

# O GRANDE IMPOSTOR

CAP. DEMONSTRA

**Autora da obra**

*Insana: Meu mês de loucura* (best-seller do *New York Times*)

CAP. DE AMOSTRA

---

SUSANNAH CAHALAN

---

# O GRANDE IMPOSTOR

A MISSÃO SECRETA QUE MUDOU NOSSA  
COMPREENSÃO DA LOUCURA

---



ALTA/CULT  
EDITORA

Rio de Janeiro, 2021

CAP. DE AMOSTRA

*Para aqueles que precisam acreditar*

CAP. DE AMOSTRA

CAP. DE AMOSTRA

“Você teria que ser louco para se internar voluntariamente em um hospital psiquiátrico.”

— *Paixões que Alucinam*, 1963

CAP. DE AMOSTRA

CAP. DE AMOSTRA



## SOBRE A AUTORA



@Shannon Taggart

Susannah Cahalan é uma autora premiada, e seu livro *Insana: Meu mês de loucura*, que relata sua batalha contra uma rara doença cerebral autoimune, entrou para a lista de best-sellers do *New York Times*. Ela mora no Brooklyn.

CAP. DE AMOSTRA

## AGRADECIMENTOS

Há cinco anos, quando comecei a pesquisa para este livro, o Dr. E. Fuller Torrey me escreveu um e-mail após nossa primeira reunião: “É um bom projeto para uma leiga, porque você o apresenta com uma nova perspectiva, sem a contaminação da sabedoria reverenciada dos profissionais que até podem saber do que estão falando, mas muitas vezes não sabem.” Gosto do sentimento que me traz (o e-mail fica fixado acima da minha mesa) — e, apesar de ter encontrado muitos profissionais que não sabem do que estão falando, encontrei muitos mais que sabem. Esta é uma lista, de maneira alguma definitiva, das muitas pessoas generosas que tiraram um tempo de suas vidas ocupadas para me ajudar a escrever este livro.

Em primeiro lugar, meus sinceros agradecimentos a Florence Keller e LaDoris Cordell, as Mulheres Maravilhosas de Wilkie Way, que me guiaram durante anos pesquisando e escrevendo, fornecendo apoio, sabedoria e conselho. Vocês duas agregaram muito à minha vida e sou eternamente grata por David ter nos unido. Eu não poderia ter escrito este livro sem vocês.

Este não era o livro que eu pretendia escrever inicialmente. Enquanto pesquisava, porém, passei um tempo com o filho de David Rosenhan, Jack, e sua esposa, Sheri, duas pessoas extremamente gentis e generosas. Sou grata pelo seu tempo — é uma alegria conhecê-los.

Adorei as horas passadas com Bill e Maryon Underwood. Foi maravilhoso percorrer a estrada da memória. E, a Harry Lando — a grande nota de rodapé —, obrigada por ser tão aberto e honesto. Espero ter feito justiça às suas experiências.

É preciso um pequeno exército para preparar o que está no meu notebook para consumo público. Obrigada à dupla de agentes Larry e Sascha Alper, que ajudaram a conduzir este projeto e a encontrar o lar perfeito. Obrigada à magnífica Millicent Bennett: você é um presente enviado do céu dos escritores e prezo o dia em que nossos caminhos se cruzaram. Obrigada por seu apoio incansável, sua mente brilhante e sua firme convicção neste projeto. Obrigada a Carmel Shaka por nos manter no caminho durante um período muito atribulado. Agradeço à equipe dos sonhos da Grand Central Publishing por defender este livro, especialmente Michael Pietsch, Ben Sevier, o colega Hilltopper Brian McLendon, Karen Kosztołnyik e Beth deGuzman. Agradeço também à equipe de publicidade liderada por Matthew Ballast com a ajuda de Kamrun Nesa e Jimmy Franco e da especialista em mídia social Alana Spendley. Agradeço à equipe de vendas — Ali Cutrone, Alison Lazarus, Chris Murphy, Karen Torres, Melissa Nicholas e Rachel Hairston — pelo entusiasmo inicial (mesmo depois de eu conversar com eles com meu “cérebro de mãe” de gêmeos recém-nascidos). Agradeço à equipe de arte e produção supertalenta — Albert Tang, Kristen Lemire, Erin Cain, Carolyn Kurek, Laura Jorstad e uma menção especial a Tareth Mitch, que, no final de uma sexta-feira, salvou o dia.

