

Crenças Culturais e Delírio (*)

Os Jnounn (1) de Bernous

ALBERT IFRAH (**)

Só muito dificilmente escapamos aos nossos *a priori* teóricos. E quantos de nós estamos prevenidos: cada paciente mostra-nos que é um caso particular: que o que é válido para outros não o é necessariamente para ele.

A teoria permite-nos apreender as semelhanças que existem entre os indivíduos que apresentam alterações psicológicas da mesma natureza, mas a prática clínica demonstra que é através do que cada paciente tem de particular que se estabelece e evolui a terapia. Esta particularidade reside no sentimento da identidade do eu, «sentimento que uma pessoa tem de estar à parte dos outros, separada, individual, e talvez única» (9). É fazendo uso desta particularidade que o paciente participa na instauração da relação terapêutica. É ao psicoterapeuta que cabe a obrigação de se desfazer das suas convicções teóricas, afim de perceber esta particularidade, garante do estabelecimento do transfert.

A etnopsicanálise, pela sua metodologia (o complementarismo) e os seus conceitos específicos, abre-nos o campo de uma prá-

tica clínica mais rica e mais frutuosa. Eu pretendia mostrar, através de um caso clínico, que a nosografia etnopsiquiátrica não é simplesmente um conjunto de conceitos teóricos, mas que é algo indispensável a toda a prática clínica.

Estudarei, por um lado, a importância do elemento cultural no estabelecimento do diagnóstico e, por outro, o uso subjectivo que pode ser feito de um traço cultural (a crença nos Jnounn). Antes de passar à exposição do caso, precisarei alguns detalhes da minha prática que mostram a importância que reveste a dimensão cultural na clínica psicoterapêutica.

Os pacientes que me são enviados ao Centro Françoise Minkoska são originários do Magrebe que sabem que podem falar árabe no centro. É a razão invocada pelo médico que os envia: «Lá, você encontrará uma equipa que fala árabe e que poderá compreendê-lo.» E, com efeito, o paciente espera, antes de mais, ser compreendido: compreendido através da sua língua, das suas dificuldades; tudo isso faz passar a doença para segundo plano. O paciente que me fala em árabe, fala-me antes de mais, como quem fala a um compatriota e não a um terapeuta. Eu sou aquele que, ao mesmo tempo, compreende a sua língua e a sua cultura e que deverá transmitir ao

(*) *Ethnopsychiatria*. Vol. 1/1. 1978.

(**) Psiquiatra no Centro Françoise Minkoska.

(1) Os Jnounn, nas crenças do Magrebe, são génios maus, demónios ou espíritos maus.

médico francês o que ele me disser. Mas, se sou uma terapeuta, não posso ser senão um curandeiro tradicional (um *Taleb*), e isso tanto mais quanto não prescrevo medicamentos. Tudo isto está patente nas entrevistas, como veremos na exposição do caso.

Referência cultural, mediador entre o hospital e o doente — é a partir deste *a priori* que se deve estabelecer a relação terapêutica: reconhecer o indivíduo na sua cultura, sem reforçar as suas defesas. No entanto, é provável que esta situação intra-cultural, na qual o paciente pode encontrar uma certa segurança, se arrisque também a tornar-se em qualquer altura, a negação da terapia, se a cultura se sobrepuser ao indivíduo.

EXPOSIÇÃO DO CASO

A senhora Bernous é enviada por um hospital parisiense, depois de um internamento de alguns dias para observação. Teve uma crise em casa e os vizinhos chamaram o *Police-Secours*, que a conduziu ao hospital. Após alguns dias de observação, conclui-se ser uma crise de tipo histeriforme numa jovem marroquina recentemente imigrada. Foi mandada para casa com um tratamento de Valium 5 e uma entrevista marcada para consulta no nosso serviço. Estes elementos foram-nos dados pelo hospital, quando do pedido da entrevista.

Na primeira entrevista, a senhora Bernous é acompanhada por uma assistente social. A senhora B. é uma jovem de 19 anos, nascida em Casablanca (Marrocos) e que veio para França há um ano, para se encontrar com o homem com quem acabara de casar. Bonita, veste-se harmoniosamente e parece calma. Exprime-se facilmente e possui um vocabulário muito rico, prova de um bom nível sociocultural^(*).

(*) Utilizava muitas palavras provindas do árabe clássico, enquanto que em Marrocos é o dialecto árabe que se utiliza.

Diz-me que fez os seus estudos em árabe clássico até ao nível equivalente a um primeiro ciclo secundário. Filha mais velha de uma fratria de cinco irmãos, nunca tinha deixado a casa paterna antes de se casar. À excepção de dois anos de escola primária, prosseguiu mesmo os seus estudos em casa com ajuda do pai. Não saía senão acompanhada, na maior parte das vezes para passeios familiares. A casa paterna possuía um grande pátio que era perfeitamente suficiente para as suas distrações.

