquema (Lantéri-Laura, 1986). Parece-nos lógico concluir que à medida que nosso modelo de observação se estreita, mais reducionista é nossa abordagem e mais dirigida é nossa escuta.

Arthur Kleinman, psiquiatra e antropólogo, nos lembra que um diagnóstico psiquiátrico constitui apenas uma interpretação da experiência (Kleinman, 1988). Segundo esse autor, categorias nosológicas não são entidades objetivas refletindo realidades empíricas bem delimitadas, elas constituem modelos

explicativos construídos a partir do corpo de conhecimentos da biomedicina que é profundamente enraizada na cultura ocidental. Esta perspectiva vem relativizar a universalidade de algumas evidências psiquiátricas e questionar seu caráter natural.

Cabe aqui uma interrogação: *é papel da clínica conformar-se ao modelo objetivante que lhe impõe a ciência ou é seu papel questionar este modelo a partir do que emerge como evidência no contato com o doente?*

Psiquiatria transcultural

Referências às particularidades sociais e culturais dos pacientes já aparecem em textos de psiquiatras do século XIX. Entretanto, quando se passa do singular para o geral, ou seja, da clínica para a elaboração de classificações, os fatores étnicos e culturais são relegados a um segundo plano e considerados como epifenômenos de uma dimensão biológica (Kleinman, 1988).

Quando nos deslocamos para uma perspectiva transcultural é preciso ultrapassar esta postura biologicista para conseguirmos verdadeiramente apreender e analisar a influência da cultura na frequência, forma e evolução dos problemas psiquiátricos. A questão da depressão na África servirá de ponto de partida para nossa reflexão sobre estas questões.

Sabemos que depressão é um dos problemas psiquiátricos conhecidos desde os tempos antigos. Referências à experiência depressiva são freqüentes no velho testamento e em muitos textos clássicos da medicina hindu. Hipócrates, pai da medicina, listou a depressão como uma das principais formas de doença mental há mais de 2000 anos. A partir do século XIX, a depressão tornou-se foco de um interesse central para a psiquiatria ocidental, e estudiosos como Esquirol, Haslam, Falret, Bailarger, Kahbaum, Kraepelin, Freud, fizeram importantes contribuições para o conhecimento da depressão. Entretanto, e apesar da longevidade de nosso interesse, o conhecimento sobre a depressão continua permeado por lacunas e contradições (Marsella et al., 1985).

A literatura sobre depressão na África ilustra bem esta situação (Uchôa, 1997). Durante muitos anos, prevaleceu nesta literatura a idéia de que a depressão era muito rara ou, mesmo, ausente na África. Problemas metodológicos parecem ter determinado esta idéia. Atualmente os diferentes autores concordam que os problemas depressivos estão presentes e são mesmo muito freqüentes no continente africano (Prince, 1968). Entretanto, persistem as contradições com relação ao tipo de sintoma que domina o quadro (Odejide et al., 1989; German, 1987).

Assim, e apesar do grande número de estudos epidemiológicos atualmente disponíveis, devemos concluir que ainda muito pouco se conhece sobre a depressão na África, pois questões da maior importância continuam sem resposta (Uchôa, 1997). Uma reflexão mais ampla sobre a relação entre depressão e cultura mostra que a situação geral é praticamente a mesma. Nas últimas décadas, o empenho em produzir definições operacionais dos sintomas psiquiátricos e desenvolver instrumentos padronizados que pudessem ser utilizados em diferentes culturas (German, 1987) não parece ter contribuído de forma conclusiva para o conhecimento dos aspectos transculturais da depressão. Ainda hoje, pouco se conhece sobre as contribuições específicas de fatores biológicos, sociais e culturais à etiologia, experiência e expressão da depressão pelo mundo, como também pouco se conhece sobre as variações etnoculturais na frequência e distribuição dos problemas depressivos (Marsella et al., 1985).

Um problema fundamental parece ser a predominância nos estudos transculturais de uma abordagem estritamente nosográfica da depressão. Estudos realizados em diferentes regiões do mundo atestam que os sintomas depressivos variam de forma significativa através das culturas; assim uma abordagem centrada na medida transcultural de sintomas parece, no mínimo, problemática (Kleinman & Good, 1985).

