

A ritualização da vida e a expansão das culturas psi na Colômbia: o local e o apenas transnacional

The ritualization of life and the expansion of psy cultures in Colombia: the local and the barely transnational

Carlos Alberto Uribe

Professor, Departamento de Antropologia/Universidad de los Andes.
Cr 1, n.18A-12, Cundinamarca
111711 – Bogotá – Colômbia
curibe@uniandes.edu.co

Recebido para publicação em dezembro de 2016.

Aprovado para publicação em fevereiro de 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702017000400004>

URIBE, Carlos Alberto. A ritualização da vida e a expansão das culturas psi na Colômbia: o local e o apenas transnacional. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.24, supl., nov. 2017, p.51-61.

Resumo

O ensaio apresenta a situação atual das culturas psi na Colômbia. Demonstra-se como o sistema de saúde oficial do país fez da psiquiatria biomédica e da psicologia cognitivo-comportamental a cultura psi dominante e hegemônica. No entanto, longe de serem hegemônicas, como apresentadas, essa dupla estimula e sustenta a existência de diversos sistemas e práticas terapêuticas “religiosas” ou “sagradas” que desnaturalizam o sofrimento humano existencial e psicológico. Em geral são práticas rituais com forte conteúdo espiritualista, antimaterialista e antimonista, que abordam livremente um conjunto diverso de cosmologias, crenças e símbolos, incluindo até noções e práticas de origem biomédica. O resultado é uma hiper-ritualização da vida cotidiana no país.

Palavras-chave: Colômbia; culturas psi; biopsiquiatria oficial; sistemas terapêuticos ritualizados; vida cotidiana e ritual.

Abstract

This paper exposes the status of psy cultures in Colombia. It is shown how the country's official health system has transformed biomedical psychiatry and cognitive behavioral psychology into the dominant and hegemonic psy culture. However, far from being hegemonic, as presented, both serve to foster and sustain the existence of different “religious” or “sacred” therapeutic systems and practices that denaturalize human existential and psychological suffering. In general, the latter are ritual practices with a strong spiritualist, anti-materialist and antimonist content, that deal freely with a wide range of cosmologies, beliefs and symbols, even including the same concepts and practices of a biomedical origin. The result is a hyper-ritualization of daily life in the country.

Keywords: Colombia; psy cultures; official biopsychiatry; ritualized therapeutic systems; daily life and ritual.

Este ensaio tem um único tema. Trata-se de discutir o paradoxo que caracteriza o estado atual das culturas psi na Colômbia. Uso o termo “paradoxo” em sua acepção de figura retórica que implica a expressão de uma contradição. Meu desafio é, portanto, fazer concordar os dois termos nos quais se expressa a contradição. O propósito é convidar o leitor ao estudo de um problema sobre o qual ainda há muito para refletir.

Primeiro termo do paradoxo: o sistema de atenção em saúde oficial do país tem feito da psiquiatria biomédica e de sua aliada psicoterapêutica, a psicologia cognitivo-comportamental, a cultura psi dominante e hegemônica. Essa dupla pretende, além disso, excluir ou contornar qualquer outra aproximação que possa competir com ela no campo da doença mental e da atenção ao sofrimento individual e coletivo.

Segundo termo do paradoxo: como escreveu Jorge Luis Borges (1994, p.368) em “O etnógrafo”, a ciência, nossa ciência, é uma mera frivolidade. E é uma frivolidade porque a ciência psiquiátrica e seu consorte psicológico, longe de serem hegemônicos como são apresentados, fomentam e sustentam uma multiplicidade de sistemas e práticas terapêuticas e de apoio àqueles necessitados de conforto e alívio para suas aflições pessoais. Sem pretensões de dominação nem de hegemonia, esses outros conhecimentos terapêuticos e práticas repousam, geralmente, em noções desnaturalizadas e não reducionistas, quase sempre transcendentais, do bem e do mal, da saúde e da doença, da vida e da morte, da mente, do espírito e do corpo, da felicidade e do sofrimento. Trata-se de sistemas de conhecimentos e práticas terapêuticas que são mais “religiosos” ou “sagrados”, termos incômodos, com um alto conteúdo de espiritualidade antimaterialista e antimonista, que definem o sujeito e a subjetividade de modos idiossincráticos – e, em todo caso, em tensão constante com o que opinam os teóricos dos países do centro sobre a constituição do sujeito moderno. São, pois, sistemas vitalistas cuja realização prática e existencial é uma encenação que se realiza com frequência em rituais de elaborado barroquismo. Nesses cenários rituais, misturam-se e transformam-se livremente todo tipo de cosmologias, crenças, práticas e símbolos – inclusive com a utilização livre de noções e práticas de origem biomédica. Uma grande mescla ritual, sem dúvida, para uma sociedade de rituais misturados, como é a colombiana. Um hiper-ritual para restituir a vida, a saúde, o bem-estar e a felicidade, em uma sociedade altamente ritualizada, amante da forma, do eufemismo e da imitação mimética.