Conhecendo Cacablanca, perguntava a mim próprio como uma jovem podia suportar estar quase enclausurada, porquanto ao ouvi-la e tendo em conta as condições nas quais fez os seus estudos, deixava supor uma grande vivacidade intelectual e, provavelmente, uma grande curiosidade. Tendo-lhe expressado o meu espanto, respondeu-me que o seu pai dizia que as raparigas que saem sozinhas rapidamente se tornam desavergonhadas. Ela própria viu na rua raparigas de calças, o que prova que seu pai tem razão. De qualquer maneira, sendo a mais velha, devia dar o exemplo às suas irmãs. Além disso, estando de acordo com o pai, não teve nenhuma dificuldade em aceitar esta maneira de viver.

Apesar da convicção que punha nas suas palavras, fiquei com as minhas dúvidas e perguntei-lhe em que condições conhecera o marido.

Há pouco mais de um ano, o Sr. Bernous chegou a casa dela e foi-lhe apresentado como um amigo de seu pai. Antes mesmo de conhecer a razão da sua visita, ele agradeceu-lhe. Disse-me ela: «O meu coração queria-o.» Teve então o pressentimento de que era por ela que ele tinha vindo. Durante a sua estadia em Marrocos, ele falou-lhe por várias vezes e deu-lhe a entender que ficaria feliz se casasse com ela. No fim da estadia, depois das apresentações oficiais, o pai deu o seu acordo para o casamento. Um mês mais tarde, depois do casamento, ela acompanhou o marido para França. Acentuou

que estava muito feliz com o marido, porque tinha a certeza de o amar.

O Senhor B. vive em França há dez anos; tem 37 anos. A primeira mulher abandonou-o há três anos, deixando-o com uma criança de dois anos, que pôs numa ama francesa. Ele voltou a casar-se porque pretendia reaver o filho. Porque é que a primeira mulher do Sr. B. se foi embora? O marido disse-lhe que esta, louca, voltara a Marrocos.

Assim, em poucos dias, ela deixou a família para substituir uma mulher louca e encontrar-se «mãe» de um rapazinho de cinco anos. Eram razões suficientes para apresentar uma certa prostração e mesmo para ficar doente. Eu pensava serem estes os primeiros elementos conflituais que poderiam explicar o desencadeamento das crises. Mas ela ainda me não falara da sua doença e deixei-a continuar livremente.

A entrevista continuou: falou-me da sua vida em Marrocos e dos primeiros meses em França, sempre de forma calma. Foi desta forma que soube que ela tinha as melhores relações do mundo com o marido e que se entendiam bem sexualmente⁽³⁾. Ele é muito amável com ela e compra-lhe tudo o que necessita. Não querem ter crianças de momento, porque têm necessidade de melhorar a situação financeira, tornada difícil depois do casamento.

No início da sua estadia, teve algumas dificuldades com a criança, porque ela não falava senão francês, mas, a pouco e pouco, ligou-se a ela e conseguiram compreender-se. Por outro lado, uma assistente social que se ocupava anteriormente do rapazinho, inscreveu-a em aulas de francês. Gosta muito de lá ir, tanto mais que é praticamente a sua única actividade.

O quadro que me traçava da sua vida, deixava-me a impressão de ter diante de

mim uma jovem inteligente, equilibrada, feliz com a sua situação e que assumia bastante bem a sua nova vida de mulher-mãe transplantada. A crise devia ter sido um mal passageiro, rapidamente interpretado por um médico demasiado zeloso, como uma «crise histeriforme», típica dos originários do Magrebe. Além do mais, não houve nenhuma crise durante a estadia no hospital.

Decidi-me então a interrogá-la sobre esta crise de que, depois de meia hora de entrevista, ainda nada tinha dito. Lembrava-se de ter tido outras, dois meses antes. Posteriormente tinha vômitos todas as manhãs, frequentemente náuseas e a impressão de uma bola na garganta (bola histerica). O médico assistente prescreveu-lhe medicamentos, mas as perturbações não desapareceram. No dia da crise, ela não se sentiu muito bem. Tendo tido uma tontura, foi ter com os vizinhos que ao abrir a porta, a encontraram em plena crise. Durante o seu internamento não teve nenhuma perturbação graças às injeções que lhe administraram. Sentia-se aliviada e repousada e as enfermeiras ocuparam-se dela muito amavelmente.

Perguntei-lhe o que pensava das suas crises e da sua evolução. Respondeu-me que não sabia o que pensar, mas que estas perturbações se deveriam provavelmente ao estômago ou ao coração. O marido deu-lhe a entender que os *Jnounn* eram os responsáveis, mas ela não estava muito segura disso. Afinal de contas, nunca quis mal a ninguém e não via quem lhe poderia querer mal. Disse-lhe que gostaria de voltar a vê-la, acompanhada do marido, para que ele me pudesse informar das suas anteriores crises, de que ela não me tinha dito grande coisa. Marcámos uma entrevista para a semana seguinte.