Agradeço aos meus primeiros leitores: Dr. Dominic Sisti, por seu olhar diferenciado sobre o diagnóstico e o papel das instituições (assim como seu apoio ao longo da redação); Dr. Andrew Scull, por me ajudar a entender o lugar de Rosenhan na história e seu entusiasmo contagioso pela pesquisa; Dr. Will Carpenter, por sua perspectiva sobre o lado biológico da psiquiatria; Dr. Len Green, por seu ponto de vista sobre a história da psicologia e a crise de replicabilidade; Dr. Michael Meade, por sua sabedoria geral; Dr. Craig Haney, por ter tempo para me ajudar a entender a gama de horrores que acontecem em casas de detenção e prisões. Agradeço à Dra. Belinda Lennox, que leu um rascunho inicial e pediu que eu fosse um pouco mais gentil com o campo; e obrigada à brilhante Maureen Callahan, que me pressionou a ser um pouco mais exigente. Ada Calhoun e Karen Abbott, minhas amadas Irmãs do Dramalhão, que me ofereceram apoio e entusiasmo quando mais precisei. Panio Gianopoulos, combinação

de super-homem e ser humano, que me ajudou a controlar o caos dos primeiros rascunhos; e Karen Rinaldi, que me ajudou a manter minha cabeça erguida. Agradeço ao Dr. Niall Boyce, por me apresentar o conceito de micro-história, e a Allen Goldman, por seu apoio inabalável e clareza durante as etapas finais do livro. Agradeço a Hannah Green, por sua compreensão das complexidades do sistema de justiça criminal, e à Dra. Heather Croy, cuja ajuda com os gêmeos me permitiu terminar este livro. Agradeço também a Shannon Long e Emmett Berg, por sua ajuda na pesquisa; e especialmente à notável Glyn Peterson, que foi além com sua verificação de fatos com olhos de águia.

Um cumprimento especial para a Dra. Deborah Levy e o Dr. Joseph Coyle por me enviarem nessa missão — quem poderia imaginar que um comentário improvisado feito em um restaurante lotado consumiria os cinco anos seguintes de minha vida? Agradeço também ao Dr. Lee Ross, que ajudou a despertar um interesse precoce por Rosenhan e seu famoso estudo.

Agradeço à equipe de Coleções Especiais da Universidade Stanford e à Swarthmore College, por me deixarem acampar por lá e mergulhar em minha pesquisa. À pesquisadora principal do Hospital Haverford, Margaret Schaus, que me forneceu um tesouro de fontes primárias, assim como a Historical Society of Pennsylvania. Agradeço ao Treatment Advocacy Center, especialmente a E. Fuller Torrey e Maree Webster, que me proporcionaram uma visita ao banco de cérebros do Stanley Medical Research Institute. Agradeço também ao Center of Inquiry, por organizar uma viagem de pesquisa estranha e divertida. Obrigada também a Emilie David, da revista *Science*, por sua ajuda na busca de documentos, e agradeço ao DJ Jaffé, por reservar um tempo para me apresentar todos os fatos.

E aos funcionários e pacientes dos seguintes hospitais, obrigada por me receber: McLean Hospital (especialmente o Dr. Bruce Cohen, o Dr. Dost Ongur e o Dr. Joseph Stoklosa), o Santa Clara Valley Medical Center, o Zucker Hillside Hospital e a equipe do Early Treatment Program e do programa PEACE, da Universidade da Pensilvânia (especialmente a Dra. Irene Hurford).

Existem museus alucinantes em todo o país dedicados à história da psiquiatria, mas muitos estão escondidos do público em geral. Agradeço ao assistente social e historiador Dr. Anthony Ortega, por sua visita inesquecível ao Museu do Hospital Estadual de Patton, ao Hospital Bethlem e ao Institute of Living por me permitirem visitar suas coleções.

Obrigada ao Dr. Michael First por ser tão compreensivo; à Dra. Nancy Horn por seu ponto de vista tão apaixonado; à Dra. Janet Williams por trazer o Dr. Robert Spitzer à vida; a Mary Bartlett e Cláudia Bushee por responderem às minhas perguntas intrusivas sobre sua família. Agradeço ao Dr. Allen Frances por sua perspectiva sobre o *DSM*; ao Dr. Gary Greenberg e ao Dr. Ian Cummins por me ajudarem a entender essa história; aos Drs. Ken e Mary Gergen por me proporcionarem um momento de esclarecimento; à Dra. Karen Bartholomew por ir além; obrigada ao Dr. Jeffrey Lieberman pela lição de história em quatro partes; obrigada ao Dr. Matthew State e ao Dr. Steven Hyman por me deixarem empolgada com o futuro do campo; obrigada ao Dr. Chris Frith e ao Dr. Thomas Insel por responderem a muitas perguntas estúpidas com tanta paciência. Obrigada à equipe Watson da IBM (especialmente a Guillermo Cecchi) por me convidar para sua sede. Sou grata a Ron Powers por seu belo livro *No One Cares About Crazy People* e sua cópia com a dedicatória perfeita de *Good Night Moon* [ambos sem publicação no Brasil]. Sou muito grata a Justen Ahren e à comunidade Noepe por me dar um lugar no canto mais bonito do mundo para escrever.

Por suas perspectivas sobre Rosenhan, o homem, obrigada a: Dra. Edith Gelles, Dra. Helena Grzegolowska-Klarkowska, Abbie Kurinsky, Linda Kurtz, Dra. Miv London, Vivian London, Pamela Lord, Harvey Shipley Miller, Dra. Kenneth P. Monteiro, Hank O’Karma e Dr. Lee Shulman.