Entre esses dois termos do paradoxo, a psicanálise freudiana, em suas vertentes ortodoxas e não ortodoxas, lacanianas e não lacanianas, ocupa hoje um lugar relativamente marginal no cenário dos conhecimentos psi na Colômbia. Assunto de minorias ilustradas e profissionais, dizem uns. Muito desprestigiado e atacado, a *sottovoce* e por trás das portas, pela mancomunação bio-psiquiátrica-comportamental-cognitiva, concordam outros. Assunto quase de culto, pelo menos em certos cenários psicanalíticos e em certas cidades do país – como em Medellín, onde dizer psicanálise quase equivale a dizer Lacan. E, apesar de tudo, ainda tema de seminários de formação de residentes em psiquiatria em várias faculdades de medicina, formando um conjunto eclético com outros seminários sobre psicoterapia cognitivo-comportamental, sistêmica e fenomenológica.

A partir dessa introdução, inicio com um breve sumário da constituição das ciências psi na Colômbia.

A psicologia e a psiquiatria universitárias mostraram, em suas primeiras etapas institucionais, uma combinação eclética de métodos psicométricos que mais tarde serviriam de fundamento para a implantação nativa da psicologia cognitivo-comportamental, e outras aproximações teóricas e subdisciplinares, como a psicanálise de Sigmund Freud. Essas tendências seguiram de mãos dadas até a década de 1970, quando começou um processo paulatino de erradicação da psicanálise como eixo da formação psiquiátrica e psicológica.

Após a publicação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III, por sua sigla em inglês), em 1980, a psiquiatria colombiana, como ocorreu em vários outros países da América Latina, abraçou as diretrizes da psiquiatria biomédica norte-americana, até o ponto em que a aproximação biomédica farmacológica se transformou no centro da terapêutica psiquiátrica das doenças mentais na Colômbia. Assim, as revistas e os manuais psiquiátricos dos EUA se transformam nas principais fontes do conhecimento psiquiátrico local. Tal é a situação atual nos 16 departamentos de psiquiatria que existem nas faculdades de medicina da Colômbia.¹

Do ponto de vista do ensino da psicologia, foi fundamental a promulgação da lei n.30 de 1993, que reformou o sistema de educação universitária na Colômbia e redefiniu a autonomia universitária. Essa lei marcou a proliferação espetacular do número de cursos de graduação em psicologia nas universidades colombianas. Atualmente, há 114 cursos de graduação em psicologia no país, algo como, aproximadamente, um curso de psicologia para cada 395 mil colombianos. Destes, 23 cursos estão em universidades públicas e 91 funcionam em universidades privadas, todos seguindo, em grande medida, as diretrizes do esquema cognitivo-comportamental, que, sob vários rótulos – psicologia científica, psicologia experimental –, suplantou a psicanálise no ensino universitário de psicologia.²

Práticas “alternativas” e a ritualização da vida cotidiana

Neste ponto do ensaio, tentarei responder à pergunta sobre a relação entre a expansão e a biomedicalização das culturas psi “oficiais” ou “científicas” e a primeira parte de meu título – a ritualização da vida cotidiana e do sofrimento na Colômbia.

Uma primeira aproximação consiste em repetir, uma vez mais, um enunciado convencional da antropologia da saúde, segundo o qual, nas sociedades complexas, frequentemente coexistem diferentes sistemas terapêuticos, uns “modernos” e outros “tradicionais”, uns derivados da medicina científica ocidental e outros que respondem ao desenvolvimento local ou a tradições histórico-culturais diversas diante dos desafios de como tratar e curar – e que muitas vezes compõem verdadeiros sistemas médicos (Kleinman, 1980). Até mesmo a Organização Mundial da Saúde (OMS) admite a necessidade de olhar de perto as chamadas “medicinas alternativas e complementares”, o que elas podem ter de valioso e útil na arte de tratar os doentes e restituir sua alegria de viver. Com esse objetivo, aparecem em cena detalhados catálogos de medecinas alternativas e complementares com projeção global. Uns poucos exemplos são bem conhecidos: a homeopatia, a medicina aiurvédica, a medicina tradicional chinesa e a acupuntura, a bioenergética e as técnicas de cura e de meditação que derivam de várias vertentes do budismo. O conflito se dá quando esses sistemas são transplantados para contextos latino-americanos, nos quais o adjetivo “ocidental” é problemático; noções