Ainda que esta primeira entrevista me tenha dado muitas informações, fiquei com um sentimento muito impreciso. Era como se, durante os três quartos de hora de entrevista, ela me tivesse invadido de informações

(3) A percebi-me posteriormente que esta frase-feita era um meio de não me falar da sua vida sexual

que me tinham interessado muito, mas que não tinham deixado nenhum lugar à escuta terapêutica. O nível intelectual, a facilidade no uso da linguagem e a naturalidade que manifestava face a certos problemas, parecia ligar-se mal com o que ela dizia da sua relação de dependência para com a família ou, mais precisamente, para com o pai. Do mesmo modo, manifestando uma grande ligação aos valores tradicionais, ela exprimia a ligação e o amor que tinha pelo marido.

A sua breve alusão aos *Jnounn* dava ao quadro uma dimensão cultural suficiente para me incitar a reavaliar a sua sintomatologia. Que lugar tinha a dimensão cultural no conflito pessoal da senhora Bernous (ligação infantil ao pai, separação demasiado brutal do meio familiar, etc.)? As crises, os vômitos, a bola na garganta e as diversas dores eram sintomas histéricos de expressão somática. A referência aos *Jnounn* e a dúvida que ela exprimia a este respeito reflectiam a mesma dissonância que anteriormente. Era como se a paciente hesitasse entre dois discursos: um que lhe era pessoal e o outro, culturalmente sugerido. A imprecisão que eu sentia, provinha desta dissonância, na qual eu me tinha deixado enredar.

SEGUNDA ENTREVISTA

A senhora Bernous veio, acompanhada pelo marido e pelo filho. O casal entrou no meu consultório e fiquei impressionado pela mudança de atitude na apresentação da senhora B.. Pareceu-me tensa. Prostrada no sofá, manteve os olhos baixos, sem dizer uma palavra. O marido, ao contrário, muito à vontade, observava-me com um sorriso.

Depois de alguns minutos, a senhora B. saiu do silêncio para me dizer que já estava um pouco melhor, mas que continuava com náuseas e que se sentia fraca. Disse-lhe que a achava mais tensa do que da última vez.

O marido interveio então, dizendo que, para esta doença, uma das coisas que «fazem bem», são as injeções. Perguntei-lhe o que é que o fazia dizer isso. Respondeu-me que sabia do que é que a sua mulher estava doente e também como a curar, mas que não podia dizer nada diante dela. Nesse momento a senhora B. evidenciou sinais de angústia, mexeu-se no sofá e pediu para sair. Deixei-a ir.

O marido lançou-se então numa longa explicação: a sua mulher está possuída pelos *Jnounn* e ele sabe-o há muito tempo. É a ele que eles querem mal, mas como é muito forte, os *Jnounn* atacam quem lhe está próximo. Foi por isso que a sua primeira mulher ficou louca. Para proteger o filho, pô-lo numa ama francesa: os *Jnounn* não o encontrarão aí. Ele sabe tudo, diz-me. Conhece cada um dos *Jnounn*: aqueles que atacam a sua mulher são «muçulmanos»^(*) e não ousam atacá-lo. Ele é o único a poder curar a sua mulher, mas como de momento não pode, é necessário tornar os *Jnounn* inofensivos por meio de injeções. Ele compreende a linguagem dos *Jnounn* e pressente a sua chegada. Já em jovem, os *Jnounn* atacaram-no, mas não conseguiram atingi-lo. Está protegido pelo espírito do seu avô e é com a ajuda do espírito do avô de sua mulher que ele a vai tratar.

Como é que os *Jnounn* o atacaram quando era criança? Porquê? De onde obteve ele esse poder? Em que consistia ele? Apesar de grandes reticências em falar com precisão das coisas que lhe diziam respeito, explicou-me que os *Jnounn* estavam por toda a casa, mas que não atacavam a sua mulher senão na sua ausência. Aliás, ele não lhe falava deles, para não a inquietar. Não era necessário que ela soubesse de que é que estava doente. De qualquer maneira, não me podia dizer tudo.

Durante a entrevista, ele falava com grande convicção, à laia de confiança

(*) Categoria de *Jnounn*.

entre colegas, à cerca de uma paciente. Em nenhum momento me pareceu inquieto: falava da mulher como de uma pessoa que lhe era estranha e não se sentia de maneira nenhuma implicado enquanto marido. Esqueci completamente a mulher durante o seu monólogo: toda a minha atenção se centrava no senhor Bernous.

