

O corpo vivido na esquizofrenia no Brasil e no Chile

Virginia Moreira
Georges Daniel Janja Bloc Boris

Este artigo discute resultados parciais de uma pesquisa transcultural sobre a experiência de corpo vivido na esquizofrenia, cujo objetivo foi identificar se há diferenças relacionadas às culturas do Brasil e do Chile no que se refere ao significado do corpo na experiência esquizofrênica. Foram realizadas entrevistas com uma amostra de 50 pacientes de ambos os sexos diagnosticados como psicóticos esquizofrênico-paranóides em hospitais psiquiátricos (20 no Brasil e 30 no Chile), de acordo com o critério clínico e o DSM-IV. O método fenomenológico crítico foi utilizado para compreender o significado da descrição do corpo vivido. Os resultados mostram que o significado do corpo vivido na experiência esquizofrênica é diferente no Brasil e no Chile. Para os brasileiros, o significado da experiência de corpo encontra-se na interseção da espiritualidade com a ordem psicopatológica, enquanto que, para os chilenos, este significado pertence apenas ao domínio da psicopatologia, o que se articula com aspectos socioculturais de cada país.

Palavras-chave: Esquizofrenia, fenomenologia, corpo, cultura, sofrimento psíquico

* Este artigo apresenta resultados parciais da pesquisa Psicopatología de la vida Chilena y Brasileña: la fenomenología clínica de la psicose en Chile y en Brasil, projeto DICYT n. 039793MC, na Universidad de Santiago de Chile. Os resultados finais desta pesquisa podem ser encontrados em Moreira, V. & Coelho, N. (2003). The phenomenology of the schizophrenic experience: a cross-cultural study in Brazil and in Chile. Terapia Psicológica (Chile). Agradecemos a Nelson Coelho Junior, da Universidade de São Paulo,

Introdução

Há uma forma de psicopatologia caracterizada pela cultura brasileira distinta da construída pela cultura chilena? Produzem-se distintas formas de psicopatologia em diferentes contextos culturais, no caso, especificamente, do Brasil e do Chile? Estarão as formas de psicotização brasileira e chilena relacionadas com seus diferentes e supostamente preferenciais modos culturais? Qual o significado do corpo vivido nas culturas brasileira e chilena? É diferente a fenomenologia clínica da esquizofrenia paranóide no que diz respeito ao significado da experiência de corpo no Brasil e no Chile? Estas foram algumas das questões levantadas por uma pesquisa que teve como objetivo identificar, através da fenomenologia das categorias clínicas de corpo, de tempo e de espaço, as relações entre as culturas brasileira e chilena, respectivamente, com seus modos preferenciais de psicotização. Buscou-se verificar, inicialmente, quais eram as categorias fenomenológicas emergentes no conteúdo de entrevistas com pacientes esquizofrênico-paranóides no Brasil e no Chile. Em seguida, se descreveu e analisou como se manifestam as experiências de corpo, de tempo e de espaço nestes pacientes. Finalmente, se discutiram as possíveis relações entre as culturas brasileira e chilena e o significado da experiência esquizofrênica (Moreira & Coelho, 2003).

co-pesquisador deste estudo no Brasil, pela parceria no projeto e na coordenação da parte de campo desta pesquisa, realizada em São Paulo. A Maria Lucrecia Rovalletti, da Universidad de Buenos Aires, e a Otto Dorr, da Universidad de Chile, por suas valiosas contribuições como colaboradores neste projeto. Agradecemos, ainda e muito especialmente, a Paula Riveros e a Gabriela Bucarey, alunas-bolsistas DICYT na Universidad de Santiago de Chile, a Maria Manuela A. Moreno, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, aluna-bolsista PIBIC-CNPq, a Renata Melo, aluna-bolsista PROBIC-CNPq, e a Carolina Trinta, aluna-bolsista na Universidade de Fortaleza. Finalmente, agradecemos a Byron Good, da Harvard Medical School, por seus valiosos comentários sobre a apresentação dos resultados finais desta pesquisa.

Este artigo, como parte de uma série de estudos transculturais semelhantes em psicopatologia na América Latina (Moreira, 2003b; Moreira & Coelho, 2003; Moreira, 2004b) que buscam compreender a experiência psicopatológica vivida em diferentes culturas no sentido de apontar para o valor clínico de tais comparações, aborda apenas os resultados referentes à vivência de corpo, buscando responder as seguintes questões: qual o significado do corpo vivido na esquizofrenia nas culturas brasileira e chilena? É diferente a fenomenologia clínica da esquizofrenia paranóide no que diz respeito ao significado da experiência de corpo no Brasil e no Chile? A categoria clínica de corpo foi escolhida como parte desta pesquisa a partir de nossa experiência clínica no Brasil e no Chile, bem como de um estudo teórico-exploratório anterior sobre a subjetividade do chileno e do brasileiro (Moreira, 1999). Este artigo assinala que os brasileiros sentem-se mais livres em relação a seus movimentos corporais do que os chilenos, que são mais formais e rígidos, não expondo seu corpo tão livremente quanto os brasileiros. O mesmo estudo observa também que os brasileiros percebem seu país como grandioso, acreditando que “Deus é brasileiro” e que, desta forma, todos os problemas se solucionarão. Os chilenos, ao contrário, percebem que o Chile é um pequeno país esquecido “do outro lado da Cordilheira dos Andes”, “nos confins do mundo”, sendo conhecidos e se percebendo como um povo pessimista. A partir da observação destas possíveis diferenças da subjetividade de ambos os povos e, tendo em vista um dos pressupostos básicos desta pesquisa – que a psicopatologia se constitui na relação homem-mundo – esta investigação se desenvolveu em torno da questão da mundaneidade, eixo central da fenomenologia de Merleau-Ponty (Moreira, 2001a). Já que o adoecimento está atrelado à relação do homem com o mundo, podemos afirmar que a psicopatologia é uma expressão do homem mundano, isto é, se constrói a partir de uma relação de mútua constituição entre homem e cultura, entre indivíduo e sociedade, na interseção da singularidade com a universalidade. Investigar a psicopatologia é, portanto, compreender uma forma de expressão do homem mundano. A hipótese de nossa pesquisa era que os significados das formas de psicotização são distintos nas culturas brasileira e chilena no que se refere à fenomenologia clínica da experiência de corpo. Ou seja, a descrição do corpo vivido mostraria diferenças relacionadas a significados culturais em ambos os países (Moreira & Coelho, 2003). A cultura não é entendida aqui como sinônima de mundo, mas como um constituinte dele, tanto quanto os componentes endógenos e situacionais de uma determinada psicopatologia (Moreira, 2002; 2003b; 2004a).

