**ANA LEONOR PEREIRA**
**JOÃO RUI PITA**
**(Eds)**

# HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

# XII

**COIMBRA**

**SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS**

**2022**

**Colecção:**
Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XXI

**Directores:**
Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção "Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI" reúne estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 21.1

**NOTA:**
Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

**FICHA TÉCNICA**

Título: História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde mental — XII

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2022

ISBN: 978-989-54537-9-5

SHIS
Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

**ÍNDICE**

INTRODUÇÃO
Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
15-16

LA LOCURA EN PRIMERA PERSONA Y EL ACTIVISMO EN SALUD MENTAL: REFLEXIONES TEÓRICAS E HISTORIOGRÁFICAS
Rafael Huertas
17-22

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA, RECLUSIÓN Y DERECHOS HUMANOS. LOS INFORMES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA SOBRE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS JUDICIALES (1983-1987)
Ricardo Campos
23-28

SUPERSTIÇÃO E RELIGIÃO, PANDEMIAS E PODER MÉDICO. PEDRO HISPANO (1277) E AMATO LUSITANO (1552)
Alfredo Rasteiro
29-36

COMPORTEMENT HUMAIN PENDANT LES ÉPIDÉMIES
Bogdan Horia Chicoş
37-45

IMPACT OF TUBERCULOSIS ON DEATHS OCCURRING IN THE CONJO ASYLUM ACCORDING TO SEX IN THE FIRST YEARS AFTER IST FOUNDATION (1885-1902)
Ramón Soto Méndez; Fernando J. Ponte Hernando
46-52

A BUSCA DE SENTIDO EM AUSCHWITZ: RAÍZES E FUNDAMENTOS DA LOGOTERAPIA
Rita Facão; Laura Borges; João Coelho; Mafalda Corvacho
53-58

GUERRA CIVIL ESPANHOLA E O SEU IMPACTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL
João Bastos; Marta Ribeiro; Vera Barata; Sofia Barbosa; Nuno Borja Santos
59-64

2ª GUERRA MUNDIAL E A "LOUCURA"
Sandra da Silva Mendes; Mara Pinto; Joana Calejo Jorge
65-71

A ELETROTERAPIA EM TEMPOS DE GUERRA
Paulo Sousa Martins; Daniela Oliveira Martins; Liliana Gomes; Mauro Pinho; Jorge Mota
72-79

JOHN BOWLBY – SAÚDE MENTAL E SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: UM CONTRIBUTO HISTÓRICO
Sara Jorge Carneiro; Ana Beatriz Cardoso; Catarina Pedro Fernandes; Mariana Duarte Mangas; Sónia Dias Azenha
80-86

SAÚDE MENTAL DOS VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA
Joana Cavaco Rodrigues; Patrícia Marta; Joaquim José Sá Couto; Renato Sousa
87-93

DA LOBOTOMIA À ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA: UM ESPETRO DE CONTROVÉRSIA
Mariana Roque Gonçalves ; Alzira Silva
94-99

ABORDAGEM HISTÓRICO-LEGISLATIVA DA CANÁBIS EM PORTUGAL
Catarina Paiva; João Rui Pita; Ana Leonor Pereira
100-107

MEDIDAS ADOPTADAS EN ESPAÑA ANTE LA PANDEMIA ORIGINADA POR EL COVID-19 EM 2020-2021
Fernando Piedra Sánchez; María del Carmen Francés Causapé
108-115

A SAÚDE MENTAL DURANTE O COVID-19: A LOUCURA, OS DIREITOS HUMANOS E A BIOMEDICINA
João Proença Xavier; Cândida Carvalho
116-123

JOAQUIM SEABRA DINIS: UMA RELEITURA DA SUA OBRA
José Morgado Pereira
124-128

ANTÓNIO FERNANDES DA FONSECA: DO MARÃO PARA O MUNDO
Mariana Bernardo Nascimento; Amélia Ricon Ferraz
129-137

A PSIQUIATRIA PORTUGUESA NA OBRA DE JÚLIO DE MATOS
Cátia Fernandes Santos; Rita Gomes; Ana Beatriz Medeiros; Inês Figueiredo
138-143

JE DEVIENS FOU! QUI ME SAUVERA?»: A PSICOSE NO CONTO FANTÁSTICO "LE HORLA" DE GUY DE MAUPASSANT À LUZ DO MODELO GESTÁLTICO DE KLAUS CONRAD
Pedro Cotta; Francisca Bastos Maia; Pedro Almeida; Nélson Oliveira
144-149

ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL SIGLO XX: HISTORIAS DE LUGO EN EL CONTEXTO GALLEGO
Cristina Pernas Pereiro; David Simón Lorda; Ignacio Gómez-Reino Rodríguez
150-156

PSIQUIATRAS EN LA PENUMBRA: J.M. LÓPEZ NOGUEIRA (1932-1983) Y LA PSIQUIATRÍA EN GALICIA -ESPAÑA DURANTE EL FRANQUISMO Y LA TRANSICION
David Simón-Lorda; Sandra Rodríguez Ramos; Raquel Fraga Martínez
157-167

LA REVISTA *CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL*. ENCRUCIJADAS ENTRE PSICOANÁLISIS Y MARXISMO EN LA ESPAÑA TARDOFRANQUISTA
Miguel Huertas Maestro
168-173

LICANTROPIA – DO MITO À REALIDADE: O CASO HISTÓRICO DE ALBANO BEIRÃO, O "HOMEM-MACACO" PORTUGUÊS
Gisela Simões; Sabrina Jesus; Rita Silva
174-180

PARAFRENIAS: UM CASO CONTEMPORÂNEO À LUZ DUM CONCEITO HISTÓRICO
Ana Carolina Pires; Vera Martins
181-186

A SÍNDROME DE KAHLBAUM – REVISÃO DO CONCEITO DE CATATONIA DAS ORIGENS À ATUALIDADE
Carolina Almeida; Joana Miranda; Daniel Machado; Mariana Silva
187-192

O UNIVERSO DAS PSICOSES BREVES
Tiago Coelho Rocha; Sandra P. Torres; Andreia Lopes
135-199

DELÍRIO DE CRISTAL: DEBAIXO DE UM TELHADO DE VIDRO
Afonso Homem de Matos; Ana Isabel Samouco; Joana Cardão
200-205

UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA DA ANSIEDADE
Ana C. Borges; Daniel R. Machado
206-212

MENTAL ILLNESS IN PREHISPANIC AZTEC (NAHUATL) THOUGHT
Carlos Viesca y T.; Maríablanca Ramos de Viesca
213-223

THE HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO, THE FIRST HOSPITAL FOR MENTALLY ILL PEOPLE IN THE NEW WORLD (1567)
Maríablanca Ramos de Viesca; Carlos Viesca y T.
224-231

A MELANCOLIA NO SÉCULO XV POR EL-REI D. DUARTE: CAUSAS, SINTOMAS E TRATAMENTOS
José Santos Morais; Susana Fonseca
232-237

PERTURBAÇÕES MENTAIS: A EVOLUÇÃO DAS PERSPETIVAS ANTIGAS
M. Pão-Trigo; P. Melo-Ribeiro; F. Queirós Santos; M. Mota-Oliveira
238-243

DA INCERTEZA À INSANIDADE EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA
Ana Lúcia R. Costa; Sabrina Jesus; Mónica Almeida; João Alcafache
244-249

HISTORICAL CONCEPTUALIZATION OF OBSESSION – FROM DEMONIC POSSESSION TO THE OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER
Patrícia Marta; Pedro Melo-Ribeiro; Renato Sousa
250-256

ESTADOS MISTOS, OU UMA MISTURA DE CONCEITOS? UMA VISÃO HISTÓRICA CONCEPTUAL DESDE KRAEPELIN ATÉ À ACTUALIDADE
Corona Solana; Filipa Gomes Tavares
257-263

AMOK: UMA REALIDADE ATUAL?
Diana Monteiro; João Magalhães
264-268

HENRI EY'S ORGANO-DYNAMISM REVISITED
Teresa Reynolds de Sousa; Carlos Perestrelo Silva; Ana Lourenço; Marta Ribeiro; Filipa Novais
269-275

QUANDO UM PSIQUIATRA ADOECE – A PROPÓSITO DE VICTOR KANDINSKY
Filipa Santos Martins, Cátia Guerra
276-282

AN INCONVENIENT COINCIDENCE: WHEN WORLD INFLUENCERS ARE UNDER THE INFLUENCE
Sabrina de Jesus; Ana Costa; Gisela Simões; Mónica Almeida; João Alcafache; Paula Garrid
283-288

CONTRIBUTO DE FRANTZ FANON
PARA A PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX E XXI
Pedro Frias Gonçalves; Mafalda Corvacho
289-293

VERDICT, NOT GUILTY, ON THE GROUND OF INSANITY – THE M'NAGHTEN RULES
Ricardo Gasparinho; Núria Santos; Nuno Agostinho Fernandes; Liliana Pereira Ferreira; António Alho; Marisa Martins; Isa Costa; João Oliveira
294-297

CONSULTA DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO À ASSOL — A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA
Ana Lúcia Costa; João Brás; Rui Sousa; Joana Martins; Rui Vaz; Alberto Marques; David Teixeira; Eliana Almeida; Joana Abreu; Bruna Melo; Ana Isabel Oliveira
298-303

FOUCAULT, A HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL
Odete Nombora; Pedro Felgueiras; Pedro Miguel Barbosa; Ângela Venâncio
304-311

REMBRANDT DO OUTRO LADO DO ESPELHO.
A EMOÇÃO NOS SEUS AUTO-RETRATOS
Sofia Morais; Teresa Mendonça; Ana Beatriz Medeiros; Filipa Martins; Pedro Casimiro; Virgínia Henriques; Nelson Descalço; Rita Gomes
312-321

LUDOVALI: CRÓNICA DE UN SUICIDIO PINTADO (1972-1973)
Álvaro De Castro Palomares; Fernando Julio Ponte Hernando
322-330

ANTERO DE QUENTAL: ENTRE A PROFICUIDADE DA OBRA E O MEDO DA LOUCURA
João Furtado Simas
331-336

O 11 DE SETEMBRO DE ANTERO DE QUENTAL
Ana Margarida Fraga, Bárbara Mesquita, Inês Figueiredo, João Facucho-Oliveira, Margarida Albuquerque, Miguel Costa, Nuno Moura, Pedro Espada Santos, Rita Moura, Adriana Moutinho, Ana Quintão
337-346

FERNANDO PESSOA – GENIALIDADE OU DOENÇA BIPOLAR?
Francisca Bastos Maia; Pedro Cotta Serafim Carvalho
347-353

A CONFISSÃO DE LÚCIO, DE MÁRIO DE SÁ CARNEIRO – SUBLIMAÇÃO NA CRIAÇÃO ARTÍSTICA
Liliana Gomes; Emanuel Santos
354-360

SURREALISMO E PSIQUIATRIA: UM EXEMPLO EM CESARINY
Filipe Peste Martinho; Daniela Magalhães; Rita Felício; Nuno Borja Santos
361-367

ARTE PARA QUÊ E PARA QUEM:HISTÓRIAS DA OFICINA DE CRIATIVIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO
Barbara Elisabeth Neubarth; Larissa KoFreitag Neubarth
368-378

LA LITERATURA CIENTÍFICA DE LAS ESCUELAS EUROPEAS EN EL ESTUDIO SOBRE EL ARTE VANGUARDISTA DE GONZALO RODRÍGUEZ LAFORA
Pedro José Trujillo Arrogate
379-34

UMA VISÃO PSICANALÍTICA DO TRABALHO DE SALVADOR DALI
Pedro Almeida; Gustavo Santos
385-393

THE STORY OF "DOCTOR PETER DAWSON" - CROSSING HUMAN LIMITS WITH TECHNOLOGY?
Filipa Gomes Tavares, Malfada Corvacho, Maria T. D. Viseu, Mónica Barbosa Pinto, Corona Solana
394-399

EUREKA! SERÁ QUE NO PASSADO TODAS AS ENTIDADES NOSOLÓGICAS ERAM DESCOBERTAS?
Joana Correia; Joana Raposo Gomes
400-405

O TEMPERAMENTO E A PERSONALIDADE NA DOENÇA BIPOLAR – UMA REVISÃO HISTÓRICA
Berta Ramos; Ana Miguel; Igor Costa; Diogo Barbosa; Filipa Andrade; Eva Osório
406-412

ESQUIZOFRENIA – DOS CLÁSSICOS À PRÁTICA CLÍNICA ATUAL
Ana Lúcia Ramos; Henrique Salgado
413-418

A ESQUIZOFRENIA PSEUDOPSICOPÁTICA – UM CONCEITO HISTÓRICO REVISITADO
Jorge Loureiro; Gustavo França
419-425

FOLIE A FAMILLE: HISTORIA Y UNA "STORIE" OCURRIDA EN GALICIA EN LOS AÑOS 50
Sandra Rodríguez Ramos; David Simón Lorda; Raquel Fraga Martínez
426-437

STENDHAL SYNDROME: INTOXICATED BY BEAUTY
Joana Miranda; Mafalda Barbosa; Luís Santos Silva; Carolina Almeida;
Inês do Carmo Figueiredo; Andreia Tarelho
438-443

EFEITO DE WERTHER – UM FIM TRÁGICO
Maria T.D. Viseu; Filipa Gomes Tavares; Mónica Barbosa Pinto
444-449

UM OLHAR SOBRE OS EFEITOS DE *WERTHER* E DE *PAPAGENO*,
UM MITO OU UMA VERDADE?
Bianca Jesus; Sara Ramos; Diana Cruz e Sousa; Isabel Soares; João Martins Correia;
Salomé Mouta; Sofia Caetano
450-458

PERSPETIVA HISTÓRICA DAS PARAFILIAS
Melissa Alfafar; Rafaela Farinha; Filipa Pontes
459-467

EU SOU O QUE SOU: A FICÇÃO DA IDENTIDADE NA PSIQUIATRIA
Cátia Guerra; Berta Ramos; Filipa Santos Martins
468-473

MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY
Bárbara Moura; Raquel Ribeiro Silva; Jorge Bouça
474-489

SNEZHNEVSKY, "ESQUIZOFRENIA PROGRESSIVA"
E O ABUSO POLÍTICO DA PSIQUIATRIA NA UNIÃO SOVIÉTICA
Vera Barata; João Bastos; Daniela Magalhães
485-491

JACOB DE CASTRO SARMENTO (1691-1762) E A ÁGUA DE INGLATERRA
NO TRATAMENTO DA HISTERIA
Maria Guilherme Semedo; João Rui Pita
490-495

A HIPNOSE AO LONGO DOS TEMPOS
Ana Almeida; Diana Monteiro
496-500

MESMERISMO: DO MAGNETISMO ANIMAL AO ESPIRITISMO E À HIPNOSE
Ilda Vaz; João Camilo; Dulce Maia
501-507

ELETROCONVULSIVOTERAPIA: DA HISTÓRIA ÀS INDICAÇÕES ATUAIS
Joana Freitas; Filipa Caetano; Margarida Barros; Catarina Cunha;
Mafalda Corvacho; Catarina Fonseca
508-515

PSIQUIATRIA: UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DOS TRATAMENTOS
Daniela Oliveira Martins; Mauro Pinho; Sara Rodrigues; Ricardo Gil Faria
516-520

ANFETAMINAS – UMA HISTÓRIA COM UM FINAL FELIZ?
Rita Diniz Gomes; Cátia Santos; Nelson Descalço; Ana Beatriz Medeiros; Filipa Martins; Pedro Casimiro; Teresa Mendonça; Ana Margarida Mota
521-526

LÍTIO: UMA HISTÓRIA PARA CONTAR
Eliana Almeida; Joana Abreu; Joana Martins; Rui Vaz; João Brás; Rui Sousa; Ana Lúcia Costa; Elsa Monteiro
527-532

O MILAGRE DE FÁTIMA – PREVISÃO OU INDUÇÃO
João Pedro Camilo; Ilda Vaz; Mauro Ribeiro
533-538

EL PRESIDIO PANÓPTICO DE ISLA DE PINOS: DE LA CÁRCEL DEL CUERPO, A LA CÁRCEL DEL ALMA
Francisco Pérez-Fernández; Francisco López-Muñoz
539-546

A COLEÇÃO CIENTÍFICA DO NÚCLEO DE PSIQUIATRIA DO ANTIGO CENTRO HOSPITALAR CONDE FERREIRA (PORTO) COMO FONTE PARA UMA ABORDAGEM ÀS PRÁTICAS MÉDICAS NO ÂMBITO DAS DOENÇAS MENTAIS ENTRE FINAIS DO SEC. XIX E PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX
C. Figueiredo; N. Camarneiro; C. Bottaini; A. Canhota; R. Bordalo; E. Vieira
547-558

EM CASA DE UM PSIQUIATRA: O ESPÓLIO MÉDICO-CIENTÍFICO DE ELYSIO DE AZEVEDO E MOURA
Milton Pedro Dias Pacheco
559-572

FOTOGRAFIA DE DIEZ AÑOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA HOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE VIGO
Miguel Angel Miguelez Silva; Adrián Gramary Cancelas; Raimundo Mateos Alvarez
573-579

SODOMIA OU "PECADO NEFANDO", HOMOSSEXUALIDADE. A CONSTRUÇÃO DUMA IDENTIDADE MARGINAL (SÉCULOS XVIII-XX)
Ana Paula Araújo
580-585

FROM OLD TESTAMENT TO MODERN DAYS:
IS MENTAL ILLNESS STIGMA OMNIPRESENT?
P. Espada-Santos; J. Macedo; J. Facucho-Oliveira; M. Costa; M. Albuquerque;
M. Fraga; B. Mesquita; M. Marinho; P. Cintra
586-591

VENCER OU MORRER: O SUICÍDIO POR CONTÁGIO NA ALEMANHA NAZI
Andreia Salgado Gonçalves; Francesco Monteleone;
Eduarda Machado; Miguel Esteves Pereira
592-598

*MIDSOMMAR* (2019): A LOUCURA RETRATADA CINEMATOGRAFICAMENTE
NUM FESTIVAL DE SOLSTÍCIO DE VERÃO
Rui M. Salgado; Ângela Ribeiro
599-604

ASSOCIAÇÃO ENTRE LOUCURA E CRIATIVIDADE:
O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS
Sérgio P. J. Rodrigues
605-612

OUTSIDER – A ARTE EM PORTUGAL
Ana Lourenço; Marta Ribeiro; Joana Romão
613-617

UMA INQUIETANTE SENSAÇÃO DE ESTRANHEZA:
BREVE HISTÓRIA SOBRE A ARTE DOS DOENTES MENTAIS
Laura Albergaria Borges; Alejandro Iñarra Navarro; Daniela Magalhães; Rita Facão
618-622

ARTE DEGENERADA E ALIENISMO SOCIAL
A RELAÇÃO ENTRE A PSIQUIATRIA E A ARTE
A PARTIR DE JÚLIO DANTAS
Diogo Almeida; João Pedro; Daniela Magalhães
623-627

DOS HUMORES DO CORPO À OBRA DE SHAKESPEARE
Ana Lúcia R. Costa; Sabrina Jesus; Mónica Almeida; João Alcafache
628-633

"DIÁRIO DE UM LOUCO" POR NIKOLAI GOGOL.
EXPRESSÃO DA LOUCURA À LUZ DA NARRATIVE
Filipa M Ferreira; Luís Afonso Fernandes; Inês Figueiredo; Filipa Viegas;
Nuno Borja Santos,; Carlota Tomé
634-642

A GENIALIDADE DO LOUCO NA MEDIOCRIDADE DOS SÃOS,
O 'SONHO' DE TCHÉKHOV
João Alves Leal; Miguel Esteves Carneiro
643-647

*O SONHO DE UM HOMEM RIDÍCULO* E A ESTRUTURA DEPRESSIVA
EM DOSTOIÉVSKI
João Martins Correia; Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; Bianca Jesus;
Diana Cruz e Sousa; Salomé Mouta
648-653

O ÁLCOOL AO LONGO DA HISTÓRIA: DA ADORAÇÃO À DIABOLIZAÇÃO
Daniel R. Machado; Ana C. Borges
654-659

UMBERTO ECO – UMA PÁGINA DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA
NA LITERATURA
Ana Lourenço; Marta Ribeiro; Teresa Reynolds de Sousa
660-664

O GRITO DE EDVARD MUNCH
Ana Margarida Fraga; Bárbara Mesquita; Inês Figueiredo; João Facucho-Oliveira;
Margarida Albuquerque; Miguel Costa; Nuno Moura; Pedro Espada Santos; Rita Moura;
Adriana Moutinho; Ana Quintão
665-671

JOSÉ JÚLIO DA COSTA: O CASO DO ASSASSINO DE SIDÓNIO PAIS
António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes;
Liliana Ferreira; Isa Costa; Inês Costa; Elisabete Sêco
672-677

IDENTIDADE DE GÉNERO: DO PASSADO À PERSPETIVA ATUAL
Cidália Peixoto; Daniel Rego; Marina Cruz; Henrique Medeiros
678-685

PSEUDOALUCINAÇÕES, UM CONCEITO DO PASSADO?
Filipa Santos Martins; Cátia Guerra
686-692

ENCEFALITE LETÁRGICA, O MAIOR ENIGMA MÉDICO DO SÉCULO XX.
O QUE UMA EPIDEMIA PODE TRAZER DE BOM
Francesco Monteleone; Márcia Gonçalves; Andreia Gonçalves; Eduarda Machado
693-699

SERÁ QUE O SUICÍDIO MATERNO INFLUENCIOU A PINTURA DE RENÉ
MAGRITTE? Francisca Bastos Maia; Pedro Cotta; Serafim Carvalho
700-710

HISTERIA AO RITMO DA DANÇA
Joana Cardão; Ana Samouco; Afonso Matos
711-718

DIÓGENES, O CÍNICO: A FILOSOFIA DE VIVER COMO UM CÃO
Mariana Maia Marques; Inês Grenha; Teresa Novo; Luísa Quintela
719-724

NA DUALIDADE ENTRE O CORPO E A MENTE.
UM OLHAR HISTÓRICO SOB OS SINTOMAS CONVERSIVOS
Nelson Descalço; Filipa Fernandes Martins; Pedro Casimiro; Rita Gomes;
Teresa Mendonça; Sofia Morais; Gisela Borges
725-729

ERNEST HEMINGWAY: "UM HOMEM PODE SER DESTRUÍDO,
MAS NÃO DERROTADO"
Nuno Moura; Ana Margarida Fraga; Ana Rita Moura; Ana Quintão;
Catarina Melo-Santos; Margarida Albuquerque;
João Facucho-Oliveira; Hugo Canas-Simião
730-734

XII CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL - XII INTERNATIONAL CONGRESS HISTORY OF
MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH / IV SIMPÓSIO
INTERNACIONAL MULHERES E LOUCURA / IV INTERNATIONAL
SYMPOSIUM WOMEN AND MADNESS
737-750

# INTRODUÇÃO

Esta obra contém textos admitidos a publicação que estiveram na base de comunicações apresentadas no *XII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XII International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizado em Coimbra nos dias 12 a 14 de julho de 2021. Devido às medidas de contingência adotadas em função da pandemia de COVID19, o congresso realizou-se on-line e o seu programa pode ser visto na parte final desta obra. Este livro não é o livro de atas do congresso. Com efeito, várias comunicações apresentadas no congresso internacional não foram convertidas em artigos.

Uma palavras de especial apreço e de agradecimento aos Professores Doutores Rafael Huertas e Ricardo Campos que, com o seu conhecimento científico, enriquecerem de sobremaneira esta obra.

Em 2021, à semelhança dos anos anteriores, deu-se continuidade à natureza internacional e interdisciplinar do congresso. Desde modo, estiveram presentes no evento investigadores de diversas áreas do conhecimento, desde as ciências da saúde às ciências sociais e humanas, provenientes de Portugal e de outros países como Espanha, Roménia e Brasil.

A periodicidade anual da realização do congresso integra-se na dinâmica científica da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS contando com o apoio divulgativo do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra — CEIS20 e da Faculdade de Farmácia desta Universidade, instituições com quem a SHIS se tem articulado em várias das suas organizações.

Desde a sua criação em 1997 e institucionalização em 1998, o CEIS20, através do Grupo referido, tem mantido uma significativa atividade científica sobretudo no âmbito da história das ciências da saúde. E dentro destas sublinhem-se a história da psiquiatria, saúde mental e respetivas terapêuticas. Neste campo, saliente-se a prossecução de projetos de investigação, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais. Também foram várias as reuniões de divulgação, exposições e diversas publicações sob a forma de: livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, também, artigos de divulgação.

O *XII Congresso* foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS. A SHIS é uma sociedade científica que tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de outros ramos de história da cultura científica. Desde a sua fundação, em 2011, que as temáticas da História da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental constituem alguns dos seus focos relevantes que continuam a ser objetivados de diversas formas.

Em 2021, o *XII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centrou-se nos seguintes tópicos:

1.Medicina de Catástrofe, Loucura e Saúde mental
2.Pandemias, Catástrofes naturais, Loucura e Saúde mental
3.Guerras, Loucura e Saúde mental
4.Fontes para a História da Loucura e da Saúde Mental
5.Direitos humanos, Direito biomédico e Saúde mental
6.Psiquiatria, Neurologia, Psiquiatria forense e Medicina legal nos séculos XIX-XX -XXI
7.Ciências farmacêuticas e Saúde mental
8.Geografia e Demografia da Saúde mental
9.Psicologia, Ciências da Educação e Saúde mental
10.História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade

11.A Loucura na História da Arte
12.A Loucura na História da Literatura
13.A Loucura na História da Filosofia
14.A Loucura na História do Cinema
15.A Loucura na História da Filatelia

À semelhança de anos anteriores o *Congresso* incluiu um Simpósio temático intitulado "Mulheres e Loucura". Trata-se, também, de uma organização internacional, que se realiza de forma ininterrupta desde 2018. A publicação de textos que serviram de base às apresentações é feita em volume autónomo.

No *IV Simpósio Internacional Mulheres e Loucura* as temáticas propostas foram as seguintes:

1.Fontes para a história do tema Mulheres e Loucura
2.Representações literárias e artísticas da Loucura em Figuras femininas
3. Estudos histórico-culturais da Loucura em Figuras Femininas
4.Estudos histórico-clínicos da Loucura em Figuras Femininas
5.Violência doméstica, Loucura e saúde mental
6.Biografias de mulheres

Ao terminar estas palavras introdutórias, o nosso agradecimento a todos os autores que colaboram nesta obra. Eles são os autores deste livro e sem a sua dedicação, interesse, pesquisa e elaboração de textos de acordo com as normas científicas, este livro não existiria.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra
Investigadores e Coordenadores Científicos
do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20
Vice-Presidente e Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde—SHIS

# LA LOCURA EN PRIMERA PERSONA Y EL ACTIVISMO EN SALUD MENTAL: REFLEXIONES TEÓRICAS E HISTORIOGRÁFICAS

**Rafael Huertas**
Instituto de Historia–CSIC (España)
Email:rafael.huertas@csic.es

**Abstract**
The aim of this paper is to offer a brief reflection on the mad studies and its relationship with the cultural history of madness. The importance of patient narratives as research sources is highlighted. Also, the work of Judi Chamberlin is analyzed as a substantial precedent of activism in mental health.

**Keywords**: mental health activism, mad studies, Judi Chamberlin, subjectivities, empowerment.

**Resumen**
El presente trabajo ofrece una breve reflexión sobre el interés de los llamados *mad studies* en relación con la historia cultural de la locura. Se señala la importancia que para este tipo de enfoques tiene la producción de las personas con un diagnóstico psiquiátrico que relatan su experiencia en primera persona y se selecciona la obra de Judi Chamberlin como un antecedente fundamental del activismo en salud mental.

**Palabras clave**: activismo en salud mental, mad studies, Judi Chamberlin, subjetividades, empoderamiento.

***

## Introducción

El interés por el punto de vista de los pacientes, iniciado por la historiografía médica de los años ochenta del siglo XX, ha dado lugar a desarrollos diversos, uno de los cuales ha cristalizado en los estudios sobre el activismo en salud. La historia social y cultural, en diálogo con los estudios culturales, ha propiciado investigaciones sobre el papel del asociacionismo y activismo de pacientes y familiares. El objetivo del presente texto es mostrar brevemente la propuesta teórica y metodológica de los llamados *mad studies* para, a continuación, y tomando como estudio de caso la obra de Judi Chamberlin, exponer las posibilidades que pueden ofrecer las obras de activistas en primera persona.

## Un posible marco teórico: los *mad studies*

En la última década, procedente de los estudios culturales y recogiendo la tradición de los procesos de investigación-acción (Lewin, 1946), ha surgido una importante línea de trabajo, conocida como *mad studies*, que aúna investigación académica y militancia social y que se ha convertido en uno de los núcleos más representativos de un renovado pensamiento crítico en psiquiatría (Huertas, 2018). Los *mad studies* pueden definirse como un gran programa de producción de conocimiento y de activismo político que tiene por objeto el estudio crítico de las formas de estar, pensar, comportarse o relacionarse con el psiquismo. Valoran y tienen muy en cuenta las experiencias de los supervivientes de la psiquiatría y se esfuerzan por transformar las ideas, las prácticas, las leyes e, incluso, los lenguajes opresivos, tanto en el ámbito de la salud mental y de los saberes psi, como en contextos sociales y culturales más generales (Menzies, LeFrançois y Reaume, 2013).

Los *mad studies* se desarrollan con una metodología transversal que obliga a poner en diálogo la medicina, la psiquiatría, la psicología o el trabajo social con la sociología, la antropología, la literatura o los estudios culturales. En el marco de estos últimos, los *gender studies*, los *disability studies*, los *body studies*, los *queer studies*, etc., forman parte de un *pool* de áreas de estudio que se atraviesan constantemente y que se caracterizan, en muchos casos, por análisis en torno al poder y a la norma y por la propuesta de discursos contrahegemónicos. En el caso de los *mad studies* resulta muy evidente la voluntad de elaborar un discurso que cuestione la psiquiatría biológica (biomedical psychiatry), así como de conocer y reconocer la importancia de los colectivos de personas psiquiatrizadas y de sus actividades de reivindicación, marcando el acento asimismo en la dimensión ética de las prácticas psiquiátricas (Sweeney, 2016).

Una de las fuentes de inspiración de este tipo de estudios es la reflexión en torno a las subjetividades, a las formas de expresión, experiencias y aspiraciones de quienes se han confrontado con los poderes de la psiquiatría institucional. En este sentido, se trataría de impugnar los «regímenes de verdad» en torno a la «enfermedad mental» (Foucault, 2003; Huertas, 2013), así como de incorporar a la investigación a los grupos afectados (Russo, 2012).

Los *mad studies* tienen todavía un escaso recorrido y, a pesar de su rápida expansión, habrá que esperar para ver lo que dan de sí como movimiento. Han recibido críticas diversas como, por ejemplo, su etnocentrismo: blanco, occidental y del hemisferio norte (Gorman *et al*., 2013). Asimismo, se les ha atribuido un cierto elitismo académico (Rose, 2018), alejado de la realidad asistencial y de cuidados. Todo esto es cierto, sin duda, y quizá por eso uno de los grandes retos sea valorar de qué manera se puede relacionar o articular este tipo de discursos procedentes de las ciencias sociales con la clínica, la psicopatología y el trato con el loco y la loca. En relación a esto último, al trato con la persona psiquiatrizada, cada vez se da más importancia, y no solo en el ámbito de la salud mental, a la utilización de lenguajes inclusivos o respetuosos con las minorías. Es sabido que el lenguaje no es inocente y puede ser una herramienta de opresión o de estigmatización; pero no es menos cierto que nuestra reflexión al respecto debe ir más allá de la muy manida "corrección política" para intentar contribuir a crear o favorecer, sin estridencias, ambientes culturales emancipadores tanto en la clínica como en la sociedad. No siempre es fácil, pues el lenguaje tiene sus reglas, sus peculiaridades locales, incluso puede ser traicionero, con términos polisémicos o sinónimos que, en realidad, no significan lo mismo porque dependen de la ideología, cultura de origen, etc., de quien los formule, dando lugar a discursos que pueden llegar a tener significados muy diferentes.

La palabra del loco y de la loca cobra, en este contexto, una importancia capital. Cualquiera que sea la etiqueta diagnóstica con la que se los pretenda definir o cosificar, los locos aparecen, con suma frecuencia, como individuos «desprovistos de la palabra». Recuperar —y reivindicar— su voz implica «descentrar el lugar de la enunciación», es decir, bordear el discurso del experto (del psiquiatra, del psicólogo, etc.) y tener en cuenta el formulado —el enunciado— desde un lugar subalterno, reconociendo que el sufrimiento psíquico otorga un saber y una verdad diferentes, el de la propia experiencia. Esa palabra, cuya recuperación resulta tan necesaria, puede ser hablada o escrita. La locura escrita desempeña históricamente un papel muy relevante en la construcción de unas narrativas que van más allá de la clínica. Como señaló hace ya tiempo Roy Porter: «los escritos de los locos pueden leerse no solo como síntomas de enfermedades o síndromes, sino como comunicaciones coherentes por derecho propio» (Porter, 1987: 12). Dicho de otro modo, este tipo de escrituras puede considerarse como una manifestación sintomática o como la propia esencia de la psicosis (Colina, 2007), pero también son una muestra de las propias vivencias del sujeto, de su estado de ánimo, de

sus emociones y, en suma, de la experiencia del sufrimiento psíquico en primera persona; a lo que habría que añadir las claves que pueden ofrecer sobre los procesos de negociación y resistencia ante las terapias o ante la violencia explícita o solapada ejercida sobre su persona. Al descentrar el lugar de la enunciación otorgamos el máximo valor al punto de vista del loco y de la loca, que pasa a desempeñar un papel epistemológico fundamental en este tipo de acercamientos (Huertas, 2013).

