

A americanização da doença mental*

Ethan Watters

102

Os americanos, particularmente aqueles com inclinações de esquerda, formados em boas universidades, preocupam-se com os estragos que fazemos em outras culturas. Em alguns círculos, é fácil fazer amigos com um discurso inflamado sobre o McDonald's perto da Praça da Paz Celestial, sobre a fábrica da Nike na Malásia ou sobre as últimas ressonâncias de nossas intervenções políticas ou militares no exterior. Apesar de toda essa autorrecriação, contudo, ainda temos que nos defrontar com um dos mais notáveis efeitos da globalização liderada pelos Estados Unidos: há anos estamos engajados em um grande projeto de americanização da compreensão do mundo sobre doença e saúde mental. Com efeito, nós chegamos longe na homogeneização da forma como o mundo enlouquece.

Esta desalentadora possibilidade procede de pesquisas recentes realizadas por diversos antropólogos e psiquiatras transculturais. Nadando contra a corrente biomédica da atualidade, eles argumentam que as doenças mentais não são entidades discretas como o vírus da poliomielite, com suas

* Publicado originalmente no *New York Times*, em 10 de janeiro de 2010.
Tradução de Luana Villac

próprias histórias naturais. Pesquisadores reuniram um impressionante corpo de evidências sugerindo que as enfermidades mentais nunca foram as mesmas ao redor do mundo (tanto em prevalência quanto em forma), sendo inevitavelmente desencadeadas e moldadas pelo *ethos* de épocas e locais particulares. Em certas culturas do sudeste asiático, homens experienciam o que é chamado de *amok*, um episódio de raiva assassina seguido de amnésia; homens da região sofrem ainda de *koro*, que se caracteriza como uma certeza debilitante que os genitais estão encolhendo para dentro do corpo. No fértil Oriente Médio ocorre o *zar*, uma condição ligada à crença na posse espiritual que provoca episódios dissociativos de gargalhadas, gritos e canto.

A diversidade encontrada entre as culturas também pode ser observada através do tempo. Em seu livro *Mad Travelers* (Viajantes loucos), o filósofo Ian Hacking documenta o efêmero aparecimento, por volta de 1890, de um estado de fuga no qual homens europeus caminhavam em transe por centenas de quilômetros sem conhecimento de sua identidade. A paralisia histérica das pernas, que afligiu milhares de mulheres de classe média no final do século XIX, não apenas nos oferece uma valiosa compreensão das restrições impostas ao papel social da mulher na época, mas também pode ser vista dessa perspectiva como um papel social em si mesmo – mentes inconscientes perturbadas de certa classe de mulheres falando o idioma do sofrimento de seu tempo.

“Podemos imaginar que a cultura possui um ‘repertório de sintomas’ – uma cadeia de sintomas físicos disponíveis ao inconsciente para a expressão física do conflito psicológico”, escreve Edward Shorter, historiador médico da Universidade de Toronto, em seu livro *Paralysis: The Rise and Fall of a “Hysterical” Symptom* (Paralisia: ascensão e queda de um sintoma “histérico”). “Em determinadas épocas, convulsões, a incapacidade repentina de falar ou uma terrível dor na perna podem aflorar proeminentemente do repertório. Em outras, os pacientes podem fazer emergir especialmente sintomas como dores abdominais, falsas estimativas do próprio peso e fraqueza debilitante como metáforas para comunicar o estresse psíquico.”

Seja qual for a época, aqueles que prestam assistência aos doentes mentais – médicos, xamãs ou padres – inadvertidamente ajudam a selecionar quais sintomas serão reconhecidos como legítimos. Uma vez que a mente perturbada é influenciada por curandeiros de diversas religiões e por convicções científicas, as formas de loucura de um lugar para o outro, de uma época para a outra, muitas vezes parecem notadamente diferentes daquelas encontradas alhures.

Isto é, até recentemente.

