

ETNOPSICANÁLISE DO "SUSTO" NA CULTURA POPULAR CHILENA

Mauricio García P.

Psicanalista (Sociedad Chilena de Psicoanálisis - ICHPA), Ph.D. em Psicologia (U. C. de Louvain). Director da Escuela de Psicología, Universidad Alberto Hurtado, Professor Auxiliar na Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile.

Nos nossos dias tornou-se quase uma banalidade dizer que para compreender, diagnosticar e tratar as doenças, sofrimentos e mal-estares humanos, é necessário considerar a cultura dos pacientes. Diz-se "há que ter em conta o aspecto cultural". No entanto não é assim tão óbvio o que isso significa, como tão pouco é clara a forma de ter em conta a cultura do outro. Respeitando simplesmente aquilo a que chamamos as suas "crenças"? Na melhor das hipóteses será o que irá acontecer já que, historicamente, na América Latina o que mais se tem reiterado tem sido uma deslegitimação crónica das representações populares por parte dos agentes de saúde: as pessoas acreditavam em bruxos, nas "almas" e noutros espíritos, por desconhecerem as "verdadeiras" causas da doença.

O simples facto de nos posicionarmos face a estes discursos pensando que se trata de crenças, implica a tomada de posição etnocéntrica: "aquilo em que as pessoas acreditam não é verdade pois, de outra forma, tratar-se-ia de um saber e não de uma crença". Os antropólogos não deixaram de denunciar este erro intelectual que, apesar de tudo, persiste.¹

A vantagem do conceito de representação cultural é que tem um carácter mais neutro e não emite um juízo de valor sobre a verdade ou falsidade do discurso, ocupando-se apenas da sua estrutura, da sua lógica e do seu sentido.²

O objectivo deste artigo é o de introduzir um método de aproximação a este tipo de fenómenos com um certo rigor de análise e de forma pertinente para a clínica com pacientes de sectores populares.

No Quadro 1 apresenta-se a prevalência de diferentes doenças tradicionais no Chile no ano de 1974. É provável que tais valores tenham diminuído desde então, porém continuam a ter uma representatividade importante, em particular a bruxaria, ou os "males", designação que é frequente escutar na clínica com pacientes de sectores populares.

Quadro 1
REPRESENTATIVIDADE DE DOENÇAS TRADICIONAIS NO CHILE

Doenças tradicionais	Representatividade	
	Homens	Mulheres
Susto	41%	44%
Clumes	40%	37,5%
Ataques	36,5%	39%
Arremon	39,5%	49%
Indeciso	37%	33,5%
Exaltamento	34%	34%
		total
		85%
		77,5%
		75,5%
		74,5%
		70,5%
		68%

Fonte: Grebe, Javier Fator e Segura, José. "Psicología y Medicina en Chile", in *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, nº 20, 1974, pp. 367-381.

Segui um método etnográfico e clínico de recolha do material. A razão desta dupla entrada decorre do facto de não poder pressupor-se que os discursos apareçam da mesma maneira em ambos os dispositivos, pois na clínica é o sujeito que traz um pedido de ajuda ou de cura, enquanto que no dispositivo etnográfico é o investigador que coloca um pedido de "informação" ou um testemunho aos seus informantes.

Para desenvolver uma análise significativa, optámos por restringir o estudo a uma das doenças, o "susto" ou "espanto". Incluí-las a todas significaria incorrer no risco das generalizações, sem que se pudesse aprofundar qualquer delas. Para além disso, optei por centrar a análise em alguns pontos que me parecem particularmente relevantes e que decorrem de problemas da análise antropológica inicial. Haverá, pois, muitos aspectos do material que não serão analisados.

O susto ou espanto: breve descrição etnográfica

O "susto" é um modo de ordenar o sofrimento pela sua causa presumida e pela sua "forma de apresentação" sintomática. Esta diferenciação é fundamental pois, tendo-a em conta, é impossível fazer coincidir esta perturbação, ou qualquer outra doença tradicional, com doenças ou quadros da nosologia médica ou psiquiátrica. Fazê-lo seria uma demonstração de etnocentrismo, que não teria em conta a diferença na lógica segundo a qual se fazem as distinções. Foi isso que um projecto intelectual na América Latina fez: reagrupou o seu campo de investigação sob o conceito de "psiquiatria folclórica"³, e que não teve nem continuidade nem deu frutos particularmente relevantes.

Os sujeitos que pudemos atender ou entrevistar, todos eles homens, (nunca encontrei uma mulher vítima de "susto", ao contrário de Grebe y Segura, 1974), assinalam que esta perturbação se contrai como consequência do encontro com um espírito feminino chamado Fantasma. Um dia, quase sempre de noite, encontraram esta mulher velha, a qual é geralmente vista de costas, vestida com uma grande túnica negra, sendo apenas visíveis os seus tomazelos. Mas se se tiver a má sorte de ver o seu rosto, então o sujeito fica terrorizado. É um rosto horrível, com dentes enormes, exala fogo pela boca e tem um olhar que hipnotiza: uma vez apanhado por esse olhar, a pessoa não consegue iludi-lo nem evitá-lo.

Os efeitos são diversos: um medo generalizado, a sensação de que a vida se detém e se fragmenta, perda da sua força vital ou mesmo da alma, como veremos. Os sintomas mais frequentes são: paralisia transitória, mutismo e impotência sexual.

Como terapêutica espontânea os sujeitos recorrem ao vinho, ao "pisco"⁴ ou à aguardente. Segundo a tradição oral estes seriam os únicos "antídotos" para a Fantasma. Apenas alguns se tornam alcohólicos, ficando a maioria no estágio de bebedores excessivos, mas o que é importante é que, para estes pacientes, beber é a forma de se curarem. O discurso explora aqui a ambiguidade do significante de beber no Chile que, por um lado, significa curar-se e por outro ficar ébrio. No plano significante unem-se saúde e ebriedade, e talvez seja isto o que subjaz ao facto de brindarmos dizendo "salud!"

³ A este respeito, ver a revista *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, entre os anos 1970 e 1975, onde existem muitos artigos sobre o tema e cometendo quase todos o erro de fazer corresponder as doenças tradicionais a categorias do diagnóstico psicopatológico e psiquiátrico.

⁴ Variedade de aguardente com elevado teor alcohólico, típica do Chile e do Peru. (N. da T.)

⁵ "contra" no original.

¹ Ver sobre este tema POUILLON, Jean, "Remarques sur le verbe croire", in POUILLON, Jean (Ed.), *La fonction symbolique*, Gallimard, Paris, 1979

² GARCIA, Mauricio, "Mito y Fantasía: en torno a Lévi-Strauss y el psicoanálisis", in *Revista Chilena de Psicoanálisis*, nº 9, 1988, pp. 55-67

Bebem no bar e o bar popular no Chile é um espaço muito particular, sempre à meia luz, organizado em mesas dispersas que funcionam como núcleos confessionais, onde se fala em voz baixa. A maneira de medir o tempo é também particular: ninguém vai ao bar por uma hora, vai-se tomar duas ou três garrafas de vinho. Instaura-se uma maneira qualitativa de medir o tempo, o que recorda o espaço do templo, o espaço ritual. Este clima está presente no romance de Vargas Llosa, *Conversa na Catedral*, onde, após algum tempo de leitura, descobrimos que a Catedral é afinal um bar. Não pretendo desenvolver este tema no âmbito do presente artigo, pode dizer-se que estes pacientes tentam recriar um espaço ritual para que o álcool possa ser simbolicamente eficaz. Tentam recorrer às coordenadas dos dispositivos rituais das suas subculturas de origem já que, na sua grande maioria, são imigrantes ou filhos de imigrantes de regiões rurais ou semi-rurais do país.