como “medicina”, “psicologia”, “psiquiatria”, “religião”, por exemplo, perdem boa parte de seu valor enunciativo e propositivo. Diante dos sistemas “alternativos”, ficamos sem saber muito bem se devemos considerá-los como sistemas filosóficos, sistemas religiosos (ou de “crenças”) ou formas de vida, que incluem prescrições terapêuticas ou práticas de cura que permitem a busca da saúde e da felicidade perdidas.

Esses inventários, por mais cuidadosos que sejam, pouco ajudam no enfrentamento do problema levantado neste ensaio, embora seja claro que vários desses sistemas têm se difundido com muito sucesso na Colômbia, com muitos seguidores e centros terapêuticos, compartilhando o espaço com outras formas de cura. Sobressaem entre estas últimas a denominada medicina tradicional indígena, depositária de uma tradição fitoterápica presente atualmente na imaginação coletiva, em especial nos setores médios urbanos, com o consumo ritualizado da *ayahuasca* ou *yagé* (*Banisteriopsis caapi*, também conhecido como cipó-mariri). Trata-se de práticas conhecidas pelo termo impreciso de xamanismo, ou pelo ainda mais impreciso neoxamanismo, que têm crescente exposição e fama locais como alternativas terapêuticas para a doença mental. De fato, já é comum buscar, digamos, uma opinião médica xamânica diante de problemas como depressão, psicose, transtornos alimentares e comportamentos de dependência, por exemplo, com a esperança de que um ritual urbano de *ayahuasca* possa redimir o paciente de suas aflições.

O que torna esse fenômeno relevante é estarmos diante de verdadeiras redes de cura, que vinculam os *taitas* ou xamãs indígenas da planície amazônica colombiana aos xamãs itinerantes que vão de cidade em cidade, oferecendo seus cuidados *yajeceros* a massas heterogêneas da população, incluindo setores sociais médios e altos (Taussig, 1987; Pinzón, 1988). Muitos desses *taitas* indígenas, recém-formados como tal, alguns com alto nível de educação, estabelecem-se permanentemente nas grandes cidades do país, onde organizam seus “consultórios”, essa é a palavra que usam, e seus centros de cura “tradicional” indígena. Nesses lugares, alguns xamãs não indígenas, que adotaram o “caminho da *ayahuasca*”, compartilham espaços e pacientes e também oferecem suas artes de cura a uma numerosa clientela ansiosa por encontrar remédio para seus males do corpo e da alma (Uribe, 2008; Caicedo-Fernández, 2015). Todos, xamãs indígenas e não indígenas, com consultório ou centro cerimonial permanente, ou tendo como consultório a pensão de viajante camponês na grande cidade, viajam com frequência à América do Norte e à Europa. Ali se encontram com outros “médicos tradicionais”, como os *medicine men* dos aborígenes norte-americanos, os sacerdotes maias ou astecas (também viajantes internacionais) e seus epígonos *yajeceros* europeus e latino-americanos expatriados, alguns deles membros das igrejas brasileiras da *ayahuasca*, como a do Santo Daime e a da União do Vegetal. Encontram-se também com gurus da Índia, médicos tradicionais chineses e personagens variados do conjunto que a OMS chama de medicina complementar e alternativa do planeta. Alguns poucos são presos pelos guardiões da “guerra contra o narcotráfico” nas agitações alfandegárias dessas estranhas latitudes, por carregar em sua bagagem doses da *ayahuasca*.

Trata-se, então, de um fascinante cenário de cura, no qual o médico, no sentido de terapêutica de *soma* e de *psykhé*, é apenas um capítulo do drama, já que os fiéis aderentes e seus guias “xamânicos” combinam, livremente, ideias de corte aborígene, com noções e ações extraídas do romantismo naturista, com princípios da Nova Era. A heterodoxia não

para por aí. Para o indígena tradicional já hibridado, acoplam-se, entre outras, a meditação transcendental do budismo, o *yin* e o *yang* da medicina chinesa, os chacras da Índia e boas doses de agulhas de acupuntura. Tudo isso na incessante busca de um bem-estar mais que orgânico e psicológico, um bem-estar talvez espiritual, que libere os fiéis das angústias de viver em um permanente estado de emergência. Um grande “mercado”, em suma, em que a oferta concorre com a demanda de curas – um mercado farto, similar, a seu modo, ao livre mercado que agora orienta a moderna medicina científica.

