

3

Sobre Ser São em Lugares Insanos

EXPERIMENTOS COM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

No início dos anos 1970, David Rosenhan decidiu testar quanto os psiquiatras eram capazes de diferenciar os “sãos” dos “insanos”. A psiquiatria como um campo baseia-se, naturalmente, na crença de que seus próprios profissionais sabem como diagnosticar de maneira confiável as doenças mentais e, com base nesses diagnósticos, fazer julgamentos sobre a adequação social de uma pessoa – desempenho como pai/mãe, risco de fuga de pessoas em liberdade condicional, a capacidade do prisioneiro de ser reabilitado. Rosenhan era consciente e crítico do imenso grau de controle social que os psiquiatras tinham e, portanto, idealizou um experimento para testar se suas aptidões reais estavam à altura de seu poder. Ele recrutou outras oito pessoas e, juntos, fingiram ser insanos para abrir caminho até várias instituições mentais; então, uma vez na enfermaria, passaram a agir de uma maneira inteiramente normal. A meta: verificar se os psiquiatras detectariam sua sanidade ou se os julgamentos dos psiquiatras seriam obscurecidos por pressuposições (isto é, se o paciente está lá, rotulado como um paciente, então deve ser louco). O experimento de Rosenhan explora com elegância a maneira como o mundo é sempre deformado pela lente através da qual o estamos olhando. Seu experimento implica que somos inextricavelmente imanentes, banhados de subjetividade e, como tal, acrescenta tanto à literatura da filosofia quanto à da psicologia e da psiquiatria.

Ele perdeu a mulher. Perdeu a filha. Perdeu a cabeça para uma série de pequenos derrames cerebrais e, agora, David Rosenhan, professor emérito de direito e psicologia de Stanford, mal consegue respirar. Poucos meses antes, ele estava em pé na sua cozinha em Palo Alto quando sentiu pela primeira vez um crescente entorpecimento nas pernas. No momento em que chegou ao pronto-socorro, suas pernas tinham ido embora, depois os braços, depois seu torso e, então, por fim, os pulmões. Os médicos, confusos, não conseguiram determinar o que exatamente estava afligindo esse pesquisador renegado, aquele que devotou a melhor parte de sua carreira ao desmantelamento do diagnóstico psiquiátrico. Agora, aqui estava ele, ele próprio uma dúvida diagnóstica. O rosto de Rosenhan congelou. No momento que escrevo este texto, ele ainda não consegue dizer muitas palavras. Seu silêncio é um furo na história que segue, a própria história sobre furos e como, numa série de surpreendentes experimentos, Rosenhan os descobriu naquilo que pensávamos que era o firme campo da psiquiatria.

Era 1972. Spiro Agnew acabara de renunciar. Thomas Szasz escrevera *O mito da doença mental*. R. D. Laing desafiara os psiquiatras a repensar a esquizofrenia como uma forma de poesia possível. Apenas recentemente, as bandeiras tinham se agitado sobre a proeminência das armas de fogo, sinalizando o cessar-fogo no Vietnã. Rosenhan, um psicólogo com um grau conjunto em direito, não foi ao Vietnã, mas de acordo com um colega, tinha observado quantos homens usaram doença mental como maneira de evitar a convocação. Era relativamente fácil fingir alguns sintomas – o quanto, exatamente, era fácil? Rosenhan, que adorava aventuras, decidiu tentar alguma coisa.

Quase por impulso, telefonou para oito amigos e disse algo como: “Você estará ocupado no mês que vem? Teria tempo para fingir e conseguir entrar num hospital mental e ver o que acontece, ver se eles podem lhe dizer se você é realmente são?” Surpreendentemente,

segundo consta, todos os oito não estavam ocupados no mês seguinte e todos os oito – três psicólogos, um estudante de graduação, um pediatra, um psiquiatra, um pintor e uma dona-de-casa – concordaram em reservar o tempo para experimentar esse truque traiçoeiro, juntamente com o próprio Rosenhan, que mal conseguia esperar para começar. Diz o pseudopaciente Martin Seligman: “David simplesmente me telefonou e disse: ‘Você vai estar ocupado em outubro?’, e eu disse ‘Claro que vou estar ocupado em outubro’, mas no fim da conversa, ele tinha me feito rir e dizer ‘sim’. Dei-lhe todo o mês de outubro, que foi o tempo que o experimento levou.”

Alguns dos hospitais que Rosenhan tinha escolhido eram elegantes e com tijolos brancos; outros eram arremedos administrados pelo Estado, com corredores com cheiro de urina e paredes rabis-cadas de grafite. Os pseudopacientes deveriam se apresentar e dizer palavras que seguissem essas linhas: “Estou ouvindo uma voz. Está dizendo ‘tum’.” Rosenhan escolheu especificamente essa queixa porque em nenhum lugar na literatura psiquiátrica havia quaisquer relatos de qualquer pessoa ouvindo uma voz que contém uma angústia tão obviamente caricata.

Depois de questionamento adicional, os oito pseudopacientes deveriam responder com inteira honestidade, exceto o nome e a ocupação. Eles não deveriam fingir nenhum outro sintoma. Uma vez na enfermaria, se internados, deveriam dizer imediatamente que a voz tinha desaparecido e que agora se sentiam bem. Rosenhan então deu aos seus confederados uma lição de como lidar com a medicação, como evitar engoli-la deslizando-a para baixo da língua para que pudesse ser mais tarde jogada no vaso sanitário. “Levou algum tempo”, lembra Martin Seligman, “levou algum tempo até eu conseguir fazer certo a coisa da pílula e eu estava muito nervoso. Estava nervoso que eu pudesse engolir acidentalmente uma pílula se eles me forçassem, mas estava mais nervoso com um estupro homossexual.”

Todos os pseudopacientes praticaram por alguns dias. Boa parte da prática era, supostamente, passiva, deixando que a entropia e o

odor seguissem seu caminho. Seus cabelos cresceram e se desgredharam. O hálito tomou um matiz esverdeado. Eles aprenderam a enfiar pílulas grandes e pílulas do tamanho de ervilhas na caverna debaixo da língua e, então, virar a cabeça de lado e sorratamente cuspir. Era outono, então, e uma lua de colheita farta pendia no céu. Duendes em capas brilhantes perambulavam pelas ruas, bruxas carregavam abóboras tremeluzentes. Travessura ou guloseima?

O dia real em que Rosenhan partiu para um dos hospitais estaduais da Pensilvânia era brilhante. O céu era de um azul gelado pré-inverno, as árvores como pincéis mergulhados em potes de pintura, virados para cima e úmidos de cor.

Rosenhan entrou no estacionamento ao ar livre. O hospital psiquiátrico tinha edifícios góticos, todas as janelas com grades. Serventes em aventais azul-claro se espalhavam pelo terreno.

Uma vez na unidade de internações, Rosenhan foi levado a uma pequena sala branca.

– Qual é o problema? – perguntou um psiquiatra.

– Estou ouvindo uma voz – disse Rosenhan e, então, não disse mais nada.

– E o que a voz está dizendo? – questionou o psiquiatra, caindo, sem saber, diretamente na toca do coelho de Rosenhan.

– Tum – disse Rosenhan. Imagino que ele o tenha dito com uma certa petulância.

– Tum? – perguntou o psiquiatra. – Você disse “tum”?

– Tum – disse Rosenhan novamente.

O psiquiatra provavelmente coçou a cabeça. Pode ter ficado confuso, desconcertado. Pode ter repousado a sua caneta, seu bloco e olhado fixamente para o teto por um segundo. O problema é que não sabemos o que exatamente aconteceu em qualquer uma das salas de internação, porque Rosenhan não teve o cuidado de fornecer quaisquer relatórios detalhados. Sabemos de fato que cada pseudopaciente, Rosenhan incluído, disse que a voz era do mesmo

sexo que ele ou ela, que vinha incomodando o pseudopaciente num certo grau, que ele ou ela tinha ido até a unidade a conselho de amigos que tinham ouvido dizer que “este hospital era bom”.