O desejo sexual da Fantasma é tão ardente como o fogo que deita pela boca. Alguns sujeitos dizem ter sido violados por ela, outras tratam-na por "puta", insaciável, perversa, ou outros qualificativos que fazem referência a uma sexualidade que ultrapassa todos os limites. Os sujeitos percebem um excesso no desejo da Fantasma, excesso que figura o sexual como devoção.

Fala-se dela às vezes com temor e reverência, e às vezes rindo em tom de brincadeira ou ironia. Por vezes fala-se dela com a finalidade de censurar a sexualidade dos ouvintes, sobretudo dos filhos, e às vezes é invocada para confessar aos outros o Inconfessável, de acordo com as normas sociais e religiosas.

O olhar da Fantasma é o centro do seu poder, é a partir dele que esse espírito "toma" o sujeito e o possui.

O caso de Pablo

Pablo veio de Talca para Santiago aos 16 anos em busca de trabalho. Começa como carregador, a seguir trabalha nas vindimas e finalmente, com a ajuda de um primo, é contratado por uma empresa têxtil onde está agora. Tem 34 anos no nosso primeiro encontro.

"Dói-me o corpo todo, os ossos, custa-me a dormir e tenho pouca energia: por isso a doutora aconselhou-me a vir cá". Refere ainda que há momentos em que sente uma angústia horrível, fica paralisado, "mas não é de vez em quando". Menciona, de passagem, algumas dificuldades com a ex-mulher, relacionadas com a morte da sua mãe há alguns anos. Não fala muito, "custa-me falar". E o peso desta dificuldade faz-se sentir no dispositivo.

Introduzo o desenho e falamos daquilo que desenha. Desenha uma lua com uns enormes dentes. Pergunto-lhe o porquê dos dentes e diz: "Porque com a meia lua os espectros aparecem". Digo-lhe que essa lua me faz pensar na Fantasma. Esta interpretação ousada leva-o a dizer algo que não tinha dito nem ao psiquiatra nem a mim, porque pensava que ignorávamos as "doenças secretas", "as coisas antigas": "eu não estou doente, eu tenho o "susto", a fantasma tem-me preso, agarrado".

A partir deste momento a situação muda. Pablo começa a falar e raramente recorre ao desenho. O meu reconhecimento do discurso cultural instala a transferência e ele começa a chamar-me "entendido" que, no calão popular, significa curandeiro, mas percebe que se trata de um signifiante local para assinalar a posição do sujeito suposto saber.

Pouco antes de separar-se da sua mulher, há dois anos, "encontrei-me com a Fantasma na rua. Antes tive sonhos com ela, mas nunca pensei que tal encontro pudesse acontecer". Descreve o encontro como uma "visão forte". Apesar do escuro "vi os seus dentes horríveis e esses olhos insuportáveis". Não se recorda do que aconteceu depois, mas tem a certeza de que a Fantasma fez tudo com ele, incluindo ter relações sexuais. Volta a si e encontra-se abandonado na rua, com a roupa rasgada, a suar e com os olhos inchados. Levou horas para conseguir chegar a casa, pois tinha-se desorientado.

A sua mulher não acreditou na história, acusando-o de ter ido fazer uma farra. Não quis falar com médicos por recear ser considerado louco e internado. Falou com alguns amigos e com uma mulher velha do seu bairro. Todos estes interlocutores reconheceram (diagnosticaram) o seu estado como "susto", dizendo que o "antídoto" era "tomar". "Desde então mantenho-me com o 'biberão', diz. Não me queria falar disto com receio de ser considerado alcohólico. Desde este encontro Pablo sente-se desesperado, em tremor e temor permanente: "a minha vida partiu-se ao meio e parou".

Pergunto: Quando começaram os sonhos prévios ao encontro com a Fantasma? Poucos meses após a morte da minha mãe". A sua esposa opôs-se a que ele fosse ao enterro e limitou-se a enviar flores e a escrever uma carta à família. Há já alguns anos que não visitava os seus. "Não devia ter feito isso, não é bom esquecer a família e a própria terra". Acredita que é por causa deste esquecimento que a Fantasma o procurava em sonhos.

Juntamente com os sonhos começaram as dores de ossos, que se acentuaram depois do encontro com a Fantasma. Dói-lhe muito as articulações e tinha dificuldade em realizar uma série de tarefas quotidianas, como subir e descer escadas, vesti-se, carregar coisas pesadas, etc. "Sentia que o meu corpo pesava o dobro" e, ao dizer isto, recorda um sonho desse período: "vejo o esqueleto da minha mãe num caixão, vestida com o vestido de noiva da minha ex-mulher". Ao terminar de narrar o sonho, pergunta-me se ouvi o ruído que fizeram os seus joelhos. Digo-lhe que não, mas fico a pensar que é o que deveria escutar. Penso numa identificação com a mãe morta, num luto impossível.

Mas ele insiste em falar de possessão, não de uma perda, mas de um excesso. Percebo que este discurso lhe permite falar dos lutos que articulam a sua vida, mas sob a estratégia narrativa da possessão, até ao seu corpo, ao seu esqueleto.

Nunca interpretei a Fantasma, já que é o operador cultural que lhe permite associar. Mas interpretamos a dor de ossos: "você leva o esqueleto da sua mãe às costas porque não pode despedir-se dela". A sua mãe tinha-lhe dito que quando não podermos despedir-nos de alguém, temos que conservar algo dessa pessoa, nem que seja um pouco de lixo que deixou esquecido: os ossos.

Telefona-me para me pedir que interceda junto da administração do hospital, pois não lhe deram todo o troco da última vez que veio à consulta.

Digo-lhe que para isso não necessita da minha mediação, que pode dirigir-se directamente às caixas. Na sessão seguinte conta-me que não passou pelas caixas porque, no fim de contas, não sabe se pagou a mais ou a menos. Digo-lhe: "Não sabe se lhe devem ou se é você o devedor, porque ainda não pôde ser um devedor". Pablo chora serenamente. Apercebo-me de que é nesta divisão que a minha mediação é necessária, o que já tinha sido enunciado por telefone, mas deslocado para uma questão de outra ordem.

Depois desta sessão vai a Talca e visita a sepultura da sua mãe, fala-lhe, passa pela posição de devedor e os sintomas começam a entrar em remissão. Dorme melhor e recupera o gosto pela vida. No entanto, para Pablo, eu tinha "sangue forte" e foi por isso que a Fantasma o deixou em paz.

Nas últimas sessões contou que visitou a ex-mulher. Foi até ao pátio e a relva estava tão crescida que não conseguiu ver as roseiras que se lembrava de ter plantado havia muito tempo. "Cortei a erva seca, tirando as ervas daninhas, enterrando os meus dedos até às raízes, puxando-as uma a uma, até encontrar as roseiras". Bela metáfora do que havíamos feito. Tirar a erva seca, os esqueletos mortos, para dar lugar ao que de novo havia nele.

