

**MANUEL JOÃO R. QUARTILHO**

**PSIQUIATRIA, SOMATIZAÇÃO, E CULTURA**

nº 39

Novembro 1993

**Oficina do CES**  
Centro de Estudos Sociais  
Coimbra

**OFICINA DO CES**

Publicação seriada do

**Centro de Estudos Sociais**

Praça de D. Dinis

Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

**Correspondência:**

Apartado 3087, 3000 Coimbra

Manuel João R. Quartilho\*

## PSIQUIATRIA, SOMATIZAÇÃO, E CULTURA

### O Conceito de Somatização

A somatização constitui um fenómeno complexo cuja caracterização se perfila, ainda hoje, como objecto de ambiguidade conceptual. Gerado no seio de uma epistemologia dualista que preconiza uma associação e uma correspondência unidireccionais entre a doença e a sua tradução subjectiva, a respectiva construção sucede-se às antigas elaborações sobre mecanismos inconscientes ou mediadores psicossomáticos, e pretende assinalar a proeminência de um sofrimento psicológico na ausência de doença demonstrável. Com uma elevada prevalência em todas as especialidades da Medicina e no âmbito particular dos Cuidados Primários de Saúde, podemos aceitá-la, na sua definição mais simples, como *a expressão de um mal-estar pessoal e social, que se traduz numa profusão de queixas somáticas e na procura de ajuda médica*. A sua demarcação recente face aos antigos conceitos de histeria, hipocondria e melancolia, não eliminou, no entanto, algumas imprecisões que subsistem na respectiva análise teórica.

Em termos gerais, a somatização tem sido referida na presença de sintomas exclusivamente físicos, apesar da existência concomitante de perturbações emocionais ou de um contexto psicossocial desfavorável. Noutras circunstâncias, tem-se afirmado perante a preocupação ou convicção de uma doença orgânica, contra qualquer evidência clínica ou complementar, e noutras ainda, finalmente, como um padrão de sintomas somáticos repetidos, funcionais ou inexplicados, que promovem a insistente procura de apoio médico e implicam incapacidade a diferentes níveis de funcionamento. O denominador comum para todas estas eventualidades passa, na maioria dos casos, pela existência de um padrão de queixas físicas inexplicadas que se relaciona, aparentemente, com aspectos psicológicos, psiquiátricos ou sociais subjacentes.

Este padrão sintomático, assim caracterizado, localiza-se pois na fronteira

---

\* Hospitais da Universidade de Coimbra.

entre a Medicina e a Psiquiatria, e representa um considerável problema de Saúde Pública, com implicações relevantes do ponto de vista médico, social e económico. Os doentes em causa são referidos como tendo sintomas "crónicos", "funcionais", "psicossomáticos", "psicogénicos", ou "somatoformes", e desafiam amiúde os critérios taxonómicos da literatura oficial. Ao mesmo tempo, não se comportam de acordo com o modelo desejável para a prática médica corrente: deveriam queixar-se na proporção razoável de uma patologia demonstrável, deveriam referir o sofrimento biológico em termos físicos e os problemas emocionais em termos psicológicos, e deveriam aceitar, afinal, a opinião e os conselhos do médico. A verdade é que não respeitam geralmente este figurino convencional, e se transformam muitas vezes, com o decorrer do tempo e a acumulação de consultas, em sujeitos-alvo de comentários depreciativos, quantas vezes responsabilizados, eles próprios, pela cronicidade das suas queixas. Estes casos-problema, na verdade, reflectem com frequência a frustração do médico e o compromisso da sua relação com o doente, perante a teimosa impossibilidade de uma evolução clínica favorável.

Em termos conceptuais, a reflexão suscitada pelo impacto da somatização tende actualmente a atribuir-lhe uma perspectiva multidimensional, compatível com a diversidade dos factores geralmente presentes. O chamado processo psicossomático passou a designar uma dimensão subjacente a inúmeras situações de doença, sem qualquer pretensão etiológica ou explicativa. As inferências causais anteriores, com efeito, têm sido substituídas por uma visão mais descritiva da somatização que passou, deste modo, a significar *uma tendência individual para comunicar sintomas somáticos inexplicados, para os atribuir a doença orgânica, e para procurar a ajuda médica respectiva*. Neste sentido, a somatização não representa uma entidade diagnóstica específica, nem implica a presença de uma doença psiquiátrica, mas tende a integrar, por outro lado, o carácter interativo e dinâmico do modelo biopsicosocial. Por outras palavras, esta leitura oferece-nos uma melhor compreensão das influências biológicas, psicológicas, sociais e culturais sobre os sintomas físicos, bem como das implicações psicológicas e sociais relacionadas com o facto de se estar doente.

### **O Modelo Biopsicosocial**

Detenhamo-nos mais um pouco, a propósito, sobre a génese e características

gerais do referido modelo biopsicosocial. A sua designação é devida a um trabalho pioneiro de George Engel, publicado em 1977, com o propósito expresso de apresentar um "desafio" ao modelo de doença então vigente, o chamado modelo biomédico. Este foi caracterizado pelo autor como um imperativo cultural, dogmático, que privilegiava uma orientação biológica na conceptualização das doenças, e que desprezava, sistematicamente, as variáveis psicológicas e sociais envolvidas. Sem prescindir dos méritos e vantagens da abordagem biomédica, o modelo emergente pretendeu incluir também o indivíduo, o seu contexto social e os cuidados de saúde, através de uma filosofia sistémica oriunda da biologia que defendia, então, as relações hierárquicas entre sistemas, a sua interdependência, e o seu carácter dinâmico.