Robert Spitzer, um dos psiquiatras mais proeminentes do século XX e um crítico severo de Rosenhan, escreveu em um artigo de 1975 no *The Journal of Abnormal Psychology*, em réplica aos achados de Rosenhan: “Alguns alimentos têm um gosto delicioso, mas deixam um gosto ruim na boca. É também assim com o estudo de Rosenhan.” Ele continua e declara: “Sabemos muito pouco sobre como os pseudopacientes se apresentavam. O que o pseudopaciente disse.” Num rodapé do artigo, Spitzer escreve: “Rosenhan não identificou os hospitais usados nesse estudo porque se preocupa com a confidencialidade e o potencial para ataque *ad hominem*. Entretanto, isso não impossibilita que qualquer um nesses hospitais corrobore ou desafie seu relato de como os pseudopacientes agiram e como eles foram percebidos.”

Spitzer teve uma conversa telefônica comigo: “E todo aquele negócio do *tum*. Rosenhan usa-o como prova de o quanto os psiquiatras são ridículos porque nunca houve nenhum relato anterior de ‘tum’ como uma alucinação auditiva. E daí? Como escrevi, tive certa vez um paciente cuja principal queixa de apresentação era uma voz que dizia: ‘Está tudo bem, está tudo bem.’ Não sei de nenhum relato assim na literatura. Isso não quer dizer que não exista uma verdadeira angústia. Não quero contestar Spitzer, mas uma voz dizendo: ‘Está tudo bem’ soa muito bem para mim.”

Spitzer faz uma pausa.

– E como é que David está? – ele finalmente pergunta.

– Não muito bem, na verdade – eu digo. – Ele perdeu a esposa para o câncer, a filha Nina num desastre de automóvel. Teve vários derrames e agora está sofrendo de uma doença que eles não conseguem diagnosticar. Está paralisado.

Que Spitzer não diga ou não pareça sentir muito ao ouvir isso revela com que profundidade o estudo de Rosenhan ainda é odiado no campo, mesmo depois de quarenta anos.

Rosenhan foi levado por um longo corredor. Por todo o país, sem que ele soubesse, os outros oito pseudopacientes também estavam sendo internados. Rosenhan deve ter ficado apavorado, eufórico. Ele era jornalista, um cientista no auge, colocando seu corpo em risco pelo conhecimento. Não estava examinando através de algum microscópio, algum telescópio; estava na órbita real, que diabo, estava caminhando na lua. E era a lua, a enfermaria era um lugar estéril onde marinheiros e professores simulados e mulheres com bocas borradas flutuavam no mundo sem importância das suas visões. Rosenhan foi levado até um quarto e recebeu a ordem de se despir. Teria ele notado como o seu corpo já não era seu? Alguém enfiou um termômetro na sua boca, embrulhou um coxim preto em torno do seu braço, apertou seu pulso e leu: normal, normal, normal. Tudo estava normal, mas ninguém parecia ver. Ele disse: “Sabe, a voz não está mais me incomodando”, e os médicos apenas sorriram. “Quando vou sair?”, podemos imaginar que Rosenhan perguntou, sua voz talvez se elevando agora, um certo pânico aqui – o que ele tinha feito, meu deus? “Quando vou sair?”

“Quando estiver bem”, um médico respondeu, ou algo parecido. Mas ele estava bem: normal, normal, normal, 11 por 8, pulso de 72, uma temperatura que pairava na zona intermediária do moderado, homeostático, uma máquina bem azeitada. Não importava. Não importava que ele estivesse inteiramente lúcido. Ele recebeu o diagnóstico de esquizofrenia paranóide e foi mantido por muitos dias.

Havia um consultório envidraçado, que Rosenhan veio a chamar de “calabouço”. Dentro, as enfermeiras moviam-se alvoroçadas, agitadas como uma tempestade de neve, servindo remédios vermelhocereja em copos plásticos. Pílulas em abundância, pílulas fartas como doces, gordas como bolas de fogo, tão pequenas quanto os pontos róseos açucarados nas tiras de papel branco longo. Rosenhan cooperava inteiramente. Ele “tomava” as pílulas três vezes ao dia e então corria até o banheiro para jogá-las fora. Ele comenta sobre

como os outros pacientes também estavam fazendo isso, sendo alimentados com sua medicação e rumando em massa até os banheiros e como ninguém ligava muito desde que eles fossem bem comportados.

Os pacientes mentais são “invisíveis... indignos de importância”, escreve Rosenhan. Ele descreve uma enfermeira entrando na sala de estar comum, desabotoando a blusa e ajeitando o sutiã. “Não se tinha a sensação de que ela estivesse sendo sedutora”, relata Rosenhan. “Pelo contrário, ela não nos percebia.” Ele viu pacientes sendo espancados. Ele descreve como um dos pacientes foi severamente punido apenas porque disse a uma enfermeira: “Gosto de você.” Rosenhan não descreve as noites, que devem ter sido longas, deixado naquela cama estreita enquanto os serventes com lanternas faziam checagens de 15 minutos, seus feixes dourados iluminando nada, absolutamente nada. O que ele teria pensado então? Teria sentido falta da esposa, Molly? Ficava se perguntando como seus dois filhos pequenos estavam progredindo? Aquele mundo deve ter parecido muito distante, mesmo que não estivesse mais de 160 quilômetros de distância; é isso o que a ciência nos ensina. Osmose é uma ilusão no mundo social. As membranas não são semipermeáveis; são lâminas sólidas que separam os espaços – você lá, eu aqui. Talvez em tempo somente um segundo nos separe, mas no preconceito, no rótulo, a distância é eterna.

Rosenhan e confederados receberam alguma terapia, e quando eles contaram das alegrias, satisfações e decepções de uma vida comum – lembre, eles não estavam inventando nada, exceto a queixa original de apresentação –, todos verificaram que seus passados foram reconfigurados para se ajustar ao diagnóstico: “Este indivíduo branco, do sexo masculino, de 39 anos de idade... manifesta uma longa história de considerável ambivalência nas relações íntimas... a estabilidade afetiva está ausente... e embora diga que tem vários bons amigos, sente-se uma considerável ambivalência naqueles relacionamentos.” Escreveu Rosenhan na *Science*, uma das revistas de maior prestígio do campo, em 1973: “Indubitavelmente,

o significado atribuído às suas verbalizações... foi determinado pelo diagnóstico, a esquizofrenia. Um significado inteiramente diferente teria sido atribuído se fosse conhecido que o homem era ‘normal’.”

O estranho era que os outros pacientes pareciam saber que Rosenhan era normal, mesmo que os médicos não soubessem. Vários dos outros confederados que passaram por confinamentos semelhantes em todo o país também tiveram essa sinistra experiência, que os insanos conseguiam detectar melhor o são do que os próprios tratadores dos insanos. Disse um jovem, aproximando-se de Rosenhan na sala de estar comum: “Você não é louco. É um jornalista ou um professor.” Outro disse: “Você está investigando o hospital.”

Enquanto no hospital, Rosenhan seguiu todas as ordens, pediu privilégios, ajudou outros pacientes a lidar com seus problemas, ofereceu conselhos legais, provavelmente jogou sua partida de pingue-pongue e fez notas copiosas, que a equipe rotulou como “comportamento de escrever” e considerou parte do seu diagnóstico de esquizofrenia paranóide. E, então, num certo dia, por um motivo tão arbitrário quanto a sua internação, ele recebeu alta. O ar ardia pelo frio. Ele tinha aprendido algo grave: tinha aprendido sobre desumanidade nos asilos; tinha aprendido que a psiquiatria estava psiquiatricamente doente. Ele se perguntou em quantos hospitais em todo o país as pessoas estariam recebendo diagnósticos similarmente errôneos, medicados e detidos contra as suas vontades. Será que o rótulo de *loucura* gerou loucura, de maneira que o diagnóstico esculpe o cérebro, e não o contrário? Talvez nossos cérebros não nos façam. Talvez, nós façamos os nossos cérebros. Talvez sejamos feitos pelas etiquetas afixadas à nossa carne. O inverno se aproximava e imagino que todas as espécies de neve estivessem caindo, obscurecendo os contornos supostamente fixos das casas, carros e edifícios. Os jardins do hospital estavam rapidamente ficando brancos como a luz, sem substância.

Em 1966, anos antes da aventura de Rosenhan, dois pesquisadores, R. Rosenthal e L. Jacobson, fizeram um experimento no qual aplicaram em crianças da primeira à sexta série um teste de QI com um nome fictício: “O Teste de Harvard de Aquisição Inflectida”. Foi dito que o teste era um indicador de florescimento, ou *spurnt*, acadêmico, quando, de fato, o teste quantificava apenas algumas aptidões não-verbais. Foi dito aos professores que era esperado que os estudantes que se saíssem bem no teste obtivessem ganhos sem precedentes no ano seguinte. Na verdade, o teste não era capaz de prever tal coisa.