Esta pesquisa buscou, então, compreender alguns aspectos da dimensão cultural da experiência esquizofrênico-paranóide sem perder de vista, no entanto, sua mútua constituição com múltiplas outras dimensões, isto é, os “múltiplos contornos” que caracterizam sua mundaneidade (Merleau-Ponty, 1960; Moreira,

2001a). Ou seja: ao buscarmos compreender o significado do corpo vivido na experiência esquizofrênico-paranóide, adotamos uma compreensão mundana desta experiência, não no sentido da busca de uma essência, mas da compreensão do significado desta experiência no mundo. Neste sentido é que a fenomenologia de Merleau-Ponty foi aqui utilizada como ferramenta crítica, em que a descrição e a redução fenomenológicas são artifícios para revelar o mundo. A experiência vivida na esquizofrenia paranóide foi entendida, neste estudo, como uma experiência mundana, com seus múltiplos contornos (Moreira, 2004a). Esta compreensão se insere na perspectiva de uma psicopatologia crítica (Moreira, 2005), que transcende o modelo etiológico onde a origem e responsabilidade da doença mental é atribuída a um indivíduo e de um ponto de vista interno. Entende a psicopatologia como mutuamente constituída em seus múltiplos contornos – não apenas biológicos e psicológicos como também históricos, sociais, políticos, antropológicos – portanto, culturalmente produzidos a partir de processos ideológicos. Uma Psicopatologia Crítica não tem a ambição de ser um enfoque ou, menos ainda, uma disciplina. Trata-se de uma compreensão des-ideologizadora das manifestações psicopatológicas onde, a partir da compreensão do complexo arcabouço ideológico que sustenta a psicopatologia hoje, se constroem caminhos para uma prática clínica que vá além, perpassada pela utopia de uma psicologia realmente comprometida com o humano (Moreira & Sloan, 2002, orelhas).

Pesquisas transculturais sobre esquizofrenia

Estudiosos transculturais apontam as limitações das formulações teóricas de psicopatologia que não incorporaram os fatores culturais e sublinham que as categorias nosológicas de psicopatologia podem ser relevantes em uma cultura, assim como podem ser totalmente inválidas em outras (Kleinman, 1980, 1988; Tatossian, 1984, 1997a, 1997b; Kleinman & Good, 1985; Good, 1993; Desjarlais, Eisenberg & Kleinman, 1995; Draguns, 1995; Schumaker, 1996; Matsumoto, 1997; Moreira & Aramburú, 1999; Marsella & Yamada, 2000; Moreira, 2000, 2001b, 2001c, 2002, 2003b; Helman, 2001; Shepper-Hughes, 2001; Sam & Moreira, 2002; Moreira & Coelho, 2003; Moreira & Freire, 2003, entre outros). Segundo Devereux (1977), um dos pioneiros no estudo da esquizofrenia em seus aspectos culturais, esta enfermidade está basicamente vinculada a processos de aculturação, crescentes nas sociedades ocidentais, nas quais as mudanças sociais e culturais, cada vez mais rápidas e intensas, são patogênicas. Tatossian (1997a; 1997b) retoma o posicionamento de Devereux e da etnopsiquiatria, inserindo-o no âmbito da psicopatologia fenomenológica e propondo que a cultura é uma

dimensão intrínseca à fenomenologia da esquizofrenia e dos mais distintos quadros psicopatológicos (Moreira, 2001b). A pesquisa etnográfica de Sheper-Hughes (2001) na Irlanda é uma das maiores contribuições empíricas ao estudo das relações entre esquizofrenia e cultura, mostrando que o desenvolvimento e a sustentação do comportamento esquizofrênico estão relacionados a determinados aspectos da cultura irlandesa. No entanto, ainda que se encontrem etnografias que discutem amplamente a experiência psicótica em sua relação com a subjetividade e a cultura (Kleinman, 1988; Desjarlais, Eisenberg & Kleinman 1995; Das, 1997; Good, Subandi & Good, 2001; Mueggler, 2001; Klima, 2002, entre outros), são extremamente escassos os estudos qualitativos transculturais sobre a esquizofrenia.

No âmbito dos estudos epidemiológicos, em 1960, a World Health Organization – WHO (Organização Mundial de Saúde – OMS) iniciou um estudo experimental chamado de “Projeto-Piloto Internacional em Esquizofrenia” (International Pilot Study of Schizophrenia – IPSS) que se constituía de uma pesquisa de comparação transcultural com 1.200 pacientes, em 9 países diferentes, em um período de cinco anos, usando rigorosas metodologias de comparação. A maior contribuição do IPSS foi levantar dados de que, nos países em desenvolvimento, os portadores de esquizofrenia tendem a ter um resultado menos severo do que em países desenvolvidos. Ou seja: pacientes pobres e de países menos desenvolvidos se recuperaram mais rapidamente e em proporção mais alta do que seus pares de nações de mais alto nível de desenvolvimento econômico (Draguns, 1995; Warner & Girolamo, 1995). Dando continuidade ao estudo anterior, a OMS criou o projeto “Determinantes de Resultado do Estudo de Distúrbio Mental Grave” (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder Study – DOSMeD). O DOSMeD foi realizado em 12 centros de 10 países, os quais representavam amostras de países desenvolvidos e de países em desenvolvimento. Entre os países desenvolvidos, a pesquisa foi realizada em Aarón (Dinamarca), Dublin (Irlanda), Honolulu e Rochester (EUA), Moscou (Rússia, antiga URSS), Nagasaki (Japão), Nottingham (RU) e Praga (República Checa, antiga Checoslováquia). Representando os países em desenvolvimento, a pesquisa foi realizada em Agra e Chandigarh (Índia), Cali (Colômbia) e Ibadan (Nigéria). Estes estudos transculturais mostraram que há diferenças claras no processo e no resultado da esquizofrenia. Além de mostrar que, em média, pacientes de países em desenvolvimento têm um processo e um resultado melhores do que pacientes dos centros de países desenvolvidos, os resultados indicaram que a recuperação da esquizofrenia pode ser mais favorável devido a um ambiente caracterizado pela onomia agrária, de pouca mobilização vertical, com famílias extensas, serviços psiquiátricos que incluem a ativa participação da família e a ausência, na unidade, do estereótipo da doença mental (Varma, 2000).