Existen, sin duda, varios modos de analizar y valorar los escritos de las personas con un diagnóstico psiquiátrico y son también diversos los soportes que pueden considerarse a la hora de localizar fuentes documentales, señalaré al menos tres: obras literarias cualquiera de sus géneros (poesía, novela, ensayo, etc.), los escritos producidos en el interior de las instituciones psiquiátricas (Huertas, 2019) y, finalmente, los que responden a una voluntad política y a una estrategia en el marco del activismo. En esta ocasión nos centraremos en algunos elementos del llamado activismo en primera persona y para ello analizaremos brevemente, a modo de estudio de caso, las aportaciones de Judi Chamberlin, cuya obra tiene una importancia histórica innegable en el origen del activismo en salud mental y en movimientos como el del "orgullo loco".

**Por nuestra cuenta: el activismo en primera persona de Judi Chamberlin**

El movimiento de sobrevivientes psiquiátricos (más ampliamente, el movimiento de consumidores/sobrevivientes/expacientes) surgió en el marco de las luchas por los derechos civiles de finales de los años sesenta y principios de los setenta y de las historias personales de abuso psiquiátrico que experimentaron algunos expacientes (Morrison, 2005). En 1978 la activista y expaciente Judi Chamberlin (1944-2010) publicó *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*, en el que, como su mismo título indica, proponía actuar "por nuestra cuenta", "a nuestra manera", "por nosotros mismos" (*On our own*); es decir, se trataba de un llamamiento a esos expacientes y supervivientes de la psiquiatría para vivir, actuar y relacionarse sin la tutela de los especialistas ni de las instituciones. La obra de Chamberlin tiene un alcance y una significación histórica fundamental, no solo por ser considerada el texto fundacional del movimiento Orgullo Loco (*Mad Pride*), sino también porque sus aportaciones contienen ya el germen de lo que más tarde serán elementos imprescindibles en el debate sobre el activismo en salud mental.

A la edad de 21 años y tras un aborto espontáneo, Judi Chamberlin presentó un cuadro depresivo por el que, en 1966, recibió tratamiento en varias clínicas psiquiátricas. Al no mejorar fue internada contra su voluntad en el Hospital Estatal de Rockland (Nueva York) durante cinco meses, donde fue diagnosticada de esquizofrenia. Según su propio testimonio, sufrió una gran angustia, fue sometida a aislamiento y tratada con altas dosis de psicofármacos (Thorazine), y fue despojada de sus derechos civiles durante el tiempo que duró su reclusión. Como en otros casos, la experiencia del internamiento y sus penosas condiciones motivaron en Chamberlin propuestas de cambio y de búsqueda de alternativas a la psiquiatría; pero, al contrario que Clifford W. Beers, cuyas aspiraciones reformistas necesitaron del apoyo de los profesionales en la constitución del movimiento de Higiene Mental (Dain, 1980), en esta ocasión lo que se pretende diseñar es un sistema propio de apoyo entre personas con sufrimiento psíquico sin la supervisión de los profesionales.

Desde comienzos de la década de los setenta, Chamberlin se vinculó al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston, lo que le facilitó posteriormente la creación de Ruby Rogers Advocacy Drop-in Center. El modelo de centro de acogida (*Drop-in Center*) supuso una alternativa a la asistencia psiquiátrica tradicional basada en los principios de autodefinición y autodeterminación, y en la ayuda mutua. No cabe duda de que la iniciativa de Chamberlin es un muy importante

antecedente de otras posteriores como la de *peer-run crisis respite* y otros modelos de *crisis hostel*, o de "refugios", como la Casa de Escape de Berlín (*Veglaufhaus*); el proyecto Windhorse en Boulder, Colorado; la Associazione Penelope o la Casa de La Cura en Italia; la Cooperativa de la Esperanza en Buenos Aires y un largo etcétera de experiencias, cuyo objetivo final es evitar el ingreso psiquiátrico. Todas ellas se caracterizan por prestar una atención desmedicalizada y no coercitiva a las crisis "psicóticas", en las que las necesidades son definidas por los afectados y donde el apoyo mutuo de personas que han tenido experiencias similares resulta fundamental (Ortiz, 2013: 252).

A partir de la propuesta de los Drop-in Center, Chamberlin fue estableciendo los conceptos básicos y los principios rectores del movimiento, muchos de los cuales, con más o menos matices, se mantienen en la actualidad. Un primer concepto clave es el de "concienciación", un proceso a través del cual las personas comparten y exploran sus propias experiencias con el fin de conocer el contexto en el que se desenvuelven sus vidas. Recuérdese que Paulo Freire, en su *Pedagogía del oprimido* (1968) utiliza también el concepto de concienciación crítica (*conscientiazaçao*) en el marco del movimiento de educación popular de América Latina. Este proceso de concienciación (en el que la subjetividad adquiere una gran importancia) resultaría imprescindible para la autodefinición y la autodeterminación de los colectivos, y sería un paso previo para la movilización de individuos y grupos subalternos que aspiren a la desalienación, a la transformación de las relaciones de poder y a la construcción de sociedades más equitativas.

Judi Chamberlin fue también una de las fundadoras y directora de educación del Centro Nacional de Empoderamiento (*National Empowerment Center*) con sede en Lawrence, Massachusetts. Aunque el concepto de empoderamiento está presente a lo largo de toda su obra, es en un artículo titulado "A working definition of empowerment" (Chamberlin, 1997), donde más claramente podemos acceder a las ideas que esta activista tenía al respecto. Chamberlin comienza reconociendo la ambigüedad del término "empoderamiento" y la flexibilidad de su significado. Se lamenta de que algunos políticos conservadores de Estados Unidos promovieran una reforma del bienestar afirmando que los recortes de las ayudas sociales empoderan a los beneficiarios porque contribuyen a hacerles "autosuficientes". No debemos olvidar que ya en los años sesenta y setenta el concepto de empoderamiento fue utilizado en Estados Unidos para oponerse al ambicioso programa de protección social que la Administración del presidente Lyndon B. Johnson puso en marcha en 1964 y que se denominó Great Society (Zelizer, 2015). Su objetivo era la lucha contra la pobreza, que incluía un importante aumento del gasto público federal en educación, sanidad, reformas urbanas, etc. Sus contenidos y su filosofía eran similares al *New Deal* de la época de Roosevelt que pretendió hacer frente a las consecuencias de la gran crisis del 29. En este contexto, el vocablo empoderamiento fue utilizado por oposición a los programas de la Great Society. Un buen ejemplo se esta reacción es, sin duda, el ensayo de Peter Berger y Richard Neuhaus (1977), titulado *Empower People,* que alcanzó gran éxito e influencia en círculos liberales y conservadores.

Aun reconociendo todas estas dificultades conceptuales, Chamberlin ofrece su propia visión del empoderamiento de las personas psiquiatrizadas dejando claro su enfoque y sus objetivos. La líder activista creó, en el marco de un proyecto de investigación desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston, un grupo de discusión con el fin de trabajar en una definición de empoderamiento que pudiera ser asumida en los discursos y las prácticas del movimiento de supervivientes de la psiquiatría. Se confirmó que la compleja y multidimensional noción de empoderamiento describe un proceso dinámico y no un evento o una situación concreta. Asimismo, se llegó a una

definición de empoderamiento mediante la agrupación de una serie de elementos que, sin necesidad de que estuvieran todos presentes, resultaban de utilidad para manejar el concepto con cierta solvencia. Dichos elementos pueden enumerarse y definirse del siguiente modo: tener poder de decisión; tener acceso a información y recursos; tener una gama de opciones para pode elegir; asertividad (expresión de los deseos); considerar la posibilidad de mejorar (esfuerzo subjetivo); aprender a pensar críticamente (escuchar y ser escuchado); aprender a expresar enfado (enfadarse no es "descompensarse"); no sentirse solo, sentirse parte del grupo; comprender que las personas tienen derechos; desarrollar habilidades de aprendizaje; cambiar percepciones sobre competencias y capacidades; aumentar la autoimagen positiva de uno mismo y superar el estigma y tener el convencimiento de que crecer y cambiar nunca es definitivo (Chamberlin, 1997).

A todos estos puntos añade otro: "salir del armario". La expresión, como es obvio, está tomada del movimiento de liberación LGTB, cuyo origen concreto se sitúa en 1969, tras los disturbios de Stonewall, consecuencia de la reacción del colectivo a una redada de la policía en un *pub* "de ambiente" situado en el barrio de Greenwich Village de Nueva York. Se inició así un nuevo activismo, con la aparición de nuevas organizaciones, como el Frente de Liberación Gay (Gay Liberation Front) —nombre inspirado en el Frente Nacional de Liberación de Vietnam— o la Alianza de Activistas Gais (Gay Activists Alliance). En 1970, en conmemoración de los sucesos de Stonewall tuvo lugar la primera marcha del Orgullo Gay. La influencia del movimiento LGTB en el de supervivientes de la psiquiatría es innegable, no solo por inspirar el Orgullo Loco, sino también por el componente de empoderamiento que supone revelar la condición e identidad de uno mismo sin vergüenza ni disimulos.

Se trata de proposiciones que, como puede verse, siguen presentes —con matizaciones y actualizaciones— en el activismo actual, para el que el concepto de empoderamiento sigue siendo crucial. Al situar el foco del empoderamiento en las personas con sufrimiento psíquico y propiciar estrategias y actividades como la horizontalidad, la participación activa o el apoyo mutuo, etc., se produce un desafío al autoritarismo profesional y a la psiquiatría como disciplina de poder que felizmente, aunque de manera aun minoritaria, es asumido por profesionales críticos con la medicina mental hegemónica (Ortiz, 2013).

## Conclusiones

El diálogo entre la historia de la locura, la psiquiatría y la salud mental y los estudios culturales puede ofrecer fructíferos espacios de reflexión y debate, con la incorporación de novedosas fuentes y marcos teóricos más trasversales. Los llamados *mad studies* han venido a plantear nuevas preguntas de investigación entre las que destacan las referidas al origen y desarrollo del activismo en salud mental otorgando especial protagonismo al punto de vista de las personas con sufrimiento psíquico. Un sufrimiento que se vive en persona, pero se relata en primera persona (del singular o del plural) (Huertas, 2020). El estudio de los escritos pioneros de este tipo de activismo como, por ejemplo, los de Kate Millett (Huertas, 2020a) o los de Judi Chamberlin, que ha sido objeto de esta comunicación, nos permiten obtener claves históricas de unos procesos y unas dinámicas cada vez más presentes en el ámbito de la salud mental.

## Bibliografía

Berger, P. & Neuhaus, R. (1977) *Empower People. The Role of Mediating Structures in Public Policy*. Washington DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.

Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York: Haworth Press.

Chamberlin, J.A. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 20 (4), 43-46.
Dain, N. (1980). *Clifford W. Beers: advocate for the insane* Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
Colina, F. (2008). Locas letras (variaciones sobre la locura de escribir). *Frenia*, 8, 25-59.
Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique* (Cours au Collége de France. 1973-74). Paris: Seuil-Gallimard.
Gorman, R., Snini, A., Tam, L. *et al.* (2013). Mad People of Colour: A Manifesto. *Asylum. A Magazine for Democratic Psychiatry*, 20 (4), 27.
Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata.
Huertas, R. (2013). Another History for Another Psychiatry. The Patient's View. *Culture & History Digital Journal*, 2 (1): e020, http://dx.doi.org/10.3989/chdj.2013.02
Huertas, R. (2018). Vieja y nueva antipsiquiatría. In A. Ortiz & R. Huertas (Eds.), *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata, pp. 19-74.
Huertas, R. (2019). Entre la psicoterapia y la crítica manicomial en la España de la Transición: el papel de las publicaciones producidas en las instituciones psiquiátricas. Estudos do Século XX, 19, 17-27.
Huertas, R. (2020). *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los libros de la Catarata.
Huertas, R. (2020a). Locura y activismo en Viaje al manicomio, de Kate Millett. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40 (138): 13-31.
Lewin, K. (1946). Action research and minority problems, *Journal of Social Issues*, 2 (4), 34-46.
Menzies, R., LeFrançois, B.A. & Reaume, G. (2013). Introducing Mad Studies. In B.A. LeFrançois, R. Menzies & G. Reaume (Eds.), *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press, pp. 1-22.
Morrison J. (2005). *Talking Back to Psychiatry. The Psychiatric Consumer/Survivor/ Expatient Movement*. London; N. York: Routledge.
Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
Porter, R. (1987). *A Social History of Madness: Stories of the Insane*. London: Weidenfeld and Nicolson.
Rose, D. (2018). Renewing epistemologies: service user knowledge. In P. Beresford & S. Carr (Eds.), *Social Policy First Hand: A International Introduction to Participatory Social Welfare*. Bristol: Policy Press, pp. 132-141.
Rose, D. (2018). Renewing epistemologies: service user knowledge. In P.S. Beresford & S. Carr (Eds.) *Social Policy First Hand: A International Introduction to Participatory Social Welfare*. Bristol: Policy Press, 132-141.
Russo, J. (2012). Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health. *Forum: Qualitative Social Research*, 13 (1), Art. 8.
Sweeney, A. (2016). Why Mad Studies Needs Survivor Research and Survivor Research Needs Mad Studies. *Intersectionalities*, 5 (3), 36-61.
Zelizer, J.E. (2015). *The Fierce Urgency of Now: Lyndon Johnson, Congress, and Battle for the Great Society*. Nueva York: Penguin Books.

**Agradecimientos**
Proyecto RTI2018-098006-B-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por FEDER

# PSIQUIATRÍA, REFORMA ASISTENCIAL Y DERECHOS HUMANOS. LOS INFORMES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA SOBRE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS JUDICIALES (1983-1987).

Ricardo Campos
Instituto de Historia–CSIC (España)
Email:ricardo.campos@cchs.csic.es

**Resumen**
Tras el final de la dictadura franquista se puso en marcha una reforma psiquiátrica. La legislación sobre los internamientos de enfermos mentales se adecuo a la Constitución de 1978. Sin embargo, los sujetos recluidos en psiquiátricos penitenciarios continuaron sufriendo malos tratos y mala asistencia médica. En la década de 1980, la Asociación Pro Derechos Humanos y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) informaron sobre las condiciones de varios establecimientos (Centro de Psicópatas de Huesca, Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, Unidad de Judiciales de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet y Sanatorio Psiquiátrico de Fontalent) y el incumplimiento de los derechos humanos en su interior. En este trabajo se analizan los cambios de legislación y el contenido de los informes.

**Palabras clave:** AEN; pacientes judiciales, derechos humanos, maltrato, democracia.

**Abstract**
After the end of Franco's dictatorship, a psychiatric reform was implemented. Legislation on the internment of the mentally ill was brought into line with the 1978 Constitution. However, those held in prison psychiatric institutions continued to suffer mistreatment and poor medical care. In the 1980s, the Asociación Pro Derechos Humanos and the Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) reported on the conditions of several establishments (Centro de Psicópatas de Huesca, Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, Unidad de Judiciales de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet and Sanatorio Psiquiátrico de Fontalent) and the lack of respect for human rights inside them. This paper analyzes the changes in legislation and the content of the reports.

**Key words:** AEN; judicial patients, human rights, mistreatment, democracy

***

## Introducción

La aprobación de la constitución de 1978 consagró la implantación legal de la democracia en España. La implantación de un modelo de Estado que garantizaba los derechos civiles de los ciudadanos tuvo consecuencias en diversos campos. En el terreno psiquiátrico el cambio favoreció el desarrollo de la reforma psiquiátrica y propició también cambios legislativos relativos a los internamientos de los enfermos mentales que se adecuaron a los principios democráticos recogidos en el texto constitucional. También hubo transformaciones en el plano penitenciario tendentes a adecuar el régimen y el espíritu de las prisiones a la nueva realidad democrática. Sin embargo, la realidad de la asistencia psiquiátrica heredada del franquismo y la situación de los enfermos mentales recluidos en instituciones penitenciarias perduró durante la década de 1980 a pesar de las reformas introducidas. En este trabajo nos centraremos

en analizar, a partir de los informes de la Asociación Pro Derechos Humanos y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, la situación de los enfermos mentales en cuatro centros de reclusión: el Centro de Psicópatas de Huesca, Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, la "Unidad de Judiciales" de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet y el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent.

**El espíritu reformador.**

En septiembre de 1971 se constituyó la Coordinadora Psiquiátrica Nacional, con el objetivo de coordinar las diferentes luchas de los profesionales de la salud pública que desde hacía unos meses se extendía por toda España. Aunque, en un principio las protestas de los psiquiatras se focalizaron en la reivindicación de mejoras laborales, pronto derivaron hacia la lucha por la mejora de las condiciones asistenciales de los pacientes y la reivindicación de una profunda reforma psiquiátrica, enfrentándose abiertamente a la dictadura del general Francisco Franco. Entre 1970 y 1977, en el marco de esas luchas, se pusieron en marcha diferentes experiencias asistenciales como las Hospital Provincial de Oviedo (1970), las Clínicas de Ibiza (Madrid, 1971), el Institut Mental de la Santa Creu (1972-1973) o el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, 1974) que recogían los principios de la antipsiquiatría anglosajona y sobre todo de la psiquiatría crítica italiana. Estas experiencias sirvieron de base a algunas de las ideas que se desarrollarían en la implantación de la reforma psiquiátrica años después.

No obstante, los psiquiatras progresistas fueron conscientes que la reforma asistencial debía ir acompañada de cambios legislativos relativos a los internamientos civiles y judiciales. Los integrantes de la Coordinadora Psiquiátrica Nacional, decidieron en 1977 disolverla y presentar una candidatura para dirigir la AEN. La operación fue un éxito y a partir de octubre de 1977 la AEN sufrió una profunda transformación y se convirtió en el motor de las reivindicaciones de los profesionales de la salud mental y en la principal impulsora de la reforma psiquiátrica. Entre sus principales demandas estaba la adecuación de la legislación reguladora de los internamientos a los principios constitucionales. En este sentido, para el caso de los internamientos civiles reivindicaron la derogación del Decreto del 3 de julio de 1931 que regulaba los internamientos de los enfermos mentales. El Decreto había sido promulgado por la Segunda República y favorecía el papel de los psiquiatras en la toma de decisiones sobre internamientos en detrimento del poder judicial. Los psiquiatras de la AEN, aunque valoraban positivamente sus aspectos reformadores de la asistencia, basados en los principios de la higiene mental, pero criticaban la falta de garantías a las libertades ciudadanas de los enfermos mentales y el excesivo peso de los médicos en la toma de decisiones.

Desde el campo judicial, también hubo sectores principalmente progresistas que abogaron por los cambios legislativos. De hecho, se tejieron consensos entre psiquiatras y juristas, por medio de diversos encuentros profesionales, para reclamar las modificaciones legales y adaptarlas a la realidad democrática. Las críticas al Decreto también formaron parte del bagaje de los juristas progresistas. Una parte importante del debate giró sobre si era preciso o no promulgar una ley específica para los enfermos mentales. Había acuerdo que la nueva legislación debía tener carácter orgánico pues al regular aspectos relacionados con las libertades ciudadanas la Constitución contemplaba que así debía ser. Sin embargo, frente a las voces que reclamaban una ley específica para los enfermos mentales, los psiquiatras de la AEN y sectores progresistas de la judicatura argumentaban que dicha modalidad sólo ahondaría en la estigmatización de los pacientes mentales. En 1983, en el marco del primer gobierno socialista, en el Ministerio de Justicia se debatieron las diferentes posibilidades, imponiéndose el criterio de la AEN. El ministerio tomó la decisión de regular los internamientos civiles por medio de

una profunda reforma del Código Civil que fue aprobada por la Cortes el 24 de octubre de 1983.
La comisión finalmente se limitó a trabajar en lo referente a la privación de la libertad y al estatus civil del internado, presentando un proyecto de Ley sobre incapacitación que se convertiría, tras ser aprobado por el pleno de las Cortes, en la Ley 13/83 del 24 de octubre de 1983, que era una profunda reforma del Código Civil en materia de incapacitación que además derogaba el decreto de 1931. Su artículo primero reformaba en profundidad los títulos IX y X del libro I del Código Civil y el artículo segundo derogaba el decreto de 1931. Esta fue la vía que se consensuó para legislar bajo los parámetros constitucionales los internamientos y altas psiquiátricas no penales. El artículo 211 fue la piedra de toque de la reforma al indicar que:
"El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que, razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.
El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203.
Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269, 4.º, el Juez, de Oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no de internamiento"
En el plano de los internamientos judiciales, existían a la muerte del dictador dos vías principales: la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (LPRS)de agosto de 1970 y el Código Penal reformado de 1973. Ambos colisionaban con la Constitución de 1978.
La LPRS promulgada en 1970 era un intento de actualizar la Ley de Vagos y Maleantes (LVM) de 1933. Las transformaciones sociales, económicas y culturales que el país sufría desde la década de 1960 de la mano de los planes de desarrollo económico, dieron origen a nuevas formas de marginación social y delincuencia, que los legisladores de la dictadura interpretaron en clave de quiebra moral. Entre los sujetos recogidos en la LPRS estaban los enfermos mentales. Ausentes en la LVM, fueron incluidos como peligrosos en la nueva ley en los supuestos de abandono y de no seguir el tratamiento adecuado. Se abría así una vía judicial de internamiento de las personas con trastornos psíquicos consistente en la aplicación de medidas de seguridad con fines supuestamente rehabilitadores y de reinserción social. Los establecimientos acondicionados para estos fueron el Centro de Psicópatas de Huesca, el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid y el Centro de Oligofrénicos de León.
La LPRS, chocaba frontalmente con los principios constitucionales de 1978 pues parte de su articulado estaba dirigido a intervenir sobre sujetos y colectivos definidos como peligrosos sin que hubieran cometido delitos. La intervención predelictual, alegando la potencial peligrosidad era una de las bases que sustentaban la ley. Desde el derecho penal y procesal las críticas fueron importantes, sobre todo en lo referente al "tema pre-delictual" y desde luego también desde el campo psiquiátrico. La oposición popular a la LPRS, fue en aumento desde la muerte del dictador. En 1977 diversos grupos de afectados por la misma constituyeron la Coordinadora de Grupos Marginados.
La oposición a la ley llevó a que el 26 de diciembre de 1978, el mismo día en que entró en vigor la Constitución, se derogara parcialmente dejando en suspenso parte de sus artículos, entre ellos el referido a los enfermos mentales. Sin embargo, la ley no fue totalmente derogara hasta la entrada en vigor del Código Penal de 1995, el código de la democracia.

Precisamente el internamiento de los enfermos mentales de carácter penal se completaba de manera ordinaria con el Código penal. A la muerte del dictador el Código penal vigente era el 1944 reformado en 1973. Su artículo 8º punto 1º contemplaba que estaban exentos de responsabilidad criminal "el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir". En estos casos, "cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal."
La diferencia principal entre la LPRS y el Código Penal residía en que la primera se refería a la peligrosidad predelictual del enfermo mental y contemplaba la aplicación de medidas de seguridad, mientras que en el segundo caso se consideraba una conducta delictual y por tanto penal, que podía ser atenuada o eximida.
Con la llegada de la democracia era preciso reformar el artículo 8º del Código Penal pues vulneraba los principios constitucionales. Los sectores progresistas de la psiquiatría y del derecho penal señalaron la poca protección jurídica de los enfermos mentales y su internamiento sin límite temporal. En esta línea criticaban que los enfermos mentales que hubieran cometido un delito y fuesen declarados irresponsables por enajenación podían ser internados ilimitadamente, superando el tiempo que hubiera determinado la pena en caso de ser responsables.
En junio de 1983, tras varias discusiones en el seno del Ministerio de Justicia, se promulgó la ley orgánica que reforma parcialmente el Código Penal. En el ámbito de la enajenación mental se recogía que el Tribunal sentenciador pudiera sustituir el internamiento por el tratamiento ambulatorio, medida reclamada desde la AEN. Además, en los casos de eximente incompleta se podía imponer a la pena correspondiente una medida de internamiento que se computaría como cumplimiento de aquella y que nunca superaría el tiempo total de la pena.
En cualquier caso la reforma del Código Penal, aunque supuso una mejora y se adecuó a la Constitución de 1978, fue una solución temporal hasta la elaboración de un nuevo Código Penal. Esta se demoró hasta 1995 entrando en vigor en 1996. Este contemplaba cambios que recogían las propuestas de los psiquiatras de la AEN y de los juristas más progresistas. Así, en el artículo 6º señalaba que las medidas de seguridad no podían "resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor."

**La situación de los psiquiátricos penitenciarios en la década de 1980**

Aunque la legislación sobre los internamientos fuera transformándose y desde comienzos de la década de 1980 se dieran los primeros pasos de la reforma psiquiátrica cuyas líneas generales se plasmarían en el *Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, de Abril de 1985* y que posteriormente fueron recogidas de manera genérica en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986, lo cierto es que la situación en el interior de los psiquiátricos cambiaba lentamente y de manera desigual según los territorios. Los malos tratos, las deficiencias materiales, la pervivencia de una asistencia en que los métodos de contención químicos y físicos formaban parte de la realidad, la existencia de una población cronificada y sin expectativas terapéuticas formaban parte del paisaje real de los establecimientos. En el plano de los psiquiátricos penitenciarios la situación era todavía peor.
El 3 de octubre de 1983 el psicólogo Serafín Carballo y los abogados Gonzalo Martínez Fresneda y José María Mohedano visitaron el Centro de Psicópatas de Huesca en su calidad de delegados de la Asociación Pro Derechos Humanos. La visita se debió a las

denuncias que de los reclusos sobre sus condiciones de vida habían planteado desde hacía un año. Situación que se había deteriorado con rapidez desde el 24 de septiembre de 1983, cuando durante la celebración de las fiestas de La Merced, patrona del cuerpo de prisiones, hubo un amago de motín provocado porque el médico de la prisión suprimió la dieta a todos los presos enfermos que la disfrutaban.
El segundo informe firmado por Alicia Roig Salas, Teresa Capilla, Serafín Carballo y Enrique González Duro, miembros de la Comisión de legislación de la AEN, en septiembre de 1985 correspondía a la visita cursada en mayo de ese año al Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid.
Ambos informes eran muy duros y describían situaciones que incumplían la Constitución y la legislación puesta en marcha. Los malos tratos, la tortura, los abusos estaban a la orden del día en ambos centros. La descripción de la existencia de celdas de castigo con argollas, el desinterés terapéutico de los psiquiatras, el uso indiscriminado de fármacos, la falta de seguimiento de la evolución de los internos, la delegación, en el caso del Centro Psiquiátrico de Madrid, del control de aquellos en los llamados "enfermeros" que eran presos que ejercían de cuidadores voluntariamente para redimir su pena, eran algunos de los aspectos resaltados por los informantes. El caso de los "enfermeros" era especialmente grave pues estos se encargaban de medicar con el consentimiento de los psiquiatras, a los internos, además de cometer todo tipo de vejaciones y abusos con ellos. En cuanto al Centro de Psicópatas de Huesca, el informe llamaba la atención sobre el comportamiento destemplado e inhumano del médico encargado de tratar a los internos y apuntaba a que su comportamiento y desprecio hacia los internos era el principal foco de malestar y violencia en el establecimiento. De hecho, encima del armario donde se guardaban los medicamentos tenía "un muñeco vestido de presidario metido en una jaula" que generaba un profundo malestar entre los reclusos. Por otra parte, el informe cuestionaba el concepto de psicopatía y consideraba que todos los internos debían ser reevaluados por profesionales.
Los otros dos informes, la Unidad de Judiciales de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet y el Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent fueron realizados en 1987 por Alicia Roig y Ramón García en el primer caso y por Ramón García, Fermín Mayoral. Alicia Roig y María Eugenia Díaz. Estas dos instituciones, a diferencia de las dos primeras, habían sido fundadas en democracia. En este caso no existía el lastre de la herencia de la dictadura. Sin embargo, los informes apuntaban a algunos problemas similares como la falta de personal adecuado, la violencia institucional, la desconfianza entre internos y funcionarios y la existencia, en el caso de Foncalent, de reclusos que ejercían labores de custodia y control de los pacientes psiquiatrizados.
Los informes sobre el Centro de Psicópatas de Huesca y el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid tuvieron efectos sobre ambos establecimientos. En el primer caso el gobierno, siguiendo las recomendaciones de los informantes, clausuró el Centro en 1984, procediendo a la revisión de los expedientes de los internos y a su reclasificación. Una parte de sus internos acabaron en Foncalent. El de Madrid se cerró en 1990 como consecuencia de la apertura del Psiquiátrico penitenciario de Sevilla que pasó junto a ser junto al de Foncalent centro de referencia.

**Conclusiones**

La llegada de la democracia a España tras una larga dictadura tuvo consecuencias en el campo psiquiátrico. La legislación sobre los internamientos de enfermos mentales tuvo que modificarse para adecuarla a los valores de la Constitución de 1978. Los sectores más progresistas de la psiquiatría, representados por la AEN, y del mundo judicial abogaron por dichas reformas y se opusieron a la promulgación de una ley específica de enfermos mentales. Las reformas, por tanto, se llevaron a cabo por medio de

diferentes reformas del Código Penal, Civil y de la Ley General de Sanidad. A pesar del espíritu reformador, la realidad de las instituciones psiquiátricas cambió lentamente. Particularmente dramática fue la de los centros psiquiátricos penitenciarios como pusieron al descubierto una serie de informes. Los malos tratos, la tortura, la falta de personal sanitario adecuado, el uso excesivo de medicamentos y de medios contención, el clima de violencia institucional fueron algunos de los problemas que salieron a la luz durante la década de 1980.

**Agradecimientos**
Este trabajo es parte del proyecto I+D+I RTI2018-098006- B-I00, "De la higiene mental a la postpsiquiatría: la construcción de la salud mental colectiva en la España del siglo XX", financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/"FEDER una manera de hacer Europa".

**Bibliografía**

Huertas, R (2017). Psiquiatría, antipsiquiatría y movilización social: la Coordinadora Psiquiátrica. In R. Huertas (Ed). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición* (80-104) . Madrid. Los Libros de la Catarata; Madrid.

Barrio Flores, L.F. (2000). Un siglo de psiquiatría penitenciaria. *Revista Española Sanidad Penitenciaria,* 1, 23-30.

Carballo, S Martínez-Fresneda, G; Mohedano, J.M. (1983). Informe sobre una visita realizada a la cárcel de Huesca por la Asociación de Derechos Humanos", *Revista de la AEN,* 4, (9), 63-72.

Roig Salas, A; Capilla T; Carballo, S; González Duro, E (1985). Informe sobre el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría.* 5 (14), 379-388.

Roig Salas, A; García, R (1987). Informe sobre la «Unidad de Judiciales» de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría.* 7 (21), 315-317

García, R; Mayoral F; Roig, A; Díaz M.E (1987). Informe sobre el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 7 (23), 667-683.

Defensor del Pueblo (1991). *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*, Madrid.

*Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, Abril de 1985*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985.

# SUPERSTIÇÃO E RELIGIÃO, PANDEMIAS E PODER MÉDICO PEDRO HISPANO (1277) e AMATO LUSITANO (1552)

**Alfredo Rasteiro**
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal
Professor Associado Jubilado de Oftalmologia
Email: alfredorasteiro@hotmail.com

**Resumo**
Superstição, religião e pandemias cresceram com a Humanidade, nos últimos quinze mil anos, desde o «*Grande feiticeiro*» (Gruta «*Les trois frères*») ao «Mural» de Vhils (Alexandre Manuel Dias Farto), no Hospital de São João, Porto, 2020-Junho-19.
Poder médico surge com primeiras Universidades; «*Tesaurus pauperum*» de Pedro Hispano (c.1210-1277) e «*Centuriae*», de Amato Lusitano (1511-1568), testemunham Ética e actuações diversas.
Constatado o darwinismo das grandes crises, deseja-se que o médico regresse ao leito do doente.

**Palavras-chave**: Superstição, religião, pandemias, poder médico

**Abstract**
Superstition and religion, pandemics and medical power Petrus Hispanus (1277) and Amatus Lusitanus (1552) — Superstition, religion, pandemics and medical power are present from the «*Great Sorcerer*» («*Les trois frères*») to the masked faces of the São João Hospital («*Mural*» by Vhils, Alexandre Manuel Dias Farto), 2020-June-19. "*Tesaurus pauperum*" by Petrus Yspanus (c.1210-1277) and "*Centuriae*" by Amatus Lusitanus (1511-1568) recall processes.
Witnessing the Darwinism of the great crises, the doctor will return to the patient's bed.

**Keywords**: superstition, religion, pandemics and medical power

***

## Introdução

O «*Menino do Lapedo*», inumado com ocre vermelho, colar de conchas e flores, descoberto em 1998-Dezembro-25 no Lagar Velho, Leiria, anterior ao *Homo sapiens sapiens* dos «*petit sorcier*» e «*grand sorcier*» que encantaram Henri Breuil (1877-1961) em «*Les trois frères*», testemunha ritual religioso e afirmação Humana do *Homo sapiens* de há 30 mil anos, ainda representado(?) em 1961 em Zalala, Angola.
Na Idade do Ferro, Vale-do-Côa exibiu o «*Homem-de-Piscos*», «*Feiticeiro*» priápico sobreposto a um *Auroque*, destruídos em 2017-Abril-25 e Tribunal de Foz-Côa ilibou dois iconoclastas (2021-Janeiro-21) desta «*ilustração excepcional do desenvolvimento repentino do génio criador na aurora do desenvolvimento cultural da humanidade*», Monumento nacional, Património UNESCO 1998-Dezembro-02. Cegueira política corrói Honra, destrói Património, desacredita quem escreva: «as *gravuras do Côa correspondem a uma série emaranhada de garatujas horrendas e quase indecifráveis*», Vasco-da-Graça-Moura (1942-2014): «DiárioNotícias», 1995-Abril-14.