Também compõe esse cenário rituais de cura afro-colombianos, produtos da importação em época recente da *santería* afro-cubana por parte de importantes chefes do narcotráfico. Sua clientela compõe-se, de novo, por setores profissionais ou por trabalhadores de escritórios de classes médias de cidades como Cáli, Bogotá, Medellín e Barranquilla. E, outra vez, temos aqui redes que vinculam os babalaôs e seus discípulos com os grandes mestres cubanos das duas especialidades da *santería*, o *palo* e o vodú. Além disso, a maioria desses especialistas não pertence propriamente às comunidades afro-colombianas do Pacífico ou do Caribe.

A lista de estilos de cura que oferecem suas promessas de felicidade aos colombianos, abatidos pela dor e pela desesperança, continua. Como, por exemplo, o que oferece a plêiade de sacerdotes católicos e de pastores neopentecostais empenhados em celebrar suas missas de cura, suas orações pelos doentes, suas liberações de possessões do Maligno, suas aparições da Virgem Maria, enfim, seus empenhos em dar testemunho do poder de Deus na cura de doentes de câncer, diabete, depressão, Aids, entre outras doenças. Esses ungidos com o carisma do Espírito Santo, promotores de milagres, de cultos e rezas, de cadeias de oração pelos doentes, têm proliferado. Como antes, o tema “médico” está sempre presente em suas curas. Um desses sacerdotes, referindo-se a seu santuário, afirma que se trata de um “grande hospital ao ar livre, um grande hospital do Senhor”, e que os doentes a ele acodem porque “o sistema de atenção à saúde neste país não serve para nada”.

Paciente ou agente em um cenário hiper-ritualizado

A afirmação anterior, feita pelo sacerdote católico Álvaro de Jesús Puerta, do Santuário de Nuestra Señora de La Esperanza, no município de Soracá de Los Andes, é pertinente para finalizar o argumento deste ensaio (Uribe, 2009). A conclusão vem em duas partes. Uma breve e uma mais longa. A primeira se inspira na afirmação do sacerdote, já que o sistema oficial de atenção à saúde do país promove, de formas empiricamente verificáveis, o expressivo florescimento dessas outras possibilidades terapêuticas. Essa profusão de alternativas terapêuticas não se deve simplesmente à saturação dos diferentes serviços médicos nem ao fato de que as barreiras burocráticas que os pacientes encontram, homens e mulheres comuns, para o acesso a certos serviços, sobretudo os mais caros, os levem a buscar as alternativas de cura disponíveis em seu entorno – os “itinerários burocráticos” a que recorrem os doentes em busca do auxílio médico podem transformar-se em verdadeiros labirintos de esperas e desesperos (Abadía, Oviedo, 2009). É possível ampliar a lista das razões pelas quais os pacientes terminam “expulsos”, por assim dizer, do sistema oficial de atenção em saúde. Mas existe uma outra razão, que normalmente não aparece nessas discussões e que me deixa bastante intrigado: trata-se de uma definição que está de acordo com as representações locais de sujeito

(explícitas na categoria “paciente”) que exibem os dois termos da equação de que estamos falando, os doutores e os doentes.

Ilustrarei minha posição com base na psiquiatria e seus desencontros com os doentes de que cuida e trata. Apelo à psiquiatria porque o terreno psiquiátrico se presta muito bem para perceber o entrecruzamento de ideias como normalidade, anormalidade, patologia, loucura, bem-estar, saúde etc. Usarei, no exemplo que se segue, trivial, mas representativo, a terminologia médica.

Trata-se de um caso clínico.³ Uma psiquiatra recebe um paciente para uma consulta. Trata-se do senhor Pérez; um paciente que leva em sua mão o formulário que autorizou a indicação ao serviço de psiquiatria, expedida pela entidade privada à qual está afiliado, como ordena por lei o Programa Obrigatório de Saúde (POS). Depois do exame mental, a médica conclui que seu paciente, um trabalhador de classe média urbana, com estudos superiores, sofre de um transtorno psicótico caracterizado pela presença de alucinações visuais e auditivas variadas e um delírio de perseguição autorreferencial – que, segundo não se cansa de repetir o paciente, corresponde à sua ideia de ser atacado diariamente por uma figura feminina com traços semelhantes aos de uma bruxa. Feito o diagnóstico, a psiquiatra explica ao paciente que o seu problema se refere à neurotransmissão cerebral de uma molécula chamada dopamina. E, ainda mais, que a medicação que lhe será aplicada, um antipsicótico, corrigirá esse “problema”. Então, o paciente, se cumprir à risca o tratamento farmacológico prescrito, poderá seguir com a sua vida normal.