Por sua perspectiva sobre o psicólogo David Rosenhan, agradeço a: Robert Bartels, Dr. Daryl Bem, Dr. Gordon Bower, Dr. Bruno Breitmeyer, Dr. Allen Calvin, Dr. Gerald Davison, Dr. Thomas Ehrlich, Dra. Phoebe Ellsworth, Drs. Raquel e Ruben Gur, Dra. Eleanor Maccoby, Dr. David Mantell, Bea Patterson, Dr. Henry O. Patterson, Dr. Robert Rosenthal,

Dr. Peter Salovey, Dr. Barry Schwartz, Dr. Martin Seligman, Dr. Ervin Staub e Dr. Philip Zimbardo.

Por suas perspectivas sobre o estudo, obrigada a: Dr. Matthew Gambino, Dr. Peter Gray, Dr. Benjamin Harris, Dr. Voyce Hendrix, Dr. Marc Kessler, Dra. Alma Menn, Dr. John Monahan, Dra. Gina Perry e Dr. Christopher Scribner.

Por sua perspectiva sobre o passado, o presente e o futuro da psiquiatria, agradeço a: Richard Adams, Dr. Justin Baker, Dr. Gary Belkin, Dr. Richard Bentall, Dra. Carol Bernstein, Claire Bien, Dr. Joel Braslow, Dra. Cheryl Corcoran, Dr. Philip Corlett, Dr. Anthony David, Dra. Lisa Dixon, Mark Gale, Dr. Steven Hatch, Dr. Robert Heinssen, Dr. John Kane, Dr. Ken Kendler, Dr. Richard Lamb, Dr. Robert McCullumsmith, Kerry Morrison, Dr. Souhel Najjar, Dr. Stephen Oxley, Dr. Roger Peele, Dr. Thomas Pollack, Dr. Steven Sharfstein, Dra. Kate Termini, Dr. Jim van Os, Dr. Mark Vonnegut e Bethany Yeiser.

Muito obrigada principalmente a Stephen Grywalski. Os últimos quatro anos foram intensos — um casamento, uma discussão com Marie Laveau, um íleo, uma mudança —, você é meu defensor incansável e me deu o maior presente de todos: nossos gêmeos, Genevieve e Samuel. Sem você, nada disso seria possível.

CAP. DE AMOSTRA



## SUMÁRIO

Prefácio	xix
----------	-----

### Parte Um

1 Imagem Espelhada	3
2 Nellie Bly	13
3 A Sede da Loucura	25
4 Ser São em Lugares Insanos	37
5 Uma Incógnita Envolta em Mistério Dentro de um Enigma	47

### Parte Dois

6 A Essência de David	57
7 “Vá com Cuidado, ou Melhor, Não Vá”	67
8 “Posso Não Ser Desmascarado”	79
9 INTERNADO	87
10 Nove Dias Dentro de um Hospício	91

### Parte Três

11 Entrando	117
12 ... E Apenas os Insanos Sabiam Quem Era São	129
13 W. Underwood	139
14 Oito Maluco	143

15	Ala 11	157
16	Alma Congelada	165
17	Rosemary Kennedy	173

### Parte Quatro

18	O Caçador da Verdade	183
19	“Todas as Outras Perguntas Partem Daí”	193
20	Critério-subversão	203
21	A SCID	211

### Parte Cinco

22	A Nota de Rodapé	225
23	É Tudo Coisa da Sua Cabeça	241
24	Sistema de Saúde Mental Sombrio	247
25	O Golpe Final	259
26	Uma Epidemia	277
27	Luas de Júpiter	291

	Epílogo	307
	Notas	313
	Índice	369
	Permissões	375

## PREFÁCIO

A história a seguir é verdadeira. E ao mesmo tempo não é.

Esta é a primeira internação do paciente nº 5213.<sup>1</sup> O nome dele é David Lurie, um redator publicitário de 39 anos, casado, com dois filhos e que ouve vozes.

O psiquiatra abre a entrevista de admissão com algumas perguntas de orientação: *Qual é o seu nome? Onde você está? Que dia é hoje? Quem é o presidente?*

Ele responde a todas as quatro perguntas corretamente: *David Lurie, Hospital Estadual de Haverford, 6 de fevereiro de 1969, Richard Nixon.*

Então, o psiquiatra pergunta sobre as vozes.

O paciente conta que elas lhe dizem: “Está vazio. Nada dentro. É oco. Faz um barulho oco.”

“Você reconhece as vozes?”<sup>2</sup>, pergunta o psiquiatra.

“Não.”

“São vozes masculinas ou femininas?”

“São sempre homens.”

“E você as ouve agora?”

“Não.”

“Você acha que elas são reais?”

“Não, tenho certeza que não. Mas não consigo fazê-las parar.”

A discussão segue para a vida além das vozes. O médico e o paciente falam sobre os sentimentos latentes de paranoia, insatisfação, de sentir-se de alguma forma inferior a seus colegas. Discutem sua infância como filho de um casal de judeus ortodoxos devotos e seu relacionamento com a mãe,

que antes era intenso e depois esfriou ao longo do tempo; falam sobre os problemas conjugais e sua luta para abrandar a raiva que às vezes é dirigida a seus filhos. A entrevista continua dessa maneira por trinta minutos, momento em que o psiquiatra reuniu quase duas páginas de anotações.

O psiquiatra o interna com o diagnóstico de esquizofrenia, tipo esquizoafetivo.