Estudos antropológicos recentes têm contribuído para uma reflexão crítica sobre a psiquiatria transcultural e para um redirecionamento das pesquisas neste campo. Arthur Kleinman e Byron Good, precursores desta abordagem crítica, questionam a adequação do modelo biomédico, ou mais especificamente do modelo nosológico ocidental, para o estudo de problemas psiquiátricos em diferentes contextos culturais. Eles denunciam a reificação de categorias nosográficas ocidentais e criticam a postura universalista da psiquiatria transcultural. Segundo esses autores, o postulado da universalidade de sintomas, exclui toda possibilidade de apreender e analisar a influência da cultura no nível da construção e expressão dos problemas depressivos. Esta postura universalista levaria à negligência de sintomas culturalmente importantes; ao esquecimento dos casos atípicos e ao superdiagnóstico de categorias culturais vindo assim enviesar os resultados das pesquisas (Kleinman & Good, 1985; Kleinman, 1987, Good et al., 1985).

O retorno à clínica

O retorno à clínica parece ser a única forma de ultrapassarmos o estado atual de conhecimentos. Uma das mais antigas descrições das manifestações da

depressão das culturas foi feita por Kraepelin. Durante sua visita à Indonésia em 1904, ele escreveu: “Quando ela ocorre, a depressão é leve e fugaz e sentimentos de culpa nunca são experimentados.” Nos anos 1960 e 1970, estudos clínicos realizados em diversas regiões do mundo (Irake, Índia, Nigéria, Senegal, China, Japão, Filipinas) atestam a especificidade da depressão em culturas não ocidentais: a culpa, o desespero existencial, a auto-acusação e as idéias de suicídio são muito raros ou ausentes e há o predomínio de aspectos somáticos. Segundo Diop, psiquiatra senegalês, idéias de perseguição coloririam toda a psiquiatria africana (Diop, 1967). Segundo este autor, um dos aspectos mais marcantes da melancolia na África seria a raridade do delírio de auto-acusação. Entretanto, ele conclui que a ausência deste delírio não significa que o sentimento de desvalorização não exista, simplesmente ele não se exterioriza da mesma forma. O sentimento de impotência e a fadiga do corpo, tão freqüentes nos quadros africanos, não seriam a expressão desta desvalorização?

Marie Cécile e Edmond Ortigues vieram lançar um pouco de luz sobre os mecanismos subjacentes à especificidade da depressão na África. A partir de dados clínicos obtidos durante quatro anos de trabalho em Dakar, eles observaram que o complexo de Édipo, na África, se enunciava e se resolvia de forma diferente da Europa. A culpabilidade conseqüente da interiorização do superego não apareceria como tal. O mal não seria vivido como interior ao sujeito, mas como vindo do exterior (Ortigues & Ortigues, 1973). É possível imaginar-se as conseqüências deste processo sobre a construção do quadro depressivo.

A seguir, passamos ao relato de um caso clínico que nos parece particularmente ilustrativo. Primeiro, porque ele traz elementos típicos do contexto africano e, segundo, porque ele demonstra os problemas inerentes à utilização de um diagnóstico padronizado neste contexto.

Saly é uma mulher *sarakolé*, muçulmana de 36 anos, divorciada e mãe de quatro filhos que foi hospitalizada duas vezes no serviço de psiquiatria do Hospital du Point G, em Bamako, no Mali, no ano de 1986. Várias entrevistas foram realizadas com Saly durante estas hospitalizações (Uchôa, 1988). Ela se revelou uma mulher inteligente e disposta a falar sobre sua vida. Contando sua história, Saly enumerava uma série de interpretações, muito carregada de angústia, que a situava sempre como vítima de seu marido, de sua família, de suas colegas de trabalho e, mesmo, dos outros doentes. Explicando o motivo da última hospitalização, Saly contou: *Minha madrasta morreu e eu não chorei. Fiquei tentando consolar as pessoas. Aí as pessoas pensaram que eu não tinha me importado com a morte dela. O filho da madrasta começou a falar que eu culpada desta morte (feitiçaria). Todos ficaram contra mim e eu fugi.* Seu humor não estava nem exaltado, nem depressivo.

Vinte dias após sua hospitalização, Saly foi retirada, sem alta, pela família que a hospitalizou novamente dois meses depois. Neste momento, Saly se dizia num estado deplorável. Falava que a família a estava evitando, que não compreendia as razões deste comportamento, mas estava certa de que eles não a queriam por perto. Ao final de dois meses de internação, o quadro de Saly apresentava poucas mudanças. Ela se sentia ameaçada pelos outros doentes e os acusava de roubar as coisas dela.

Saly fez estudos brilhantes e imediatamente após o término de seu curso, com menção honrosa, conseguiu um emprego público de professora. Casou-se com 23 anos, segundo ela, por amor e sem o consentimento da família. Seus primeiros anos de casamento foram perfeitamente felizes. Entretanto, ela explica que apesar de terem uma situação econômica confortável, tinham deixado as famílias “para lá”, o que não é nem habitual nem bem aceito no contexto maliense atual.