Este modelo configurava pois uma perspectiva mais aberta em relação à complexidade dos vários sistemas envolvidos, mais humanista, e adoptava um modo de raciocínio que não sacrificava o rigor científico. Para efeitos de "consumo" diário, no entanto, tem vindo a ser reconhecido o seu carácter vago e imprecisão conceptual, com dificuldades resultantes na delimitação e estudo dos factores mais importantes em cada contexto clínico. Oferecendo-nos múltiplas possibilidades de análise, este modelo não nos dá soluções imediatas na enfermaria e no gabinete de consulta, ou seja, oferece-nos os ingredientes mas não nos garante a receita. Por outro lado, a sua transformação progressiva numa espécie de amuleto teórico, banalizado pela justaposição linear e acrítica dos sistemas, transformou-o também, paralelamente, numa expressão de moda cujo espírito inicial parece ser vítima, muitas vezes, de distorção e abuso.

A sua filosofia básica, no entanto, permite-nos hoje uma formulação não normativa que relaciona a somatização com os **comportamentos de procura de ajuda e de doença**, isto é, com *as formas pelas quais as pessoas monitorizam os seus corpos, definem e interpretam os respectivos sintomas, iniciam acções reparadoras, e utilizam o sistema de cuidados de saúde. (quadro 1)*. Estes conceitos aproximam-nos mais das perspectivas e experiências do doente, em relação aos sintomas e aos episódios de doença, e iluminam o modo peculiar como os seus comportamentos e interacções sociais adquirem significados próprios, à luz de um determinado contexto cultural. Nesta perspectiva, a importância conferida aos processos de avaliação cognitiva e ao referido contexto cultural, às influências internas e externas sobre o processamento da informação, à natureza integradora da experiência afectiva, e

ainda às respostas de coping resultantes, acrescenta, sem dúvida, uma maior inteligibilidade a um processo de somatização que, obviamente, não ocorre num vácuo fisiológico. Pretende-se deste modo a adopção de um raciocínio interativo que funciona, de algum modo, como tentativa de elaboração prática do já citado modelo biopsicossocial, nomeadamente à custa de uma maior valorização de factores psicológicos, comportamentais e sociais, e de uma secundarização, inevitável, da leitura categorial que reifica a somatização em entidades nosológicas específicas, num espectro psicopatológico, tal como acontece com os chamados distúrbios somatoformes das classificações vigentes.

Não se pode estabelecer como definitivo, no entanto, que a somatização corresponda a um processo contínuo, a um processo de componentes descontínuos, a um conjunto de síndromes clínicos, ou a um construto apenas compreensível como entidade maior que a soma das suas partes. A complexidade do conceito legitima pois as perspectivas categorial e dimensional, do mesmo modo que permite a consideração conjunta do processo de stress e dos modelos psicopatológico e de comportamento de doença, dado que, em última análise, este último conceito sociológico se confunde amiúde com o próprio conceito de doença psiquiátrica. Desta forma, torna-se aconselhável a consideração simultânea dos múltiplos factores eventualmente presentes no processo de somatização, apesar de uma relevância diferencial, dependente do contexto, desses mesmos factores em cada situação particular.

### **O Comportamento de Doença**

Prestemos um pouco mais de atenção, entretanto, ao atrás citado **comportamento de doença**. Esta expressão, como já referido, foi cunhada por Mechanic em 1960 para designar "*as formas pelas quais certos sintomas podem ser diferentemente percebidos, avaliados, e tratados, ou não tratados, por diferentes tipos de pessoas*". Ficaram assim incluídos nesta definição original aspectos cognitivos e comportamentais manifestos, relacionados com as diferentes respostas aos sintomas, o que significa, por outro lado, que as variações individuais nas referidas respostas se podem compreender, presumivelmente, em termos de processos psicológicos e sociais. Se considerarmos que estas diferenças relativas às percepções, avaliações e respostas aos sintomas têm, muitas vezes, um reflexo importante no modo como interferem com a qualidade de

vida e determinam cronicidade, podemos então reconhecer, facilmente, a pertinência de um conceito cujos vários componentes estão geralmente presentes antes da primeira consulta médica. Desde o momento da sua definição, o conceito de comportamento de doença tem com efeito proliferado nas páginas da Sociologia, e suscitado um interesse crescente da parte dos psiquiatras, sobretudo como contributo para se superarem as limitações do vocabulário nosológico tradicional, e ainda como instrumento de compreensão útil do citado comportamento de procura de ajuda, na consideração sistemática das múltiplas influências que nele convergem.

Mais especificamente, Mechanic considerou que o comportamento de doença abrange *uma disposição individual, o resultado de uma interação entre factores pessoais e ambientais, um processo de tomada de decisão, e, finalmente, uma resposta determinada pelo sistema de cuidados de saúde*. Por outras palavras, o presente conceito legitima a inclusão de factores individuais tão diversos como a personalidade do doente e a sua habitual orientação na percepção dos sintomas, a sua rede social de apoio e as suas aptidões de coping, as suas respostas de avaliação e atribuição, e ainda, não menos importante, a acessibilidade e satisfação relacionadas com a prestação de cuidados médicos. Como se poderá ver mais à frente, não é difícil estabelecer analogias entre estas várias parcelas constitutivas do comportamento de doença, e as dimensões de análise úteis a uma melhor compreensão do processo de somatização.