Mas há um problema. David Lurie não ouve vozes. Ele não é um redator publicitário, e seu sobrenome não é Lurie. Na verdade, David Lurie não existe.

O nome da mulher não importa. Apenas imagine alguém que você conhece e ama. Ela tem 20 e poucos anos quando seu mundo começa a desmoronar. Não consegue se concentrar no trabalho, para de dormir, fica inquieta na multidão e depois se isola em seu apartamento, onde vê e ouve coisas que não existem — vozes sem corpo que a deixam paranoica, assustada e irritada. Ela anda de um lado para o outro pelo apartamento até sentir que vai explodir. Então, sai de casa e vaga pelas ruas movimentadas da cidade, tentando evitar os olhares fulminantes dos transeuntes.

A preocupação de sua família aumenta. Eles a acolhem, mas ela foge deles, convencida de que fazem parte de uma conspiração elaborada para destruí-la. Eles a levam para um hospital, onde se desconecta cada vez mais da realidade. Lá ela é contida e sedada pela equipe exausta. Começa a ter “ataques” — seus braços se agitam e seu corpo treme, deixando os médicos perplexos, sem respostas. Eles aumentam as doses de medicamentos antipsicóticos. Exames e mais exames não revelam nada. Ela está cada vez mais psicótica e violenta. Os dias se transformam em semanas. Então ela murcha como um balão furado, subitamente desanimada. Perde a capacidade de ler, escrever e, por fim, para de falar, passando horas olhando fixamente para a tela da televisão. Às vezes, fica agitada e suas pernas sacolejam em estranhos espasmos. O hospital decide que não consegue mais lidar com ela, anotando em seus registros médicos: TRANSFERIR PARA PSIQUIATRIA.

O médico escreve em seu prontuário. Diagnóstico: esquizofrenia.

\* \* \*

A mulher, ao contrário de David Lurie, existe. Eu a vi nos olhos de um menino de 8 anos, de uma mulher de 86 anos e de uma adolescente. Ela também existe dentro de mim, nos cantos mais escuros da minha psique, como uma imagem espelhada do que poderia facilmente ter acontecido comigo aos 24 anos de idade, se eu não tivesse sido poupada da transferência final para a ala psiquiátrica, graças ao talento e a um palpite de sorte de um médico atencioso e criativo que identificou um sintoma físico — inflamação no cérebro — e me salvou do erro no diagnóstico. Se não fosse por essa reviravolta, eu provavelmente estaria perdida dentro do nosso deteriorado sistema de saúde mental ou, pior ainda, seria sua vítima fatal — tudo por causa de uma doença autoimune tratável disfarçada de esquizofrenia.

O imaginário “David Lurie”, eu viria a saber, era o “pseudopaciente” original, o primeiro de oito homens e mulheres sãos e saudáveis que, há quase cinquenta anos, se internaram voluntariamente em instituições psiquiátricas para testar em primeira mão se médicos e funcionários seriam capazes de distinguir sanidade de insanidade. Eles faziam parte de um estudo científico famoso e revolucionário que, em 1973, abalaria o campo da psiquiatria e mudaria fundamentalmente o debate nacional sobre saúde mental. Esse estudo, publicado com o título “On Being Sane in Insane Places” [Sobre Ser São em Ambientes Insanos, em tradução livre], reformulou drasticamente a psiquiatria e, ao fazê-lo, provocou um debate não apenas sobre o tratamento adequado dos doentes mentais, mas também sobre como definimos e empregamos o estigmatizado termo *doença mental*.

Por razões, e maneiras, muito diferentes, “David Lurie” e eu desempenhamos papéis paralelos. Fomos embaixadores entre o mundo dos sãos e o mundo dos doentes mentais, uma ponte para ajudar os outros a entender a divisão: o que era real e o que não era.

Ou era o que eu pensava.

Nas palavras do historiador médico Edward Shorter, “A história da psiquiatria<sup>3</sup> é um campo minado”. Leitor: cuidado com os estilhaços.

CAP. DE AMOSTRA

# O GRANDE IMPOSTOR

CAP. DEMONSTRA

CAP. DE AMOSTRA



## PARTE UM

---

*Demasiada Loucura é o mais divino Juízo  
Para um Olhar criterioso  
Demasiado Juízo — a mais severa Loucura  
É a Maioria que  
Nisto, como em Tudo, prevalece  
Consente — e és são  
Objecta — és perigoso de imediato  
E acorrentado.<sup>1</sup>*

— Emily Dickinson

CAP. DE AMOSTRA

## IMAGEM ESPELHADA

A psiquiatria, como um ramo distinto da medicina, progrediu muito em sua curta vida. Rejeitou as práticas vergonhosas do passado recente — lobotomias, esterilizações forçadas, depósito de gente. Os psiquiatras de hoje ostentam um arsenal variado de medicamentos eficazes e abandonaram amplamente as armadilhas não científicas da baboseira psicanalítica, as mães “esquizofrenogênicas” e “geladeiras” do passado, acusadas de desencadear a insanidade em seus filhos. Duas décadas depois da virada do século XXI, a psiquiatria agora reconhece que doenças mentais graves são distúrbios cerebrais legítimos.