Há mais de uma geração nós do Ocidente temos propalado agressivamente nossos conhecimentos modernos sobre doenças mentais ao redor do mundo. Fazemos isso em nome da ciência, acreditando que nossa abordagem revela a base biológica do sofrimento psíquico, dissipando mitos pré-científicos e estigmas perniciosos. Existem atualmente boas evidências que sugerem que, no processo de ensinar ao resto do mundo a pensar como nós, estamos igualmente exportando nosso “repertório de sintomas” ocidental. Isto é, estamos modificando não apenas os tratamentos, mas também a forma de expressão da doença mental em outras culturas. Com efeito, diversos tipos de desordem psíquica – depressão, transtorno de estresse pós-traumático e anorexia, entre outros – parecem agora estar se espalhando através das culturas com a velocidade de doenças contagiosas. Estes agrupamentos de sintomas estão se tornando a *língua franca* do sofrimento humano, substituindo formas nativas de doenças mentais.

O Dr. Sing Lee, psiquiatra e pesquisador da Universidade Chinesa de Hong Kong, detectou a ocidentalização de uma doença mental em primeira mão. No final dos anos 1980 e início dos 1990, ele dedicou-se a documentar uma forma rara e culturalmente específica de anorexia nervosa em Hong Kong. Diferentemente dos anoréxicos norte-americanos, a maior parte de seus pacientes não fazia dietas intencionalmente nem expressava medo de engordar. As reclamações dos pacientes de Lee eram tipicamente somáticas – eles queixavam-se mais frequentemente de inchaço no estômago. Lee estava tentando compreender essa forma nativa de anorexia e, ao mesmo tempo, descobrir por que a enfermidade permanecia tão rara.

Enquanto ele estava em meio à publicação de sua descoberta sobre o significado e a expressão particulares que a recusa a se alimentar assumia em Hong Kong, o conceito do público sobre anorexia transformou-se repentinamente. No dia 24 de novembro de 1994, uma adolescente anoréxica chamada Charlene Hsu Chi-Ying caiu morta em uma rua movimentada do centro de Hong Kong. A morte chamou a atenção da mídia e foi publicada com destaque em jornais locais. “Anorexia deixou-a em pele e osso: estudante tomba morta no chão”, dizia a manchete de um jornal chinês. “Mais fina que uma flor amarela, livro sobre perda de peso encontrado na mochila, estudante cai morta na rua”, lia-se em outro diário local.

Ao tentar explicar o que aconteceu com Charlene, a maioria dos repórteres locais simplesmente copiou manuais de diagnóstico norte-americanos. Os espe-

cialistas em saúde mental, citados nos jornais e revistas da região, afirmaram com segurança que a anorexia em Hong Kong era a mesma desordem que surgira nos Estados Unidos e na Europa. Na esteira da morte de Charlene, o conhecimento sobre a natureza da anorexia (incluindo como e por que se manifesta e os grupos de risco) caminhou somente em uma direção: do Ocidente para o Oriente.

Os conceitos ocidentais não apenas obscureceram a compreensão da anorexia em Hong Kong: eles podem ter mudado a própria forma de expressão do distúrbio. Enquanto o público em geral e os profissionais de saúde mental da região passaram a entender o diagnóstico norte-americano de anorexia, a apresentação da doença entre os pacientes de Lee transformou-se no mais virulento padrão ianque. Lee costumava receber dois ou três pacientes anoréxicos por ano; ao final dos anos 90 (sic), ele estava atendendo a mesma quantidade de novos casos por mês. Esse aumento suscitou mais uma série de reportagens na mídia. “Crianças de apenas dez anos se matando de fome enquanto casos de transtornos alimentares aumentam”, anunciava a manchete de um jornal chinês. Nessa época, as pesquisas de Lee indicavam que entre 3% e 10% das mulheres jovens de Hong Kong apresentavam comportamentos relacionados a distúrbios alimentares. Em contraste com os antigos pacientes de Lee, essas jovens citavam com frequência a fobia de engordar como a única razão mais importante para sua autoimposta inanição. Em 2009, cerca de 90% dos pacientes tratados por Lee declararam ter fobia de engordar. Novos pacientes pareciam estar conformando cada vez mais sua experiência de anorexia à versão ocidental da doença.