Resultados sem-sentido foram liberados para os professores e, depois de um ano, Rosenthal e Jacobson examinaram as crianças. Eles constataram que aqueles designados ao grupo do *spurnt* tinham, de fato, obtido ganhos acadêmicos maiores que aqueles não designados. Mais inquietante, o grupo do *spurnt* teve um aumento significativo nas pontuações de QI, especialmente na primeira e na segunda série, sugerindo que o “quociente de inteligência” de uma pessoa tem tanto a ver com oportunidade e expectativa quanto com a capacidade fixa.

Mesmo antes, na virada do século, outro “experimento” desse tipo revelou o poder das expectativas na interpretação. Esta é, de fato, uma história bem estranha, que envolve um cavalo chamado Hans, que todos acreditavam que entendia matemática. Se você desse a Hans um problema de matemática, o cavalo, que logo passou a ser chamado de Hans, o Cavalo Inteligente, daria a resposta batendo com sua pata! As pessoas gastavam dinheiro para conhecer Hans e testá-lo, experimentando seguidas vezes com o que é, indubitavelmente, o maior animal de laboratório conhecido da psicologia.

Entretanto, em 1911, um cético, um homem de nome Oskar Pfungst, foi até Hans e o pôs à prova. Ele o observou com seus óculos e sua bengala durante dias e noites, e descobriu que o cavalo, de fato, não sabia matemática, mas tinha simplesmente aprendido a bater sua pata com base em sugestões sutis dos observadores. Por exemplo,

quando o cavalo atingia o número correto de batidas, os observadores dariam sinais bem sutis de que o cavalo tinha chegado lá; um elevar inconsciente de sobrancelhas, uma inclinação da cabeça, e Hans parava. Ora, quem diria! Não tinha nada a ver com o conhecimento de matemática; tinha a ver somente com os sinais ocultos emitidos pelo ambiente, absorvidos pelo animal, tão absorvente quanto cavalos e pessoas podem ser, e depois interpretados de maneira a se ajustarem ao esquema existente, que, neste caso, era tão absurdo que apenas destaca até onde iremos para confirmar o que quer que queiramos.

Rosenhan sabia sobre Rosenthal e Jacobson. Sabia sobre Hans, o Cavalo Inteligente, e sobre O. Pfungst, o cético e salvador da sanidade. Mas também sabia de algo mais. Embora todos esses experimentos tivessem demonstrado o poder da tendencialidade e contexto na determinação da realidade, ninguém o tinha feito em referência à medicina, da qual a psiquiatria tão orgulhosamente afirmava fazer parte. Eles eram médicos genuínos do hospital estadual da Pensilvânia e tinham cometido erros bem graves, mas, pior que isso, tinham cometido erros bobos.

Depois da reunião com seus confederados, depois que todo o experimento tinha sido conduzido, de leste a oeste, Rosenhan descobriu que todos, exceto um deles, tinham recebido o diagnóstico de esquizofrênicos, com base num único sintoma idiota (a exceção recebeu o diagnóstico de “psicose maníaco-depressiva”, um rótulo igualmente pesado). Rosenhan verificou que a permanência hospitalar média foi de 19 dias, com a maior sendo 52 e a menor, sete. Ele constatou que todos os confederados tinham sentido uma redução real no status. E, por fim, Rosenhan descobriu que todos foram liberados com sua doença em remissão, o que significa, obviamente, que sua sanidade essencial nunca fora detectada e que sua presente sanidade foi entendida como uma flutuação temporária, para ter recaída repetidas vezes.

Rosenhan era um homem calvo, robusto, na casa dos 30 anos de idade quando tudo isso aconteceu. Era conhecido como anfitrião,

organizando *seders* em sua casa para até cinqüenta pessoas. Adorava festas pródigas e acabou instalando duas lava-louças na cozinha para acomodar os pratos de todos aqueles *knishes*. Diz a boa amiga e colega de Stanford, Florence Keller: “David é o único homem que conheço que aumentou a casa *depois* que as crianças foram para a faculdade, para que pudesse ter mais festeiros.” Então, Keller faz uma pausa. “Ele tinha jeito com as palavras”, diz ela. “Mas você também nunca sentia que realmente o conhecia. Ele usava uma máscara.”

De fato, usava.

E, de fato, ficamos muitas vezes ansiosos em revelar nos outros as mesmíssimas tendências que sentimos em nós mesmos. Portanto, pode ter sido com um certo júbilo que, no início dos anos 1970, Rosenhan pegou sua caneta e escreveu o artigo que explodiria como uma bomba no mundo da psiquiatria, desnudando-a de seu status, o artigo que descreve suas descobertas do experimento com os pseudopacientes. “On Being Sane in Insane Places” [Sobre ser são em lugares insanos] foi publicado na prestigiosa revista *Science*, o que é irônico, pois Rosenhan estava questionando a própria validade da ciência, pelo menos no que se aplica à psiquiatria. Num ponto no início do artigo, Rosenhan simplesmente coloca-a na linha de ataque. Afirma que o diagnóstico não é realizado dentro da pessoa, mas dentro do contexto, e que qualquer processo diagnóstico que se empresta tão prontamente a erros enormes dessa espécie não pode ser muito confiável.

Science, uma revista ainda hoje publicada, tem uma circulação de cerca de sessenta mil exemplares. Em geral, do que consigo apreender, tendo lido atentamente várias de suas edições agora, um artigo principal gera talvez um punhado de respostas anêmicas, cartas sem golpes firmes. O artigo de Rosenhan, contudo, gerou uma enxurrada de missivas fluorescentes extremamente divertidas de ler, os argumentos incisivamente declarados. Rosenhan danificou a psiquiatria como ciência e, ao fazê-lo, atijou muitos psiquiatras dos Estados

Unidos a dar o máximo de si e mostrar a aguçada inteligência que corre sob suas alegações frequentemente questionáveis:

A maioria dos médicos não supõe que os pacientes que buscam ajuda sejam mentirosos; pode, portanto, ser enganada... Seria bem possível conduzir um estudo no qual pacientes treinados a simular histórias de infarto do miocárdio recebessem tratamento com base somente na história (já que um eletrocardiograma negativo não é diagnóstico), mas seria absurdo concluir de tal estudo que não existe a doença física, que os diagnósticos médicos são rótulos ilusórios e que “doença” e “saúde” residem apenas nas cabeças dos médicos.

Os pseudopacientes não se comportaram normalmente no hospital. Tivesse seu comportamento sido normal, eles teriam caminhado até o posto de enfermagem e dito: “Olha, sou uma pessoa normal que tentou ver se eu conseguiria entrar no hospital por me comportar de uma maneira louca ou dizendo coisas loucas. Funcionou e fui internado no hospital, mas agora gostaria de receber alta.”

E o meu favorito:

Se eu bebesse um quarto de galão de sangue e, escondendo o que tinha feito, chegasse até o pronto-socorro de qualquer hospital vomitando sangue, o comportamento da equipe seria bem previsível. Se me rotulassem e tratassem como se eu tivesse úlcera péptica, duvido que eu conseguisse argumentar convincentemente que a ciência médica não sabe como diagnosticar essa doença.

Robert Spitzer, aquele ágil psiquiatra com treino em psicanálise, que manteve seu próprio cargo prestigioso no Instituto de Biométrica na Universidade de Colúmbia, foi de longe o mais perturbado. Ele não escreveu uma carta. Escreveu dois artigos inteiros dedicados a dismantelar os achados de Rosenhan, totalizando 33 páginas de prosa densa, extremamente convincente. “Você leu minhas respostas a Rosenhan?”, pergunta Spitzer quando telefona a ele. “São bem brilhantes, não são?”

Spitzer argumenta muitíssimas coisas. Na raiz, está argumentando a favor da validade da psiquiatria e suas práticas diagnósticas

como procedimentos científicos, *médicos*, de bases sólidas. “Acredito no modelo médico da psiquiatria”, ele me diz, o que significa que acredita que os transtornos psiquiátricos são geralmente iguais aos transtornos dos pulmões ou do fígado, e que podem ser considerados como tais e, algum dia, serão entendidos em termos de tecidos e sinapses, coisas que se esparramam na caixa preta do cérebro. Escreve Spitzer em sua resposta a Rosenhan: “Quais foram os resultados? De acordo com Rosenhan, todos os pacientes receberam na alta o diagnóstico de ‘em remissão.’ Uma remissão é clara. Significa sem sinais da doença. Portanto, todos os psiquiatras aparentemente reconheceram que todos os pseudopacientes estavam, para usar o termo de Rosenhan, ‘sãos’.”