Apesar de todos os avanços, esse campo ainda está atrás do restante da medicina. A maioria de nossas principais inovações — medicamentos melhores, terapias aprimoradas — já estava disponível na época em que pisamos na lua pela primeira vez. Embora a American Psychiatric Association nos assegure que os psiquiatras são especialmente qualificados para “avaliar os aspectos mentais e físicos dos problemas psicológicos”,<sup>1</sup> eles são, como toda a medicina, limitados pelas ferramentas à sua disposição. Até o momento, não existem medidas objetivas consistentes que possam produzir um diagnóstico psiquiátrico definitivo — não há exames de sangue para diagnosticar depressão ou exames cerebrais para confirmar a esquizofrenia. Os psiquiatras confiam nos sintomas observados combinados com o histórico dos pacientes e entrevistas com familiares e amigos para fazer um diagnóstico. Seu órgão de estudo é a “mente”, sede da personalidade, identidade e individualidade; portanto, não deve surpreender que

seu estudo seja mais impenetrável do que a compreensão, digamos, da biologia do câncer de pele ou da mecânica da doença cardíaca.

“A psiquiatria tem um trabalho difícil.<sup>2</sup> Para obter as respostas que precisamos, a verdade sobre o que realmente está acontecendo, precisamos entender nosso órgão mais complexo, o cérebro”, disse o psiquiatra Dr. Michael Meade. “Entender como esse órgão físico dá origem ao fenômeno da consciência, da emoção, da motivação, todas as funções complexas que os seres humanos consideram como a possível distinção entre nós e outros animais.”

Doenças como a que “ensandeceu” meu cérebro em 2009 são chamadas de grandes impostoras,<sup>3</sup> porque fazem a ponte entre os mundos médicos: seus sintomas imitam os comportamentos de doenças psiquiátricas como esquizofrenia ou transtorno bipolar, mas esses sintomas têm causas físicas conhecidas, como reações autoimunes, infecções ou alguma outra disfunção detectável no corpo. Os médicos usam termos como *orgânica* e *somática* para descrever doenças como a minha, enquanto doenças psiquiátricas são consideradas *inorgânicas*, *psicológicas* ou *funcionais*. Todo o sistema se baseia nessa distinção, na categorização da doença como uma ou outra, e determina como tratamos os pacientes da parte superior e inferior da escala.

Então, o que é doença mental? A questão de como separar a sanidade da loucura, de como definir as doenças mentais, vai além da semântica e da decisão de que tipo de especialista cuidará de você ou de seu ente querido durante um período de intensa necessidade. A capacidade de responder com precisão a essa pergunta molda tudo — desde como medicamos, tratamos, oferecemos seguros-saúde e hospitalizamos até como policiamos e quem escolhemos aprisionar. Quando os médicos me diagnosticaram com uma doença orgânica (física, corporal, *real*) em oposição a uma psiquiátrica (da mente e, portanto, de alguma forma *menos real*), significava que eu receberia tratamentos que salvam vidas, em vez de ser isolada do resto da medicina. Essa separação atrasaria ou atrapalharia os esforços da minha equipe médica para resolver o mistério em meu cérebro e provavelmente levaria à minha incapacidade ou morte. Entretanto, as implicações de uma

decisão como essa não podiam ser maiores, como me disse o psiquiatra Anthony David: “O público leigo ficaria horrorizado ao perceber o quão falho e arbitrário é o diagnóstico médico.”<sup>4</sup>

De fato, esse sistema de diagnóstico “falho e arbitrário” tem implicações que mudam a vida de um em cada cinco adultos<sup>5</sup> que vivem nos Estados Unidos e que experimentarão sintomas de doença mental este ano. Afeta ainda com mais urgência os 4% dos norte-americanos<sup>6</sup> que sofrem de doenças mentais graves,\* um segmento da população cuja vida é, muitas vezes, abreviada<sup>8</sup> em dez a vinte anos. Apesar de todo o nosso progresso médico — do qual fui destinatária direta —, os mais doentes entre nós estão ficando mais doentes.

Mesmo que você seja um dos poucos sortudos que nunca questionou o funcionamento de suas sinapses, essa limitação também o afeta. Afeta como você rotula seu sofrimento, como compara suas excentricidades com o grupo, como compreende a si mesmo. Afinal, os psiquiatras eram conhecidos como alienistas — um termo que transmite a ideia não apenas do status externo dos médicos em relação ao restante da medicina e da alienação dos pacientes de si mesmos, mas também de serem *o outro*. “A loucura assombra a imaginação humana.<sup>9</sup> Ela fascina e assusta ao mesmo tempo. Poucos são imunes a seus terrores”, escreveu o sociólogo Andrew Scull em seu livro *Madness in Civilization* [sem publicação no Brasil]. “Ela desafia o nosso senso dos limites do que é ser humano.” É inegável: há algo profundamente perturbador em uma pessoa que não compartilha nossa realidade, mesmo que a ciência nos mostre que os mapas mentais que cada um de nós cria em nossos próprios mundos são totalmente únicos. Nossos cérebros interpretam nosso ambiente de maneiras altamente específicas — seu azul pode não ser o meu azul.<sup>10</sup> No entanto, o que tememos é a imprevisibilidade de um “outro” mentalmente doente. Esse medo surge da

---

\* Doença mental grave é definida pelo National Institute of Mental Health como “transtorno mental, comportamental ou emocional<sup>7</sup> (...) resultando em grave comprometimento funcional, que interfere substancialmente ou limita uma ou mais atividades importantes da vida”.

constatação de que, por mais sãos, saudáveis ou normais que acreditemos que somos, nossa realidade também pode ser distorcida.