O seu discurso era do tipo paranóico e, ainda que o tema tenha sido cultural (os *Jnounn*), ele exprimia, por este meio, um conflito que era o seu. Ora, era desta dimensão individual que ele recusava falar-me, contentando-se em pôr em primeiro plano a doença da mulher e a interpretação muito particular que dela dava. Não mostrava nenhuma afectividade, nem nenhuma sensibilidade no seu discurso — e era isso que me inquietava. Disse-lhe com muitas precauções que ele desempenhava com certeza um papel na doença da sua mulher e que sabia provavelmente coisas que a ela diziam respeito. Contudo, ela necessitava de tratamento e portanto eu pretendia vê-la todas as semanas se ela estivesse de acordo.

Depois da saída do marido, mandei entrar a senhora Bernous, e falei-lhe da entrevista que acabava de ter com o marido. Contrariamente à primeira entrevista, ela disse-me que estava possuída pelos *Jnounn* e que era preciso dar-lhe injeções até poder ser curada em Marrocos. Não mostrava já nenhuma dúvida a esse respeito. Temendo estar presente enquanto o marido falava, apresentava-me alguns minutos mais tarde a mesma linguagem.

Donde viria o seu receio? Ainda que o marido não tenha falado dos *Jnounn* na sua presença, ela apresentava-me o mesmo discurso, como se ambos se ignorassem voluntariamente. Ambos me pediam implicitamente que garantisse a ligação entre eles. Eu confirmava, de alguma maneira, o vínculo cultural entre o delírio do senhor B. e a doença da mulher — o senhor B. esperando que eu confirmasse o seu «diagnóstico» e a senhora B., que eu reconhecesse

a sua doença num registo cultural. Ambos me destinavam um lugar: o de referência cultural que — contrariamente ao médico francês — entende a crença nos *Jnounn*. Aliás, ambos me pediam para intervir junto do médico, para que este prescrevesse injeções.

Antes de apresentar a terceira entrevista, falarei das dificuldades que surgiram depois da entrevista do senhor Bernous.

Este apresentava com toda a evidência, alterações psicológicas importantes; utilizava a crença nos *Jnounn* de forma delirante e com fins puramente subjectivos. Veremos mais adiante que esta maneira de apreender este traço cultural não é habitual. O pedido inicial dizia respeito à mulher, mas depois de ter ouvido o marido, já não sabia qual dos dois tinha necessidade de ser tomado a cargo: seria o senhor B., que apesar do seu delírio, levava uma vida aparentemente equilibrada e não fazia nenhum pedido, ou a mulher, cuja doença é com evidência um sintoma de alarme que exprime a sua necessidade de ser tratada?

TERCEIRA ENTREVISTA

A senhora Bernous está ansiosa porque os seu sintomas reapareceram, apesar da continuação do tratamento medicamentoso. Não tem vontade de ver ninguém e fica todo o dia em casa, sem se mudar, nem mesmo pentear. Não sai de casa senão para ir buscar a criança à escola. Os *Jnounn* querem-lhe mal: tem pesadelos; tem a impressão que o coração vai explodir, tem náuseas e a sensação de um corpo estranho na garganta que a impede de comer.

Digo-lhe que o seu sofrimento é autêntico, mas que — na minha opinião — não é devido aos *Jnounn*, mas provavelmente a uma grande tristeza que não consegue exprimir de outra forma. Ela faz a este propósito, associações relacionadas com um acontecimento súbito de algumas semanas antes. Encontrava-se em casa de uma amiga e

ouvia música marroquina. Subitamente teve vontade de chorar e, apesar de grandes esforços, não conseguiu conter-se. A amiga disse-lhe que devia chorar — que isso a aliviaria. Posteriormente, não voltou a casa dessa amiga, porque ao contar este episódio ao marido, este último disse-lhe que a amiga estava com certeza conivente com os *Inounn*, o que é provável porque, acrescenta, se sentia possuída por eles.

Disse-lhe que estava com certeza tomada por qualquer coisa que ela sentia como estranha, mas que eram — provavelmente como a sua tristeza — sentimentos demasiado fortes para que ela pudesse dominá-los ou mesmo falar deles.

Pôs-se a chorar, e disse-me que não podia mais ouvir a música marroquina sem pensar na família e na casa de seu pai, onde tinha tido por hábito ouvir música com as irmãs. Disse-lhe que eram sentimentos assim que ficavam bloqueados na garganta e que ela chamava, como o marido, *Inounn*. Eu pensava que outras entrevistas a ajudariam a exprimi-los à sua maneira. No fim da entrevista, fixámos encontros para as semanas seguintes.

DISCUSSÃO

As minhas observações sobre estas primeiras entrevistas — essenciais para a indicação da terapia — durante as quais o discurso da paciente se transformou a pouco e pouco, indo do registo da conversão histérica ao de um estado depressivo reactivo, que ela exprimirá seguidamente.

Antes de abordar o essencial do assunto, acentuo que não se trata de forma nenhuma de uma análise da história deste caso, nem mesmo de uma exposição do desenrolar e da evolução da terapia. Esta abordagem pode também ser efectuada de forma etnopsicanalítica, como o faz brilhantemente T. Nathan neste mesmo número. Pela minha parte, procurarei mostrar somente a função da desordem étnica «em acção».