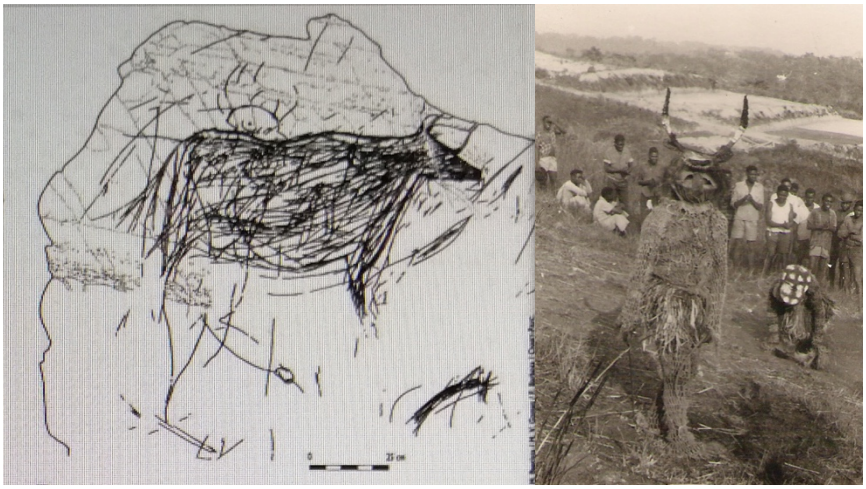


Fig. 1 e 2 - «*Homem-de-Pisco*s» e Auroque (A.M.Baptista); «*Kibanda*», Zalala (CC98/BC88)

**Aspectos gerais**

Há sete mil anos, os Povos ibéricos colocavam placas votivas, em xisto, junto dos seus mortos. Placas oculadas, em ouro, foram encontradas em Garvão (1982). Seguiram-se os cultos a Santa Luzia/Lúcia (Viana do Castelo e outros; José de Campos Vazão Trindade, Oftalmologista em Portimão, recolheu *ex-votos*). Altares propiciatórios dedicados aos SACRVM AESCVLAPIO de Lisboa, e de Mirobriga, juntam-se a sete dezenas de aras votivas ao ENDOVELICO/ENDOVOLLICO do Alandroal, no Museu Nacional de Arqueologia, em Lisboa. Em Braga, o Museu de Dom Diogo de Sousa acolhe Asclépio, deus grego da Medicina, e Nabia, protectora dos rios e das nascentes da Ibéria. E, com os Romanos, chegaram a terras da España a romanização dos Cultos populares, as vias de comunicação, a intensificação das trocas comerciais, o Latim, o Direito romano, e o Cristianismo. Os antigos templos adaptaram-se ao culto do Deus único e surgiram novos evangelizadores. Os novos formadores, curadores e milagreiros, concorreram entre si. Criaram-se usos e costumes. Em 1950, o Sacristão do «Sítio» afirmava que a Senhora da Fátima (1917) era o Diabo que tinha aparecido à Senhora da Nazareth, devoção do Almirante Fuas Roupinho c. 14 de Setembro de 1182. Nos primeiros séculos, as igrejas cristãs ocuparam o lugar dos antigos templos e os novos sacerdotes, sempre empreendedores, disponibilizaram conhecimentos médicos rudimentares e tentaram erradicar as velhas práticas e as crenças mágicas. A par destes, entendidos Judeus que buscavam as Terras de Sefarad, depois da destruição do 1º Templo de Jerusalém (587 a.C.), e curandeiros norte africanos (após 711) transmitiram o que sabiam aos próprios familiares, e aos seus «*criados*», - que criavam e educavam – ao mesmo tempo que ofereciam cuidados médicos à população hispana e erguiam as primeiras escolas médicas peninsulares em madrassas e em judiarias, em Córdova, Sevilha e, provàvelmente também, na Sinagoga de Lisboa.

Desde os tempos da regina Tarasia (1117) e depois, com o seu filho Ibn Herrik (c.1106-1185), superstição e magia, religião e medicina vegetaram juntas, na terra portuguesa.

Santa Cruz de Coimbra, mosteiro fundado em 1131, e o Estudo Geral de Lisboa, solicitado em 1288, elegeram Mestres que leram Artes, Direito canónico, Civil e Medicina, que tiveram aprovação Papal em 9 de Agosto de 1290.

O franciscano Santo António, de Lisboa e Pádua, agostinho em Coimbra e professor em Bolonha (1223), e o lisboeta Mestre Pedro Hispano, Papa da Igreja de Roma com a designação de João XXI, alcançaram fama. Nos séculos XV e XVI, na terra portuguesa,

toda a Medicina é praticamente judaica, ainda que os Judeus sejam banidos em 31 de Outubro de 1497.
A Reforma dos Estudos de 1559, proposta por um Colégio de que fizeram parte, em representação da Medicina, Tomaz Rodrigues da Veiga e Pedro Nunes, coloca no 2º ano a Cadeira de *Terça*, em que se lia o «Segundo livro do Canon» de Avicena (980-1037), que trata da preparação dos Medicamentos, Matéria lida por Luis Nunes (c.1510-1565) em 1541-44, antes de zarpar para Antuérpia. E os Estatutos seguintes, de 1592, aprovados em 1612, destinaram esse espaço para Anatomia. Mais tarde, em 1772, constata-se a impossibilidade de aplicar correctamente a Reforma pombalina por não existir um Teatro anatómico destinado ao ensino da Anatomia, Cadeira do 1º ano, colocando, em seu lugar, Matéria médica e Farmácia.
A preparação de «*hum esqueleto pª. a demonstração de todos os ossos, que he o prº. que tem tido esta Universidade*» será realizada em 1779 por Caetano Jozé Pinto de Almeida (1738-1798) e a fixação da Anatomia no 1º ano terá lugar, finalmente, na Reforma de 1791.
Sinal de confusões e embaraços, «*De Medendis Corporis Malis per manualem operationem*», Coimbra, 1605 do Doutor João Bravo, *Chamiço* de alcunha, valorizou o poder encantatório da palavra sussurrada, as orações cristãs e os *ensalmos* sefarditas. Uma «Carta Régia» de 9 de Maio de 1612 proibiu a actuação das «*pessoas que curam com psalmos e palavras supersticiosas*».
Na longa noite inquisitorial, Maria Gomes, esposa do Lente de Prima de Medicina Doutor António Gomes, foi queimada em Lisboa em 5 de Maio de 1624, no mesmo auto do Lente de Canones Doutor António Homem.
No século anterior, em 1552, em Veneza, o Doutor João Rodrigues, natural de Castelo Branco, mais conhecido como Amato Lusitano (c.1511-c.1568), foi apresentado como

> «*médico distinto, de fé impoluta, a quem tudo interessa e que nada descura, respeitador dos clássicos e leitor dos modernos, ainda que a Venus dedicados. A sua escrita tem a graça e ombreia com a dos antigos, causa invejas e estimula novos estudos, por muitos anos. O seu saber honra Minerva e as suas fontes. De escrita refinada e pensar jovem é persistente, actual e intemporal. Possui crédito que resiste ao tempo. A sagrada Minerva apoia-o, afasta a lama dos invejosos, evita crimes e punições. Escreve sem as impurezas que viciam as fontes de águas puras, destruidoras da beleza e da transparência das nascentes. Este seu novo Livro, há muito esperado («Segunda Centúria»,1552) revelar-se-à da maior utilidade na Arte Médica. Orem por seus Pais, que ficaram longe. Herdou-lhes o nome. Médico, todos amará», «Hic Parentis ora,/ Et uultum ut retinet sui, precamur,/ Sic nomen teneat recéns Amati:/ Vno ut nomine, cum Parente natus/ Passim per Medicus ametur omnes.*»
>
> (Nicolai Erotographi Attigniensis, Rhemi Hendecasyllabum, «Poesia de Apresentação», in Amati Lusitani: «Centuriam secundam», Ex Officina Erasmiana Venetiis, Vicentij Valgrisij Typographum, Venetiis, 1552).

**Fernando Martins Bolhão / Santo António (1195-1231)**
O vouzelense Gil Rodrigues, filho do alcaide de Coimbra Rui Pires de Valadares, imortalizado como São Frei Gil de Santarém (1190-1260), e Fernando Martins Bolhão (1195-1231), cónego regrante que trocou o Mosteiro de Santa Cruz pelo Eremitério de Santo Antão dos Olivais, dito Santo António de Lisboa, aclamado em Pádua, foram taumaturgos. O Museu Antoniano de Padova está repleto de ex-votos retirados de Igrejas portuguesas, desde as simples silhuetas uterinas em ferro, e em prata, até ao inconfessável «*Milagre da Bilha*», 1912 concebido por Manuel Gustavo Bordalo Pinheiro (1867-1920), que admirei em Pádua. Medicina popular, Magia e Religião conduziram-nos ao «*Tesouro dos Pobres*», atribuído a Pedro Hispano.

**Pedro Hispano (c.1210-1277)**

Pedro Eanes, Petrus Juliani Reboli, Pedro Hispano (c.1210-1277) quis inaugurar um salão no alto de uma ravina, no Palácio papal de Viterbo e tudo ruíu, em 14 de Maio de 1277, ferindo-o gravemente. Resistiu 6 dias. Papa da Igreja de Roma desde 17 de Setembro de 1276, João XXI por erro de contagem, acreditamos que terá sido médico. Nessa época, eramos todos Yspanos: distinguiram-se os Pedros. Algum deles compilou, ou orientou, a elaboração do «*Thesaurus pauperum*». Não esqueçamos a fatalidade biológica da Presbiopia, obrigando a ter secretários antes de dispormos de lupas, ou óculos. O «*Prólogo*» do «*Libro de medicina llamado Tesoro delos pobres cõ vn regimie(n)to de sanidad*», Sevilha, 1543 pertencente à Faculdade de Medicina de Coimbra (Biblioteca das Ciências da Saúde) esclarece: *«…El ql mãdo hazer el papa Juan a vn medico suyo llamado maestre Juliano hombre muy sabio y experimentado en medicina»,* quiçá pseudónimo, procurando evitar confusões com assinaturas de maior responsabilidade em «Cartas encíclicas», evitando misturas com tudo «*aquilo que parecia ter um certo sabor a impiedade, qual fora o que tinha escrito sobre o que* ***evitava a concepção*** *e igualmente sobre a* ***maneira de pôr em fuga os demónios*** *e outras do mesmo género», «relictis et extirpatis illis, quae aliquam impietatem sapere uidebantur, qualia fuerunt, quae scripserat de* ***prohibentibus conceptionem****, item de* ***fugandis daemonibus****, et id genus aliis»* assinaladas por Wilhelm Adolf Scribonius (c.1550-c.1600) no *«Thesaurus Pauperum Petri Hispani Pontificis Romani, Philosophi Ac Medici doctissimi, de Medendis morbis humani corporis Liber. Experimenta particularia per simplicia Medicamenta ex probatissimis Autoribus, & propijs obseruationibus collecta, continens*», *Frankfurt*, 1576 cotado em Maria Helena Rocha-Pereira: «*Obras Médicas de Pedro Hispano*», Por Ordem da Universidade, 1973. Curiosamente *Scribonius*, professor em Marburgo, aponta algumas medidas censórias de que não fez uso e regista opiniões depreciativas de colegas e amigos, nomeadamente Justo Vúlteo: «*E quanto a ensinar que se cura trazendo* ***coisas ao pescoço*** *e que é boa a força dos carácteres, será (de) uma criança, ou (de) um Papa?», «Quod* ***suspensa docet collo sanare****, banamque// Esse characterum uim: puer anne Pappa est?»* (M.H.Rocha Pereira: Obra citada).

Depois de referir a Divindade, à boa maneira Árabe, «*Tesouro dos Pobres*» regista prescrições destinadas a todas as partes conhecidas do corpo, começando pelas do alto da cabeça e indo até às da planta dos pés, ao alcance de qualquer bolsa, transmitindo todos os cheiros, satisfazendo os gostos mais exigentes, libertando espaço para a pobreza envergonhada, o chiste, a pesada fantasia. Assim, o Capítulo 44º, «*De impedimento conceptus*», inclui 26 receitas, qualquer delas implicando algum escândalo do professor Guilherme Adolfo, de Marbourg. Dois ou três exemplos: - 1. «*Se não quiseres conceber, … come o osso do coração do veado e não conceberás*», Constantino; 4. «*Faz como aquela que engoliu a abelha e não concebeu*»; 12. « *Antes do coito, suco de hortelã na vulva impede a concepção*», Auicenna, (980-1037); 15. «*Osso de coração de veado amarrado no braço impede a concepção*», «*suspensum bracchio*», como se fora um *tefilin* judaico.

Sobrarão as imprevidências e as intolerâncias, restará alguma carta aflita escrita em palavras singelas dirigidas à imagem pisa-papeis de Santo António, retirada de algum Templo.

A despenalização da interrupção voluntária da gravidez existe desde 1998-Junho-28.

Coisas de trazer ao pescoço, que fizeram rir Justo Vúlteo, correspondem ao colar com pedras verdes de Elisabet d'Aragó (c.1271-1336), guardado no Museu de Machado de Castro, «*saphirus et smaragdus oculos quos sepe tangunt sanat* » (*Thesavrvs Pavpervm*, VIII. *De dolore oculorum* § 37). Olhos de Águia e olhos de Caranguejo, raizes de Ácoro e raizes de Peonia, penduradas ao pescoço, antecedem gravatas estampadas vistosas, no século XX.

Duzentos e setenta e cinco anos separam Pedro Hispano do Doutor Amato Lusitano que em 9 de Dezembro de 1552 prescreveu **Pó de Raiz de Peonia** a um menino de

três anos, por sofrer de «Epilepsia» e que, ao fim de oito meses de tratamento, para seu grande espanto, exibia uma **Raiz de Peonia, pendurada ao pescoço** (Amato Lusitano: «*Quarta Centúria*», Mem. 22ª, 1556).
Para «***clarificar** a visão*», o *Thesavrvs Pavpervm*, VIII. *De dolore oculorum* § 38 recomendava o *suco da **raiz** do Ácoro*, «*sucus radicis acori calefactus mire **clarificat** oculos impositus*». Subversivo, Pieter Paul Brueghel *o Velho* (1525-1569) apresentou um «*Cego condutor de cegos*» deitado num barranco à espera que gotas salutíferas **da flor** do Ácoro lhe acertassem nos olhos, ou no nariz, resolvendo dores de dentes. (Actualmente no Museu Nacional de Nápoles; Lucas: *6*, 39; Matias: *15*, 14).

**Amato Lusitano** (c.1511-c.1568)
Hipócrates (460-337 a.C.) ensinou que o Doente, a doença e o médico são os três pilares da Medicina: o doente confia no médico, o médico acredita no doente.
Porém, durante os primeiros mil e quinhentos anos da nossa Era, os sucessores dos Asklepiades e os discípulos de Hipocrates leram a «*Historia naturalis*» do Caius Plínius Secundus (23-79) e encontraram alguma utilidade no Livro 30º desta Obra, relativo a Magia e Medicações. Constataram que Medicina e Magia tinham tido desenvolvimento simultâneo, «*pariter utrasque artes effloruisse, medicinam dico magicenque*» e recusaram a Magia por reconhecerem que, entre todas as Artes, mostrava ser a mais antiga e a mais fraudulenta de todas: «*fraudulentissima artium plurimum in toto terrarum orbe plurimisque saeculis ualuit*».
«**Pedidos de ajuda**» necessitam acompanhamento digno, dispensam paliativos, falsas medicações.
Em 1557, em Ragusa (Dubrovnick), procurado por Representante do rei de França, o Doutor Amato, que «*nunca fingiu nem acrescentou, … a não ser a verdade*», - «*nihil finxisse, nihil addidisse, …nisi id veritatis studium expoceret*» (IUSIURANDUM, 1559), elaborou uma simulação. O doente, «*atacado*» com o «*mal francês*», com óptimo aspecto, boa pulsação, «*saúde excelente*», comia como boi, bebia como gaulês, dormia profundamente e encontrava-se «*melancolico*». Convenceu-se que se formara colecção purulenta no seu lado direito, pedia ao médico que a removesse e, objectivamente, não havia esta patologia. Dada a insistência do doente, e a sua inabalável convicção, Amato planeou simulação de um acto terapeutico para o qual pediu e obteve a leal colaboração de colegas e amigos, Jacob médico em Bolonha, Batista Vanucci cirurgião em Florença e Paulo Celetano, cirurgião de Nápoles com os quais recordou a anedota da «*expulsão de uma cobra, pelo ânus*», contada por Alexandre de Trales (c.525-c.605).
Preparada a necessária encenação, sem a mínima suspeita por parte do doente, no dia 8 de Março de 1557 o Doutor Amato, o Doente ancioso, e os Amigos comuns, atentos, agindo discretamente, fizeram avançar um Cirurgião que, rigoroso, hábil, simulou a cauterização da lesão inexistente e imediatamente, expedito, exibiu uma taça, até então escondida, replecta de escorrências, de aspecto purulento, prèviamente preparadas, - «*leite e sangue de galinha*», - deixando o doente aliviado, satisfeito, esperançado na cura (Amato Lusitano: *Sexta Centúria*, Mem. n.º 42, 1560).
Diferente da simulação é o abandono do Caso clínico, por razões éticas.
Uma senhora foi mãe de uma menina e ao sétimo dia sentiu-se com dores pré-cordiais, febre e calafrios. Assistida pelo Doutor Amato, tornou-se «*melancolica*» e aqueles que a assistiam, convencidos de que estaria a ser atormentada por um espírito maligno, chamaram os monges para o expulsarem. Acreditando que este sofrimento tinha causas naturais, segundo Hippocrates, e que não era devido à actividade dos espíritos malignos, o médico, o Doutor Amato, que **regeitava a magia, abandonou o Caso**. (Amato Lusitano: «*Primeira Centúria*», Mem. 34ª. 1551).

**Carências alimentares, catástrofes e epidemias**

Assinaladas desde sempre, as carências alimentares estimularam a elaboração subconsciente de três medidas que foram utilizadas em 1369-1371 num embargo multinacional a Sevilha, registadas por Fernão Lopes (c.1385-1459) na «*Crónica do rei dom Fernando*» (Cap. 42º), com incidência directa nas grandes viagens marítimas dos séculos XV-XVII: alternância das grandes restrições com «*períodos de férias*» na terra firme, consumo de mantimentos frescos e o reforço da autoestima através do bom uso de fardamentos limpos e bem apresentados. Algumas epidemias tiveram respostas que lembram a actuação de Dom João 2º quando a *Peste* grassou em Évora, no final do verão de 1490: evacuação de toda a cidade durante quinze dias, gado vacum a dormir de noite na cidade e a comer fora, limpeza das ruas, casas defumadas e caiadas, seguindo-se depois, durante dez dias, o afastamento dos escravos e a ausência dos negros (Garcia de Resende (1470-1536): «*Crónica de D. João II*», Cap. 119).

Medidas de bom senso, firmeza de atitudes, apoio aos mais desprotegidos por parte dos decisores e iniciativa dos médicos, quase sempre anónimos, esbarram muitas vezes na incompreensão das populações, mal informadas e a pedir cuidados, como aconteceu em 1899, na cidade do Porto, quando o saber, as análises, e as decisões de **Ricardo** de Almeida **Jorge** (1858-1939) foram rejeitadas, num combate contra um surto de *Pasteurela pestis/ Yersinia Pestis* («*Diário de Notícias*», 1899-Setembro-30).

Em 1490 uma epidemia estivo-outonal entrou por Lisboa, atingiu Sevilha, infectou porcos embarcados em navios de Cristovão Colombo (c.1451-1506) que transmitiram a infecção aos marinheiros e a milhares de ameríndios, nas Antilhas, por «*influentia coeli*», muito provàvelmente um *Myxovirus,* da Influenza.

Em 6 de Março de 1506 zarpou para a India a Armada de Tristão da Cunha com muitos mortos a bordo, um dos quais tinha «*comidos os pés dos ratos*». Chegados a Cabo Verde desembarcaram os ratos, levando com eles Pulgas e Peste, neste caso Peste bubónica por *Pasteurella pestis/ Yersinia pestis*, 1894 muito provàvelmente (João de Barros: «*Décadas da Ásia*», II, I).

Pragas históricas incidiram em Tróia (1180 a. C.), Atenas (429 a.C.), Bizâncio (532), França ( 544), Itália(1038), Antioquia (1097), Crimeia (1348), Florença (1349), Frankfurt (1348-50), Inglaterra (1517). A «peste» de Munich (1527) afugentou os habitantes de Wittemberg e pôs à prova Martin Lutero (1483-1546), que por lá ficou a cuidar doentes. Quase todas as epidemias têm um caracter sazonal: as estivo-outonais vêm com o cair da folha; as hiberno-primaveris impedem, quase sempre, as renovações da Vida.

Empestados de Lisboa, Antuérpia, Ferrara, Veneza, Roma e Ancona contribuiram para a formação do Amato Lusitano, «*todos iguais, todos diferentes*», «*differt corpus à corpore, natura à natura, & nutrimentum à nutrimento*»; os abalos sísmicos de (*Thes*)salonica e Monastir (1559) alertaram para *Peste,* no inverno seguinte (Amatus Lusitanus: *Centuria Setima*, 27, 1566).

«*AMATI MEDICI LVSITANI CENTVRIA PRIMA*», 1551 começa por um «*piscar de olhos*» à Inquisição: «*Pvella rustica nata annos tredecin, … à vipera in pede dextro morsa fuit*» e não esquece *«Diuus Didacus Mendocius Caroli Quinti Imperatoris apud Venetos vigilanti imus Orator*», atento a Trento. «*Illvstrissima Domina Iacoba de Monte Iulij Tertij Súmi Pontificis Soror dignissima*» abre «*CENTVRIA SECVNDA*», 1552. D. Afonso de Lencastre, Embaixador de Portugal, receberá a «TERTIA» (1556).

Superstição e magia, religião e cuidados, observação e prática, comportamento racional e decisão yppocrática, experiência médica e transmissão de conhecimentos conduziram à criação das Universidades medievais, iniciadas por Monges que se tornaram Mestres em Artes, Direito civil, Canónico e Medicina; respeitavam os Mestres, acolhiam o *Magister dixit* e o saber dos Livros, erravam e aprendiam, transmitiam experiência alheia e aquisições próprias. Deram frutos nos séculos XVI e XVII (Vesálio: Anatomia e

Desenho anatómico; Fuchs: Botânica e Desenho de Plantas com Raiz, Caule, Folhas, Flores e Frutos; Amato: Histórias Clínicas rigorosas, rejeição da superstição, descoberta das válvulas da Veia Ázigos; Harvey: Circulação, 1628; Jenner: *Variolae vaccinae,* 1798).
O século XIX ofereceu bases anatomo-clínicas e o século XX exigiu fundamentação baseada na prova, *Medicin-based evidence* (1992). No século XXI esbracejamos em caldos de cultura multidisciplinares com interesses antagónicos, onde muito se joga e nada é seguro: a Vida na Terra e as nossas Vidas.
A pobreza e o isolamento, as prescrições administrativas das posses dos locais de inumação e a Antropologia física que devassa minuciosamente o passado biológico das populações, quebraram defesas individuais e regionais, contribuíram para a alteração dos rituais e das regras sanitárias focadas na Morte. Em 2019-2020, no desenvolvimento da SARS-CoV2/COVID-19, foi implementada a incineração, promoveu-se a eutanásia, desarticularam-se as familias, suspenderam-se os lutos.
E esquecemos o velho Lusitano que entregou metade da manta com que se cobria ao filho que o abandonou.



Fig. 3 – «*Mural*» Vhils, Direitos Humanos na Era Digital, Hospital S. João, 2020

**Conclusões**
SARS-CoV-2/COVID-19 impôs reflexões actualizadas sobre Saúde mental, mascarilhas, Pandemias, Eleições, Populações, Indústrias da Saúde, camuflados (*raio de ideia*!). Constatados os anonimatos, regista-se a importância de Chefias orientadas por Homens como o D. João 2º de 1490, carismáticos, dispondo de marinheiros, engenheiros, matemáticos, físicos, químicos, biólogos, veterinários, farmaceuticos, administrações hospitalares, enfermeiras, enfermeiros, médicas e médicos, Gente que nos honra, oriunda do vasto mundo do falar português, do Minho a Timor.
«Mural» Vhils (Alexandre-Manuel-Dias-Farto), 2020-Junho-19, Hospital São-João, Porto, dez figuras de cara tapada, ilustra o Estatuto dos Cuidadores. Heróis, tapou-se-lhes o rosto.
A Lei nº 27/2021, 17-Maio, Direitos Humanos na Era Digital, controla(?) os notíciários. Calamidade passada(?), constata-se a dificuldade do regresso dos seguidores de Ippocrates ao leito do Doente, «*à observação directa dos factos em deterimento das faustosas especulações, à humanização dos seus fins e métodos*», com Fernando Namora (1919-1989): «*Deuses e Demónios da Medicina», Duas Palavras*, 1952.

**Notas bibliograficas**
- Baptista, António Martinho: Dos Principais Ciclos Rupestres, al-madan ISSN 0871-066X, IIª Série (16) Dezembro 2008, pp. 126-139 «*Homem de Piscos*», p. 132.
- breuil, Henri (1877-1961) e Lantier, R.: Les Hommes de la Pierre anciene, Payot, Paris, 1959 «*Le Grand Sorcier*», folha de rosto.
- Caldeira, Maria do Carmo Gama: Dia de Portugal, Funchal, 10 de Junho de 2021.

- Carvalho, Adelino Vieira de Campos de (1867-1935): Prophylaxia da peste, febre amarela e cholera-morbus. Medidas applicáveis na Europa, Typographia França Amado, Coimbra, 1898. Omite a «*Crónica de D. João II*» de Garcia de Resende e a Peste de 1490, recorda «*desinfectadores*» e «*ensaiadores*» (p.161), cordões sanitários e quarentenas (p.194).
- Daniel-Sampaio: Relato de um Sobrevivente, Caminho, Setembro, 2021.
- Fleury, Maurice de (1860-1931): Le Médecin (1927) / O Médico, Tradução de Alberto Moreira da Rocha-Brito (1885-1955), Arménio Amado-Editor, Coimbra, 243 pp., 1937; no «*Prefácio*» (pp. 9-77), dedicado a Estudantes que desejem ser Médicos, traduz o «*JusJurando*» de Amato Lusitano (pp. 28-30) e homenageia os Quatro Patronos da Ética Médica Portuguesa: Jerónimo de Miranda (-1562-), Henrique Jorge Henriques (c.1545-1622), Rodrigo de Castro (1550-1630) e Zacuto Lusitano (1575-1642).
- Carmo, Isabel do : **«…** *ganhei direito a um cadeirão, a uma máscara de oxigénio e à segurança de ter entrado no circuito. Desde esse momento, fui sempre a senhora Isabel, idêntica a todos os outros, e nunca, e bem, a médica da casa…»,* Notícias do túnel, Público, 29 Janeiro 2021.
- Sousa, Maria de (1939-2020): «*the living want to mourn their dead in silence*», Love letter in a viral pandemic, April 3, 2020.
- Pinheiro, Carlos José (c.1791-1844): Relatórios sobre a epidemia de Aveiro, (1833), incluindo «*atacados*» (155), mortos (32) e autópsias realisadas (15+1).
- Rasteiro, Alfredo: O Hospital Real de Espírito Santo, a Medicina Portuguesa e a Inquisição de Évora, Actas do Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital do Espírito Santo de Évora, pp. 105-118, Évora, 1996, refere a *epidemia* de 1490.
- Ricardo Jorge (1858-1939): Um pseudo historiador justiçado, 31 pp., Impª. Libânio da Silva, Lisboa, 1932 sobre Investigação, Ética Médica e Direitos de Autor.

# COMPORTEMENT HUMAIN PENDANT LES ÉPIDÉMIES

**Chicoș Bogdan Horia**
Centre clinique des maladies rhumatismales "DR Ion Stoia" Bucarest, Roumanie
Médecine interne, rhumatologie, PhD
Email:b_chicos@yahoo.com

**Résumé**
Les épisodes les plus connus de maladies infectieuses qui par leur intensité ont changé l'histoire sont présentés chronologiquement ; il y a des informations démographiques auprès les épidémies de l'Egypte Antique, d'Asie Mineure, d'Empires romain et byzantin, de l'Europe médiévale, moderne et contemporaine ; informations sur les effets de la variole, de la grippe, de la rougeole dans le Nouveau Monde. On a comparé les attitudes, la peur, la tristesse, l'anxiété, la dépression et les conséquences avec la pandémie de la Covid-19, les mesures prises par les autorités, leurs effets. Donnée statistique. Modification de l'utilisation des anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, alcool, taux de suicide, taux de natalité. Comparaison de la vaccination contre la variole et l'historique de la vaccination contre la Covid-19.

**Mots-clés** : comportement, médication, vaccination, suicide, natalité

**Abstract**
*Behavior during epidemics* — The most famous episodes of infectious diseases which by their intensity have changed history are presented chronologically; there is demographic informations from the epidemics of Ancient Egypt, Asia Minor, Roman and Byzantine Empires, medieval, modern and contemporary Europe; information on the effects of smallpox, influenza, measles in the New World. We compared the attitudes, fear, sadness, anxiety, depression and consequences with the Covid-19 pandemic, the measures taken by the authorities, their effects. Statistical data. Modification of the use of anxiolytics, antidepressants, hypnotics, alcohol, suicide rate, birth rate. Comparison of Smallpox Vaccination and Covid-19 Vaccination History.

**Keywords**: behavior, medication, vaccination, suicide, birth rate

***

## Introduction

Le but de cette communication est de connaître et comparer les comportements humains lors des épisodes infectieux à grande échelle que l'humanité a traversé pendant l'histoire et la pandémie de la Covid 19. La tristesse, l'anxiété, la dépression, le stress - et leurs conséquences. Les mesures prises par les autorités et leurs effets ; données démographiques ; consommation de drogues, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques ; consommation d'alcool ; informations sur le taux de suicide, le taux de la natalité ; l'attitude envers la vaccination. La comparaison montre que les sentiments humains n'ont pas changé au cours des siècles, que la plupart des mesures prophylactiques sont restées inchangées. Ce qui distingue le présent du passé, c'est la manière dont la prophylaxie est appliquée. Apres plus d'un siècle d'utilisation de la vaccination, avec tous les progrès médicaux, il existe une réticence insuffisamment justifiée dans la majorité de la population.

**Débat**

Les épidémies/pandémies touchent un grand nombre de personnes. La durée des mois, des années, les formes cliniques violentes, le grand nombre de victimes, le manque ou l'inefficacité du traitement ont toujours produit des changements comportementaux. Le stress est la réaction naturelle du corps aux situations tendues. Lors des épidémies/pandémies, les états de peur, de tristesse, d'anxiété, de dépression dépassaient la durée raisonnable. La panique est présente. Il y a eu des épidémies de peste, de variole, de choléra, de grippe. Peste d'Athènes (430 av. J.-C.), époque de Périclès et la guerre avec Sparte[10 a]. 100 millions victimes ; Peste du Cyprien [10 b,c], ( variole ? 250-271 av. J-C.) en l'Empire romain : Rome : 5 000 victimes par jour ; Peste de Justinien (541-542 après J- C) annonce le déclin de l'Empire byzantin [10 d] ; Peste noire : 1346-1353 ; commence en Crimée, affecte l'Europe, l'Asie, l'Afrique du Nord : 200 millions de victimes, dont 25 à 40 millions en Europe ; la population de la terre : 500 millions. C'est le début de la guerre de Cent Ans : possible trois grandes pandémies de peste : au VI -ème siècle (Justinien), au XIV -ème, la mort noire" et en Chine[2].

La grippe espagnole H1N1 (*la fiebre de los tres dias [1]*): nommée ainsi car la plupart des informations venaient d'Espagne neutre. Pic octobre-novembre 1918 ; une forme de grippe aviaire [2](après l'arrivée des soldats du front).

1918-1919 : 50-100 millions de victimes dont 25 millions dans les six premiers mois ; 3 - 6 % décès, 10 - 20 % mortalité ; 3 à 5 fois plus de victimes que la guerre. Survenu aux États-Unis (le 11 mars 1918, Fort Risley, Kansas). Aux Inde : mortalité de 20 %, 17 millions décès soit 5 % de la population. Des mouvements de troupes massifs, le déclin de l'économie mondiale a favorisé la propagation. Possible la deuxième létalité pandémique après la peste européenne du XIV -ème siècle. OMS : épidémie Covid 19 le 11 mars 2020. 4,6 milliards de personnes isolées, soit près de 60% de la population de la planète au printemps 2020 [1]. Le nom officiel du nouveau coronavirus est SARS. -CoV-2 (syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2).

Il est faux de considérer que dans deux ans, l'Empire Aztèque, partie de l'Empire colonial espagnol jusqu'au début du XIX- -ème siècle, pourrait être conquis par quelques centaines de personnes qui

possédaient des armes et des chevaux. Empire Aztèque : 16 et 26 millions habitants. La capitale, Tenochtitlan, comptait en 1520 entre 200 et 240 000 habitants ; un an après : diminution 40%. [6, 11]----

La catastrophe démographique des maladies infectieuses variole, rougeole, rougeole, une forme de fièvre hémorragique similaire à la fièvre typhoïde, cocolitzli [11] " a causé 20 millions de morts dans les premières années où l'Europe comptait 57 millions d'habitants : Espagne et Portugal ensemble : 10 millions d'habitants[7].

Ces épidémies ont en commun le déclenchement et l'évolution lors de conflits militaires impliquant un grand nombre de personnes, des contacts interpersonnels, des pénuries alimentaires, la manque d'immunité des habitants contre ces maladies inconnues.

Les navires européens ont apporté la variole, la rougeole et la grippe en Amérique latine. La population de l'Amérique précolombienne était estimée au même nombre qu'en Europe, entre 80 et 100 millions d'habitants, dont 4 à 5 millions au Brésil en l'an 1500 de l'arrivée des Portugais. Les épidémies, l'attitude des nouveaux arrivants, ont causé la mort d'environ 54 millions de personnes. L'expropriation, l'esclavage forcé et l'exposition aux maladies infectieuses européennes ont conduit à une baisse spectaculaire du nombre de populations amérindiennes.

2010 : l'Institut Brésilien de géographie : 896 917 autochtones, soit 0,44% de la population[9].

État de Rio Negro (Brésil) la population Desana eut son premier contact épisodique avec les Portugais après 1730, lorsque des incursions d'esclaves furent organisées a Maranhão et Pará. Sans travailleurs, l'économie était en danger. Les Amérindiens peuvent avoir été contaminés depuis la fin du XVII --ème siècle par des Blancs à la suite de leur échange avec les Néerlandais. Ceux-ci ont offert des marchandises en échange des prisonniers. L'échange a eu lieu dans le bas Rio Negro. En 1740, une épidémie a causé de nombreuses pertes dans le haut Rio Negro. Mortalité de la population naïve à variole - 25% à 30%.

