

etnográfica

Etnográfica

ISSN: 0873-6561

etnografica@cria.org.pt

Centro em Rede de Investigação em
Antropologia
Portugal

Pussetti, Chiara

A PATOLOGIZAÇÃO DA DIVERSIDADE. UMA REFLEXÃO ANTROPOLÓGICA SOBRE
A NOÇÃO DE CULTURE-BOUND SYNDROME

Etnográfica, vol. 10, núm. 1, mayo, 2006, pp. 5-40

Centro em Rede de Investigação em Antropologia

Lisboa, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372339147001>

- 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

A PATOLOGIZAÇÃO
DA DIVERSIDADE.
UMA REFLEXÃO
ANTROPOLÓGICA
SOBRE A NOÇÃO
DE *CULTURE-BOUND*
SYNDROME

Chiara Pussetti

Este artigo propõe uma reflexão sobre o processo de encontro entre diferentes práticas e saberes ligados a contextos históricos e culturais específicos, no domínio que nós definiríamos habitualmente como sendo “psicológico”. Posta em questão a validade de categorias diagnósticas que tentam fazer caber no quadro rígido da nosologia ocidental experiências ligadas a outros paradigmas interpretativos, será objecto de crítica a noção de “*culture-bound syndromes*”, proposta pelo DSM-IV, na medida em que classifica experiências e comportamentos de pessoas marginalizadas como problemas psicopatológicos. PALAVRAS-CHAVE: etnopsiquiatria crítica, emoções, racismo institucional, *culture-bound syndromes*.

On est fou par rapport à une société donnée (Beguin 1952).

Este artigo pretende reflectir sobre o complexo e delicado processo de encontro entre práticas e saberes diferentes, inerentes a contextos históricos e culturais específicos, no domínio habitualmente definido como “psicológico”. Após umas rápidas considerações antropológicas sobre as formas de sofrimento que, na nossa representação cartesiana do ser humano, chamamos de “mentais”, e sobre os diferentes saberes que se ocupam da sua definição, interpretação e tratamento, a discussão concentrar-se-á sobre a presunção e a pertinência de uma tentativa de adaptar práticas e significados culturais diversos aos limites e aos cómodos caixilhos teóricos das categorias nosológicas ocidentais, classificando expeditamente expressões particulares e fenómenos diferentes como problemas psicopatológicos. Para ilustrar os limites e os problemas deste tipo de abordagem, serão analisados alguns exemplos específicos, com base no meu trabalho de campo na Ilha de Bubaque (Arquipélago dos Bijagós, Guiné-Bissau) e em diferentes instituições que lidam com a saúde de migrantes, em Itália e em Portugal. Posta em causa a validade de categorias diagnósticas que tentam enquadrar nos esquemas rígidos da nosologia ocidental experiências que derivam de outros paradigmas interpretativos, será objecto de crítica particular a categoria de “*culture-bound syndromes*”, proposta pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) da American Psychiatric Association.¹

¹ O conceito de *culture-bound syndromes* constitui o eixo central da discussão entre *universalistas*, que interpretam estas síndromas em termos de uma biopsicologia humana universal, ou de uma psicopatologia influenciada patoplasticamente por factores culturais, e *relativistas culturais*, que as interpretam como produtos de, e como inerentes a, aspectos específicos de uma cultura determinada.

Psiquiatria e racismo institucional

Seguindo as propostas de análise e as perspectivas teóricas da antropologia médica crítica,² partimos de uma definição da doença como o mais individual e o mais social dos eventos (Augé 1983), na medida em que os esquemas de referência que a permitem localizar, designar, interpretar e curar são todos eminentemente sociais.³ Se a doença, porque constituída e reconhecível através de uma actividade interpretativa, é um conceito culturalmente relativo, é evidente que uma mudança dos códigos de referência implicará também uma alteração das formas de expressão e de experiência da aflicção. Segundo esta perspectiva, portanto, o que é considerado como doença pode variar conforme as épocas históricas, as culturas, as condições socioeconómicas: a modificação das ideologias e das hegemonias culturais pode, até numa mesma sociedade, levar a alterações não apenas dos sintomas e das definições psicopatológicas, como também dos contextos culturais onde as doenças se apresentam.⁴ Diferentes noções de corpo, pessoa, emoção, definições alternativas de anomalia e da normalidade, variações culturais nos modos de perceber e interpretar sensações corporais como sintomas e de atribuir sentido às próprias experiências, estão assim na base de horizontes nosológicos diversos.

Neste sentido, muitos autores consideraram que, inclusivamente, a biomedicina ocidental não pode ser considerada simplesmente como uma expressão científica de demarcações naturais, na medida em que a sua definição, e as práticas que dela derivam, são cultural e historicamente específicas.⁵ O conhecimento médico não pode ser definido como objectivo e autónomo: trata-se, antes, de um conhecimento enraizado e continuamente modificado pelas práticas e pelas transformações políticas e sociais. Se considerarmos que as fronteiras da competência e do profissionalismo médico emergem como o resultado de processos históricos e sociopolíticos, acaba por ser difícil defender que as suas categorias podem ser utilizadas universalmente para conferir ordem e coerência às experiências e às emoções dos outros. Contra esta reificação das categorias, Gananath Obeyesekere (1985) afirma que no domínio do psicológico não

² Veja-se Hahn (1984, 1999), Hahn e Kleinman (1983), Kleinman (1995), Singer (1990), Frankenberg (1980), Young (1982, 1995), Das (1994, 1997), Scheper-Hughes (1990), Lock e Scheper-Hughes (1996), entre outros.

³ Neste sentido, a doença pode ser interpretada, seguindo a perspectiva adoptada por Nancy Scheper-Hughes no seu trabalho sobre os ataques de *nervos* na comunidade de Alto de Cruzeiro no Brasil, como uma forma de acção corporal, “uma coisa que os seres humanos fazem de maneiras absolutamente originais” (Scheper-Hughes 1994: 229). Veja-se também Lock e Scheper-Hughes (1991).

⁴ Há exemplos emblemáticos de inclusão e de supressão nos quadros diagnósticos oficiais: por exemplo, o facto de a depressão não ter sido considerada em termos patológicos antes dos anos 50, ou de a homossexualidade ter sido, até 1973, incluída pelo DSM na lista de problemas psíquicos, só tendo sido definitivamente retirada em 1975, numa altura em que a sociedade americana já não estava disposta a considerar uma preferência sexual como patológica (Frighi 1984; Clayton 2002; Conrad e Schneider 1980).

⁵ Entre outros, Gaines (1992a, 1992b), Gaines e Hahn (1985) e Kleinman (1988).

existem doenças-facto mas apenas doenças-modelo.⁶ Diferentes discursos médico-psicológicos, ideologias, antropologias e representações da pessoa estão assim na base de diferentes expressões, experiências e formas de aflicção. O próprio sintoma, nesta perspectiva, não tem existência e significado em si. O sintoma é apenas um fenómeno que adquire um significado através da classificação nosográfica do médico. Por outras palavras, a selecção de determinadas sensações corporais ou aspectos comportamentais como “sintomas” resulta de uma interpretação, ligada por sua vez a um código de referência específico.⁷ A definição do que é sintoma, do que é doença, do que é anormalidade ou desvio é, por conseguinte, um facto social e, ao mesmo tempo, um acto político.⁸

As categorias médicas emergem, por conseguinte, não como referentes discursivos de partes determinadas do “real”, mas como momentos e dispositivos analíticos da definição e construção dessa mesma realidade.⁹ Definições como “normal” e “patológico”, “razoável” e “insensato”, “saúdável” e “doentio”, não são, portanto, o simples reflexo de uma realidade científica ou orgânica, mas são, pelo contrário, o produto de um contexto histórico, político e sociocultural específico. Neste sentido, cada cultura decide de uma maneira absolutamente original onde colocar a fronteira entre “normalidade” e “desvio”: o que é considerado “loucura” numa sociedade pode ser absolutamente normal numa sociedade diferente. As definições, as interpretações e as manifestações da loucura diferem, portanto, consoante os contextos sociais, culturais, políticos, ideológicos e económicos.

Nesta perspectiva, as ciências da psique ocidentais, as suas categorias e interpretações, também têm que ser consideradas como psicologias locais, na medida em que se organizam e instituem no interior de um determinado con-

⁶ Obeyesekere afirma que nas denominadas “doenças mentais” a distinção clássica entre *disease* e *illness* (já criticada por muitos autores, em termos de que *disease* seria a disfunção ou doença em termos objectivos e biológicos (o facto), e *illness* a experiência e a interpretação pessoal dos sintomas e do sofrimento) não tem sentido, na medida em que *there are only illnesses and no disease* (1985: 136). Também Hollan afirma que as doenças mentais não têm um estatuto ontológico, sendo antes modelos ou conceitos que utilizamos para descrever ou explicar o comportamento particular de homens e mulheres específicos em contextos socioculturais e económicos locais (1997: 220). Na mesma linha, vejam-se também Fernando (2003), Gergen (1973) e Jadhav (1995).

⁷ As ciências médicas oferecem um “repertório de sintomas” (*symptom pool*), ao qual os pacientes podem recorrer para organizar as próprias interpretações e vivências nos termos estabelecidos pelos paradigmas dominantes.

⁸ É neste sentido que Franco Basaglia falava de uma relação íntima entre psiquiatria e política: a psiquiatria defende os limites da norma definidos pela sociedade; a própria definição da doença serve para manter intactos os valores da norma postos em causa (Basaglia e Basaglia Ongaro 1971: 32). O facto é que as ideias dominantes são as ideias da classe dominante, que não tolera elementos que não respeitam as suas regras. A doença é um rótulo, que constitui um facto social, que por sua vez é um evento político (Scalia 1971).

⁹ Infelizmente, comenta Kleinman (1988), os psiquiatras muitas vezes se esquecem que “esquizofrenia”, “depressão” e as outras categorias psiquiátricas não possuem estatuto ontológico, mas são apenas conceitos utilizados para descrever sentimentos, pensamentos e comportamentos individuais em contextos sociais, culturais, económicos e históricos particulares. O resultado é que os termos, os conceitos, as ideias com que os psiquiatras definem e explicam as diferentes aflições são confundidos com o sofrimento humano efectivo.

texto histórico e sociocultural.¹⁰ Catherine Lutz (1985), apoiando esta argumentação, afirma que não é epistemologicamente correcto pensar numa psicologia “científica”, e portanto universal, contraposta a presumíveis psicologias “etno-” (subjectivas, indígenas, culturais, locais), e que seria preciso considerar todas as psicologias existentes como culturalmente específicas (o que na realidade tornaria supérflua a utilização do prefixo “etno-”).¹¹ À luz destas considerações, Lutz convida os psiquiatras ocidentais a admitir a sua especificidade sociocultural e a abandonar as suas pretensões de universalidade, para procurar espaços de diálogo e de confronto com outros saberes e experiências. Do seu ponto de vista, são os antropólogos os especialistas deste tipo de relação, que tenta salientar a particularidade das diferentes culturas e, ao mesmo tempo, torná-las mutuamente compreensíveis. “O processo de aproximação à compreensão da vida emocional de povos de diferentes culturas — afirma Catherine Lutz (1988: 8) — pode ser considerado inicialmente como um problema de tradução”. Este processo, todavia, implica muito mais que uma correspondência entre as palavras de línguas diferentes: implica, antes, recolher maneiras diferentes de conceber a relação entre mente, corpo, emoção, mal-estar e sociedade, para procurar espaços de aproximação, espaços para a construção de terrenos comuns. Reduzir a nossa compreensão a uma tradução directa, não problemática, ingénua ou etnocêntrica, que não considera nem o ponto de vista dos nativos nem o mais amplo contexto político, histórico e social, levaria de facto ao “mal-entendido”, ao “equivoco” ou à “armadilha empática” (Bonino, Lo Coco e Tani 1998: 59), provocado pela projecção das próprias categorias sobre as experiências dos outros.¹² Qual é de facto, deste ponto de vista, o sentido de se falar no singular de campos de experiência heterogêneos e complexos, como se fossem fenómenos psicopatológicos objectivos e universais, utilizando as categorias da nosologia ocidental? Num trabalho sobre a transe em África, Roberto Beneduce reflecte sobre o significado de encerrar a possessão no interior de um horizonte lexical e categorial médico-psicológico. “O que significa afirmar que a possessão é uma

¹⁰ A psiquiatria ocidental — afirma Summerfield (2001) — é apenas uma entre as outras etnopsiquiatrias; nós precisamos de uma psiquiatria que reconheça as limitações desta abordagem técnica e considere o reconhecimento da sua contextualização sociocultural e política como uma obrigação ética. Veja-se, entre outros, Coppo (1997).

¹¹ Como diz Lutz, a “(etno)psicologia não é tanto um sistema de conhecimentos que se sobrepõe à experiência real das pessoas, quanto um dos sistemas simbólicos fundamentais através dos quais os indivíduos percebem, comunicam e se experimentam a si próprios, o seu próprio mundo interior, o seu próprio corpo, os seus limites e as suas mudanças” (Lutz 1985: 67). A etnopsicologia, nesta acepção, compreende quer a variedade de concepções culturalmente construídas acerca da pessoa, quer o sistema de representações que em cada sociedade está na base da vida quotidiana e do senso comum, quer os saberes especializados que caracterizam domínios e actividades particulares (saúde, cura, cerimónias religiosas, adivinhação, etc.).

¹² Unni Wikan alerta os antropólogos que querem trabalhar sobre a vida emotiva dos outros para os riscos de uma “atribuição demasiado fácil aos outros daquilo que o antropólogo sente-pensa” (Wikan 1992: 479), impondo uma ordem e um modelo às experiências dos outros em função da própria representação da psique.

perturbação dissociativa?” (Beneduce 2002b: 38). Se este fenómeno heterogéneo é considerado pela cultura local como diferente da loucura, qual é a vantagem de se falar dele no singular, como um fenómeno com uma genealogia psicopatológica claramente definida? Se seguirmos o caminho do léxico psicológico (histeria, dissociação, etc.), restam de facto poucas possibilidades de colhemos a rede dinâmica dos nexos simbólicos, dos conhecimentos e dos saberes em jogo.¹³

O enquadramento acrítico das experiências, das narrativas e das estratégias do sofrimento dos outros no interior da grelha pré-definida da nosografia psiquiátrica (ou dos conceitos de pessoa, emoção e doença do antropólogo), tem também um significado político. A sobreposição de significados espelha a sobreposição de poderes. Nas palavras de Lynch, trata-se de “instituir uma forma de imperialismo ocidental sobre as emoções dos outros” (Lynch 1990: 17). Beneduce (1998) fala explicitamente da hegemonia das categorias diagnósticas e dos modelos terapêuticos ocidentais como formas subtis de poder e controlo, sanitário e moral, sobre os outros, e do imperialismo cultural (ou “colonização cultural”), exercido através do emprego das categorias da psiquiatria ocidental, e estadunidense em particular.¹⁴ Em sua opinião, não há empatia individual capaz de anular esta posição hegemónica e produzir um diálogo simétrico e igualitário (Beneduce 1998: 11). A única saída possível parece ser a de repensar as categorias e os modelos interpretativos e terapêuticos da psiquiatria, colocando-os no contexto histórico económico e político que os produziu. Allan Young, na mesma linha que Beneduce, convida os antropólogos que queiram estudar questões como a doença, o sofrimento e as emoções em outros sistemas de significação a fazerem uma reflexão preliminar sobre a genealogia, os campos semânticos e os usos linguísticos das categorias e dos conceitos que eles próprios utilizam. Isso significa procurar identificar os processos históricos, sociais, políticos e culturais de produção das categorias, dos saberes e das instituições onde estes saberes se transformam em práticas, para mostrar a natureza política e cultural inclusivamente daquilo que para nós é o mais natural, como sejam as nossas sensações e emoções, e o nosso corpo (Young 1982, 1995, 1997).¹⁵ O que Young propõe, por outras palavras, é indagar os processos generativos da episteme, através de uma abordagem “arqueológica” (em termos foucaultianos), ou seja, de uma abordagem que procura encontrar as condições e os

¹³ Cf. também Roberto Lewis-Fernandez, que em diversas ocasiões (1992, 1994), a propósito da categoria de *trance and possession disorder* constante do DSM-IV, tem sublinhado os riscos de mal-entendidos que derivam da legitimação transcultural de uma nosologia que pretende categorizar experiências peculiares e heterogéneas. O autor critica, em particular, a possibilidade de se incluir fenómenos e campos de experiência tão diferentes num sistema nosográfico único como o da psiquiatria norte-americana.