O que está faltando, Lee e outros profissionais sugerem, é uma compreensão profunda de como as expectativas e crenças do paciente dão forma ao seu sofrimento. “A cultura molda a maneira como a psicopatologia geral será traduzida parcialmente ou completamente em uma psicopatologia específica”, afirma Lee. “Quando existe uma atmosfera cultural na qual profissionais, a mídia, escolas, médicos, psicólogos, todos reconhecem, aprovam, discutem e publicam questões relacionadas a distúrbios alimentares, as pessoas podem ser motivadas consciente ou inconscientemente a escolher essa patologia como forma de expressar seu conflito.”

O problema se torna especialmente preocupante em tempos de globalização, quando os repertórios de sintomas podem atravessar fronteiras com facilidade. Tendo estudado na Inglaterra e nos Estados Unidos, Lee conhece bem a força locomotiva por trás das ideias ocidentais sobre saúde e doença mentais. Profissionais de saúde mental no Ocidente, e nos Estados Unidos em particular, criam

categorias oficiais de enfermidades mentais e as promovem em um manual de diagnósticos que se tornou padrão no mundo todo. Pesquisadores e instituições norte-americanas dirigem a maior parte das melhores publicações universitárias e sediam destacadas conferências nos campos da psicologia e da psiquiatria. Companhias farmacêuticas ocidentais fornecem enormes somas de dinheiro para pesquisas e gastam bilhões em *marketing* de medicamentos para doenças mentais. Além disso, traumatologistas formados no Ocidente frequentemente acorrem a locais atingidos pela guerra ou por desastres naturais para oferecer “primeiros socorros psicológicos”, levando com eles convicções sobre os efeitos devastadores de eventos terríveis na mente e a melhor maneira de curá-la. Tudo isso provoca uma devoção cega que Lee vê poucas chances de cessar.

“Enquanto as categorias ocidentais para enfermidades têm conquistado domínio, microculturas que moldam as experiências de doença de pacientes individuais estão sendo descartadas”, afirma Lee. “A corrente tornou-se forte demais.”

Teria a anorexia se tornado tão rapidamente parte do repertório de sintomas de Hong Kong sem a importação do modelo ocidental da doença? Parece improvável. Tendo início no princípio do século 19, com casos dispersos pela Europa, o distúrbio levou mais de cinquenta anos para ser nomeado, codificado e popularizado como uma manifestação de histeria por profissionais de saúde mental ocidentais. Em contraste, depois da queda de Charlene na calçada da Rua Wan Chai, ao final daquele mês de novembro de 1994, foi apenas uma questão de horas antes que a população de Hong Kong aprendesse o nome da doença, o que ela significava e quem podia ser considerado grupo de risco.

A ideia de que nossa concepção ocidental de doença e saúde mental poderia estar moldando a expressão de doenças em outras culturas é raramente discutida na literatura profissional. Muitos profissionais de saúde mental e pesquisadores modernos acreditam que o prestígio científico de nossas drogas, nossas categorias de enfermidades e nossas teorias sobre a mente colocaram o campo além da influência das modas e crenças culturais, sempre em processo de transformação. Afinal, agora temos máquinas que podem literalmente observar a mente trabalhando. Podemos mudar a química do cérebro em uma variedade de modos interessantes e examinar sequências de DNA em busca de anormalidades. Supõe-se que esses notáveis avanços científicos tenham permitido aos profissionais de hoje evitar os pontos cegos e preconceitos culturais de seus predecessores.

Profissionais de saúde mental de hoje olham amiúde para as gerações de psiquiatras e psicólogos precedentes com uma piedade ligeiramente velada, pergun-

tando-se como eles puderam se deixar levar pelas correntes culturais de seu tempo. Os pronunciamentos orgulhosos dos médicos da era vitoriana sobre a epidemia de mulheres histéricas são atualmente descartados como artefatos culturais. Do mesmo modo, doenças encontradas somente em outras culturas são muitas vezes tratadas como atrações circenses secundárias. Koro, amok e outras similares podem ser encontradas bem no final do Manual Diagnóstico Americano (DSM-IV, páginas 845-849 no original em inglês) sob o tópico “culture-bound syndromes” (síndromes culturalmente restritas). Considerada a atenção que recebem, elas poderiam muito bem ser rotuladas como “Exotismo psiquiátrico: dois réis o ingresso”.