Os estudos da OMS são geralmente citados apenas para apontar a universalidade da esquizofrenia, ainda que tenham sido encontradas também algumas diferenças transculturais, como as relacionadas à sintomatologia (Moreira & Coelho, 2003). Marsella & Yamada (2000) lembram que os estudos da OMS reportaram similaridades em sintomas nucleares, mas mostraram, também, variações consideráveis em relação aos sintomas secundários, o curso e a recuperação da doença e a padronização da enfermidade. Descrevem uma pesquisa, realizada no Havaí, que identificou poderosos determinantes etnoculturais na esquizofrenia, explicitando que “bastante à parte de fatores biológicos, tais como prejuízos genéticos e neurológicos, fatores culturais têm um potencial raro de configurar a etiologia, expressão, curso e efeitos das desordens esquizofrênicas” (p. 20). Matsumoto (1997) ilustra as diferenças culturais na manifestação da esquizofrenia, apontando que pacientes norte-americanos apresentam menos “insights” e alucinações auditivas do que pacientes nigerianos ou dinamarqueses, que, por sua vez, são mais propensos à catatonia. Descreve um estudo epidemiológico que mostra que os internamentos devidos à esquizofrenia são mais frequentes na Irlanda em comparação com a Inglaterra, o que está relacionado às características culturais de ambivalência e de individualismo da Irlanda. Furhanm & Murao (2000) descrevem um estudo transcultural realizado no Japão e na Inglaterra, que mostrou dramáticas diferenças em relação às crenças culturais a respeito da esquizofrenia. Por um lado, os japoneses mostraram menos respeito aos direitos dos esquizofrênicos do que os ingleses, enfatizando sua anormalidade e seu perigo. Por outro lado, os japoneses atribuem, mais fortemente do que os ingleses, os fatores causais da esquizofrenia a forças externas, provenientes especialmente da família e do ambiente. Os japoneses percebem os fatores externos (socioculturais) como mais importantes na prevalência da esquizofrenia do que fatores internos (biológicos); por conseguinte, o tratamento da doença deve ser, ali, mais fundamentado em um ambiente de suporte do que no indivíduo esquizofrênico em si mesmo. Esta pesquisa ilustra a mentalidade individualista ocidental, para a qual o indivíduo é quem deve ser tratado, em contraposição a uma mentalidade oriental, de cunho mais coletivista. Uma outra pesquisa, realizada na Suécia por Bengtsson-Tops & Hansson (2001) com 120 pacientes esquizofrênicos, mostrou que a rede social é mais importante para a recuperação de pacientes esquizofrênicos do que os fatores sociodemográficos, clínicos ou de qualidade de vida subjetiva, o que nos leva, mais uma vez, a pensar na subjetividade individualista ocidental como geradora de patologias (Moreira & Coelho, 2003). Um estudo realizado na Inglaterra com minorias negras de imigrantes caribenhos mostra uma estreita relação entre o alto índice de esquizofrenia neste grupo populacional e os fatores socioculturais, especialmente aqueles vinculados a situações que envolvem relações de poder na sociedade,

sobressaindo, entre eles, a experiência de desemprego (Hutchinson & Hickling, 1999). Resultados similares no que se refere a situações de opressão social como geradoras de patologias mentais em geral são mencionados por Cohen (2002) no relatório anual de um projeto de desenvolvimento de serviços primários de atendimento à saúde mental na Colômbia, na Índia, no Sudão e nas Filipinas, realizado para a OMS. Na implementação destes programas, foi possível observar que várias eram as implicações socioeconômicas e culturais no desenvolvimento das diversas desordens mentais contempladas pelas equipes de profissionais dos setores de cuidados primários, mostrando, ainda, que os fatores de risco para a doença mental são os mesmos, tanto em países desenvolvidos, quanto em países não desenvolvidos; ou seja, foram identificados como principais fatores de risco a pobreza, as situações estressantes de vida e o gênero (pois a mulher fica mais doente mentalmente por conta de sua maior vivência de situações de opressão social). Doubt (2000) realizou uma análise da esquizofrenia como um fenômeno social, sem, no entanto, excluir sua compreensão biológica e neurológica. Ademais de reforçar os resultados de pesquisas que constata a determinação sociocultural da esquizofrenia, seus estudos de autobiografias de pacientes esquizofrênicos mostram que eles têm consciência de sua doença, vivida como uma invasão do “self”, o que torna difícil a experiência de “si mesmo” como um todo, mas, ainda assim, mantendo-se, no doente, um sentido de autoconsciência e de reflexão. Ainda que a revisão da literatura relativa à psicopatologia e à cultura na América Latina indique a inexistência de estudos transculturais nesta linha, no Brasil, o PROESQ (Programa de Esquizofrenia do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo) realizou, em 1997, um estudo etnográfico com familiares de pacientes esquizofrênicos, buscando entender a articulação cultural da experiência da doença na dimensão da convivência familiar cotidiana (Villares, 2000).

Jablensky (1999) questiona se, nos vários estudos epidemiológicos transculturais já realizados, a esquizofrenia foi suficientemente delimitada em termos populacionais, refletindo sobre alguns resultados desafiadores e ainda inexplicados, tais como a sazonalidade da doença, o fator de risco urbano, o excesso de ocorrência da psicopatologia entre imigrantes, a melhor evolução e a possível menor incidência em países menos desenvolvidos e as correlações negativas com o câncer e a artrite reumatóide. Eaton (1999) também questiona a universalidade da esquizofrenia, já que, embora os resultados de pesquisas que fundamentam esta noção pareçam ser robustos, os métodos utilizados podem estar errados. Warner & Girolamo (1995), em uma publicação da OMS, reúnem significativa informação sobre o conhecimento atual acerca da epidemiologia da esquizofrenia, iniciando um exame da relevância diagnóstica no que diz respeito às metodologias utilizadas. Na verdade, como bem lembram Kleinman (1980;

1988), Good (1993), Lee (1996) e Cohen (1999; 2002), entre outros, todas as pesquisas em psicopatologia transcultural devem levar em conta os problemas relativos à validade diagnóstica, limitação que, tampouco, pode ser esquecida no presente estudo.