¹⁴ Veja-se também Conrad (1992).

¹⁵ Foucault chamou “arqueologia” a metodologia que se propõe procurar as condições e os processos sociais da produção do saber médico e da doença, e “genealogia” a estratégia metodológica que questiona a autoridade e a legitimidade das instituições de poder hegemónicas (1969).

processos sociais de produção do saber médico e da doença (Frankenberg 1980; Young 1982, 1995).

Como veremos melhor no decorrer da discussão, estas reflexões põem em causa as pretensões de uma *psiquiatria transcultural* ingénua que, considerando-se – com base no pressuposto da unidade biopsíquica dos seres humanos e da universalidade das emoções – como uma disciplina “científica”, pretende situar-se transversalmente às culturas, impondo a sua hegemonia a qualquer latitude, através da autoridade dos seus manuais, das suas categorias diagnósticas e dos seus modelos terapêuticos (Beneduce 2001). Salvatore Inglese (2002) sublinha o carácter pálido e o horizonte fechado da psiquiatria transcultural clássica (de derivação kraepeliniana), que se limitaria a traduzir os comportamentos, as palavras e os sintomas dos pacientes para os seus irrenunciáveis códigos nosográficos, num procedimento que revela, de forma evidente, relações assimétricas de poder.

Seguindo as orientações teóricas da antropologia das emoções e as sugestões da abordagem semântica de Crick ao conceito de bruxaria (1976, 1982), o melhor caminho parece ser o de começar o processo de aproximação com uma análise destes fenómenos e destas práticas no interior das etnopsicologias específicas (psicologias implícitas ou indígenas), privilegiando as categorias e os termos locais e pondo de lado aqueles traços que nos parecem ser redutíveis a um denominador comum ou universal. A este propósito Lutz (1985) e Bibeau (1987), convidando-nos a ter uma cautela particular quanto à possibilidade de utilizarmos categorias diagnósticas com pretensões de validade em toda e qualquer sociedade, chamam a nossa atenção para a exigência de utilizarmos modelos explicativos e relacionais etnográficos (em lugar dos modelos clínicos, patológicos ou epidemiológicos), para encarar e interpretar as vivências emotivas dos outros no seu mais amplo significado sociocultural.¹⁶ A antropologia das emoções propõe, de facto, uma concepção da emoção como intimamente ligada à maneira como as pessoas interpretam ou avaliam o que acontece, de acordo com códigos morais e referências semânticas locais. Nesta óptica, examinar a dimensão cultural torna-se um passo necessário para compreender as dimensões de significado que os modelos biológicos não conseguem colher e explicar. Se a emoção não é independente da cultura, mas é, antes pelo contrário, constituída por modelos de experiência adquiridos, historicamente situados e conti-

¹⁶ Aliás, os antropólogos também, e durante muito tempo, consideraram as emoções como eventos privados, psicológicos, inefáveis e inatos; mesmo quando não desprovidos de valor, pelo menos independentes da cultura e fora das possibilidades de compreensão do cientista social. Émile Durkheim (1895), por exemplo, ao definir os interesses e métodos da sociologia enquanto disciplina capaz de se diferenciar das ciências naturais e de outras disciplinas já estabelecidas, como a psicologia, traçou uma divisão categórica entre o social (objectivo e determinado por causas externas) e o psíquico (ligado à subjectividade, ao corpo, à experiência individual e, assim, imprevisível). O mundo das emoções pertence, nesta óptica, por um lado, à esfera da biologia, que trata da estrutura genética do homem, por outro, às disciplinas psicológicas, tendo sido a estas delegada a tarefa de estudar “o lado escuro do homem” (Lévi-Strauss 1962: 99).

nuamente modificados pelas experiências diferentes e pelos discursos polivalentes que se encontram em cada indivíduo, as suas perturbações, do mesmo modo, não podem ser consideradas como objectivas e *value-free*, mas antes, como diz Beneduce (1995: 17), como “um conjunto de conotações, metáforas, significados, valores e ideologias”. O facto de podermos pensar a emoção ou a aflição mais como um evento contextual e específico nos seus significados e nas suas manifestações comportamentais, e menos como um universal inerente a uma espécie de “natureza humana” dada e uniforme, é-nos útil, portanto, para encarar de maneira diferente a análise das manifestações disfuncionais que a nosologia ocidental define como “perturbações comportamentais”. A partir destes pressupostos, torna-se muito mais difícil pensar em comportamentos absolutamente “desviantes”, ou em comportamentos cuja “patologia” esteja inscrita em códigos biológicos universais, independentes da dimensão significativa e do horizonte das mudanças históricas e socioculturais.

Não posso, a este respeito, deixar de chamar a atenção para alguns casos notórios de patologização psiquiátrica dos comportamentos dos “outros”, que exemplificam os riscos de uma interpretação e de um diagnóstico cego e surdo às dinâmicas e aos processos históricos, políticos e sociais. Refiro-me, por exemplo, à *drapetomania*, ou seja, a doença dos escravos que fugiam à escravatura (o sintoma principal era o próprio desejo de fugir, e a cura uma boa dose de chicotadas para fazer sair o diabo), ou à *disestesia etíope* (*Dysaesthesia Aethiopica*), uma patológica falta de cuidado no trabalho ou até uma recusa doentia de trabalhar por parte de escravos etíopes (a terapia consistiria em atribuir ao paciente um trabalho muito pesado, de maneira a libertar a mente através do exercício físico).¹⁷ A psiquiatria da época estava pronta a definir qualquer desobediência ou insubordinação como “doença mental”. A história da relação entre psicopatologia e cultura está também ligada à ideologia colonial, através da “verificação científica” da inferioridade biológica e espiritual dos povos submetidos. Encontramos assim, por exemplo, nos relatórios psiquiátricos da época, a convicção de que o “negro” não conhece a depressão porque é despreocupado, tem uma afectividade infantil e se pode distrair facilmente.¹⁸ Na mesma linha colocam-se Kraepelin, que sustenta que a depressão é muito rara entre os javaneses porque eles são demasiado imaturos (1921), ou Porot (1918), que afirma que o muçulmano norte-africano é fanfarrão, mentiroso, ladrão, ocioso, histérico e sujeito a impulsos homicidas imprevisíveis.

¹⁷ Em 1851, Samuel A. Cartwright, um médico da Louisiana, publicou um ensaio intitulado *Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race*, no qual reivindicava para si a descoberta destas doenças mentais típicas dos negros (Cartwright 1851; Cf. Thomas e Sillen 1972; Willie, Kramer e Brown 1973; Woolfolk 2001).

¹⁸ O debate sobre a controversa existência da depressão nas sociedades africanas é neste aspecto muito significativo, especialmente porque Fernando afirma que estes pressupostos ainda estão presentes nas práticas terapêuticas contemporâneas (2003: 21). Vejam-se também Beiser (1985), Beneduce (1999), Kalunta (1981), Littlewood e Lipsedge (1997 [1982]: 61-82) e Marsella *et al.* (1985).

O conhecido psiquiatra britânico John Colin Dixon Carothers, num estudo para a Organização Mundial de Saúde sobre a “mente africana”, descreve os “africanos” como pessoas a quem faltam “integração pessoal” (1953: 106) e “sentido de responsabilidade” (1953: 148): esta deficiência psicológica, em sua opinião, pode depender da inatividade dos lobos frontais (1953: 161). E não podemos deixar de citar o outro estudo célebre de Carothers, sobre o movimento queniano conhecido como Mau Mau, que visava compreender, através de uma análise psiquiátrica, o sentido psicopatológico deste comportamento rebelde (1954). No seu relatório, redigido após uma missão de apenas dois meses, Carothers “torna este movimento sociopolítico um fenómeno psicopatológico, determinado quer pelos traços típicos da personalidade dos Kikuyu, intimamente ligados à sua cultura, quer pelas perturbações psíquicas colectivas produzidas pelo encontro com a sociedade europeia” (Fassin 2000: 234). Carothers reduz dinâmicas históricas e lutas políticas a modelos “sintomáticos” de uma “psicologia do mato” – caracterizada pelos sinais de sua resistência e rebelião: sentimentos de insegurança, tendência ao secretismo, à suspeita e à violência – que seria típica do povo Kikuyu. O psiquiatra define os Kikuyu como “individualistas, astutos, litigiosos, inseguros, desconfiados em relação aos ingleses e aos espíritos, predispostos ao segredo e à violência, facilmente atraídos pelos rituais”. A sua *duplicidade criminal* seria expressão dos traços de *dissociação da personalidade* típicos dos africanos. Desta forma Carothers encobre os interesses políticos coloniais com uma linguagem médica pseudocientífica, neutral e objectiva. No seu relatório, Carothers nunca refere a ideologia nacionalista do movimento Mau-Mau, nem a reivindicação das terras expropriadas, nem o papel colonial do império britânico, nem as origens, a formação e as motivações políticas dos líderes do movimento – que para ele não têm nada a ver com a “psicologia primitiva” que explica a rebelião: poderíamos até dizer que na sua análise a dimensão cultural e histórica desaparece. O movimento Mau Mau é assim interpretado como uma patologia colectiva: interpretando a revolta como um comportamento psicopatológico, Carothers justifica a repressão colonial como prática terapêutica.¹⁹

Mais recentemente, o eminente psiquiatra J. Leff propôs uma teoria da diferenciação emocional transcultural, declarando que “as pessoas nos países desenvolvidos apresentam uma bem maior diferenciação de estados emocionais em relação às pessoas que vêm de países em desenvolvimento” (1973: 305). Em contextos tradicionais, portanto, as experiências emocionais manifestar-se-iam prevalentemente como perturbações somáticas, dada a presumida incapacidade destas pessoas, fundamentalmente por causa do seu atraso material e intelectual, para exprimir as emoções segundo um código psicológico (Leff 1981).

¹⁹ Cf., entre outros, Beneduce (2002a), Bloch (1997), Collignon (1997), Fassin (1999, 2000), Keller (2001), Littlewood e Bhugra (2001), McCulloch (1995) e Vaughan (1991).

Na sua teoria — que ele define como “processo evolutivo na elaboração emocional” (1981: 66) — um evidente *continuum* caracterizaria a evolução do tradicional para o moderno e, no que diz respeito à experiência emocional, de uma modalidade e uma expressão somáticas (próprias das culturas menos desenvolvidas) a um léxico psicológico (próprio das culturas ocidentais). Podemos distinguir na teoria de Leff a presença de um modelo antropológico evolucionista, presente ainda hoje nos pressupostos e nas práticas das ciências psicológicas ocidentais. Com base nas minhas experiências, em Itália e em Portugal, com profissionais na área da saúde mental, posso afirmar que, salvo raras excepções, a teoria de Leff é ainda considerada absolutamente válida. A verbalização emocional típica dos ocidentais — salientam as pessoas que entrevistei — seria assim expressão de uma maior capacidade de introspecção e de uma melhor gestão da própria vivência interior, enquanto que, pelo contrário, a prevalência de um código somático indicaria um nível mais arcaico de expressão e elaboração emocional, típico, por exemplo, dos africanos.²⁰ Muitos dos médicos ocidentais que entrevistei afirmam que a psicoterapia com pacientes “africanos” é muitas vezes destinada ao insucesso, por um lado pela sua incapacidade de se exprimir através de um léxico abstracto, por causa da sua “menor capacidade de verbalizar”, por outro, porque “não compreendem as perguntas”, “são potencialmente agressivos” e “recusam-se a colaborar com os terapeutas”, chegando atrasados, faltando às consultas e fechando-se num silêncio obstinado.²¹

Estas afirmações, que nos podem aparecer como completamente anacrónicas, não são apenas relíquias do passado. Estão ainda hoje presentes nos projectos, nas expectativas, na imaginação, na atitude e nos preconceitos de muitos dos técnicos dos serviços de saúde que se confrontam com migrantes.²² O que é comum às afirmações dos vários médicos que entrevistei são formas menos evidentes e mais difusas de racismo, que reproduzem atitudes discriminatórias sem no entanto violar a norma social da indesejabilidade do racismo. Se de facto são muito raras as posições de discriminação aberta ou de intolerância, o racismo institucional está fortemente presente no seio da psiquiatria, por exemplo na adopção de atitudes paternalistas que infantilizam os outros, ou na utiliza-

²⁰ No meu trabalho de terreno dedicado à vivência emocional entre os Bijagós da Ilha de Bubaque (Pussetti 2005), encontrei um vocabulário das emoções muito complexo e uma refinada capacidade de comunicar os próprios estados interiores, ainda que, às vezes, através de expressões referidas a partes do corpo, que todavia não têm um valor puramente somático. O facto de que esta modalidade de expressão emocional possa ser interpretada pelos psiquiatras ocidentais como sinal de um grau arcaico de elaboração da própria vivência interior poderá depender da dificuldade de encarar e compreender questões sobre as quais se reflecte localmente utilizando categorias muito diversas das nossas. Esta representação do indivíduo e das emoções é tão rica que contradiz todas as afirmações sobre a presumida incapacidade de discernir e exprimir adequadamente as próprias vivências afectivas. Vejam-se também, noutros contextos etnográficos, Beneduce (1996), Bibeau (1978, 1979), Desjarlais (1992), Devisch (1990), Dirven e Niemeier (1997), Heelas (1996) e Ots (1990).

²¹ Griffiths (1977), Sabshin, Diesenhaus e Wilkerson (1970). Vejam-se também Beneduce (1995), Collignon (1997), Littlewood (1992) e Littlewood e Lipsedge (1997 [1982]).

²² Veja-se Littlewood e Lipsedge (1997 [1982]).