Profissionais de saúde mental ocidentais preferem com frequência acreditar que as 844 páginas do DSM-IV, anteriores à inclusão das síndromes culturalmente restritas, descrevem desordens reais, doenças cuja sintomatologia e resultados são relativamente inalterados por transformações na cultura. Portanto, parece lógico que se essas desordens não são afetadas pela cultura, então elas são certamente universais, comuns a toda humanidade. Nessa perspectiva, o DSM é um guia de campo para a psique mundial, e aplicá-lo mundo afora corresponde simplesmente a seguir a brava marcha do conhecimento científico.

É claro que se pode ficar psicologicamente perturbado por diversas razões comuns a todos, tais como traumas pessoais, cataclismos sociais ou desequilíbrios bioquímicos em nossos cérebros. A ciência moderna tem revelado essas causas. Seja qual for o gatilho, entretanto, o indivíduo doente e aqueles que o cercam invariavelmente apoiam-se em histórias e crenças culturais para compreender a ocorrência. Essas histórias, sejam sobre possessões espirituais, sejam sobre perda de sêmen ou carência de serotonina, predizem e moldam o curso da doença de forma dramática e muitas vezes inesperada. Ao final, o que psiquiatras transculturais e antropólogos têm a nos dizer é que todas as enfermidades mentais, incluindo depressão, transtorno de estresse pós-traumático e até mesmo esquizofrenia, podem ser tão influenciadas por crenças e expectativas culturais quanto a paralisia das pernas, os vapores, o *zar* ou qualquer doença mental já experimentada na história da loucura humana. Isso não quer dizer que tais doenças, e a dor associada a elas, não sejam reais, ou que os pacientes moldem seus sintomas deliberadamente para se ajustar a um determinado nicho cultural. Significa que uma doença mental é uma doença da mente e não pode ser entendida sem a compreensão das ideias, hábitos e predisposições – as armadilhas idiossincráticas culturais – da mente que é sua anfitriã.

Até mesmo quando a ciência subjacente é sólida e as intenções altruístas, a exportação das ideias biomédicas ocidentais podem ter consequências inesperadas e frustrantes. Nos últimos estranhos cinquenta anos, profissionais ocidentais de saúde mental têm empurrado sua “alfabetização em saúde mental” para o resto do mundo. Culturas se tornam mais “educadas” ao adotar conceitos ocidentais biomédicos de doenças como depressão e esquizofrenia. Um estudo publicado no *Jornal Internacional de Saúde Mental*, por exemplo, retratou aqueles que endossam o enunciado segundo o qual “a doença mental é uma doença como outra qualquer” como donos de “uma orientação instruída e benevolente, que provê apoio aos doentes mentais.”

As enfermidades mentais, sugere-se, deveriam ser tratadas como “doenças do cérebro”, sobre as quais o paciente tem pouca escolha ou responsabilidade. Tal ideia foi promovida como um fato científico, bem como uma narrativa social que traria grandes benefícios. A lógica parecia incontestável: uma vez que as pessoas acreditassem que a origem da doença mental não se encontra em forças sobrenaturais, falhas de caráter, perda de sêmen ou outra noção pré-científica, o paciente seria protegido da culpa e do estigma. Esta concepção foi promovida por profissionais de saúde mental, companhias farmacêuticas e grupos de defesa de pacientes como a Aliança Nacional para a Doença Mental, nos Estados Unidos, e o SANE, na Grã-Bretanha. Em um campo muitas vezes irascível, todos pareciam concordar que essa forma moderna de pensar a questão reduziria o isolamento social e o estigma experimentado com frequência pelos pacientes mentais. Acabar com superstições pré-científicas nativas sobre as causas das enfermidades mentais parecia um preço pequeno a pagar pelo alívio do sofrimento dos pacientes.

Mas será que a crença na “doença do cérebro” de fato reduz o estigma?