A senhora B. faz inicialmente uso de um material cultural compreensível: sintomas somáticos. Durante o internamento, a sintomatologia histérica desencadeia uma resposta que, pelo menos momentaneamente, é adequada. Ela não tem nenhuma crise no hospital e diz que ficou satisfeita com a sua estadia.

O que a senhora B. diz na minha presença é, de algum modo, uma procura da boa forma de exprimir o seu conflito. O facto de falar árabe favorece a minha compreensão de fenómenos que ela considera inúteis e incompreensíveis para um terapeuta ocidental. Ela não fala dos *Inounn*, nem ao seu médico, nem mesmo no hospital. É uma desordem étnica, que não tem sentido se não for compreendida pelo interlocutor. É aí que ela funciona como sintoma de alarme.

Segundo Devereux, «as perturbações étnicas... estão enraizadas, não no inconsciente étnico, mas em traumatismos idiossincráticos suficientemente correntes numa dada cultura, para obrigar esta cultura a tomar conhecimento deles, desde que a sua frequência ou a sua intensidade ultrapasse um certo limiar. Logo que o caso seja esse, a cultura é obrigada a constituir-se defesas contra estas perturbações, de que uma será precisamente a elaboração de sintomas modelo que, permitindo exteriorizar as perturbações sob formas uniformizadas, as tornam por isso mesmo mais facilmente controláveis (4).

Estes sintomas representam uma estrutura coerente tanto na sua evolução como nas suas manifestações. Eles permitem ao indivíduo que os utiliza, exprimir os seus problemas subjectivos por meio de um «modelo de comportamento negativo» uniformizado e, portanto, compreensível. A perturbação étnica tem uma dupla função: defensiva e ofensiva. A sua função defensiva é a de recobrir o conflito e permitir ao indivíduo reencontrar um equilíbrio satisfatório. O elemento ofensivo está contido no aspecto negativista deste sintoma.

Parece-me importante sublinhar que se, ao nível de grupo, a função da perturbação étnica é a de manter um certo equilíbrio no seio deste grupo, pela previsibilidade que permite ao nível do indivíduo, a sua função primeira é a de recobrir e de ocultar o conflito do indivíduo. A perturbação étnica, enquanto sintoma, obedece às leis dos mecanismos de defesa: mantém fora do consciente o traumatismo que está na origem do conflito. É primeiramente um sistema de defesa que permite manter o recalçamento e que facilita a protecção do eu, mas fá-lo ao preço de um empobrecimento.

Se fosse necessário estabelecer uma hierarquia, diria que a função da perturbação étnica na economia psíquica do indivíduo é antes de mais proteger a integridade do eu, mas também permitir ao indivíduo conservar a sua inserção no grupo e ser compreendido por ele. A perturbação étnica deve manter uma coesão entre as exigências do eu e as do mundo exterior. Se esta função não é preenchida, a perturbação étnica é desculturada e perde o seu sentido: deixa de ser étnica.

Falando-me dos *Jnounn*, a senhora B. dirige-se a mim como qualquer marroquina o teria feito, em condições deste género. Ela mostra-se-me enquanto marroquina e só acessoriamente enquanto senhora B.. Neste sentido e contrariamente ao que faz o seu marido, ela utiliza os *Jnounn* de forma estandardizada. Enquanto que ela mantém uma atitude crítica e uma distância em relação à crença cultural nos *Jnounn*, o marido utiliza-a de forma delirante — quer dizer, com fins ideossincráticos e portanto, subjectivos. Ele fala com os *Jnounn*, conhece os seus nomes, pressente-os e dispõe de meios pessoais para se proteger. A significação dos *Jnounn* encontra-se desculturada. Contrariamente à sua função reguladora, a perturbação étnica, incluída no modo delirante interpretativo do senhor B., torna-se uma perturbação idiossincrásica.

«O psicótico descultura a cultura ao ponto

de ela cessar de existir para — ou ser vivida por — ele, enquanto tal. Os traços culturais continuam a ser utilizados, mas de forma puramente subjectiva e quase sem relação com o contexto social normal.» (2)

É o que faz o senhor B. e é isso que me permite situar o seu discurso num registo delirante. A distância em relação à desordem étnica que ele apresenta é um elemento essencial para o diagnóstico. A perturbação étnica é uma defesa suplementar que, em caso de deficiência momentânea dos mecanismos de defesa individuais, pode proteger o eu (3). Se, apesar deste obstáculo cultural, o eu está de tal maneira submergido pelo conflito que o indivíduo já não consegue equilibrar as suas pulsões e as exigências do mundo exterior, há uma alteração grave das funções psíquicas do indivíduo.