ção acrítica de estereótipos racistas ou exotizantes acerca dos atributos, traços ou características dos vários grupos e de modelos evolucionistas *à la* Leff.²³ Apesar de a genética já ter demonstrado que a categoria de raça é mais um mito social que uma realidade biológica, nas minhas entrevistas constatei que o termo continua a ser utilizado no discurso médico (com precisas implicações ideológicas) para falar de diferenças sociais, económicas e culturais, dando origem a uma sobreposição perigosa de biologia e cultura, e acabando por “naturalizar” as diferenças entre grupos (Lee, Mountain e Koenig 2001). A partir de experiências de terreno em diferentes contextos clínicos e institucionais, muitos autores denunciaram a maneira como estas heranças da ideologia colonial continuam a estar presentes nos preconceitos e nas práticas de pessoas que trabalham com migrantes, contribuindo para manter e reproduzir estruturas já existentes de desigualdade social.²⁴ Referiu-se, por exemplo, como as interpretações não ocidentais da doença, representações outras da pessoa e dos seus limites, distinções alternativas entre “normalidade” e “anomalia”, são consideradas pelos psiquiatras como maneiras culturalmente impróprias de interpretar a experiência humana (Fernando 2003; McKenzie 1999). Não é de admirar se no *British Journal of Psychiatry*, uma das principais revistas psiquiátricas, Andrew T. A. Cheng (2001) chegou a afirmar que “não existem provas sólidas de uma diferença real nas desordens psiquiátricas entre culturas” e que, para além da interpretação, da expressão e da experiência individual de aflição socioculturalmente determinadas (*subjective complaint, illness behaviour, false belief, morbid suggestion*), há problemas objectivos, reais e universais (*objective symptoms, real illness, universal psychopathology*) que só o psiquiatra ocidental sabe identificar. Segundo o autor, de facto, é evidente que pessoas doentes de sociedades menos desenvolvidas (*less-developed societies*), primitivas (*primitive societies*) com inteligência escassa (*low intelligence*) e conhecimento limitado dos problemas mentais (*limited knowledge of mental disorders*), interpretam, por um lado, a sua aflição como um problema físico e, por outro, exprimem o seu desconforto somaticamente, ao

²³ Não quero com isso dizer que todos os psiquiatras sejam racistas ou que tenham atitudes colonialistas. Como diz Fernando, “é o funcionamento do sistema psiquiátrico em si que eu considero como sendo racista. A dificuldade é que, por causa de sua própria natureza, da sua falta de objectividade, da sua dependência do senso comum e da escassa validade dos critérios usados no diagnóstico, a psiquiatria sempre foi – e tanto quanto posso ver sempre será – aberta à penetração de forças sociais e políticas, e muito facilmente utilizável para promover qualquer poder dominante na sociedade” (2003: 161). McKenzie (1999) chega a afirmar no *British Medical Journal* que o racismo institucional se encontra mesmo no coração da prática psiquiátrica. Exemplos disso são as relações entre racismo institucional e levantamento de altas taxas de esquizofrenia na população afro-caribenha na Inglaterra, as estreitas relações que se podem encontrar entre clínica etnopsiquiátrica e concepções políticas para a construção de sociedades multiculturalis (Coppo 2000). Veja-se a este propósito Vala, Brito e Lopes (1999).

²⁴ Cf., para uma reflexão histórica sobre a relação entre o conceito de raça e as ciências da psique ocidentais, Anderson (2003), Bonilla-Silva e Forman (2000), Briggs (2002, 2005), Coker (2001), Fernando (2003), Graham (1997), Howitt e Owusu-Bempah (1994), Hunt (1999), Karlsen e Nazroo (2002), King (1996), Krieger e Fee (1996), McKenzie (2003), Richards (1997), Ridley (2005), Smedley, Stith e Nelson (2002), Smith *et al.* (2000), Stepan (1982), Williams (1994, 1997) e Williams e Williams-Morris (2000).

contrário dos ocidentais, que sabem falar do seu sofrimento em termos abstractos e que sabem bem distinguir entre vivências corporais e modalidades psicológicas. É em reacção a declarações deste género que Bracken e Thomas (1999) afirmam que a psiquiatria talvez fosse melhor se pusesse travão às suas ambições coloniais, para ouvir, nem que só por uma vez, as vozes que assim frequentemente ficam silenciadas na sua presença.

O psiquiatra Suman Fernando, que dedicou muitos trabalhos ao problema do racismo institucional no seio da psiquiatria (1988, 1991, 1995, 1998, 2002), afirma que mesmo os serviços de saúde mental específicos para migrantes, que se declaram “etnopsiquiátricos” ou “transculturais”, não são necessariamente melhores que os outros, na medida em que a maior parte dos profissionais cuja formação inclui competências multiculturais utilizam noções estereotipadas, reificadas e biologizantes de “cultura” e “etnia”, confundindo de facto “cultura” com “raça” (2003: 1, 20).²⁵ A este respeito a antropóloga Vilma Santiago-Irizarry, na sua análise dos paradoxos envolvidos no uso das noções essencializadas de “cultura” e “etnicidade” nos actuais programas terapêuticos de saúde mental nos Estados Unidos destinados a pacientes latino-americanos, tece considerações bastante duras.²⁶ A sua argumentação é que, apesar das boas intenções, nas interações com pacientes latino-americanos os médicos de saúde mental acabam por estereotipar a representação da “cultura latina”, silenciando qualquer diferença individual para facilitar a utilização de programas de diagnóstico e tratamento. As convicções culturais dos membros desta hipotética “cultura latina” são, ainda por cima, patologizadas, e consideradas como problemas de saúde mental. A este respeito, Santiago-Irizarry afirma que “no final das contas, a construção como sujeito psiquiátrico de um paciente latino estereotipado contribui para a reprodução de uma ideologia médica que sistematiza características e comportamentos culturais num conjunto de sintomas psicopatológicos” (2001: 115). Os clínicos envolvidos neste programa consideram o espiritismo e a *santeria* como “práticas culturais exóticas”, por sua natureza “hostis à normalidade racional” que eles pretendem restabelecer e que constitui o objectivo das aplicações terapêuticas (2001: 115). A ironia, sublinha a autora com

²⁵ Veja-se também Vala *et al.* (2002).

²⁶ As noções de etnia e identidade étnica foram nos últimos anos objecto de críticas severas, que as consideram uma invenção da taxonomia colonial que, para interesses políticos e económicos, traçou fronteiras e unificou sob a mesma denominação comunidades sem qualquer unidade linguística e cultural, às vezes até em competição entre si. As mesmas precauções valem para o uso da palavra “cultura”: a psiquiatria transcultural tem, de facto, geralmente considerado como certo que exista uma coerência interna nos sistemas de representação e que os indivíduos constroem a sua experiência do mundo com base num idioma fornecido pela sua cultura. Para as críticas ao conceito de cultura como sistema fechado, coerente, homogéneo e atemporal, vejam-se, entre outros, Amselle (2001), Comaroff e Comaroff (1992) e Moore (1994). Outros autores, entre os quais podemos citar em particular Fassin (2000), sublinharam os riscos decorrentes de uma reificação da cultura e de uma excessiva “culturalização” dos instrumentos e das práticas da psiquiatria. Muitas vezes, de facto, foi feito um uso ambíguo do conceito de cultura e de diversidade cultural, que está na origem de muitos mal-entendidos e foi até funcionalmente adequada aos propósitos dos governos coloniais.

amargura, é que o propósito dos clínicos acaba por ser o de orientar os pacientes latinos na direcção da “normalidade” social e cultural, tal como ela é definida pela sociedade americana: neste sentido, a “cultura” latina foi considerada patológica em si, e portanto um obstáculo para a assimilação pretendida (2001: 127). A dimensão “cultural”, que era suposta modificar as práticas ordinárias, foi afinal subordinada à racionalidade indiscutível da medicina e da psiquiatria. A reificação dos conceitos de cultura e etnia e a prática do “tratamento culturalmente sensível” levaram, por outras palavras, à reprodução do próprio sistema médico que estas ideias e práticas originalmente pretendiam transformar. Pior ainda, em seu entender, a leitura patologizante ou medicalizante da etnicidade, própria destes programas terapêuticos, permitiu incorporar as características dos grupos minoritários como elementos potencialmente patológicos, que é preciso controlar e monitorar (2001: 146). Santiago-Irizarry acaba por afirmar que a imposição de uma definição de “normalidade” — em nome da ciência e da razão — se reduz, no caso por ela investigado, a uma questão de poder: não é um dado de facto nem uma hipotética “verdade biológica”, mas uma teoria hegemónica, e portanto um poder, que define os critérios que têm que ser aplicados para decidir da saúde ou da doença dos outros.²⁷

Cultura, patologia ou patologia cultural?

Retirar os comportamentos que pretendemos compreender do contexto das próprias redes semânticas e dos processos históricos e políticos significa, portanto, propor uma interpretação superficial, ineficaz e incapaz de compreender questões que, para os actores locais, têm significados absolutamente diferentes e sobre as quais eles reflectem utilizando categorias próprias. À luz das considerações da antropologia das emoções sobre a especificidade das experiências emotivas, a tentativa de impor um modelo e uma ordem às experiências dos outros, utilizando acriticamente classificações e representações simplificadas da nossa psicologia e assimilando ao mesmo domínio fenómenos e práticas que podem ter uma “semelhança de família” com as nossas, mas que, ao nível local, são interpretadas em relação a causas e significados diferentes, acaba por ofuscar a particularidade, as características e as dinâmicas únicas e particulares dos significados, das perspectivas e dos comportamentos individuais.

Para questionar a pertinência e a legitimidade de uma utilização acrítica do léxico psicológico ocidental para classificar e interpretar experiências que em contextos locais específicos são explicadas em função de significados e causas profundamente diferentes, apresentamos, sumariamente, alguns casos que exa-

²⁷ Vejam-se também Kutchins e Kirk (1997), Seligman, Walker e Rosenhan (2001), Szasz (1974), Tomm (1989) e White Kress, Eriksen, Rayle e Ford (2005).

minei durante o meu trabalho de terreno em Bubaque (Arquipélago dos Bijagós, Guiné-Bissau). Durante alguns meses recolhi numerosas entrevistas com pessoas que se queixavam de sensações, emoções e manifestações que, se quiséssemos aplicar rigorosamente as normas classificadoras implícitas nos manuais diagnóstico-estatísticos, sem considerar o contexto e os significados indígenas, poderiam ser considerados como sintomas, quer de algumas das denominadas (no léxico psicológico ocidental) “patologias do humor” ou da afectividade,²⁸ quer de “perturbações dissociativas”.

Um primeiro exemplo poderá ser o do *n'unummi konó*, expressão que engloba muitas tonalidades de significado. Apesar de podermos traduzir esta frase literalmente como “coração queimado”, o seu significado muda consoante os contextos: pode indicar quer o desconforto, a pobreza e a desolação pessoais, quer, mais em geral, a infelicidade, a má sorte e a miséria próprias da condição humana. Quem sente *n'unummi konó* não tem vontade de falar e de comer, chora por nada, sente-se sempre muito fraco e cansado, fica sem esperança e sem vontade de fazer qualquer coisa para se sentir melhor. Esta sintomatologia tem uma semelhança de família com aquilo que nós classificamos como depressão. No entanto, neste caso, os sintomas que nós rotularíamos com o termo “depressão” são interpretados localmente como consequências naturais das vicissitudes da vida, ou melhor, como um momento de particular consciência da miséria da condição humana. O *n'unummi konó* “cansa”, “mata”, “rebenta os homens como vento, tempestade, incêndio”: mas este sofrimento é culturalmente apreciado e aprovado, pertence a uma “estética trágica” local, ou seja, a uma questão de agrado e sensibilidade para temáticas ligadas às desgraças e aos sofrimentos da vida. Sentir esta emoção significa ser sábio, maduro e consciente dos segredos profundos da existência humana. Quem sofre com *n'unummi konó*, não só sobrevive à força desta aflição, mas narra o seu sofrimento de uma forma esteticamente agradável, num contexto adequado e com um estilo definido e altamente convencional. Esta comunicação comovente das próprias desgraças pode ser definida pela expressão indígena “*nraw kan n'unummi konó*”, “cantos da miséria/aflição humana”. Nada de patológico, portanto, nem que requeira uma cura.

Um outro caso interessante é o do *kobané* (palavra que deriva do termo *obané*, que podemos por agora traduzir como “feiticeiro”),²⁹ que se refere a uma

²⁸ Ou seja, perturbações na capacidade individual de experimentar sentimentos e de exprimir emoções em relação ao mundo externo; ou ainda, “ter sentimentos impróprios, exagerados, ou limitados”.

²⁹ A palavra *obané*, geralmente traduzida em crioulo pelos meus informadores como “*futuseru*”, pertence à família semântica *-bén*, à qual pertencem também verbos como:

- *n'obén*, que significa quer ser ou fazer coisas execráveis, quer entrelaçar, tecer;
- *n'obénh*, que indica quer os excrementos, quer o próprio acto de defecar, mas significa também contaminar, infectar, perverter, estragar;
- *n'obénen*, enganar, putrefazer-se, corromper, intrujar;
- *n'obeney*, destruir, devorar, trair, mentir.

condição de angústia e ansiedade súbita mas persistente, ligada à sensação de ter sido escolhido como vítima por um *obané*, que quer furtar a tua energia vital. As características típicas desta condição são a confusão, o desassossego, uma opressão no tórax, arquejo. Geralmente a uma pessoa que está a ser perseguida por um *obané*, acontece também assistir a fenómenos insólitos, como a aparição de uma sombra flutuante em casa ou de um rosto ameaçador aos pés da cama, ouvir intimações estranhas, ver animais agressivos, ou ter pesadelos horríveis. Esta agonia deriva também da percepção da íntima e diária proximidade de pessoas ambíguas e invejosas: para os meus informadores, o maior perigo surge no interior do grupo familiar. Uma condição que na classificação da psiquiatria ocidental seria interpretada provavelmente como uma psicose de natureza persecutória com alucinações auditivas e visuais, ligada a temáticas religiosas (Ndeti 1988). Os psiquiatras da Divisão de Saúde Mental da OMS, numa pesquisa transcultural em colaboração com o IPSS (International Pilot Study on Schizophrenia) e Dosmed (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders), afirmaram de facto que em África são particularmente frequentes reacções psicóticas agudas transitórias baseadas em crenças culturais na magia e na feitiçaria. Outros autores³⁰ admitiram que o “medo paranóide” de feiticeiros não pode ser considerado como uma psicose colectiva nas sociedades onde a “feitiçaria”³¹ é uma prática que pertence à vida quotidiana, mas interpretaram-no como uma prova da universalidade da angústia e das suas manifestações.

Joop de Jong, que trabalhou durante alguns anos como psiquiatra na Guiné-Bissau, afirma que de facto as categorias interpretativas (ou diagnósticas) do DSM não eram capazes de explicar os problemas das pessoas que ele encontrou no terreno, e que – na tentativa de perceber o significado daquelas experiências – resultou mais eficaz o recurso à antropologia (1987: 50). Isto é porque a aflição tem que ser considerada como um sistema cultural articulado, que põe em relação categorias cognitivas, experiência pessoal, estados filológicos e relações sociais. O reduativismo e os limites da interpretação biomédica e psiquiátrica tornam impossível compreender a complexa rede de significados pessoais, culturais e sociais que constroem a experiência do sofrimento (*semantic illness network*) (1987: 58). Considerando a definição local desta emoção, as modalidades diferentes com as quais se declina, as suas características únicas, as suas particularidades, as suas causas e significados distintos, parece-nos difícil falar

A figura do *obané* reúne as características de inversão dos valores sociais muitas vezes encontradas em casos e contextos análogos: voos nocturnos, canibalismo, transformação em animais, nudez, furto da energia vital, pertença a uma comunidade da floresta, ofertas de parentes em sacrifício.

³⁰ Kirmayer, Young e Hayton (1995).