Em 1997, a professora Sheila Mehta, da Auburn University Montgomery, do Alabama, decidiu verificar se a narrativa da “doença do cérebro” alcançava o efeito pretendido. Mehta suspeitava que a explicação biomédica para as doenças mentais pudesse estar influenciando nossas atitudes para com os pacientes mentais de modo aos quais não tínhamos consciência. Ela então criou um engenhoso experimento.

Em seu estudo, sujeitos experimentais eram levados a acreditar que estavam participando de uma simples tarefa de aprendizagem com um parceiro que, sem seu conhecimento, estava ciente da pesquisa. Antes de o experimento começar, trocavam-se dados autobiográficos, e o parceiro do sujeito experimental afirmava sofrer de uma doença mental.

A origem da doença era explicada ora com base em “coisas que aconteceram comigo quando eu era criança”, ora como “uma doença como qualquer outra, que afetou minha bioquímica” (essas justificativas foram nomeadas de “psicossocial” e “explicação pela doença”, respectivamente). O sujeito experimental era então convidado a ensinar a seu parceiro uma sequência determinada de apertado de botões. Quando este último apertava o botão errado, o único retorno que o sujeito experimental podia dar era um choque elétrico que variava de “quase imperceptível” para “um tanto doloroso”.

Analisando os dados, Mehta encontrou uma diferença entre o grupo que recebeu a explicação psicossocial para o histórico de sua doença mental e o que recebeu a explicação pela doença do cérebro. Aqueles que acreditavam que seu parceiro sofria de uma enfermidade de origem biomédica, “como outra qualquer”, aumentaram a severidade do choque em uma velocidade maior do que os que acreditavam estar em parceria com alguém cuja desordem mental fora provocada por um evento do passado.

“Os resultados do presente estudo sugerem que nós podemos estar tratando as pessoas mais severamente quando seu problema é descrito em termos de doença”, escreve Mehta. “Afirmamos estar sendo gentis, mas nossas ações sugerem o contrário”. O problema, supõe-se, é que a narrativa biomédica sobre enfermidades como a esquizofrenia carrega consigo a sutil convicção que um cérebro tornado doente devido a anormalidades genéticas ou biomédicas é mais fortemente devastado, e permanentemente anormal, do que outro cuja origem dos transtornos está nos eventos da vida. “Ver aqueles com desordens mentais como doentes os mantêm a parte e pode nos levar a percebê-los como fisicamente distintos. Aberrações bioquímicas fazem deles praticamente espécies diferentes.”

Em outras palavras, a crença assumida para diminuir o estigma na realidade tornou-o maior. Isso também seria verdadeiro fora do laboratório, no mundo real?

A pergunta é importante porque o empurrão ocidental para sua “alfabetização em saúde mental” conquistou terreno. Estudos mostram que grande parte dos países adotou pouco a pouco este modelo médico de doença mental. Embora as mudanças tenham sido mais extensivas nos Estados Unidos e na Europa, transformações similares foram documentadas em outros locais. É cada vez maior a probabilidade de pessoas de diferentes culturas, ao serem requisitadas a nomear as causas da doença mental, citarem “desequilíbrio químico”, “doença no cérebro” ou “fatores genéticos/herdados”.

Infelizmente, ao mesmo tempo em que profissionais ocidentais de saúde mental têm convencido o mundo a pensar e a falar sobre doenças mentais em termos biomédicos, nós temos perdido a guerra contra a estigmatização tanto em casa quanto lá fora. Estudos de atitudes realizados nos Estados Unidos de 1950 a 1996 mostraram que a percepção de perigo envolvendo pessoas com esquizofrenia aumentou continuamente ao longo do tempo. Da mesma forma, uma pesquisa na Alemanha descobriu que o desejo do público de manter distância dos esquizofrênicos cresceu de 1990 a 2001.