Antes de completar 24 anos, tudo que eu realmente sabia sobre loucura se resumia à leitura de um exemplar roubado de *Go Ask Alice* [sem publicação no Brasil] na escola primária, a ouvir falar do irmão do meu padrasto diagnosticado com esquizofrenia, ou a desviar os olhos quando passava por uma pessoa sem-teto que lutava com inimigos imaginários. O mais perto que cheguei de encarar a loucura foi quando, como repórter de tabloide, entrevistei um notório sociopata na prisão, cuja inteligência sagaz rendeu uma excelente matéria. A doença mental era cinematográfica: o gênio matemático John Nash, interpretado por Russell Crowe em *Uma Mente Brilhante*, desenhando equações em lousas, ou a sensual borderline de Angelina Jolie em *Garota Interrompida*. Parecia quase atraente, algum tipo de clube privado perturbado, mas sofisticado.

E então veio minha doença, a encefalite autoimune que me devastaria, roubando brevemente minha sanidade mental e mudando minha vida. Fragmentos vívidos daquele tempo permanecem comigo uma década depois, cacos de minhas próprias memórias, histórias de minha família ou meus registros médicos: primeiro, a depressão e os sintomas de gripe, a psicose, a incapacidade de andar ou falar, as punções lombares, a cirurgia no cérebro. Lembro-me vividamente dos perचेvejos imaginários, que eu acreditava terem infestado meu apartamento; das minhas crises na redação do *New York Post*; de quase pular pela janela do apartamento do terceiro andar de meu pai; das enfermeiras, que eu estava convencida de serem, na verdade, repórteres disfarçadas, enviadas para me espionar; dos olhos flutuantes que me aterrorizavam no banheiro; da crença de que poderia envelhecer as pessoas com a minha mente. Lembro-me também do psiquiatra presunçoso e impassível que me tratou no hospital, me chamando de “caso interessante” e me administrando o que mais tarde descobriríamos que eram quantidades desnecessárias de medicamentos antipsicóticos. Foi nessa época que a equipe médica começou a desistir do meu caso, e as palavras TRANSFERIR PARA PSIQUIATRIA começaram a aparecer em meus registros médicos.

Minha família, como muitas antes, lutou contra a tirania do rótulo de doença mental. Meus pais eram resolutos: eu estava *agindo como* louca, claro, mas *eu* não era louca. Havia uma diferença. Eu poderia parecer violenta, paranoica e delirante, mas estava doente. Não era *eu*. Alguma coisa se apoderara de mim da mesma maneira que a gripe, o câncer ou a má sorte. Mas quando os médicos não conseguiram encontrar imediatamente uma causa física, nada de concreto para identificar e tratar como uma infecção ou tumor, o foco mudou. Eles consideraram um possível diagnóstico de transtorno bipolar e depois um de transtorno esquizoafetivo, à medida que minha psicose se intensificava. Dados meus sintomas, o diagnóstico dos psiquiatras fazia sentido. Eu estava alucinando; estava psicótica; experienciei um declínio cognitivo. Nenhum outro exame poderia explicar a mudança repentina. Eles viam uma paciente bipolar. Viam uma pessoa esquizoafetiva. Estavam errados. Mas, em praticamente qualquer outro caso, estariam “certos”.

A psiquiatria não é a única disciplina a vagar em meio a essa nebulosidade diagnóstica. São altas as probabilidades de que, durante a sua vida, você sofra um dia de uma doença cujas causas e tratamentos ainda são desconhecidos, ou enfrente um erro médico significativo que pode atrasar o tratamento adequado, causar danos ou contribuir para causar sua morte. A lista de doenças conhecidas sem causa e cura é longa — da doença de Alzheimer, à síndrome cardíaca X à síndrome da morte súbita infantil. Estima-se que um terço das pessoas que consultam seus clínicos gerais sofrem de sintomas que não têm causa conhecida ou são considerados “inexplicáveis em termos médicos”.<sup>11</sup> Não sabemos realmente como funcionam os medicamentos corriqueiros, como o Tylenol,<sup>12</sup> nem exatamente o que acontece no cérebro durante a anestesia,<sup>13</sup> mesmo que 250 milhões de pessoas se submetam a ela todos os anos.

Pense no papel que a ganância, a arrogância e a prescrição excessiva motivada pelo lucro desempenharam na condução da epidemia de opiáceos — era prática comum prescrever medicamentos altamente viciantes para a dor até percebermos os danos incalculáveis e as mortes que causavam. Dogmas aceitos frequentemente passam por reavaliações.