O paciente sai do hospital com a medicação em seu bolso. Vai acompanhado de sua esposa, que mostra um sorriso de satisfação. Nem bem chegam ao seu apartamento em um conjunto residencial da capital – quatro blocos de edifícios, cada um com cinco edifícios de dez andares e cinco apartamentos por andar –, o funcionário inicia o tratamento. Três ou quatro dias depois, já sente em seu corpo os efeitos do fármaco, que os docentes chamam efeitos extrapiramidais (já havia sido advertido por sua psiquiatra, com esses termos, sobre a possível presença desses desagradáveis sintomas secundários à medicação). Preocupado, o casal pensa sobre o que fazer. Decidem continuar com o tratamento porque talvez a dopamina seja de fato o problema. Afinal, a neurociência moderna tem avançado muito na pesquisa sobre a psicose. Além disso, o problema está no cérebro do funcionário, em particular nas vias neuronais que conduzem a dopamina, e não em sua “mente” ou em seus perfis psicossociais. Muito menos em conspirações que envolvem bruxas – como o enuncia a afamada psiquiatra norte-americana Nancy C. Andreasen (1985), boa representante desse imenso corpo da literatura médica especializada que defende a aproximação reducionista biomédica à doença mental.

Contudo, depois de alguns dias, o casal concorda em buscar outras formas de enfrentar o padecimento do paciente. Incomoda-os em particular o tema dos ataques da “bruxa”. Uma médium que “trabalha” com o médico venezuelano San José Gregorio Hernández lhes havia informado, em uma consulta, quando começaram a aparecer os primeiros sintomas da dita psicose, que uma mulher havia contratado um bruxo para “fazer um trabalho” contra o senhor Pérez. Trata-se, informou a médium, de uma vingança por não continuar uma tímida relação adúltera com ela. Tudo parece apontar para a secretária do escritório do marido. Todos esses episódios incômodos, “sujos”, como a esposa os qualificou, afetaram a mente do homem. É como se estivesse “pagando um pecado” e, logicamente, a inveja e os ciúmes estão por

detrás da bruxaria que desordena seus pensamentos. Por isso, Pérez não conseguia dormir e começou a ver essas estranhas aparições, ouvir vozes e “ver em sua cabeça” a bruxa que ameaçava enlouquecê-lo. De regresso à casa depois do revelador encontro com a médium, o tímido funcionário teve que confessar à sua esposa que tivera um pequeno *affaire* com a secretária, mas que, na realidade, “não havia acontecido nada”. Em meio ao arrependimento, a culpa e o pranto, ele pediu perdão à mulher e lhe prometeu ser, agora sim, muito fiel.

O funcionário da história começa então a visitar vários especialistas; algumas vezes só e outras acompanhado de sua esposa. Inicia-se um “itinerário terapêutico” (Uribe, Vásquez Rojas, 2008) cujo primeiro passo consiste em acudir à consulta privada de um médico bioenergético, muito bem recomendado por sua sogra, que usa sempre a medicina alternativa e complementar. As coisas melhoram um pouco. O paciente continua tomando seu antipsicótico, apesar de o novo terapeuta ter lhe recomendado que o substituísse por seus medicamentos homeopáticos. Depois de uma forte recaída, o funcionário visita, dessa vez, um centro de meditação transcendental, com o propósito de afastar de sua mente as incômodas ideias de bruxaria. Lá alguém lhe diz que um poderoso *taita* indígena do Putumayo, um xamã, visitaria a cidade proximamente e atenderia no fim de semana seguinte em uma estância rural nas proximidades dali. Como se tratava de um ritual de cura com *ayahuasca*, que inclui um *temazcal* no domingo, e aberto a todo aquele que queira participar com uma módica contribuição de COL\$ 100.000 (cerca de US\$ 50), o funcionário decide ir. E vai sozinho, efetivamente, porque sua esposa “não quer saber de coisa nenhuma de índio”.