### **As Dimensões da Somatização**

O percurso ideal para este efeito, no entanto, converge muito provavelmente num modelo interativo que possa conjugar, em simultâneo, o processo de stress, com os respectivos stressores, respostas e variáveis mediadoras, bem como a já referida orientação psicopatológica e os diversos componentes do comportamento de doença. Sem prejuízo de uma orientação puramente taxonómica ou de uma maior valorização do processo de stress, vejamos mais de perto, entretanto, algumas perspectivas teóricas sobre o referido processo de somatização, todas elas compatíveis com o modelo de comportamento de doença referido, e arbitrariamente localizadas num espectro biológico, psicológico, social e cultural-hermenêutico. Não se excluindo entre si, estas diferentes dimensões devem antes ser integradas na procura de um entendimento plausível para as variações

individuais observadas no citado comportamento, de alguma forma contrariando a perspectiva redutora da somatização como sinónimo de doença afectiva, de distúrbio somatoforme, ou ainda como uma explicação plausível e sistemática para os sintomas idiopáticos.

A somatização pode ser encarada, por exemplo, como uma manifestação de actividade fisiológica ou, por outras palavras, como um acompanhante somático das respostas emocionais. A conhecida teoria de James-Lange, como se sabe, propõe mesmo que as emoções se representam exclusivamente à custa das referidas sensações físicas, justificando inúmeras críticas que não têm diminuído, por outro lado, a importância das relações entre somatização, **ansiedade e depressão**. Este último quadro clínico, em particular, contribui frequentemente para a chamada "*morbilidade psiquiátrica escondida*", e assume uma enorme relevância na prática da Clínica Geral, junto de uma população socialmente desfavorecida, e, sobretudo, na medida em que privilegia as queixas somáticas, na ausência aparente de manifestações cognitivas ou emocionais. As expressões comuns "*depressão mascarada*" e "*equivalente depressivo*", nestas circunstâncias, assinalam que uma doença afectiva se pode apresentar com um perfil enganador, e induzir, deste modo, erros diagnósticos e insucessos terapêuticos geradores de cronicidade.

Historicamente, esta forma de apresentação clínica constituiu norma na sociedade ocidental até à emergência de um idioma crescentemente psicológico, ou "*psicologização*", no seio da classe média Vitoriana e na sequência de processos de transformação cultural. Em muitas culturas não ocidentais, por outro lado, as queixas físicas continuam a figurar como característica primária de um quadro clínico depressivo, do mesmo modo que, numa distribuição mais universal, se apresentam como sintomas socialmente eficazes para a obtenção de apoio e cuidados médicos, ou seja, por outras palavras, como métodos próprios de lidar em contextos psicossociais adversos.

O processo de somatização pode ser igualmente entendido como uma supressão ou incapacidade para a expressão verbal das emoções, uma hipótese sustentada por uma alegada hiperreactividade autonómica nos indivíduos que negam ou contêm aquelas respostas. O conceito de **alexitimia**, de génese psicodinâmica, designando uma restrição nas capacidades de expressão afectiva e psicológica, traduz um desenvolvimento teórico consentâneo com esta



perspectiva, e assinala, literalmente, a "*ausência de palavras para os sentimentos*". Trata-se de uma versão moderna para os impulsos inconscientes proibidos, com os sintomas físicos a protagonizarem, agora como dantes, uma função psicológica defensiva. Esta explicação do fenómeno parece no entanto menos consistente do que a sua leitura descritiva, do mesmo modo que a respectiva validade construto, possivelmente, se fragiliza pela eventual preponderância de factores sociais e culturais na expressão das emoções.

Outra possibilidade teórica centra-se na provável interferência dos processos psicológicos de **percepção, atenção, e procura activa de informação**. O registo de sintomas físicos far-se-ia, nesta perspectiva, na dependência de uma competição entre o número e relevância dos estímulos sensoriais internos e externos. Em conformidade, os indivíduos predispostos tenderiam a uma focagem interna da respectiva atenção, com um maior registo de sintomas físicos em ambientes subestimulados. A frequência dos acessos de tosse nas salas de cinema, no decurso das cenas mais monótonas, bem como uma maior prevalência de sintomas físicos em situações de isolamento social, constituem ilustrações grosseiras sobre o papel da atenção neste tipo de manifestações. O conceito de **tendência para a introspecção**, entendido como uma disposição da personalidade para prestar uma atenção difusa e diferencial aos ambientes interno e externo, inclui-se também nesta dimensão de análise e defende, compreensivelmente, que uma pontuação elevada na referida tendência corresponde, regra geral, a um maior registo de sintomas e a uma utilização mais assídua dos Serviços de Saúde.