Il est possible que l'épidémie ne fût pas provoquée par le contact direct avec les Portugais, mais avec leurs marchandises représentées par des tissus de coton contaminés. Flambées dévastatrices de variole, de rougeole ont touché le haut Rio Negro (plutôt 1749 et 1763). Epidémies : variole, rougeole, grippe, fièvres intermittentes dans centres coloniaux de travail forcé dans l'agriculture, sylviculture. Les épisodes de variole et de grippe ont été si nombreux à travers le fleuve Negro que les Indiens ont fui la région, mais ont été remplacés par d'autres capturés.[13]

La variole, transmission : contact direct, produits de base, comme tissus de coton avec des croûtes de variole. Le virus de la rougeole infectieux jusqu'à 36 heures d'exposition à l'extérieur, nécessitant un minimum de 200.000 à 300.000 personnes pour être endémique. La rougeole se transmet presque exclusivement par contact direct.

La grippe, comme maladie respiratoire, était connue pour un risque majeur pour la santé. La grippe vient des objets des blancs, de leurs biens, de leur nourriture[13]

La peur lors des pandémies : 1996, Egypte (Louxor) : complexe funéraire de quelques dignitaires du VII -ème siècle avant J.-C. On a trouvé un enterrement du II -ème siècle après J.C. réalisée dans chaux vive obtenue en calcinant la pierre locale avec le bois des cercueils d'origine. L'Egypt., partie de l'Empire Romain, était ravagé par la peste de Cyprien (250 et 271 après J.C ; Saint Cyprien, évêque de Carthage, mort en 258)[10].

L'une des plus anciennes épidémies connues est celle hittite (XIV -ème siècle avant J.C.) possible zoonose causée par Francisella tularensis. Les Hittites vivaient en Anatolie (l'actuelle Turquie). Ils ont porté la guerre contre les Egyptiens. Ils ont capturé des prisonniers malades, les ont emmenés chez eux. Ainsi la maladie a envahi l'Etat qui a perdu la guerre et, possible, est la cause de la chute de l'empire. Les Hittites soupçonnaient probablement que la maladie provenait des moutons et des ânes, parce qu'on remarqua des troupeaux de ces animaux autour de la forteresse hittite d'Arzawan[14].

L'isolement, situation commune aux épidémies. La population quittait les zones surpeuplées, les activités impliquant un grand nombre de personnes dans un petit endroit étaient suspendues.

Le confinement contre la Covid 19 a été fréquemment imposé immédiatement après le 11 mars 2020. Chine : 22 décembre 2021, confinement de 13 millions de personnes dans la ville de Xi'an quelques semaines avant l'ouverture des Jeux Olympiques d'Hiver[15]. L'isolement sous forme de quarantaine (lazaret à l'époque moderne) à durée variable est courant.

Le passeport vert a été introduit dans certains États membres de l'UE. Son absence limite la circulation des citoyens, mais il y a de chances que le coronavirus, avec toutes ses mutations, soit mieux isolé.

Prophylaxie, vaccination : l'historique de la vaccination antivariolique présente de nombreuses similitudes avec la situation actuelle de la vaccination contre la Covid -19.

La variole a été éradiquée grâce à la vaccination (OMS, 1977).

La première vaccination documentée et médicalement contrôlée, précurseur de la vaccination moderne, eut lieu le 14 mai 1796 et fut effectuée par un médecin de

campagne anglais, Edward Jenner. Il a noté que les femmes qui avaient des vaches aux éruptions pustuleuses sur les mamelles ne tombaient pas malades de la variole.
Des vaccins empiriques aux croûtes des malades ont été enregistrés en Chine, en Inde médiévale, des vaccins avec du pus provenant des seins de vaches malades ont été aussi utilisés dans les Principautés Roumaines au début du XVIIIe siècle (les premières informations datent de 1400). Ce serait l'explication de l'absence d'épidémies de variole dans les Principautés Roumaines (au contraire, il y a eu de fréquentes épidémies de peste jusqu'en 1830)[27].
En Europe, avant 1800 la variolisation a suscité l'hostilité de nombreux médecins [16].
Cette forme de variolisation (excoriation) puisse transmettre d'autres maladies (la syphilis). Le taux de mortalité : 2 %. France : 1760-1787 : 60 000 inoculations volontaires. Espagne : scepticisme médical contre la variolisation. Sans encouragement officiel, introduction tardive. Après la découverte de la vaccination jennérienne les autorités médicales décidaient la campagne de vaccination de masse dans tout l'Empire espagnol (les Philippines y compris)[16].
Grande- Bretagne : situation meilleure : 1766-1800, 200 000 personnes inoculées [16].
Empire Allemand : vaccination obligatoire effective imposée après le 1 avril 1875, la fin total de l'obligation, 1983. ( contre la variole) [16]
France : Loi sur la protection de la santé publique (article 6) le 15 février 1902 : vaccination antivariolique obligatoire au cours de la première année de vie, aussi que les revaccinations. La vaccination n'est plus obligatoire en France depuis 1979 (existe un Plan national de réponse à une menace de variole (2006). [16]
Personnages historiques, tués par la variole : pharaon Ramsès V (1150 -1145) lésions cutanées évocatrices sur le visage (soit une blessure forte, meurtrière) ; prince Mehmet, fils de Soliman le Magnifique (Empire Ottoman, meurt 1543) ; Louis XV de France (1774). Marie II, épouse et cousine de Guillaume III d'Angleterre, (1694) la dernière des Stuart [16].
Catherine la Grande, impératrice de la Russie (1729-1796) a donné l'exemple, à ses sujets, de sa propre inoculation [17].
Rio de Janeiro, fin du XIX --ème : évidents contrastes des conditions de la vie : maisons luxueuses et beaucoup insalubres aux familles nombreuses, sans minimum d'hygiène. Les maladies : tuberculose, rougeole, typhus, lèpre, fièvre jaune en poussées, variole, peste étaient fréquentes. 1897 - 1906 : 4 000 émigrants européens morts par la fièvre jaune. Les autorités décidèrent un programme d'assainissement et de modernisation : bâtiments insalubres démolis, milliers de familles pauvres placées à la périphérie. Les Brigades Mata (agents de santé) entraient dans les maisons pour détruire moustiques et rats. En vertu de la Loi sur la Vaccination obligatoire contre la variole *Lei de vacinação obrigatória contra a varíola* (31 de Outubro de 1904) [18], les agents pouvaient entrer dans les maisons et vacciner par la force. La presse a parlé des risques possibles de la vaccination.[26]
La Ligue Contra la vaccination obligatoire a été formée. Des mouvements sociaux ont apparu, et ont causé grandes destructions. La confrontation avec les forces de sécurité a fait des morts, blessés, expulsions à la frontière d'Accra. Le gouvernement : suspendu la loi, instauré l'état de siège et après qu'il a repris le contrôle, le processus de vaccination a recommencé, permettant d'éradiquer la variole dans la ville. Le médecin, qui a mené tout le travail de santé, a reçu l'or à Berlin. (Congrès international d'hygiène, 1907).[26]
17 décembre 2020 : Cour Suprême de la Justice Brésilienne a statué sur la vaccination obligatoire contre Covid -19, dans le sens d'appliquer des restrictions à ceux qui refusent la vaccination, en contexte du niveau élevé d'infections Covid.[19.]
28 décembre 2021 : taux de vaccination contre Covid-19 : 88 % Portugal, 79 % Espagne et 40 % Roumanie, 27 %, Bulgarie 20%.

Nombre de décès dus au Covid -19 : 1 590 décès / million d'habitants dans l'UE. [21]

Anxiété, dépression : 918 personnes 18 - 80 ans, Portugal (mai 2020) : femmes et jeunes plus susceptibles aux dépression, anxiété pendant l'isolement.
Dépression : fréquente aux personnes insatisfaites de leur santé et revenus. Deux fois plus évidente aux jeunes femmes que chez les hommes. Facteur de protection : mariage. ( 42% des mariés, 70% femmes). Augmentation de la consommation d'alcool, mais moins qu'on ne le pensait. (Université d'Algarve, Évora, Leiria, Universités Brésiliennes)
France : Une semaine après le début du confinement (23-25 mars 2020) : anxiété 29,7 %, double rapporté à 2017 ; dépression : 25 %. Etude : 2000 personnes plus de 18 ans (juillet-septembre 2020) : Anxiété : 19,1 % ; Dépression : 15,5 % ; Troubles du sommeil : 64,5%
Risque d'anxiété : femme, télétravail, perte emploi, faible revenu, maladie chronique, sans famille, perception de la Covid comme une maladie grave à laquelle il se sent vulnérable.
L'anxiété des jeunes est due à la méconnaissance de la maladie, à la recherche d'informations sur les réseaux sociaux. Croissance : tranche 40-74 ans au début de l'isolement ; tranche 20-39 ans légèrement touchée ; tranche 10-19 ans a diminué (mars et juillet 2020).[22, 23]

Consommation : anxiolytiques, hypnotiques (somnifères) /France 9 octobre 2020 / : augmentation. mai 2020 - juillet 2020 (17% rapporté à 2019, même période). Cause : impact psychologique (tranche 40-74 ans) ; tranche 20-39 ans légèrement touchée ; tranche 10-19 ans diminution ; augmentation des antidépresseurs les 15 premiers jours de mars 2020, mois que les hypnotiques.
États-Unis : juin 2020, 40 % au moins un trouble mental ou comportemental ; prévalence d'anxiété, dépression, stress est 3 à 4 fois plus élevée qu'en 2019. ; fréquence des idées suicidaires augmentation
(25,5% pour 18-24 ans, minorités ethniques, travailleurs essentiels). [22,23]

Suicides et Covid-19 :
Japon : le plus élevé taux du monde développé ; augmentation : 21 000 suicides (2020) contre 750 (2019) ; hommes légèrement diminution ; femmes augmentation 15 %.
Causes : femmes célibataires, sans emploi stabile (jeunes femmes) ; licenciements (commerce de détail, tourisme) ; comportement imitatif : le suicide d'une actrice connue a entraîné 207 suicides de femmes les 10 prochains jours.
Les jeunes (moins de 18 ans) : plus de 300 suicides élèves du primaire, secondaire (avril - novembre 2020), plus de 30% par rapport à 2019
Comparaison : suicides : octobre 2020 (2199 cas) et le total de décès Covid (2087 cas).

France : grand nombres (9 000 / an, 65 000 000 habitants) ne peut dire si la pandémie Covid 19 a augmenté ;
63 % célibataires ont pensé au suicide : 18 % personnes se sentent seules (janvier 2021), contre 13 % en 2018
Trouble de l'horloge biologique pendant l'isolement, ré-isolement ; terrain vulnérable - anxiété, dépression, manque d'activité physique ; l'hiver 2021 : nombre de crises suicidaires, dépressions anxiété doublé aux adolescents.
Etats-Unis, Las Vegas, Nevada : 19 suicides d'étudiants (mars 2020, février 2021) double rapporté à 2019. Décision : accélérer ouverture des classes [23,24].
Causes : isolement, solitude, difficultés financières, violence familiale (France 24, le 24 février 2021)

Natalité, pandémie, Covid -19 : France, Italie, Espagne : baisse de natalité ; France, (avant la Covid natalité plus élevé de l'UE) : janvier 2021 : natalité diminuée de 13 % rapporté janvier précédent. (53 900 nouveau-nés). Causes : stress élevé, anxiété, insécurité le nombre de naissances baisse. (phénomène pour le futur de la progéniture). [25]

**Conclusions**

Il est important de connaître toutes les maladies le plus tôt possible. Les meilleures mesures doivent être prises pour éviter, dans la mesure du possible, des conséquences désastreuses. Les progrès médicaux contemporains dans le traitement des maladies infectieuses, les bonnes attitudes vérifies réduisent les conséquences néfastes. La prophylaxie vaccinale a conduit à l'éradication de la variole, le nombre de cas de poliomyélite dans le monde a diminué grâce à la vaccination. Bien qu'au début, le vaccin contre la Covid 19 amélioré, soit le moyen le plus efficace de lutter contre la pandémie actuelle.

**Notes**:

[6] A Franciscan monk who accompanied Cortés: "As the Indians did not know the remedy of the disease, they died in heaps, like bedbugs. In many places it happened that everyone in a house died, and as it was impossible to bury the great number of dead, they pulled down the houses over them, so that their homes became their tombs."

[10 a] „la crainte des dieux ou des lois du peuple ne pouvait pas les arrêter ... à propos des dieux, les Athéniens considéraient qu'ils ne faisaient rien, soit adoré, ou non, parce que ni les croyants ni les incroyants n'étaient pas évités par la mort, et à propos de la loi celle-ci pourrait être ignorée étant entendu qu'ils mourraient avant de pouvoir être jugés de toute façon". p. 15, Thucydide à propos de la peste de Périclès, 430 a. J. C.

[10 b] La peste de Cyprian, l'an 250 : Des milliers de personnes ont fui les campagnes et se sont entassées dans les villes, laissant les champs cultivés en ruines. Malgré la guerre en Mésopotamie et en Gaule, l'empire a réussi à surmonter la situation… le prix était d'abandonner deux des provinces les plus riches, la Forêt-Noire (Allemagne) et la Dacie (note : le centre de la Roumanie actuelle)"p 23

[10 c], Bientôt une terrible peste a éclaté, un mal abominable qui a tout dévasté. Il transportait chaque jour d'innombrables victimes et attaquait soudainement chacune chez lui. L'un après l'autre il envahit les maisons du peuple tremblant de peur. Puis, horrifiés, tous pour fuir, pour éviter la contagion, ils abandonnent leurs parents. Et partout dans la ville, dans les rues, gisent d'innombrables cadavres de malheureux, qui imploraient la clémence des passants en contemplant leurs malheurs. Personne ne s'est retourné... Personne ne s'est précipité, pensant qu'un malheur similaire le menaçait. Personne n'a fait pour les autres ce qu'ils aimeraient qu'on leur fasse".

[10 d], les survivants ne pouvaient plus creuser de tombes, et lorsqu'ils étaient débordés, ils fermaient les tours de pierre, démontaient leurs toits, les remplissaient de cadavres, puis remettaient les toits. Les navires de la flotte byzantine ont été déchargés avec les morts et abandonnées à flotter". p 26

[13] "Você carrega a gripe?", sua mão-a-mão. E a pessoa questionada tem a estupidez de responder na afirmativa, ela a abandona imediatamente...„ no Diário da Sociedade dos Amérianistas (81, 1995) é relatada a situação em que os habitantes se recusaram a ajudar a transportar os bens dos colombianos que voltaram de Manaus porque achavam que estava carregando a gripe. No entanto, eles finalmente aceitaram esta expedição porque foram ameaçados pelos colombianos de abandonar a mercadoria. „ ou nós ajudamos até o ponto passar nossas mercadorias ou eu abro as caixas imediatamente e então eu semear a gripe em sua aldeia e seu amor todos ' ( .. . Os índios, sem perder tempo,

começaram a transportar a "gripe na caixa" (catarro encaixotado) antes de se espalhar em suas aldeias" (Prelazia de Sào Gabriel, 1936)."

[11] Les malades ne pouvaient pas marcher... ils ne pouvaient pas bouger ; ils ne pouvaient pas trembler. Et quand ils se sont agités, ils ont crié. Les pustules qui couvraient le peuple provoquaient une grande désolation ; à cause d'eux, beaucoup de gens sont morts, et beaucoup sont morts seulement de faim ; [car] personne ne se souciait des autres". ( Le moine franciscain Bernardino de Sahagún)

[12]Francesco Tiradritti *:"l'utilisation du complexe funéraire d'Haroua et d'Akhimenrou pour le traitement de cadavres contaminés a donné au monument une mauvaise réputation durable. Cela l'a condamné à l'oubli pendant des siècles, jusqu'à ce que des pilleurs de tombes pénètrent dans le complexe au début du dix-neuvième siècle."*

[27]"En Roumanie, comme dans de nombreux autres pays de l'UE, le nombre réel de décès associés au COVID-19 peut être supérieur au nombre de décès signalés, en raison de tests limités, en raison des difficultés à déterminer la cause du décès lors de l'apparition de pandémie. Le nombre de décès causés par la COVID-19 n'inclut pas les décès indirects possibles - par exemple, ceux résultant d'un accès réduit aux soins de santé pour les patients non-COVID et ceux parmi les personnes qui n'ont pas reçu de traitement spécialisé parce qu'elles craignaient de contracter le virus " (Commission européenne).

**Références**:

1 Owen Jarus, Live Science, 26 mai 2020 accès nd-pandemics-in-history.html?fbclid=IwAR0C1CZFSS7rSujUks227lTZi5aQFsY-c79OR3DkbMWLtHOdj9v4stbXbDI

[2] Julia, Hollingsworth: A history of the plague in China... 24 novembre 2019, accès 30 novembre 2021 https://edition.cnn.com/2019/11/23/asia/plague-china-history-intl-hnk-scli/index.html

[3] *"Impacto de la gripe de 1918 en España"*. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría [Vaccine Advisory Committee of the Spanish Association of Pediatrics] (in Spanish). Retrieved *29 July* 2021. , accès 30 novembre 2021

[4] Miruna Munteanu. Acum 90 de ani, aviara catastrofică, 30 aout 2008, accès 30 novembre 2021 https://jurnalul.ro/special-jurnalul/acum-90-de-ani-aviara-catastrofica-132531.html

5 https://romania.europalibera.org/a/organiza%C8%9Bia-mondial%C4%83-a-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-a-declarat-oficial-pandemie-de-coronavirus-%C8%99i-/30482192.html, acces le 30 novembre 2021

[6] Gundermann, Richard Indiana University, 19 fevrier 2019, How smallpox devastatet the Aztecs – and helped Spanien, The Conversation, accès 30 novembre 2021

[7] Woodrow Borah, Sherburne F. Cook, 17 avril 1969, A Demographic Approach to Mexican History, Published By American Philosophical Society, accès le 30 novembre 2021https://www.jstor.org/stable/985964

[8] Coimbra, Carlos Everaldo Alvares, Jr. Indiana University 1989, ... The impact of change on the health of the Surui Indiana In the Brazilian Amazon, accès le 30 novembre 2021 https://www.proquest.com/openview/93e293e1505845a701f885c6d5da31e6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

[9] Dominique Buchillet : Contact interethnique, et epidemies au bresil, *Journal international de bioéthique*, 2003, vol. 14; Épidémies, guerres et esclavage Les causes de la dépopulation indigène au Brésil; Perles de verre, parures de blancs et «pots de paludisme». Epidémiologie et représentations desana des maladies infecfieuses (Haut Rio Negro, Brésil) Dominique Buchillet *Journal de la Société des Américanistes (81, 1995)

https://core.ac.uk/download/pdf/39855471.pdf;
file:///C:/Users/bchicos/Downloads/trophees_vol2_20Buchillet.pdf
[10] Cartwright, F, & Biddis, M.Bolile şi istoria (Disease & History, 2004) 2005, Bucureşti, Bic All 13-64
[11] Dodds Pennock, C , Lecturer in International History, University of Sheffield , January 18, 2018, accès le 24 decembrie 2021 https://theconversation.com/have-scientists-really-found-the-germ-responsible-for-killing-15m-aztecs-90263
[12] Barthélémy, P Le Monde, Publié le 19 juin 2014 à 19h04, accès le 24 décembre 2021 https://www.lemonde.fr/passeurdesciences/article/2014/06/19/archeologie-les-traces-d-une-epidemie-antique-decouvertes-en-egypte_5999056_5470970.html
[13] Buchillet, D. : Contact interethnique " , et epidemies au Bresil , Journal international de bioéthique, 2003, vol. 14; Épidémies, guerres et esclavage Les causes de la dépopulation indigène au Brésil; Perles de verre, parures de blancs et « pots de paludisme ». epidémiologie et représentations desana des maladies infecfieuses (haut rio negro, brésil) 1 Buchillet, D * Journal de la société des américanistes (81, 1995) https://core.ac.uk/download/pdf/39855471.pdf;
file:///C:/Users/bchicos/Downloads/trophees_vol2_20Buchillet.pdf
[14] Habicht, M, Pate, D, Varotto, E, Galassi, F, Epidemics and Pandemics ... nr. 2/2020, Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione p 4 acces le 24 decembre 2021, – http://www.rtsa.eu – ISSN 0391-190X ISSNe 1972-4942 https://unibuc.ro/epidemiile-in-istorie-molima-hittita-si-echilibrul-de-forte-in-orientul-apropiat-in-secolele-xiv-xiii-i-hr-daniela-zaharia/) (Les 20 épidémies et pandémies les plus graves de l'histoire (lescodesdelasante.fr)
[15] Time, accès le 28 décembre 2021 https://time.com/6131199/china-covid-lockdown-xian/
[16] accès le 24 décembre 2021 https://fr.wikipedia.org/wiki/Variole
[17] accès le 24 décembre 2021, https://fr.wikipedia.org/wiki/Catherine_II
[18] accès le 28 décembre 2021 https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html
[19]
https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=457462&ori=1 accès le 28 décembre 2021
[20] accès le 24 décembre 2021 https://vaccination-info.eu/ro
[21] accès le 28 décembre 2021 https://romania.europalibera.org/a/explica%C8%9Bii-pentru-exces-de-mortalitate/31608833.html
[22] accès le 15 juin 2021 https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/stress-anxiete-et-deprime-associes-a-la-maladie-a-coronavirus-covid-19
[23] accès le 28 decembre 2021 https://www.france24.com/fr/france/20210224-apr%C3%A8s-le-covid-19-le-spectre-d-une-%C3%A9pid%C3%A9mie-de-suicides-en-france (France 24, 24 februarie, 2021), accès le 28 decembre 2021
[24] accès le 15 juin 2021 https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/02/24/coronavirus-o-alarmante-aumento-dos-suicidios-de-mulheres-durante-a-pandemia-no-japao.ghtml,
[25] accès le 15 juin 2021 https://www.courrierinternational.com/article/demographie-leffet-baby-flop-de-la-pandemie-en-europe)
[26] Chicos, B. H. Doenças que mudaram a história / Diseases that changed history, Brazilian Journal of Health Revue, vol 4, No 3 (2021);
https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/31003/www.brazilianjournals.com.br; Medicina românească în secolul luminilor, (La médecine roumaine des

Lumières), Teză de doctorat, Universitatea de medicină C Davila, Bucuresti, 2009, dr. B.H. Chicoș

[27] Chicos, B. H. Doenças que mudaram a história / Diseases that changed history, Brazilian Journal of Health Revue, vol 4, No 3 (2021);
https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/31003/www.brazilianjournals.com.br
Chicos, B. H., Medicina românească în secolul luminilor, (La médecine roumaine des Lumières),
Teză de doctorat, Universitatea de medicină C Davila, Bucuresti, 2009, dr. B.H. Chicoș

Les organisateurs du Congrès ont le mérite de lancer des provocations scientifiques annuels dans le milieu académique. C'est un véritable effort pour le bon déroulement de l'événement. L'information, l'échange d'opinions entre les participants contribuent à la connaissance supérieure de la réalité, à l'achèvement des nouvelles informations pour tout le monde.
Les étudiants ont la possibilité de connaître les avantages de l'information apportée par leur propre participation. Chaque note de l'article signifie le progrès continue des auteurs. Chaque reprise de la vérification des travaux prouve que cela aurait pu être mieux faite. Le livre publié par le Comité Scientifique est consulté par d'autres organismes internationaux, les auteurs des articles sont invités à publier dans autres revues, devenant ainsi mieux connus.
C'est ça la preuve de l'importance du Congres.

# IMPACTO DE LA TUBERCULOSIS EN LAS MUERTES OCURRIDAS EN EL MANICOMIO DE CONJO DEPENDIENDO DEL SEXO EN LOS PRIMEROS AÑOS DESPUÉS DE SU FUNDACIÓN (1885-1902)

**Ramón Soto Méndez*; Fernando J. Ponte Hernando****
Departamento de Filosofía y Antropología, Facultad de Filosofía, Universidad de Santiago de Compostela
*Estudiante del Programa de Doctorado en Filosofía
** Profesor de Historia de la Ciencia
E-mail: ramon.soto@rai.usc.es; fernadojulio.ponte@usc.es

**Resumen**
El Manicomio de Conjo fue el primer establecimiento para dementes en Galicia (España). Fundado en 1885, época en que la tuberculosis era la principal causa de muerte, lo que se relacionaba con las malas condiciones de vida de la época. Tomando como fuente primaria de datos el Archivo Histórico Diocesano de Santiago de Compostela, hemos realizado un estudio sobre las muertes ocurridas en el sanatorio de Conjo en el período 1885-1902. En esa etapa, el número total de fallecimientos registrados fue de 327 (215 hombres, 112 mujeres), de los cuales 144 (44,0%) fueron por tuberculosis, 106 (49,3%) de hombres y 38 (33,9%) de mujeres. En el período 1892-1902 se ha observado una tendencia al aumento en el número de muertes por tuberculosis, siendo mayor en hombres que en mujeres. Hipotéticamente, este comportamiento diferente por sexos puede atribuirse tanto al consumo de alcohol como al de tabaco.

**Palabras clave:** Manicomio de Conjo; dementes; tuberculosis; muertes; sexo

**Abstract**
The Conjo asylum was the first establishment for the insane in Galicia (Spain). It was founded in 1885, a time when tuberculosis was the main cause of death, which was related to the poor living conditions of that time. Using the Diocesan Historical Archive of Santiago de Compostela as the primary source of data, we have carried out a study of the deaths that occurred in the Conjo asylum in the period 1885-1902. In that period, the number of deaths registered was 327 (215 men, 112 women), of which 144 (44.0%) were due to tuberculosis, 106 (49.3%) for men and 38 (33.9%) for women. In the period 1892-1902, a trend towards an increase in the number of deaths from tuberculosis has been observed, this trend being higher in men than in women. Hypothetically, this different behavior between men and women may have been due to both alcohol and tobacco consumption.

**Key words:** Conjo asylum; insanes; tuberculosis; deaths; sexual gender

***

## Introducción

El objetivo principal de este estudio ha sido recopilar e investigar todos los datos disponibles en las fuentes primarias sobre la presencia e implicaciones que tuvo la tuberculosis en la población de dementes ingresados en el Manicomio de Conjo, en los primeros años tras su fundación, es decir, mientras el establecimiento se mantuvo en lo que fue un monasterio de la orden mercedaria (1885-1902), antes de su ampliación con un edificio nuevo. Nuestro interés surgió al comprobar cómo un elevado número de pacientes fallecía a causa de esta enfermedad.

El hecho no nos sorprendía en exceso, ya que era una época en la que la tuberculosis estaba castigando duramente a la población europea, y nuestro país no era una excepción. Pero, queríamos hacer una valoración cuantitativa de dichos datos, analizarlos en función del sexo, comprobar hasta qué punto los enfermos eran adecuadamente tratados frente a esta enfermedad, cuando el objetivo principal del centro eran los enfermos mentales.

**Discusión**

El Manicomio de Conjo está localizado en Santiago de Compostela (España), y su fundación data de 1885. Su promotor fue el cardenal Miguel Payá y Rico, arzobispo de Santiago desde 1875. El edificio que albergaba el hospital de dementes fue construido en el siglo XII como monasterio benedictino, pasando en el siglo XV a ser ocupado por monjes mercedarios.

La época en la que se centra nuestro trabajo es el final del siglo XIX. Una centuria muy castigada por la tuberculosis. La enfermedad que atacó, como se sabe, a todo tipo de personas, sin distinción de clase social, aunque fue la clase obrera la más afectada.

**Ideas reinantes en el siglo XIX sobre la tuberculosis**

Para ver qué concepción se tenía en España sobre la enfermedad de la tuberculosis, recordaremos las molestias que sufrió el compositor y pianista polaco, Frédéric Chopin. Este músico hizo un viaje a España a finales del año 1838 junto a su amiga la baronesa Dudevant, conocida en el mundo literario como George Sand. Se dice que el motivo de este viaje fue facilitar la cura de su recién diagnosticada enfermedad. Fueron a Palma de Mallorca y tuvieron dificultades para instalarse, ya que la gente se apartaba de ellos como si tuvieran la peste. En Barcelona les llegaron a cobrar las camas en las que durmieron debido a que las autoridades habían ordenado quemarlas. Aquí podemos constatar la creencia existente sobre la contagiosidad de la tuberculosis, a pesar de que su causa era todavía desconocida.

Esta idea de que la tuberculosis era una enfermedad contagiosa venía de lejos. Ya en el año 1569, en el Reino de Mallorca, las autoridades habían empezado con la práctica de quemar la ropa de los tuberculosos. En 1751, una ordenanza del rey Fernando VI había establecido la obligación de denunciar los casos de tuberculosis, y que no se comerciase con la ropa de estos enfermos.

Ya en el siglo XIX, en 1831, el protomédico de Córdoba, Francisco Javier Martínez Doblas, fue requerido por el Gobierno para que informara acerca de la contagiosidad de esta enfermedad. Su respuesta fue que no era contagiosa, que no existía un organismo tísico, y que su capacidad para el contagio no estaba probada. Lo que sí reconocía era la transmisión hereditaria. El Estado imprimió este informe para rectificar las opiniones vulgares [1].

A mediados de este siglo XIX, los *higienistas* también consideraban que esta enfermedad era hereditaria, aunque no de modo imprescindible. Creían que permanecía latente, a lo largo de la vida del individuo, hasta que una serie extensa de causas ambientales la manifestaban. Entre ellas estaban las climáticas, el hacinamiento o el trabajo excesivo. La solución que proponían eran los preceptos de higiene pública, transformar las condiciones de vida que llevaban a esta enfermedad. Es decir, tener una buena alimentación, vivir en cuartos sanos, jornadas de trabajo moderadas y mejores condiciones de salubridad en las grandes urbes.

En el año 1882, Robert Koch presentó al mundo el bacilo causante de la enfermedad. Éste era un microorganismo sin el cual no existía la enfermedad. Una vez aceptada esta teoría y su pertinente demostración, las discusiones respecto a la tuberculosis cambiaron. Se aceptó que se podía contagiar, pero también se mantuvo la idea de que

las condiciones de vida influían en su desarrollo, actuando como un abono del terreno para que el bacilo pudiera germinar. No se negó la influencia de ambos elementos, pero las posturas variaban según la mayor importancia dada a uno u otro. Los *gerministas* abogaban por la reclusión de los enfermos. Sin embargo, los que daban mayor importancia al medio ambiente, pensaban que la solución estaba en la sociedad, dado que, si el bacilo fuera tan peligroso y se pudiera contagiar, ya estarían todos muertos. En definitiva, el reconocimiento de la tuberculosis como enfermedad social se mantuvo constante. Se seguían aceptando para ella causas más allá de la existencia de un germen [1].

**Datos sobre la incidencia de la tuberculosis en el Manicomio de Conjo (1885-1902)**

Para el estudio que llevamos a cabo, nuestra principal fuente de información fue la documentación original del Manicomio de Conjo, que está conservada en el Archivo Histórico Diocesano de Santiago (AHDS), ubicado en el Seminario Mayor de dicha ciudad. La razón de que se custodie en este lugar es porque este manicomio perteneció a la Mitra compostelana desde su creación hasta 1969, año en el que pasó a depender de la Diputación Provincial de La Coruña. Aparte de esta documentación, se han consultado los libros sacramentales de difuntos de la parroquia de Nuestra Señora de la Merced que, a su vez, también se encuentran en el mismo archivo diocesano.

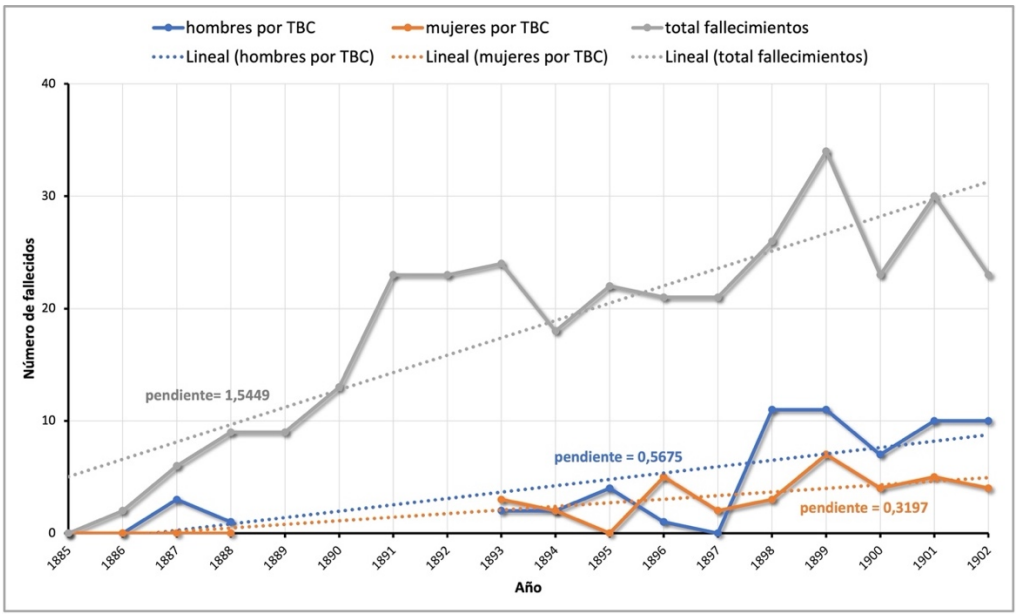



**Figura 1**. Evolución del número de muertes anuales totales y por tuberculosis en función del sexo. Elaboración propia con datos provenientes del Archivo Histórico Diocesano de Santiago.