Spitzer vai adiante e defende a credibilidade da psiquiatria como uma profissão médica. Lendo os artigos de Spitzer e as cartas depois da publicação de Rosenhan, descobri-me num vaivém, como num jogo de tênis. De um lado, o estudo *era* imperfeito. *Se* eu bebesse um litro de sangue e se *eu* vomitasse no pronto-socorro..., que deve significar que a psiquiatria realmente não é diferente de seus parentes mais médicos. Mas espere um pouco, no cenário do sangue, eu não seria mantida por 52 dias e, além disso, sangue não é *tum*. Quero dizer, sangue é uma apresentação bem mais convincente – vai e vem, vai e vem, sanidade e insanidade, válido e inválido, é aqui que estou.

É 1976 e *eu* sou a paciente. Isto, diga-se de passagem, não é uma simulação. Apenas dois anos depois de Rosenhan ter apresentado suas descobertas, eu, uma insípida e melosa garota de 14 anos, entrei numa instituição mental da Costa Leste com todos os tipos de sintomas que definitivamente não incluíam alucinações. Estava fazendo coisas que faz quem tem 14 anos, e um pouco mais. Gostava de drama e me imaginava uma florescente Virginia Woolf. Por outro lado, não era só fingimento. Meus próprios sintomas à parte, na “arca” – como passei a chamar o hospital quase afetivamente – vi algumas coisas. Vi o posto de enfermagem envidraçado, as enfermeiras voluntárias de uniforme listrado empurrando os

carrinhos de cromo, com rios de suor descendo pelo rosto, a mulher chamada Rosa, encontrada no banheiro, o pescoço amarrado num laço. Vi algumas coisas. Vi coisas que definitivamente não estavam nas cabeças dos médicos, como aquele pescoço no laço. Para mim, portanto, doença psiquiátrica é absolutamente real. Entretanto, todos nós, pacientes, costumávamos nos reunir na sala de estar comum, onde a fumaça era espessa como lã, e trocar os diagnósticos dados pelos nossos médicos como crianças trocam bolinhas de gude: “limítrofe” era brilhante e azul; “esquizofrenia” era escarlate com laivos de branco; “depressão” era de um insípido verdinho, nebulosa como uma catarata, não muito respeitada. Uma só tentativa de suicídio era pobríssimo, três lhe davam um certo prestígio, qualquer coisa acima de dez lhe dava um grave respeito. Como criminosos numa prisão, barganhávamos truques do meio, ataçados, sem dúvida, pelos rótulos e pela atenção médica que recebíamos, de forma que, em algum momento, tornava-se difícil saber se preexistíamos aos rótulos ou se os rótulos nos construíram. Eu fiquei mais doente na arca, da mesma maneira que as infecções por estafilo se espalham num hospital. E quanto à alegação de que os pseudopacientes não agiram normalmente porque a coisa normal seria ter ido até lá e desistir do experimento, bem, testemunhei uma adorável jovem chamada Sarah, uma estudante da Smith College, dócil e quieta e, na opinião de todos, sem quaisquer atitudes extremas, que todos os dias pedia gentilmente que fosse liberada e todos os dias recebia uma negativa. Então, quem é que pode dizer? No estudo de Rosenhan, a equipe batia nos pacientes e os acordava com: “Seu desprezível filho da puta”, e isto tanto em instituições privadas como públicas. Estive numa instituição semipública e nunca um funcionário me xingou. É verdade que o psiquiatra responsável pelo meu caso passou bem pouco tempo comigo, mas realmente me lembro dele em detalhes vívidos, pois gostava muito dele. Seu nome era Dr. Su, tinha vindo de outro país, tinha bigode que lembrava uma pequena vassoura e, por algum estranho motivo, freqüentemente tinha uma luva de beisebol consigo. Costumávamos

nos encontrar num pequeno consultório e ele se inclinava para a frente, olhava os cortes nos meus braços; estes cortes eram como pequenos lábios, porque eu os mantinha frescos e abertos com fragmentos de louça roubados. Ele olhava para os cortes e dizia com verdadeiro sentimento: “Que vergonha, Lauren. Que vergonha você ter de se machucar.”

O experimento de Rosenhan, como, talvez, qualquer obra de boa arte, é prismático, poderoso e imperfeito. Você pode contestar isso, como tudo o mais acima. Como o Dr. Su e suas palavras inquestionavelmente bondosas: *que vergonha*.

Ainda assim, existem, assim me parece, algumas verdades essenciais nas descobertas de Rosenhan. Os rótulos determinam como vemos o que vemos. A psiquiatria é uma ciência novata, se é que é ciência de fato, porque até hoje não possui um firme conhecimento de praticamente nenhum substrato fisiológico para a doença mental, e a ciência se baseia no corpo, em *matéria mensurável*. Os psiquiatras *realmente* pulam para o julgamento, nem todos eles, mas muitos deles, e podem ser pomposos, provavelmente porque são inseguros. Qualquer que seja o caso, o estudo de Rosenhan não minorou essa insegurança. O experimento foi recebido com indignação e depois, por fim, como desafio. “Tudo bem”, disse um dos hospitais, seu peito institucional todo estufado. “Pensa que não sabemos o que estamos fazendo? Eis um desafio. Nos próximos três meses, envie tantos pseudopacientes quantos você quiser ao nosso pronto-socorro e nós os detectaremos. Vá em frente.” Aqui, a luva foi atirada, em desafio.

Ora, Rosenhan, com a constituição de um boxeador, gostava de uma luta. Então, ele disse “claro”, que nos três meses seguintes enviaria um não-revelado número de pseudopacientes a esse hospital particular e o corpo clínico deveria julgar, numa espécie de inversão experimental, não quem era insano, mas quem era são. Um mês se passou. Dois meses se passaram. Ao fim dos três meses, a equipe

do hospital relatou a Rosenhan que tinha detectado com um alto grau de confiança 41 dos pseudopacientes de Rosenhan. Na verdade, Rosenhan não tinha enviado ninguém. Caso encerrado. Fim do jogo. A psiquiatria enforcou-se.

Já houve um tempo em que acreditávamos na psiquiatria como uma forma de deidade; aqueles eram dias dourados, nos anos 1930, 40 e 50, quando a psicanálise veio a dominar a disciplina, com respostas para quase tudo. Sua história poderia curar você; mortificar-se e chorar; mania era considerada “um desejo de comer, um desejo de ser comido e um desejo de ir dormir”.

O estranho foi que a psicanálise, que se tornou tão inteiramente sinônima de psiquiatria que de fato dominou o campo, importava-se muito pouco com os verdadeiros rigores do próprio diagnóstico. Havia um manual; ainda há. Chama-se o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* ou, abreviadamente, *DSM* [Diagnostic and Statistical Manual]. A primeira edição foi escrita em 1952, a segunda, em 1968. A segunda estava em uso na época da internação dos pseudopacientes. No *DSM II*, os sintomas de esquizofrenia são nebulosos, baseados em coisas como “neurose de reação” e “dificuldades de afeto”, e, como ressalta Rosenhan, quanto mais ambígua a linguagem, maior o espaço para erros. Foi nesse contexto que psiquiatras proeminentes como Adolph Meyer disseram: “Sinto raramente a ânsia de ir muito adiante da atitude de indagação até uma necessidade de finalidade que cuidará de sua própria falta de necessidade.”

Apesar de tal linguagem intencionalmente enganadora, a psiquiatria desfrutou um período de anos de ouro quando as pessoas acreditavam profundamente nela e gastavam milhares e milhares de dólares fazendo isso, acreditando prostradas. “David Rosenhan”, diz Florence Keller, amiga íntima de Rosenhan, “foi realmente um dos primeiros daquela era a anunciar: ‘Adivinha uma coisa, rapazes? O imperador está sem roupas.’ Seria justo dizer que ele desmantelou

sozinho a psiquiatria, que nunca mais se recuperou.” Keller faz uma pausa. Ela é psicóloga-chefe numa unidade hospitalar de Palo Alto. “Quero dizer, olhe ao seu redor. Quem está indo hoje à psiquiatria? Você não encontra mais um psiquiatra para as suas unidades. Não existem mais psiquiatras porque a psiquiatria como campo está basicamente morta e só será revitalizada quando houver demonstração irrefutável da patogênese, do papel que os neurônios e a química desempenham nisso tudo. Então, talvez, faça um retorno.”