Por outro lado, os organismos não são receptores passivos de informação; ao invés, procuram-na activamente, de uma forma não casual, orientados por disposições e crenças que seleccionam os modos de obter essa informação. No âmbito particular das queixas físicas, as crenças, esquemas ou representações individuais sobre saúde e doença interferem, naturalmente, com o modo pelo qual o indivíduo presta atenção e interpreta as suas sensações corporais. A habitual tendência para se fazerem atribuições causais, na verdade, pode assumir uma orientação normalizadora, ao privilegiar factores de ordem situacional, como uma noite mal dormida, ou de natureza disposicional, como um alegado excesso de preocupações. Um **estilo atribucional somático**, pelo contrário, pode concorrer para a tradução de problemas pessoais e sociais em sintomas físicos, consistentes com o respectivo esquema de doença. A desvalorização ou não aceitação

simultâneas de atribuições psicológicas ou normalizadoras, por seu lado, contribui para o insucesso de um tratamento que não contemple a dimensão psicossocial presente.

Relativamente à predisposição individual, têm recentemente sido valorizados os conceitos de amplificação somatosensorial e de **afectividade negativa**. Esta última representa uma versão actualizada do conceito de neuroticismo, e reflecte apreciáveis diferenças individuais nas características do humor e no auto-conceito, desenhando um traço comportamental relativamente estável. Os indivíduos com elevada afectividade negativa tenderiam assim a acumular sensações de mal-estar e insatisfação, endógenas, e a revelarem-se mais introspectivos e negativistas no seu comportamento habitual. Do mesmo modo, registam consistentemente uma hipervigilância corporal, com uma maior profusão de queixas físicas e uma preocupação acrescida sobre as implicações dos seus sintomas, num contexto geral de baixa auto-estima.

O conceito de **amplificação somatosensorial**, por seu lado, representa uma tendência individual para sentir a experiência somática como sendo incómoda, intensa e perniciosa. Compreende uma atitude de hipervigilância, uma propensão para seleccionar sensações físicas raras e relativamente insignificantes, e ainda, finalmente, uma disposição para reagir às sensações somáticas com cognições que as intensificam e tornam mais ominosas. A sua alegada importância não se limita aos sintomas de doença, governando igualmente as respostas de indivíduos saudáveis na presença de sensações fisiológicas. Como traço, representa uma característica estável do indivíduo, um estilo perceptivo inato ou adquirido ao longo do processo de desenvolvimento. Como estado, refere-se ao grau com que um indivíduo amplifica uma particular sensação numa determinada altura, na dependência de outras variáveis internas e externas.

A somatização pode igualmente ser interpretada como um processo de **comunicação** polissémica, metafórica, através da qual os sintomas do indivíduo funcionam como mensagens sobre o seu mal-estar e respectivas circunstâncias sociais, informando, influenciando, ou controlando outros indivíduos. Nas palavras de Gilbert Lewis, *há frequentemente uma combinação de respostas voluntárias e involuntárias na expressão das queixas, tendo o doente algum controlo sobre a forma como revela e fala sobre o seu estado de saúde, e sendo o seu*

*comportamento influenciado pelo contexto e pela avaliação que faz da situação e dos que o rodeiam.* Os cuidados devidos na interpretação de um qualquer comportamento expressivo não devem esquecer, pois, que o seu significado deve ser entendido em função do contexto de vida real presente, com valorização do respectivo impacto sobre as pessoas mais directamente envolvidas. Dentre estas, em particular, os membros da família podem ser influenciados e influenciar a apresentação de sintomas somáticos, num contexto de causalidade circular, ao ignorarem e punirem as respostas emocionais, ou ao responderem com mais atenção aos sintomas físicos. Um pai que responde às manifestações de ansiedade somática do filho com uma repetição insistente de consultas médicas, pode contribuir, possivelmente, para o reforço de preocupações hipocondríacas.

Sob a forma de elementos comunicativos, os sintomas somáticos podem também ser encarados como um instrumento socialmente validado que confere significado à experiência, um código simbólico ligado à cultura cujo valor adaptativo e comunicacional garante a sua persistência, na impossibilidade de se utilizarem outros modos de expressão. Nestas circunstâncias, o corpo medeia a percepção, experiência e interpretação de problemas sociais, e os respectivos sintomas expressam-se sob a forma de metáforas somáticas que correspondem, eventualmente, a uma **expressão idiomática** de mal estar social, de perda, injustiça, fracasso, ou conflito.

A adopção de um **papel de doente** através de sintomas socialmente legitimados, por sua vez, pode permitir um mais eficaz controle das relações interpessoais, um alívio temporário de deveres e obrigações, a atenção e simpatia alheias e, por vezes, uma compensação financeira. Não representa pois apenas um fim em si, uma vez que permite a realização de outros objectivos, a partir de uma posição ao mesmo tempo protegida e dissimulada. Na medida em que a doença for mais somática, maiores as possibilidades de se confirmarem os direitos sociais e privilégios associados ao papel de doente.

Finalmente, a somatização pode ser tida como uma **resposta ao sistema de cuidados de saúde**, sobretudo quando se privilegiam o diagnóstico orgânico e os tratamentos somáticos. A resistência às explicações psicossociais e o estigma da doença mental, associadamente, encorajam mais alguns exames complementares, as consultas de especialidade, e uma repetição de terapêuticas cujo objectivo passa por acertar num alvo imaginário, com iatrogenização

subsequente. Enquanto não se esgota o poder explicativo do modelo biomédico tradicional, muitas vezes sem se atenuar o sofrimento individual, também não se considera com mais detalhe, frequentemente, a tradução subjectiva da doença. A já referida existência de uma conotação pejorativa para os sintomas psicológicos faz com que, neste sentido, a somatização se constitua num diagnóstico de eliminação. Os doentes, por seu lado, ao confrontarem-se com a ausência de validação médica para o seu mal-estar subjectivo, persistem nos circuitos alternativos da cronicidade, com mais médicos, mais consultas, mais análises, e o mesmo sofrimento.