O corpo como categoria fenomenológica na esquizofrenia

Em todas as dimensões da experiência esquizofrênica, o corpo vivido ou a experiência corporal vivida é fundamental, tendo sido este o foco de estudo de vários estudiosos da psicopatologia fenomenológica (Minkowski, 1966; 1995; Von Gebsattel, 1966; Van Den Berg, 1981; Tatossian, 1977b; 1997a; Maldiney, 1991; Parada, 1994; Dörr, 1995; 1998; Jaspers, 1996; May, Angel & Ellenberger, 1997; Kimura, 1998; Rovalletti, 1998, entre outros).

O corpo vivido foi definido, nesta pesquisa, como o fenômeno original de abertura ao mundo, prévio à abstração (é pré-reflexivo). O corpo como linguagem, ou seja, como expressão de si mesmo e como comunicação com o mundo, é objeto de sentido, constituindo-se na interseção de significados. A experiência do corpo no mundo está condicionada pela biografia, pelas representações histórico-culturais e pelo espaço ou pelo meio-ambiente em que ele habita (Rovalletti, 1997). O corpo é o lugar dos encontros objetivos e subjetivos essencialmente vinculados ao mundo, não sendo um objeto a mais entre o resto dos objetos, mas um sujeito que transcende a si mesmo, rumo ao mundo, e em torno do qual os objetos que fazem parte dele se organizam segundo sua significação. O corpo vivido é fenômeno ontológico e ontogenicamente originário, pré-reflexivo, subjetividade encarnada, e sua primeira qualidade é sua essencial referência ao mundo, isto é, tem um lugar no mundo e nele interage. (Dörr, 1998). Vale acrescentar que pacientes esquizofrênicos, em sua inclinação ao isolamento e ao descuido pessoal, vivenciam experiências corporais infinitas de caráter vazio e individualizado nos momentos de surto psicótico, quando ficam “sem contornos”, já que habitar é uma função da corporeidade, um modo de prolongamento do corpo no espaço (Moreira, 2002; Moreira & Coelho, 2003).

Procedimentos metodológicos

Como critérios de inclusão foram estabelecidas as seguintes “variáveis descritivas” (Moreira, 2004a): 1) Nacionalidade: a amostra brasileira foi composta por pacientes que nasceram e que viviam no Brasil, enquanto a amostra chilena

foi formada por pacientes nascidos e que viviam no Chile; 2) sexo: cada amostra foi formada por 50% de sujeitos do sexo feminino e 50% do sexo masculino; 3) Idade: ambas as amostras foram compostas por pacientes adultos, entre 25 e 55 anos; 4) Nível educacional: todos os pacientes pesquisados tinham terminado o nível básico de ensino; 5) Número de internações e tempo de cada internação: número de internações variável, mas em períodos não superiores a um ano (ou seja, não foram considerados os pacientes crônicos).

Foram entrevistados dois grupos de pacientes diagnosticados como esquizofrênico-paranóides internados em hospitais públicos, sendo 20 em São Paulo e 30 em Santiago, compondo uma amostra total de 50 pacientes. O diagnóstico foi efetuado por um dos psiquiatras ou dos psicólogos participantes da equipe do projeto de pesquisa a partir dos critérios sintomáticos do DSM-IV e de critérios clínicos. Não foram utilizados os diagnósticos das fichas hospitalares dos pacientes, pois são marcados freqüentemente por uma necessidade prévia de rotular os pacientes. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, de cerca de 30 minutos de duração (Polkinghorne, 1989; Creswell, 1998; Moreira, 2004a), seguidas de transcrição e de uma análise fenomenológica. O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir de três entrevistas-piloto realizadas e discutidas com a equipe da pesquisa (constituída por três psicólogos clínicos e 3 psiquiatras, todos com formação numa abordagem fenomenológica). A descrição do corpo vivido foi um dos pontos básicos abordados nas entrevistas, buscando o significado da sua experiência na esquizofrenia paranóide. Buscamos a descrição exaustiva de forma a aprofundar o tema o máximo possível. As entrevistas foram áudio-gravadas, sendo realizadas por dois ajudantes de pesquisa deste projeto (um estudante de psicologia e um de psiquiatria) em Santiago, e por uma estudante de mestrado em psicologia em São Paulo. As entrevistas foram semi-estruturadas, abertas o máximo possível, buscando, à semelhança de uma conversa, a descrição da experiência vivida do corpo entre esquizofrênicos paranóides. Os entrevistadores trataram de facilitar a expressão dos sujeitos no que diz respeito à sua experiência de corpo vivido (Moreira & Coelho, 2003).

O método desta pesquisa foi, portanto, descritivo. Utilizamos a fenomenologia de Merleau-Ponty (1945; 1960; 1970) para realizar uma análise antropológica de cunho crítico numa pesquisa em psicopatologia (Moreira, 2004a; Moreira, no prelo). Ou seja: utilizamos o método fenomenológico de Merleau-Ponty como uma ferramenta crítica para compreender o significado da experiência vivida de corpo na esquizofrenia paranóide, considerando-a mutuamente constituída com o mundo, em seus múltiplos contornos (Moreira, 2002). A análise dos dados foi inspirada nos modelos de Giorgi, Fiescher & Von Eckartsberg (1971), de Giorgi (1985; 1997) e de Creswell (1998) e adaptada por Moreira (2001a; 2004a), adotando os seguintes passos:

1. Transcrição literal das entrevistas para obtenção do texto nativo, expressando exatamente as falas dos sujeitos colaboradores e dos entrevistadores, bem como seus silêncios ou quaisquer sons que ocorressem nas gravações;
2. Divisão do texto nativo em movimentos de acordo com o “tom” da entrevista. Os movimentos consistiram em trechos das entrevistas que tinham um mesmo “tom”, mudando quando os entrevistados ou os entrevistadores mudavam de tema, faziam silêncio, mudavam o tom de voz, ou interrompiam suas falas de alguma forma;
3. Análise descritiva do sentido que emerge de cada um dos movimentos, buscando uma articulação dos sentidos emergentes. Tratamos de sistematizar os sentidos emergentes nos diversos momentos de cada entrevista, buscando identificar e compreender os múltiplos significados da experiência do corpo vivido na esquizofrenia paranóide;
4. Saída dos parênteses, o que significou, neste momento da análise fenomenológica, que seu foco se referia à hipótese original da pesquisa de maneira que os pesquisadores assumissem sua mundaneidade, dialogando com os resultados da pesquisa e com as publicações de outros pesquisadores do mesmo campo de pesquisa e se posicionando frente a eles (Moreira, 2002; no prelo).