La estadística anual que elaboramos (Figura 1), relativa a los fallecimientos por tuberculosis, distingue entre hombres y mujeres, intentando además una visión comparativa frente al número total de muertes que se produjeron anualmente. No tenemos datos de los años 1889, 1890, 1891 ni 1892. La razón fundamental de ello es que hasta el año 1892 los datos provienen de la parroquia de Nuestra Señora de la Merced. Entre los años de 1885 y 1892, hubo dos párrocos. El primero era el fraile mercedario Buenaventura Boneta, que estuvo desde finales de 1881 hasta mediados de 1890. El segundo fue D. Ángel Fernández Troncoso, que estuvo desde el verano de 1890. El primero de ellos tenía por costumbre anotar la causa del fallecimiento del cadáver que había enterrado. Por el contrario, el segundo párroco nunca lo hacía. Esto

provoca un vacío en nuestros datos. Aún así, en el año 1889 hubo nueve fallecidos, de los cuales en dos no está registrado su entierro en el cementerio (de esos dos no conocemos la causa de su muerte). Desde el mes de abril de 1892, el Manicomio de Conjo ya tiene su propio cementerio, y toda la información acerca de sus enterramientos y causas de las muertes está registrada en sus libros. Lo malo es que, hasta el mes de abril, los pocos sepelios realizados se hicieron en la parroquia, y esto hace que carezcamos de estos datos. Hemos optado por desestimar los años 1889 y 1892 con motivo de estas pequeñas ausencias, ya que solamente queremos dar información totalmente veraz y comprobable.

Aunque no podemos tener algunos datos anuales, sí poseemos los datos numéricos totales y los porcentajes del período estudiado, porque figuran en una de las memorias escritas por el director del manicomio en aquellos años, el Dr. D. Timoteo Sánchez Freire. En concreto, de la memoria que presentó a la Junta de Gobierno del manicomio en el año 1903. En ella, podemos ver que, en el tratamiento de los tuberculosos, tuvieron en cuenta todas las opciones: el peligro de contagiosidad, la importancia de tener unas buenas condiciones y costumbres, e incluso la condición hereditaria de esta enfermedad. Este director era médico y catedrático de la facultad de Medicina, al igual que el médico principal del centro, pero ninguno era especialista en este campo y por eso consideraron la enfermedad desde todas las perspectivas. En su memoria presentada a la Junta de Gobierno del manicomio, escribió:

> *«No debemos callar lo que al contagio se refiere. Se guardan en nuestro Manicomio cuantas precauciones son posibles, aislando a los tísicos y todos los objetos de su uso y empleando la desinfección en todas sus formas; pero a pesar de todo no podemos afirmar de manera categórica que el contagio nos se produzca alguna vez.*
> *Por fin y para mencionar todas las causas que contribuyen al desarrollo de la tisis: es cosa convenida por todos los tratadistas que la aglomeración de individuos que viven reglamentados de cualquier modo que sea, colegios, cuarteles, hospitales, etc. por más que se extremen las medidas higiénicas y profilácticas, es causa de tuberculosis por el solo hecho de la reglamentación misma.*
> *Como se ve, pues, hay razones sobradas para que esta terrible enfermedad no haga excepción en nuestros enfermos y elija entre ellos numerosas víctimas.»*

Algo que sí cuidaron y destacaron fue el hecho de que las habitaciones fuesen muy luminosas y ventiladas. Así, los enfermos respiraban aire fresco, cosa que también hacían en los paseos que daban por los extensos terrenos del sanatorio, sin salir de los dominios del establecimiento, y sin interactuar con gente foránea. Las habitaciones de los tuberculosos estaban apartadas de las del resto de dementes, y sus ropas eran lavadas también aparte.

**Diferencia entre sexos para la mortalidad por tuberculosis**

En el Manicomio de Conjo, el número de muertes por tuberculosis en el período de 1885-1902 fue de 144. Lo que representó una tasa de mortalidad del 44,0%. También pudimos calcular que el porcentaje de mortalidad media por tuberculosis en las mujeres fue del 33,9%, mientras que en los hombres fue del 49,3%. Los estudios actuales sobre el tema siguen manifestando una mayor incidencia de esta enfermedad en hombres que en mujeres [2]. El aumento que se observa en la línea de tendencia para el número total de muertes está relacionado con el aumento que se produjo en la población manicomial (Fig. 1). En el valor de la pendiente de las líneas de tendencia se puede apreciar cómo el aumento en las muertes por tuberculosis es inferior al de muertes totales, lo que parece poner de manifiesto que las medidas de higiene conseguían controlar, en cierta medida, la propagación de la enfermedad. Otro dato que se deduce de nuestro estudio

es que la pendiente de la línea de tendencia para las muertes por tuberculosis era ligeramente mayor en hombres que en mujeres, lo que se correlaciona con los valores de los porcentajes anteriormente aportados.
La razón para esta dependencia del sexo, la podríamos encontrar en el consumo de tabaco y de alcohol por parte de la población masculina. Era la única diferencia con respecto a la vida que tenían en el establecimiento, o fuera de éste antes de su ingreso. El tabaco y el alcohol no estaban prohibidos en el centro, se bebía vino en las comidas y entre horas se permitía tomar algo, según la cantidad prescrita por el médico. Se consideraba que el alcohol era vigorizante, pero su ingesta estaba controlada. La importancia del consumo de alcohol es fundamental en la vida anterior de los enfermos, y en los casos de alcoholismo esto conllevaba un descuido en los hábitos higiénicos. Sin embargo, en nuestra opinión pudiera jugar un papel más decisivo en la aparición y desarrollo de la tuberculosis el tabaco, ya que en el Manicomio de Conjo éste era un artículo de bienestar para la vida de los hombres, como se puede observar en las cartas de los familiares, combatía en cierta medida el aburrimiento y hacía el papel que desempañaban los dulces en el caso de las mujeres. Aquí también cabe resaltar cómo algunos estudios recientes atribuyen al tabaco la mayor incidencia observada para esta enfermedad entre hombres y mujeres [3].

**Tratamiento farmacológico**
Del análisis de la documentación, se constata la existencia, desde la fundación del Manicomio de Conjo, de un botiquín con un amplio contenido de medicamentos y productos para la preparación de distintas fórmulas magistrales, no sólo para el tratamiento de enfermedades mentales, sino también para una gran diversidad de males que podían afligir a los internados en el establecimiento. Disponían, además, en el mencionado botiquín, del «Novísimo formulario magistral de Bouchardat», lo que nos permite deducir el uso que se le podía dar a muchos de los productos almacenados en el botiquín. En relación con la tuberculosis, entre los medicamentos de la época, de acuerdo con el mencionado formulario magistral, se encontraba el «bálsamo de Tolú», un producto que se extraía de la planta *Myroxylon toluífera* y que estaba indicado como pectoral útil en el tratamiento de una tuberculosis incipiente [4]. Asimismo, se disponían de ioduro de plomo, que mezclado con manteca y aromatizado con esencia de limón permitía preparar una pomada que se utilizaba para tratar las úlceras escrofulosas que con frecuencia producía la *Mycobacterium tuberculosis*. Otro producto presente en el botiquín era el «jarabe de Climent», básicamente constituido por hipofosfito de cal, hipofosfito de sosa y una sal ferrosa, una de cuyas indicaciones era su uso como tónico reconstituyente y vigorizante en caso de tuberculosis [5]. También estaba presente en el botiquín el «vino de peptona Chapoteaut» [6], un preparado de peptonas, obtenidas por digestión de carne de vaca con pepsina, y disueltas en vino francés, que se recomendaba como reforzante en personas debilitadas por enfermedades como la tuberculosis.
En el botiquín tampoco faltaba un destacado número de productos antisépticos y desinfectantes, tales como ácido benzoico, ácido bórico, ácido crómico, ácido fénico, ácido tartárico, ácido tímico, ácido salicílico, alcoholes (industrial y puro), bicloruro de mercurio, cloruro de cal, cloruro de zinc, yodoformo, nitrato de plata, permanganato de potasa, sulfato de cobre y tanino en polvo. Lo que contribuiría a establecer las necesarias medidas higiénicas recomendadas.

**Alimentación**
Otro aspecto básico en el tratamiento de la tuberculosis era la alimentación que, en la época que estamos estudiando, era generalmente deficiente y no se ajustaba a las necesidades requeridas para estos enfermos, máxime considerando una región

eminentemente rural como era Galicia. Sin embargo, los datos aportados por la documentación estudiada nos han puesto de manifiesto que la dieta que recibían los internados parecía ser la adecuada. Como ejemplo de ello, podemos destacar dos aspectos importantes.

En primer lugar, destacaremos el hecho de que el manicomio disponía desde sus orígenes de una importante cabaña ganadera, que fue aumentando conforme se incrementaba el número de internados, y que le proporcionaba carne de cerdo, de vacuno y aves (gallinas). Asimismo, esta cabaña estaba también destinada a proveer al manicomio de leche, huevos y embutidos (chorizos). Tenían una extensa área de terreno dedicada a huerta, lo que proporcionaba distintos tipos de hortalizas, y una plantación de árboles frutales que contribuían a la alimentación de los enfermos. Aparte de la producción propia del establecimiento, las necesidades alimentarias se completaban con la compra adicional externa de éstos y otros productos.

En segundo lugar, y como ejemplo representativo del consumo anual de diversos productos básicos para la alimentación, en la Tabla 1 exponemos de los datos relativos al año 1894, cuando la población manicomial registrada era de 305 alienados.

En relación con los datos contenidos en la tabla, queremos destacar que, el elevado número de patatas consumidas nos hace pensar que una importante parte de ellas estaba dedicada a la ceba de animales de granja y a la siembra, ya que nos consta en los registros consultados la existencia de este tipo animales dentro la cabaña ganadera, y a que la ración diaria que correspondería a cada internado no se comprendería de otro modo.

| | Cantidad |
|---|---|
| Pan | 53.276 Kg |
| Harina de trigo | 280 Kg |
| Carne de vaca | 17.192 Kg |
| Carne de cerdo | 1.145 Kg |
| Unto | 275 Kg |
| Grasa | 335 Kg |
| Bacalao | 1.143 Kg |
| Arroz | 6.100 Kg |
| Garbanzos | 256 Kg |
| Pasta fina | 136 Kg |
| Pasta ordinaria | 136 Kg |
| Patatas | 109.724 Kg |
| Habas | 2.745 Kg |
| Chocolate | 331 Kg |
| Café | 20 Kg |
| Azúcar | 290 Kg |
| Higos | 150 Kg |
| Pasas | 58 Kg |
| Leche | 3.487 L |
| Aceite | 1.800 L |
| Vinagre | 82 L |
| Vino blanco | 4.185 L |
| Vino tinto | 7.820 L |

**Tabla 1**. Consumos de diversos productos de alimentación por el Manicomio de Conjo en el año 1894. Datos provenientes del Archivo Histórico Diocesano de Santiago.

**Conclusiones**

1.-La mortalidad media por tuberculosis en el Manicomio de Conjo en el período de 1885-1902 fue del 44%.

2.-La tasa de mortalidad para los hombres fue del 49% y para las mujeres del 34%.

3.-El aislamiento de los enfermos de tuberculosis, con separación entre sexos, así como el lavado de ropa separada de la de otros enfermos, demuestra que se cuidaba la higiene debidamente.

4.-Los datos relativos al consumo de alimentos, su variedad y la calidad nutritiva de los mismos, nos hacen ver que la alimentación de los internados era la adecuada.

5.-Lo presencia en el botiquín de sustancias para el tratamiento de la tuberculosis muestran que se utilizaba la farmacoterapia de que se disponía en dicha época, según el estado de la ciencia en el momento.

6.-La tendencia observada en el número de muertes por tuberculosis en relación con el número total de muertes, muestra que las medidas higiénicas utilizadas controlaban la propagación de esta enfermedad.

7.-Existía una mayor incidencia entre hombres y mujeres, lo que achacamos al consumo de tabaco, algo que estaba permitido. Se consumían cantidades importantes de tabaco, y los familiares lo demandaban.

**Fuentes primarias**

AHDS. Manicomio de Conxo. Gobierno. MC 4.

AHDS. Manicomio de Conxo. Administración. MC 165, 166, 205.

AHDS. Manicomio de Conxo. Hacienda. MC 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279.

AHDS. Parroquia Santiago-Conxo. Nosa Señora da Mercé. Libros Sacramentales. Difuntos 1856-1892.

**Bibliografía**

1. Molero Mesa, J. (1989). *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada.
2. Rhines, A. S. (2013). The role of sex differences in the prevalence and transmission of tuberculosis. *Tuberculosis (Edinburg)*, 93 (1), pp. 104-107.
3. Watkins, R. E. y Plant, A. J. (2006). Does smoking explain sex differences in the global tuberculosis epidemic? *Epidemiology & Infection*, 134 (2), pp. 333-339.
4. Bouchardat, A. (1873). *Novísimo Formulario Magistral*. Duodécima edición, traducida y ampliada por J. Casaña y Leonardo, con aportaciones de M. Ortega y Morejón. Madrid: Librería de D. Carlos Bailly-Bailliere, pp. 175-176.
5. *Pharmakoteka*. Base de Datos de Medicamentos Antiguos de la Universidad de Barcelona. URL (visitada el 14/01/2022): http://www.ub.edu/pharmakoteka/node/24605
6. *Gaceta Médica de Murcia*, 1 de agosto de 1912, p. 6. URL (visitada el 20/01/2022): https://www.archivodemurcia.es/p_pandora4/pdf.raw?query=id:0000186870&page=6&lang=en&view=hemeroteca

# A BUSCA DE SENTIDO EM AUSCHWITZ: RAÍZES E FUNDAMENTOS DA LOGOTERAPIA

**Rita Facão[1]; Laura Borges [1]; João Coelho [2]; Mafalda Corvacho [3]**
[1] Médica Interna de Formação Especializada em Psiquiatria,
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão
[2] Médico Interno de Formação Especializada em Psiquiatria,
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada
[3] Médica Interna de Formação Especializada em Psiquiatria,
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro
Emails:ritafacao@gmail.com, lauralbergaria@gmail.com, jdmcoelho@gmail.com,
mafalda.corvacho@gmail.com

**Resumo**
Viktor Frankl foi um neuropsiquiatra austríaco, judeu, cuja carreira foi interrompida pelo ascender da Europa Nazi. Foi forçado a viver três anos como prisioneiro de vários campos de concentração, onde se manteve atento às acções e reacções dos seus companheiros, lutando para sobreviver. Motivado pelo seu interesse de longa data no sofrimento humano e no sentido da existência, reflectiu sobre as emoções e comportamentos dos que o rodeavam e sobre as suas próprias vivências, levando à expansão das ideias que fundamentam a Logoterapia. Esta advoga que a preocupação principal da humanidade não se prende com a procura de prazer ou de poder, mas de significado, e que este pode ser encontrado apesar do sofrimento mais atroz. Defende ainda que o significado não é universal, mas idiossincrático a cada pessoa e a cada momento, propondo técnicas que ainda são utilizadas actualmente em contextos que pretendem melhorar a qualidade de vida.

**Palavras-chave**: Frankl, Logoterapia, Análise Existencial, Psicoterapia, Holocausto

**Abstract**
Viktor Frankl was a Jewish Austrian neuropsychiatrist whose career was hindered by the rise of the Nazi Europe. He was forced to live as a prisoner of several concentration camps for three years, where he was mindful of the actions and reactions of his companions, as they fought to survive. Driven by his long-standing interest in human suffering and the meaning of existence, he reflected upon the emotions and behaviors of those who surrounded him, as well as his own experiences, leading to the expansion of the ideas which sustain Logotherapy. It advocates that humanity's fundamental concern is not the search for pleasure or power, but for meaning, which can be found despite the most dreadful suffering. He also supports that meaning is not universal, but idiosyncratic to each person and each moment, proposing techniques which are still used in the twenty-first century in some settings, in order to improve quality of life.

***

## Introdução

Interessado no estudo da depressão e suicídio, Viktor Frankl foi um neuropsiquiatra austríaco, judeu, que viu a sua carreira interrompida pela ascensão do Nacional Socialismo. Escolhendo permanecer na Áustria para cuidar dos pais, acabou por ser deportado para o campo de concentração de Auschwitz.
Entre as condições mais deploráveis, a regra era a deterioração do estado físico e mental até à morte, mas o foco de Frankl estava em descobrir por que razão algumas pessoas

sobreviviam. Aqui, tomou nota das características humanas capazes de enfraquecer o desespero, fundamentadas na incorporação de significado pessoal apesar da experiência de miséria. Assim, reforça a sua ideia de que a vida não se pauta pela procura de prazer, como propunha Freud, ou de poder, conforme Adler, mas pela busca de sentido.
Mantendo a noção do seu próprio sentido, Frankl desenvolveu os preceitos da Logoterapia e Análise Existencial, os quais se pretende abordar neste trabalho.

**Início da carreira de Frankl**

Viktor Emil Frankl nasceu em Viena em 1905, sendo exposto desde cedo à religião judaica. O seu interesse pela psicanálise teve início durante o ensino secundário, altura em que começou a corresponder-se com Sigmund Freud. O movimento psicanalítico foi concebido como um método de sondagem das mentes inconscientes para identificar os seus conflitos ocultos, elencando três elementos distintos da psique humana – o id, o ego e o superego – advogando que o id age sempre de acordo com o princípio do prazer, exigindo gratificação imediata das suas necessidades, independentemente do ambiente externo. Apesar do seu interesse e formação iniciais, Frankl acaba por se distanciar da escola psicanalítica por considerá-la demasiado dogmática e reducionista na explicação do comportamento humano, discordando particularmente da ideia de que os impulsos sexuais podiam explicar a maior parte das patologias e comportamentos humanos.
Posteriormente, vem a interessar-se pelas ideias de Adler e pelo seu movimento de Psicologia Individual, que colocava ênfase na comunidade e na reforma social. Adler fora um antigo membro do círculo próximo de Freud, expulso em parte por manifestar as suas próprias ideias díspares das do mentor – Freud advogava uma consciência dividida, enquanto Adler defendia uma mente indivisível. Para além disso, também a Adler incomodava a pretensa de que todos os conflitos do indivíduo eram de natureza sexual, considerando que a agressão era uma fonte de conflito psíquico com um poder equivalente. Segundo Adler, a principal força motriz do comportamento humano era o conceito de inferioridade: todo o indivíduo tem um sentido de inferioridade por nascer fraco e indefeso e por não gostar de se sentir fraco ou inferior, passando, portanto, a vida a tentar ultrapassar este conceito por forma a alcançar o seu ideal pessoal. Em geral, esta motivação encorajaria o indivíduo a tornar-se numa melhor versão de si próprio, mas, em excesso, levaria ao fenómeno do complexo de inferioridade. Assim, para Adler, o comportamento humano era motivado pela busca de superioridade e poder. Apesar da sua atracção à ideologia de Adler, Frankl vê as suas ideias e propostas dispensadas e acaba por abandonar também esta escola, afastando-se de Adler, por considerar que promove o mesmo tipo de reducionismo psicológico que a psicanálise.
Baseando-se na sua própria exploração da fronteira entre a psicoterapia e a filosofia, focou-se nas questões fundamentais de significado e valores, propondo a sua ideia de terapia centrada no significado publicamente pela primeira vez em 1926.
Em 1930, concluiu a sua formação como especialista em Neurologia e Psiquiatria e, pouco tempo depois, assumiu a direcção do pavilhão de suicídio no Hospital Psiquiátrico de Viena, onde adquiriu importante experiência clínica com mulheres que sofriam de depressão e ideação suicida. Em 1937, abre uma clínica privada de baixo custo, onde os indivíduos procuravam tratamento na sequência de perda de emprego após a Grande Depressão económica; mas Frankl apercebeu-se de que aparentavam sofrer também de uma perda de significado nas suas vidas. Assim, começou a prescrever voluntariado como tratamento, com o intuito de tentar atribuir um propósito na vida dos doentes. Este acabou por ser considerado um tratamento eficaz, uma vez que os doentes alegavam remissão dos seus sintomas depressivos.

**Europa Nazi**

Durante a anexação da Áustria à Alemanha Nazi, Frankl foi obrigado a abdicar da clínica e foi realocado ao Hospital Rothschild, onde apenas era autorizado a tratar doentes judeus. Assistiu, horrorizado, ao extermínio de indivíduos judeus com doença mental e com doença cerebral orgânica, tendo até falsificado documentos na tentativa de salvar alguns, colocando a própria vida em risco. No meio deste ambiente hostil, tratou de obter um visto de emigração para os Estados Unidos da América, mas, quando o conseguiu, acabou por deixá-lo expirar, optando por permanecer com os pais e tentar protegê-los. Em 1941 casa-se com a sua primeira esposa, que no mesmo ano engravida e é forçada pela Gestapo a abortar "para prevenir a sobrepopulação judaica". Em 1942, Frankl e a esposa foram transferidos para o Theresienstadt Ghetto, que funcionava como um local intermédio antes de as vítimas serem enviadas para os locais de exterminação, onde o seu pai acabou por falecer por desnutrição e exaustão física. Quanto à sua mãe e esposa, acabaram assassinadas nas câmaras de gás de Auschwitz.

**Vivência e observações nos campos de concentração**

Durante os 3 anos seguintes, Frankl foi sujeito às condições bárbaras dos campos de concentração. Neste período, foi submetido às mesmas atrocidades que as outras vítimas. Mas, para além disso, implementou um programa de intervenção em crise psicológica e prevenção do suicídio para os recém-chegados e restantes residentes do campo, tendo também feito trabalho voluntário na ala da febre tifóide, acabando por desenvolver a mesma doença.

O que há de particular na vivência de Frankl é que, enquanto terapeuta, já tinha dedicado uma boa parte da sua vida adulta àquilo que é o propósito da existência. Assim, nos campos, manteve um espírito observador e a vontade de ajudar os seus companheiros. Para além de ir clandestinamente tentando reconstruir o manuscrito que lhe tinha sido confiscado (o qual já reflectia sobre os princípios da Logoterapia), foi tirando proveito daquilo que vivia e observava nos outros prisioneiros e em alguns guardas para expandir as suas ideias. Entre outras observações, comenta que

> *"O preso que perdesse a fé no futuro estava condenado. Ao perder a crença no futuro, perdia igualmente o controlo espiritual; deixava-se decair e ficava sujeito a um definhamento físico e mental. Aqueles que conhecem a estreita ligação entre o estado de espírito de uma pessoa (a sua coragem e esperança, ou falta delas) e o estado de imunidade do seu corpo perceberão que a perda súbita de esperança e coragem pode ter um efeito mortífero".*

Frankl descreve três fases na reacção do prisioneiro no campo de concentração. Numa primeira fase, no prisioneiro de Auschwitz vigora um desejo ardente de voltar para casa e para a família, juntamente com uma terrível aversão a toda a miséra que o rodeia. Segundo ele, "*O prisioneiro de Auschwitz não teme a morte. Até mesmo as câmaras de gás perdiam para ele o horror após os primeiros dias – afinal de contas, poupavam-lhe o trabalho de cometer suicídio*". Numa segunda fase, sobressai uma sensação de apatia e um embotar das emoções, que Frankl descreve como adaptativos no sentido em que tornavam o sofrimento causado pelos trabalhos pesados, a fome e os espancamentos menos ardente "*a realidade empalidecia e todos os esforços e emoções ficavam centrados numa só tarefa: preservar a nossa vida e a dos nossos companheiros mais chegados*". A terceira fase refere-se já ao pós-libertação. Frankl compara esta reacção à descompressão que ocorre nos mergulhadores, que, por ocorrer de forma súbita, pode ser particularmente prejudicial. Menciona sentimentos de despersonalização, em que "*tudo parecia irreal, improvável, como num sonho*" e destaca a sensação de amargura e desilusão: amargura porque eram

recebidos com pouco mais de um encolher de ombros, e desilusão por descobrir, após anos de sofrimento que se cria no limite absoluto, que o sofrimento não tem limites e que se pode sofrer ainda mais e com mais intensidade.

**Logoterapia**

O vocábulo *logos* vem da língua grega e representa o significado. Como referido anteriormente, Frankl vinha, desde o início da sua carreira, a estudar e a reflectir sobre a importância de significado e de propósito, análise que foi ampliada pelas suas observações e vivências como prisioneiro dos campos de concentração. A Logoterapia é frequentemente referida como a "terceira escola vienense de psicoterapia", seguindo-se à primeira e à segunda encabeçadas por Freud e Adler.

Segundo Frankl, a Logoterapia distancia-se do método psicanalítico por ser menos retrospectiva e menos introspectiva, centrando-se antes no futuro e nos significados a serem preenchidos pelo doente. A ideia é a de romper o ciclo vicioso típico da neurose, de concentração no próprio, através do confronto do indivíduo com aquilo que pode ser o sentido da sua vida, reorientando-o para ele. Deste modo, Frankl considera o indivíduo um ser cuja principal preocupação é o preenchimento de um sentido e não a mera gratificação e satisfação de impulsos e instintos, ou a mera reconciliação de pretensões conflituantes de id, ego e superego, ou ainda a mera adaptação e ajustamento à sociedade e ao meio ambiente.

A Logoterapia assenta em três princípios fundamentais, sendo estes (1) a vida tem significado em todas as circunstâncias, mesmo as mais desesperantes; (2) a principal força motriz é o desejo de encontrar significado na própria vida e (3) a humanidade possui a liberdade de escolha de atitude, mesmo em situações de miséria inescapável. Postula, portanto, não que o sofrimento é necessário para conquistar significado, mas que este pode ser encontrado apesar do sofrimento. Neste contexto, fala-nos de um optimismo trágico, segundo o qual o indíviduo é capaz de ser optimista apesar da experiência daquilo que designa de tríade trágica – culpa, morte e sofrimento inevitável. Quando o significado é mal direccionado, pode surgir a frustração existencial. Esta não é necessariamente patológica, mas pode resultar em neurose, sobretudo se for atingido um vácuo existencial, que cria um vazio de ausência de significado que vai sendo transitoriamente preenchido por tentativas superficiais (como sexo, poder ou dinheiro) com consequências maladaptativas comuns, tais como depressão, agressividade ou comportamentos aditivos, resultantes do significado mal dirigido. As chamadas neuroses noogénicas são aquelas que resultam de problemas existenciais. Frankl defende que uma certa medida de conflito é normal e saudável, propondo ainda o conceito de noodinâmica, que envolve a noção de dinamismo entre tensões provenientes de pólos opostos, isto é, entre o conjunto de metas que o indivíduo já alcançou e aquelas que ainda pretende alcançar. Portanto, o ser humano necessita desta luta por um objectivo.

Para além disso, advoga que o significado difere de pessoa para pessoa e de situação para situação, não existindo um significado da vida para a humanidade, mas um significado idiossincrático que pode variar consoante o momento vivido: cada pessoa é questionada pela vida, e à vida cada um pode apenas responder sendo responsável.

Assim, o sentido muda sempre, mas nunca deixa de existir. Segundo Frankl, o significado pode ser encontrado por um de três meios, cada um requerendo que o indivíduo se transcenda: (1) valores criativos, veiculados pela arte ou por conquistas científicas, *"criando uma obra ou praticando uma façanha"*, por exemplo através do trabalho e sucesso; (2) valores experienciais, onde se incluem vivências de significado em coisas tão simples como o apreciar da natureza, cultura, virtudes humanas ou o próprio amor, ilustrando que *"também no campo, um preso podia chamar a atenção de um camarada que*

*trabalhava ao seu lado para uma bela vista do pôr-do-sol"* e (3) valores de atitude perante o sofrimento, relacionando-se com o princípio de que o significado é possível mesmo quando o sofrimento é inevitável. Nas suas próprias palavras, *"Quando um homem descobre que o seu destino é sofrer, terá de aceitar esse sofrimento como a sua missão. A sua oportunidade única reside na forma como carrega o seu fardo"*. Frankl defende que tudo pode ser retirado a alguém excepto a liberdade de escolher a própria atitude. Segundo ele, *"esta liberdade que não nos pode ser roubada torna a vida algo com sentido e finalidade"*.

Frankl descreve ainda alguns princípios que podem estar na origem de determinadas neuroses. A híper-reflexão refere-se a uma forma de atenção excessiva dirigida ao próprio, que incapacita o indivíduo de alcançar o seu objectivo, uma vez que o foco foi alterado do objectivo para o próprio, tornando o resultado desejado menos provável. Por forma a tratar este fenómeno, Frankl propõe a técnica da de-reflexão, promovendo o redireccionamento da atenção para o objecto adequado. O exemplo paradigmático fornecido é o da disfunção sexual, onde o indivíduo é incentivado a redireccionar o foco de si próprio para o parceiro. Já a ansiedade antecipatória e a híper-intenção seriam tratadas com recurso à intenção paradoxal. Esta técnica baseia-se no facto dúplice de o medo levar àquilo que um indivíduo teme e a intenção excessiva impossibilitar aquilo que deseja. Assim, a intenção paradoxal guia o doente a ter transitoriamente como intenção o resultado temido, recorrendo a um auto-distanciamento análogo ao do sentido de humor. A um dado sintoma corresponde uma fobia, a fobia desencadeia o sintoma e este reforça a fobia. Logo que o doente deixa de combater os seus pensamentos e tenta, em vez disso, ridicularizá-los, lindando com eles de forma irónica (intenção paradoxal), o círculo vicioso é quebrado, o sintoma perde força e por fim atrofia. Esta técnica seria utilizada com sucesso em quadros com sinais físicos de ansiedade, gaguez e insónia. Importa, no entanto, referir que estes métodos não eram advogados como uma panaceia, mas como uma ferramenta útil no tratamento de alguns quadros ansiosos, sobretudo fóbicos e obsessivos.

**Logoterapia na actualidade**

Na actualidade, a Logoterapia tem várias aplicações modernas, quer a nível clínico quer noutros contextos. Vários estudos revelam os benefícios desta terapia, com bons resultados na melhoria do significado e qualidade de vida. Muitos terapeutas têm utilizado os princípios da Logoterapia com o intuito de melhorar a saúde mental em casos de cancro terminal, perturbação de stress pós-traumático, populações de imigrantes e até mesmo no contexto empresarial para melhorar o desempenho dos funcionários, aumentando o optimismo e a produtividade.

**Conclusões**

Com um carácter marcado por um grande sentido de determinação, vontade de ajudar o outro e resiliência face à adversidade, Viktor Frankl teve uma história de vida pautada por múltiplas angústias. Terá respondido a um aluno seu, um dia, que o significado da sua própria existência se prendia com acompanhar os outros a descobrir os respectivos propósitos.

Segundo Frankl, o ser humano precisa não de homeostase, mas da dinâmica de um campo polar de tensão entre aquilo que é e aquilo em que deverá tornar-se. De acordo com os princípios da Logoterapia, o potencial humano no seu melhor permite transformar o sofrimento em realização e aperfeiçoamento pessoal, retirar da culpa a oportunidade de se mudar para melhor e retirar da transitoriedade da vida um incentivo para levar a cabo acções responsáveis. *"Não importava verdadeiramente o que esperávamos da vida, mas antes o que a vida esperava de nós"*.

**Referências bibliográficas**

Frankl, V. (2012). *O Homem em Busca de um Sentido*. (3.ª edição). Lisboa: Lua de Papel.

Pytell, T. (2003). Redeeming the unredeemable: Auschwitz and man's search for meaning. *Holocaust and Genocide Studies*, 17, 89-113.

Viktor Frankl Institute. (2010). *Life and work chronology*. Acedido a 2 de Julho de 2021, em http://www.viktorfrankl.org/e/chronology.html.

Devoe, D. (2012). Viktor Frankl's Logotherapy: The Search for Purpose and Meaning. *Inquiries Journal/Student Pulse*, 4(07), 1-3.

Frankl V. (1966). Logotherapy and Existential Analysis - A Review. *American Journal of Psychotherapy*. 20(2), 252-260.

Frankl V. (1961). Basic concepts of logotherapy. *Confin Psychiatr*. 4, 99-109.

Southwick, S. et al. (2006). Logotherapy as an adjunctive treatment for chronic combat-related PTSD: A meaning- based intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2), 161-174.

Kang, K. et al. (2009). The effects of logotherapy on meaning in life and quality of life of late adolescents with terminal cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(6), 759-768.

Rahgozar, S. et al. (2020). Foundations and Applications of Logotherapy to Improve Mental Health of Immigrant Populations in the Third Millennium. *Frontiers in Psychiatry*, 11:451.

# GUERRA CIVIL ESPANHOLA
# E O SEU IMPACTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

**João Bastos [1*] ; Marta Ribeiro [2*] ; Vera Barata [1*];**
**Sofia Barbosa 1**; Nuno Borja Santos [1**]**
[1]Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
[2]Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte
*Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria
**Médico Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Email: **joao.bastos@hff.min-saude.pt**; marta.l.ribeiro@chln.min-saude.pt; vera.barata@hff.min-saude.pt; ana.barbosa@hff.min-saude.pt; jose.n.santos@hff.min-saude.pt

**Resumo**
A Guerra Civil Espanhola (1936-1939) constituiu um período ímpar da história. Com o objetivo de averiguar o impacto da fratura social desta época nos cuidados de saúde mental, foi realizada uma revisão da literatura utilizando as palavras-chave: *Psychiatry; Spanish Civil war; Second Republic*; A partir desta, concluímos que os cuidados psiquiátricos na Espanha dos anos 30 foram largamente influenciados pela polarização ideológica da época. Por um lado, a visão franquista da Psiquiatria foi usada não só para justificar a alegada debilidade psicológica marxista como também para construir a base das políticas de higienização racial e de inferiorização do género feminino que se seguiram a 1939. Destacam-se as ideias de Antonio Vallejo-Nágera como exemplo desta visão. Do lado republicano, salientam-se as tentativas legislativas para a mudança do paradigma asilar e a experiência do socialista López Albo na cidade de Santander como alguns exemplos da visão da Psiquiatria da segunda república Espanhola.

**Palavras Chave**: Segunda-república; Guerra Civil; Psiquiatria; Saúde Mental; Franquismo

**Abstract**
The Spanish Civil War (1936-1959) was an unique period in recent history. With the goal of determining the impact of the social fracture of the time in mental health services, we performed a narrative review using the key-words: *Psychiatry; Spanish Civil war; Second Republic*; We concluded that psychiatric care in Spain during the 30's was largely influenced by the political polarization of that time. In fact, the fascist regime used psychiatry in order to justify its moral and mental superiority. These conclusions laid the scientific basis for the eugenics politics of the post-war period. We emphasize the work of Antonio Vallejo-Nágera as an example of the fascist perspective. As for the republicans, we emphasize the legislative changes that were to implement by the government and the socialist experience of López Albo in the province of Santander as an example of the republicans' principles regarding mental health care.