Todos estes mecanismos potenciais de somatização, como já foi referido, são complementares e não competitivos, operando a diferentes níveis de análise. Facultam-nos deste modo uma mais integral compreensão dos comportamentos somatoformes, e, neste sentido, a possibilidade de uma intervenção terapêutica mais esclarecida. Esta última requer como prioritária a necessidade de reconhecermos a realidade somática das queixas, e depende, obviamente, da relação estabelecida com o doente, bem como de uma criteriosa avaliação inicial nos domínios biomédico, psiquiátrico e psicossocial. É com efeito possível, e necessário, explorar a relação entre os sintomas e o respectivo contexto de vida, na procura de uma ou várias das dimensões de somatização atrás referidas. A contiguidade entre um alegado stressor psicossocial e o início do sintoma, a personalidade do indivíduo ou o significado simbólico das suas queixas, todos estes elementos permitem que se faça uma ligação plausível com os sintomas somáticos. A disponibilidade do médico e do doente para aceitarem a importância dos factores psicológicos e emocionais irá condicionar, então, as atribuições que ambos farão perante a manutenção da condição clínica. Apesar de tudo, mesmo nos casos afirmativos, a ambiguidade raramente se desvanece.

Uma vez que o processo diagnóstico tradicional não garante, em definitivo, a ausência de patologia orgânica, o significado dos sintomas persiste em assumir um carácter ambíguo e inexplicado. Este facto exige habitualmente um acordo negociado entre médico e doente, de modo a interromper-se a investigação complementar e a aceitar-se uma situação de incerteza diagnóstica. Não se assumindo uma total impossibilidade terapêutica, assume-se no entanto um estado de ignorância que é geralmente mal tolerado pelo médico e pelo doente.

### O Tratamento da Somatização

Em termos genéricos, poderá então propôr-se uma espécie de programa de adaptação à doença, em que os doentes recebem todas as informações possíveis sobre o respectivo estado clínico, nomeadamente sobre a sua natureza não deletéria. Deverão igualmente aprender que a Medicina tem limitações e que outras pessoas, com queixas similares, não vivem tão incapacitadas. Deverão comparecer regularmente às consultas, não para repetirem explorações diagnósticas desnecessárias, mas antes para obterem tranquilização e alívio sintomático. Em casos de cronicidade, deverão ver respeitadas algumas regras gerais de intervenção terapêutica ( *quadro 2* ), e em determinadas condições específicas, finalmente, podem ainda adaptar-se técnicas cognitivo-comportamentais como a exposição, a reatribuição, os exercícios de relaxamento, o treino de resolução de problemas, a reestruturação cognitiva, uma intervenção familiar sistémica, etc. etc.

### As "Perspectivas da Psiquiatria"

Qualquer formulação diagnóstica ou terapêutica pode no entanto beneficiar das chamadas **Perspectivas da Psiquiatria**, propostas por McHugh e Slavney em 1983, incluindo *as doenças, as dimensões de personalidade, os comportamentos dirigidos a um objectivo*, e, finalmente, *as histórias de vida*. Cada uma destas perspectivas, tal como foram designadas, comporta um método de raciocínio que gera conjuntos particulares de assunções, observações, e explicações, aplicáveis a cada um dos distúrbios psiquiátricos. Apesar de ser frequentemente impossível uma combinação harmoniosa destes métodos para um mesmo quadro clínico, também não se preconiza, obviamente, nem um eclectismo acrítico, nem uma análise redutora e sistemática a partir de uma única perspectiva. A **histeria**, por exemplo, apesar da sua morte anunciada, foi recentemente interpretada por um dos referidos autores à luz das diferentes perspectivas. Perante as dificuldades de concebermos este conceito como qualquer coisa que o doente *tem*, ou seja, como uma doença, restam-nos as alternativas de o tentarmos compreender como uma dimensão, ou seja, como qualquer coisa que o doente *é*, e ainda como um comportamento, ou seja, como qualquer coisa que o doente *faz*.

Se quisermos ainda compreender porque é que o doente é como é e faz o

que faz, então sobra-nos o relato da sua *narrativa* ou *história de vida*, nomeadamente à custa de uma exploração das chamadas conexões compreensíveis. Estas últimas foram valorizadas por Karl Jaspers como sendo necessárias à compreensão dos fenómenos, no âmbito das ciências sociais e humanidades, em contraponto com as conexões causais, úteis à explicação dos mesmos, no domínio específico das ciências naturais. Na sua forma mais simples, as conexões compreensíveis designam as relações entre dois fenómenos psíquicos, como, por exemplo, entre a perda e o luto, e incluem inferências, suposições e interpretações da parte do doente, que nem sempre correspondem à verdade histórica. Expressam no entanto uma verdade narrativa que é depois filtrada pelo psiquiatra, de acordo com as suas orientações e modelos de análise, de tal modo que, a certa altura, o psiquiatra se constitui no verdadeiro autor de uma história que pode bem ter acontecido, ao contrário do trabalho do arqueólogo, que, no seu estilo, reconstrói geralmente o que na verdade aconteceu.