Spitzer discorda. Ele precisa. Ele é um psiquiatra. Spitzer discorda agora – “Acho que existem muitas coisas excitantes acontecendo no nosso campo” – e discordou em 1973, quando o experimento dos pseudopacientes foi publicado. Se Rosenhan sozinho se dispôs a desmantelar a psiquiatria, Spitzer, naquela época, se dispôs sozinho a restaurá-la. Juntamente com um grupo de estimados colegas, ele pegou aquele pequeno e frágil manual diagnóstico e estatístico, aquele que continha ambigüidade bastante para permitir que Rosenhan e confederados conseguissem ser internados, e deu uma boa revisão. Ele extraiu toda coisa efêmera e subjetiva que pôde. Esquadrinhou-o em busca de sinais de psicotagarelíce. Fortaleceu os critérios diagnósticos para que todo e cada um deles fosse mensurável, e para chegar a qualquer diagnóstico havia diretrizes bem estritas sobre quais sintomas, por quanto tempo e com que frequência.

A linguagem usada no *DSM III* é muito parecida com esta: “O paciente deve exibir pelo menos quatro dos seguintes sintomas dos critérios A durante pelo menos duas semanas, três dos seguintes sintomas dos critérios B e um do critério C.” O *DSM II* não tinha tais diretrizes. Havia frases como: “A principal característica dos transtornos é a ansiedade, que pode ser diretamente sentida ou expressa ou pode inconsciente e automaticamente ser controlada pela utilização de vários mecanismos de defesa.” Bem, não mais. Spitzer argumentou que a inovação do *DSM III*, com cerca de duzentas páginas a mais que o *DSM II*, foi “uma defesa do modelo médico

aplicado à psiquiatria”. Se os pacientes satisfizessem os critérios extensos, eles tinham uma doença. Se não, estavam bem. Ambivalência, treino de penico, ansiedades efêmeras e insustentáveis não importavam nem um pouquinho.

Desde Rosenhan a psiquiatria vem tentando admiravelmente situar as origens fisiológicas da doença mental – principalmente, embora não meticulosamente, em vão. Nos anos 1980, houve um novo e promissor teste diagnóstico para depressão, chamado teste de supressão da dexametasona, no qual um determinado metabólito era isolado na urina de algumas pessoas tristes. A descoberta foi recebida com um grande entusiasmo. Em pouco tempo, bem pouco tempo, poderíamos diagnosticar depressão como diagnosticamos anemia: agache-se sobre este coletor, três gotas cor de âmbar numa lâmina preparada e *voilà!* Você seria ou não seria, e não haveria nenhuma discussão.

Aquele teste não se revelou muito seguro e, portanto, foi direto para a lata de lixo da história. Desde então, os psiquiatras têm tentado desenvolver outros testes para diagnósticos e fracassaram. Recentemente, o trabalho de Charles Nemeroff, na Universidade de Emory, deu um passo adiante no campo, mostrando que o hipocampo do cérebro é cerca de 15% menor em pessoas deprimidas e que filhotes de rato privados de suas mães desenvolvem um excedente de neurotransmissores de estresse. É uma matéria excitante, mas é incerto se ilumina a causa ou a correlação.

Tudo isso pode parecer muito distante do estudo de Rosenhan, mas não está. Parte considerável das pesquisas de hoje é uma resposta, intencional ou não-intencional, ao desafio de Rosenhan e às ansiedades inerentes que ele levanta nos cientistas “soft”. Diz Spitzer: “O novo sistema de classificação do *DSM* é rigoroso e científico”. Diz Rosenhan: “Nada salienta mais a natureza consensual dos transtornos psiquiátricos que a recente ação da Associação Norte-Americana de Psiquiatria de excluir a homossexualidade

do *DSM-II*, de 1968. Qualquer que seja a opinião de uma pessoa sobre a natureza da homossexualidade, o fato de uma associação profissional poder votar se a homossexualidade deveria ou não ser considerada um transtorno certamente salienta tanto as diferenças entre os transtornos psiquiátricos e os transtornos mentais quanto a suscetibilidade dos transtornos dos psiquiátricos ao contexto. As mudanças nas atitudes públicas esclarecidas em relação à homossexualidade efetuarão mudanças correspondentes na percepção psiquiátrica dela.”

Ao que Spitzer replica: “*Todos* os diagnósticos são classificações criadas pelo homem e, portanto, tal crítica é ridícula. Digo que, com o novo sistema diagnóstico implantado, o experimento de Rosenhan nunca teria acontecido hoje. Nunca funcionaria. Você não seria internado e, no pronto-socorro, eles considerariam o seu diagnóstico pendente.” “Pendente”, aliás, é uma categoria especial que permite que os clínicos simplesmente façam isso, adiem oficialmente um diagnóstico por falta de informações. “Não”, repete Spitzer, “aquele experimento nunca seria repetido com sucesso hoje. Não neste dia e nesta era”.

Decido tentar.

Muitas coisas são as mesmas. O céu é de um azul comovente. As árvores estão mudando, cada folha escarlate como uma pequena mão caindo no nosso verde gramado outonal. Nas lojas, logo haverá abóboras de plástico, e as crianças comprarão as abóboras frescas e as esculpirão com facas não muito grandes para suas mãos, abrindo o círculo do crânio, escavando para fora as entranhas, há tantas sementes lá dentro, tantas fibras dendríticas emaranhadas e um cheiro tão úmido. Minha própria filha é pequena demais para as abóboras; ela acaba de fazer 2 anos de idade e, talvez, por causa de Rosenhan e toda a pesquisa que ele gerou para se transformar em “etiologia e patogênese”, muitas vezes me preocupo com o cérebro dela, que imagino vermelho-róseo e vincado dentro de seu estojo.

– Você O QUE? – meu marido me pergunta, espantado.

– Vou tentar – eu digo. – Repetir o experimento exatamente como Rosenhan e seus confederados fizeram e ver se sou internada.

– Escuta aqui. Você não acha que tem uma família para levar em conta?

– Não vai funcionar – eu digo, pensando em Spitzer. – Estarei de volta em uma hora.

– E se não estiver?

– Venha me pegar...

Ele toca a barba, que está ficando um pouco longa. Está usando uma camisa excêntrica, mais perto do plástico que do algodão em seu conteúdo, com uma mancha de tinta Rorschach de uma caneta destampada no bolso da camisa.

– Ir te pegar? Acha que acreditarão em mim? Vão também me trancafiar – diz ele, quase esperançoso.

Meu marido nasceu tarde demais para aproveitar os anos 1960, que é algo que ele dolorosamente lamenta. Faz uma pausa, mexendo na barba com o dedo. Uma mariposa voa através da janela aberta e bate insanamente contra a esfera iluminada no centro da nossa sala obscura. Na parede, a sombra da mariposa é tão grande quanto um pássaro. Observamos a mariposa. Sentimos o cheiro da estação.

– Também vou – finalmente diz.

Não, ele não vai. Alguém tem de cuidar da neném. Faço meus preparativos. Não tomo banho nem me depilo por cinco dias. Telefono para uma amiga com um traço de renegada e pergunto se posso usar o nome dela em lugar do meu próprio, que poderia ser reconhecido. O plano é usar o nome dela e depois fazer com que ela, mais tarde, com sua licença, obtenha os registros para que eu veja exatamente o que foi dito. Essa amiga, Lucy, diz sim. *Ela* provavelmente deveria ser trancada. “Isso é tão divertido”, diz ela.

Gasto uma parte considerável do tempo praticando na frente do espelho. “Tum”, eu digo, e me arrebento de rir, sem trocadilhos

intencionais. “Eu estou, estou aqui...” – e agora finjo uma expressão preocupada, pés-de-galinha nos olhos – “Estou aqui porque estou ouvindo uma voz e ela está dizendo tum”, e, então, a cada vez, de pé na frente deste espelho de corpo inteiro, malcheirosa e usando um chapéu mole de veludo preto, começo a rir.