***

## Introdução
A Psiquiatria é uma área que é pautada por um percurso ímpar dentro da medicina, não só pela natureza das suas doenças como pela forma como estas são perspetivadas ao longo do tempo, encontrando-se em estreita associação com o contexto histórico-cultural de cada época. Neste sentido, a Espanha do início do séc. XX apresenta-nos um cenário ideal para o estudo de influências culturais e políticas nos cuidados de saúde

mental, uma vez materializar numa mesma sociedade, duas esferas ideologicamente opostas. O presente trabalho tem assim como principal objetivo avaliar de que forma polarizações ideológicas opostas influenciaram os cuidados de saúde mental, na sociedade espanhola do início do séc. XX, dando particular destaque aos acontecimentos que decorreram durante a guerra civil espanhola.

**1.Porquê a Guerra Civil Espanhola?**

À primeira vista, a escolha do período compreendido entre 1936 e 1939 pode parecer de certa forma aleatório. Contudo, numa análise mais cuidada verificamos que a Guerra Civil Espanhola se apresenta como um período ímpar da história recente, particularmente relevante no que diz respeito à forma como a ideologia política e as normas culturais influenciam aspetos médicos como os cuidados de saúde mental. Com efeito, sabemos que as narrativas médicas, e em particular as associadas à área da Psiquiatria, sofreram muitas vezes na história influências significativas da ideologia dominante da época. Para esclarecer a magnitude desta influência, ter-se-ia de reproduzir numa espécie de laboratório sociológico, duas sociedades provenientes do mesmo contexto histórico-cultural, submetendo-as depois a perspetivas ideológicas opostas. Sendo obviamente impossível tamanha experiência social, a Guerra Civil Espanhola surge como uma oportunidade única uma vez que concretiza a adoção de posturas ideológicas opostas em duas partes de uma mesma sociedade com raízes históricas semelhantes.

Surge então a questão: qual foi o efeito da polarização ideológica na Espanha dos anos 30 na forma como a Psiquiatria abordava, tratava e conceptualizava os doentes mentais?

**2.Contextualização histórica**

Em 1931, uma combinação de ditadura e monarquia havia sido derrubada e substituída por um governo republicano liberal, iniciando o período histórico a que hoje chamamos: A segunda republica espanhola. Após as eleições de fevereiro de 1936, um governo predominantemente conservador é substituído pela Frente Popular de Manuel Azaña, constituída por partidos liberais, socialistas e separatistas. A vitória levou milhões de operários e camponeses à ação revolucionária, com greves e reinvidicações económicas que incluíam uma crítica feroz à propriedade privada. Foi este o movimento que desencadeou o golpe de verão por parte das forças mais conservadoras.

Em 17-18 de junho, o general Francisco Franco fez um golpe militar numa tentativa de retirar o controlo ao governo democraticamente eleito da frente popular em Madrid. O golpe, apoiado pelo exército, pela Igreja, pelos latifundiários e por todos os partidos de direita, foi bem-sucedido nas partes mais rurais e atrasadas de Espanha. No entanto, trabalhadores armados nos dias seguintes cercaram os quartéis de Barcelona e Madrid e obrigaram o exército a render-se. A sua ação desencadeou revoltas populares em toda a Espanha: No País Basco, nas Astúrias, em Madrid, na Andaluzia e na Catalunha. Estavam montados os dois lados que durante três anos iriam dilacerar e transformar para sempre a história de Espanha e a forma como os doentes psiquiátricos eram vistos nesta sociedade.

**3. Perspetiva Franquista acerca dos cuidados de saúde mental**

Durante a guerra civil, os cuidados de saúde mental na espanha franquista ficaram a cargo do médico Antonio Vallejo-Nágera. Para entender a perspetiva do estado de Franco sobre os cuidados de saúde mental, torna-se essencial analisarmos primeiramente a história, percurso e ideias deste homem. Embora inicialmente um grande admirador da psiquiatria alemã, Nágera ao longo dos anos 30 radicalizou progressivamente o seu discurso, pondo ênfase na necessidade de um estado militar que

recorresse a práticas eugénicas. Nos anos que antecederam a guerra civil, Vallejo foi um grande apoiante do grupo fundado por Ramiro de Maeztu (1875-1936), que se centrava à volta do jornal *Acción Española*. Segundo este grupo, Espanha deveria retornar ao regime antigo, senão numa perspetiva económica, pelo menos no sentido ideológico e institucional. Neste sentido, apesar de incorporar elementos fascistas e ser louvado na Alemanha nazi e na Itália fascista, o movimento caracterizava-se por uma desconfiança das políticas totalitárias destes países. Em última análise, estes regimes eram considerados como errados.

Os escritos de Vallejo durante os anos 30 refletem a ideia de que os tempos conturbados por que espanha navegava no início do séc. XX deviam-se em grande medida à degeneração da raça espanhola. Segundo o autor, a ausência de fé religiosa e de sentimento patriótico era a origem do crime e disrupção social. Por outro lado, Vallejo avança que o catolicismo devia sustentar a coesão do povo espanhol. O catolicismo, por se basear numa moral de respeito por todos os seres humanos, iria limitar mais tarde a eliminação física e a esterilização em massa dos indivíduos mais frágeis, como doentes mentais crónicos.

Por outro lado, embora a ideia de raça hispânica tenha sido influenciada pela ideologia da Alemanha nazi, o enorme peso da igreja católica e o contexto multicultural da história espanhola (com judeus, árabes e cristãos a viver em conjunto durante séculos) impediam a adoção de uma perspetiva exclusivamente biológica, como o era na altura a da raça ariana na Alemanha. Vallejo Nágera tenta contornar este aparente impasse, dando um significado espiritual ao conceito de raça Hispânica, relacionando-a com a personalidade e as crenças de cada indivíduo.

*La raza es espíritu. España es espíritu. La Hispanidad es espíritu…* (1934)

Isto não significa, contudo, que não existia na espanha franquista uma doutrina racial biológica ou que a igreja bloqueou a implementação de medidas racistas. Não nos podemos esquecer que as noções raciais que derivaram da colonização espanhola de territórios em África foram de tal forma incorporadas que os casamentos entre pessoas de raça diferentes estavam proibidos, com o consentimento absoluto da igreja espanhola.

De forma a impedir a degeneração da Hispanidade, é criada uma espécie de nova Inquisição onde os médicos psiquiatras são encorajados a participar. A função desta nova inquisição ia muito além de constituir um tribunal que punia o crime e o pensamento progressista. Vallejo imaginou que esta inquisição ficaria responsável pelo objetivo ambicioso de distinguir o pensamento "correcto" do "errado", sempre em concordância com os critérios do catolicismo nacional. Em 1938, em plena guerra civil, Nágera convence mesmo Franco a criar o *Gabinete de Investigações Psicológicas do Exército*, organização que usa para fundar catorze clínicas psiquiátricas e para levar a cabo experiências em campos de concentração com prisioneiros de guerra.

Com o objetivo de demonstrar a inferioridade mental dos apoiantes da segunda república, Nágera conduziu, assim, uma série de estudos minuciosos em prisioneiros de guerra (contando, por exemplo, com 297 membros das Brigadas Internacionais). Todas estas investigações pretenderam demonstrar que o marxismo é uma doença mental e os marxistas constituíam um grupo de indivíduos fanáticos, brutais e sobretudo, inferiores. Vejamos, pois, um excerto de um destes estudos:

> *Mais que débeis mentais, encontrámos no marxismo inferioríssima cultura (…) encontrámos nos internacionais hispano-americanos elevada percentagem de personalidades que denominamos revolucionários natos e imbecis sociais. (…) A comprovação das nossas hipóteses tem enorme transcendência político-social, pois se militam no marxismo preferencialmente psicopatas de*

*tendências antissociais, como é nossa ideia, a segregação destes sujeitos desde a infância podia libertar a sociedade de praga tão temível.*

Das conclusões dos diferentes estudos, destacamos ainda aquelas dedicadas às mulheres, dado que segundo Nágera estas, por constituírem o sexo débil, eram particularmente exaltáveis pelo fanatismo marxista.

*as mulheres lançadas no terreiro político, não o fazem pelas suas próprias ideias, mas deixam-se arrastar pelos seus sentimentos e que devido à irritabilidade própria da personalidade feminina, não raras vezes atinge proporções patológicas. Por outro lado, a mulher não instruída doutrinalmente espera a sua libertação social por intermédio dos movimentos revolucionários e participa neles com uma actividade histeróide e neurótica*

Os estudos levados a cabo por Vallejo concluíam que os marxistas fanáticos que combatem de armas em punho possuíam um caráter esquizotímico enquanto que os autores da propaganda apresentavam um temperamento ciclotímico. Ademais, avançava ainda que existiria uma representação proporcional do Marxismo em pessoas com baixas capacidades cognitivas e com traços de "antissociais psicopatas". Embora os prisioneiros de guerra nunca tenham sido submetidos a qualquer tipo de tratamento psiquiátrico, o objetivo deste tipo de conclusões era o de providenciar uma base "médica" para justificar a inferioridade do adversário político, tanto social como historicamente.

Posta esta base científica, o regime franquista conseguiu depois descolar uma série de práticas, no período pós-guerra, em particular durante os anos 40 de forma a "prevenir a doença do Marxismo". Destas, destacamos práticas de eugenia como a separação de crianças das suas famílias biológicas pela prisão de mães puérperas ou pela adoção destes bebés por parte de famílias leais ao regime.

No que diz respeito aos cuidados de saúde mental no período pós-guerra, a perspetiva do estado de Franco veio retroceder todos os avanços imaginados pelos governos da segunda república, desmantelando as reformas iniciadas pelos republicanos sem oferecer alternativas para os cuidados destes doentes. Sob o regime fascista, os cuidados psiquiátricos retrocederam no tempo, tornando-se à base de asilos em que os cuidados eram providenciados por instituições de caridade cristãs. Os doentes mentais voltaram a ser relegados anacronicamente para instituições com equipamento desadequado, e técnicos e profissionais parcamente qualificados.

**4.Perspetiva Republicana acerca dos cuidados de saúde mental**

Do outro lado do espetro político, as coisas tornam-se bastante mais nebulosas dado que como George Orwell afirma: A História é escrita pelos vencedores. Ainda assim, surgem alguns aspetos que vale a pena relatar sobre a forma como a segunda república espanhola via os doentes mentais e perspetivava os seus cuidados. Antes de os abordarmos, vale a pena recordar o estado dos cuidados de saúde mental no início do séc. XX.

Quando no início do século, uma nova geração de psiquiatras substituiu a antiga vaga da psiquiatria do final do séc. XIX, surgiram críticas importantes ao sistema predominantemente asilar que caracterizava os cuidados de saúde psiquiátricos em espanha. As condições desumanas em que alguns destes doentes vivam nos asilos tornaram-se progressivamente mais difíceis de ignorar. Nas páginas do recém-formado *Archivos de Neurobiologia*, peritos e médicos eram chamados para apoiarem reformas estruturais nos cuidados de saúde mental, descrevendo os asilos até aí presentes como "lugares de atraso e vergonha nacionais". O estado dos asilos representava uma situação

séria que pedia uma transformação de base dos cuidados de saúde mental, assente na a nacionalização dos centros psiquiátricos e na adoção de medidas de higiene mental. O estado deveria ter um papel ativo nesta transformação. Os principais objetivos da reforma dos cuidados psiquiátricos, imaginados pela segunda república eram então: 1) a redução do número de pacientes nos asilos, pela criação de colónias agrícolas para doentes crónicos; 2) a transformação de asilos em hospitais psiquiátricos; e 3) a criação de cuidados pós-hospitalares e serviços de reabilitação em clínicas psiquiátricas.

O decreto do dia 3 de Julho de 1931 constituiu o primeiro ponto de partida sério na tentativa de transformação do paradigma asilar da espanha de início de século. Ao regular tanto a admissão como a saída dos doentes dos estabelecimentos psiquiátricos, o decreto de 1931 promoveu a adoção de um novo modelo assistencial que não se baseava exclusivamente na segregação asilar dos doentes psiquiátricos focando-se em aspetos de prevenção da doença mental. Isto resultou na criação do *Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional* que visava regular a asistencia a três tipos de doentes: os submetidos a tratamento ambulatorio, os submetidos a tratamento ativo hospitalar e os doentes crónicos tratados nas colónias agrícolas. Previa também a existencia em cada hospital provincial de um serviço de saúde mental capaz de diagnosticar e tratar precocemente, asegurar a distribuição hospitalar de doentes assim como a difusão de normas de higiene mental.

Durante os últimos anos da segunda república, um projecto de lei para organização dos cuidados psiquiátricos, parte de uma reforma estrutural dos cuidados de saúde, encontrava-se em discussão no parlamento espanhol. O levantamiento de Franco em julho de 1936 e a guerra civil que se lhe seguiu fizeram com que estes Projetos nunca chegassem a se concretizados.

Embora estas reformas nunca tenham sido levadas a cabo pela erupção da guerra civil em 1936, destacamos neste trabalho a experiência decorrida na cidade de Santander em plena guerra civil. A província de Santander não tinha propriamente qualquer tipo de infraestrutura para assistência de pacientes crónicos o que significava que estes doentes tinham de ser transferidos para clínicas no sul do país. Com o início do conflito e o bloqueio de estradas no Outono de 1936, as transferências de doentes para regiões mais a sul tornaram-se impossíveis, isolando Santander das estruturas que antes lhe davam apoio. Sob a pressão da acumulação de doentes crónicos, o médico López Albo criou um programa com base numa colónia rural agrícola e em serviços rurais e urbanos articulados, incluindo serviços sociais (um aspeto que constituía uma novidade em Espanha), ensino ocupacional e clínicas comunitárias. Consideramos que este caso merece destaque dado que, em Santander Lopez Albo tenta implementar os princípios essenciais aprovados pelo governo da segunda república, 5 anos antes no decreto de 1931. Fê-lo em plena guerra civil numa tentativa de organizar os cuidados psiquiátricos para a população não-combatente com o objetivo adicional de este modelo se tornar mais um dos símbolos da resistência ao fascismo. Infelizmente esta experiência teve uma vida muito curta, quando em agosto de 1937, após a entrada de tropas franquistas na região, a colónia agrícola foi desmantelada, não deixando para trás qualquer tipo de memória ou arquivo.

**Conclusões**

Em conclusão, os cuidados psiquiátricos na espanha dos anos 20 e 30 foram influenciados em muitos aspetos, tal como muitas outras esferas da vida social espanhola, pela presença de polarizações sociais, ideológicas e políticas que se cristalizaram numa guerra civil com consequências dramáticas.

Do lado franquista, destacámos por um lado o uso da Psiquiatria para fundamentar a superioridade dos indivíduos apoiantes do regime de Franco e por outro o

desmantelamento das reformas iniciadas pelo regime republicano. Este desmantelamento fez com que os doentes mentais ficassem relegados até ao final do séc. XX a instituições asilares.

Do lado republicano, analisámos como a segunda república pretendia reformar estruturalmente os cuidados de saúde, modernizando e acabando com o modelo assente em asilos. Infelizmente, com o dealbar da guerra civil, esta mudança só iria emergir novamente com a queda do regime, em 1975.

**Fontes e biliografia final**


Campos, R., & Huertas García-Alejo, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *18*(65), 099-108.

Faulkner, N. (2018). *A radical history of the world*. London: Pluto Press.

Huertas, R. (2006). Spanish psychiatry: the Second Republic, the Civil War, and the aftermath. *International Journal of Mental Health*, *35*(4), 54-65.

Mira, E. (1939). Psychiatric experience in the Spanish War. *British Medical Journal*, *1*(4093), 1217.

Pereira, A. L., & Pita, J. R. (2017). História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde mental—VII.

Richards, M. (2004). Spanish psychiatry c. 1900–1945: constitutional theory, eugenics, and the nation. *Bulletin of Spanish Studies*, *81*(6), 823-848.

Vázquez de la Torre, P., & Villasante, O. (2016). Psychiatric care at a national mental institution during the Spanish Civil War (1936–39): Santa Isabel de Leganés. *History of psychiatry*, *27*(1), 51-64.

# SEGUNDA GUERRA MUNDIAL E A "LOUCURA"

**Sandra da Silva Mendes*; Mara Pinto **; Joana Calejo Jorge*****
* Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
** Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
*** Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
Emails:smendes8@gmail.com/sandra.mendes@chvng.min-saude.pt; marapinto.24@gmail.com; joanajg@gmail.com

**Resumo**
Desde a Antiguidade Clássica até aos tempos de hoje, a conceptualização sob a loucura foi sofrendo profundas alterações. No século XIX, passou a ser interpretada como doença mental e, no século XX, os indivíduos afetados permaneciam isolados. A Segunda Guerra Mundial deixou um rasto de destruição e de assassinatos em massa de pessoas inocentes, incluindo pessoas acometidas pela loucura. A psiquiatria alemã em muito contribuiu para esse extermínio, colaborando com o programa "Eutanásia". Com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiram movimentos contrários à tradicional forma de tratamento da loucura até então, baseados em princípios humanitários e democráticos, nomeadamente o "Movimento Institucional" em França e as "Comunidades Terapêuticas" em Inglaterra. Pretendemos com este trabalho fazer uma reflexão sobre o conceito da loucura na Segunda Guerra Mundial e a mudança de paradigma no período pós guerra, por meio de uma impressionante reforma psiquiátrica alicerçada num poderoso movimento antipsiquiatria vislumbrando uma nova forma de tratamento da doença mental.

**Palavras-chave:** Loucura; Segunda Guerra Mundial; Eutanásia; Reforma Psiquiátrica; Movimentos Humanistas; Saúde Mental

**Abstract**
From Classical Antiquity to the present day, the perspective of madness has undergone profound changes. In the 19th century, it came to be interpreted as mental illness and, in the 20th century, affected individuals remained isolated. The World War II left a trail of destruction and mass murder of innocent people, including people afflicted with madness. German psychiatry contributed greatly to this extermination, collaborating with the Euthanasia Program. With the end of the World War II, movements against the traditional way of treating madness emerged based on humanitarian and democratic principles, namely the Institutional Movement in France and the Therapeutic Communities in England. With this work, we intend to reflect on madness in the 2nd World War and the paradigm shift in the post-war period, with an impressive psychiatric reform, based on a powerful anti-psychiatry movement in several countries, for a new way of treating mental illness.

***

## Introdução

A trajetória da perceção da loucura desde a Grécia Antiga até os dias atuais foi sendo sinuosa, com períodos em que ocorreram mudanças significativas na forma de se perceber e operar diante dessa experiência. Um dos períodos negros da história da humanidade e que deixou um impacto profundo em todos os sectores da sociedade foi

a Segunda Guerra Mundial, tendo surgido também a mudança do paradigma do fenómeno da loucura e da forma de tratamento da mesma.
Com este trabalho, pretende-se que o leitor entre numa viagem pela literatura existente sobre o conceito de loucura ao longo dos tempos e o papel da reforma psiquiátrica que se instalou durante e após a Segunda Guerra Mundial.

A interpretação do conceito de loucura passou por várias transformações que culminaram na reforma do sistema manicomial para além do conceito de doença mental e do paradigma da psiquiatria clássica, ao longo do século XX. Foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento económico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e minorias, que a comunidade profissional e cultural chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.(Alverga, 2006.)
Na primeira metade do século XX, a loucura, tornada natural e interiorizada como experiência humana, passa a instituir ao *louco* um novo e paradoxal regulamento social: o direito ao cuidado, a um tratamento específico e particularizado, que o discrimina de outras formas de desviantes sociais (criminosos, delinquentes, etc.). Concebe, ao mesmo tempo, a alienação da sua subjetividade e cidadania no saber e poder médico, onde muitas vezes se verifica a negação do convívio social. Estas pessoas eram tratadas no hospital psiquiátrico, asilo, hospital de alienados, ou simplesmente manicómio. A instituição hospitalar, que tratava a loucura, acolhia também todos os tipos de pessoas que não se adequavam à civilização: desempregados, alcoólicos, prostitutas, etc., num regime autoritário e de grande enclausuramento. Verificou-se uma proliferação de manicómios ao longo de todo o século. Os castigos e práticas que feriam o corpo e mortificavam o ego tornaram-se cada vez mais comuns no hospital psiquiátrico com a justificação de manter a ordem no espaço. Os recursos, que no início serviam puramente fins terapêuticos, denotavam castigos e punições sem função clínica aparente. Nestes espaços, o *louco* não era, de modo algum, o centro de seu tratamento. (Foucault, 1978)

**A Segunda Guerra Mundial**
Com os anos 30, eclode a Segunda Guerra Mundial, conflito militar global que durou de 1939 a 1945, envolvendo a maioria das nações do mundo, organizadas em duas alianças militares opostas: os Aliados e o Eixo. Foi a guerra mais abrangente da história, com mais de 100 milhões de militares mobilizados. Em estado de "guerra total", os principais envolvidos dedicaram toda sua capacidade económica, industrial e científica a serviço dos esforços de guerra, deixando de lado a distinção entre recursos civis e militares. Marcado por um número significante de ataques contra civis, incluindo o Holocausto e o uso de armas nucleares, foi o conflito mais letal da história da humanidade, resultando entre 50 a 70 milhões de mortes.
Foram cometidas das maiores atrocidades contra os direitos humanos neste período, assentes e validadas pelos princípios ideológicos do partido nazi. *Adolf Hitler*, líder da ditadura nazista e chanceler alemão acreditava que os seres humanos poderiam ser classificados coletivamente como "raças", em que cada raça apresentava características únicas que eram geneticamente transmitidas desde a Pré-história e que se relacionavam com a aparência, estrutura e força físicas, funcionamento mental, capacidade intelectual, gostos e também a capacidade militar. Considerava que a raça alemã ou ariana era superior às demais e que deveria dominar e governar os restantes povos.
Devido a esta ideologia, os nazistas perseguiram, aprisionaram e mataram milhões de pessoas, incluindo o genocídio sistemático de cerca de seis milhões de judeus durante o

Holocausto, juntamente com mais cinco milhões de ciganos, deficientes físicos e mentais, e outras minorias étnicas e grupos minoritários.

**Programa T4 ou Eutanásia**

Segundo o pensamento nazi, os *loucos* eram considerados inúteis à sociedade e uma ameaça à raça ariana, por isso, eram indignos de viver. Assim, surgiu o programa "T4" ou "Eutanásia" no período da Segunda Guerra, com o objetivo de exterminar pessoas com doenças físicas ou mentais, através da inalação de gás ou injeção de fármacos em doses tóxicas. Este programa contou com a cooperação de médicos alemães, sendo estes responsáveis por analisar os processos clínicos dos doentes nas instituições em que trabalhavam, para determinar quais os deficientes que deveriam ser mortos e supervisionavam as execuções. (Izumi, 2003; Strous, 2006)

Um número substancial de psiquiatras assassinava os seus doentes enquanto muitos outros psiquiatras eram cúmplices das ações dos anteriores. Este assassinato de doentes psiquiátricos era um segredo mas com conhecimento coletivo. Os perpetradores foram impelidos pela pressão dos pares e superiores, obediência inquestionável aos ideais nazis e também pelo carreirismo. A negação dos perpetradores e seus cúmplices foi facilitada pelo uso de linguagem enganosa, proficiência burocrática e técnica e justificações como sendo "uma causa maior" ou "missão sagrada". Os psiquiatras eram a principal especialidade médica envolvida porque muitos acreditavam na ideologia nazi e na eugenia, estigmatizando assim as pessoas com doenças do foro mental, selecionando-as para esterilização e eutanásia. Ernst Rüdin (1874-1952), diretor do Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie em Munique, foi um dos principais psiquiatras da Alemanha nazista, responsável pela aniquilação sistemática de doentes psiquiátricos. (Seeman, 2005; Beddier, 2009; Sohner, 2017; Kukinski, 2019)

A liderança nazi tentou manter o programa em sigilo durante toda a Guerra. Cerca de 200 000 deficientes foram assassinados pelos nazis entre 1940 e 1945. Este programa tornou-se o modelo para o extermínio em massa de judeus, ciganos, e outras vítimas, nos campos equipados com câmaras de gás. (Izumi, 2003; Strous, 2006; Sohner, 2017; Krupinski, 2019)

Hitler, o líder destas atividades, passou a ser habitualmente considerado um louco, ou até mesmo um ser não Humano. Esta loucura do *Führer* tornou-se a loucura de um país, ou até mesmo de uma grande parte do continente. Não se tratou inteiramente das ações de um único indivíduo, existiu foi uma relação recíproca entre o *Führer* e o povo, e que a loucura de um estimulou a do outro, e vice-versa. Não foi só Hitler, o louco, que criou a loucura alemã, a loucura alemã também criou Hitler. Do ponto de vista psicológico, Hitler foi classificado como um psicopata neurótico atormentado por medos, ansiedades, dúvidas, recriminações, sentimentos de solidão e de culpa. (Liebermen, 1999; Charlier, 2018)

**Fim da Segunda Guerra e a Reforma Psiquiátrica**

O fim do conflito militar em 1945 deixou para trás um rasto de destruição e de assassinatos em massa de pessoas inocentes, tendo a psiquiatria alemã da altura, uma contribuição influenciada pelos princípios nazis, que se tornava urgente remodelar no período pós-guerra.

Este pano de fundo histórico contribuiu para uma análise mais profunda das relações interpessoais e da importância de uma sociedade mais justa, igualitária e tolerante, que aceite as diferenças como parte da constituição e do processo cultural. Nesse sentido, o processo para o entendimento do fenómeno da loucura passou por transformações que visaram a reforma do sistema manicomial para além do conceito de doença mental e do

paradigma da psiquiatria clássica. Surgiu então o conceito de doença mental, que passa a ser entendida como um sofrimento psíquico com quadros nosológicos demarcados, que consistem numa variação mórbida do normal, com impacto no desempenho global da pessoa (social, ocupacional, familiar e pessoal) e/ou das pessoas com quem convive. (Henkes, 2011)

Bion foi um psiquiatra inglês que participou como militar na Guerra e que, a partir da sua experiência in loco no campo de batalha junto dos soldados concetualizou uma teoria de funcionamento grupal bastante criativa e sofisticada, assente nos seguintes pressupostos básicos: 1.dependência (alguém tomará conta dos membros do grupo); 2. acasalamento (podemos encontrar um companheiro dentro do grupo); 3. luta e fuga (existem inimigos externos ao grupo, a quem devemos atacar ou de quem devemos fugir, dependendo da nossa avaliação da força de grupo relativamente à força dos estranhos perigosos). O conhecimento destes pressupostos permite compreender as dinâmicas dos grupos humanos e melhorar as relações interpessoais. (Souter, 2009)

Estes aportes foram fundamentais para o desenvolvimento de uma intensa reforma psiquiátrica, que se denominou de movimento antipsiquiatria, constituindo-se modelos de tratamento da doença mental, que ainda hoje se verificam. Convém salientar que a antipsiquiatria não se restringiu a uma mera crítica interna de um saber pretensamente científico. As suas bases fundamentaram-se na revisão epistemológica, ao substituir o enfoque na doença mental para a saúde mental. Assim, concebe-se outra noção da loucura inserida na nossa cultura e enquanto experiência no mundo. As questões de ordem socioeconómicas também foram tidas em conta neste debate. Os antipsiquiatras eram muito críticos à sociedade contemporânea, marcada pela industrialização, padronização de comportamentos e pouco sensível para as subjetividades humanas.

As reformas que sucederam este período tiveram como alvo questionar o papel e a natureza ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico e se desdobraram até aos dias de hoje, com as suas particularidades em cada país.

As aparições dos movimentos reformistas romperam com o modelo clássico asilar através das "Comunidades Terapêuticas" no Reino Unido; da "Psiquiatria de Setor" em França e da "Psiquiatria Comunitária e Preventiva" nos Estados Unidos da América.

**A "Comunidade Terapêutica" e o serviço nacional de saúde britânico**

Devido à guerra, e aos rastos de morte e doença que a mesma deixou, o estado britânico, em 1943, passou a encarregar-se dos recursos sanitários no território nacional e oferecer assistência tanto aos soldados que regressavam da guerra, quanto à população civil. A esperança não era só de vencer o conflito armado contra as forças do império nazi, mas também que essa vitória apontasse para um novo mundo, melhor e mais justo.

Assim, surgem na Inglaterra as Comunidades Terapêuticas como forma de melhorar a condição deprimente dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, que faziam lembrar os campos de concentração que a Europa democrática desse período não tolerava. Surge também a Psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha. (Fussinger, 2011)

Nessas comunidades, organizavam os doentes – soldados com perturbações mentais – em grupos de discussão, fazendo-os participarem ativamente no seu plano terapêutico, o que demonstrava uma brutal diferença do cuidado à loucura na instituição asilar do paradigma psiquiátrico clássico.

O objetivo do tratamento aos loucos é que fosse adequado, sem exercer controlo da sua liberdade ou diferenciação do tratamento oferecido. Essa transformação culminou no "*Mental Health Act de 1959*", que determinou que os doentes mentais fossem tratados do mesmo modo que os demais doentes, significando um grande avanço no tratamento oferecido à loucura, modificando-se o panorama naquela região. Criaram-se unidades

psiquiátricas nos hospitais gerais, bem como de Hospitais de Dia, que resultaram numa diminuição no número de internamentos e uma consequente adaptação social ao fenómeno da loucura, uma aceitação civil e apontamento crítico para o tratamento oferecido nos séculos anteriores. (Fussinger, 2011)

**A Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor francesa**

Cerca de 40% dos doentes internados nos hospitais psiquiátricos franceses morreram durante a Segunda Guerra Mundial. A consciência da necessidade de uma nova psiquiatria instigava uma geração de psiquiatras que acabaram de passar pela ocupação e pelos campos de extermínio. Esta vontade de transformação no modelo de atenção à loucura é equivalente aos dados trágicos das mortes de populações marginalizadas, que foi em grande parte, ao longo da história, representada pelos loucos.

A situação degradante dos doentes asilados é a motivação para as transformações inicialmente promovidas por Tosquelles, que marcariam a reforma psiquiátrica em França. Surge assim a psicoterapia institucional assente na psicanálise, que germinou desde a ocupação alemã, como uma forma de oposição à invasão nazi, numa tentativa de salvar os doentes mentais da morte e tentando oferecer-lhes alguma curabilidade.

Após os anos de sofrimento causado pela ocupação nazi, ocorreram as Jornadas Nacionais de Psiquiatria que instituíram a nova forma oficial de organização dos serviços psiquiátricos do estado francês: a Psiquiatria de Setor. Esta tinha como premissa estruturar um serviço público de ajuda e tratamento colocado à disposição da população para permitir o acesso universal a formas de atendimento e uma qualidade de serviços até então reservadas a setores privilegiados do público. Estas medidas tinham como objetivo levar a psiquiatria até à população, tentando diminuir o estigma sobre a doença mental e tentar retirar a opressão e a segregação que consternaram o *louco* ao longo dos séculos.

A Psiquiatria de Setor e Psicoterapia Institucional francesa enuncia princípios muito próximos aos da Comunidade Terapêutica, como a liberdade de circular entre os ambientes, os espaços bem estruturados, a flexibilidade nos contratos de entrada e saída, assim como o acolhimento permanente, sendo que os franceses priorizaram a abordagem psicanalítica para uma reforma do sistema da psiquiatria clássica. (Henckes, 2009)

**A psiquiatria comunitária norte-americana**

O passado da atenção à loucura nos Estados Unidos está intimamente ligado aos ideais de "periculosidade social", dos internamentos em massa e do "tratamento moral" equiparados aos ideais europeus dos séculos anteriores.

Os EUA não foram palco direto dos conflitos da Segunda Guerra Mundial, contudo o seu contexto histórico-político-social também foi imensamente prejudicado. Verificou-se um aumento considerável do consumo de drogas pelos jovens, tal como o surgimento de grupos com comportamentos delinquentes, assente no movimento *Beatnik*.

Neste contexto histórico e social, nasce a psiquiatria comunitária ou preventiva que pretende intervir na etiologia da doença mental, focando essencialmente na prevenção e no conceito de saúde mental em detrimento da doença mental. Segundo este modelo, as perturbações mentais podem ser prevenidas se detetadas precocemente, e prevenindo a doença, será possível suprimi-la do contexto social. O método utilizado para tal é a identificação prévia de pessoas que possam ser potencialmente doentes, por isso a solução passava por chegar precocemente a estas pessoas. Surgem assim conceitos e elementos fundamentais que fundamentam a psiquiatria comunitária ou

preventiva: noção de risco, população de risco, prevenção e teoria da crise; que inauguravam o modelo para a atenção em saúde mental. (Snodgrass, 2018)

**Conclusões**

O conceito de loucura foi mudando ao longo dos tempos, sendo o período da Segunda Guerra Mundial muito hostil e vulnerável para quem sofria de tal perturbação. Os *loucos* eram considerados inúteis, tendo sido muitos deles, assassinados pelo programa assente nas ideologias nazis "T4 ou eutanásia".

Após este período sombrio, verificou-se um novo pensamento acerca do conceito de loucura que conduziu a novos modelos de cuidar com grandes conquistas no campo da reforma psiquiátrica. Possibilitou a abordagem baseada no respeito pelas pessoas na sua individualidade e singularidade, estimulando a reintegração na comunidade e criando oportunidades para estes indivíduos.

Para além de todos os muros criados pela Guerra, a travessia do caminho da loucura e a transformação do tratamento psiquiátrico a estes doentes passaram por um novo olhar, configurando-se numa assistência mais ampla, integral, contínua e humanizada. Surgiram assim movimentos antipsiquiatria em vários países que reformaram verdadeiramente o cuidado psiquiátrico.

**Fontes e bibliografia final**

Alverga, Alex R.; Dimenstein, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

Foucault, Michel. História da loucura na idade clássica São Paulo: Perspectiva, 1978.

Strous RD. Nazi euthanasia of the mentally ill at Hadamar. Am J Psychiatry. 2006 Jan;163(1):27.