### As Narrativas e as Significações

Tornam-se assim patentes as várias debilidades desta abordagem dado que, entre outras razões, as conexões compreensíveis resultam de interpretações, como já referido, e se caracterizam ainda pelo facto de serem incompletas, inconclusivas, e ilimitadas. Mas também devemos realçar os respectivos méritos, uma vez que um raciocínio orientado pela história de vida, ao fazer a mediação entre a cultura e as crenças, desejos e esperanças do doente, nos pode encaminhar para a sua apreciação empática como um sujeito-agente, cuja doença se torna compreensível em termos especificamente humanos. Além do mais, uma história de vida ou *narrativa* pessoal reconhece a importância do desenvolvimento do indivíduo, revela-nos a complexidade e riqueza das relações interpessoais e, sobretudo, confronta-nos com o poder das significações veiculadas pelo doente, ou seja, com as suas interpretações particulares dos processos de doença e respectiva valoração, em termos pessoais e afectivos. Este conceito de **significação**, bem como o conceito mais lato de narrativa, têm ultimamente recebido uma especial atenção nos âmbitos da psicologia, sociologia e antropologia, como método de análise e compreensão da experiência subjectiva de doença.

As narrativas ou histórias de vida, na verdade, derivam de uma forma de pensamento com uma respeitável tradição em Psiquiatria. Constituindo um

privilegiado elemento de ligação entre a biografia individual e a cultura, susceptível a influências interpessoais e linguísticas, a sua importância reconhece em Freud um dos seus principais protagonistas. De novo a propósito da histeria, este autor escreveu o seguinte (citado por Slavney, 1990, pág. 161):

"I have not always been a psychotherapist. Like other neuropathologists, I was trained to employ local diagnoses and electroprognosis, and it still strikes me myself as strange that the case histories I write should read like short stories and that, as one might say, they lack the serious stamp of science. I must console myself with the reflection that the nature of the subject is evidently responsible for this, rather than any preference of my own. The fact is that local diagnosis and electrical reactions lead nowhere in the study of hysteria, whereas a detailed description of mental processes such as we are accustomed to find in the works of imaginative writers enables me, with the use of a few psychological formulas, to obtain at least some kind of insight into the course of that affection"

Em sentido mais lato, segundo Jean Paul Sartre, o homem é sempre um contador de histórias. Porquê e para quê? Porque o homem não tem acesso a um conhecimento directo e objectivo daquilo que o rodeia, restando-lhe apenas a experiência e a interpretação dos fenómenos. A narrativa, neste sentido, constituiria um processo selectivo através do qual as pessoas interpretam e compreendem as suas experiências, e lhes conferem as respectivas significações. A perspectiva subjacente tem pois um acento construtivista, com interesse actual no domínio da psicoterapia cognitiva, e surge na tradição filosófica de autores tão diversos como Immanuel Kant, George Kelly, e Jean Piaget.

### **A Importância da Cultura**

Neste mesmo sentido, um livro recente de Jerome Bruner (1990), ao contestar a opção pelas explicações causais no domínio da Psicologia, salienta antes a necessidade de compreendermos como os seres humanos interpretam os seus mundos e como nós interpretamos os seus actos de interpretação. Deste modo, preconiza mesmo uma renovação da chamada revolução cognitiva, através de uma abordagem mais interpretativa à cognição, que considere a importância da significação como conceito central da psicologia humana. Ao mesmo tempo, recorda que os indivíduos não terminam à flor da pele e que, neste sentido,

representam inevitáveis expressões da cultura em que vivem. Ao fazer depender os processos de significação da cultura envolvente, o mesmo autor defende então uma psicologia cultural, ou, por outras palavras, uma revolução contextual que requer que toda a acção individual seja **situada**, isto é, que seja concebida como um continuum com o mundo da cultura.

Cultura, que cultura? De uma maneira geral, e sempre que utilizada na investigação biomédica, o respectivo conceito tem correspondido à *etnicidade* do indivíduo, encarada como uma variável demográfica em estudos clínicos e epidemiológicos. Noutras circunstâncias, e de modo diferente, a definição de cultura tem sido relacionada com as *crenças* sobre saúde e doença, no seio de grupos minoritários, na expectativa de se identificarem padrões diferenciados na utilização dos serviços de saúde. Nesta última perspectiva, foram descritas interpretações e práticas terapêuticas particulares, relacionadas com a saúde, doenças e respectivos tratamentos, em populações hispânicas, afro-americanas, ou asiáticas, por exemplo, com o objectivo de se mostrar como sistemas de crenças alternativos constroem diferentes sistemas causais, nosológicos e terapêuticos, culturalmente específicos. Esta visão superficial da cultura alimenta, obviamente, a criação de estereótipos, e impõe uma espécie de carácter convencional sobre as orientações culturais.

Mais recentemente, no entanto, o conceito de cultura tem mudado no âmbito genérico das ciências sociais e, em particular, no domínio da Antropologia. Afastou-se do conceito clássico de Tylor (1871), demasiado abrangente, segundo o qual a cultura seria *"that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society"* (citado por Peacock, pág. 3), e aproximou-se do conceito semiótico de Geertz (1973), com base num paradigma interpretativo, segundo o qual a cultura seria antes *"an historically transmitted pattern of meanings embodied in symbols, a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men communicate, perpetuate, and develop their knowledge about and attitudes towards life"* (pag. 89).