Já não pensa na Fantasma como um ser horrível, "é como se os seus olhos tivessem sido os meus", disse. De certa forma, a Fantasma funcionou como um outro através do qual Pablo pôde construir um caminho até à dor, desenterrar algumas raízes e apropriar-se parcialmente da sua história. Em certo sentido, a Fantasma tinha-lhe permitido conhecer-se.

Análise antropológica da lógica subjacente à doença do "susto" ou "espanto"

O material apresentado mostra-nos que a "causa" da doença é o encontro com a Fantasma e o álcool seria a terapêutica, ainda que esta não seja sempre eficaz.

Os desenvolvimentos recentes na antropologia da saúde e da doença, permitem-nos deduzir e construir um modelo etiológico e um modelo terapêutico subjacente ao material apresentado. Irei refêr-me fundamentalmente à obra de Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, em que expõe as categorias de base que estruturam os diferentes modelos etiológicos e terapêuticos, sejam ou não científicos. Deste modo, põe em destaque as "estruturas elementares" da doença e da terapêutica, com o objectivo de construir modelos que se encontrem a meio caminho entre as tipologias e as estruturas formais operatórias de Lévi-Strauss.⁶

O interesse do trabalho de Laplantine para o meu objectivo é que o autor tem como exigências:

- a) que os modelos sejam diferentes das normas interpretativas elaboradas por distintas culturas;
- b) que procedam de uma ruptura epistemológica relativamente à realidade empírica, que é o mesmo que dizer que um modelo é entendido como uma construção teórica que não substitui o discurso dos doentes nem dos médicos, já que tem por finalidade dar a conhecer os ditos discursos, pondo em evidência o que eles dissimulam;
- c) que os modelos tenham um carácter intercultural.

Modelo etiológico da doença do susto

a) **Substancial (Ontológica)/Relacional:** a etiologia de uma doença pode ser entendida ontologicamente ou relacionamente. A interpretação ontológica considera que a causa é "algo": uma substância, uma lesão, um espírito, etc., uma entidade patogénica, qualquer que esta seja. Pelo contrário, uma interpretação relacional expressa a causa em termos de alteração ou ruptura de um equilíbrio: do equilíbrio interno, entre o humano e o cosmos, entre o humano e a envolvente social ou outras variantes. De qualquer maneira, nestas segundas interpretações, a doença é entendida em termos de ordem alterada, seja por excesso ou por

falta. No material que recolhi, a Fantasma corresponde a uma interpretação ontológica, pois trata-se de um ser. No entanto, a ideia segundo a qual a Fantasma "agarraria" somente aquele que "anda mal na sua vida" revela que o encontro maléfico só em parte é provocado pelos actos do sujeito ou do seu estado psíquico. Deste ponto de vista, ainda que de maneira secundária e menos contundente, encontramos uma interpretação relacional da etiologia do susto. Há, portanto, uma certa ambiguidade neste eixo do modelo.

b) **Endógena/ Exógena:** neste segundo eixo encontramos uma ambiguidade no nosso material. A etiologia do "susto" parece ser interpretada como algo exógeno, uma vez que a Fantasma é um factor exterior. No entanto há elementos do discurso que dão conta de um endogeneidade, no sentido de que os actos psíquicos do sujeito são interiores. Esta ambiguidade poderia indicar na verdade uma dupla interpretação, dois níveis lógicos que se sobrepõem, pelo que há que estar atento ao pluralismo etiológico e terapêutico. Sobre este tema Laplantine observa que os sistemas médicos dominantes podem tender a anexar outros sistemas dominados. Haveria também certos sistemas aparentemente inexistentes, repelidos para a periferia do social, ou inclusivamente reprimidos, mas que não deixam de estar presentes, sobretudo sob a forma de fantasias, que se expressam precisamente nas situações de crise, cujo protótipo seria a doença. Deste modo, a interpretação ontológica e exógena, que considera a Fantasma como a etiologia da doença, poderia estar mascarando, reprimindo, uma interpretação relacional e endógena. Devemos, pois, estar atentos à existência de mais do que uma lógica no discurso do susto.

c) **Aditiva/Subtractiva:** as interpretações aditivas pensam a doença em relação a um excesso, a algo que se acrescenta, enquanto as subtractivas se referem a uma falta. No domínio da medicina científica, por exemplo, um tumor é interpretado como um agregado. Pelo contrário, uma úlcera ou uma necrose são melhores compreendidas com uma subtractiva. Em termos gerais, a interpretação aditiva induz uma pré-compreensão positiva da doença, a qual seria uma presença e não uma ausência de algo, como acontece na interpretação subtractiva. Laplantine mostra que nas sociedades ocidentais contemporâneas a doença é vivida como uma presença e não como ausência, como algo que "está a mais", e do qual nos temos de desvencilhar. Expressões correntes como: "tive apendicite", "tenho cólicas", "tenho reumatismo", "estou em baixo", etc., mostram que se trata sobretudo de uma agregação indesejável. O "espanto" que resulta do encontro com a Fantasma, parece responder a uma interpretação logicamente aditiva uma vez que, segundo o discurso, a Fantasma "entra", "toma" a pessoa, "viola" a subjectividade e a corporalidade das vítimas. Tão fundamentalmente aditiva é a representação em questão que alguns pacientes chegam a dizer que mesmo muitos meses depois do encontro continuam a sentir o odor da Fantasma na sua pele, e continuam a sonhar incessantemente com ela, sofrendo numa verdadeira dinâmica de possessão. A Fantasma parece ser um excesso indesejável do qual a pessoa se tem de purificar, lavar-se pela mediação do álcool. No entanto, há novamente alguns matizes que, ainda que secundários, dão conta de uma lógica subtractiva. No discurso dos meus pacientes e informadores etnográficos, a vivência do "susto" expressa-se de maneira subtractiva. Os sintomas mais frequentes são a perda da fala, a perda da capacidade de caminhar e de trabalhar, a impotência sexual, a perda da energia

⁶ Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, Bayot, Paris, 1992.

vital. Neste plano, mais do que uma agregação, trata-se de uma subtração. No entanto poderíamos dizer que estes são os efeitos do encontro com a Fantasma, e esta, como etiologia, é fundamentalmente ativa. Dar lugar a esta lógica subtractiva faz todo o sentido, em especial no carácter depressivo que tem a forma de apresentação habitual do "susto", e também por alguns antecedentes históricos: entre os Quechuas o "susto" era entendido como uma perda ou voo da alma.⁷ As mesmas conclusões encontram-se em estudos feitos entre os Aymaras da serra boliviana e peruana.⁸ Estes antecedentes colocam a questão de se o "susto" não dará conta de uma perda vivida sobre a forma de uma possessão. Voltarmos a este aspecto mais tarde. Por agora, para se ser fiel ao discurso dos actores sociais, há que aceitar o facto de que para eles a etiologia do "susto" é fundamentalmente algo que se acrescenta à existência.