A medicina, quer gostemos de admitir ou não, frequentemente opera mais na fé do que na certeza. Em alguns casos especiais, podemos prevenir doenças com vacinas (por exemplo, varíola, poliomielite, sarampo) ou com medidas de vida saudável (purificando a água potável ou deixando de fumar) e exames preventivos (como é o caso dos cânceres de próstata, de mama e de pele), mas na maioria das vezes estamos limitados em nossa capacidade de *cura*.

Apesar de compartilhar das mesmas incertezas, a psiquiatria é diferente de outras áreas da medicina em aspectos cruciais: nenhuma outra especialidade pode forçar o tratamento, nem deter as pessoas contra sua vontade. Nenhum outro campo enfrenta com tanta regularidade uma condição como a anosognosia,<sup>14</sup> na qual uma pessoa não tem consciência da própria doença, exigindo que os médicos tomem decisões difíceis sobre como e quando intervir. A psiquiatria faz julgamentos sobre as pessoas — sobre as personalidades, crenças, a moral. É um espelho apoiado pela sociedade em que é praticada. Uma etiqueta aplicada ao seu prontuário por um médico poderia levá-lo sem dificuldades a um hospital completamente diferente, com seus registros psiquiátricos segregados do restante de seus registros médicos.

Foi aqui que minha história divergiu da de tantos outros pacientes. Graças a muitos fatores de sorte que ajudaram a me diferenciar — minha idade, raça, localização, situação socioeconômica, cobertura de seguro generosa —, os médicos pressionaram por mais exames, o que levou a uma punção na coluna vertebral que revelou a presença de autoanticorpos a alvos cerebrais. Os médicos foram confrontados com evidências tangíveis que refutavam o diagnóstico psiquiátrico. Minha doença era agora confortavelmente *neurológica*. Eu tinha exames de fluido espinal, exames de anticorpos e estudos acadêmicos para me apoiar. Os médicos poderiam fornecer uma explicação de uma frase para o que aconteceu: meu corpo atacou meu cérebro. E havia soluções que poderiam levar a melhorias — até uma cura. Esperança, clareza e otimismo substituíram o tratamento vago e distante. Ninguém me culpou ou questionou se cada sintoma era real. Eles não perguntaram sobre consumo de álcool, níveis de estresse ou



relacionamentos familiares. As pessoas pararam de insinuar que o problema era coisa da minha cabeça.

A minha história se tornou um exemplo triunfante de progresso médico, graças à neurociência de ponta. *Essa garota era louca, agora está curada.* A medicina repousa em um pedestal de histórias como essas — o pai com câncer de pulmão em estágio quatro que entra em remissão completa após terapia direcionada; a criança que recebe implantes cocleares e nunca terá que conhecer um mundo sem som; o menino com uma doença de pele rara que é salvo por uma nova pele produzida a partir de células-tronco. Histórias como essas reforçam a crença de que a medicina segue um caminho linear de progresso, de que estamos sempre avançando — desvendando mistérios do corpo e aprendendo mais sobre as fronteiras definitivas de nossas mentes no caminho de curar a todos.

Após meu diagnóstico, passei quatro anos coletando fatos sobre minha doença, sobre as idades de início e novos avanços nas terapias de infusão — uma espécie de armadura para me defender da irracionalidade solitária de tudo isso. *Sou a prova do nosso avanço.* Ainda assim, sou perseguida pela ameaça sempre presente de que a psicose retornará. Escrevendo isso agora, no meio da minha gravidez de gêmeos, não consigo esquecer como meu corpo pode falhar comigo (e de fato falhou). Por mais traumático que tenha sido o diagnóstico de melanoma que recebi no final da minha adolescência, não parecia que a doença tinha tocado *uma parte da minha alma* da mesma maneira que minha experiência com a psicose. A psicose é a coisa mais assustadora que já me aconteceu. Era neurológica, “orgânica”, mas veio *de mim*, de dentro de quem eu sou, tornando-a muito mais assustadora do que qualquer outra doença “física”. Ela abalou meu senso de “eu”, minha maneira de ver o mundo, meu conforto em minha própria pele e abalou os fundamentos de quem sou. Não há fatos suficientes capazes de me armar contra esta verdade: estamos todos pendurados por um fio muito fino, e alguns de nós não sobreviverão à queda.

Publiquei *Insana: Meu mês de loucura* para ajudar a aumentar a conscientização sobre minha condição e, posteriormente, fui convidada a dar palestras em inúmeras escolas de medicina e conferências neurológicas,

divulgando a minha doença, como uma missionária determinada a garantir que ninguém mais fosse deixado sem diagnóstico. A certa altura, tive a chance de me dirigir a um grande grupo de psiquiatras dentro de um hospital psiquiátrico em funcionamento. Era situado em um quartel renovado do Exército, mas parecia leve, branco e moderno. *Como um hospital de verdade*, lembro-me de pensar. (Depois de fazer as malas para a viagem, certifiquei-me de levar minha roupa mais adulta, sofisticada, *não louca*, um vestido simples preto e turquesa da Ann Taylor com um blazer preto.)