Izumi H. ["Euthanasia" operation by Nazis on patients with psychiatric or hereditary diseases, and Bishop von Galen of Münster]. Nihon Ishigaku Zasshi. 2003 Jul;49(2):277-319.

Söhner F, V Cranach M, Fangerau H, Becker T. Nach der „Aktion T4" : „Regionalisierte Euthanasie" in der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg [After the Action T4 : "Regionalized euthanasia" in the Günzburg Psychiatric Hospital]. Nervenarzt. 2017 Sep;88(9):1065-1073.

Dashorst P, Mooren TM, Kleber RJ, de Jong PJ, Huntjens RJC. Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. Eur J Psychotraumatol. 2019 Aug 30;10(1):1654065.

Seeman MV. Psychiatry in the Nazi era. Can J Psychiatry. 2005 Mar;50(4):218-25.

Beddies T. Die Einbeziehung von Minderjährigen in die nationalsozialistischen Medizinverbrechen--dargestellt am Beispiel der brandenburgischen Landesanstalt Görden [Child-"euthanasia" in Nazi-Germany--the case of the psychiatric clinic Brandenburg-Görden]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2009;58(7):518-29.

Dudley M, Gale F. Psychiatrists as a moral community? Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance. Aust N Z J Psychiatry. 2002 Oct;36(5):585-94.

Roelcke V. Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1993 [Program and practice of psychiatric genetics at the German Research Institute of Psychiatry under Ernst Rüdin: on the relationship between science, politics and the concept of race before and after 1993]. Medizinhist J. 2002;37(1):21-55.

Krupinski M. Werner Heyde: Psychiater und Massenmörder : Eine forensisch-psychiatrische Perspektive [Werner Heyde: psychiatrist and mass murderer : A forensic psychiatric perspective]. Nervenarzt. 2019 May;90(5):528-534.
Copeland D. Psychiatric nurses' role in the holocaust and current implications. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2021 Jun;28(3):488-493.
Charlier P, Weil R, Rainsard P, Poupon J, Brisard JC. The remains of Adolf Hitler: A biomedical analysis and definitive identification. Eur J Intern Med. 2018 Aug;54:e10-e12
Lieberman A. Adolf Hitler's cognitive disorder and how it affected his conduct of World War II. Adv Neurol. 1999;80:459-66.
Souter KM. The War Memoirs: some origins of the thought of W. R. Bion. Int J Psychoanal. 2009 Aug;90(4):795-808
Henckes N. Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis. Hist Psychiatry. 2011 Jun;22(86 Pt 2):164-81.
Snodgrass SR. Stanley Cobb, the Rockefeller Foundation and the evolution of American psychiatry. Hist Psychiatry. 2018 Dec;29(4):438-455.
Fussinger C. 'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II. Hist Psychiatry. 2011 Jun;22(86 Pt 2):146-63.
Henckes N. Narratives of change and reform processes: global and local transactions in French psychiatric hospital reform after the Second World War. Soc Sci Med. 2009 Feb;68(3):511-8

# A ELETROTERAPIA EM TEMPOS DE GUERRA

**Paulo Sousa Martins*[1], Daniela Oliveira Martins*[1], Liliana Gomes*[1], Mauro Pinho*[1], Jorge Mota*[2]**
*Hospital de Magalhães Lemos, EPE
1.Interno de Formação Especializada em Psiquiatria
2. Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria
Email:paulo.sousa.martins93@gmail.com

**Resumo**
O *shell shock,* precursor das entidades atualmente conhecidas como reação aguda ao stress e síndrome de stress pós-traumático, foi primeiramente identificado em soldados na Primeira Guerra Mundial e desde cedo tentaram encontrar tratamentos eficazes para esta condição médica. Porém, com efeitos adversos que não são compatíveis com a Medicina atual. A eletroterapia foi utilizada para este efeito em 1916, por meio de corrente farádica, sem anestesia, associada a intervenções psicoterapêuticas aversivas. Outras terapias foram propostas posteriormente, principalmente no período da Segunda Guerra Mundial.
Os autores deste capítulo apresentam a evolução histórica de sintomas psiquiátricos devido ao combate armado, com foco no *shell shock* e seu tratamento, nomeadamente a eletroterapia e suas variantes. Serão também abordadas recomendações atuais para o tratamento do síndrome de stresse pós-traumático.

**Palavras-chave:** shell shock / Neurose de Guerra / SSPT /Eletroterapia/ Psiquiatria de Guerra

**Abstract**
Shell shock, the primordial medical term for the currently recognized acute stress reaction and post-traumatic stress disorder, was first identified in World War I soldiers and the search for effective treatments soon began. However, the adverse effects of these are not compatible with modern Medicine standards. Use of electrotherapy to treat shell shock began in 1916, through faradic electric current and concomitant aversive psychotherapeutic interventions. Other therapies were later proposed, mostly during World War II. The authors of this chapter present the historical evolution of psychiatric symptoms due to armed conflicts, with a focus on shell shock and its treatment, namely electrotherapy and its variants. Current treatment recommendations for post-traumatic stress disorder will also be discussed.

**Keywords:** shell shock, War Neurosis, PTSD, Electrotherapy, War Psychiatry

***

## 1.Introdução

A vivência de experiências traumáticas acompanha o Homem desde o inicio da História e os eventos bélicos são especialmente propícios para tal. As respostas patológicas ao trauma, assim denominadas por causarem sintomas psiquiátricos e disfuncionalidade, são comuns e podem ter várias apresentações clínicas. Infelizmente, estas não escaparam ao estigma associado à doença mental, pelo que as primeiras propostas de tratamento eram baseadas em humilhação e terapias aversivas. Neste texto, é explorada a história e evolução do síndrome de stresse pós-traumático assim como o seu

tratamento, desde a eletroterapia - que será o foco principal do capítulo - até às recomendações atuais.

## 2.Síndrome de stresse pós-traumático.

O Síndrome de Stresse Pós-Traumático é uma perturbação psiquiátrica comum, afetando 6% a 9% da população, mas podendo atingir 40% em grupos de alto risco, como são exemplo os soldados. Está englobada no grupo nosológico das reações ao stresse, que inclui ainda a reação aguda ao stresse, cujos sintomas cessam necessariamente em um mês, e reação de ajustamento, segundo a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)

Para o diagnóstico de Síndrome de Stresse Pós-Traumático é necessário vivenciar um evento extraordinariamente traumático. Inicialmente pensava-se que este evento tinha que ser de tal forma intenso que qualquer pessoa desenvolveria a patologia, se exposta a este. Porém, atualmente sabe-se que tal não é necessariamente verdade e os fatores de risco individuais (genéticos, neurobiológicos e psicológicos) são essenciais no desenvolvimento, ou não, de Síndrome de Stresse Pós-Traumático.

Os sintomas que caracterizam esta patologia são: 1) **Hiperatividade**, como sintomas de ansiedade, irritabilidade, insónias e défice de concentração, 2) **Reviver a experiência**, nomeadamente com imagens intrusivas (*flashbacks*) e, comumente, com pesadelos; 3) **Evitamentos**, tais como dificuldade em relembrar detalhadamente o evento stressor ou objetos ou lugares que o façam recordar, distanciamento social, adormecimento emocional e anedonia. Sintomas depressivos e sentimentos de culpa e vergonha são também frequentes. Os manuais de classificação assumem o diagnóstico se os sintomas persistirem mais de um mês, pelo que nem todas as reações patológicas a eventos traumáticos são Síndrome de Stresse Pós-Traumático.

## 3.Evolução histórica do Diagnóstico de Síndrome de Stresse Pós-traumático

### 3.1Na literatura clássica

O campo de batalha é o potenciador clássico de um evento traumático, pelo que não surpreende que se verifique um elevado paralelismo entre os grandes eventos bélicos da história e relatos de sintomas compatíveis com reações ao stresse patológicas. São também estes períodos que potenciam a investigação no diagnóstico e tratamento do Síndrome de Stresse Pós-Traumático. Assim, desde que existem relatos escritos das experiências do Homem, que subsistem narrações de batalhas armadas e, consequentemente, de reações ao stresse.

Logo n'*A Epopeia de Gilgamesh* (2100 a.C.), um poema mítico reconhecido como a mais antiga obra de ficção da História, a personagem principal, Gilgamesh, presencia a morte do seu amigo Enkidu e tem lembranças recorrentes, na forma de intrusões e pesadelos, desse evento.

*"Enkidu, meu irmão, a quem tanto amava, a morte o alcançou.*
*Chorei por ele durante sete dias e sete noites, até os vermes tomarem-lhe o corpo.*
*Por causa do meu irmão, tenho medo da morte; por causa do meu irmão, vagueio pelas matas e pelos campos. Seu destino pesa sobre mim.*
*Como posso descansar, como posso ficar em paz?"*
A Epopeia de Gigamesh, Anónimo.

Também Heródoto, no seu clássico relato da batalha de Maratona (440 a.C.), entre Atenas/Plateias e o Império Persa, descreve um soldado, Epizelus, que no momento climático da batalha, tem perda total de visão de início súbito, após assistir à morte do

seu companheiro, o que persistiu durante vários anos. Hipócrates, também identifica soldados com pesadelos relacionados com a batalha.

*"Deu-se, durante o combate, um fato curioso com um ateniense de nome Epizelo, filho de Cufágoras. Quando se empenhava em luta com o inimigo, conduzindo-se com valentia e desprendimento, perdeu repentinamente a vista sem haver sido atingido por nenhum golpe, ficando cego para o resto da vida"*
Histórias. Heródoto. 484 a.C a 425 a.C.

São narrados casos similares na literatura Islandesa - *A Saga de Gísli Súrsson* - e Indiana – *Ramayana* -, a última relatando os sintomas experienciados pelo demónio Marrich, após uma experiência de quase-morte.
O relato de sintomas relacionados com o stresse, principalmente os pensamentos recorrentes, é o um tema comum ao longo dos séculos em obras de ficção, como *Romeu e Julieta* de William Shakespeare, e em relatos históricos, como é exemplo o da Guerra dos Cem Anos, de Jean Froissart.

### 3.2.Primeiras descrições clínicas

Desde há vários séculos que são realizadas tentativas de descrição e classificação com tradução clínica de reações a experiências stressantes, pelo que foram sendo cunhados vários termos para entidades semelhantes. Johannes Hofer (1669-1752), médico suíço, utiliza, em 1688, o termo **Nostalgia** (ou *mal du pays*), em mercenários suíços. Que se apresentavam com angústia e saudades de casa, mas também por insónia e ansiedade, No mesmo período, clínicos espanhóis, alemães e franceses relatam casos semelhantes. Em 1961, Josef Leopold Auenbrugger (1722-1809) escreve sobre soldados que vivenciaram experiências traumáticas, e que posteriormente se tornaram solitários e apáticos.
No século XIX, dois grandes eventos potenciam o estudo das reações ao stresse, a Guerra Civil Americana e a Revolução Industrial.
Durante a Guerra Civil Americana, Arthur Meyers (1838-1921), é o primeiro a cunhar o termo **Coração de Soldado**, em 1870, desenvolvido posteriormente por Jacob Mendez DaCosta (1833-1900), sendo também conhecido com Síndrome de DaCosta. O seu foco são sintomas cardiorrespiratórios inespecíficos, com intensidade subjetiva incongruente com o exame objetivo, sendo conceptualizada como uma resposta estritamente biológica ao stresse provocado pela batalha. Atualmente pode-se incorporar este termo nos sintomas de somatização, associados a ansiedade..

*"A man who had been for some months or longer in active service, would be seized with diarrhea, annoying, yet not severe enough to keep him out of the field; (…) he got out of breath, could not keep up with his comrades, was annoyed with dizziness and palpitation, and with pain in the chest; (…) all this though he appeared well and healthy"*
DaCosta JM em "On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences". The American Journal of the Medical Sciences. 1871.

A Revolução Industrial foi um período de grane expansão económica e territorial, fortemente apoiada no desenvolvimento das linhas férreas e do comboio a vapor. Nestes tempos, a segurança era parca, os acidentes frequentes e as mortes, comuns. Mais uma vez, sintomas sem evidência objetiva de lesão – alterações do sono, pesadelos com colisões, zumbido, dor crónica e intolerância a viagens de comboio – são observados. Waller Lewis (?-1882) é o primeiro a reportar estas alterações, em 1863. Posteriormente, em 1866, Sir John Eric Erichsen (1818-1896) desenvolve o tema, denominando de síndrome de ***Railway Spine*** o conjunto de sintomas somatoformes

desenvolvidos após acidentes ferroviários, pelo que ficou igualmente conhecido como Doença de Erichsen. Este termo tornou-se pejorativo, sendo associado a indivíduos que procuravam ganhos secundários monetários, defraudando as seguradoras. Porém, Erichsen tinha uma explicação biológica, considerando que a causa seria uma lesão na espinha dorsal sem fratura vertebral.
Outros clínicos proeminentes estudam estas alterações, discordando na sua etiologia, o que na verdade reflete a própria história da psiquiatria: o inglês Herbert Page (1845-1926) e o francês Jean-Marie Charcot (1825-1893) acreditam ter uma causa psicogénica, tratando-se de neurastenia traumática e/ou histeria; enquanto que Hermann Oppenheim (1858-1919), propõe subtis alterações moleculares no sistema nervoso central como explicação para os sintomas, preferindo o termo **Neurose Traumática**, aproximando-se assim da Neurose Cardíaca (ou Coração de Soldado). Esta é a primeira associação da palavra *trauma* à Psiquiatria, deixando de ser exclusiva da Cirurgia. O debate académico mantem-se durante a viragem do século, até ao início de um evento que alterou o panorama político mundial e também a investigação sobre o trauma.

### 3.3.Grandes Guerras

Seis meses após o início da Primeira Guerra Mundial, onde a exposição ao campo de batalha é elevada ao extremo, Charles Myers (1873-1946) escreve um artigo para a revista *The Lancet* onde é utilizado pela primeira vez o termo ***Shell Shock***. Este engloba sintomas severos de ansiedade, pesadelos, tremor e perda de visão e audição – por vezes em tudo semelhante a episódios de histeria - após exposição a projéteis explosivos, denotando uma causa neurológica. O olhar para o infinito - *thousand yard stare* - é provavelmente o fenómeno mais associado a esta entidade clínica e é ainda hoje relatado em soldados que presenciaram momentos de batalha traumáticos. Posteriormente começam a ser relatados casos de soldados com *shell shock* mas sem qualquer contato direto com o campo de batalha, alterando o paradigma organicista e fortalecendo a hipótese de uma causa puramente assente em distúrbios emocionais.

> *"His dreams were generally of incidents belonging to earlier periods of the war, never of the trench shelling.*
> *Attempts to obtain revival of the lost memories (…) were fruitless.*
> *(..) There is hence a possibility that the patient wandered in a state of somnambulism from the trench (…). But of this last point the patient is not now so certain."*
> Charles Myers descrevendo o paciente 2 em "A Contribution to the Study of Shell Shock". The Lancet. Fevereiro de 1915.

Novamente, o estigma prevalece, rotulando os soldados que padeciam desta doença de "fracos", "covardes" e "traidores". Porém, desta vez os sintomas são observados em soldados que já tinham dado provas da sua valentia antes do inicio da guerra, demonstrando que a intensidade do trauma determina a probabilidade do desenvolvimento de sintomas. Muitos soldados regressavam à frente de batalha após poucos dias, mas aqueles que padeciam de sintomas mais graves e prolongados eram sujeitos às terapias posteriormente descritas. No final da Guerra, foram contabilizados cerca de 80 000 casos de *shell shock* só em soldados britânicos, resultando em 40% das baixas em 1916, motivo que levou à redução progressiva do diagnóstico até que, no início da Segunda Guerra Mundial, a designação *shell shock* é banida do exército britânico.
Este evento bélico de escala global despoletou o aparecimento de designações e interpretações diversas do termo até então em voga: **Neurose de Batalha**. Os americanos designavam de *acute combat stress reaction* e o diagnóstico era realizado após

cinco a sete dias. Para os alemães, trata-se do fenómeno *begehrungsvorstellungen*, semelhante a perturbação factícia, pelo que o tratamento breve era fornecido, mas o reconhecimento de sintomas crónicos não era permitido. Os soviéticos cunham o termo *affektivno-shokovye reaktsii*, em tudo semelhante ao Síndrome de DaCosta, e os sobreviventes dos campos de concentração podiam sofrer de Neurose de Repatriação.

### 3.4.Na Psiquiatria moderna

Com o advento do DSM-I, em 1952, inicia-se um período de classificações de perturbações psiquiátricas mais estandardizadas. Neste documento, apenas é identificado o termo ***Gross Stress Reaction***, cuja definição dita que, se os sintomas se prolongarem por mais de seis meses, então estes não são consequência da experiencia de guerra. No DSM-II, em 1968, é criada a entidade Reação de Ajustamento. Finalmente, no DSM-III, em 1980, é definido pela primeira vez o **Síndrome de Stresse Pós-Traumático**, fruto da necessidade de realizar um diagnóstico especifico para os soldados que regressavam da Guerra do Vietname. O termo sofre atualização com o DSM-IV, em 1994. Mais recentemente, no DSM-V, em 2013, o Síndrome de Stresse Pós-Traumático passa a ser englobado nas Perturbações relacionadas com Stresse e Trauma, e não apenas como uma Perturbação de Ansiedade.

## 4.Evolução histórica do Tratamento de Síndrome de Stresse Pós-traumático

### 4.1Os Tratamentos Aversivos

Durante a Guerra Civil Americana, apresentações clínicas como o Síndrome de DaCosta eram sinónimos de covardia e fraqueza de carácter, pelo que o tratamento indicado era a humilhação pública, esperando-se que a experiência aversiva alterasse o curso natural da doença.

Esta linha de pensamento mantem-se durante a Primeira Guerra Mundial, sugerindo que o *shell shock* seria consequência de falta de treino e disciplina ou mesmo fingimento por parte do soldado. A relação teórica entre o *shell shock* e a histeria é fortalecida, termo este que surge renomeado de pitiatismo, cujo significado é "curável pela persuasão". Consequentemente, surgem as primeiras propostas de tratamentos aversivos, incluindo a eletroterapia, na França. Clovis Vincent (1879-1947) é o primeiro a explorar esta técnica em soldados, designando-a de *traitemente brusque*. Vincent reporta resultados extremamente positivos. Em Inglaterra, Lewis Yealland (1884-1954), que também considerava o *shell shock* uma tentativa de fraude, publica várias séries de casos de sucesso sobre soldados que este curou, em Queen Square, Londres. Estes trabalhos são apoiados por Edgar Adrian (1889-1977).

> *Indeed, anyone visiting hospital wards where functional and organic cases are treated together cannot fail to be struck by the great difference in the mental outlook of the two classes. The chief phenomena underlying the hysterical type of mind are weakness of the will and of the intellect, hypersuggestibility and negativism.*
>
> Lewis Yealland em "The Treatment of some common war neurosis". The Lancet. Junho de 1917

No entanto os soldados começaram a recusar este tipo de terapia a qual apelidavam de *torpillage*, por se assemelhar a ser atingido por um projétil (*un torpille*). Três soldados insurgem-se contra Vincent, mas o processo mantêm-se confidencial. Até que Baptiste Deschamps (1881-1957), um soldado ferido na Batalha de Yser, em Outubro de 1914, fica ferido após queda de três metros. Os seus sintomas cronificam, nomeadamente camptocormia, pelo que é enviado ao cuidado de Vincent, após falência terapêutica em

vários outros centros. Porém Deshamps recusa-se a fazer eletroterapia, considerando-a uma forma de tortura. A discussão escala até agressões físicas, o que despoletou um julgamento mediático, tendo a impressa questionado "*Pode um soldado recusar ser tratado?",* o que foi alvo de grande controvérsia na sociedade francesa. Este evento marcou o declínio da eletroterapia e dos tratamentos aversivos. Vincent, derrotado por este evento, pede para regressar à frente de batalha. Gustave Roussy (1874-1948) continua o trabalho de Vincent divergindo porém na técnica, não obtendo resultados tão positivos como haviam sido publicados, o que leva a uma intensa rivalidade entre ambos. No fim da Guerra, já em 1918, são preferidas outra opções como anestesia geral com clorofórmio ou as psicoterapias freudianas.

*Deschamps explique ensuite que, proposé pour la reforme temporaire avec gratification, il fut surpris de voir le docteur Vincent se refuser à cette solution. Le colonel pose l'une des questions essentielles du procès :*

*- D. [Demande] Pourquoi avez-vous refusé de suivre le traitement électrique ?*

*- R. [Réponse] J'étais abruti par la peur. Des camarades m'avaient dit que les torpilles c'était très douloureux et même que des hommes en étaient morts*

Em "Refus de guérison ou refus de guerre ?", La Lettre du Chemin des Dames. 2012

Depois da Guerra, Vincent torna-se um dos pioneiros da neurocirurgia francesa e Roussy dedica-se ao estudo da área da Neurologia e Oncologia, motivo pelo qual um centro de estudo de cancro em Paris tem o seu nome (Instituto Gustave Roussy). Yealland mantem uma carreira de sucesso, com contributos importantes na área da epilepsia. No entanto, a sua reputação é postumamente comprometida, em 1985, com o lançamento da obra de Elaine Showalte, que o denomina de "pior psiquiatra militar da História". Adrian é agraciado com o Prémio Nobel da Fisiologia em 1932 pela sua investigação da função dos neurónios.

### 4.1.1 Tratamento por persuasão, sugestão, reeducação e disciplina.

Os princípios gerais do tratamento baseavam-se na utilização de corrente farádica, ou seja um estimulo elétrico de baixa frequência (30Hz a 100Hz), comprimento de onda de 0,1ms a 1ms, a intervalos de 20ms. Esta ainda tem aplicação terapêutica, mas naquele período era uma corrente alterna com frequência irregular, contrariamente aos níveis de preciso exigidos atualmente. A corrente era administrada através de um cabo eletrificado e aplicada na região corporal onde o sintoma se localizava. Concomitantemente eram realizadas intervenções psicoterapêuticas, cujo objetivo seria persuadir a acreditar que se iria curar e depois que de fato estava curado. Se necessária mais reeducação e disciplina, a intensidade da corrente seria aumentada e a mesma aplicada em regiões com maior sensibilidade álgica, como os pés e os genitais. Este era um tratamento extremamente doloroso, o que se acreditava ser essencial para a eficácia do mesmo. Outras técnicas eram utilizadas, "para permitir aceder ao inconsciente do individuo fraco que não quer ser reabilitado", como a psicanálise e a hipnose, mas também o isolamento,

*The simplest form of suggestive treatment to apply is the faradic current. The therapeutic uses of electricity are still mysterious enough to the layman, and nearly every patient is willing to accept the suggestion that some form of electricity will cure him. The current can be made extremely painful if it is necessary to supply the disciplinary element which must be invoked if the patient is one of those who prefer not to recover, and it can be made strong enough to break down the unconscious barriers to sensation in the most profound functional anaesthesia.*

Lewis Yealland em "The Treatment of some common war neurosis". The Lancet. Junho de 1917

De notar que esta técnica não deve ser confundida de maneira alguma com a eletroconvulsivoterapia que é um tratamento eficaz, seguro e indolor no tratamento da depressão psicótica e esquizofrenia resistentes ao tratamento, e atualmente ainda em utilização.

### 4.2 A Preferência pela Psicoterapia

No período entre guerras assiste-se à expansão das teorias psicodinâmicas do desenvolvimento de patologia mental e, concomitantemente, dos primeiros tratamentos físicos, com a eletroconvulsivoterapia, e farmacológicos, com o pentotal de sódio. Todas estas opções são estudadas e aplicadas em soldados durante a Segunda Guerra Mundial. São pioneiros os primeiros socorros mentais, para o tratamento da neurose de guerra, assentes em três princípios: 1) **Proximidade**, permitindo avaliação e tratamento atempado, 2) **Imediatismo**, maximizando o acesso e 3) **Expetativa**, através de uma atitude expectante e evitando o diagnóstico imediato.

Estes princípios são ainda hoje utilizados em contexto militar, assim como a Psiquiatria de Frente, desenvolvida em França, em 1915 e maximizada durante a Guerra do Vietname, cujo principio é o retorno precoce à frente de batalha, reduzindo os sentimentos de culpa e inutilidade.

### 4.3 O Tratamento Integrado

Atualmente é preconizada a inclusão de profissionais de saúde mental em brigadas de combate. Quando exposto ao trauma, o individuo deve ser rapidamente rastreado para a presença de sintomas, devendo ser realizada avaliação personalizada se necessári. O apoio psicoterapêutico quer-se imediato, principalmente através do relato da experiência (*debriefing*).

Se o diagnóstico de Síndrome de Stresse Pós-Traumático for confirmado, o tratamento deve ser iniciado precocemente para reduzir a probabilidade de evolução para doença crónica. São benéficas as psicoterapias, principalmente as cognitivo-comportamentais, focadas no trauma, a psicofarmacologia, como por exemplo a utilização de inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Técnicas intervencionistas como a neuromodulação e a utilização de enterogéneos têm sido estudadas, com resultados promissores.

## 5. Conclusão

As experiências traumáticas são uma consequência esperada da vivência de um conflito armado. Porém, nem todos os indivíduos têm respostas patológicas e, quando presentes, estas são exprimidas em variados síndromes clínicos. A intensidade do trauma e fatores de risco pessoais são determinantes para o desenvolvimento de Síndrome de Stresse Pós-traumático. As primeiras experiências terapêuticas dos percursores desta patologia eram bárbaras e desenquadradas com os padrões éticos atuais. A eletroterapia é o exemplo máximo deste facto. Felizmente o tratamento acompanhou as exigências da Medicina e da Psiquiatria moderna e é agora assente em planos de intervenção precoces, partilhados por uma equipa multidisciplinar, resultando em melhores cuidados de saúde mental para vítimas de trauma, relacionado com a guerra e não só.

**Bibliografia**


Adrian, E. D., & Yealland, L. R (1917) The treatment of some common war neuroses. The Lancet 189 (4893), 867-872.

Anspach, C. (1934). Medical dissertation on nostalgia by Johannes Hofer, 1688. *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*. 2 (6), 376-391.

Croq M. (2000). From shell shock and war neurosis to post traumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2( 1): 47–55.

DaCosta, J. M. (1951) On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. The American Journal of Medicine. 11 (5), 559-567.

Duffy, D. (2011). The Strange, Second Death of Lewis Yealland. Ontario History, 103(2), 127–149.

Eitinger, L. E. O. (1961). Pathology of the Concentration Camp Syndrome. *Archives of General Psychiatry*. 5 (4), 371.

Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & McDonagh-Coyle, A. (1994). Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *The Psychiatric clinics of North America*. 17 (2), 265–277.

Gasquoine P. G. (2020). Railway spine: The advent of compensation for concussive symptoms. *Journal of the history of the neurosciences*, *29*(2), 234–245.

History.com Editors. (2017). *PTSD and Shell Shock*. Acedido em 04 de Feveireir de 2022 em https://www.history.com/topics/inventions/history-of-ptsd-and-shell-shock.

Kloocke, R., Schmiedebach, H., & Priebe, S. Psychological injury in the two World Wars: changing concepts and terms in German psychiatry. (2005) *History of Psychiatry, SAGE Publication*s. 16 (1), 43-60.

Koek, R. J., Roach, J., Athanasiou, N., van 't Wout-Frank, M., & Philip, N. S. (2019). Neuromodulatory treatments for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 92, 148–160.

Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: historical development of the concept. *Perspectives in psychiatric care*, *42*(1), 13–20.

Linden S., C., Jones, E. & Lees, A. J. (2013) Shell shock at Queen Square: Lewis Yealland 100 years on. Brain. 136 (6), 1976-1988.

McKenzie A. G. (2012). Anaesthetic and other treatments of shell shock: World War I and beyond. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 158 (1), 29–33.

Myers, C. M. (1915) Contributions to the study of shell shock. *The Lancet*. 13, 316-320.

Porter, H. W. (1863). On the Influence of Railway Travelling on Public Health. *The Assurance Magazine, and Journal of the Institute of Actuaries*. 11 (3), 152-171.

Reiff, C. M., Richman, E. E., Nemeroff, C. B., Carpenter, L. L., Widge, A. S., Rodriguez, C. I., Kalin, N. H., McDonald, W. M. (2020) Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy. *The American journal of psychiatry*. 177 (5), 391–410.

Stein, M. B., & Rothbaum, B. O. (2018). 175 Years of Progress in PTSD Therapeutics: Learning From the Past. *The American journal of psychiatry*. 175 (6), 508–516.

Tatu, L., Bogousslavsky, J., Moulin, T., & Chopard, J. L. (2010). The "torpillage" neurologists of World War I: electric therapy to send hysterics back to the front. *Neurology*. 75 (3), 279–283.

Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L., & Van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 47–74). New York: Guilford Press.

# JOHN BOWLBY – SAÚDE MENTAL e SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: UM CONTRIBUTO HISTÓRICO

**Sara Jorge Carneiro*; Ana Beatriz Cardoso*;**
**Catarina Pedro Fernandes*; Sónia Dias Azenha****
* Interna de Formação Específica em Psiquiatria – Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga ** Assistente Hospitalar Graduada – Serviço de Psiquiatria, Hospital de Braga.
E-mails: saracarneiro27@gmail.com; bea.negocios@gmail.com;
catarinapedrofernandes@gmail.com; ssd.azenha@gmail.com

**Resumo**
A Teoria da Vinculação de John Bowlby é considerada uma das mais importantes na Psicologia desenvolvimental.
Um dos seus trabalhos mais notáveis foi o estudo dos efeitos psicológicos nas crianças que, durante a Segunda Guerra Mundial, ficaram órfãs ou que foram separadas das suas famílias. Tal levou a que Ronald Hargreaves, da Organização Mundial de Saúde, propusesse a Bowlby a redação de um relatório sobre a Saúde Mental destas crianças, no pós-guerra.
A aceitação desta proposta deu a oportunidade a Bowlby de viajar por vários países e consultar as visões de vários investigadores da Europa e Estados Unidos da América, que estavam igualmente interessados nesta temática, incluindo Spitz e Goldfarb.
Neste trabalho, os autores apresentam as conclusões resultantes da investigação levada a cabo por Bowlby e a influência que estas tiveram no desenvolvimento da Teoria da Vinculação.

**Palavras-chave:** Teoria da Vinculação; Segunda Guerra Mundial; Organização Mundial de Saúde; Saúde Mental.

**Abstract**
John Bowlby's Attachment Theory is considered one of the most important in developmental Psychology.
One of his most notable works was the study of the psychological effects on children who, during World War II, were orphaned or separated from their families. This led Ronald Hargreaves, of the World Health Organization, to propose to Bowlby the writing of a report on the Mental Health of these children, in the post-war period.
The acceptance of this proposal gave Bowlby the opportunity to travel to several countries and consult the views of several researchers from Europe and the United States of America, who were equally interested in this topic, including Spitz and Goldfarb.
In this work, the authors present the conclusions resulting from the research carried out by Bowlby and the influence these had on the development of Attachment Theory.

**Keywords:** Attachment Theory; Second World War; World Health Organization; Mental Health.

***

## Introdução

John Bowlby (Edward John Mostyn Bowlby, 26 de fevereiro 1907 – 2 de setembro de 1990), foi um psicanalista e psiquiatra britânico com um importante contributo histórico na Saúde Mental, após a Segunda Guerra Mundial. Bowlby dedicou-se ao

estudo do papel da vinculação materno-infantil no desenvolvimento psicossocial das crianças e estruturação caracterial, com consequente repercussão nos comportamentos e organização das emoções na vida adulta.
Neste artigo, pretende-se realizar uma revisão da literatura no âmbito dos estudos efetuados por John Bowlby e respetivas conclusões.

**Percurso académico/histórico**

Em 1925, John Bowlby iniciou o curso de Medicina no *Trinity College,* em Cambridge. Durante o curso de Medicina, desenvolveu interesse pela área de Psicologia do Desenvolvimento, tendo realizado os seus primeiros estudos com crianças que demonstravam comportamentos desadaptativos. Constatou que grande parte delas era proveniente de famílias desestruturadas ou sofria de maus-tratos.
Em 1929, matriculou-se na *University School* de Londres e terminou aí os seus estudos em Medicina em 1934. Em 1937, qualificou-se como Psicanalista e foi integrado no Instituto Psicanalítico Britânico. No fim da Segunda Guerra Mundial, em 1946, Bowlby foi convidado a integrar os quadros da Clínica Tavistock, em Londres, especializada em Saúde Mental, onde ficou a trabalhar até ao fim da sua carreira profissional. Aqui, foi o responsável pelo Departamento de Crianças e Pais, tendo-se dedicado à psicoterapia na infância e ao estudo das respetivas relações familiares e da sua influência no desenvolvimento psicossocial das crianças.
A 11 de dezembro de 1946, é criada a UNICEF, após a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas e em 1950, Bowlby reúne-se com Lady Allen (UNICEF) para financiamento de novos projetos de investigação na área do desenvolvimento infantil.
Do percurso académico de Bowlby, salientam-se duas experiências que tiveram influência na escolha da sua área de investigação – a ligação materno-infantil: o ano de voluntariado num Hospital de crianças com comportamentos desadaptativos/disruptivos, enquanto estudava em Cambridge e acompanhamento de crianças enquanto psicanalista no *Institute of Psychoanalysis*, sob a supervisão de Melanie Klein. Klein defendia que os problemas emocionais das crianças se deviam, essencialmente, a conflitos internos gerados a partir de fantasias e impulsos agressivos e libidinais, e não a eventos do mundo externo. No entanto, em 1938 através do seguimento de uma criança de 3 anos com ansiedade e hiperatividade, Bowlby verificou que quando a mãe da criança se sentava na sala de espera, a criança tornava-se ainda mais ansiosa e infeliz. Tal experiência fomentou o seu interesse pelo estudo da influência que os relacionamentos externos poderiam ter no comportamento das crianças.