É assim que, graças à sua perturbação étnica, a senhora B. mantém o contacto com a sua história individual, enquanto que, para o senhor B., é a experiência subjectiva que, através da cultura, substitui a identidade. O delírio encontra aí a sua inspiração e, em vez de esconder a patologia pessoal, revela-a. A utilização dos *Jnounn* pela senhora B. mostra como uma marroquina pode defender-se contra qualquer agressão psicológica, enquanto que no seu marido se observa como este mesmo traço cultural no delírio e se torna ao mesmo tempo a substância e o espelho. O traço cultural conserva o *envelope* cultural, de origem exterior, mas está esvaziado do seu sentido: os *Jnounn* do senhor B. não são mais os *Jnounn* das crenças do Magrebe, mas sim os do senhor B.

Freud define o delírio como «uma peça que se cola, onde inicialmente se tinha produzido uma fenda na relação do eu com o mundo exterior (7). T. Nathan mostra que o delírio encontra a sua inspiração na cultura e se insere no inconsciente étnico (10).

(3) Não se trata do eu enquanto instância psíquica, mas enquanto «self».

Esta constatação permite ao terapeuta identificar o lugar a partir do qual os elementos são «desrealizados» e assumem o carácter exclusivamente privado da psicose. A cultura aparece-nos como um sistema uniformizado de defesas, solidário das funções do eu.

Deste modo, o senhor e a senhora B. utilizam o mesmo traço cultural, mas em registos diferentes: a senhora B. continua a reconhecer nesse traço cultural, um elemento cultural, quer dizer, exterior a ela, enquanto que a partir desse mesmo elemento, o senhor B. reconstrói a sua própria realidade. As operações do psiquismo da senhora B. estão no registo da neurose, as do senhor B. inscrevem-se no registo da psicose.

No seu artigo *A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose*, Freud, diz que «para a neurose como para a psicose a questão que vem a pôr-se não é somente a da perda da realidade, mas também a de um substituto da realidade» (8).

O caso do casal B. mostra como a cultura fornece estes substitutos. O facto de que o sintoma (a crença nos *Jnounn*) seja cultural não chega para explicar porque é que a senhora B. utiliza o mesmo «delírio» que o seu marido. Parece que o uso que a senhora B. faz dele, lhe serve de protecção contra o delírio real do marido. Contudo não se trata de maneira nenhuma de um delírio a dois, porque a senhora B. tenta escapar a ele constituindo a sua própria doença. A crença nos *Jnounn* que lhe permite exprimir a angústia que lhe inspira o delírio do marido, sugere-lhe também sintomas adequados para explicar esta angústia.

Vê-se assim como, sob a forma de uma perturbação étnica, conflitos de natureza muito diferente se podem ocultar. Ora se, para o terapeuta, é importante saber se um sintoma é constituído por uma desordem étnica, é igualmente importante interrogar-se sobre a *escolha* da desordem étnica.

Dispondo cada cultura de várias desor-

dens étnicas, a escolha de uma entre elas informa o clínico e revela-lhe o tipo de conflito vivido pelo indivíduo: a utilização da crença na feitiçaria (*Jnounn*, enfeitiçamento), da tentativa de suicídio ou da toxicomania cannábica, sendo todas três perturbações étnicas em Marrocos, não fornecem as mesmas informações.

— Por um lado, «a cultura definiu ela própria a natureza e o grau de intensidade do *stress* ou do traumatismo que justifica que nos “tornemos loucos”» (4). A tentativa de suicídio é a perturbação privilegiada da mulher marroquina, enquanto que o acesso delirante é o dos jovens em via de aculturação. O exagero destes comportamentos, pela parte de negativismo que implica, informa-nos, portanto, sobre a capacidade do indivíduo em se adaptar ao seu grupo.

É evidente que a tentativa de suicídio, como a toxicomania cannábica, são gritos de alarme (sintomas ou sinais) culturalmente ajustados. Mas, enquanto que no primeiro caso se trata de uma passagem ao acto auto-agressivo, que raramente conduz à morte⁽⁶⁾, no segundo caso, é uma conduta progressiva, que pode conduzir à marginalização do sujeito e ao seu afastamento do grupo. Da mesma forma, o indivíduo que apresenta um acesso delirante, dizendo ao seu grupo «Vejam, estou a sentir-me mal», diz também: «a culpa é da ocidentalização; é necessário levarem-me ao psiquiatra e não ao curandeiro». A perturbação étnica permite por certo ao indivíduo estabelecer uma relação com o seu grupo, mas pode representar quer uma submissão ao ideal do grupo, quer uma oposição aberta a este ideal.

— Por outro lado, se a natureza da perturbação étnica está em conformidade com o conflito intrapsíquico subjectivo do indivíduo, a perturbação étnica não pode mais

(6) As estatísticas revelam-nos 4 mortes em 318 tentativas, número 6 vezes inferior à média mundial.

ter o seu papel de temporizador. Se uma mulher marroquina — apresentando um acesso de melancolia no qual o voltar da agressividade contra si própria e a tendência à autodestruição são importantes, recorra à tentativa de suicídio (modelo de comportamento negativo), é provável que o seu gesto conduza à morte, porque será a expressão do seu conflito individual, muito mais do que um comportamento estandarizado.