Esta posição claramente oposta às expectativas tradicionais não parece ter sido vivida por Saly de maneira conflituosa, pelo menos no início. Os problemas surgiram quando Saly deu à luz uma criança morta. As relações entre o casal começaram a deteriorar-se. O marido tornou-se intolerante, agressivo e chegou a mandá-la de volta para a casa dos pais. Pouco tempo depois, Saly e o marido voltaram a viver juntos e ela engravidou mais uma vez. Saly conta que durante a gravidez, mais precisamente durante o oitavo mês de gestação, seu marido enfureceu-se por ela ter voltado para a casa a pé durante o crepúsculo (coisa que os antigos acreditam possa ser perigosa para uma mulher grávida) e por esta razão bateu violentamente nela.

Mas, segundo Saly, foi no momento do parto que as coisas se agravaram: *Eu perdi muito sangue e tive que fazer transfusões. Eu tinha a impressão que todos queriam me matar e não podia mais dormir.* Para ela, todas suas dificuldades neste momento eram resultado de arranjos entre seu marido e a parteira. O casal ainda permaneceu junto por quatro anos e, nas palavras dela, o divórcio teria sido forçado por sua família.

Para compreendermos melhor o que estava acontecendo devemos ressaltar que a sexualidade e a fecundidade do casal, em meio tradicional africano, são considerados problemas do grupo, que faz as regras e abençoa apenas aqueles que se conformam. Um casamento por amor (não desejado pela família) constitui em si uma afronta às normas tradicionais, afronta que será reforçada pela atitude do casal de deixar a família “para lá”. O nascimento de um filho morto vem, neste contexto, ameaçar a fecundidade do casal e evocar suas relações com o grupo e com a tradição. Sentindo-se punido e ameaçado, o casal se pergunta se teriam eles enfrentado e desobedecido as leis tradicionais? Este é o único

raciocínio que permite compreender como um casal tão ocidentalizado tenha sido afetado radicalmente pelo desrespeito a uma crença tradicional.

Saly tinha optado por uma existência do tipo moderno, investido nos estudos, na profissão e em um casamento por amor, o que a levou a afastar-se da família. O fracasso eminente de suas escolhas parece ter enfraquecido sua firmeza inicial e favorecido o aparecimento de uma ambivalência sempre crescente. As dificuldades vividas no momento do parto confirmaram a Saly sua impossibilidade de controlar o próprio corpo e de permanecer viva. Esta angústia de morte levou Saly a desfazer-se da ambivalência que tinha se tornado insuportável e a reconhecer nos outros a hostilidade que ela não podia reconhecer em si mesma. Hostilidade contra um marido por quem ela tinha abandonado sua própria família e que não a queria mais. Hostilidade contra uma família que nunca aceitou nem seu casamento, nem sua maneira de ser.

Segundo o irmão caçula de Saly, nunca alguém da família teria feito acusações do tipo que ela dizia. *Onde teriam então origem estas acusações, senão naquelas que Saly, ela mesma, se fazia?* Acho que podemos reconhecer nestas acusações de feitiçaria o retorno de uma vivência fundamentalmente depressiva.

Este relato aponta para a necessidade de ampliarmos o campo de observação na leitura dos problemas psiquiátricos em contextos não ocidentais. O caso de Saly, certamente, seria um daqueles casos atípicos não alcançados por critérios universais de medida.

Para finalizar, gostaríamos de voltar à questão da natureza essencial e verdadeira dos problemas psiquiátricos e concluir: de um ponto de vista transcultural, se uma metodologia é incapaz de alcançar o que é atípico de um ponto de vista universal, mas específico e significativo em um determinado contexto cultural, o que ela evidencia não são fatos reais, mas apenas artefatos que resultam de opções metodológicas específicas.

Referências

- CORIN, E. At the Margins of Culture in Psychosis. Paper presented in the session "The Edge of Experience: Culture, Schizophrenia and Subjectivity". *American Anthropological Association Conference*, Washington: 1997.
- _____. The Tickness of Being: Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience Among Schizophrenics. *Psychiatry*. v. 61, p. 133-46, 1998.
- DIOP, M. La dépression chez le noir Africain, *Psychopathologie Africaine*. v. 3, p. 183-94, 1967.
- GERMAN, G.A. Mental health in Africa I: the extend of mental health in Africa today. *British Journal of Psychiatry*. v. 151, p. 435-9, 1987.