d) Benéfico/Maléfico: a interpretação maléfica da doença, a mais frequente no Ocidente, considera toda a doença como indesejável, nociva, como uma aberração a suprimir. A doença acaba por ser vista como "figura do mal", da anti-vida, e a saúde toma o estatuto de valor. "Na nossa cultura - escreve Laplantine - a saúde é o protótipo de todo o valor, e isto desde a etimologia da palavra valor que deriva de *valere*, que significa andar bem".⁹ Assim a doença é entendida nesta interpretação como desvio, não só biológico mas também social. O doente vive-se e é vivido pelos outros como um ser socialmente desvalorizado.¹⁰ Contrariamente, as interpretações em termos de benefícios consideram a doença como um componente positivo da vida, como uma mensagem a ser decifrada para bem do indivíduo ou mesmo da comunidade. Em algumas culturas a doença é um símbolo valorizado da luta da vida contra a morte. Um exemplo antropológico desta interpretação é a maneira como as sociedades onde predomina o Xamanismo interpretam a viagem-doença do Xamã, o que fará dele um ser capaz de curar. Um exemplo que nos é mais próximo é a reivindicação que alguns autores fazem da noção de "crise" para interpretar a doença. A doença vivida como "crise" seria um dos meios fundamentais para construir o sentido da existência.¹¹ Este par

lógico "maléfico/benéfico" recorda aquele de Lévi-Strauss "antropofagia/antropemlia" (*emlie*, do grego *emlein*: vomitar, rejeitar). Este autor pensa que se o Ocidente se interessou tanto pela antropofagia é porque praticou o inverso, a antropemlia. Tais sociedades em vez de integrar os doentes, ou indivíduos temidos, tenta neutralizá-los expulsando-os para fora do campo social, asilando-os em estabelecimentos destinados a esse fim.¹² Com Foucault, diríamos que o que as sociedades antropémicas tomam a seu cargo, não é o doente ou o alienado mas o custo da sua expulsão ou reclusão.¹³ Esta diferença de interpretação parecer-se-ia especialmente relevante no que se refere às "doenças nervosas": as sociedades do primeiro tipo consideram estas doenças como algo de que têm de proteger-se e as vítimas serão desvalorizadas em algum grau, as segundas pelo contrário, criam um lugar para estes doentes, às vezes um lugar privilegiado, vendo neles não tanto doentes mas eleitos, pessoas com uma vocação que os qualifica para certas funções.¹⁴ A doença do "susto", parece estar sustentada por uma interpretação maléfica. A denominação da Fantasma como "pauto del malo" põe em relevo uma interpretação da doença como figura do mal, como algo nocivo e prejudicial. Sem dúvida, somos novamente obrigados a matizar, pois no contexto familiar raramente encontramos a atitude de rejeição ou de exclusão que caracteriza a interpretação maléfica da doença. É tão pouco encontramos uma nítida leitura deste tipo em termos de mensagem, ainda que alguns pacientes que sonharam

com a Fantasma antes de encontrá-la, dizem, de maneira retroactiva, que provavelmente esses sonhos indicavam que a Fantasma os buscava por alguma razão, o esquecimento dos seus, por exemplo. Em geral o doente acaba por ser integrado no sistema familiar e comunitário em alguns casos, os quais legitimam o consumo do álcool, apesar das consequências sociais: "dizem que não há outro 'antídoto' mais forte". Por outro lado, se prestarmos atenção à expressão "curado de espanto", vemos que esta se relaciona sem dúvida com a doença do "susto" ou "espanto" e que aí se formula uma lógica de outra ordem. A expressão significa que aquele que enfrentou experiências duras é capaz de enfrentar eventos difíceis que para outro seriam fonte de ansiedade e problemas. De alguma maneira isto corresponde à ideia da vacinação. O que isto enuncia é que aquele que passou pelo "espanto" e se curou torna-se mais forte, e isto corresponde a uma interpretação benéfica da doença. O "espanto" seria a ocasião de se tornar mais forte para enfrentar os problemas e sustos da vida. Estes sedimentos conservados na língua dão provavelmente conta de outra lógica para interpretar a doença, mais próxima das culturas latino-americanas pré-hispânicas, as quais tiveram uma forte componente xamanista e que, como assinala antes, vêem na doença uma oportunidade privilegiada de descobrir novas funções sociais para os seus membros.

Podemos esquematizar a lógica da etiologia do "susto" da seguinte maneira:

Modelo terapêutico da doença do "susto"

Quadro 2

LÓGICA DA ETIOLOGIA DO SUSTO

PRIMEIRO NÍVEL	SEGUNDO NÍVEL
Substancial: (a Fantasma é um ser)	Relacional: é tomado pela Fantasma aquele que anda mal na sua vida
Exógena: vem de fora; nos encontramos-la	Endógena: há características ou condições subjectivas que facilitam o encontro: andar mal na sua vida; adúltero.
Aditiva: possessão	Aditiva/subtrativa: dialéctica entre o excesso e a possessão e a perda da fala, percas motoras, perda da continuidade da vida, etc. ("mijar-se de susto", "borrar-se de susto")
Maléfico: a Fantasma é um espírito maligno, "pauto del malo"	Benéfico: quem sai do "susto" torna-se "curado de espanto"
- Lógica de adaptação à modernização - Lógica biomédica - Intenito Lectoris/Auctoris	- Lógica da resistência à modernização - Lógica Mapuche - Intenito Operts

⁷ ARIAS-SCHREIBER, M. P., "Susto ou le vol de l'âme: néphalophores corporelles dans le cadre d'un désordre ethnique", *in* *Nouvelles revues d'ethno-psychiatrie*, 8/9, 1987, pp. 123-137.

⁸ Rosing, Ina, *Diebstahl und Orte der Kraft: die weisse Heilung*, Vol. II, Nördlingen, 1988, Cap. 10, pp. 453-540.

⁹ Laplantine, F.: op. cit., p. 116.

¹⁰ À parte a obra de Laplantine já referida, ver sobre este tema, HEH, Claudine, *So-cologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, Paris, 1994.

¹¹ MALHENBE, Jean François, *Esquisse d'une philosophie de la maladie*, Document de travail, Séminaires de perfectionnement en éthique et philosophie de la médecine, Module n°1, Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine, janvier, 1992.

¹² Lévi-Strauss, C., *Tristes Tropiques*, Plon, Paris, 1955, p. 418.

¹³ Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.

¹⁴ Pouillon, J.: "Maladie et Médicin: le mème ou l'autre ?

a) **Homeopática/Alopática:** as medicinas tradicionais e não tradicionais sempre se esforçaram por estabelecer um vínculo entre um determinado complexo patológico e um dispositivo ou estratégia terapêutica. Nesta busca de correspondências (administrado sob a forma de medicamento ou de rito, ou os dois modos associados) impõe-se uma distinção: as correspondências são estabelecidas com base nas afinidades e similitudes que ligam o patológico com o terapêutico, ou então segundo oposições sendo que, neste caso, o antagonismo operado pela terapêutica viria a libertar da patologia.

Laplantine chama ao primeiro modelo "homeopático", pois consiste em reactivar ou apaziguar os sintomas pelo semelhante, ou seja, operar sobre a crise atravessada actuando no mesmo sentido que a doença. Isto opera sobre um princípio de identidade e a lógica é que "o semelhante cura o semelhante".