Resultados e discussão

Como temas emergentes das falas dos pacientes, tanto do Chile quanto do Brasil, foram encontrados os seguintes resultados:

1. A experiência esquizofrênica é vivida como uma experiência de opressão e de falta de poder;
2. A descrição da experiência feita dos pacientes se refere, em grande parte, ao fato de eles se sentirem presos nos hospitais psiquiátricos;
3. Sua descrição constantemente se refere ao fato de que estão tomando medicamentos fortes;
4. Os pacientes se sentem solitários e sofrem devido ao estigma da doença mental;

As alucinações de perseguição dos pacientes são comumente relacionadas à sua cultura histórica e política.

Desta forma, estes cinco temas emergentes principais confirmam os resultados dos estudos críticos em psicopatologia, os quais, baseados numa perspectiva fenomenológica merleau-pontyana de múltiplos contornos, enfatizam os significados ideológicos da psicopatologia no mundo contemporâneo,

relacionados às culturas individualistas, ao poder biomédico e às estruturas sociais estigmatizantes, dando lugar a um processo intenso de despotencialização (Moreira & Sloan, 2002; Moreira & Coelho, 2003; Moreira, 2003b, Moreira, 2005).

Não foram encontradas diferenças significativas relativas à descrição das experiências de tempo e de espaço, o que reforça resultados de pesquisas discutidos anteriormente que apontam para a universalidade da esquizofrenia. Tanto no Chile quanto no Brasil, os pacientes esquizofrênicos paranóides se referiram prioritariamente ao espaço hospitalar, não sendo possível uma organização dos resultados relativos ao significado do tempo vivido, tema que pouco aparece em ambas as amostras. Estes resultados são discutidos detalhadamente em Moreira & Coelho (2003).

A hipótese desta pesquisa – de que a experiência vivida na esquizofrenia paranóide é diferente no Chile e no Brasil – foi confirmada apenas com relação à categoria de corpo. No Chile, o significado da experiência corporal vivida é atribuído somente à doença mental, ou seja, as alterações sofridas são compreendidas como parte da doença e dos efeitos da medicação, tal como se pode verificar nas seguintes falas, nas quais pacientes chilenos se referem a suas experiências corporais como articuladas à doença e aos efeitos dos remédios:

Mi cuerpo se pone rígido y siento como que me llegan las vibraciones, como que me traspasan...

Mi cuerpo! No me doy ni cuenta como es... Estoy totalmente frígida...

Frígida, no tengo ningún deseo... No sé. ¿Eso era lo que tenía que pensar?

Pero lo dije... Pero eso es producto de las pastillas...

Ahora, por efecto de los otros medicamentos, yo no puedo modular muy bien, no puedo modular muy bien... Y, antes, con el Radotril, no: era como todo más armonioso, como dice el “reclame” de fármacos con receta médica. No Brasil, é freqüente que a vivência de alterações na corporeidade vivida, como ocorre nos surtos esquizofrênicos, seja atribuída à incorporação de espíritos relacionadas à umbanda e ao espiritismo, tal como podemos ilustrar através das seguintes falas:

Minha vó é mãe de santo... Eu freqüento desde pequeno. Eu nasci nisso (...) aí, as pessoas encarnam os espíritos das crianças mortas... Se você vê... ficam tomadas mesmo. É que, para a medicina, isso é uma coisa impossível: os médicos não acreditam nisso.

Parece que tem um espírito maligno em mim, maligno, que fala pra eu cortar fora a cabeça do cara.

Aí, eu comecei a ver vulto. Comecei a encarnar com isso. Eu olhei onde meu amigo morreu (...) Eu creio nisso: em espiritualidade.

Mas encontramos, nas falas dos pacientes brasileiros, também, uma descrição do corpo vivido como associado à doença e aos efeitos dos remédios:

Sei lá! É muito remédio: eu tô dopado de remédio; minha cabeça tá boa por causa do remédio; se não fosse o remédio, eu tava doido.

Por que eu vim pra cá? Porque eu parei de tomar o remédio, o remédio para... Disse que eu tinha que tomar o remédio certinho. Daí, eu peguei e parei e acabei vindo para cá. Parei porque achei que o remédio não ia... porque eu pretendo me casar, né!? O remédio me enfraquecia fisicamente, entendeu? A parte física do homem. Daí, eu falei: “vamos parar”, né?

O que encontramos mais frequentemente na maioria das entrevistas realizadas no Brasil é que os dois significados – o espiritual e o psicopatológico – se entrelaçam, se sobrepõem, se misturam, se constituem mutuamente. Ou seja: um mesmo informante se referia aos espíritos como os responsáveis por sua experiência de corpo vivido doente e, mais adiante, na mesma entrevista, aludia aos efeitos dos remédios e ao fato de ser esquizofrênico. As seguintes falas ilustram bem a interseção de ambos os significados:

Então, minha mãe me internou aqui porque ela pensa que sou psicótico. Na cabeça dela, eu sou psicótico, mas não sou psicótico: sou um cidadão normal, só que, às vezes, aparece um trauma, não sei, coisa que não sai da cabeça, que nem agora; agora, eu tô vendo (um espírito). Os remédios ajudam a melhorar.

Pois não é? Pensam que isso tudo é de doença, mas a gente sabe que vem de outro canto... tanto que cura também no terreiro...

Percebemos, na primeira fala, que, ainda que o informante não se entenda como um doente, mas como alguém que vê espíritos, ele reconhece que a medicação o ajuda a sentir-se melhor. A fala do segundo informante afirma que a doença também é curada no terreiro, isto é, podemos entender que é curada tanto no hospital quanto no terreiro. Não podemos esquecer, mais uma vez, que todos os informantes estavam internados em hospital psiquiátrico, o que, por si mesmo, já indica que seu corpo vivido está categorizado como doente e, conseqüentemente, inserido em uma compreensão no âmbito psicopatológico. De fato, mesmo quando negavam o significado do corpo vivido como doente e o atribuíam a fenômenos espirituais, estes pacientes ainda eram e se percebiam como pacientes, alguns deles bastante conscientes do peso e do estigma de sua experiência, tal como foi explicitamente verbalizado por este informante:

Esta história de dizer que sou psicótico acabou com a minha vida...