Após minha apresentação naquele dia, um psiquiatra se apresentou ao grupo de palestrantes, falando em tom suave, mas urgente, sobre um de seus pacientes. Ele havia diagnosticado uma jovem mulher com esquizofrenia, mas, nas suas palavras: “Algo não se encaixava.” De fato, eu fazia ele se lembrar dela. A mulher era quase da mesma idade, tinha um diagnóstico semelhante e exibia sintomas semelhantes. Mas também parecia semelhante ao mar de outras pessoas com doenças mentais graves que estavam sendo tratadas com ela. A questão era: como saber a diferença? Como decidir quem responderá à intervenção que recebi — as infusões que ajudaram a impedir meu corpo de lutar contra ele próprio — ou aos tratamentos psiquiátricos? O grupo de médicos discutiu os próximos passos, os exames de sangue, as punções lombares e as ressonâncias magnéticas que poderiam oferecer um diagnóstico alternativo para essa jovem. Mais tarde, enquanto caminhávamos por uma das unidades do hospital e passamos por uma reunião de terapia em grupo, não pude deixar de pensar: *será que ela está aí?*

Depois da palestra, soube que a jovem realmente havia testado positivo para encefalite autoimune, a mesma doença que tive. Mas, como permaneceu dois anos sem o diagnóstico correto, ao contrário do único mês que passei no hospital, ela provavelmente nunca recuperaria as habilidades cognitivas que perdera. Não conseguia mais cuidar de si mesma nem das formas mais básicas, e, apesar de seu diagnóstico bem-sucedido, ela, agora, segundo um médico, seria eternamente uma criança.

Pensei que havia encerrado esse capítulo de minha história depois de publicar minhas memórias. Mas depois de ficar cara a cara com a loucura e voltar para contar, quando você se vê como uma ponte entre os dois mun-

dos, não consegue mais dar as costas. Não consegui afastar o pensamento das palavras TRANSFERIR PARA PSIQUIATRIA em meus próprios registros médicos. O que aconteceu com essa jovem quase aconteceu comigo. Era como ver meu reflexo no espelho. Ela era minha possível imagem, minha imagem espelhada.

Como nós — eu e minhas imagens no espelho — somos diferentes dos milhões de pessoas com doenças mentais graves? Como podíamos ser mal diagnosticadas tão facilmente? De qualquer maneira, o que significa doença mental e por que uma aflição seria mais “real” que outra? Essas perguntas me assombram desde o lançamento de minhas memórias, quando as histórias das batalhas das pessoas no sistema médico começaram a chegar à minha caixa de entrada. Alguns escrevem esperando ter minha doença. Qualquer coisa, eles dizem, menos doença mental.

Um e-mail foi do pai de um homem de 36 anos que lutou por duas décadas com uma psicose debilitante. Ele me disse o quão pouco a medicina moderna tinha a oferecer. “Eles parecem culpar meu filho<sup>15</sup> por sua ‘doença psiquiátrica’, alegando que ele não tem nenhuma ‘doença física’ que eles possam curar”, escreveu. Os remédios, o único tratamento oferecido, não ajudaram; na verdade, pioraram o quadro. Apesar dos pedidos da família por outras opções, a resposta foi: “Tome os remédios — ou o forcemos a tomá-los.”

O pai reconheceu a situação de sua família em minha história e se inspirou na reação bem-sucedida de meus pais contra o sistema médico. Minha recuperação reforçou sua determinação de continuar procurando respostas mais significativas para o filho. Mas algo que eu lhe disse posteriormente o incomodou. Em seu e-mail, ele incluiu um link do YouTube de uma palestra minha em um evento de lançamento da edição de brochura do meu livro. Enquanto assistia ao vídeo, senti como se levasse um tapa na cara pela minha própria mão. Ele citou minhas palavras para mim: “Minha doença parecia ser uma condição psiquiátrica, mas *não* era uma condição psiquiátrica — era uma condição física.”

Esse pai se sentiu traído ao me ouvir expressar a mesma distinção injusta que ouviu tantas vezes dos médicos de seu filho. “O cérebro é um órgão

físico e a doença física ocorre dentro do cérebro. Por que isso a torna uma ‘condição psiquiátrica’ em vez de uma ‘doença física?’”, escreveu. “O que não estou conseguindo entender?”

Ele tinha razão, é claro. Como eu havia adotado tão facilmente a mesma dicotomia não comprovada que poderia ter me confinado a uma ala psiquiátrica ou até me matado? Seria uma necessidade de acreditar que, por ter um distúrbio físico, fui “curada” de uma maneira que me diferenciava de pessoas com condições psiquiátricas? O que mais eu aceitei — *nós aceitamos* — como verdades e que pode ser perigosamente reducionista? Quantas falácias sobre a mente e o cérebro estamos todos aceitando como verdades? Onde está a fronteira entre doença cerebral e doença mental, e por que tentamos diferenciá-las? Estamos encarando a doença mental de maneira totalmente errada?

Para responder a isso, tive que seguir o conselho que meu médico favorito, meu Dr. House pessoal, o neurologista Dr. Souhel Najjar, costuma dizer aos seus residentes: “Você precisa olhar para trás para ver o futuro.”