O segundo modelo é apelidado de "alopático", pois procura fazer desaparecer os sintomas pelo contrário da suposta etiologia. Opera sobre um princípio de alteridade relativamente à doença. A designação dos medicamentos como "anti" qualquer coisa (anti-bióticos, anti-depressivos, anti-dor, etc.) mostra como opera este modelo na medicina científica, coexistindo com o modelo homeopático, como se pode observar na vacina, onde a lógica é a prevenção da doença injectando uma pequena dose daquilo que a causa.

Em muitos meios terapêuticos, para se curar do "espanto", o álcool é chamado "anti" na cultura popular, o que corresponde a uma lógica alopática. O álcool é representado como o meio para combater o efeito devastador da Fantasma, opondo-se a ela. Como hipótese, eu diria que o álcool se opõe ao mal através de um efeito purificador, o qual foi registado em muitas práticas rituais pré-colombianas e actuais na América Latina. Como dizem alguns pacientes, tratar-se-ia de "lavar-se da Fantasma" ou de matá-la entre gole e gole¹⁵, ou de encontrar "algo com que lavar o coração".

Sem dúvida que, se considerarmos o estatuto de espírito conferido à Fantasma, a lógica do procedimento terapêutico de incorporar um fluido aparece como homeopática: trata-se de utilizar um fluido para actuar sobre algo que tem uma natureza fluida, sem consistência, um espírito. A lógica operante deste ponto de vista é curar através do semelhante. Seria necessário um fluido para poder produzir efeitos em algo que não tem a consistência da materialidade. Outro elemento que aponta nesta direcção é que a Fantasma é representada com uma natureza ardente: não só na sua sexualidade desmedida, mas também exalaria fogo pela boca. A utilização da aguardente, dentro dos álcoois considerados como "antídoto", indica que o ardente é tratado pelo ardente.

b) **Aditiva/Subtractiva:** analogamente ao plano etiológico, Laplantine mostra que a lógica terapêutica pode ser aditiva ou subtractiva. Se a causa da doença pode ser interpretada como um excesso ou uma falta, a terapia pode ser concebida como uma subtractiva, tirar o que está a mais, ou como uma adição, isto é, restituição ou preenchimento do que falta.

O álcool aparece como um meio terapêutico aditivo: é incorporado para o indivíduo se ver livre da possessão da Fantasma e do "espanto". Nisto não há matizes, pois não há nada de subtractivo nesta "alcooterapia". Deve admitir-se que a esta doença, à lógica etiológica aditiva dominante (mas não exclusiva, como vimos), se responde com uma terapêutica cuja lógica é também ela aditiva. É paradoxal, se se tiver em conta a investigação nas terapias tradicionais. A lógica destas práticas, como faz notar o próprio Laplantine, articula-se melhor sobre

uma oposição entre os planos: a etiologia aditiva opõe-se a uma terapia subtractiva e viceversa. Mais adiante retomaremos este assunto.

c) **Exorcístico/Adorcístico:** um terceiro nível que permite pensar a lógica subjacente às terapêuticas é o par "exorcístico e adorcístico". Na lógica exorcista, o terapeuta ou médico é um "combatente que lança uma guerra contra a doença que procura extrair e eliminar do corpo ou do espírito do seu cliente".¹⁶ A terapia assume o carácter de um combate e o terapeuta o de um guerreiro.

Inversamente, a lógica adorcista implica que o terapeuta ou médico se torne "o assistente ou iniciador do cliente"¹⁷ e a cura assume a forma de um acompanhamento e de um combate.

O conceito de "adorcismo" foi forjado por Luc de Heusch e designa a opção cultural onde a doença não é considerada como um mal, como no Ocidente, mas como um bem. A doença não é temida mas desejada, em vez de ser combatida é esperada, já que se liga a um nível de existência superior. Ao sistema de doença-maldição, opõe-se o de doença-escolha, que implica ser chamado a domesticá-la e a iniciar-se através dela e não a estirpá-la ou suprimi-la. Laplantine tem o mérito de distinguir graduações nesta matriz de significações que oscilam entre:

- a) a doença como valor, à qual correspondem atitudes terapêuticas de aceitação, indução, inclusive de amplificação da doença e
- b) a doença como sentido.

Existem atitudes terapêuticas que reconhecem na doença uma experiência fundamental e irreduzível à interpretação puramente negativa. Sem dúvida, essas interpretações não vão necessariamente procurar amplificar ou intensificar os sintomas.

Não é óbvio falar de doença na lógica adorcista. Poderá falar-se de cura ou terapêutica quando o objectivo não é um regresso ao estado inicial? Esta discussão iria afastar-me do meu propósito, no entanto o leitor pode debruçar-se sobre o texto de Laplantine no que se refere a esta reflexão.¹⁸

Neste plano lógico do modelo trata-se de abstrair o implícito à atitude do terapeuta. No entanto, no meu material não tenho informações directas sobre este aspecto, pois não assisti a sessões de curandeiros tradicionais para ver como operam, como se situam face à doença do "susto". Conto com o que alguns pacientes ou informantes disseram que ocorria durante as suas consultas a algum curandeiro ou "meica"¹⁹. Nos referidos testemunhos, alguns elementos fazem pensar que provavelmente a aproximação dos ditos curandeiros correspondia a uma lógica exorcista, uma vez que o "espanto" não é desejável para ninguém. No entanto, outros elementos fazem pensar que os curandeiros consideram a doença como uma possibilidade de construção de sentido, e não somente como uma negatividade a suprimir. Como indiquei na descrição etnográfica, o "susto" expressa muitas das vezes uma intenção de reconstrução de referentes identitários, como é o caso da verdadeira busca ritual que se instala no bar popular. De certa forma há ali uma tentativa de reconstrução de um espaço-tempo ritual que lhes faltava.

Por outro lado, a expressão "curado de espanto", dá conta justamente da doença como possibilidade de se tornar mais forte face aos embates da vida. Trata-se de um estado desejável, mas que tem como passagem obrigatória a doença do "susto". Estas indicações indirectas não bastam para dar conta da lógica da possessão sobre a qual o terapeuta se coloca nas práticas tradicionais e locais.

¹⁵ LAPLANTINE, L., op.cit. p.209.

¹⁶ Idem, ibidem, p. ?

¹⁷ Ver também Pouillon, J.: "Malade e Médecin: le mène ou l'autre? (rencontres ethnologiques)", in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°1, 1970, pp.77-113.

¹⁸ Nome dado à mulher com poderes mágicos na tradição mapuche.

Surge uma pergunta: que posição adoptar quando nós, profissionais de saúde, tratamos estes pacientes? Em que posição é colocada a instituição psiquiátrica e terapêutica por este tipo de pacientes? Em psicoterapia sabe-se que a possibilidade de produzir efeitos no paciente depende em grande medida da posição em que o paciente nos coloca. Muitos dos meus pacientes vítimas do "susto" (como também as vítimas de males por bruxaria) dizem-me, no início, que não valia a pena falar sobre o que lhes acontecia, pois nada poderia fazer por eles. Noutros casos, o paciente nunca dirá nada, ficando num mutismo obstinado ou numa atitude complacente que nos incomoda. Em todos estes casos o que é claro é que não somos interlocutores legítimos, não há transferência, não somos colocados na posição do "sujeito suposto saber" (Lacan).