Pesquisadores dispostos a descobrir as causas do aumento da estigmatização encontraram a mesma surpreendente conexão que Mehta detectou em seu laboratório. Pessoas que possuem convicções biomédicas/genéticas sobre as disorders mentais são as mesmas que querem menos contato com os doentes mentais, e pensam neles como perigosos e imprevisíveis. Essa relação infeliz apareceu em numerosas pesquisas pelo mundo. Em um estudo conduzido na Turquia, por exemplo, os entrevistados que rotularam o comportamento esquizofrênico como *akil hastaligi* (doença do cérebro ou das habilidades de raciocínio) estavam mais inclinados a sustentar que os esquizofrênicos eram agressivos e não deveriam viver livremente na comunidade do que aqueles que viam a doença como *ruhsal hastagi* (desordem do espírito ou do eu interior). Outra pesquisa, que se ocupou de populações na Alemanha, Rússia e Mongólia, descobriu que “independente do local... apontar fatores biológicos como a causa da esquizofrenia estava associado com um desejo maior de distância social.”

Enquanto congratulamos a nós mesmos por tornarmo-nos mais “benevolentes” e prover “mais apoio” aos doentes mentais, temos consistentemente nos afastado deles. Em resumo, parece que o impacto de nossa campanha mundial antiestigmatização provocou exatamente o oposto do que pretendíamos.

Em lugar nenhum as limitações das ideias e tratamentos ocidentais são mais evidentes do que nos casos de esquizofrenia. Pesquisadores têm há muito tentado entender o que deve ser a mais desconcertante descoberta dos estudos interculturais sobre doença mental: pessoas com esquizofrenia em países em desenvolvimento parecem se dar melhor com o passar do tempo do que aqueles vivendo em nações industrializadas.

Este foi o surpreendente resultado de três longas pesquisas lideradas pela Organização Mundial de Saúde durante trinta anos, iniciadas no princípio dos anos 1970. O estudo mostrou que pacientes fora dos Estados Unidos e da Europa tinham uma taxa de recaída significativamente mais baixa do que nos primeiros –

chegavam a ser dois terços menores segundo um estudo de acompanhamento. Essas descobertas foram largamente discutidas e debatidas, em parte devido à sua óbvia incongruência: as regiões do mundo com mais recursos destinados à doença – a melhor tecnologia, medicina de ponta e instituições acadêmicas e privadas de pesquisa com os maiores financiamentos – possuíam pacientes com mais transtornos e mais socialmente marginalizados.

Com o objetivo de desvendar esse mistério, a antropóloga Juli McGruder, da Universidade de Puget Sound, em Washington, passou anos no Zanzibar estudando famílias de esquizofrênicos. Apesar de a população do país ser majoritariamente muçulmana, a crença de origem swahili (cultura do leste africano) na possessão espiritual ainda predomina no arquipélago e é comumente evocada para explicar as ações de qualquer pessoa que venha a violar as normas sociais – desde uma irmã atacando violentamente seu irmão até alguém perseguido por delírios psicóticos.

McGruder descobriu que, longe de serem estigmatizadoras, essas crenças servem a certos propósitos úteis: elas prescrevem uma variedade de intervenções e serviços socialmente aceitos que mantêm a pessoa doente conectada à família e à comunidade. “Espíritos swahili e muçulmanos não são exorcizados no sentido cristão de se livrar dos demônios”, McGruder concluiu. “Eles são apaziguados com comida e bens, festejados com música e dança. São acalmados, aplacados em sua maldade.” McGruder observou isso em diversos atos de gentileza da comunidade. Ela presenciou membros de uma família usando pasta de açafrão para escrever frases do Corão nas beiras de tigelas de modo que a pessoa doente pudesse literalmente sorver a palavra sagrada.

As crenças na possessão espiritual trazem ainda outros benefícios inesperados. Em última análise, elas oferecem à pessoa com esquizofrenia um atestado de saúde mais limpo quando a intensidade da doença diminui. Um esquizofrênico aproveitando um período de relativa saúde mental pode, ao menos temporariamente, retomar suas responsabilidades para com a comunidade. Uma vez que a enfermidade é vista como o trabalho de forças sobrenaturais, ela é entendida como uma aflição sofrida pelo doente, e não como uma identidade.