³¹ Nestes trabalhos são utilizadas aproblematicamente categorias culturais ocidentais, como as de feitiçaria ou de bruxaria, para falar de práticas e significados heterogéneos, sem ter em conta as particularidades locais.

de uma mesma angústia universal, idêntica através das culturas, independente das maneiras através das quais os homens a avaliam intelectualmente, e a vivem somática e emotivamente. Interpretar um evento tão complexo e as suas manifestações corporais num registo exclusivamente psicopatológico significa não colher as diferentes dimensões de significado, os conflitos e as dinâmicas históricas, dos quais a pessoa aflita e o seu corpo doente são expressão. Seria aqui mais produtivo considerar o discurso do *obané* como uma linguagem que representa e manifesta mudanças, fracturas, lutas políticas, contrastes entre gerações e poderes, tensões sociais e feridas históricas.

Uma outra emoção muito particular, que caracteriza somente os rapazes que pertencem ao grau de idade *kanhokam*:³² *n'odík tanotín'áni*, o desejo incontável de lutar, de combater. Por este cego entusiasmo guerreiro – explicaram-me os meus informadores – os rapazes chegam a magoar-se seriamente entre si, ou a atacar, sem motivação aparente, as pessoas da aldeia; às vezes estremece no chão com espuma na boca, tremendo, com os olhos injectados de sangue. *Kanhokam ogbe kutina tan konó* (“o *kanhokam* tem a guerra no peito”): agressivos, ferozes, perigosos, convencidos de sua invulnerabilidade, ao mesmo tempo, dizem os meus interlocutores, os *n'anhokam* são somente rapazes, que de um momento para o outro fogem para o mato ou atacam os passantes. Segundo as análises conduzidas por Thereza Campos, botânica do Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo, estes jovens mastigam um composto de plantas excitantes e psicotrópicas (1996). Este comportamento pode ter uma semelhança superficial com aquilo que nos quadros diagnósticos da psiquiatria ocidental chamamos perturbação psicótica típica de uma personalidade esquizóide. Na leitura deste fenómeno, alguns psiquiatras com os quais trabalhei na área da saúde dos migrantes falaram de uma forma de “patologia colectiva”. Um diagnóstico deste género, todavia, não tem na devida conta a interpretação indígena do fenómeno. A figura do *kanhokam* é associada pelos meus interlocutores locais à época pré-colonial, quando, na sua reconstrução do passado, os Bijagós eram “um povo guerreiro que ganhava a sua vida com armas e não com enxadas”, atacando e saqueando os povos da costa. Nesta narração de memórias antigas, de antes da colonização portuguesa, os *n'anhokam* constituíam um grupo necessário à tranquilidade das aldeias: os anciãos contam que estes rapazes eram “construídos” voluntariamente para defender as mulheres enquanto que os guerreiros “verdadeiros” (do grau de idade *n'abido*; cf. Pussetti e Bordonaro 1999; Pussetti 2005) saíam das ilhas para os combates frequentes. Na sua interpretação, depois da “pacificação do arquipélago” (que acaba formalmente com a rendição de Canhabaque em 1937) a presença dos *n'anhokam* já

³² A comunidade bijagó baseia-se num complexo ciclo ritual, chamado *n'obítr kusina*, que distribui a população masculina em classes e graus de idade. Os graus de idade que precedem a iniciação são, por ordem progressiva: *nea*, *ongbá*, *kadene*, *kanhokam*, *karo*. Os que se seguem à iniciação são *kabido*, *kassuká*, *okotó* (Pussetti e Bordonaro 1999).

não tem sentido e finalidade, e a sua agressividade não encontra desafogo. Agora, dizem os meus informadores, os *n'anhokam* apenas podem combater-se reciprocamente, lutando sem qualquer motivação, brigando com as pessoas das aldeias. O *kanhokam* tem uma guerra no peito, como dizem os meus interlocutores, mas trata-se de uma guerra que pertence a um passado que hoje já não tem significado. Se, por um lado, os *n'anhokam* parecem um grupo deslocado, por outro, continuam a ser “construídos” ritualmente. Se o controlo emocional é para os meus informadores a virtude indispensável da pessoa social,³³ o *kanhokam* é criado – através de uma específica educação marcial e da assunção de substâncias psicotrópicas – para ser descontrolado, para explodir (*n'omatrák*), para se irritar (*n'omarok*). Ele tem que ser vigoroso (*openni*), rápido (*oranni*) e impetuoso (*osomam*), como o seu papel é o de lutar sem medo (*n'odík*). Através das suas aparições nas aldeias, com impressionantes *performances* marciais, nas quais empunham as armas e imitam combates, os *n'anhokam* representam aos olhos da comunidade a imagem de um passado idealizado, cuja autenticidade proclamam e cujos elementos simbólicos reproduzem. Mais que pensar este fenómeno em termos patologizantes como uma psicose colectiva, poderíamos antes, utilizando a interpretação indígena, pensar nos *n'anhokam* como símbolo de um passado que os anciãos reivindicam, em nome da “tradição”, para legitimar a sua autoridade e para se oporem à ingerência do estado pós-colonial.

Passamos agora a alguns casos que nos quadros diagnósticos ocidentais seriam classificados como perturbações dissociativas da identidade, histeria ou esquizofrenia. Em primeiro lugar, podemos mencionar o culto de possessão *iarebok*, no qual todas as mulheres, possuídas pelos espíritos de homens mortos antes da iniciação, percorrem um caminho iniciático paralelo ao masculino, permitindo a estas almas perigosas enfrentar a viagem que não completaram em vida. Esta relação com os espíritos continua por toda a vida das mulheres, que enfrentam diversos períodos de possessão, que podem durar até seis meses. Nestas alturas a mulher possuída não se lembra de nada da sua vida precedente, não reconhece os seus familiares, não cuida dos seus filhos, deixa a casa materna para morar no templo dos defuntos, interrompe as suas actividades quotidianas, exprime-se de uma maneira diferente. Já não é uma mulher da aldeia, mas um homem guerreiro que volta do mundo dos mortos para acabar o que deixou inacabado: a possuída corteja as raparigas que foram amantes do rapaz que a possui, dança empunhando um machete, fala a linguagem dos mortos. Oliveira de Sousa, na sua análise epidemiológica, observou uma correlação entre os períodos de possessão e o aumento da mortalidade infantil (1995: 83). A possuída é de facto um homem, não pode cuidar ou amamentar os seus filhos:

³³ As expressões mais frequentes para indicar o controlo emocional são: *n'ogbe bú*, ter boa cabeça, dar significado às coisas; *n'onam bú*, ter cabeça, ser consciente; *n'oseney*, ser arrumado, limpo, bom, agir com calma; *n'ojiron*, ser frio, calmo, inteligente; *n'onýón*, ser tranquilo e silencioso; *n'otribak*, comportar-se bem; *n'oboj*, resistir, tolerar, sofrer, conter, apagar o fogo; *n'obójetin'o*, suportar, conseguir fugir.

os recém-nascidos são deixados morrer; uma eventual gravidez é interrompida (Sousa 1995: 81-82).

Alguns psiquiatras com os quais analisei este caso específico interpretaram-no como uma rara forma colectiva de *dissociative possession disorder*. Na última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), de 1994, aparece de facto a categoria de *possession disorder*, com a qual se entende a “aparição de uma identidade distinta (espíritos de mortos, entidades sobrenaturais, demónios) com comportamentos, memórias e atitudes característicos, à qual se pode seguir uma amnésia completa ou parcial”. Interpretar a possessão *iarebok* como um fenómeno de ordem psicopatológico significa, em primeiro lugar, não considerar a densa rede de símbolos, saberes, conhecimentos, memórias que está na base deste culto; em segundo lugar, significa não ter em conta a interpretação indígena, que enfatiza os aspectos teatrais e dramatúrgicos da possessão. Não é por acaso que os Bijagós falam da possessão como de um *eraké*, um teatro.³⁴ Este teatro, todavia, como diz Michel Leiris, “é de um tipo tão particular, que não pode reconhecer a sua natureza teatral” (1988 [1958]: 67): é um “teatro vivido” e não recitado, ou melhor “um teatro talvez recitado, mas com um artifício mínimo” (1988 [1958]: 64). Actrizes e público, assim, ficam totalmente imersos na convenção estabelecida pela possessão, que não podem desvelar. Como no melhor teatro, as actrizes esquecem a ficção e experimentam um envolvimento real, que acaba por produzir nelas uma transformação radical.

Para finalizar esta digressão etnográfica, falamos em Tcharte, um *pautero* (em crioulo), uma pessoa que tem, de nascença, poderes extraordinários, como a capacidade de “ver com a cabeça” (*n’ojón ta bú*) os espíritos e as entidades que povoam o mundo invisível, e de desmascarar e combater os feiticeiros. Não se trata de habilidades que podem ser aprendidas ou herdadas, mas de uma particularidade que começa a manifestar-se a partir da infância. Podemos até considerar o *pautero* como a outra face do “feiticeiro” *obané*: mesmos poderes, mas equipas opostas. Os dois adversários enfrentam-se de facto voando em lutas nocturnas, quer para decidir da sorte de um *orebok* furtado, quer para proteger a serenidade da aldeia. O *pautero* é assim destinado a ver e a ouvir coisas que os outros não percebem, a viver numa dimensão diferente: um quadro comportamental que seria assimilado no léxico psicopatológico a um distúrbio dissociativo típico da categoria de *trance disorder*. No DSM-IV existe até uma síndrome culturalmente específica chamada *spell* (literalmente “feitiço”), categoria que designa como patológica a experiência da *trance* na qual indivíduos

³⁴ Com o termo *eraké* os Bijagós indicam um evento performativo complexo no qual muitos elementos próprios da dança, do canto, da música instrumental se entrelaçam. Emblematicamente a tradução que os meus interlocutores forneciam em crioulo, a língua veicular da Guiné-Bissau, é “teatro”. Não é por acaso que em crioulo se diz normalmente, falando da mulher possuída, que *i na bistí dufunto*, “ela veste o defunto”, e que *i na fasi teatro*, “ela faz teatro”, como se a sua possessão não fosse mais que um costume que se veste ou uma representação teatral.

(considerados localmente como pessoas com poderes extraordinários de comunicação entre dimensões diferentes, mas para a psiquiatria oficial psicóticos) “falam” com mortos ou outros espíritos. Se o comportamento de Tcharte pode ter semelhança com um distúrbio, isso não significa que na interpretação local ele esteja a exprimir uma aflição qualquer. O seu comportamento adquiriria no ocidente um significado patognomónico, porque não pertence à nossa normalidade. O que torna o comportamento de Tcharte incomensurável com uma patologia é justamente o significado que este comportamento tem nesse específico contexto cultural, apesar de semelhanças de família superficiais. No olhar indígena o aspecto mais importante dos poderes de Tcharte é que estes são controlados, orientados de uma forma construtiva, tendo em vista garantir tranquilidade e bem-estar à comunidade inteira. O seu comportamento não é desviante, não subverte as normas morais da comunidade: pelo contrário, ele age em perfeita sintonia com a moral dominante, a sua finalidade é trazer saúde e “ordem” (*kododoka*, radical *-dod*, “força, saúde, sinceridade, ordem, pureza”). Interpretar a sua condição como uma esquizofrenia mascarada por crenças culturais ou socialmente admitida, significa afirmar que a cultura só intervém a modular ou modificar o impacto e os êxitos sociais de uma patologia inscrita organicamente e portanto ubíqua, repropoendo uma das dicotomias mais clássicas da pesquisa transcultural (entre “forma”, universal e biológica, e “conteúdo”, particular e cultural, do mal-estar), baseada na imagem, tornada célebre por Geertz, do ser humano como composto por níveis sobrepostos. Nesta perspectiva, comenta Vacchiano (1999), as manifestações de tipo compulsivo resultariam assim atenuadas em contextos muçulmanos, onde a prescrição de praticar abluções rituais cinco vezes por dia e de repetir litanias para afastar pensamentos blasfemos absorveria as características comportamentais do distúrbio no interior de conteúdos culturais: “a congruência entre crenças e práticas religiosas e sintomas obsessivo-compulsivos contribui assim – nas palavras dos autores – para baixar o nível de consciência da irracionalidade dos sintomas” (Kirmayer, Young e Hayton 1995: 508).

Culture-bound syndrome: história de uma categoria

Como considerar, então, estas experiências e as suas interpretações locais? Crenças, superstições ou, talvez, metáforas que é preciso “traduzir”, “reduzir” às categorias diagnósticas da psiquiatria ocidental? Ou, pelo contrário, será mais produtivo entrarmos na rede dos significados locais, reconhecendo-os como dispositivos teóricos e terapêuticos eficazes, para depois utilizá-los em formas originais, criando um espaço de significados comuns? Roberto Beneduce sustenta que, para tentar dar conta da complexidade dos significados envolvidos na experiência da aflição, é preciso penetrar a casca das categorias diagnósticas e dos

pressupostos psicológicos que ao longo dos anos tentaram encerrar expressões e fenómenos complexos e heterogêneos no perímetro estreito de uma aflição ou de um quadro sindromático bem definido (Beneduce 2002b: 28).³⁵ Se colocarmos estas experiências no interior de um horizonte lexical e categórico médico-psicológico, a consequência mais provável será a de induzir uma medicalização das diferenças exóticas, atribuindo um significado patológico a fenómenos de natureza puramente cultural ou social, nos quais não existem provas que indiquem que as pessoas envolvidas estejam psicologicamente perturbadas. Robert E. Bartholomew, que avançou afirmações análogas em relação ao *koro* (Bartholomew 1998), considera que, na maior parte das pesquisas transculturais, os cientistas treinados na tradição médica ocidental sobrepujaram inconscientemente as suas concepções limitadas de normalidade, racionalidade e realidade, às visões particulares dos outros, patologizando as diferenças e interpretando fenómenos sociais como síndromas médicas (1998: 6). Em sua opinião, em relação por exemplo ao *koro*, os médicos ocidentais colocaram a sua realidade social num plano superior, com a afirmação implícita que nenhum indivíduo racional ou psicologicamente saudável pode acreditar na possibilidade de os seus genitais se encolherem e de isso poder até causar a morte. Como resultado desta consideração, uma realidade social não familiar aos psiquiatras ocidentais foi considerada como uma “síndrome exótica”: um medo localmente apropriado às circunstâncias foi considerado como “neurose sexual”, “reação de pânico”, “histeria”; uma preocupação sobre a potência sexual foi interpretada como “obsessão”, “fobia” e “ansiedade de castração”, enquanto que as interpretações locais foram consideradas como “crenças falsas, fantásticas, não plausíveis, irracionais” (1998: 23).