Na minha experiência com pacientes de cultura popular, a condição para ser investido como agente terapêutico foi o reconhecimento activo da minha parte das representações culturais. Isto significa reconhecê-las como teorias legítimas para ordenar e interpretar o sofrimento do sujeito e usá-las no tratamento como verdadeiros núcleos subjectivos que permitam ao paciente associar, pensar e recriar a sua história, como se observa no caso de Pablo.

A perda vivida como possessão

São muitos os aspectos que mereceriam análise mais detalhada, mas quero deter-me nos pontos tecidos da análise antropológica, reflectindo sobre as suas insuficiências ou contradições. São justamente as contradições, das quais a análise antropológica não consegue dar conta por si, que obrigam e justificam a interpretação psicanalítica do material. A "complementaridade" da etnopsicanálise proposta por Devereaux¹⁹ tem justamente este sentido. Tanto no domínio da antropologia como no da psicanálise a investigação vê-se confrontada com problemas que exigem o recurso a outra ciência. Trata-se de uma exigência de método, para resolver impasses na investigação e não de um princípio epistemológico, mesmo quando a complementaridade possa ter consequências neste domínio.²⁰

A análise antropológica permitiu-nos captar um problema entre a lógica etiológica e a lógica terapêutica: a uma lógica fundamentalmente activa da Fantasma como causa do "susto" opõe-se uma "alcooterapia" também activa. Dizia que isso é contraditório com o que defende a investigação sobre os sistemas tradicionais da doença, onde há sempre uma relação de oposição entre a lógica etiológica e terapêutica, de tal maneira que a etiologia activa se opõe a uma terapia subtrativa e vice-versa.

Se no "susto" a terapêutica espontânea é claramente activa, podemos inferir então que a dimensão subtrativa da etiologia, que descriptivamente aparece como secundária, é na verdade essencial e a mais importante. Neste sentido, a doença do susto é uma forma de falar da perda em termos de possessão. Onde o sujeito, como Pablo, insiste em falar de excesso, de algo que o habita e que ele quer extrair da sua subjectividade e do seu corpo, existe na verdade uma perda, um luto. Esta ideia é mais convergente com os mais antigos discursos sobre o "susto", como entre os Quechuas por exemplo, para quem o "susto" dava conta de uma perda da alma, caracterizada por sintomas depressivos, tristeza, debilitação das faculdades psíquicas, perda de energia e força, tendência ao isolamento, insónia e anorexia.²¹

O mesmo concluíram estudos feitos junto da população Aimara da serra boliviana.²²

Em África apresenta-se uma forma quase oposta que se liga a estados de excitação e agitação intensa como consequência de encontros com seres terríficos.

No entanto, estes argumentos históricos não são suficientes para entender o porquê da perda ser vivida e representada como possessão. A este respeito é interessante a ideia segundo a qual para o inconsciente é impossível representar a ausência de objecto e tal ausência seria sempre vivida e inscrita como uma presença atacante.²³

Neste sentido, a Fantasma seria um objecto fantasiado que vem traduzir a experiência da perda, não como ausência mas justamente como uma presença persecutória, má e atacante.

Segundo outro ponto de vista, é interessante fixar a atenção no facto de que a representação em termos de possessão mascara, embora não por completo, a questão da perda, pois os sintomas depressivos estão presentes. O que falta é o discurso da perda. A pergunta que surge então é: por que é que o discurso do "susto" e não necessariamente a experiência dos pacientes, apresenta as coisas em termos de possessão e não de perda? Responder a esta pergunta, para além do formalismo da análise lógica, permitir-nos-á entender qual o interesse vital que tem tal estratégia narrativa do adoecer depressivo.

A minha hipótese é de que o discurso do susto, enquanto estratégia narrativa, não está somente destinado a mascarar, negar ou desmentir a vivência depressiva, mas que a noção de possessão produz um efeito que protege o sujeito da melancolização e da "renúncia simbólica", tão característica do espectro depressivo.

Poder-se-ia objectar que esta hipótese corresponde às possibilidades neuróticas de elaborar a perda e o luto, mas que a melancolia é uma estrutura diferente, donde a possibilidade de elaboração através da palavra seria mínima, senão impossível. Dito de forma breve, as vítimas do "susto" não seriam melancólicos e, portanto, a comparação do "susto" com a melancolia seria destituída de interesse. Eu diria que o problema reside aí: as vítimas de "susto" não são melancolizadas ou será que o "susto" produz um efeito que cria barreiras à melancolização do discurso?

Recordemos que o vínculo entre possessão e melancolia é antigo. Nas teorias da psicopatologia clássica a melancolia sempre foi considerada como um excesso (portanto modelo de lógica activa) e não como uma figura da perda ou de vazio (lógica subtrativa). Desde a antiga teoria de humores até à teoria das convulsões do séc. XVIII, tratava-se sempre de um excesso: excesso de bilis em fermentação, na primeira teoria e excesso de falsos juízos, na segunda. É somente com a teoria económica freudiana que veremos aparecer a imagem do buraco nas descrições da melancolia com o efeito de esvaziamento do Eu, condensado à infatigável repetição. Sem dúvida que os pontos de vista dinâmico e tóxico, da metapsicologia freudiana, resgatam a antiga teoria do excesso com o modelo da identificação ao objecto perdido. "A sombra do objecto cai sobre o Eu e uma fórmula freudiana que ainda remete para a possessão."²⁴

O melancólico seria um possuído que já não consegue encontrar representações para nomear o que o possui: é um possuído que se ignora como tal, uma vez que não pode nomear o objecto primário (pré-verbal, a mãe originária) com o qual ele se identificou.

O interesse que apresenta o discurso do "susto" é que justamente provém da cultura, uma representação para nomear o que possui o sujeito: a Fantasma. O

²¹ Arias-Schreiber, M.-P., "Susto ou vol de l'âme. Méaphores corporelles dans le cadre d'un désordre ethnique", in: *Nouvelle Revue d'Ethno-psychiatrie*, 8/9, 1987, pp. 123-137.

²² Rosing, Ina, *Defätigkeit und Orte der Kraft: die weisse Heilung*, Vol II, Gütersloh, Mohn-Schulz, 1992, Capítulo 10, pp. 453-540.

²³ Kristeva, Julia, *Soleil Noir*, Paris, Gallimard, 1987.

¹⁹ DEVEREAUX, George, *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Flammarion, Paris, 1985.

²⁰ MORO, Marie-Rose, "Principes théoriques et cliniques de l'ethnopsychiatrie. Quelques données actuelles", in *L'évolution psychiatrique*, Tome 58, n°2, 1993, pp. 963-979.

²⁴ Lambotte, M. P., *Le discours melancolique*, Paris, Anthropos-Economica, 1993, cap. I, pp. 17-51.

"susto" é um discurso cultural com o qual o sujeito pode ligar as suas perdas, diversas e heterogêneas, desde a irigração, as separações e lutos dos seres queridos, até à perda da mãe, como nos mostrou o caso de Pablo. No entanto, ao construir tais perdas em termos de posseção, o sujeito faz a experiência de um excesso do qual deseja desligar-se, desembaraçar-se. No entanto esta estratégia narrativa faz surgir no sujeito o desejo de separação, o que provavelmente facilita os lutos. Este parece-me ser o núcleo subjectivo mais importante do discurso que analisamos.