Para McGruder, a questão não está no fato de tais práticas e crenças serem eficazes na cura da esquizofrenia. No entanto, a antropóloga acredita que elas indiretamente ajudam a controlar o curso da doença. Além de manter o indivíduo doente em seu grupo social, as crenças religiosas do Zanzibar possibilitam um tipo de calma e aceitação em face da enfermidade que ela raramente testemunhou no Ocidente.

É improvável que o curso da metástase de um câncer seja alterado pela forma como falamos sobre ele. Na esquizofrenia, no entanto, os sintomas estão inevitavelmente enredados com as complexas interações do paciente e aqueles à sua volta. Com efeito, pesquisadores há muito documentaram como certas reações emocionais de membros da família estão correlacionadas a maiores taxas de recaída em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Denominadas “intensa expressão de emoção” (EE), as reações familiares incluem crítica, hostilidade e superenvolvimento (como superproteção ou intrusão constante na vida do paciente). Em uma das pesquisas efetuadas, 67% das famílias norte-americanas brancas, com um membro esquizofrênico, demonstraram alto nível de EE. (Entre as famílias britânicas, o índice era de 48%; entre as mexicanas, de 41% e, para famílias indianas, de 23%.)

Tamanha taxa de “expressão de emoção” nos Estados Unidos significa que nos falta compaixão ou vontade de cuidar de nossos doentes? Pelo contrário. Parentes que demonstravam níveis altos de EE estavam simplesmente expressando uma visão particularmente norte-americana do psiquismo. Eles tendiam a acreditar que os indivíduos são capitães de seu próprio destino e deveriam ser capazes de enfrentar seus problemas através da força de vontade. Seus comentários críticos para a pessoa enferma não significavam que eram cruéis ou não se importavam – eles estavam simplesmente fazendo uso das mesmas concepções sobre a natureza humana que aplicavam a si mesmos. Os familiares estavam refletindo “(...) uma concepção de mundo ativa, capaz e que enfatiza a responsabilidade pessoal”, conclui a professora Jill M. Hooley, da Universidade de Harvard. “As críticas intensas estão longe de refletir algo negativo sobre os membros da família do paciente com esquizofrenia; críticas demasiadas (demonstrando, portanto, níveis altos de EE) estavam associadas com características largamente vistas como positivas.”

Isto é, largamente vistas como positivas nos Estados Unidos. Diversas culturas tradicionais vêem o *self* em termos diferentes – como algo inseparável de seu papel na comunidade, interligado com a história de seus ancestrais e permeável ao mundo dos espíritos. O que McGruder descobriu no Zanzibar foi que as famílias muitas vezes tiravam forças desta ideia mais conectada e menos isolante da natureza humana. Sua habilidade de manter um nível baixo de expressão de emoções repousava nessas crenças. O nível reduzido de EE, por sua vez, pode ser a chave para a melhora da sorte dos esquizofrênicos.

É evidente que até onde nossas modernas drogas psicofarmacológicas possam aliviar o sofrimento, elas não devem ser negadas ao resto do mundo. O pro-

blema está no fato de que nossos avanços biomédicos são difíceis de separar de nossas crenças culturais particulares. É difícil distinguir, por exemplo, a concepção biomédica de esquizofrenia – a ideia segundo a qual a doença existe dentro da bioquímica do cérebro – da mais rudimentar concepção ocidental de que o *self* reside lá também. “A doença mental é temida e possui tamanho estigma porque ela representa um revés no que os ocidentais (...) passaram a valorizar como a essência da natureza humana”, conclui McGruder. “Por nossa cultura valorizar tanto (...) uma ilusão de autocontrole e de controle das circunstâncias, nos sentimos rebaixados ao nos depararmos com uma atividade mental que parece mais maleável, menos reprimida, menos controlável e mais aberta a influências externas do que imaginamos que nossa própria mente seja.”