- ____ Mental health in Africa II: the extend of mental disorder in Africa today, some clinical observations. *British Journal of Psychiatry*. v. 151, 1987, p. 440-6.
- GOOD, B., DELVECCHIO, M.J., MORADI, R. The interpretation of Iranian depressive illness and dysphoric affect. In: KLEINMAN, A. & GOOD, B. (ed.). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985, p. 369-428.
- KLEINMAN, A. *Rethinking Psychiatry. From Cultural category to Personal Experience*. New York: The Free Press, 1988.
- ____ Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness. *British Journal of Psychiatry*. v. 151, p. 447-54, 1987.
- KLEINMAN, A., GOOD, B. Introduction In: KLEINMAN, A. & GOOD, B. (ed.). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985, p. 1-40.
- KLERMAN, G.L. The advantages of DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*. v. 141, n. 4, p. 539-42, 1984.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LANTÉRI-LAURA, G. Sémiologie et critique de la connaissance. *L'évolution psychiatrique*. v. 51, n. 4, p. 825-33, 1986.
- MARSELLA, A.J., SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., FENTON, F.R. Cross-Cultural Studies of Depressive Disorder: An Overview, In: KLEINMAN, A. & GOOD, B. (ed.). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985. p. 299-324.
- ODEJIDE, A.O., OYEWUNMI, L.K., OHAERI, J.U. Psychiatry in Africa: An overview. *American Journal of Psychiatry*, v. 46, 6, p. 708-16, 1989.
- ORTIGUES, M.C. & ORTIGUES, E. *Oedipe Africain*. Paris: Plon, 1973.
- PRINCE, R. The changing picture of depressive syndromes in Africa: is it fact or diagnostic fashion? *Canadian Journal of African Studies*. Montréal. v. 1, p. 177-92, 1968.
- UCHÔA, E. Epidemiologia e Antropologia. Contribuições a uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: CANESQUI, A (org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 87-112.
- ____ *Les femmes de Bamako (Mali) et la santé mentale. Une étude anthropopsychiatrique*. Montréal: Université de Montréal, Thèse PhD, Manuscript, 1988.

Resumos

La psiquiatría contemporánea se ha empeñado en desarrollar clasificaciones psiquiátricas volcadas principalmente para la estandarización de ciertos diagnósticos

y para la refutación de datos. En la medida que estas clasificaciones se imponen cada vez más en la observación clínica, efectos colaterales ya se hacen sentir. Entre ellos, nos parece particularmente problemático, el estrechamiento del campo de observación y sus repercusiones sobre la concepción de tratamientos y políticas de salud mental. En este artículo nuestra reflexión sobre las relaciones entre “evidencias científicas y experiencia clínica” encuentra su punto central en la interrogación sobre las consecuencias de la estandarización y objetivización del diagnóstico en psiquiatría tanto para la clínica como para las investigaciones transculturales. La cuestión de la depresión en África servirá de punto de partida para nuestra reflexión sobre estos asuntos.

Palabras claves: África, depresión, psiquiatría transcultural

La psychiatrie actuelle se caractérise par le développement de classifications psychiatriques tournées vers la standardisation des critères et la reproduction de données. Dans la mesure où ces classifications s'imposent à la clinique, des effets collatéraux se font déjà sentir; parmi eux la réduction du champ de l'observation et ses répercussions sur la conception des traitements et des politiques de santé mentale nous paraissent particulièrement problématiques. Dans cet article notre réflexion sur les relations entre évidences scientifiques et expérience clinique est tissée autour d'une interrogation sur les conséquences de la standardisation et de l'objectivation du diagnostic autant pour la clinique psychiatrique que pour les recherches transculturelles. La question de la dépression en Afrique servira de point de départ pour nos réflexions sur cette question.

Mots clés: Afrique, dépression, psychiatrie transculturelle

Contemporary psychiatry is committed to developing psychiatric classifications that are geared principally towards the standardization of diagnostic criteria and the replication of data. Side effects can be felt to the extent that these classifications are ever more present in clinical observations. Among these effects, especially problematic are the narrowing of the field of observation and the consequent repercussions on the development of mental health treatment and policies. This narrowing of the field of observation leads us to a positivist model of science and to a belief in the objectivity of knowledge and, specifically, of psychiatric categories. In this article our reflection on the relations between “Scientific proof and clinical experience” is based essentially on a discussion of the consequences of standardization and objectivity in psychiatric diagnosis for both clinical and transcultural research. The theme of depression in Africa will serve as a starting point for our reflection on these questions.

Key words: Africa, depression, transcultural psychiatry