Se comportamentos considerados não patológicos nos contextos específicos onde se manifestam foram muitas vezes interpretados como disfunções mentais mascaradas pelas crenças e as prescrições locais, esta equivalência patologizante foi, por maioria de razão e aproblematicamente, adoptada no caso de comportamentos considerados localmente como estranhos, singulares ou, pelo menos, insólitos. É o caso dos fenómenos que, por causa da sua difícil correlação com os quadros nosológicos ocidentais, foram relegados para a lista das chamadas “síndromas ligadas à cultura” (*culture-bound syndromes*). O termo *culture-bound syndromes* (a partir de agora CBS no texto) foi pela primeira vez utilizado pelo psiquiatra chinês Pow Meng Yap (1965), referindo-se de início a doenças que apresentam uma sintomatologia insólita e determinada por facto-

³⁵ Na realidade, a orientação tomada da psiquiatria norte-americana desde os anos 70 não contribuiu para uma descrição e interpretação densa da dimensão cultural: pelo contrário, a tendência neokraepeliniana, acompanhada pela intervenção farmacológica maciça e pelo uso acrítico do DSM à escala mundial, contribuiu para anular as variáveis culturais: a sintomatologia, a patologia, a etiologia foram consideradas como constituindo um único sistema coerente, e o sinal da patologia (o sintoma) um índice para entrar, pela única via possível (o modelo biomédico), naquele sistema.

res culturais, quer na forma quer na frequência, sendo a partir de então adoptado em lugar de termos como psicoses étnicas, neuroses étnicas (Devereux 1956), psicoses históricas (Yap 1969), exóticas ou atípicas (Arieti e Meth 1959) e síndromas relativas à cultura (Hughes 1996). A quantidade das definições que foram fornecidas para definir esta categoria sugere que, desde o início, a nosologia destas síndromas foi problemática, na medida em que foi criada para abranger todas as condições de difícil compreensão (Hughes 1996): a categoria é assim utilizada para identificar os fenómenos “estranhos”, que não correspondem à concepção ocidental de problema psíquico. Hughes (1985) afirmou que definições como “psicose atípica” e “síndrome exótica” implicam um desvio em relação aos diagnósticos típicos ou, por outras palavras, ocidentais. Estes fenómenos foram assim considerados como raros e exóticos: um conjunto de comportamentos imprevisíveis e caóticos, próprios de pessoas incivilizadas, um museu de entidades exóticas, estáticas, circunscritas (Hughes 1998: 413).³⁶

Esta categoria tão controversa encontra-se no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) apenas desde há algumas décadas. Na primavera de 1991, de facto, os maiores estudiosos na área da psiquiatria cultural encontraram-se em Pittsburgh para avaliar hipóteses de inclusão da dimensão cultural na nova edição do DSM. A ideia surgiu, como se refere na introdução do DSM-IV, a partir da opinião segundo a qual uma consulta culturalmente sensível tem que levar em conta a identidade étnica, linguística e religiosa do paciente e as explicações culturais que ele oferece da sua aflição. Infelizmente, nesta introdução não se fala do facto que os clínicos também pertencem a uma cultura, que não pode deixar de influenciar o diagnóstico; da mesma forma, as categorias diagnósticas do DSM não são consideradas como específicas de um determinado contexto histórico e cultural, mas antes como uma leitura única, porque científica, de uma realidade orgânica (a doença). Pareceria até que a análise cultural não pode ser aplicada às teorias e aos conhecimentos da psiquiatria, ou às instituições onde estes pressupostos se tornam práticas. Peirce, Earls e Kleinman salientaram que o papel dos antropólogos na reformulação do DSM deveria ter sido justamente o de evidenciar os preconceitos e os limites culturais não conscientes desta profissão, mostrando como “a psiquiatria encontra-se saturada de valores ocidentais que fazem privilegiar a autonomia individual sobre a conexão social, as normas da classe média sobre as dos proletários e dos pobres urbanos, e a medicalização dos problemas sociais sobre as perspectivas sociais da saúde e da aflição” (Peirce, Earls e Kleinman 1999; Kleinman 2001).³⁷

³⁶ Num segundo momento a definição de “exótico” tornou-se a de “estrangeiro”, desviante ou diferente, fortalecendo a noção do “outro” no modelo diagnóstico. Isto significa que o desviante — o paciente — não só é considerado exótico mas também é o “outro” *par excellence*, o incompreensível

³⁷ O conúbio entre o ponto de vista clínico e o antropológico, para além da cooperação aparente, revelou-se difícil: se os primeiros consideram a aflição em termos de uma entidade discreta, de objectiva naturalidade, separada das vidas individuais e das circunstâncias sócio-históricas, os segundos objectam que assim se

Mas na realidade, pelo contrário, a introdução da dimensão cultural foi reduzida à formulação de uma lista incluída em anexo no nono apêndice do DSM-IV (1994).

Mas estes não são os únicos problemas ligados à definição da categoria diagnóstica de CBS. De facto, as dificuldades a respeito desta classificação vão desde a variabilidade da sua significação, até à controvérsia sobre a sua validade. O termo CBS foi de facto adoptado para se referir a síndromas específicas, cuja causa estaria relacionada exclusivamente com factores culturais presentes nas sociedades onde surgiram. Ao mesmo tempo, por CBS entendem-se também as variações culturais de quadros em sua essência universais: segundo esta abordagem, o *amok*³⁸ seria a expressão, influenciada pela cultura, de um surto psicótico breve, e muitos casos de *latah*³⁹ a expressão do transtorno de Tourette. Podemos dizer que este uso vai ao encontro da divisão entre factores patogénicos e patoplásticos adoptada por vários autores (Jilek 1998; Littlewood 1990a), e utilizada para consolidar a existência de um núcleo biológico universal por baixo das diferenças culturais. Em relação à controvérsia sobre a validade da categoria, Hughes (1996) questiona os dois princípios ontológicos que lhe estão subjacentes, ou seja, por um lado, que as CBS constituem uma classe única e distinta de fenómenos de interesse psiquiátrico, e não apenas objectos de uma classificação diferente, e, por outro, que tais síndromas afligem somente os membros dos grupos nos quais surgiram. Na sua crítica à categoria de CBS, Hughes utiliza expressões muito fortes como *unacceptably fuzzy, frivolous, anomalous... vacillating... equivocal* (1998: 413,415). Pfeiffer (1982) argumenta que a impossibilidade de organizar as *culture-bound syndromes* num quadro uniforme deriva de que a influência da cultura sobre as causas, formação e interpretação dos transtornos mentais se dá em diferentes dimensões, que o autor enumera como: 1) áreas de stresse peculiares de cada cultura, como as ligadas à estrutura familiar e social, ao ambiente e à tecnologia disponível; 2) padrões de conduta normal e desviante esperados, valorizados e reprimidos em cada cultura; 3) interpreta-

perde o que é próprio das perspectivas singulares e particulares. Se os segundos afirmam que as categorias da biomedicina são situadas, construídas cultural e historicamente, os primeiros objectam que eles andam no caminho certo que leva à Verdade (Kirmayer 1998: 341). A antropologia, por um lado, em particular a antropologia médica, provoca a psiquiatria com a ideia de que as experiências são relacionadas com contextos particulares, que as redes sociais criam um campo intersubjectivo de relações sociossomáticas, e que também a biologia pode ser local, e até moral. A psiquiatria, por outro, provoca a antropologia ao admitir que a biologia tem a sua importância e não pode ser esquecida na análise social, e que a patologia influencia normas e normalidade (Kleinman 2001).

³⁸ *Amok* ou *mata elap* (Malásia): um episódio de dissociação caracterizado por um período de pensamentos, seguido por uma explosão de comportamentos violentos, agressivos ou homicidas, dirigidos às pessoas e aos objectos. O episódio é desencadeado por um comportamento que é percebido como um insulto e aparece geralmente entre homens.

³⁹ *Latah* (Malásia e Indonésia): hipersensibilidade relacionada com um susto súbito, frequentemente associada à ecopraxia, ecolália, obediência a comandos e a comportamentos dissociativos ou semelhantes a estados de transe. A síndrome é mais frequente entre mulheres de meia-idade.

ções do comportamento desviante em cada cultura; 4) intervenções sobre o comportamento desviante em cada cultura.

Uma das críticas principais, do ponto de vista antropológico, é também o facto de os fenómenos classificados como CBS serem muitas vezes nos seus contextos de origem considerados singulares, mas não como sinal de uma qualquer doença mental. Assim recita a definição das CBS: é considerada síndrome ligada à cultura a repetição de padrões de comportamentos aberrantes e de experiências problemáticas específicas de um contexto local, que podem ou não ser ligados a uma categoria diagnóstica. Por outras palavras, que podem, aos olhos dos autóctones, pertencer ou não ao campo da doença ou da desordem. Por exemplo, pode ser considerado CBS um comportamento que pode corresponder a sintomas reconhecidos no ocidente, mas que não é elaborado e percebido localmente como patológico e onde não existe uma prova convincente de que os actores sociais estejam psicologicamente perturbados (é o caso do *koro* da Ásia).⁴⁰ Também são consideradas síndromas culturais experiências ou comportamentos ligados a explicações e crenças culturais não reconhecidas como válidas pela ciência ocidental: é o caso de explicações que envolvem a bruxaria, o mau-olhado, a feitiçaria, etc. Inserem-se nesta categoria fenómenos que são considerados patológicos pela psiquiatria, mas não pela interpretação local: por exemplo, a possessão por espíritos, os episódios de transe, a comunicação com mortos ou entidades invisíveis, a perda da alma ou da energia vital, as viagens xamânicas, etc. Os casos que citei no parágrafo precedente, baseando-me na minha experiência de terreno entre os Bijagós, por exemplo, são com certeza *culture-bound* (aliás, o que não é *culture-bound*?), mas não são considerados localmente como *syndromes*. Estas manifestações podem ser melhor interpretadas como o espelho de outras modalidades de relacionamento com o mundo, o invisível e os antepassados: fenómenos muitas vezes inexplicáveis, se retirados do contexto das próprias redes semânticas, dos próprios universos locais de significado; manifestações que estão à procura de um sentido diferente daquele que é proposto pela biomedicina ocidental.

Esta tentativa de incluir manifestações heterogéneas — que falam de possessão por espíritos, de feitiçaria, de vinganças, de relações íntimas com entidades sobrenaturais, de outras representações da pessoa e das emoções — na categoria nosológica de CBS é, em minha opinião, criticável, quer do ponto de vista dos seus efeitos sociais, quer de um ponto de vista estreitamente teórico.

Em primeiro lugar, definir e etiquetar uma atitude “estranha” ou “não convencional” como um problema médico significa legitimar a necessidade da intervenção médica para controlar, limitar ou modificar este comportamento, em nome da saúde, com tratamentos médicos/farmacêuticos. Em relação à mi-

⁴⁰ *Koro* (Malásia): síndrome de retracção genital. Termo que se refere a um episódio de ansiedade aguda e ligada à crença que o pénis (ou entre as mulheres, a vulva, os grandes lábios ou as mamas) penetram no interior do corpo causando eventualmente a morte.

nha experiência na área da saúde mental dos migrantes, é o que acontece, por exemplo, quando um caso de possessão é interpretado como perturbação dissociativa ou esquizofrenia, e na base deste diagnóstico se justifica o internamento e a intervenção farmacológica coerciva. Se a experiência da possessão por espíritos ou da comunicação com os mortos pode também comportar sofrimento — como me disseram os meus interlocutores bijagós —, isso não significa todavia que a hospitalização ou o tratamento farmacológico sejam as respostas terapêuticas mais adequadas.

Em segundo lugar, este modelo torna coerentes mesmo os resultados anómalos das pesquisas transculturais: o que não pode ser reduzido a um diagnóstico familiar entra automaticamente na lista das CBS e portanto não põe em crise o modelo de base. Podemos considerar esta categoria como uma “categoria residual” (Ciminelli 1997 e 1998; Collignon 1989; Hahn 1985: 166; Levine e Gaw 1995), um caixilho para situar os comportamentos que não encontram explicação nos quadros diagnósticos da biomedicina, “fenómenos estranhos” (Kleinman 1980) que “violam os padrões do estilo de vida de antropólogos, psiquiatras, missionários e outros observadores similares” (Karp 1985: 221). Não pode deixar de suscitar o interesse dos antropólogos, por exemplo, o facto de se encontrar na lista das *culture-bound syndromes* a possessão *zar*, definida como “experiência esquizofrénica de possessão por espíritos, que inclui episódios dissociativos, com excessos de riso, gritos, cantos, lamentos, apatia, amnésia, introversão, recusa de comer ou de cumprir as tarefas quotidianas e desenvolvimento de uma relação de longo prazo com o espírito (Etiópia, Somália, Egipto, Sudão, Irão, Norte de África e Médio Oriente)”. Já em 1958 o antropólogo Michel Leiris, autor de um trabalho célebre sobre a possessão *zar* entre os Etíopes de Gondar, reflectia sobre o significado do estado de dissociação e amnésia dos possuídos, mas para afirmar que estes fenómenos assumem significados totalmente diversos no seu contexto específico cultural. As categorias da nosologia ocidentais já pareciam a Leiris inadequadas e desviantes. A coisa importante na sua opinião não era tanto tentar reduzir a possessão a uma qualquer categoria diagnóstica ocidental, quanto compreender a sua interpretação local: “é mais plausível explicar com a vaidade e o puro gosto pelas fanfarronices aquilo que seríamos tentados a atribuir a uma real perturbação mental” (1988 [1958]: 20). A interpretação de Leiris da possessão *zar*, enfatizando os aspectos “performativos”, ultrapassa o problema da autenticidade da dissociação: a possessão não oculta o seu carácter de ficção, que revela através do contínuo recurso a artifícios teatrais, como costumes, música e dança. Nesta perspectiva a possessão é interpretável como modalidade de acção, veículo de memória cultural, prática social com efeitos reais, âmbito e fronteiras permeáveis, onde o excepcional se torna ordinário e a ordem real das coisas é deformada para produzir uma transformação, um espaço e tempo que representam uma fractura no decurso da vida quotidiana, uma perspectiva nova ou alterada a partir da qual observar,

criticar e modificar a estrutura social. O contraste entre as duas interpretações (a psiquiátrica e a antropológica) pode ser resumido na frase irónica do psiquiatra inglês Roland Littlewood, o qual – comentando o conceito de CBS – chega a afirmar que “o facto de uma reacção particular ser considerada como um ‘ritual’ ou como uma ‘síndrome’, depende da profissão do ocidental que a descreveu pela primeira vez” (1984-1985: 7).

Outro caso paradigmático é o de uma das mais antigas CBS: a psicose Windigo, condição encontrada entre os nativos americanos de língua Algonkian (Chippewa, Ojibwa e Cree) que vivem ao redor dos Grandes Lagos do Canadá e nos Estados Unidos (Kraepelin 1974 [1904]). O Windigo normalmente desenvolver-se-ia no inverno quando as famílias estão isoladas durante meses por causa da neve, sem reservas adequadas de comida. Os sintomas iniciais seriam perda de apetite, náusea e vômito. A seguir, o indivíduo desenvolveria a ilusão característica de se transformar num monstro Windigo ou Wiitiko, um ser sobrenatural feito de gelo, ou pelo menos com o coração glacial, incapaz de sentimentos, que se nutre de carne humana. As pessoas que apresentam a psicose Windigo considerariam os outros como potencialmente comestíveis, tornando-se violentos e anti-sociais. Ao mesmo tempo, estariam obcecados pelo medo exagerado de se tornarem canibais. O diagnóstico psiquiátrico rotula esta condição como paranóia, por causa da percepção irracional de estar a ser perseguido. Neste caso, seria o monstro Windigo o perseguidor, que tenta transformar os seres humanos em monstros Windigo como ele. As vítimas de psicose Windigo experimentam ansiedade extrema e às vezes tentam o suicídio para não se tornarem monstros. Este canibalismo fantástico, do qual não existem casos documentados e que ainda hoje está presente nos contos infantis locais, mas que materializa uma forma extrema de desumanidade (o canibalismo, a falta de sentimentos humanos) foi incluído na categoria *culture-bound* e interpretado variamente como uma forma local de depressão, de esquizofrenia, de histeria e de ansiedade, sem uma séria revisão antropológica e psiquiátrica (Cassidy 1982; Ciminelli 1997: 249; Ciminelli 2003; Littlewood 1984-1985: 6; Ritenbaugh 1982).