A cultura como "linguagem silenciosa" consistiria deste modo num conjunto de orientações que as pessoas herdaram, como se fossem uma "lente", e que também lhes dizem como se "devem" comportar, perceber o mundo, e senti-lo, sob o ponto de vista emocional. Ainda lhes permite, a essas pessoas, a transmissão



destas orientações às gerações seguintes através de símbolos, da linguagem, da arte, ou do ritual, conferindo-lhes um protagonismo que favorece o trabalho interpretativo, na procura de significações partilhadas e públicas. Citando novamente Clifford Geertz, *"the concept of culture...is essentially a semiotic one. Believing, with Max Weber, that man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law but an interpretative one in search of meaning"* (pág. 5). O objecto da análise antropológica, deste modo, passou a incidir sobre a partilha local das experiências subjectivas - na aldeia, no bairro, na vizinhança, na comunidade, ou no local de trabalho - através de processos de interacção, negociação e comunicação interpessoais. Este contexto social microscópico, este fluxo dinâmico de informação, reflecte factores sociais mais amplos (a cultura não existe num vácuo), e repercute-se, de diversos modos e em diferentes etapas do processo, nas alterações cognitivas, afectivas e fisiológicas do indivíduo doente. Ao mesmo tempo, não deixa de interferir sobre muitos outros aspectos da vida das pessoas, incluindo as suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, estrutura familiar, dieta, imagem corporal, atitudes perante a dor e a doença, etc. etc.

### O Modelo Explicativo

Regressando agora ao processo de somatização, a respectiva análise poderá deste modo conceber as queixas somáticas como uma experiência humana ligada a significações particulares, muitas vezes oferecidas sob a forma de uma história de vida, como uma narrativa pessoal que nos permite compreender porque é que determinadas pessoas pensam, sentem e actuam de certa forma, num determinado contexto cultural. Não se inviabilizando os raciocínios referentes às restantes perspectivas, atrás abordadas, esta estratégia torna menos provável, desde logo, uma reificação do sofrimento e a transformação profissional da respectiva experiência. É eventualmente possível e útil dizermos que um doente com sintomas somáticos, vivendo em condições adversas de conflito ou miséria social, tem uma depressão, ou tem afectos negativos, ou assume o papel de doente. Ao fazê-lo, no entanto, arriscamo-nos a retirar legitimidade às suas queixas, pela transformação nosológica que operamos numa experiência humana de sofrimento. A investigação do **modelo explicativo** do doente, ou seja, das

suas noções sobre um episódio de doença e respectivo tratamento, e o conhecimento do seu contexto de vida, deverão fomentar, por outro lado, uma estratégia interpretativa cujo objectivo último consista na compreensão dos seus sintomas, nomeadamente, como já referido, pela exploração das respectivas significações. Isto implica uma mobilidade dialéctica da parte para o todo, ou seja, do sintoma para o contexto, e vice-versa, com o objectivo de compreender o doente à custa da sua própria perspectiva, muitas vezes apresentada sob a forma de uma narrativa pessoal.

### *Compreender e Explicar*

A particular vantagem do método da compreensão perante as queixas somáticas não deve, no entanto, obscurecer os méritos do método explicativo, noutros contextos clínicos. Com raízes profundas na história da ciência, entre Aristóteles e Galileu, estas duas atitudes complementares foram introduzidas em Psiquiatria por Karl Jaspers, e reflectem uma dialéctica que se justifica, na verdade, pelo facto de os seres humanos terem cérebro e terem mente, ou, por outras palavras, pelo facto de existirem simultâneamente num mundo de matéria e num mundo de significações. Neste sentido, torna-se evidente que a prática clínica pode beneficiar tanto com o método das ciências naturais, como com o método das ciências humanas.

Com efeito, acontece por vezes que os sintomas do doente podem ser entendidos "a partir de dentro", através de uma relação empática que procura analisar o **conteúdo** das suas experiências subjectivas, e descobrir uma associação legítima, compreensível, entre o seu passado e o seu presente (ex. uma pessoa que foi ofendida, fica zangada). Nesta perspectiva, o doente é encarado como um sujeito, ou agente, e o resultado final pode traduzir-se na elaboração de uma narrativa, ou história de vida. Noutras circunstâncias, pelo contrário, os sintomas têm que ser "vistos a partir de fora", dada a impossibilidade aparente de se compreender a respectiva **forma** (ex. porque é que o doente tem alucinações?). Esta perspectiva requer o recurso aos métodos das ciências naturais, à explicação, e implica a avaliação do doente como um objecto, ou organismo. Fica deste modo claro que ambos os métodos têm lugar na prática clínica, com uma importância relativa que depende, obviamente, das relações particulares entre forma e conteúdo, mecanismo e significação, cérebro e mente.

Nas palavras de McHugh e Slavney (1987, pág. 44 ):

"Explanation is no more "fundamental" than understanding, nor is understanding more "profound" than explanation; they are only different methods, with different strengths and weaknesses. As long as we continue to view human beings as object / organisms **and** subject / agents, both methods are essential to our practice"

Particularmente em relação à compreensão, saliente-se ainda que Karl Jaspers distinguiu entre compreensão **estática**, relacionada com a identificação do sintoma presente, e compreensão **genética**, respeitante à associação temporal das experiências subjectivas, ao porquê dos sintomas, e respectiva significação. É esta última compreensão que nos faculta, aliás, o acesso às já referidas conexões compreensíveis, mediante as quais (re)construímos uma história de vida e damos coerência ao passado do doente, através de um processo básico de interpretação.