E, assim, em uma queda atrás da outra, de rede terapêutica em rede terapêutica, o itinerário curativo finalmente conduz Pérez e sua esposa a Soracá, Boyacá. Vão às missas de cura do padre Puerta, nos primeiros sábados de cada mês. Como eles querem fazer as coisas bem feitas, decidem realizar todo o ciclo: a confissão com o padre, na quarta-feira; a imposição das mãos do padre, na quinta, e, o mais importante, a oração de libertação feita pelo padre, na sexta. Depois de sua peregrinação ao Santuário de Nuestra Señora de La Esperanza, Pérez e sua mulher destacam particularmente dois eventos das celebrações religiosas. O primeiro se refere à libertação. O funcionário foi exorcizado pelo padre do demônio que o atacava, devido à maldição lançada contra ele por causa da sua infidelidade. O segundo, a promessa que ambos fizeram, de ser bons crentes católicos, depois de se emocionarem até as lágrimas durante o sermão do padre no sábado – um longo discurso em que o sacerdote atacou cruamente os bruxos, os índios curandeiros que enganam os incautos e o falso santo venezuelano José Gregorio Hernández. Hoje em dia, o casal Pérez tem um casamento exemplar. O senhor Pérez deixou há meses de tomar haloperidol. Ambos se afiliaram a um culto mariano, pertencem ao Movimento de Renovação Carismática Católica e todos os meses vão a Soracá, acompanhar o padre Puerta. Ambos são membros do “ministério da música”, que acompanha, com seus cantos e sua música, o padre Puerta em suas missas de cura aos sábados. De vez em quando, o senhor Pérez volta a ver as aparições e ouvir as vozes. Então, jejua e redobra sua participação no círculo de oração da Virgem Maria.

Considerações finais

Essa historieta pode ser analisada a partir de muitos ângulos. Escolho o que me interessa sublinhar. Podemos começar por afirmar que o encontro médico-paciente inicial foi marcado, na verdade, pelo desencontro. Duas perspectivas, a do médico e a do leigo, se enfrentam na consulta. O resultado é a primazia da voz médica, que emoldura todo o tema do padecimento de Pérez em termos da ciência natural, e particularmente da neurociência. O paciente, por sua vez, que participa dessa “cultura médica”, aceita em parte a naturalização de seus desconfortos e, diante do excesso de perguntas (de significantes), logo começa a sobressaturar-se de respostas (significados) que lhe permitam “domesticar” conceitualmente seus padecimentos. Descadeia-se, conseqüentemente, um conflito de perspectivas diferentes em torno do que a psiquiatria chama “psicose” (Kleinman et al., 2006). Esse conflito de interpretações faz com que o senhor Pérez procure outro tipo de ajuda, enquanto a psiquiatra tenta corrigir esses desvios para alcançar, como ela diz, “a adesão” ao seu tratamento. Ato contínuo, podemos prosseguir com a análise em termos, digamos, de Foucault e começar a empregar a categoria de biopoder e tudo o que dela se depreende; ou, ainda mais, a usar as noções de seu epígono Nikolas Rose para falar de questões como a psicologização ou não do senhor Pérez ou de sua governabilidade (Rose, 2007; Rose, Abi-Rached, 2013). Tudo isso é pertinente: estamos sem dúvida na presença de um conflito de poderes. Além disso, embora exista um banal conflito de interpretações, essas questões não se resolvem por aquele que ganha o argumento, o doutor ou o paciente.

Minha proposta é argumentar a partir de uma teoria da ação na resolução de eventos vitais críticos, como, por exemplo, uma crise psicótica aguda. Convém dizer que esse é só um exemplo desse tipo de situação de ruptura, em um país em “emergência permanente” como a Colômbia. Essa abordagem, que agora se costuma chamar de “enativo” ou “enação”, busca acompanhar a realização prática, ou melhor, a práxis de um fato particular; nesse caso, as tentativas de cura por parte de sujeitos reais e concretos como os Pérez, presos em tecidos particulares de relações sociais (Mol, 2002). Os Pérez “atuam” ou “encenam” suas vidas atormentadas, incertas, sofredoras, nessas rupturas rituais terapêuticas, que incluem a própria consulta psiquiátrica. É por essa razão que escolhi enfatizar o itinerário terapêutico dos Pérez. Esse que os médicos chamam “paciente” é, na verdade, um “agente”, isto é, um sujeito dotado da capacidade de agir – ainda que muitas de suas ações não nos pareçam muito racionais e as atribuamos inteiramente ao mau funcionamento de seu sistema nervoso central. São, em última instância, esses “agentes” que controlam todo ato médico, todo evento de cura; em suma, a busca de sua felicidade e de suas certezas, entre elas, determinadas certezas transcendentais ou “espirituais”. Esses “agentes” arrastam consigo todas suas histórias como sujeitos, ao mesmo tempo sujeitos individuais e sujeitos coletivos, inscritos na cultura. Ou melhor, em uma cultura particular.