Se eu rir, obviamente estragarei meu disfarce. Novamente então, se eu não rir e contar toda a verdade sobre minha história, exceto esse único e pequeno sintoma, como Rosenhan e companhia fizeram no experimento original, bem, então eu realmente poderia me ver a caminho da enfermaria. Existe uma diferença significativa na minha montagem para repetição do teste. Ninguém do pessoal de Rosenhan tinha qualquer história psiquiátrica. Eu, porém, tenho uma formidável história psiquiátrica, que inclui muitas internações, embora, realmente, eu esteja bem agora. Decido que inventarei minha história, negarei qualquer envolvimento psiquiátrico no passado e essa mentira, bem sei, é um desvio radical em relação ao protocolo original. *Tum.*

Dou um beijo de despedida na neném. Dou um beijo de despedida no meu marido. Não tomei banho por cinco dias. Meus dentes estão sujos. Estou usando uma calça-bailarina preta salpicada de tinta e uma camiseta com os dizeres: “Odeio minha geração.”

– Que tal pareço? – pergunto.

– A mesma – diz meu marido.

Vou de carro até lá. Não há nada como uma viagem de estrada no início do outono. Fora da cidade, o ar é aromático com pastos e folhas. Um estábulo vermelho repousa serenamente num campo sob um céu com nuvens deslizantes e claros feixes da luz do sol. À minha esquerda, um rio borbulha, branco de espuma das chuvas recentes. Ele se ergue, joga-se histericamente contra os dorsos achatados das rochas, como uma mulher lançando-se para baixo, deixando tudo frouxo, aluvião, sedimentos, seixos de uma antiga e tenebrosa história.

Escolhi um hospital quilômetros fora da cidade, com um pronto-socorro equipado especificamente para problemas psiquiátricos. Também escolhi um hospital com uma excelente reputação. Então, leve isso em conta. Fica no alto de uma montanha. Há uma estrada cheia de curvas.

Para entrar no pronto-socorro psiquiátrico, você precisa ficar em pé em frente a uma enorme fileira de portas, num corredor branco apinhado, e apertar uma campainha e, nesse momento, uma voz através de um intercomunicador fala: “Posso te ajudar?” E você diz: “Sim”.

– Pode – eu digo.

As portas se abrem. Parecem se afastar sem qualquer evidência de esforço humano e revelam um trio de policiais sentados nas sombras, seus distintivos prateados lançando luz. Numa tevê colocada no alto num dos cantos, alguém atira em um cavalo – banguê – a bala explode uma estrela na bela testa, sangue no pêlo preto.

– Nome? – diz uma enfermeira, levando-me até a mesa de registro.

– Lucy Schellman.

– E como se soletra Schellman?

Sou péssima para soletrador e não tinha previsto este pequeno obstáculo fonético; faço o melhor que posso.

– S-H-E-L-M-E-N – eu digo.

A enfermeira toma nota, estudando a idiossincrática grafia.

– É um nome estranho – diz ela. – É plural.

– Bem – eu digo –, foi uma coisa da ilha Ellis. Aconteceu na ilha Ellis.

Ela olha para mim e então rabisca alguma coisa no papel, que não consigo ver. Estou preocupada que ela vá pensar que tenho um delírio que envolve a ilha Ellis e, portanto, eu digo:

– Nunca estive na ilha Ellis; é uma história de família.

– Raça – diz ela.

– Judia. – Fico imaginando se deveria ter dito protestante. O fato é que sou judia, mas também sou paranóica, não via de regra,

evidentemente, mas neste momento em particular, e não quero a coisa judia usada contra mim.

De que eu tenho tanto medo? Ninguém pode me internar. Desde o estudo de Rosenhan, em parte por causa do estudo de Rosenhan, as leis de internação são bem mais rigorosas, e contanto que eu negue ímpetos homicidas ou suicidas, sou uma mulher livre. “Você é uma mulher livre, Lauren”, digo a mim mesma, enquanto no fundo da minha mente esteja aquele rio correndo histericamente com seu aluvião enterrado e mau cheiro – smash, smash.

Estou no controle. Digo isso a mim mesma enquanto os rios desaparecem. Mas não me sinto no controle. A qualquer momento alguém poderia reconhecer minha piada. Assim que eu disser “tum”, qualquer psiquiatra versado poderia dizer: “Você é uma embusteira. Conheço o experimento.” Rezo para que os psiquiatras não sejam bem versados. Estou contando com isso.

Esse pronto-socorro me é sinistramente familiar. A enfermeira pega o nome que não é meu nome e o endereço que não existe; invento uma rua com um som adorável: Rum Row; Rum Row, nº 33, um lugar onde piratas cultivam coisas verdes em seus jardins. O pronto-socorro é semelhante porque, no meu passado, estive em muitos exatamente como este, por sintomas psiquiátricos inegavelmente reais, mas que foi há muito tempo. Ainda assim, os cheiros me trazem de volta: suor, algodão limpo e brancura. Não sinto nenhuma sensação de triunfo, apenas de tristeza, pois existe sofrimento real em algum lugar aqui, e um cavalo se curva para o feno com uma estrela escarlate na frente, e o cheiro é o cheiro, e a enfermeira é a enfermeira; nada muda.

Sou levada a uma pequena sala que tem uma maca com tiras pretas presas a ela. – Sente-se – diz a enfermeira do pronto-socorro e, então, entra um homem, fechando a porta atrás dele, clique-clique.

– Sou o Sr. Graver, um enfermeiro clínico especialista e vou tirar seu pulso.

Cem batimentos por minuto.

– Está um pouco rápido. Eu diria que está no lado bem alto da faixa normal. Mas, obviamente, quem não estaria nervoso, dado o

lugar onde você está e tudo o mais. Quero dizer, é um pronto-socorro psiquiátrico. Isso faria qualquer um nervoso. – E ele me lança um sorriso gentil e suave.

– Diga – diz ele –, posso lhe oferecer um copo de água? – E antes que eu responda, ele sai num pulo, desaparece, para reaparecer com um copo alto cintilante, quase elegante, e uma rodela de limão do mais pálido amarelo esbranquiçado. Subitamente, a rodela de limão me parece muito bonita, a maneira como brinca com a cor, mas não consegue exatamente assumi-la, a maneira como sua brancura é tentadora, como chega até o ápice, sempre.

Ele me entrega o copo. Isso, também, eu não tinha esperado – muita bondade, tanto serviço. Rosenhan escreve sobre ser desumano. Até agora, se alguém é desumano aqui, é o Sr. Graver, que está rapidamente se tornando meu mordomo pessoal.

Tomo um gole. – Muito obrigada – eu digo.

– Há mais alguma coisa que possa trazer para você? Está com fome?

– Ah, não, não. Eu estou realmente bem.

– Bem, sem ofensa, mas é claro que você não está bem – diz o Sr. Graver. – Ou não estaria aqui. Então, o que está acontecendo, Lucy?

– Estou ouvindo uma voz.

Ele anota isso na sua folha de internação, inclina a cabeça num assentimento cúmplice.

– E a voz está dizendo?

– Tum.

O assentimento cúmplice pára.

– Tum? – diz ele. Isso, afinal, não é o que vozes psicóticas geralmente dizem. Geralmente enviam mensagens ameaçadoras sobre estrelas, cobras e minúsculos microfones ocultos.

– Tum – repito.

– É ISSO?

– É isso.

– A voz começou lentamente ou simplesmente surgiu?

– Surgiu inesperadamente – eu digo, e imagino, por algum motivo, um avião caindo inesperadamente, seu bico mergulhando para baixo, alguém gritando. Estou começando realmente a me sentir um pouco doida. Como é difícil separar o papel da realidade, um fenômeno para o qual os psicólogos sociais há muito chamaram a nossa atenção. Esfrego minhas têmporas.

– Então, quando a voz surgiu?

– Três semanas atrás. – Eu digo exatamente como Rosenhan e seus confederados relataram.

Ele me pergunta se estou comendo e dormindo bem, se houve quaisquer estressantes cotidianos precipitadores, se tenho uma história de trauma. Respondo com um não categórico a todas essas coisas; meu apetite é bom, o sono é normal, meu trabalho segue como de costume.

– Tem certeza?

– Bem, com relação a trauma, acho que quando estava na terceira série um vizinho chamado Sr. Blauer caiu na sua piscina e morreu. Não vi, mas foi meio traumático saber disso.

O Sr. Graver rói a caneta. Está pensando firmemente. Lembro-me do Sr. Blauer, um judeu ortodoxo. Ele morreu no sabá, seu solidéu flutuando na superfície da piscina, de um veludo azul profundo, simplesmente oscilando lá.