É assim que o senhor B., que apresenta uma problemática paranóica baseada numa crença cultural, vai ao encontro do fim que procura, revelando assim o seu delírio. Isso demonstra que a desordem étnica não pode funcionar de qualquer maneira e, é assim, que ela pode fornecer ao clínico informações.

Por meio do sintoma étnico que o senhor B. apresenta ao terapeuta, ele exprime uma situação (aspecto ofensivo) e esconde um conflito (aspecto defensivo). Ora, numa terapia intracultural, o paciente e o terapeuta conhecem o sentido desta desordem: «o grupo tem teorias explícitas quanto à natureza e às causas destas desordens e ideias precisas sobre os seus sintomas, evolução e prognóstico» (4). Se o terapeuta não analisa e trata senão o aspecto ofensivo deste sintoma, favorece o recalamento do conflito e escotomiza o aspecto defensivo. Não é senão aceitando observar o que se esconde por detrás (ou sob) da desordem étnica, que o clínico fará o seu trabalho de terapeuta. Mas, para poder fazê-lo, é-lhe necessário reconhecer que o «renunciar, tanto como o dissimular da identidade, são ao mesmo tempo defensivos e ofensivos» (6).

A perturbação étnica apresenta, concretamente, um aspecto cultural, mas este aspecto deve ser interiorizado para poder funcionar como defesa «reorganizadora» do eu: é uma fronteira entre o dentro e o fora, sobre a qual o indivíduo pode evoluir em segurança relativa. O clínico, ao reconhecer a perturbação étnica como um elemento que faz

parte, tanto por fora (a cultura), como por dentro (o indivíduo) reconhece o paciente na sua unicidade e na sua individualidade, sem por isso negar a sua pertença a um grupo. Uma pessoa do Magrebe que utiliza a crença nos *Inounn* parece inicialmente em harmonia com a sua cultura; um francês que utilizasse o mesmo sintoma apareceria como estranho, mesmo aos profanos.

Sabe-se que a cultura do Magrebe favorece o recalamento da agressividade e a projecção do seu contrário, isto é, o sentimento de perseguição. Já que esta «directiva implícita» é fornecida através dos mitos, das crenças e dos contos tradicionais, é neste sentido que a crença nos *Inounn* constitui uma perturbação étnica privilegiada.

No decorrer da terapia, soube que a primeira mulher do senhor Bernous tinha apresentado inicialmente os mesmos sintomas que a minha paciente e que, na sequência disso, o marido a acusou de ser conivente com os seus persecutores e de que ela queria matar a criança da qual ele em seguida a separou. Desta forma, pela utilização subjectiva de uma desordem étnica, o senhor B. parece viver a sua loucura por procuração (3).

Searles pôde, através da sua experiência com os psicóticos contactar que «a instauração de toda a interacção interpessoal que tende a favorecer um conflito afectivo no outro — que tende a fazer agir umas contra as outras, as diferentes áreas da sua personalidade — tende a torná-lo louco. Este esforço é conduzido a um nível essencialmente inconsciente» (11).

CONCLUSÃO

A complexidade deste caso (ou destes dois casos) provém essencialmente da interacção entre, por um lado, os sintomas da senhora B. e, por outro, a personalidade do seu marido.

Fazendo uso de uma sintomatologia histeriforme, ela comporta-se de maneira

«adaptada» (no quadro cultural do Magreb) e tenta resolver o seu conflito pulsional de maneira adequada. Os *Jnounn* são uma parasitagem provocada pelo marido, contra o qual ela se bate. Desta forma, no primeiro sonho que me contou, ela via os *Jnounn* armados de facas, que queriam matá-la e que se pareciam todos com o marido. Apesar do simbolismo sexual, é difícil negar o aspecto persecutório que este sonho exprime.

Foi a inadequação deste tema cultural que serviu de sinal de alarme.

«A cultura é antes de mais um sistema estandardizado de defesas e por consequência solidária em alto grau com as funções do eu... Neste sentido, não se pode considerar o “carácter étnico” simplesmente como um tipo de estrutura do Supereu e do Ideal do Eu. Considerar-se-á melhor como uma forma especial da estrutura do eu, caracterizada por um arranjo distintivo, ainda que variável, dos mecanismos de defesa.» (2)

Através da nosografia etnopsiquiátrica, Devereux indica como funcionam estes mecanismos de defesa ao nível da cultura. Eu tentei por meu lado, mostrar como cada indivíduo, respeitando o *envelope* cultural, utiliza, apesar disso, a perturbação étnica à sua maneira, a fim de manifestar a existência de uma identidade (muito dele) ao seu terapeuta. É esta distância individual, em relação à perturbação étnica enquanto modelo, que o terapeuta deve propor-se escutar.