Agora sim, podemos avançar mais no entendimento da hiper-ritualização que a Colômbia atravessa. Essa hiper-ritualização está relacionada com certa tendência ao excesso ritual e ao exagero diante das transições críticas que rompem com a vida individual e coletiva da nação. A “loucura” é uma dessas transições que irrompe com a ordem e o caos na existência daquele que nela fica preso, e na existência de um círculo de pessoas próximas.

No plano coletivo, a morte violenta, acidental ou premeditada no homicídio, no massacre, no motim da guerra irregular, por exemplo, também suscita essa “teatralização do excesso”, como postula Elsa Blair (2004), em seu estudo sobre as mortes violentas ao longo do conflito armado colombiano. Isso se dá devido ao fato de o terror concentrado dos rituais de cura se contrapor ao terror generalizado da violência; diante do terror e de seu resultado, do trauma individual e coletivo não resolvido, opõe-se uma naturalização da ritualização da nossa vida cotidiana. Da mesma forma, é possível ilustrar mais claramente o que ocorreu na história de um país no qual a ritualização vem de outrora, da entrada na colônia da Contrarreforma católica, com suas ênfases rituais e barrocas.

Chego à conclusão que desejo propor para este ensaio: o sujeito moderno, em nossos países, nunca se “desencantou”, no sentido de Max Weber, nem se “reencantou”, no sentido de alguns autores pós-modernos. Deve-se estudar de que forma o programa da secularização, psicologização, reflexividade das decisões autônomas sobre o destino de seus genes e demais atributos do sujeito moderno, proclamada em coro pelos teóricos do Norte, deixou de se realizar em sua totalidade nessas paragens. Ao contrário, o sujeito moderno, por aqui, sempre esteve “sacralizado”. E, apesar disso, também se secularizou em diversos níveis, mesmo que sempre tenha estado preso ao ritual, tal como mostra nossa marca contrarreformista. Pode ser que apenas o caso colombiano tenha essa particularidade. De qualquer forma, nosso sujeito moderno não parece ser esse asceta protestante da variedade calvinista europeia, que tanto encantou Weber e continua encantando seus seguidores teóricos na modernidade tardia – ainda que esse sujeito calvinista weberiano só seja, no final das contas, o resultado de uma idealização, uma construção ideológica e essencialista. Ao contrário, o sujeito latino-americano é “pós-moderno” desde sempre. Esse não é um bom termo, mas serve para indicar como é possível a nós, latino-americanos, sermos hoje em dia, em boa medida, seres híbridos (García Canclini, 1989). Portanto, o reducionismo monista e materialista da psiquiatria biomédica definitivamente não entende o seu “paciente”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço os membros do meu grupo de pesquisa, a Red de Etnopsiquiatria y Estudios Sociales de Salud-enfermedad, pelo contínuo trabalho coletivo sobre esses temas ao longo de mais de dez anos. Em especial, quero expressar meus agradecimentos a Olga Marcela Cruz, doutoranda em história, Sandra Pulido, psicóloga e doutoranda em antropologia, ambas da Universidade de Los Andes, e Daniela Amaya, antropóloga dessa instituição. Uma versão inicial do ensaio foi apresentada no seminário internacional “The Transnational Circulation of Psy Practices and Knowledge”, realizado no Rio de Janeiro entre os dias 11 e 13 de setembro de 2013, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), organizado pelos professores Mariano Ben Plotkin e Jane Russo. Tradução espanhol-português de Melissa Agudelo. Revisão técnica de Jane Russo e Roanita Dalpiaz.

NOTAS

¹ Para ilustrar a estreita relação entre a psiquiatria colombiana e a psiquiatria biomédica do mundo anglo-saxão, é necessário examinar, também, as articulações entre a Associação Colombiana de Psiquiatria, os departamentos universitários de psiquiatria e a indústria farmacêutica multinacional – um tripé que opera no próprio caso da psiquiatria dos EUA (Whitaker, 2002, 2010; Luhrmann, 2001; Martin, 2007; Conrad, 2007; Dumit, 2012). Sobre a Argentina, ver as aproximações com o caso colombiano nos trabalhos de Lakoff

(2005, 2007), embora lá encontremos uma importante presença da psicanálise (Plotkin, 2001; Dagfal, 2009). Quanto à globalização da psiquiatria, ver também Petryna, Kleinman (2007) e Healy (2007).