– Tum – diz o Sr. Graver. – Seu vizinho caiu na piscina fazendo “tum”. Você está ouvindo “tum”. Poderíamos estar vendo um transtorno de estresse pós-traumático. A alucinação poderia estar na sua memória para processar o trauma.

– Mas realmente não foi grande coisa. Foi apenas...

– Eu diria – diz ele, sua voz agora ganhando confiança –, que ter um vizinho afogado constitui uma perda traumática. Vou buscar o psiquiatra para avaliá-la, mas realmente suspeito que estamos vendo um transtorno de estresse pós-traumático, com exclusão de lesão cerebral orgânica, que, se houver, é uma possibilidade muito remota. Eu não me preocuparia com isso.

Ele desaparece. Está indo buscar o psiquiatra. Meu pulso vai de 100 a 150 no mínimo – sinto-o – pois certamente o psiquiatra

enxergará através de mim, ou pior, acabará sendo alguém que conheço, do colégio, e como é que eu me explicarei?

O psiquiatra entra na pequena sala trancada. Usa um avental cirúrgico azul-bebê e não tem queixo. Olha firmemente para mim. Desvio o olhar. Ele se senta e depois suspira.

– Então você está ouvindo “tum” – diz ele, coçando o queixo sem queixo. – O que podemos fazer por você a esse respeito?

– Vim aqui porque gostaria que a voz fosse embora.

– A voz está vindo de dentro ou de fora da sua cabeça?

– De fora.

– Alguma vez ela diz qualquer outra coisa que não “tum”, como, talvez, matar alguém ou a você mesma?

– Não quero matar ninguém e nem eu mesma.

– Que dia da semana é hoje?

Bem, agora me meti em mais uma encrenca. Na verdade é um fim de semana com feriado e, portanto, meu senso de tempo está um pouco atrapalhado. Senso de tempo é uma maneira pela qual os psiquiatras julgam se uma pessoa é normal ou anormal.

– É sábado – eu digo, eu rezo.

Ele anota alguma coisa.

– OK, então você está tendo essa voz na ausência de QUAISQUER OUTROS sintomas psiquiátricos.

– Tenho transtorno de estresse pós-traumático, como sugeriu o Sr. Graver?

– Existe muita coisa que não sabemos na psiquiatria – diz o médico, e subitamente ele parece triste. Ele esfrega a ponta do nariz, os olhos momentaneamente fechados. Com sua cabeça inclinada, vejo uma pequena área de calvície, do tamanho do solidéu do Sr. Blauer, no alto do couro cabeludo, e tenho vontade de dizer: “Ei. Está tudo bem. Existe muita coisa que não sabemos no mundo.” Mas acabo não dizendo nada e o psiquiatra parece triste e frustrado.

– Mas a voz está incomodando você – ele diz.

– É, um pouco.

– Vou lhe dar um antipsicótico – diz ele, e assim que ele diz isso, a tristeza vai embora. A voz assume um tom de autoridade; existe algo que ele pode fazer. Uma pílula é muito mais que uma pílula. É um ponto de pontuação. Desfaz as longas linhas indistintas entre isto e aquilo. Pare aqui. Inicie aqui. Comece.

– Vou te dar Risperdal. Isso deve silenciar os centros auditivos no seu cérebro.

– Então acha que sou psicótica?

– Acho que você tem um quê de psicose – diz ele, mas fico com a sensação de que ele precisa dizer isso, agora que está prescrevendo Risperdal. Você não pode prescrever um antipsicótico, a menos que seu diagnóstico apóie isso. Torna-se bem claro que aquele medicamento impele as decisões, e não o contrário. Nos dias de Rosenhan, era o esquema psicanalítico preexistente que determinava o que estava errado; nos nossos dias, é o esquema farmacológico preexistente, a pílula. De uma forma ou de outra, o argumento de Rosenhan de que o diagnóstico não reside na pessoa parece se sustentar.

– Mas pareço psicótica? – pergunto.

Ele olha para mim. Olha por um longo tempo. – Um pouco – ele finalmente diz.

– Você está gozando de mim – eu digo, levantando a mão para ajustar meu chapéu.

– Você parece um pouco psicótica e bem deprimida. E depressão pode ter características psicóticas; portanto, vou também prescrever um antidepressivo para você.

– Pareço deprimida? – ecôo. Isso realmente me preocupa porque depressão chega mais perto do alvo. Já tive antes e, quem sabe, talvez esteja ficando de novo, e ele a enxerga antes de mim. Talvez o experimento esteja me tornando deprimida, me enlouquecendo ou, talvez, eu tenha decidido fazer este experimento como uma maneira de inconscientemente pedir ajuda. O mundo está todo nublado.

Ele escreve minhas receitas. A entrevista inteira leva menos de dez minutos. Estou fora de lá a tempo de comer comida chinesa

com a verdadeira Lucy Schellman, que diz: “Você deveria ter dito ‘tcham’, em vez de ‘tum’, ou então ‘bam bam’. É mais divertido ainda.”

Mais tarde, compro os remédios das minhas receitas numa farmácia que fica aberta a noite toda. E, então, no espírito de experimentação, tomo o antipsicótico Risperdal, uma única pílula apenas e caio num sono tão profundamente escuro que nem um único som chega até mim e eu flutuo, sem peso, em outro mundo, vendo formas vagas – árvores, coelhos, anjos, navios –, mas por mais que examine atentamente, só posso me perguntar o que é o quê.

É um pouco divertido, ir aos pronto-socorros e jogar esse jogo e, portanto, nas oito noites seguintes, faço outras oito vezes, quase o número de internações que Rosenhan arranhou. A cada vez, é claro, me negam internação – nego que sou uma ameaça e garanto às pessoas que sou capaz de fazer meu trabalho e cuidar da minha filha – mas, é bem estranho, a maioria das vezes recebo um diagnóstico de depressão com características psicóticas, mesmo que eu realmente não esteja deprimida – agora tenho certeza, depois de um auto-inventário e as opiniões que peço dos meus amigos e a meu irmão médico. Como um aparte, mas importante, uma depressão psicótica nunca é leve; no *DSM* está listada na categoria grave, acompanhada por comprometimentos motores e intelectuais flagrantes e inconfundíveis. “Não, você não parece assim deprimida, nem um pouco”, meus amigos e meu irmão me dizem. Não obstante, assim pareço nos pronto-socorros, isso apesar de negar todos os sintomas do transtorno – e recebo um total de 25 antipsicóticos e 60 antidepressivos. Em nenhum momento, a entrevista dura mais de 12 minutos e meio, embora na maioria dos lugares tenha precisado ficar, em média, duas horas e meia nas salas de espera. Ninguém nunca me questiona, além de uma rápida pergunta de orientação religiosa, sobre minha formação cultural; ninguém me pergunta se a voz é do mesmo sexo que o meu; ninguém aplica um

exame completo de estado mental, que inclui testes mais detalhados e facilmente aplicáveis para indicar a desorganização flagrante de pensamento que quase sempre acompanha a psicose. Todos, porém, medem meu pulso.

Telefone novamente para Robert Spitzer no Instituto de Biométrica de Colúmbia.

– Então, o que você prevê que aconteceria se um pesquisador repetisse o experimento de Rosenhan nos dias de hoje e nesta época? – pergunto.

– O pesquisador não seria internado – diz ele.

– Mas eles receberiam um diagnóstico? O que os médicos fariam a respeito?

– Se eles apenas dissessem aquilo que Rosenhan e seus confederados disseram?

– É.

– Tum, oco ou vazio como os únicos sintomas?

– É.

– Eles receberiam um diagnóstico pendente. É o que prevejo que aconteceria, porque tum, oco e vazio como sintoma isolado não representa informação suficiente.

– Certo – eu digo. – Deixe-me contar: tentei esse experimento. Realmente o fiz.

– Você? – diz ele e faz uma pausa. – Você está brincando comigo. Eu me pergunto se ouço um quê defensivo na sua voz.

– E o que aconteceu?

Então conto. Conto que não recebi um diagnóstico pendente, mas que quase todas as vezes recebi um diagnóstico de depressão psicótica, além de um punhado de pílulas.

– Que tipo de pílulas?

– Antidepressivos, antipsicóticos.

– Que *tipo* de antipsicótico?

– Risperdal.

– Bem – diz ele, e imagino-o batendo na lateral do crânio com a caneta –, é um antipsicótico bem leve, você sabe.

– Leve... O correspondente farmacológico para pobre em gordura?