RESUMO

A interacção clínica, num contexto intercultural, obriga o terapeuta a prestar especial atenção à contratransferência.

Enquanto que a teoria habilita alguns a distinguir similaridades entre pacientes que sofrem de desordens psicológicas da mesma espécie, a prática clínica prova que o vínculo terapêutico se forma e evolui através daquilo que é mais característico em cada paciente.

*Um caso clínico mostrará que a nosografia etnopsiquiátrica não é simplesmente um conjunto de conceitos teóricos; é indispensável em toda a prática clínica. Examinarei a importância do factor cultural na formação do diagnóstico e também do uso subjectivo que o paciente pode fazer do traço cultural: da crença nos *Jnounn*.*

*A senhora Bernous, uma mulher marroquina de 19 anos, foi-me encaminhada por causa dos seus «ataques de histeria». Juntamente com queixas somáticas ela expressava o medo de ser enfeitada pelos *Jnounn*. Logo que pus a hipótese de a ideia lhe ter sido sugerida pelo marido, pedi para vê-lo. A entrevista com o marido revelou a presença de delírios paranóicos que, apesar de expressos de uma forma cultural (*Jnounn*), revelou a presença de conflitos psicológicos. Os sintomas da senhora B. apareceram, assim, para constituir uma defesa contra o facto de poder ser oprimida pelos delírios do marido.*

*Este caso realça as funções tanto ofensiva como defensiva das perturbações étnicas. Enquanto a senhora B. tentava, através dos *Jnounn*, salvar o seu equilíbrio psicológico, o senhor B. podia usar esta mesma crença cultural apenas como meio de exteriorização do seu conflito subjectivo: ao usá-lo assim, ele desculturalizou o traço cultural.*

A desordem étnica, como sintoma, parece estar sujeita às leis que governam também os mecanismos de defesa; conserva fora da esfera do consciente o traumatismo que está na origem do conflito. Assim, é em primeiro lugar e acima de tudo um sistema de defesa, que preserva a repressão e facilita a protecção do Ego, mas somente à custa de um empobrecimento. A desordem étnica deve preservar a coesão entre as exigências do Ego e as do mundo exterior. Se esta função não é utilizada, a perturbação étnica desculturaliza-se e perde o seu significado: deixa de ser étnica.

A perturbação étnica tem um aspecto cultural.

REFERÊNCIAS

- (1) DEVEREUX, Georges: 1951 — *Reality and Dream*. New York (2.^a edição 1969).
- (2) id.: 1952 — «L'ethnopsychiatrie comme cadre de référence». *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970, pp. 84-106.
- (3) id.: 1956 — *Therapeutic Education*. New York.
- (4) id.: 1956 — «Normal et anormal». *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970, p. 1-83.
- (5) id.: 1966 — «Dedans et dehors: la nature du stress», *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Paris, Flammarion, 1972, p. 51-63.
- (6) id.: 1967 — «La renonciation à l'identité: défense contre l'anéantissement», *Revue Française de Psychanalyse*, 31, p. 101-142, 1967.
- (7) FREUD, Sigmund: 1924 — «Névrose et Psychose», *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 1973, p. 283-286.
- (8) id.: 1924 — «La perte de réalité dans la névrose et dans la psychose», *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 1973, p. 299-303.
- (9) MARGOLIS, Gerald J.: «Identité et Secret», *Nouvelle Revue Française de Psychanalyse*, 14, p. 131-140, 1976.
- (10) NATHAN, Tobie: «Sexualité idéologique et névrose», *Bibliothèque d'ethnopsychiatrie*, Claix, La pensée sauvage, 1977.
- (11) SEARLES, Harold: «L'effort pour rendre l'autre fou», *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 12, p. 23-48, 1975.

ETHNOPSICHIATRICA

REVISTA DE ETNOPSICHIATRIA
DIRIGIDA POR GEORGES DEVEREUX

Esta revista é consagrada ao estudo da psicopatologia (individual ou colectiva) nas suas relações com as estruturas e processos socio-culturais

Publica:

- TRABALHOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS
- RESULTADOS DE INVESTIGAÇÕES EM CLÍNICA OU DE CAMPO
- ESTUDOS SOBRE O SABER, AS CRENÇAS E AS PRÁTICAS PSICHIÁTRICAS DE SOCIEDADES NÃO OCIDENTAIS
- INVESTIGAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS CULTURAIS DA PSICHIATRIA MODERNA, ESTUDADA ENQUANTO ETNOCIÊNCIA

A ASSINATURA DEVE SER FEITA PARA:

EDIÇÕES LA PENSÉE SAUVAGE

BP 141 — 38002 — Grenoble Cedex (France)

ACOMPANHADA DE CHEQUE POSTAL

Particulares — 100 F

Estudantes — 80 F (enviar fotocópia do cartão de estudante)

Instituições — 180 F