Esta pesquisa demonstrou que, no Chile, os pacientes esquizofrênicos entendem as suas sofridas alterações corporais apenas como decorrentes da doença ou dos efeitos colaterais da medicação ingerida, enquanto que, no Brasil, os pacientes atribuem as suas alterações corporais tanto à incorporação de espíritos ou a fenômenos de ordem religiosa, quanto à doença e ao tratamento medicamentoso. Ou seja: para os pacientes esquizofrênico-paranóides brasileiros entrevistados, o significado do seu corpo vivido se insere na interseção da

espiritualidade com a psicopatologia, enquanto que, para os chilenos, este significado se refere apenas à ordem médica.

É importante não esquecer que a amostra investigada em um estudo qualitativo desta ordem não se propõe a ser representativa e que seus resultados não podem ser generalizados. Além disto, outras variáveis, tais como o internamento, a medicação e a condução das entrevistas, além das variáveis culturais (nacionalidades brasileira e chilena), tal como mencionadas anteriormente, podem ter interferido como limitantes desta pesquisa. De fato, é importante assinalar, inclusive, que a própria abordagem cultural utilizada neste estudo restringiu-se basicamente à nacionalidade, não se propondo a realizar um estudo etnográfico que investigasse mais profundamente aspectos culturais constitutivos da experiência esquizofrênica. O treinamento da equipe em uma pesquisa transcultural qualitativa é, na verdade, uma das grandes limitações deste tipo de pesquisa devido à dificuldade de homogeneizar a condução das entrevistas em diferentes lugares, o que limita muito os resultados alcançados. Não se pode deixar de mencionar ainda que foram estudadas duas amostras na cidade de Santiago, no Chile e na cidade de São Paulo, no Brasil, o que por si só não representa necessariamente os dois países.

O fato de este estudo ter sido desenvolvido com pacientes sob o efeito de medicações, além dos outros limites mencionados foi, aparentemente a maior limitação na descrição do corpo vivido. No entanto, sem esquecer os vários limites apontados neste primeiro estudo, que faz parte de uma linha de pesquisa em psicopatologia transcultural mais ampla, ora em andamento (Moreira, 2003b, 2004), os resultados vêm a confirmar a já bastante ampla literatura sociológica e antropológica que estuda a espiritualidade como característica marcante e fundamental da cultura brasileira. Para Roberto da Matta (1987, 1991) o mundo real é uma esfera que deve ser evitada o mais possível no universo social brasileiro, que tem como suporte três eixos: o lar, a rua e o sobrenatural, onde se lida com santos, deuses e espíritos. Nos resultados desta pesquisa, encontramos o eixo do sobrenatural, onde estaríamos lidando com santos, deuses e espíritos que já teriam passado pelo nosso mundo e que criariam dúvidas sobre a realidade exata da sociedade na qual vivemos.

Krippner (1989) sintetiza a questão da cura através da mediunidade no Brasil, por meio da incorporação de espíritos de divindades de origem africana – os orixás – cuja denominação varia regionalmente no Brasil.

Praticantes religiosos africanos ganharam acesso ao sobrenatural de três maneiras: fazendo oferendas aos orixás; “divinizando” ou predizendo o futuro com a ajuda de um orixá; e incorporando um orixá ou um ancestral, que alerta a comunidade sobre possíveis calamidades, doenças diagnosticadas e curas prescritas. O médium ou pessoa a qual o espírito falou ou se moveu, desempenha

essa tarefa voluntariamente, proclamando não lembrar da experiência logo que esta termina. O “transe” ou estado alterado de consciência necessário para as incorporações (a encenação voluntária de entrega da mente e corpo do médium para a entidade desencarnada) é ocasionada pela dança, canto e batida de tambor. A medicina preventiva consiste no uso de encantos e rituais, assim como a vivência com as pressões sociais dessas culturas. (p. 187-8)

É a esta incorporação de espírito que se referem os pacientes esquizofrênicos brasileiros estudados nesta pesquisa no que tange à atribuição do significado de sua sintomatologia corporal na vivência da esquizofrenia. Esta pesquisa reforça, então, a idéia do intercruzamento de pensamentos e credos funcionando harmoniosamente no âmbito da doença mental no Brasil. Como observa Krippner (1989): “Grupos espíritas são uma força social importante (...) As seitas proporcionam uma ajuda importante para a medicina e psicoterapia, especialmente para aqueles indivíduos que não podem pagar um praticante particular ou ir para uma clínica” (p. 202). Mas esta pesquisa aponta, principalmente, para o desafio que este fato representa para os estudiosos da psicopatologia bem como para os profissionais de saúde mental no Brasil (Moreira & Coelho, 2003). No sentido de se alcançar uma apreensão mais clara das articulações culturais vinculadas à experiência vivida na esquizofrenia e na psicopatologia como um todo, sugere-se a realização de estudos longitudinais, com um numero maior de entrevistas, e a utilização do método etnográfico, que inclua observações participativas, cuja análise cultural de conteúdo possibilite um cruzamento com os resultados das análises fenomenológicas realizadas das entrevistas.

Do ponto de vista da pesquisa fenomenológica, a experiência é o lugar do conhecimento e o objetivo da pesquisa será sempre o de compreender o significado da experiência vivida pelo sujeito. No que se refere ao corpo vivido, esta pesquisa mostra a ambigüidade do significado desta experiência em pacientes diagnosticados como esquizofrênicos no Brasil. O fato deste significado se encontrar na interseção do âmbito espiritual com o psicopatológico mostra a necessidade de uma abordagem bastante crítica e de futuras pesquisas em psicopatologia cultural e transcultural que, sem perder de vista os significados biológicos, busquem incluir explicitamente significados culturais; que além dos tradicionais significados médicos e/ou psicológicos contribuam para uma compreensão do fenômeno psicopatológico em seus múltiplos significados e contornos, visando um conhecimento mais amplo que possibilite contribuir para a qualidade da clinica psicológica e psiquiátrica.