Psiquiatras transculturais apontam que as concepções sobre saúde mental que exportamos para o resto do mundo são raramente fatos científicos inalterados e jamais culturalmente neutros. “O discurso ocidental sobre saúde mental apresenta componentes centrais da cultura ocidental, incluindo uma determinada teoria sobre a natureza humana, uma definição de humanidade, um sentido de tempo e memória e uma fonte de autoridade moral. Nada disso é universal”, observa Derek Summerfield, do Instituto Psiquiátrico de Londres. E completa: “O problema é a pressão geral que vem da posição de centro da cultura globalizadora por excelência. É como se uma versão da natureza humana, e um conjunto de ideias sobre dor e sofrimento fossem apresentados como definitivos... Não existe nenhuma psicologia definitiva.”

Por trás da promoção das ideias ocidentais sobre saúde mental e cura há uma variedade de premissas culturais sobre a natureza humana. Ocidentais dividem, por exemplo, convicções em evolução sobre quais tipos de acontecimentos na vida de uma pessoa são passíveis de torná-la psicologicamente traumatizada, e nós concordamos que extravasar emoções pela fala é mais saudável do que o silêncio estóico. Estamos de acordo que a mente humana é bastante frágil e que é melhor considerar diversas experiências emocionais e estados mentais como doenças que requerem intervenção profissional. (Segundo o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos um quarto dos norte-americanos sofre de doenças mentais diagnosticáveis por ano). As ideias que exportamos muitas vezes trazem em seu âmago um tipo particularmente norte-americano de hiperintrospecção – uma tendência a psicologizar a existência cotidiana. Essas noções permanecem profundamente influenciadas pela cisão cartesiana entre corpo e mente, pela dualidade freudiana entre consciente e inconsciente, assim como por

diversas filosofias de autoajuda e escolas de terapia que têm encorajado os americanos a separar a saúde do indivíduo da saúde de seu grupo. As concepções ocidentais sobre a mente estão se provando tão sedutoras para o resto do mundo quanto o *fast-food* e o *rap*, e estão se espalhando com alta velocidade e vigor.

Ninguém está sugerindo que nossos avanços médicos sejam negados aos outros países, mas talvez esteja mais do que na hora de admitir que mesmo os mais notáveis avanços científicos na compreensão do cérebro não criaram o tipo de narrativas sociais que confortam e dão significado para os seres humanos. Quando esses avanços científicos são traduzidos em crenças populares e narrativas culturais, eles são muitas vezes desprovidos da complexidade da ciência, tornando-se narrativas comicamente sem substância. Pegue-se como exemplo esse anúncio em um website do antidepressivo Paxil: “Assim como uma receita de bolo requer que você use farinha, açúcar e fermento nas quantidades certas, seu cérebro precisa de um equilíbrio químico correto para poder atuar em sua melhor performance.” A mente ocidental, infinitamente analisada por gerações de teóricos e pesquisadores, agora está reduzida a uma massa de químicos que carregamos na tigela de nosso crânio.

Todas as culturas lutam contra doenças mentais intratáveis com variados graus de compaixão e crueldade, equanimidade e medo. Entretanto, olhar para nós mesmos através dos olhos daqueles que moram em lugares onde a loucura e os traumas psicológicos ainda são embebidos em complexas narrativas culturais e religiosas nos oferece um vislumbre de nós mesmos como um povo cada vez mais inseguro e temeroso. Alguns filósofos e psiquiatras sugerem que estamos investindo nossos vastos recursos em pesquisa e tratamento de doenças mentais – medicalizando fileiras ainda maiores da experiência humana – porque perdemos repentinamente antigos sistemas de crença que propiciavam significado e contexto ao sofrimento mental.

Se nossa necessidade crescente de serviços de saúde mental vem de fato de uma falência de significado, nossa insistência para que o resto do mundo pense como nós pode ser ainda mais problemática. Oferecer as mais recentes teorias ocidentais sobre saúde mental, tratamentos e categorias em uma tentativa de aliviar o estresse psicológico gerado pela modernização e pela globalização não é a solução – pode ser parte do problema. Ao minarmos concepções do self e modos de cura locais, podemos estar acelerando em compasso com as mudanças

desorientadoras que estão no cerne de grande parte do sofrimento mental do mundo.

Ethan Watters mora em São Francisco. Este ensaio foi adaptado de seu livro *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche* (Louco como nós: a globalização da psique americana), a ser publicado pela Free Press.