Em relação às práticas alimentares, Ciminelli chama a atenção dos antropólogos para o conjunto de síndromas culturalmente determinadas e relativas à qualidade, quantidade ou modalidade de assunção de comida contrárias às normas do grupo (2003). A questão mais interessante para o debate antropológico não é tanto a da existência de uma norma objectiva pré-cultural ou *culture-free*, que estabelece a fronteira entre *distúrbio* alimentar e *comportamento* alimentar, quanto a da diferente declinação desta fronteira em relação a diferentes grupos de pessoas. Ciminelli (2003) fala da geofagia, por exemplo, prática alimentar difundida em África, cujos significados culturais até agora não foram adequadamente explorados (Wiley e Katz 1998), e que foi classificada em 1999 como uma CBS de tipo PICA, a seguir a um estudo psiquiátrico sobre o consumo de caulino numa amostra de 21 pessoas negras (das quais vinte eram mulheres)

residentes na Geórgia. Esta denominação classifica como patológico, na opinião de Ciminelli, o comportamento alimentar de uma subclasse social.⁴¹

Segundo muitos autores, a categoria CBS, pela sua definição, reconhece como patológicos os comportamentos de grupos marginais excluídos do poder, por idade, género ou pertença étnica (Bartholomew 1998; Kenny 1996; Littlewood 1984-1985: 8; Marecek 1993; Santiago-Irizarry 2001). Littlewood e Lipsedge (1985), analisando os critérios de individuação das CBS, reconheceram a atribuição de uma “inferioridade biológica”, quer aos protagonistas das “síndromas exóticas” (inferioridade racial) quer às protagonistas femininas (inferioridade de género) afectadas pelas novas CBS (anorexia, bulimia). Outros autores comentaram como esta categoria, em si superficial e inadequada, só se revela útil e eficaz como instrumento de patologização dos comportamentos de grupos marginalizados (Lonner e Ibrahim 2002). A partir do estudo pioneiro de Redlich e Hollingshead (1958), significativamente intitulado *Social Class and Mental Illness*, muitos autores demonstraram como diferenças de classe social, de pertença “étnica” ou cultural, de género e de nível económico causam diferenças reais no diagnóstico, na forma, na duração, na qualidade do tratamento e nos resultados esperados da intervenção psiquiátrica:⁴² na América do Norte, por exemplo, os comportamentos desviantes de homens pobres, especialmente no caso de eles pertencerem a minorias étnicas ou viverem na rua, são considerados como patológicos, quando comportamentos anormais semelhantes de homens brancos e de bom nível socioeconómico são considerados só excêntricos. Nestes casos, salientam alguns autores, as categorias psiquiátricas funcionam como instrumentos de controle e de opressão das experiências de mulheres, negros e pessoas de classe social baixa, ou seja, dos segmentos marginais da população (Farrington 1993; Fernando 2003; Littlewood e Lipsedge 1985, 1997 [1982]; McKenzie 1999).

Estas observações ligam-se também a uma outra crítica, comum à maior parte dos autores precedentemente citados, ou seja, o facto de que o emprego da definição *culture-bound* para circunscrever algumas patologias pressupõe a existência de síndromas *culture-free*, ou seja não ligadas à cultura. A nossa análise, a partir das sugestões da antropologia médica e das emoções, e das afirmações intrigantes de Lutz, mostra pelo contrário como cada definição patológica, e por maioria de razão psicopatológica, tem que ser considerada como culturalmente específica (e portanto *culture-bound*), enquanto construída sobre definições de normalidade e desvio, e sobre representações do corpo e das emoções

⁴¹ A literatura mais geral sobre consultas, atendimentos e tratamentos médicos em contextos transculturais salienta a ineficácia e a negligência desta categoria e em geral do sistema diagnóstico do DSM em relação aos grupos marginalizados e menos representados: esta literatura evidencia a tendência geral, mas em particular dos clínicos da saúde mental, para fornecer diagnósticos superficiais e inadequados aos pacientes destes grupos desfavorecidos (Lonner e Ibrahim, 2002).

⁴² Veja-se Caplan e Nelson (1973), Mollica (1987), Pope e Johnson (1987), Sarason e Doris (1979).

socialmente e historicamente específicas. Como afirma Summerfield, tudo o que pertence à psiquiatria é *culture-bound*, e não apenas as poucas síndromas indicadas no DSM: as suas categorias, os sintomas, as experiências, as práticas, os diagnósticos estão inseridos em *lifeworlds* particulares (2001). Simons (1985), a este propósito, salienta que, apesar das pretensões de neutralidade, objectividade e universalidade da psiquiatria ocidental, não apenas a definição de CBS, mas todo o DSM é um artefacto do sistema médico ocidental, dos seus critérios e pressupostos psicoculturais. Cassidy (1982) e Littlewood (1996), na mesma linha, afirmam que o próprio facto de todas as aflições, as categorias diagnósticas, os modelos, as definições e os instrumentos psiquiátricos serem *culture-bound* acaba por ser uma outra boa razão para abandonar a categoria de CBS. Uma vez que as definições culturais são aprovadas como parte de todas as categorias diagnósticas, já não é necessário juntar poucos (ou tantos) modelos culturalmente determinados de comportamento numa classe disjuntiva como a de *culture-bound syndromes* (Hughes 1998: 420). Por outras palavras, se afirmamos que a determinante cultural está presente em cada manifestação, fenómeno, sintoma, emoção, doença ou aflição, o próprio conceito de CBS perde o seu significado: se natureza e cultura têm o mesmo peso no plano etiológico, assim, como diz Hahn “todas as síndromas são igualmente *culture-bound* e por conseguinte o conceito específico [de *culture-bound syndrome*] não tem qualquer utilidade” (Hahn 1985: 168). Neste sentido, o próprio conceito de “síndrome culturalmente determinada” perde o seu valor referencial, na medida em que, potencialmente, qualquer coisa pode fazer parte desta categoria. Esta é a razão pela qual as categorias definidoras que definem a classe de CBS estão destinadas a ampliar-se excessivamente para incluir padrões de comportamento que de outra forma dificilmente podem ser considerados patológicos: foram assim assimilados estados de transe, possessão por espíritos, morte *voodoo*, agorafobia, obesidade, *anorexia mirabilis*,⁴³ geofagia, exibicionismo, toxicod dependência, medo dos mortos, feitiçaria, ortorexia,⁴⁴ síndrome da fadiga crónica, *post-traumatic stress disorder*, perturbação de apatia política (White 2004), síndrome pré-menstrual, rebelião adolescente, vontade obsessiva de comunicar com os mortos, *electronic chip implant phobia*, etc., numa lista que se pode alongar indefinidamente, até vir a compreender qualquer manifestação e experiência humana.

A “nova” psiquiatria transcultural (Lewis-Fernandez e Kleinman 1994; Littlewood 1990b, 1991), criticando as pretensões classificadoras universalistas do DSM-IV, sugere considerá-las como modelos explicativos específicos para o contexto ocidental. Esta hipótese de trabalho, na nossa opinião, tem todavia os seus limites. Corre de facto o risco de cair em derivas relativísticas: em vez de

⁴³ Jejum típico dos místicos da Europa medieval e ainda praticado em várias comunidades com finalidades religiosas, não considerado patológico nas culturas onde é (ou foi) praticado.

⁴⁴ Atenção excessiva à qualidade dos alimentos.

propor a procura ou a invenção de espaços originais de diálogo, de lugares singulares de pesquisa, de mediação e de confronto nos quais elaborar práticas clínicas inovadoras, acaba assim por funcionar como um instrumento de ratificação da incomensurabilidade da experiência humana. O desafio da clínica transcultural não é tanto o de tentar traduções simultâneas ou de definir um mínimo denominador comum pacificador, mas o de construir espaços de encontro, saberes e práticas originais. Por outras palavras, o problema não é o de procurar lugares neutros, mas chegar a enfrentar os conflitos, ou seja, a tensão entre lógicas coabitantes e autónomas.

Com base nisso, advogamos uma mudança paradigmática para desenvolver uma abordagem teórico-metodológica capaz de considerar, antes da comparação transcultural, os significados locais de qualquer padrão e os variados comportamentos com eles relacionados.⁴⁵ Na ausência de critérios patológicos universalmente válidos, é preciso começar com a identificação das categorias de saúde e doença, tal como descritas pelas diversas comunidades: a este respeito, através do conceito de *explanatory model*, Kleinman sugere indagar a conexão local entre modelos da doença e representações do homem, do corpo, das emoções, como processo histórico (e portanto social e político), cujas formas locais é preciso investigar (Kleinman 1980). A disponibilidade para conhecer e aprender com as experiências e com as interpretações dos outros é a base da construção de saberes inéditos, da narração de uma história que ainda não foi contada.

O objectivo é tornar as experiências “estranhas”, os sintomas “diferentes”, os problemas “esquisitos” significativos, para além da redução psicopatológica. Uma leitura culturalmente sensível permite evidenciar como as aflições “insólitas” representam e renovam as tensões e os contrastes sociais que atravessam os corpos dos outros. As doenças falam de relações de poder, de alienação e de pequenas histórias locais, bem como de movimentos transnacionais. Considerando o corpo biológico não como um dado de facto, mas como um produto histórico e ideológico (Csordas 1994), e pondo em conexão dinâmica a biografia dos indivíduos com o mais amplo contexto simbólico, histórico e social, torna-se possível colocar este campo de análise fora da área epistémica e ontológica da biomedicina. O corpo emerge como um arquivo his-

⁴⁵ Falando dos mal-entendidos derivantes da exportação para outras realidades de categorias não pertinentes, já em 1977 Kleinman falava de falácia categorial (*category fallacies*), ou seja, o emprego de esquemas ou classificações típicas de um contexto numa realidade onde estes não são pertinentes e onde, por conseguinte, não têm validade. Em 1977, Kleinman proclamou a chegada de uma nova psiquiatria transcultural, em contraposição à etnopsiquiatria tradicional. Ele criticou o pressuposto de que as categorias diagnósticas ocidentais são livres culturalmente e sugeriu que elas fossem consideradas como modelos explicativos específicos para o contexto ocidental. Questionou também as abordagens convencionais que buscavam em sociedades não ocidentais padrões idênticos aos encontrados no Ocidente. Com base nisso, advogou uma mudança paradigmática para desenvolver uma abordagem teórico-metodológica capaz de considerar, antes da comparação transcultural, os significados locais de qualquer padrão e os variados comportamentos com eles relacionados.

tórico e um lugar de resistência e os seus sintomas como comentários políticos, ou melhor, histórias incorporadas que relacionam o nível individual com o colectivo, o presente com o passado. Se o objectivo é perceber a relação entre experiência individual, processos sociopolíticos e horizontes históricos locais de práticas e significados, uma psiquiatria culturalmente orientada tem de investigar também os mecanismos através dos quais forças sociais como pobreza, exclusão social, diferenças de género, migração, herança colonial, políticas sanitárias, são incorporadas como factores de risco (Farmer 1992; Feher, Naddaff e Tazi 1989; Lock e Scheper-Hughes 1986; Scheper-Hughes 1994). Muitos autores, pretendendo investigar o âmbito mais amplo de mal-estar que liga os aspectos individuais com processos históricos, económicos e sociopolíticos mais amplos, assinalaram a ausência de *culture-bound syndromes* relacionadas com questões macroculturais, tais como traumas ligados à migração, a problemas de integração, confusão sobre a própria identidade, discriminação, racismo ou violência (Velásquez *et al.* 1993): esta falta, em sua opinião, reduz à invisibilidade as experiências dos migrantes e dos grupos marginalizados. É neste panorama complexo, conflitual, móvel e mutável, no qual múltiplos discursos coexistentes entram em contradição entre si e os problemas sociais podem tornar-se sintomas, que o psiquiatra cultural tem de se mexer, submetendo-se à obrigação de encarar as traduções como um problema que é preciso enfrentar, e não como uma solução tão rápida quanto superficial. O convite é para se trabalhar bem conscientes das relações entre conhecimento, poder, autoridade e hegemonia, da multiplicidade dos factores em jogo (sociais, políticos e económicos, além de culturais) com a atenção concentrada sobre os indivíduos em si, as suas interpretações, as suas experiências de mal-estar, as suas representações, emoções, ambiguidades, memórias, esperanças. Mais uma vez, um panorama instável e contraditório com o qual o psiquiatra tem que se confrontar: o mundo interior dos indivíduos, “que fazem de facto referência a esquemas que inevitavelmente produzem quebra-cabeças, anomalias, espaços vazios, contradições e sobreposições de valores, a códigos centrais de referência que geram estruturas de representações e cenários pragmáticos que podem ser amplamente caracterizados como móveis, instáveis e transitórios” (Bibeau 1997: 55, 57).⁴⁶

Estas dimensões múltiplas, diversas e entrelaçadas não poderiam emergir se considerássemos as histórias dos pacientes utilizando as categorias patologizantes propostas pelo DSM-IV: como diz Roberto Beneduce, é preciso rasgar a còdea das categorias diagnósticas e dos implícitos psicológicos que ao longo dos anos tentaram reduzir aos limites estreitos de uma aflição, de um problema “ligado à cultura” ou de um quadro sindromático bem definido, expressões e fenómenos complexos e heterogéneos (Beneduce 2002b: 28). “Os pa-

⁴⁶ Muitos autores salientaram a importância de uma abordagem centrada sobre o paciente (entre outros, Castillo 1997, Hollan 1997).

cientes são pessoas, pessoas em crise, com certeza: uma crise existencial, social, familiar, e nós não podemos assim ter a presunção de considerar esta crise simplesmente como uma patologia qualquer. (...) Talvez as categorias da psiquiatria, como os manicômios, existam só para tornar racional o que não se compreende: quando uma pessoa entra no manicômio já não é um *louco* mas um *doente*. (...) A certeza é que, no fim, a loucura nunca é ouvida por aquilo que diz ou que quereria dizer” (Basaglia 1981 e 1982).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMSELLE, J., 2001, *Branchements. Anthropologie de l'Universalité des Cultures*. Paris, Flammarion.
- ANDERSON, W., 2003, *The Cultivation of Whiteness: Science, Health and Racial Destiny in Australia*. Melbourne, Melbourne University Press.
- ARIETI, S., e J. Meth, 1959, “Rare, Unclassifiable, Collective and Exotic Syndromes”, em ARIETI, S. (ed.), *American Handbook of Psychiatry*. Nova Iorque, Basic Books, 546-563.
- AUGÉ, M. (ed.), 1983, *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. Paris, Des Archives Contemporaines.
- BARTHOLOMEW, R. E., 1998, “The Medicalization of Exotic Deviance: A Sociological Perspective on Epidemic Koro”, *Transcultural Psychiatry*, 35 (1): 5-38.
- BASAGLIA, F., 1982, *Scritti: vol. 2*. Turim, Einaudi.
- _____, 1981, *Scritti: vol. 1*. Turim, Einaudi.
- BASAGLIA, F., e F. Basaglia Ongaro, 1971, *La Maggioranza Deviante. L'Ideologia del Controllo Sociale Totale*. Turim, Einaudi.
- BEGUIN, A., 1952, “Qui est fou?”, *Esprit*, 20: 777-788.
- BEISER, M., 1985, “A Study of Depression among Traditional Africans, Urban North Americans, and Southeast Asian Refugees”, em KLEINMAN, A., e B. Good (eds.), *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, University of California Press.
- BENEDUCE, R., 2002a, “Corpi e Saperi in Conflitto. Etnopsichiatria, Migrazioni e Politiche della Cultura”, em BENEDUCE, R. (ed.), *Fra Saperi ed Esperienza. Interrogare Identità, Appartenenze e Confini*. Turim, Il Leone Verde, pp. 19-48.
- _____, 2002b, *Trance e Possessione in Africa. Corpi, Mimesi, Storia*. Turim, Bollati Boringhieri.
- _____, 2001, “Politiche dell'Etnopsichiatria e Politiche della Cultura”, *Il De Martino, Bollettino dell'Istituto Ernesto de Martino*, 11: 213-233.
- _____, 1999, “Dia-tige (Ombra Recisa). Strutture Antropologiche della Depressione e Metamorfosi del Legame Sociale in Africa”, em GALZIGNA, M. (dir.), *La Sfida dell'Altro. Le Scienze Psicliche in una Società Multiculturale*. Venezia, Marsilio.
- _____, 1998, *Frontiere dell'Identità e della Memoria. Etnopsichiatria e Migrazioni in un Mondo Creolo*. Milão, Franco Angeli.
- _____, 1996, “Mental Disorders and Traditional Healing Systems among the Dogon (Mali, West Africa)”, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 33: 189-220.
- _____, 1995, “Figure della Morte e Depressione nelle Culture Africane”, em BENEDUCE, R., e R. Collignon (eds.), *Il Sorriso della Volpe. Ideologie della Morte, Lutto e Depressione in Africa*. Nápoles, Liguori, 7-40.
- BIBEAU, G., 1997, “Psichiatria Culturale in un Mondo in Via di Creolizzazione: Temi per le Future Ricerche”, *I Fogli di Oriss*, 7/8: 21-64.
- _____, 1987, “Repères pour une Approche Anthropologique en Psychiatrie”, em CORIN, E., S. Lamarre, P. Migneault, e M. Tousignant (eds.), *Regards Anthropologiques en Psychiatrie*. Montréal, Éditions du Girame, 7-13.
- _____, 1979, *De la Maladie à la Guérison. Essai d'Analyse Systémique de la Médecine des Angbandi du Zaïre*. Tese de doutoramento, Université Laval, Québec.