Referências

- BENGTSSON-Tops, A. & HANSSON, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47 (3), p. 67-77.
- COHEN, A. (1999). *The mental health of indigenous people: an international overview*. Geneva: Nations for Mental Health/World Health Organization.
- ____ (2002). *The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world*. Geneva: Nations for Mental Health/World Health Organization.
- CRESWELL, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- DA Matta, R. (1987). *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio: Rocco, 2000.
- ____ (1991). *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- DAS, V. (1997). *Language and Body: Transactions in the Construction of Pain*. In: KLEINMAN, A.; DAS, V. & LOCK, M. (eds.). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press, p. 67-92.
- DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B. & KLEINMAN, A. (1995). *World mental health problems and priorities in low-incoming countries*. New York, Oxford University Press.
- DEVEREUX, G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- DÖRR, O. (1995). *Psiquiatria antropológica*. Santiago: Universitaria.
- ____ (1998). Fenomenología de la corporalidad en las grandes psicosis. In: ROVALETTI, M. *Corporalidad, la Problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial, p. 209-18.
- DOUBT, K. (2000). *Towards a sociology of schizophrenia: humanistic reflections*. Toronto: University of Toronto Press.
- DRAGUNS, J. (1995). Cultural influences upon psychopathology: clinical and practical implications. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4, p. 89-114.
- EATON, W. (1999). *Toda parte*. Talk given at the 4th symposium Search for the Causes of Schizophrenia. Department and Institute of Psychiatry of FMUSP & Central Institute of Mental Health, Mannheim, Alemanha (ABC-Schizophrenia project).
- FURNHAM, A & MURAO, M. (2000). A cross-cultural comparison of British and Japanese lay theories of schizophrenia. *The International Journal of Psychiatry*, 46 (1), p. 4-20.

GIORGI, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In: GIORGI, A. (ed.) *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne University Press, p. 23-85.

____ (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, p. 235-60.

____ ; FIESCHER, W. F. & von ECKARTSBERG, R. (eds.) (1971). *Duquesne studies in phenomenological psychology*. v. 1. Pittsburgh: Duquesne University Press.

GOOD, B. (1993). *Culture, diagnosis and comorbity*. *Culture, medicine and psychiatry*, 16, p. 427-46.

____ ; SUBANDI & GOOD, M. J. (2001). Le sujet de la maladie mentale: psychose, folie furieuse et subjectivité en Indonésie. In: EHRENBURG, A. & LOVELL, A. M. *La Maladie mental en mutation: psychiatrie et société*. Paris: Éditions Odile Jacob, p. 163-95.

HELMAN, C. (2001). *Culture, health and illness*. London: Arnold.

HUTCHINSON, G. & HICKLING, F. (1999). *Problem in society, problem in psychiatry*. International Review of Psychiatry, London: Abingdon.

JASPERS, K. (1996). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura.

JABLENSKY, A. (1999). *Balanço do século*. Conferência de abertura proferida no 4º Simpósio Search for the Causes of Schizophrenia. Departamento e Instituto de Psiquiatria da FMUSP & Instituto Central de Saúde Mental de Mannheim, Alemanha (ABC-Schizophrenia project).

KIMURA, B. (1998). Fenomenologia da depressão estado-limite. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1 (3), p. 11-32.

KLEINMAN, A. (1980). Major Conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Culture, medicine and psychiatry*, 4, p. 3-13.

____ (1988). *Rethinking psychiatry: cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

____ & GOOD, B. (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of the Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.

KLIMA, A. (2002). *The Funeral Casino: meditation, Massacre, and the Dead in Thailand*. Princeton: Princeton University Press.

KRIPPNER, S. (1989). *A call to heal: entry patterns in Brazilian mediumship*. Altered states of consciousness and mental health. Newburypar: Sage.

LEE, S. (1996). Cultures in psychiatry nosology: the CCMD-2 and international classification of mental disorders. *Culture, medicine and Psychiatry*, 20, p. 421-72.

- MALDINEY, H. (1991). *Penser l'homme et la folie*. Grenoble: Jérôme Millon.
- MAY, R.; ANGEL, E. & ELLENBERGER, F. (eds.) (1997). *Existencia: nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid: Gredos.
- MARSELLA, A. & YAMADA, A. (2000). Culture and mental health: an introduction and overview of foundations, concepts and issues. In: CUÉLLAR, I. & PANIAGUA, F. (ed.). *Handbook of multicultural mental health*. San Diego: Academic Press, p. 3-26.
- MATSUMOTO, D. (1997). *Culture and modern life*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- MERLEAU-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- ____ (1960). *Signes*. Paris: Gallimard.
- ____ (1970). *Lo visible y lo invisible*. Barcelona: Seix Barral.
- MINKOWSKI, E. (1966). *Traité de psychopathologie*. Le Plessis-Robinson: Sythélabo.
- ____ (1995). *Le temps vécu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MOREIRA, V. (1999). Modos de constitución de la subjetividad: Una perspectiva fenomenológica transcultural. *Psykhé*, 8, p. 27-32.
- ____ (2000). Ideologia e psicopatologia: uma discussão fenomenológica transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (4), p. 80-91.
- ____ (2001a). *Más allá de la persona: hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago: Editorial Universidad de Santiago de Chile.
- ____ (2001b). Psicopatologia, fenomenologia e cultura: a contribuição de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (4), p. 127-30.
- ____ (2001c) Psicopatología y contemporaneidad: individualismo como síntoma contemporáneo. *Revista Terapia Psicológica*, 1 (19), p. 33-8.
- ____ (2002). Parte II – Psicopatología crítica. In: MOREIRA, V. & SLOAN, T. *Personalidade, ideología e psicopatología crítica*. São Paulo: Escuta, p. 106-248.
- ____ (2003a). Psychopathology and poverty. In: CARR, S. & SLOAN, T. *Psychology and Poverty*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, p. 69-86.
- ____ (2003b). *The meaning of depression in contemporary world: a critical cultural study in Brazil, Chile and United States*. Fulbright/Capes Research Project, Department of Social Medicine, Harvard Medical School.
- ____ (2004a). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopatología. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), p. 447-56.
- ____ (2004b). *A experiência vivida do estigma em HIV/AIDS e doença mental no Nordeste do Brasil*. Projeto de pesquisa VRPP-Universidade de Fortaleza/DSM – Harvard Medical School.

____ (2005). *Critical Psychopathology. Radical Psychology*, 1 (4). Web site: <http://www.radpsynet.org/journal/vol4-1/moreira.html>. Acesso em: 30 janeiro 2006.

____ (no prelo). Psicología humanista-fenomenológica. In: STECHER, A. & Paulino, A. (eds.) *Materiales para una cartografía de la psicología contemporánea: tradiciones teóricas y campos profesionales*. v. I. Santiago: LOM.

____ & de ARAMBURÚ, B. (1999). ¿Psicopatologías? Hacia una comprensión histórico-cultural [Psychopathologies? Towards a historical-cultural understanding]. *Revisita Terapia Psicológica*, 7, p. 7-16.