Não obstante as imperfeições desta compreensão genética, já assinaladas, o carácter ambíguo da Psiquiatria requer, na verdade, que os fenómenos possam ser explicados e / ou compreendidos. **A tarefa de compreender**, no entanto, como também referiu Jaspers na sua *Psicopatologia Geral*, *não deve adoptar a orientação das ciências naturais, nem usar os seus critérios, nem apropriar-se da lógica formal oriunda da matemática. A verdade que a compreensão procura tem outros critérios, como a evidência, a conexão, a profundidade e a complexidade.* Wittgenstein, por seu lado, escreveu nas suas *Investigações Filosóficas* que *nós explicamos o comportamento humano através de razões e não através de causas.* A estratégia interpretativa resultante, finalmente, não menoriza nem substitui o poder explicativo do modelo biomédico tradicional. Deve antes servir-lhe de complemento indispensável, na justa expectativa de que, para além da doença, não nos esqueçamos da pessoa doente.

**BIBLIOGRAFIA**

Chaturvedi, SK, Bhandari, S: *Somatization and Illness Behavior*, Journal of Psychosomatic Research, 1988, pp. 147-53

Stewart, DE: *The Changing Faces of Somatization*, Psychosomatics, 31 (1990), pp. 153-58

Lipowsky, ZJ: *Somatization: A Borderland Between Medicine and Psychiatry*. CMAJ, vol. 135, 1986, pp. 609-614

Barsky, A J, Klerman, G L: *Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Styles*. Am. J. Psychiatry, 140:3, 1983, pp. 273-83

Fabrega Jr., H.: *The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine* . Psychosomatic Medicine, 52, 1990, pp. 653-72

Kellner, R: *Somatization: Theories and Research*, The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 178, nº3, 1990, pp. 150-60

Goldberg, DP, Bridges, K: *Somatic Presentations of Psychiatric Illness in Primary Care Settings*. Journal of Psychosomatic Research, vol. 32, nº2, 1988, pp. 137-44

Mechanic, D: *Social Psychological Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints*. The New England Journal of Medicine, May 25, 1972, pp. 1132-39

Kirmayer, Laurence J., Robbins, James M., eds.: *Current Concepts of Somatization*, American Psychiatric Press, 1991, Washington, 230 pp.

Lipowsky, ZJ: *Somatization: The Concept and its Clinical Application*, Am J. Psychiatry, vol. 145, nº11, 1988, pp. 1358-68

Engel, G L. : *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* Science, 1977, Vol. 196, nº 4286, pp. 129-36

Katon, W, Ries, RK, Kleinman, A: *The Prevalence of Somatization in Primary Care*, Comprehensive Psychiatry, vol. 25, nº2, 1984

Kirmayer, LJ: *Culture, Affect and Somatization*, Transcultural Psychiatric Research

Review, 21, 1984, pp. 237-62

Watson, D, Pennebaker, JW: *Health Complaints, Stress and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity*. Psychological Review, 1989, vol. 96, nº2, 234-54

Robbins, JM, Kirmayer, LJ: *Attributions of Common Somatic Symptoms*, Psychological Medicine, 21, 1991, pp. 1029-45

Barsky, AJ, Goodson, JD, Lane, RS, Cleary, PD: *The Amplification of Somatic Symptoms*. Psychosomatic Medicine, 50, 1988, pp. 510-19

Goldberg, D, Gask, L, O'Dowd, T: *The Treatment of Somatization: Teaching Techniques of Reattribution*. Journal of Psychosomatic Research, vol. 33, nº6, 1989, pp. 689-95.

Kleinman, A.: Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry" *Soc Sci Med* , vol. 11, 1977, pp. 3-10

Slavney, Phillip R., McHugh, Paul R.: *Psychiatric Polarities*, The John Hopkins University Press, 1987, Baltimore, 136 pp.

Bruner, Jerome: *Acts of Meaning*, Harvard University Press, 1990, Cambridge, 181 pp

Slavney, Phillip R.: *Perspectives on "Hysteria"*, The Johns Hopkins University Press, 1990, Baltimore, 220 pp.

Peacock, James L.: *The Anthropological Lens*, Cambridge University Press, 1986, Cambridge, 124 pp.

Geertz, Clifford: *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, New York, 1973, 470 pp.

Bruner, Jerome, *Life as Narrative*, Social Research, vol. 54, nº 1, 1987, pp. 11-32.

Kirmayer, Laurence J.: *Languages of Suffering and Healing: Alexithymia as a Social and Cultural Process*. Transcultural Psychiatric Research Review, 24, 1987, pp. 119-36

Ware, Norma C., Kleinman, A.: *Culture and Somatic Experience: The Social Course of Illness in Neurasthenia and Chronic Fatigue Syndrome*. Psychosomatic Medicine, 1992, 54, 546-60

Mechanic, D.: *The Concept of Illness Behaviour: Culture, Situation and Personal Predisposition*. Psychological Medicine, 1986, 16, pp. 1-7