- _____, 1978, "L'Organisation Ngbandi des Noms de Maladies", *Antropologie et Sociétés*, 2 (3): 83-116.
- BLOCH, M., 1997, "La Psychanalyse au Secours du Colonialisme", *Terrain*, 28 (*Miroirs du Colonialisme*): 103-118.
- BONILLA-SILVA, E., e T. A. Forman, 2000, "I Am Not a Racist But...: Mapping White College Students' Racial Ideology in the USA", *Discourse Soc.*, 11 (1): 50-85.
- BONINO, S., A. Lo Coco, e F. Tani, 1998, *Empatia: i Processi di Condivisione delle Emozioni*. Firenze, Giunti.
- BRACKEN, P., e P. Thomas, 1999, "Psychiatry and Institutional Racism", *Openmind. The Mental Health Magazine*, 98.
- BRIGGS, C. L., 2005, "Communicability, Racial Discourse, and Disease", *Annual Review of Anthropology*, 34: 269-291.
- _____, 2002, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley, University of California Press.
- CAMPOS, M. T., 1996, *Projecto Inventário das Plantas Medicinais da Ilha de Bubaque, Reserva da Biosfera do Arquipélago Bolama-Bijagós, Guiné Bissau*, Instituto de Biociências / Universidade de São Paulo.
- CAPLAN, N., e S. D. Nelson, 1973, "On Being Useful", *American Psychologist*, 28: 199-211.
- CAROTHERS, J. C., 1954, *The Psychology of Mau Mau*. Nairobi, Government Printer.
- _____, 1953, *The African Mind in Health and Disease. A Study in Ethnopsychiatry* [WHO Monograph Series n. 17]. Geneva, World Health Organization.
- CARTWRIGHT, A. S., 1851, "Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race", *New Orleans Medical and Surgical Journal*. [Reeditato em: CAPLAN, A. C., H. T. Engelhardt, e J. J. McCartney (eds.), 1981, *Concepts of Health and Disease*. Massachusetts, Addison-Wesley].
- CASSIDY, C. M., 1982, "Protein-energy Malnutrition as a Culture-Bound Syndrome", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6: 325-345.
- CASTILLO, R. J., 1997, *Culture and Mental Illness: A Client Centered Approach*. Pacific Grove, CA, Brooks Cole.
- CHENG, A. T. A., 2001, "Case Definition and Culture: are People all the Same?", *British Journal of Psychiatry*, 179: 1-3.
- CIMINELLI, M. L., 2003, "Pratiche Alimentari e Metafore: Note Antropologiche Sull'incorporazione", comunicazione presentata no XLIII Congresso Nazionale Della Società Italiana di Psichiatria (Bologna, 19-24 de Outubro de 2003), Simpósio "Corporeità e Disturbi del Comportamento Alimentare".
- _____, 1998, "La Decostruzione del Concetto di Culture-bound Syndrome", em LANTERNARI, V., e M. L. Ciminelli, *Medicina, Magia, Religione, Vlori. Vol. II: Dall'Antropologia all'Etnopsichiatria*. Nápoles, Liguori, 85-108.
- _____, 1997, "Culture-bound Syndromes: un Concetto Vago e di Dubbia Utilità", *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 3-4: 247-280.
- CLAYTON, B., 2002, "Rethinking Postmodern Maladies", *Current Sociology*, 50 (6): 839-851.
- COKER, N. (ed.), 2001, *Racism in Medicine: An Agenda for Change*. Londres, King's Found Publishing.
- COLLIGNON, R., 1997, "Aliénation Mentale et Altérité du Sujet Colonial: de Quelques Difficultés de l'Émergence d'une Relation Thérapeutique Basée sur le Dialogue en Afrique", em BENEDEUCE, R. (ed.), *Saperi, Linguaggi e Tecniche nei Sistemi di Cura Tradizionali*. Turim, L'Harmattan, 71-88.
- _____, 1989, "Pour un Retour sur les Culture-bound Syndromes en Psychiatrie Transculturelle", *Santé, Culture, Health*, VI (2): 149-162.
- COMAROFF, J., e J. Comaroff, 1992, *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder, Westview Press.
- CONRAD, P., 1992, "Medicalization and Social Control", *Annu. Rev. Sociol.* 18: 209-32.
- CONRAD, P., e W. Schneider, 1980, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Filadélfia, Temple University Press.
- COPPO, P., 2000, "Politiche e Derive dell'Etnopsichiatria", *I Fogli di Oriss*, 13/14: 119-140.
- _____, 1997, "Western Psychiatry as Ethnopsychiatry", *Transcultural Psychiatry*, 34 (1): 53-57.
- CRICK, M., 1982, "Anthropological Field Research, Meaning Creation and Knowledge Construction", em PARKIN, D. (ed.) *Semantic Anthropology*, Londres, Academic Press, 15-37.
- CRICK, M., 1976, *Explorations in Language and Meaning*. Londres, Malaby Press.
- CSORDAS, T. J. (ed.), 1994, *Embodiment and Experience*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DAS, V., 1997, "Suffering, Theodicies, Disciplinary Practices, Appropriations", *International Social Science Journal*, 154: 563-572.

- _____, 1994, "Moral Orientations of Suffering: Legitimation, Power and Healing", em CHEN, Lincoln, A. Kleinman, e N. Ware (eds.), *Health and Social Change in International Perspective*. Boston, Harvard University Press, 139-167.
- DE JONG, J., 1987, *A Descent into African Psychiatry*. Amsterdão, Royal Tropical Institute.
- DESJARLAIS, R., 1992, *Body and Emotion. The Aesthetics of Illness and Healing in The Nepal Himalayas*. Filadélfia, University of Pennsylvania Press.
- DEVEREUX, G., 1956, "Normal and Abnormal", em CASAGRANDE, J. B., e T. Gladwin (eds.), *Some Uses of Anthropology*. Washington, DC, Anthropological Society.
- DEVISCH, R., 1990, "The Human Body as a Vehicle for Emotions among the Yaka of Zaire", em JACKSON, M., e I. Karp (eds.), *Personhood and Agency. The Experience of Self and Other in African Cultures*. Washington, Smithsonian Institution Press, 115-133.
- DIRVEN, R., e S. Niemeier, 1997, *The Language of Emotions*. Filadélfia, Benjamin's Publishing Company.
- DURKHEIM, E., 1895, *Les Règles de la Méthode Sociologique*. Paris, Alcan.
- FARMER, P., 1992, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press.
- FARRINGTON, A., 1993, "Transcultural Psychiatry, Ethnic Minorities and Marginalization", *Br J Nurs*, 2 (16): 805-9.
- FASSIN, D., 2000, "Les Politiques de l'Ethnopsychiatrie. La Psyché des Colonies Africaines aux Banlieues Parisiennes", *L'Homme*, 153 : 231-250.
- _____, 1999, "L'Ethnopsychiatrie et ses Réseaux. L'Influence qui Grandit", *Genèses. Sciences Sociales et Histoire*, 35: 146-171.
- FEHER, M., R. Naddaff, e N. Tazi (eds.), 1989, *Fragments for a History of the Human Body*. Nova Iorque, The MIT Press.
- FERNANDO, S., 2003, *Cultural Diversity, Mental Health and Psychiatry. The Struggle Against Racism*. Hove e Nova Iorque, Brunner-Routledge.
- _____, 2002, *Mental Health, Race and Culture*. Londres, Palgrave.
- _____, 1998, "Modern Schizophrenia and Racism", em FERNANDO, S., D. Ndegwa, e M. Wilson (eds.), *Forensic Psychiatry, Race and Culture*. Londres, Routledge.
- _____, 1995, *Mental Health in a Multi-ethnic Society*. Londres, Routledge.
- _____, 1991, "Racial Stereotypes", *British Journal of Psychiatry*, 158: 289-90.
- _____, 1988, *Race and Culture in Psychiatry*. Londres, Croom Helm.
- FOUCAULT, M., 1969, *L'Archéologie du Savoir*. Paris, Gallimard.
- FRANKENBERG, R., 1980, "Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective", *Social Science and Medicine*, 14b: 197-207.
- FRIGHI, L., 1984, *Manuale di Igiene Mentale*. Roma, Bulzoni.
- GAINES, A. D., 1992a, "From DSM-I to III-R: Voices of Self, Mastery and the Other: A Cultural Constructivist Reading of U.S. Psychiatric Classification", *Social Science and Medicine*, 35 (1): 3-24.
- _____, 1992b, "Psychiatry in Anthropology: From Subject to Object in Medical Anthropology", em GAINES, A. D. (ed.), *Ethnopsychiatry: The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*. Albany, SUNY Press.
- GAINES, A. D., e R. A. Hahn, 1985, "Among the Physicians: Encounter, Exchange and Transformation", em GAINES, A. D., e R. A. Hahn (eds.), *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.
- GERGEN, K. J., 1973, "Social Psychology as History", *Journal of Personality and Social Psychology*, 26: 309-20.
- GRAHAM, R., 1997, "Race", *Racism and Psychology. Towards a Reflexive History*. Londres e Nova Iorque, Routledge.
- GRIFFITHS, M. S., 1977, "The Influence of Race on the Psychotherapeutic Relationship", *Psychiatry*, 40: 27-40.
- HAHN, R., 1999, *Anthropology in Public Health – Bridging Differences in Culture and Society*. Nova Iorque e Oxford, Oxford University Press.
- _____, 1985, "Culture-bound Syndromes Unbound", *Social Science and Medicine*, 21 (2): 165-171.
- _____, 1984, "Rethinking 'Illness' and 'Disease'", *Contributions to Asian Studies*, XVIII: 1-23.
- HAHN, R., e A. Kleinman, 1983, "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Framework and Directions", *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.

- HEELAS, P., 1996, "Emotion Talk across Cultures", em HARRÉ, R., e W. G. Parrott (eds.), *The Emotions. Social, Cultural and Biological Dimensions*. Londres, Thousand Oaks e Nova Deli, Sage Publications, 171-199.
- HOLLAN, D., 1997, "The Relevance of Person-centered Ethnography to Cross-cultural Psychiatry", *Transcultural Psychiatry*, 34 (2): 219-234.
- HOWITT, D., e J. Owusu-Bempah (eds.), 1994, *The Racism of Psychology. Time for Change*. Londres, Harvester Wheatsheaf.
- HUGHES, C. C., 1998, "The Glossary of 'Culture-Bound Syndromes' in DSM IV: A Critique", *Transcultural Psychiatry*, 35 (3): 413-421.
- , 1996, "The Culture-bound Syndromes and Psychiatric Diagnosis", em MEZZICH, J., A. Kleinman, e H. Fabrega (eds.), *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective*. Washington, DC, APA, 298-308.
- , 1985, "Culture-bound or Construct-bound? The Syndromes and DSM-III", em SIMONS, R. C., e C. C. Hughes (eds.) *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, 3-24.
- HUNT, N. R., 1999, *A Colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo*. Berkeley, University of California Press.
- INGLESE, S., 2002, "Etnopsichiatria in Terra Ostile: Appunti di Metodologia della Psicoterapia Culturalmente Orientata", *Pol.it The Italian Online Psychiatric Magazine*. Disponível em: <<http://www.pol-it.org>>.
- JADHAV, S., 1995, "The Cultural Origins of Western Depression. Special Issue on Cultural Validity of Psychiatric Diagnosis", *International Journal of Social Psychiatry*, 42: 269-286.
- JILEK, W. G., 1998, "Transcultural Psychiatry. Quo vadis?", *Transcultural Psychiatry Newsletter*, XVI (1). Disponível em: <<http://www.mentalhealth.com/newslet/tp9801.html>>.
- KALUNTA, A., 1981, "Depressive Illness: Its Cultural Aspects", *Psychopathologie Africaine*, XVII (1/2/3): 113-126.
- KARLSEN, S., e J. Y. Nazroo, 2002, "Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups", *American Journal of Public Health*, 92 (4): 624-31.
- KARP, I., 1985, "Deconstructing Culture-bound Syndromes", *Social Science and Medicine*, 21 (2): 221-228.
- KELLER, R., 2001, "Madness and Colonization: Psychiatry in the British and French Empires: 1800-1962", *Journal of Social History*, 35: 295-326.
- KENNY, M. G., 1996, "Paradox Revisited: Recent Work on the Latah Problem", *Transcultural Psychiatric Research Review*, XXXIII (1): 43-54.
- KING, G., 1996, "Institutional Racism and the Medical/Health Complex: a Complex Analysis?", *Ethnicity and Disease*, 6 (1-2): 30-46.
- KIRMAYER, L., 1998, "The Fate of Culture in DSM-IV", *Transcultural Psychiatry*, 35 (3): 339-342.
- KIRMAYER, L., A. Young, e B. C. Hayton, 1995, "The Cultural Context of Anxiety Disorders", *Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3): 503-521.
- KLEINMAN, A., 2001, "Why Psychiatry and Cultural Anthropology Still Need Each Other", *Psychiatry*, 64 (1): 14-22.
- , 1995, *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley, University of California Press.
- , 1988, *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. Nova Iorque, Free Press.
- , 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, University of California Press.
- KRAEPELIN, E., 1974 (1904), "Comparative Psychiatry", *Transcultural Psychiatric Research Review*, XI (3): 108-112. [Ed. or. "Vergleichende Psychiatrie", *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 27 (15): 433-437.]
- , 1921, "Manic Depressive Insanity and Paranoia" (trans. R. M. Barclay), em ROBERTSON, G. M. (ed.), *Textbook of Psychiatry (8th Edition)*. Edimburgo, Livingstone.
- KRIEGER, N., e E. Fee, 1996, "Measuring Social Inequalities in Health in the United States: A Historical Review, 1900-1950", *Int. J. Health Serv.*, 26 (3): 391-418.
- KUTCHINS, H., e S. A. Kirk, 1997, *Making us Crazy: DSM: The Psychiatric Bible and the Creating of Mental Disorders*. Nova Iorque, The Free Press.