Ao contar com um discurso que nomeia a coisa perdida (o *das Ding* freudiano) o sujeito conta com um dispositivo simbólico a partir do qual o seu sofrimento é enunciável, o que evita fazê-lo cair em mutismo ou o sentimento de inutilidade que caracteriza o discurso melancólico. Isto corresponde ao que Julia Kristeva reconhece na obra literária de alguns escritores melancólicos: "o artista consumido pela melancolia é ao mesmo tempo o mais impedido em combater a renúncia simbólica que o envolve".³⁵ Tal combate é travado pelo artista ao escrever, procurando as palavras para dizer o que o angustia na melancolia. Do mesmo modo, no "susto", a construção da vivência em termos de posseção não elimina a perda, mas impede o aniquilamento dos vínculos significantes. Ao propor ao sujeito um sistema de representações do seu sofrimento, que se entrelaça na alteridade e no social, a vítima do "susto" preserva a linguagem como algo capaz de assegurar a auto-estimulação necessária para iniciar algumas respostas ao seu sofrimento. Deste ponto de vista, o "susto" é o produto de um combate, de uma luta contra a passagem para o vazio melancólico.

O modelo psicanalítico da depressão narcísica apresenta o depressivo como alguém que tem a impressão de ter sido privado de um bem supremo inominável, de algo que seria irrepresentável, e que talvez somente uma devoção poderia figurar, mas que nenhuma palavra poderia significar. A "coisa" do melancólico, a coisa à qual se apegou, opõe-se a uma elaboração da perda e ao mesmo tempo interrompe a metonímia do desejo. A Fantasma, pelo seu lado, enquanto representação, activa a metonímia do desejo, lançando o sujeito numa busca de outros "curados de espanto", os que têm "o sangue forte", que serão interlocutores investidos pelo assustado.

Se a Fantasma pode representar em alguns casos a coisa materna que vem devorar o sujeito para se fazer Uno de novo com ele, o "susto" representa a reacção subjectiva que diz: "não" a esta vertente do prazer, justamente porque instaura o desejo de separação. Através do relato, o grupo social popular dotou-se de uma ferramenta para fazer existir a coisa que se separou do EU. Dito de outro modo, o mito promove a identificação, não com o objecto perdido, mas com uma terceira instância simbólica, que é o relato, do qual o sujeito fala sem cessar, com mil e uma variantes.

O discurso, o relato do "susto", constitui então uma ferramenta contra a renúncia simbólica. Trata-se de um discurso social que apresenta uma eficácia simbólica que, para além de significar e representar o sofrimento da perda, o transforma. Poderíamos conceptualizá-lo como um "discurso performativo", onde a metáfora não é somente expressiva de um estado de coisas, mas também actua sobre o dito estado. Fazendo existir a coisa, o relato oferece ao sujeito a oportunidade de combatê-la e libertar-se dela. É por isso que, para estes pacientes, a terapia se inscreve sempre como uma operação de exorcismo, mesmo quando o terapeuta representava a sua actividade em outros termos.

³⁵ Kristeva, Julia, op. cit., p. 18.

A reflexão psicanalítica contemporânea apresenta-nos também a melancolia como uma reacção primária de defesa contra uma catástrofe: "a do desaparecimento do desejo no outro, quando este outro é o mesmo que devia iniciar o sujeito na dialéctica do desejo".³⁶ A fragilidade fundamental do modo de ser melancólico seria, assim, o temor de perder o desejo do outro quando este parte. A dor melancólica não remeteria tanto para a perda do outro como tal, mas para a perda do seu desejo, do lugar que ocupava para esse outro. Sem este desejo, o melancólico experimenta a impossibilidade de sentir-se reconhecido e vivo.

Também aqui o "susto" produz uma operação perante esta catástrofe. Inscrevendo o sofrimento no espaço potencial do discurso cultural, o "susto" oferece um espaço de sobrevivência do desejo do outro mesmo quando o outro parte ou morre. É nisto que radica a força das representações culturais: conservam o fogo apesar da falta de lenha. É o valor subjectivo do que chamamos "tradição", que nos volta a ligar com o que outros, outrora, desejaram para nós. Deste ponto de vista a tradição é muito mais que um amontoado de ideias ou crenças e a sua perda tem alguma coisa a ver, provavelmente, com o aumento do espectro depressivo que crescentemente nos inquieta.

O silêncio, a resistência e a transferência

Ao examinarmos a lógica antropológica da terapêutica, coloca-se-nos a questão de saber em que posição nos posicionam os pacientes de cultura popular no contexto clínico hospitalar, mas a mesma questão é igualmente pertinente no consultório e noutras instituições de saúde.

Referências que geralmente estes pacientes dizem pouco, guardam um silêncio obstinado, ou adoptam uma atitude complacente, como se tudo o que contasse é o que diz o médico, ou o terapeuta e não o que eles pensam, ou então colocam enunciados enigmáticos do tipo: "é melhor não lhe dizer o que se está a passar comigo, pois se o fizesse isso poderia trazer-lhe problemas". Em todas estas circunstâncias parece-me não existir transferência, que é a condição que possibilita toda a relação de ajuda. Nem o hospital, nem os médicos, nem os psicoterapeutas são colocados na posição de sujeito suposto saber.³⁷ Confrontados com o silêncio, a desconfiança ou a ausência de procura subjectiva, deveríamos perguntar-nos onde estes pacientes nos colocam.

Primeiro como "não conhecedores das coisas secretas" ou "das doenças antigas", como muitos pacientes dizem. Parece-me que os agentes da saúde representam em muitos casos pessoas que estão fora da tradição, fora das representações sociais que habitam em muitos destes pacientes.

No seu estudo sobre diversas doenças tradicionais, Grebe e Segura (1974) concluíram que somente 24% dos pacientes consideram as instituições de saúde e os seus profissionais como agentes capazes de os curar. A grande maioria deles (74%) considera-os ineficazes. Os entrevistados costumavam expressar que "o médico não conhece estas doenças, ou conhece-as de forma inadequada com outros nomes e, por conseguinte, não presta o tratamento adequado".³⁸ Esta situação é particularmente significativa na doença do "susto" onde apenas 13% consideram o médico como um agente válido, enquanto 87% o consideram ineficaz.

Os autores do estudo dão uma explicação limitada destes dados. Invocam problemas de "vocabulário pouco adaptado à cultura popular", ou a presença

³⁶ Lambotte, M. C., op. cit., p. 10.

³⁷ Conceito de Lacan que indica que todo o paciente que sofre e é portador de um sintoma se verá confrontado com uma falta de saber, isto é, não sabe porque está como está. Desta falta falta de saber, tenderá a supor que alguém sabe o que está a acontecer, e é ali, onde a transferência se faz, que se procurará a ajuda.

³⁸ Grebe, Maria Ester e Segura, José, "Psiquiatria Folclórica y Psicológica de América Latina", nº 90, 1974.

de componentes mágico-religiosos não integráveis no discurso científico, ou inclusive a eventualidade de curas espontâneas que tornariam inútil o recurso ao médico.