– Você tem pose, assim como Rosenhan tinha. Você entrou com um preconceito e descobriu aquilo que você estava procurando.

– Entrei com um “tum”, e a partir dessa única palavra, todo um esquema foi urdido e pílulas foram dadas apesar do fato de ninguém realmente saber como ou por que as pílulas funcionam ou realmente qual é a sua segurança.

Spitzer, no seu laboratório de biométrica em Colúmbia, não diz nada. Eu me pergunto o que um laboratório de biométrica realmente é. Não tinha me ocorrido até então questionar aquele título, ou questionar que raios um psiquiatra estava fazendo lá. *Biométrica*. A medição da vida. Vejo-o, agora, cercado de frascos, tubos de teste, cada qual com uma cor química – azul-atlântico para depressão, verde-elétrico para mania, a velha e boa felicidade, uma névoa de lavanda.

E Spitzer ainda está em silêncio. Quero perguntar: “O que exatamente é isso que você faz, no dia-a-dia?”, mas então, ele limpa a garganta.

– Estou decepcionado – diz ele, e penso ouvir uma derrota real, os ombros caindo, a canela repousada.

– Acho – Spitzer diz lentamente e, agora, existe uma honestidade crua na sua voz –, acho que os médicos simplesmente não gostam de dizer “Não sei”.

– É verdade – eu digo –, e também acho que o empenho em preservar impulsiona o diagnóstico nos nossos dias, de maneira bem parecida com o empenho em patologizar que impelia o diagnóstico nos dias de Rosenhan; mas, de uma forma ou outra, de fato parece mais um produto da moda, ou modismo passageiro.

Estou pensando nisso: nos anos 1970, os médicos norte-americanos diagnosticavam esquizofrenia em seus pacientes muitas vezes mais que os médicos britânicos. A esquizofrenia estava em voga neste

lado do mar. E agora, no século XXI, o diagnóstico de depressão aumentou dramaticamente, como também os de transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Parece, portanto, que não apenas as incidências de certos diagnósticos de fato sobem e caem dependendo da percepção pública, mas também que os médicos que estão dando esses rótulos ainda o estão fazendo com uma consideração pequena demais pelos critérios do *DSM* que o campo exige – os critérios para impedir a conjectura desleixada, os critérios a partir dos quais crescem o plano terapêutico, o prognóstico, a construção do passado da pessoa, o futuro, inclinando-se na direção deles.

Eis o que é diferente: *Não* fui internada. É uma diferença muito significativa. Ninguém sequer pensou em me internar. Fui erroneamente rotulada, mas não trancafiada. Eis outra coisa que é diferente: cada profissional médico foi gentil comigo. Rosenhan e seus condecorados se sentiram diminuídos por seus diagnósticos; eu, qualquer que seja o motivo, fui tratada com uma gentileza palpável. Um psiquiatra tocou meu braço. Outro disse: “Olha, sei que é apavorante para você, deve ser, ouvir uma voz assim, mas realmente tenho a sensação de que o Risperdal cuidará disso imediatamente.” Nas palavras deles, ouvi minhas palavras, aquelas que eu, como psicóloga, muitas vezes uso com os pacientes: *Você tem isto*. A medicação fará *isto*. E falo tais palavras não para exibir meu poder, mas apenas para fazer algo, oferecer um bálsamo, de alguma maneira. Se pudermos apenas prender um mistério no espaço – depressão azul-atlântico, a nebulosidade da felicidade e onde ela se situa no continuum –, se pudermos apenas prender essas coisas com alfinete somente pelo tempo que leva para um neurônio pulsar, bem, então talvez consigamos colocar nossas mãos e cabeças ao redor da emoção, esculpi-la para trazer algum conforto. Acredito que seja isso que tenha impellido os psiquiatras que vi, não a teimosia.

Um psiquiatra, depois me entregar a receita, disse:

– Não caia entre as rachaduras, Lucy. Queremos vê-la de volta aqui em dois dias para um acompanhamento. E saiba que estamos aqui 24 horas por dia, para qualquer coisa que você precisar. Falo sério. QUALQUER COISA.

Senti-me bem culpada e, então, muito comovida.

– Muito obrigada – eu disse. – Não tenho palavras para explicar o quanto sua gentileza significa.

– Fique bem – disse ele.

Então ele desapareceu através da porta de vidro giratória e eu saí para a noite, na qual as estrelas eram numerosas e acusadoras, como frias moedas prensadas contra uma lata preta, e quando virei para trás para olhar o pronto-socorro, suas janelas estavam chamejantes e havia um grito agudo – a dor humana em tantas formas e o desejo de uma pessoa de fazer companhia a outra, manter contato, repartir o pão e servir água com limão. É esse o lado humano da psiquiatria, e ele deve ser celebrado.

Agora, três semanas se passaram desde o último desastre em pronto-socorro e, inesperadamente, minha filha desenvolveu uma obsessão por band-aids. Suas bonecas têm muitos machucados não visíveis ao olho humano. Volto para casa no fim do dia e encontro band-aids aplicados nas vigas expostas do assoalho, armários da cozinha, paredes, como se as próprias paredes estivessem machucadas. Nossa casa está com dor e é velha. À noite, ela range. Minha filha chora. Às vezes, ela chora por motivo nenhum, exceto, acho, que existem ruídos que não conseguimos capturar, e quando ela começa a entender isso, se joga contra o chão e grita: “Só quero ir para o zoológico!” Eu a consolo, então, com band-aids. Um para você, um para mim, até estarmos cobertas. Ela adora me ver deslizando os band-aids para fora das suas caixas, tirar o papel de embrulho com os meus dentes, rasgar uma fenda e, então, momentos depois, descascar as camadas plásticas para revelar as lingüetas adesivas, a roliça almofada de algodão bem no centro marrom do adesivo.

Coloco-o sobre a pele dela. Os band-aids acalmam, mesmo que não saibamos exatamente o que ou onde é o machucado.

Rosenhan usou os resultados de seu estudo para desacreditar a psiquiatria como especialidade médica. Mas não existem muitas e muitas doenças ou ferimentos nas clínicas de dor, centros de oncologia, enfermarias pediátricas do nosso país, em que a etiologia, a patogênese e mesmo o próprio rótulo são nebulosos? A mulher tem fibromialgia ou o vírus de Epstein-Barr? A pessoa tem epilepsia ou um tumor cerebral pequeno demais para ser detectado? Durante um tempo, o próprio Rosenhan estava sofrendo de uma misteriosa doença à qual vários nomes poderiam ser dados, dependendo do médico. O que sabíamos: ele não conseguia falar. Não conseguia respirar sem seu pulmão exterior. O que não sabíamos: por quê, como, as milhões de maneiras que um corpo vai mal, como curar ou mesmo ajudar.

Eu gostaria muito de ajudar Rosenhan, que, no momento em que escrevo isto, ainda está num hospital da Costa Oeste, paralisado, mesmo suas cordas vocais. Sua amiga Florence Keller me diz: "Ele teve muitas tragédias. Três anos atrás, sua mulher Molly morreu de câncer do pulmão. Depois, dois anos atrás, sua filha Nina morreu num desastre de carro na Inglaterra. Foi demais para ele." Portanto, eu gostaria de contar a ele que refiz seu estudo e me diverti muitíssimo, porque acho que ele ficaria contente em saber disso. Ele está, agora, aos 72 anos de idade, no crepúsculo de sua vida e em breve realizará o maior experimento de todos, a entrada no outro mundo, de onde os resultados nunca retornam.

Eu gostaria de ir visitar Rosenhan. "Não acho que agora seria uma boa hora", diz Jack, seu filho. "Ele ainda não consegue falar e está muito cansado." Mas o que eu quero não é conversar. Queria apenas vê-lo. Imagino, neste exato momento, uma enfermeira dando um banho nele. Imagino o que eu levaria para ele, este ensaio, talvez, minha cópia do seu artigo original, todo sublinhado e marcado com

estrelas, para mostrar-lhe como persistimos, como nossas palavras se dobram para o futuro. Nem mesmo conheço o homem, mas tenho uma afeição irracional por ele. Sou parcial com os piadistas, com as aventuras, com as pessoas em dor. Como ex-paciente mental, fico impressionada com qualquer pessoa que se importa em entender as complexidades daquele mundo distante. Portanto, levaria presentes a Rosenhan, este ensaio, uma maçã, um relógio com um mostrador grande o bastante para ver a espiral do tempo, e da minha filha, caixas e mais caixas de band-aids.