² O modelo experimental da psicologia científica teria se tornado o modelo dominante depois do “conflito de paradigmas” com a psicanálise na década de 1970 (Ardila, 2013, p.83).

³ Ainda que baseado em documentação clínica real, o caso é totalmente fictício.

REFERÊNCIAS

- ABADÍA, Cesar Ernesto; OVIEDO, Diana. Bureaucratic itineraries in Colombia: a theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science and Medicine*, v.68, n.6, p.1153-1160. 2009.
- ANDREASEN, Nancy C. *The broken brain: the biological revolution in psychiatry*. New York: Harper Perennial. 1985.
- ARDILA, Rubén. *Historia de la psicología en Colombia*. Bogotá: Manual Moderno. 2013.
- BLAIR, Elsa. *Muertes violentas: la teatralización de exceso*. Medellín: Editorial de La Universidad de Antioquia. 2004.
- BORGES, Jorge Luis. *Obras completas*. v.2. Buenos Aires: Emecé. 1994.
- CAICEDO-FERNÁNDEZ, Alhena. *La alteridad radical que cura: neochamanismos yajeceros em Colombia*. Bogotá: Universidad de Los Andes. 2015.
- CONRAD, Peter. *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2007.
- DAGFAL, Alejandro. *Entre París y Buenos Aires: la invención del psicólogo, 1942-1966*. Buenos Aires: Paidós. 2009.
- DUMIT, Joseph. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. London: Duke University Press. 2012.
- GARCÍA CANCLINI, Nestor. *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo; Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. 1989.
- HEALY, David. The new medical oikumene. In: Petryna, Adriana; Lakoff, Andrew; Kleinman, Arthur (Ed.). *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. London: Duke University Press. p.61-84. 2007.
- KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press. 1980.
- KLEINMAN, Arthur et al. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Focus*, v.4, n.1, p.140-149. 2006.
- LAKOFF, Andrew. High contacts: gifts and surveillance in Argentina. In: Petryna, Adriana; Lakoff, Andrew; Kleinman, Arthur (Ed.). *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. London: Duke University Press. p.111-135. 2007.
- LAKOFF, Andrew. *Pharmaceutical reason: knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press. 2005.
- LUHRMANN, Tanya M. *Of two minds: an anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage. 2001.
- MARTIN, Emily. *Bipolar expeditions: mania and depression in American culture*. Princeton: Princeton University Press. 2007.
- MOL, Annemarie. *The body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press. 2002.
- PETRYNA, Adriana; KLEINMAN, Arthur. The pharmaceutical nexus. In: Petryna, Adriana; Lakoff, Andrew; Kleinman, Arthur (Ed.). *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. London: Duke University Press. p.1-32. 2007.
- PINZÓN, Carlos. Violencia y brujería en Bogotá. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, v.16, p.35-49. 1988.
- PLOTKIN, Mariano Ben. *Freud in the pampas: the emergence and development of psychoanalytic culture in Argentina*. Stanford: Stanford University Press. 2001.
- ROSE, Niklas. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press. 2007.

ROSE, Niklas; ABI-RACHED, Joelle M.
Neuro: the new brain sciences and the management of the mind. Princeton: Princeton University Press. 2013.

TAUSSIG, Michael.
Shamanism, colonialism and the wild man: a study in terror and healing. Chicago: The University of Chicago Press. 1987.

URIBE, Carlos Alberto.
Ante el Santuario de la Esperanza: imágenes que curan en Soracá (Boyacá, Colombia). *Cuiculco*, v.45, p.79-111. 2009.

URIBE, Carlos Alberto.
El yajé, el purgatorio y la farándula. *Antípoda*, v.6, p.113-131. 2008.

URIBE, Carlos Alberto; VÁSQUEZ ROJAS, Rafael.
Historias de la misericórdia: narrativas maternas de hiperactividad infantil. Bogotá: Ediciones Uniandes. 2008.

WHITAKER, Robert.
Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rising of mental illness in America. New York: Crown. 2010.

WHITAKER, Robert.
Mad in America. Cambridge, MA: Perseus. 2002.