____ & COELHO, N. (2003). Phenomenology of schizophrenic experience: a critical cultural study in Brazil and in Chile. *Terapia Psicológica*, 21 (2), p. 75-86.

____ & SLOAN, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.

____ & FREIRE, J. C. (2003). La dépression dans la postmodernité: un désordre des affections ou l'ordre des désaffections? In: GRANGER, B. & CHARBONEAU, G. *Phénoménologie des sentiments corporels*. Paris: Circle Hermeneutique. v. II, p. 111-8.

MUEGLER, E. (2001). *The Age of Wild Ghosts: Memory, Violence, and Place in Southwest China*. Berkeley: University of California Press.

PARADA, R. (1994). El problema de la "endogeneidad" a propósito de la esquizofrenia. In: ROVALETTI, M. *Psicología y Psiquiatría Fenomenológica*. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, p. 97-108.

POLKINGHORNE, D. (1989). Phenomenological research methods. In: VALLE, R. S. & HALLING, S. *Existential-Phenomenological perspectives in psychology*. New York: Plenum Press, p. 41-61.

ROVALETTI, L. (1997). *Fenomenología clínica: implementación empírica de sus categorías fundamentales*. Proyecto de Investigación Universidad de Buenos Aires/PIP-CONICET n. 4256.

____ (1998). *Corporalidad, la problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

SAM, D. & MOREIRA, V. (2002). The mutual embeddedness of culture and mental illness. In: LONNER, W. J.; DINNELL, D. L.; HAYES, S. A. & SATTLER, D. N. (eds.). *OnLine Readings in Psychology and Culture*. Acesso em 02, setembro, 2004, from Western Washington University, Department of Psychology, Center for Cross-Cultural Research Web site: <http://www.wvu.edu/~culture>.

SCHUMAKER, J. (1996). Understanding Psychopathology: Lessons from the Developing World. In: CARR, S. & SCHUMAKER, J. (ed.). *Psychology and Developing World*. Connecticut: Praeger, p. 180-90.

SHEPPER-Hughes, N. (2001). *Saints, Scholars and Schizophrenics: Mental illness in ru-*

- ral Ireland. Los Angeles: University of California Press.
- TATOSSIAN, A. (1984). *La vie faite de mieux: les déprimés*. Marseille: Médiprint.
- ____ (1997a). *Psychiatrie phénoménologique*. Paris: Acanthe.
- ____ (1997b). *Phénoménologie des Psychoses*. Paris: Art du Comprendre.
- VARMA, V. K. (1 January, 2000). *Transcultural perspective on schizophrenia: epidemiology, manifestation and outcome*. Location: Transcultural Psychiatry Section. Retrieved March 12, 2002 from the World Wide Web: <Http://www.mentalhealth.com/newslet/tp0001.html>.
- VAN Den Berg, J. (1981). *O paciente psiquiátrico*. São Paulo: Mestre Jou.
- Villares, C. (2000). Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Retrieved February 7, 2002 from the World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500018&lng=pt&nrm=iso.
- VON Gebattel (1966). *Antropología médica*. Madrid: Rialp S. A
- WARMER, R. & GIROLAMO, G. (1995). *Schizophrenia*. Geneve: World Health Organization.

Resumos

19

Este artículo discute los resultados parciales de una investigación transcultural sobre la experiencia de cuerpo vivida en la esquizofrenia, cuyo objetivo ha sido de identificar si hay diferencias relacionadas a las culturas de Brasil y de Chile en lo que se refiere al significado de cuerpo en la experiencia esquizofrenica. Han sido realizadas entrevistas con una muestra de 50 pacientes de ambos los sexos, diagnosticados como sicóticos esquizofrénico-paranoides en hospitales psiquiátricos (20 en Brasil y 30 en Chile), según el criterio clínico y el DSM-IV. El método fenomenológico crítico ha sido utilizado para comprender el significado de la descripción de cuerpo vivido. Los resultados muestran que el significado de cuerpo vivido en la experiencia esquizofrenica es diferente en Brasil y en Chile. Para los brasileños, el significado de la experiencia de cuerpo se encuentra en la intersección de la espiritualidad con la orden psicopatológica, mientras que para los chilenos, este significado pertenece solamente al dominio de la sicopatología, lo que se articula con aspectos socioculturales de cada país.

Palabras claves: Esquizofrenia, fenomenologia, cuerpo, cultura, sufrimiento síquico

Cet article discute des résultats partiels d'une recherche transculturel sur l'expérience du corps vécu dans la schizophrénie, dont l'objectif était identifier s'il y a des différences entre les cultures du Brésil e du Chili, concernant à la signification

de l'expérience schizophrénique. Les investigateurs ont interviewé 50 patients des deux sexes, diagnostiqués comme psychotiques schizophrénique-paranoides, internés dans des hôpitaux psychiatriques (20 au Brésil et 30 au Chili), d'accord le critérium clinique et le DSM-IV. Une méthode phénoménologique critique a été utilisé pour comprendre la signification de la description du corps vécu. Les résultats ont démontré que la signification du corps vécu dans l'expérience schizophrénique est différente au Brésil et au Chili. Pour les Brésiliens, la signification de l'expérience du corps est dans l'intersection entre la spiritualité et l'ordre psychiatrique, pendant que, pour les Chiliens, cette signification appartient seulement au domaine de la psychopathologie, ce que a une liaison avec des aspects socio-culturels de chaque pays.

Mots clés: Schizophrénie, phénoménologie, corps, culture, souffrance psychique

This article discusses part of the results of a cross-cultural study on the lived experience of the body and its meaning in the schizophrenic experience, which aimed to identify whether there are significant differences in the meaning of this experience related to the different cultures of Brazil and Chile. Interviews were made with a sample of 50 adult patients of both sexes diagnosed as psychotic schizophrenic-paranoids in public psychiatric hospitals (20 in Brazil and 30 in Chile), according to clinical criteria and the DSM-IV. A critical phenomenological method was used to understand the meaning of the experience of the described lived body. The results showed that the meaning of the lived body in the schizophrenic experience is different to patients interviewed in Brazil and in Chile. To Brazilians ones, the meaning of the lived experience of the body is found in the intersection of spirituality with the psychopathological order, while, to Chileans ones, this meaning belongs only to the domain of psychopathology, which it is related to social-cultural aspects of each country.

Key words: Schizophrenia, phenomenology, body, culture, psychic suffering