- LEE, S. S., J. Mountain, e A. B. Koenig, 2001, "The Meanings of 'Race' in the New Genomics: Implications for Health Disparities Research", *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, 1: 33-75.
- LEFF, J., 1981, *Psychiatry Around the Globe. A Transcultural View*. Nova Iorque, Marcel Dekker.
- _____, 1973, "Culture and the Differentiation of Emotional States", *British Journal of Psychiatry*, 123: 299-306.
- LEIRIS, M., 1958, *La Possession et ses Aspects Théâtraux chez les Ethiopiens de Gondar*. Paris, Plon. [Edição italiana: 1988, *La Possessione e i Suoi Aspetti Teatrali tra gli Etiopi di Gondar*, Milão, Ubu Libri.]
- LEVINE, R., e A. Gaw, 1995, "Culture-bound Syndromes", *Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3): 523-536.
- LÉVI-STRAUSS, C., 1962, *Le Totémisme Aujourd'hui*. Paris, Presses Universitaires de France. [Tradução italiana: 1972, *Il Totemismo Oggi*.] Milão, Feltrinelli.
- LEWIS-FERNANDEZ, R., 1994, "Culture and Dissociation: a Comparison of *Ataque de Nervios* among Puerto Ricans and Possession Syndrome in India", em SPEIGEL D. (ed.), *Dissociation: Culture, Mind, and Body*. Washington, DC, American Psychiatric Press: 123-167.
- _____, 1992, "The Proposed DSM-IV Trance and Possession Disorder Category: Potential Benefits and Risks", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29: 301-317.
- LEWIS-FERNANDEZ, R., e KLEINMAN A., 1994, "Culture, Personality, and Psychopathology", *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 67-71.
- LITTLEWOOD, R., 1996, "Cultural Comments on Culture-bound Syndromes", em MEZZICH, J., A. Kleinman, H. Fabrega et al. (eds.), *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective*. Washington, DC, APA, 309-312.
- _____, 1992, "Psychiatric Diagnosis and Racial Bias: Empirical and Interpretative Approaches", *Social Science and Medicine*, 34 (2): 141-149.
- _____, 1991, "Against Pathology: The New Psychiatry and its Critics", *British Journal of Psychiatry* 159: 696-702.
- _____, 1990a, "From Categories to Contexts: a Decade of the New Cross-cultural Psychiatry", *British Journal of Psychiatry*, 156: 308-327.
- _____, 1990b, "The New Cross-cultural Psychiatry", *British Journal of Psychiatry*, 157: 775-776.
- _____, 1984-85, "La Migration des Syndromes Liés à la Culture", *Psychopathologie Africaine*, XX (1): 5-16.
- LITTLEWOOD, R., e D. Bhugra, 2001, *Colonial Psychiatry*. Nova Deli, Oxford University Press.
- LITTLEWOOD, R., e M. Lipsedge, 1997 [1982], *Aliens and Alienists. Ethnic Minorities and Psychiatry*. Hove e Nova Iorque, Brunner-Routledge.
- _____, 1985, "Culture-bound Syndromes", em GRANVILLE-GROSSMAN, K. (ed.), *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Edimburgo, Churchill Livingstone, 105-142.
- LOCK, M., e N. Scheper-Hughes, 1996, "A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Ritual and Routines of Discipline and Dissent", em SARGENT, C., e T. Johnson (eds.), *Medical Anthropology - Contemporary Theory and Method*. Connecticut, Praeger Westport, 41-70.
- _____, 1991, "The Message in the Bottle: Illness and the Micropolitics of Resistance", *The Journal of Psychohistory*, 18 (4): 409-432.
- _____, 1986, "Speaking 'Truth' to Illness: Metaphors, Reification, and Pedagogy for Patients", *Medical Anthropology*, 15: 137-140.
- LONNER, W. J., e A. A. Ibrahim, 2002, "Appraisal and Assessment in Cross-cultural Counselling", em PEDERSEN, P. B., J. G. Draguns, W. L. Lonner, e J. E. Trimble (eds.), *Counseling Across Cultures* (5ª ed.). Thousand Oaks, Sage, 355-379.
- LUTZ, C., 1988, *Unnatural Emotions; Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory*. Chicago, University of Chicago Press.
- _____, 1985, "Depression and the Translation of Emotional Worlds", em KLEINMAN, A., e B. Good (eds.), *Culture and Depression*. Berkeley, University of California Press, 63-100.
- LYNCH, M. O., 1990, "The Social Construction of Emotion in India", em LYNCH, M. O. (ed.), *Divine Passions. The Social Construction of Emotion in India*. Oxford, University of California Press, 3-34.
- MARECEK, J., 1993, "Disappearance, Silences, and Anxious Rhetoric: Gender in Abnormal Psychology Textbooks", *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 13: 115-123.
- MARSELLA, A. J., N. Sartorius, A. Jablensky, e F. R. Fenton, 1985, "Cross-Cultural Studies of Depressive Disorders: An Overview", em KLEINMAN, A., e B. Good (eds.), *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, University of California Press.
- MCCULLOCH, J., 1995, *Colonial Psychiatry and the African Mind*. Cambridge, Cambridge University Press.

- McKENZIE, K., 2003, "Racism and Health", *British Medical Journal*, 326: 65-66.
- _____, 1999, "Something Borrowed from the Blues?", *British Medical Journal* 318: 616-617.
- MOLLICA, R.F., 1987, "Upside-Down Psychiatry: A Genealogy of Mental Health Services", em LEVIN, D. M., e D. M. Kleinberg-Levin (eds.), *Pathologies of the Modern Self*. Nova Iorque e Londres, New York University Press, 363-384.
- MOORE, L. H., 1994, *A Passion for Difference. Essays in Anthropology and Gender*. Cambridge, Polity Press.
- NDETEI, D. M., 1988, "Psychiatric Phenomenology across Countries: Constitutional, Cultural, or Environmental?", *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 344: 33-44.
- OBEYESEKERE, G., 1985, "Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka", em KLEINMAN, A., e B. Good (eds.), *Culture and Depression*. Berkeley, University of California Press, 134-152.
- OTS, T., 1990, "The Angry Liver, the Anxious Heart and the Melancholy Spleen", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14: 21-58.
- PEIRCE, C. M., F. J. Earls, e A. Kleinman, 1999, "Race and Culture in Psychiatry", em NICHOLI, A. (ed.), *Harvard Guide to Psychiatry*. Harvard, Harvard University Press.
- PFEIFFER, W. M., 1982, "Culture-bound Syndromes", em AL-ISSA, I. (ed.), *Culture and Psychopathology*. Baltimore, University Park Press, 201-218.
- POPE, K. S., e P. B. Johnson, 1987, "Psychological and Psychiatric Diagnosis: Theoretical Foundations, Empirical Research, and Clinical Practice", em LEVIN, D. M., e D. M. Kleinberg-Levin (eds.), *Pathologies of the Modern Self*. Nova Iorque e Londres, New York University Press, 385-404.
- POROT, A., 1918, "Notes de Psychiatrie Musulmane", *Annales Médico-Psychologiques*, 1 : 377-384.
- PUSSETTI, C. G., 2005, *Poetica delle Emozioni. I Bijagó di Bubaque (Guinea Bissau)*. Roma e Bari, Edizioni Laterza.
- PUSSETTI, C. G., e L. I. Bordonaro, 1999, "Tori e Piroghe. Genere, Antropo-poiesi e Koino-poiesi tra i Bijagó della Guinea Bissau", em REMOTTI, F. (ed.), *Forme di Umanità*. Turim, Scriptorium (Paravia), 97-130.
- REDLICH, F. C., e A. B. Hollingshead, 1958, *Social Class and Mental Illness. A Community Study*. Nova Iorque, John Wiley & Sons.
- RICHARDS, G., 1997, "Race", *Racism and Psychology. Towards a Reflexive History*. Londres, Routledge.
- RIDLEY, C. R., 2005, *Overcoming Unintentional Racism in Counseling and Therapy: A Practitioner's Guide to Intentional Intervention (Multicultural Aspects of Counseling and Psychotherapy)*. Londres e Nova Deli, Sage Publications.
- RITENBAUGH, C., 1982, "Obesity as a Culture-bound Syndrome", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 6: 347-361.
- SABSHIN, M., H. Diesenhause, e R. Wilkerson, 1970, "Dimensions of Institutional Racism in Psychiatry", *American Journal of Psychiatry*, 127: 786-93.
- SANTIAGO-IRIZARRY, V., 2001, *Medicalizing Ethnicity: The Construction of Latino Identity in a Psychiatric Setting*. Ithaca, NY, Cornell University Press.
- SARASON, S., e J. Doris, 1979, *Educational Handicap, Public Policy, and Social History*. Nova Iorque, Free Press.
- SCALIA, G., 1971, "La Ragione della Follia", em BASAGLIA, F., e F. Basaglia Ongaro, *La Maggioranza Deviante. L'Ideologia del Controllo Sociale Totale*. Turim, Einaudi, 143-183.
- SCHEPER-HUGHES, N., 1994, "Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology", em BOROFSKY, R. (ed.), *Assessing Cultural Anthropology*. Nova Iorque, McGraw Hill, 229-239.
- _____, 1990, "Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology", *Social Science and Medicine* 30 (2): 189-197.
- SELIGMAN, M. E. P., E. R. Walker, e D. L. Rosenhan, 2001, *Abnormal Psychology*. Nova Iorque, Norton.
- SIMONS, R. C., 1985, "Sorting the Culture-bound Syndromes", em SIMONS, R. C., e C. C. Hughes (eds.), *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Boston, D. Reidel Publishing Company, 25-38.
- SINGER, M., 1990, "Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment", *Social Science and Medicine*, 30 (2): 179-187.
- SMEDLEY, B. D., A. Y. Stith, e A. R. Nelson (eds.), 2002, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC, National Academic Press.
- SMITH, D. G., K. Charsley, H. Lambert, S. Paul, S. Fenton, e W. Ahmad, 2000, "Ethnicity, Health and the Meaning of Socio-economic Position", em GRAHAM, H. (ed.), *Understanding Health Inequalities*. Buckingham, Open University Press, 25-38.

- SOUSA, A. Oliveira de, 1995, *La Maternité chez les Bijago de Guinée Bissau*. Paris, Centre Français sur la Population et le Développement.
- STEPAN, N., 1982, *The Idea of Race in Science: Great Britain, 1800–1960*. Londres, Macmillan.
- SUMMERFIELD, D., 2001, “Culture-specific Psychiatric Illness?”, *The British Journal of Psychiatry*, 179: 460.
- SZASZ, T. S., 1974, *The Myth of Mental Illness*. Nova Iorque, Harper and Row.
- THOMAS, A., e S. Sillen, 1972, *Racism and Psychiatry*. Nova Iorque, Brunner-Manzel.
- TOMM, K., 1989, “Externalizing the Problem and Increasing Personal Agency”, *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8: 54-59.
- VACCHIANO, F., 1999, “Emozioni, Culture, Psicopatologie”, em BENEDUCE, R. (ed.), 1999, *Mente, Persona, Cultura. Materiali di Etnopsicologia*. Turim, L’Harmattan Italia, 111-142.
- VALA, J., R. Brito, e D. Lopes, 1999, *Expressões dos Racismos em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- VALA, J., R. Brito, M. Lima, e D. Lopes, 2002, “Cultural Differences and Heteroethnicization in Portugal: the Perceptions of White and Black People”, *Portuguese Journal of Social Sciences*, 1 (2): 111-128.
- VAUGHAN, M., 1991, *Curing Their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge, Polity Press of Basic Blackwell.
- VELÁSQUEZ, R. J., R. Johnson, e M. Brown-Cheatham, 1993, “Teaching Counselors to Use the DSM-III-R with Ethnic Minority Clients: A Paradigm”, *Counselor Education and Supervision*, 32: 323-331.
- WHITE, G. M., 2004, “Political Apathy Disorder: Proposal for a New DSM Diagnostic”, *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (1): 47-57.
- WHITE KRESS, V. E., K. P. Eriksen, A. D. Rayle, e J. S. W. Ford, 2005, “The DSM-IV-TR and Culture: Considerations for Counselors”, *Journal of Counseling and Development*, 83 (1): 97-104.
- WIKAN, U., 1992, “Beyond the Words: The Power of Resonance”, *American Ethnologist*, 19: 460-82.
- WILEY, A. S., e S. H. Katz, 1998, “Geophagy in Pregnancy: A Test of a Hypothesis”, *Current Anthropology*, 39 (4): 532-545.
- WILLIAMS, D., 1997, “Race and Health: Basic Questions, Emerging Direction?”, *Annals of Epidemiology*, 7 (5): 322-333.
- _____, 1994, “The Concept of Race in Health Services Research: 1966 to 1990”, *Health Services Research*, 29 (3): 261-275.
- WILLIAMS, D., e R. Williams-Morris, 2000, “Racism and Mental Health: The African American Experience”, *Ethnic Health*, 5: 243-268.
- WILLIE, C. V., B. M. Kramer, e B. S. Brown, 1973, *Racism and Mental Health*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- WOOLFOLK, R. L., 2001, “Objectivity in Diagnosis and Treatment”, em SLIFE, B. D., R. N. Williams, e S. H. Barlow (eds.), *Critical Issues in Psychotherapy: Translating New Ideas into Practice*. Londres, Sage, 287-298.
- YAP, P. M., 1969, “The Culture-bound Syndromes”, em CAHIL, W., e T. Y. Lin (eds.), *Mental Health Research in Asia and The Pacific*. Honolulu, East-West Centre Press, 33-53.
- _____, 1965, “Koro: a Culture-bound Depersonalisation Syndrome”, *British Journal of Psychiatry*, III: 43-50.
- YOUNG, A., 1997, “Modi di Ragionare e Antropologia della Medicina”, *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 3/7: 11-27.
- _____, 1995, *The Harmony of Illusions. Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press.
- _____, 1982, “Anthropologies of Illness and Dickness”, *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-85.

Chiara Pussetti

Chiara Pussetti

PATHOLOGIZING DIVERSITY. AN
ANTHROPOLOGICAL CRITIQUE OF THE
CONCEPT OF CULTURE-BOUND SYNDROME.

This article proposes a reflection on the encounter among different practices and theories linked to specific historical and cultural contexts, in a domain that we habitually define "psychological". The author questions the validity and pertinence of the classification proposed by the DSM-IV, that interprets experiences linked to different cultural horizons accordingly to the rigid structure of biomedical nosology. In particular, the category of "culture-bound syndromes" will be criticized as a fuzzy and questionable concept and a residual category that pathologies experiences and behaviours of marginalized people.

Centro de Estudos de Antropologia Social / ISCTE
chiara_pussetti@hotmail.it

KEYWORDS: critical ethnopsychiatry, emotions,
institutional racism, culture-bound syndromes.