Pensamos que o problema é de outra ordem, e se situa, como propus acima, no plano da transferência e no sentido da não atribuição da posição de sujeito suposto saber aos agentes da instituição médica. A não atribuição desta posição marca uma ausência de transferência simbólica o que não exclui que possa existir uma transferência imaginária. De facto, é frequente que ao nome de "doutor", os pacientes de cultura popular liguem outros associados às representações do "paião", ou inclusive *huirica* nas populações com forte influência mapuche, palavra que significa "ladrão". De uma maneira geral, encontramos com frequência uma imagem transferencial, que precede muitas vezes o encontro com estes pacientes e que se liga à nossa história, o que torna compreensível o silêncio, a desconfiança, como um esforço activo para salvaguardar a própria intimidade, para não expor à rejeição ou à desqualificação as próprias representações. É provável, como sugeriam muitos antropólogos latino-americanos, que esta transferência tenha as suas raízes históricas na relação com o conquistador, repetidas de várias formas nas relações de classe e entre culturas e subculturas. Esta relação fundamental das culturas latino-americanas é, sem dúvida, relevante no estabelecimento de uma "cultura de resistência", particularmente viva nas culturas populares, e que se organiza em torno ao segredo.

A única forma de destrinçar esta "transferência da história", é dar o primeiro passo para o reconhecimento das representações tradicionais, o que implica a sua introdução por parte do terapeuta no diálogo com o paciente. Este gesto técnico – que não implica necessariamente crença por parte do terapeuta – indica que o espaço clínico está disponível para introduzir os ditos discurso, sem o que é impossível estabelecer uma verdadeira relação terapêutica com estes pacientes. Foi o que fiz com Pablo, introduzindo o desenho e a representação da Fantasma ao interpretar o que ela produziu.

A etnopsicanálise chegou às mesmas conclusões no trabalho clínico com migrantes. O dispositivo técnico organiza a sessão "em torno ao discurso do paciente" e as perguntas procuram activamente fazer circular as representações tradicionais: "Que se diz no seu país sobre esta doença?". As intervenções procuram motivar o paciente a explicar as suas representações. Um co-terapeuta diria, por exemplo: "essa ideia existe também no meu país, mas não é expressada mesma maneira".³⁰ De forma ainda mais interplatante, no meu trabalho clínico com estes pacientes, pude observar que as representações tradicionais com uma ancoragem mítica não devem ser interpretadas. Dito de outro modo, não devem ser consideradas material associativo, mas sim núcleos subjectivos em torno aos quais estes pacientes poderão associar e pensar, tornando possível um trabalho terapêutico. Cada vez que as representações foram interpretadas, alguma coisa se quebrava na relação terapêutica, e eu encontrava-me novamente frente a um muro de silêncio.

O mesmo fenómeno foi reportado por etnopsiquiatras, etnopsicanalistas e também por terapeutas de crianças. Bettelheim indica-nos que interpretar os contos de fadas a uma criança, para lhe mostrar porque é que esse conto é para ela especialmente significativo, não tem um efeito terapêutico mas sim o contrário. Em consequência, aconselha os pais e os terapeutas a guardarem para si as suas descobertas, caso cheguem a compreender o sentido que torna significativo um determinado conto para uma criança. A interpretação vem sempre "destruir o

poder de encantamento da história que se deve em grande parte ao facto de a criança ignorar o porquê do seu prazer com ela".³¹ A perda deste poder de encantamento é acompanhada por um enfraquecimento da capacidade que o conto tem para ajudar a criança a resolver os seus conflitos. E Bettelheim acrescenta:

"Os temas dos contos de fadas não são sintomas neuroóticos, algo que teríamos de compreender racionalmente para nos desfazermos deles. Estes temas são sentidos como maravilhosos pela criança porque se sente compreendida e apreciada no mais profundo dos seus sentimentos, das suas esperanças, sem que isso seja forçosamente analisado à luz de uma racionalidade que está ainda fora do seu alcance. Os contos de fadas enriquecem a vida da criança e dão-lhe uma qualidade de encantamento único porque ela não sabe muito bem como esses contos puderam exercer sobre si o seu fascínio".³²

Os contos de fadas, os mitos ou, em termos mais gerais, as representações culturais são materiais simbólicos que há que acolher nos dispositivos terapêuticos, há que "manipulá-los",³³ sem interpretá-los, já que o seu estatuto é diferente do sintoma ou da associação. Tais representações são verdadeiros núcleos subjectivos que tomam possível ao paciente pensar e associar. O facto de a cultura tornar possível o pensamento não é nenhuma novidade para a antropologia, mas não creio que a psicoterapia tenha já integrado suficientemente esta ideia nos seus dispositivos.

As representações culturais, como as que nos apresenta o discurso do "susto", precipitam simbolizações que produzem efeitos pragmáticos a dois níveis:

- a) no espaço terapêutico as representações culturais aparecem como núcleos subjectivos que possibilitam o pensamento e o discurso do sujeito, motivando-o a falar, mobilizando assim um sistema simbólico que permite inscrever o sofrimento;
- b) mobilizam de forma espontânea a procura de dispositivos simbolicamente organizados, como os que vemos emergir no bar popular, verdadeira tentativa de recriação de um espaço-tempo ritual. E embora a eficácia desta tentativa fracasasse em subtrair o sujeito ao "susto" – o que é frequente – cria, anda assim, uma predisposição para encontrar vias de saída no campo do simbólico e da palavra.

Olhar as coisas deste modo é muito diferente da clássica tendência para considerar estes pacientes como pessoas com pouca capacidade de *insight*, ou pouca motivação para a mudança psíquica devido a tendências projectivas massivas, conceptualizações que, finalmente, mais não fazem do que racionalizar os não poucos fracassos terapêuticos com pacientes de cultura popular.

Talvez não seja demais indicar que o conto para a criança e o mito para estes pacientes são já interpretações, uma vez que são relatos que já organizam e ligam o sofrimento, o estruturam, operando como vínculo simbólico que permite a circulação da palavra destes sujeitos, quando são escutados.

Finalmente o segredo que envolve estes discursos opera como uma resistência à sua total interpretação, a "analisar tudo",³⁴ o que parece constituir uma impossibilidade necessária, e não um mero efeito "psico-histórico" da conquista. A noção de segredo marca a condição interminável da análise das representações, já que haverá sempre, como Freud indicou em relação ao sonho, um umbigo indecifrável.

³⁰ Bettelheim, Bruno, *Psychanalyse des contes de fées*, Robert Laffont, Paris, 1976, p.31.

³¹ Idem, *ibidem*, p. 2

³² Pierre, Danielle, "Manement des interprétations étiologiques traditionnelles dans la thérapie de migrants", *In Cahiers de Psychologie Clinique*, nº4, 1995, pp. 109-119.

³³ A questão de "analisar tudo" foi a problemática tratada num dos últimos colóquios de Sociedade Francesa de Psicanálise, em Deauville. René Diatkine, que propôs este tema ao colóquio, defendeu que o propósito de analisar tudo suporia que a psicanálise enfrenta um processo patogénico limitado que se trataria de liquidar. Mas nada prova que as problemáticas de que trata a psicanálise tenham este carácter limitado. Mais radicalmente este autor afirma que "analisar tudo não tem sentido, e que a actividade psíquica ao guardar a sua vertente inconsciente, produz o que é inconsciente durante toda a vida". ("Entretien de René Diatkine avec Marianne Pesne", *In Revue Française de Psychanalyse*, Tome 58, 1994, pp. 1153-1163.)