**Segunda Guerra Mundial – efeitos da privação das entidades parentais/cuidadoras**

Na Primeira Guerra Mundial, a principal preocupação residia nas repercussões negativas apenas a nível físico. Pelo contrário, após a Segunda Guerra Mundial, houve uma preocupação generalizada nas consequências emocionais para as crianças afetadas ao longo de 6 anos por bombardeamentos, separações familiares, fome e deportações. Neste sentido, os Psicólogos e Psiquiatras começaram a destacar a importância do estudo do impacto emocional das situações de catástrofe no desenvolvimento das crianças e das suas potenciais complicações durante o crescimento do indivíduo.
De 19 de junho a 22 de julho de 1946 realizou-se, em Nova Iorque, a Conferência Internacional de Saúde, onde foi elaborada a Constituição da OMS (Organização Mundial da Saúde), a qual entrou em vigor a 7 de abril de 1948. Os princípios da OMS assentavam na premissa de que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico,

mental e social e não apenas a ausência de doença". A 10 de dezembro de 1948, foi assinada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), decorrida em Paris, onde se salientou que todos os cidadãos tinham direito a um nível de vida que lhes permitisse assegurar a si e à sua família a saúde e o bem-estar. Para além disso, foram destacados os direitos de proteção social inerentes à maternidade e infância. Deste modo, a importância do desenvolvimento saudável de crianças no período pós-guerra e do seu papel benéfico para a sociedade em geral, contribuiu para que a OMS manifestasse interesse em publicar um relatório sobre o cuidado de crianças sem-abrigo, tendo convidado John Bowlby para ser o autor da sua redação.

Em 1950, Ronald Hargreaves, Diretor da Secção de Saúde Mental da OMS, designou John Bowlby como Consultor desta organização e responsável por escrever um relatório acerca da Saúde Mental de crianças sem-abrigo na Europa no período pós-guerra. John Bowlby foi Consultor da OMS entre 1950 e 1952. Ao longo de 6 meses viajou por vários países da Europa e Estados Unidos da América, onde se reuniu com outros investigadores (nomeadamente Spitz e Goldfarb) para o debate dos efeitos nas crianças da sua separação das figuras maternas, bem como análise dos diferentes estudos realizados. No final destes 6 meses apresentou a primeira edição do seu manuscrito. Em maio de 1952, foi lançada a segunda edição, onde adicionalmente constaram outros estudos de investigação levados a cabo em Inglaterra e França.

O relatório denominado "Maternal Care and Mental Health" foi traduzido para 14 idiomas, tendo vendido mais de 400 000 exemplares. Com base na evidência empírica recolhida, Bowlby concluiu que para uma criança ter um desenvolvimento social e emocional saudável e adaptativo, deve experienciar um relacionamento afetivo, caloroso, íntimo e contínuo com a figura materna/cuidadora, em que ambas tenham satisfação e prazer. Através desta relação, emoções como ansiedade e culpa, cujo excesso pode levar à doença mental, desenvolver-se-ão de uma forma controlada e organizada. As situações em que esta relação não está presente, são denominadas de estados de privação materna - quer por ausência da prestação de cuidados satisfatórios ou por ausência do próprio cuidador. A privação materna pode ser classificada como **parcial**, quando a figura materna ou cuidador principal são substituídos, posteriormente, por outra pessoa que é capaz de fornecer cuidados securizantes e satisfatórios, ou **total**, quando nunca chega a existir nenhuma pessoa que forneça cuidados com estas caraterísticas (ex: instituições, hospitais, etc.).

Bowlby observou que os diferentes tipos de privação poderiam acarretar consequências na estrutura psíquica e na organização da personalidade. A privação parcial poderia contribuir para uma organização neurótica ou instabilidade caracterial, enquanto a total poderia comprometer por completo a capacidade do indivíduo em estabelecer relações interpessoais.

Spitz, em 1945, conduziu um estudo acerca dos efeitos no coeficiente do desenvolvimento psicomotor durante o 1ºano de vida, de acordo com a classe social e a presença/ausência da figura materna. As crianças cujas mães estiveram presentes durante o seu desenvolvimento não revelaram atrasos no coeficiente de desenvolvimento, enquanto aquelas cujas mães estiveram ausentes apresentaram uma média de 72 no coeficiente de desenvolvimento no final do 1ºano (Coeficiente do Desenvolvimento normal situava-se entre 90-110).

Observações diretas dos efeitos nocivos da privação completa de cuidados maternos em crianças foram feitas por um grande número de Pediatras, Psicólogos e Psiquiatras infantis e mostraram que o desenvolvimento da criança pode ser afetado física, intelectual, emocional e socialmente. Segundo Bowlby, os estudos realizados por Gesell e Amatruda e Spitz apresentavam evidência suficiente para assumir que o

desenvolvimento de crianças institucionalizadas se desviava dos padrões normais de desenvolvimento.
Nas crianças que sofreram separação das entidades parentais/cuidadoras durante a Segunda Guerra Mundial, foram verificados sintomas de ansiedade, depressão e apatia. Em 1948, Loosli-Usteri realizou um pequeno estudo comparativo de 97 crianças refugiadas judias em lares na Suíça e 173 crianças suíças com aproximadamente a mesma idade (11 a 17 anos), que não sofreram separação das figuras maternas/cuidadoras. Ambos os grupos tinham de responder a 3 questões: "O que eu penso, o que eu desejo e o que eu espero". Os resultados obtidos demonstraram que, para o grupo das crianças refugiadas a experiência da sua vida com maior ênfase e mais traumática foi a separação dos seus pais/cuidadores, enquanto a maioria das crianças do grupo de controlo não mencionou os pais/cuidadores no texto e as que fizeram referência ao aspeto da sua perda, encararam-no como um elemento natural do percurso de vida.
Em 1945, Szondi estudou crianças refugiadas na Suíça e em outros campos de concentração e descreveu a "síndrome de desenraizamento" que representava a repressão da necessidade de apego. Esta manifestava-se por determinados comportamentos, como a tendência para o furto, urinar na cama, incapacidade para criar relações e prejuízo na formação de ideias.
Na Holanda, Tibout, de Leeuw e Frijling estudaram milhares de crianças cujos pais foram deportados entre 1942 e 1943, tendo ficado integrados em lares adotivos. Os efeitos relatados foram surgimento de apatia; formação de relações/afetos superficiais e, mais tarde, promiscuidade; sintomas ansiosos e depressivos e enurese noturna. Muitas destas crianças estavam emocionalmente perturbadas quando foram examinadas após a guerra e precisavam de tratamento. Foi observado que aquelas que tinham bons relacionamentos familiares antes da separação, geralmente tinham melhor prognóstico do que aquelas que cresceram num ambiente familiar disfuncional.

**Teoria da Vinculação**
Todo o percurso acima descrito serviu de base para a génese e desenvolvimento da Teoria da Vinculação.
Bowlby identificou **quatro caraterísticas base** de uma **vinculação segura**:

-Manutenção da Proximidade – desejo de estar perto das pessoas às quais estamos vinculados;

-Refúgio Seguro – "porto de abrigo" quando estamos perante uma ameaça ou medo;

-Base Segura – a figura de vinculação atua como uma base de segurança, a partir da qual a criança pode explorar o ambiente circundante;

-Separação-Angústia/Ansiedade – na ausência da figura de vinculação, a criança sente-se desprotegida, angustiada e ansiosa.

A investigação no âmbito da vinculação, sugeriu que as experiências entre a criança e o cuidador desempenhavam um papel importante no desenvolvimento de modelos mentais, que afetavam a compreensão e a reação à perda, tanto em crianças como em adultos. De acordo com este modelo, crianças que tenham experienciado uma vinculação segura tendem a ser mais confiantes e predispostas a explorar o universo que as rodeia, o que leva a uma maior flexibilidade na formulação dos seus modelos mentais internos (de si mesmas e dos outros).
Estão descritos quatro tipos de vinculação: segura, ansiosa/ambivalente, evitante e desorganizada.

Numa vinculação **segura** existe o desenvolvimento de uma ligação afetiva entre o cuidador e a criança. O cuidador é capaz de fornecer cuidados satisfatórios à criança, satisfazendo assim as suas necessidades. A criança sente-se amada e cuidada, o que promove a capacidade de formar relacionamentos saudáveis e ajustados com as pessoas à sua volta.
Uma vinculação **ansiosa/ambivalente** resulta de uma inconstância/imprevisibilidade por parte do cuidador nos cuidados prestados à criança. Crianças que experienciam este tipo de vinculação tendem a sentir-se inseguras, vulneráveis e com sentimentos de desconfiança em relação aos cuidadores, bem como receio de serem abandonadas. O ambiente envolvente é explorado com apreensão.
A vinculação **evitante** ocorre nas situações em que as figuras cuidadoras raramente se encontram presentes, inviabilizando a criação de uma ligação afetiva, contínua e íntima com a criança, pelo que esta acaba por crescer aceitando que as suas necessidades emocionais provavelmente permanecerão insatisfeitas, continuando a sentirem-se rejeitadas e insignificantes.
Por fim, a vinculação **desorganizada** resulta de uma combinação da vinculação evitante e ansiosa. Nestes casos, geralmente as crianças apresentam sentimentos como raiva intensa e fúria, comportamento volátil e dificuldades no relacionamento com os cuidadores.
Bowlby estudou os efeitos dos diferentes tipos de vinculação no comportamento do adulto. Uma vinculação segura permitiria que a criança se tornasse num adulto capaz de estabelecer relações interpessoais ajustadas e duradouras. A vinculação ansiosa/ambivalente estaria relacionada com a necessidade de proximidade dos outros na vida adulta e a procura incessante pela mesma, sentimentos de receio face à possibilidade do afastamento das pessoas, preocupação com os sentimentos dos outros em relação ao próprio e tendência a serem indivíduos emocionalmente dependentes. A vinculação do tipo evitante proporcionaria dificuldades em confiar nos outros, em expressar os sentimentos e compreender as emoções, o que se repercutiria na evicção de relacionamentos íntimos e na sensação de desconforto com a proximidade de outras pessoas. A vinculação desorganizada poderia resultar na expressão de sentimentos de ambivalência em relação à proximidade dos outros (por um lado, o adulto deseja esta aproximação, mas em simultâneo teme pela rejeição, acabando por evitar relacionamentos íntimos), na incapacidade em confiar nos outros e na dificuldade em controlar as emoções.

**Teoria da Vinculação no Processo de Luto**
A Teoria do Vinculação demonstrou que a reação/comportamento de uma criança separada do cuidador principal tem aspetos similares à perda da vinculação por morte. Assim sendo, John Bowlby propôs que, no processo de luto, os adultos acabam por ter um comportamento semelhante às crianças separadas da mãe por longos períodos de tempo, uma vez que estas assumem que a separação é permanente.
John Bowlby identificou primariamente **quatro fases de luto**:
**Choque e embotamento** – segue imediatamente a perda por morte. A pessoa enlutada fica entorpecida e fechada em si mesma.
**Desejo e procura** - caraterizada pela saudade da pessoa falecida e desejo que ela regresse para preencher o vazio criado. Surgem sentimentos como tristeza, raiva e ansiedade.
**Desorganização e desespero** – aceitação inicial da realidade da perda. Emergem sentimentos de tristeza, apatia, raiva, desespero e desesperança.
**Reorganização e recuperação** - retorno a um novo estado de "normalidade". Sentimentos intensos como tristeza, raiva e desespero começam a diminuir à medida

que as lembranças mais positivas da pessoa falecida se fortalecem. O indivíduo reorganiza-se com tendência a restabelecer o seu funcionamento prévio.
Uma vinculação segura fornece à criança as competências necessárias para enfrentar a perda. Por outro lado, a ausência de uma vinculação sólida aumentará a predisposição para uma resposta desadaptativa ao processo de luto. A vinculação ansiosa/ambivalente estará associada a altos níveis de emotividade e expressividade no processo de luto, incapacidade de lidar construtivamente com a perda e ruminação excessiva. Indivíduos com antecedentes de uma vinculação evitante estarão menos predispostos a partilhar a sua dor emocional e terão uma maior propensão para se distanciarem da perda, evitando memórias da pessoa em questão, com dificuldades em manter ligações simbólicas. Por fim, a vinculação do tipo desorganizada pode contribuir para uma dificuldade em expressar as emoções e sentimentos de uma forma coerente perante a perda, mostrando uma adaptação desorganizada ao processo de luto.

**Conclusões**

O cuidado adequado de crianças privadas de uma vinculação materna segura e eficaz, não deve ser visto somente como um ato singular de humanidade, mas como um bem essencial para o bem-estar mental e social de uma comunidade.
É fundamental a criação de infraestruturas económicas e sociais, capazes de prestar auxílio às famílias, por forma a reduzir possíveis fatores de stress que possam prejudicar a ligação mãe-filho.
A ausência de uma vinculação securizante pode ter efeitos graves no desenvolvimento psicossocial, caráter e comportamento na vida adulta, nomeadamente nas situações de perda ou adversidade.
Estes dados mantêm-se extremamente pertinentes na atualidade. A crise dos migrantes, as leis governamentais de países afetados por ditaduras que atentam à dignidade e direitos humanos, o isolamento social e o impacto socioeconómico trazidos pela pandemia Covid-19 são exemplos de condicionantes vividas no presente e que testam a capacidade de resiliência e de adaptabilidade do Ser Humano.

**Bibliografia**

1.Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental psychology, 28(5), 759.
2.van der Horst, F. C., Zetterqvist Nelson, K., Van Rosmalen, L., & Van der Veer, R. (2020). A tale of four countries: How Bowlby used his trip through Europe to write the WHO report and spread his ideas. Journal of the History of the Behavioral Sciences, 56(3), 169-185.
3.Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
4.Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life (II). International journal of psycho-analysis, 25, 107-128.
5.Bowlby, J., & World Health Organization. (1952). Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. World Health Organization.
6.Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
7.Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness and depression. In Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression (pp. 1-462). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.

8.Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning" grief work" and the nature of detachment.
9.Reisz, S., Duschinsky, R., & Siegel, D. J. (2018). Disorganized attachment and defense: exploring John Bowlby's unpublished reflections. Attachment & human development, 20(2), 107-134.
10.Stroebe, M. S. (2002). Paving the way: From early attachment theory to contemporary bereavement research. Mortality, 7(2), 127-138.

# SAÚDE MENTAL DOS VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

**Joana Cavaco Rodrigues*; Patrícia Marta*;**
**Joaquim José Sá Couto*; Renato Sousa****
Centro Hospitalar Universitário do Algarve,
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Faro, Portugal
* Interno Formação Específica de Psiquiatria; ** Assistente Hospitalar de Psiquiatria
E-mails: jfrodrigues@chalgarve.min-saude.pt; pmarta@chalgarve.min-saude.pt;
jcouto@chua.min-saude.pt; rsousa@chalgarve.min-saude.pt

**Resumo**
A Guerra Colonial ocorreu entre 1961 e 1974 e resultou do confronto entre as Forças Armadas Portuguesas e as forças de guerrilha que exigiam a independência de Angola, Guiné-Bissau e Moçambique. Foram mobilizados cerca de 1.400.000 homens, contabilizando-se, entre estes, 10.000 mortos e 40.000 feridos. Há ainda a destacar, os 140.000 ex-combatentes afetados por perturbação pós-stress traumático. A elevada associação que existe entre esta e a exposição à guerra deve-se, provavelmente, ao facto das situações vividas de ameaça à integridade física e à vida do próprio/outros serem altamente violentas e imprevisíveis. Além disso, os veteranos de guerra têm maior prevalência de outras patologias, tais como, perturbações do humor, da ansiedade e do uso de substâncias. Deste modo, é possível reconhecer os danos provocados pela guerra na saúde mental e no bem-estar dos veteranos, bem como a importância de uma abordagem adequada.

**Palavras-chave**: saúde mental, Guerra Colonial, veteranos, perturbação pós-stress traumático, comorbilidades psiquiátricas

**Abstract**
The Portuguese Colonial War took place between 1961 and 1971 and was the result of the conflict between the Portuguese Armed Forces and the nationalist movements that demanded independency for Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. According to records, 1.400.000 men were mobilized, counting 10.000 killed and 40.00 wounded. Among these men, 140.000 veterans were affected by post-traumatic stress disorder. This disorder has a great association to war, probably because of extremely violent and unpredictable life threatening experiences. Besides, the war veterans have higher prevalence of others disorders, like mood disorders, anxiety and substance use. In this way, it's easy to recognize the repercussions of war in veterans' mental health and well-being, as well as the importance of a correct approach.

**Keywords**: mental health, Colonial War, veterans, post-traumatic stress disorder, psychiatric comorbidities

***

## Introdução

A Guerra Colonial Portuguesa teve início em 1961 e apenas viu o fim com a Revolução de 1974. Estes 13 anos de conflito deixaram marcas importantes nas vidas de milhares de veteranos portugueses e das suas famílias. O objetivo deste trabalho é fazer uma breve contextualização histórica, refletir sobre o impacto da vivência do conflito na

saúde mental dos veteranos, dando ênfase às patologias mais frequentemente diagnosticadas nesta população, entre elas a perturbação pós-stress traumático ou, em inglês, *post traumatic stress disorder* (PTSD).

**Contextualização Histórica**

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, o domínio colonial das potências europeias sobre territórios africanos e asiáticos começou a ser questionado.[1] Esta mudança ocorreu devido à fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), nesse mesmo ano, e consequente criação da Carta da ONU, que estabelecia o Princípio da Autodeterminação dos Povos. Este Princípio confere aos povos o direito de autogoverno e de decidirem livremente a sua situação política, tendo sido utilizado pela ONU no processo de descolonização.[2]

Portugal, ao aderir à ONU em 1954, tinha que cumprir as obrigações impostas. No entanto, o Governo do Estado Novo conseguiu fugir a essa responsabilidade, ao negar a existência de territórios nas condições previstas, o que gerou grande indignação.[2] Portugal conseguiu então ser das últimas nações europeias a ser afetada pelo processo de descolonização.[1] Para além isso, contribuíram também fatores políticos, económicos e históricos. Politicamente o facto de o Estado Novo ter o apoio da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos da América na fase final do conflito, mesmo sendo este apoio frágil, contribuiu para a vontade de manutenção das colónias na luta anticomunista. Por sua vez, a nível económico, desde o século XIX e após a perda do Brasil, permaneceu a ideia de que os territórios africanos seriam o sustento de um Portugal autónomo financeiramente e não podiam ser perdidos. Em relação à vertente histórica, o Governo do Estado Novo soube catapultar os feitos conseguidos pelos portugueses na era dos Descobrimentos, criando uma imagem de grande potência europeia e reforçando um sentimento nacionalista, que era incutido vigorosamente através dos programas letivos das escolas. Deste modo, várias gerações de jovens reviveram o passado patriota como a obrigação de trazer à "civilização" os povos colonizados.[3]

A primeira parcela de território colonial a ser perdida foi Goa, Damão e Diu, na Índia, após uma guerra de curta duração em que as forças portuguesas não puderam contrariar a invasão por forças indianas, incomparavelmente mais fortes.[1]

Relativamente às colónias africanas, no final da década de 1950 e início da década de 1960, começaram a formar-se os principais grupos pró-independência. Em 1956, criou-se o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), a partir da fusão do Partido da Luta Unida dos Africanos de Angola (PLUA) e do Partido Comunista Angolano (PCA). Mais tarde, em 1962, formou-se a Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA), a partir da junção da União dos Povos de Angola (UPA) e do Partido Democrático de Angola (PDA). Em 1966, nasceu a União Nacional Para a Independência Total de Angola (UNITA), fruto de uma dissidência da UPA. Em 1960, fundou-se o Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC) e o Comité de Libertação de São Tomé e Príncipe (CLSTP). Em 1962, nasceu a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO).[3]

Era sabido que na resolução de questões do âmbito colonial, Salazar privilegiava sempre a vertente militar, sem ter em consideração os sacrifícios materiais e humanos que isso acarretaria.[1] Por isso, montadas as estruturas políticas pró-independência e prevendo a impossibilidade de qualquer tipo de diálogo com o governo português, com objetivo de proceder a uma independência colonial pacífica, só restou a estes movimentos o início de uma luta armada. Para isso contribui ainda o apoio, ideológico e de armamento, dos Estados Unidos da América e da República Popular da China à FNLA e da União Soviética à MPLA.[3]

Em 1961, tem início um novo capítulo na história do Império colonial português. Em Angola, ocorrem as primeiras manifestações com carácter de revolta coletiva contra a presença colonial portuguesa. De destacar dois acontecimentos que marcaram este início: em Fevereiro, militantes do MPLA tentaram tomar de assalto esquadras de polícia em Luanda, sendo violentamente reprimidos, o que motivou ainda mais a adesão das populações ao movimento independentista; em Março, a UPA levou a cabo vários ataques mortíferos a fazendas agrícolas, com o objetivo de erradicar a população branca.[1] A revolta estendeu-se a várias regiões do país, sendo a resposta militar das autoridades portuguesas escassa, pelo número reduzido de militares existentes no território. Portugal tomou então consciência, em Abril de 1961, que os problemas que se viviam em Angola não eram controláveis com os efetivos militares existentes. Procedeu-se ao envio das primeiras tropas de reforço, no dia 19 de Abril por via área e a 21 de Abril um maior contingente, por via marítima, após a mítica declaração de Salazar "para Angola, rapidamente e em força".[3]

O conflito estendeu-se à Guiné Bissau, em 1963, onde se encontrava em campo apenas uma organização política, o PAIGC, que através de apoios logísticos dos países vizinhos e de governos com influência na Assembleia Geral das ONU, conseguiu proclamar unilateralmente a independência e vê-la reconhecida por numerosos países em 1973.[1]

Em Moçambique, a guerra teve início em 1964 pela FRELIMO. Após várias ofensivas militares e tal como em Angola, nunca se conheceu um claro vencedor, nem um derrotado assumido. Apenas os territórios insulares de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe não foram alvo de confrontos no seu território.[1]

A Guerra Colonial Portuguesa, travada em 3 frentes – Angola, Guiné Bissau e Moçambique, durou 13 anos e teve graves consequências para o Estado Novo. As Forças Armadas Portuguesas, foram progressivamente dando sinais claros de esgotamento do seu pessoal e do seu armamento, enquanto os Movimentos de Libertação aumentavam o seu potencial e agressividade militar. Para além disso, esta Guerra afetou gravemente as finanças do Estado português e conduziu a um isolamento do país a nível diplomático mundial. Tudo isto constituiu um fator determinante na mobilização dos capitães, que em 1973 iniciaram as movimentações, que mais tarde culminariam no fim da ditadura do Estado Novo a 25 de Abril de 1974. A mudança do rumo político do país permitiu que se pusesse um ponto final à Guerra Colonial e se desse início ao processo de descolonização. O Estado português negociou com os movimentos de libertação, sendo proclamada a independência de Moçambique em Junho de 1975, de São Tomé e Príncipe em Julho de 1975 e de Angola em Novembro de 1975.[1]

**Saúde Mental dos Veteranos**

A Guerra Colonial deixou, em ambos os campos, um largo rasto de dor e de sofrimento que uma solução política atempada teria evitado. O balanço em termos humanos foi dramático. Foram mobilizados cerca de um milhão e quatrocentos mil homens, com cerca de dez mil mortos e quarenta mil feridos.[1] Muitos jovens soldados foram expostos a eventos altamente stressores, ao viver situações ameaçadoras da vida, extremamente brutais e imprevisíveis, assistir à morte de camaradas ou cometer atos violentos contra inimigos e civis.[4] Parte dos ex-combatentes passou a sofrer de perturbações psicológicas e psiquiátricas, incluindo PTSD, depressão e abuso de substâncias, com um impacto profundo em várias esferas das suas vidas.[5, 6, 7] No entanto, nunca houve um reconhecimento claro destas consequências pelo país, tendo sido negligenciado o seu cuidado, o que contribuiu para a discriminação destes veteranos.[5, 8, 9] Talvez por isso, mesmo passados 60 anos desde o início da Guerra Colonial Portuguesa, se explique a

escassez de bibliografia existente acerca das repercussões na saúde mental dos ex-combatentes.

**PTSD e outras comorbilidades**

A prevalência de PTSD nos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa varia significativamente nos diversos estudos: desde 10% até 80%.[10, 11] Apesar desta variação, concluiu-se que a prevalência de PTSD é sempre superior na amostra dos veteranos, em comparação à amostra dos não-veteranos.[10, 12, 13] Uma explicação possível para a discrepância de valores, pode ser a diferença existente entre o tamanho das amostras, já que quanto maior o tamanho da amostra, menor a prevalência de PTSD. Outra explicação plausível é o facto dos estudos que apresentam maior prevalência de PTSD, terem recrutado a sua amostra através de *sets* clínicos específicos, como hospitais militares ou civis, clínicas e associações de veteranos.[14]

Em relação ao aparecimento dos sintomas de PTSD, verificou-se que ocorreu com maior frequência pouco depois da guerra (entre 42,5% e 46,7%) ou após 5 anos (entre 37,5% e 45%). Percebeu-se também que a PTSD tem um curso crónico, com uma média de duração entre 16 e 18 anos.[5, 6] Existem ainda fatores de risco importantes para o desenvolvimento de PTSD e de quadros mais graves, tais como: maior dificuldade na partilha das suas vivências na guerra, por medo de rejeição; menor *self-awareness* acerca do seu estado mental; maior discrepância entre a identidade pré e pós-guerra; maior prevalência de relações conflituosas; menor autoestima e maior uso de estratégias de *coping* mal-adaptativas.[15]

Os veteranos apresentavam ainda outras comorbilidades, como depressão moderada (com prevalência entre 17,7% e 30,3%) e depressão grave (com prevalência entre 47% e 58,8%);[16, 17, 18] ansiedade (90,9%)[17] e abuso de substâncias, com 81% a reportar uso de álcool, 23% de tabaco e 20,8% consumo de drogas.[9] A presença de depressão e ansiedade é muito comum nos veteranos com PTSD, como uma "vulnerabilidade conjunta", uma vez que a PSTD é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão e vice-versa, isto é, há uma relação recíproca entre ambas.[14]

Para além disto, concluiu-se ainda que 37.7% dos veteranos apresentavam *impairment* funcional grave, a nível familiar, ocupacional ou médico.[6] A nível familiar, apurou-se que os veteranos tinham taxas mais altas de violência doméstica, em comparação aos não veteranos, com 37% dos veteranos a terem tido pelo menos um episódio de violência para com as suas esposas, na tentativa de reduzir o seu desconforto.[9, 12] A nível ocupacional, a taxa de desemprego variava entre 9,1% e 42%, enquanto a prevalência de reformados chegava aos 90%.[9, 16, 18] A nível médico, os veteranos com PTSD apresentavam maior prevalência de outras patologias não psiquiátricas, tais como, cardiovasculares gastrointestinais, dermatológicas, musculo-esqueléticas e metabólicas.[11]

Dentro dos fatores de risco associados à manifestação das perturbações acima descritas, destacam-se: estar no terreno em combate, testemunhar ou participar em episódios de violência abusiva, pertencer a famílias disfuncionais, não ter um bom suporte social e haver história de trauma na infância.[8, 11, 15, 18, 19]

**Intervenção terapêutica**

Os resultados alcançados a nível da melhor abordagem terapêutica são muito escassos. No entanto, nos estudos realizados, verificou-se que a terapia comportamental pode reduzir os sintomas de PTSD não sendo eficaz na redução de sintomas de depressão e ansiedade.[5] Quanto à terapia de exposição a realidade virtual, percebeu-se que pode diminuir os sintomas de PTSD, depressão e ansiedade, sendo uma boa alternativa à terapia comportamental.[20] Contudo, nestes estudos observou-se uma alta taxa de

desistência do tratamento, uma amostra reduzida de participantes e a ausência de *follow-up* após o fim do tratamento, o que impede de tirar conclusões consistentes acerca da melhor terapêutica.

**Discussão**

A investigação acerca da saúde mental dos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa é escassa e começou a desenvolver-se apenas nas últimas duas décadas, apesar de o conflito ter terminado há quase 50 anos. Com o evoluir do tempo, é mais difícil recolher informação relativa a este período, junto dos ex-combatentes. Todos os estudos referidos neste artigo foram transversais e realizados em Portugal. No entanto, é importante fazer uma análise crítica dos dados e ter em conta o tamanho das amostras, o local onde os doentes foram selecionados e a inclusão de grupos de veteranos e não-veteranos nos estudos existentes.

Apesar do impacto da guerra na saúde mental dos veteranos, nem todos manifestam sintomatologia. Os veteranos assintomáticos reportam maior sensação de crescimento pessoal, maior procura de suporte social e maior consistência da sua identidade no pré e pós-guerra. Estes fatores protetores estão relacionados com uma maior recuperação de quadros crónicos de PTSD. No entanto, estes resultados foram limitados a poucos estudos, com amostras muito pequenas, não sendo possível generalizar os dados alcançados.[8, 15]

Dado os resultados obtidos, seria importante replicá-los em estudos intervencionais e longitudinais, com amostras maiores e mais representativas e abordando temas pouco estudados nestes trabalhos. Entre eles destacam-se: a criação de estratégias de prevenção, identificação precoce e orientação terapêutica da PTSD e de outras comorbilidades associadas (ansiedade, depressão, uso de substâncias, esquizofrenia e perturbação afetiva bipolar), o reconhecimento de fatores de risco e protetores e do impacto destas patologias na funcionalidade dos veteranos, com vista a uma melhor integração na sociedade.[15] Os programas de intervenção devem ser dirigidos ao veterano e à família, especialmente no sentido de aumentar a qualidade de vida, o suporte social e a adaptação à doença. É ainda importante que os profissionais de saúde estejam preparados para poder reconhecer e referenciar corretamente estes veteranos.

**Conclusões**

Os estudos indicam que os veteranos da Guerra Colonial Portuguesa apresentaram um alto nível de *impairment* funcional familiar, ocupacional e médico, tendo sido identificados os principais fatores de risco e de proteção associados. Verificou-se ainda uma alta prevalência de PTSD, depressão, ansiedade, abuso de substâncias e outras comorbilidades. A nível terapêutico, a terapia comportamental e a terapia de exposição a realidade virtual podem melhorar a sintomatologia presente nestes veteranos. No entanto, a literatura ainda carece de investigações intervencionais e longitudinais, sendo necessários mais estudos subordinados a este tema.

**Fontes e bibliografia final**

1.I. (2020). *Guerra Colonial - Infopédia*. Infopédia - Dicionários Porto Editora. Acedido a 31 de Janeiro de 2022, em https://www.infopedia.pt/$guerra-colonial.

2.Pteditor. (2019). *Descolonização*. Nações Unidas - ONU Portugal. Acedido a 31 de Janeiro de 2022, em https://unric.org/pt/descolonizacao/.

3.Fraga, L. A. D. (2014). *A guerra colonial: 1961–1974*. Camões - Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. Retirado de https://repositorio.ual.pt/handle/11144/653.

4.Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping,* 24, 309-325. doi:10.1080/10615806.2010.521238.
5.Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios pós-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 399-407.
6.Albuquerque, A., & Lopes, F. (1994). Características de um grupo de 120 ex-combatentes da guerra colonial vítimas de «stress de guerra». *Vértice*, 58, 28-32.
7.Ferrajão, P. C. (2017). Pathways between combat stress and physical health among Portuguese war veterans. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1640-1651. doi:10.1177/1049732317701404.
8.Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2014). Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans. *Traumatology*, 20, 277-285. doi:10.1037/trm0000016.
9.Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In Centro de Estudos Lusíadas/ Universidade do Minho, (ed.), *A Guerra Colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Braga, Portugal.
10.Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-20.
11.Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4, 123-131. doi:10.4013/ctc.2011.42.06.
12.Couto, M. J. (2007). Exposição a trauma e caracterização do ajustamento psicológico, de saúde, familiar e laboral de uma amostra de homens portugueses: Um estudo comparativo entre ex-combatentes da guerra colonial e um grupo da mesma idade sem essa experiência. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
13.Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A., & Anunciação, C. (2017). A perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o *coping*. *Revista Psicologia*, 31, 313-319.
14.Maia, A., & Morgado, D. (2019). PORTUGUESE COLONIAL WAR VETERANS' MENTAL HEALTH: A SYSTEMATIC REVIEW. *Psicologia, Saúde & Doença,* 20(3), 759–777. https://doi.org/10.15309/19psd200316.
15.Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015c). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 1-8. doi:10.1037/tra0000043.
16.Nunes, M. J. M. (2010). A memória autobiográfica na Perturbação de Stress Pós-Traumático: Um estudo com veteranos da guerra colonial Portuguesa. Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Retirado de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4326/1/13265.pdf.
17.Oliveira, S. M. (2008). Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/803/1/16853_Tese_-_Susana_M_Oliveira.pdf.
18.Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumaticstress, psychologicalmorbidity, pychopathology, family functioning, and quality of life in Portuguese war veterans. *Traumatology*, 18, 49-58. doi:10.1177/1534765611426794.

19.Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology,* 5, 20198. doi:10.3402/ejpt.v5.20198.
20.Gamito, P., Oliveira, J., Rosa, P., Morais, D., Duarte, N., Oliveira, S., & Saraiva, T. (2010). PTSD elderly war veterans: A clinical controlled pilot study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 43-48. doi:10.1089/cyber.2009.0237.

# DA LOBOTOMIA À ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA: UM ESPETRO DE CONTROVÉRSIA

**Mariana Roque Gonçalves *; Alzira Silva ****
Centro Hospitalar Universitário de São João
*Interna de Formação Específica em Psiquiatria **Assistente Graduado de Psiquiatra
Email: somarianaroque@gmail.com ; alzisilva@gmail.com

**Resumo**
A utilização de técnicas de neurocirurgia em doentes com sintomas psiquiátricos remonta à era neolítica. Em 1935, Egas Moniz e Almeida Lima, apoiados no trabalho de Fulton e Jacobsen, foram responsáveis pelo desenvolvimento da leucotomia/lobotomia, como parte integrante do tratamento de doentes com depressão refratária, ansiedade marcada e/ou agressividade. Este procedimento, ainda hoje relembrado pela comunidade científica como um ato barbárico, acabou por marcar o papel da neurocirurgia aplicada à psiquiatria moderna. Com este trabalho os autores propõem-se a explorar a evolução histórica do espetro da psicocirurgia desde as suas implicações bioéticas, estigmatizadas no passado, até aos aspetos polémicos do seu estado mais robusto da era atual - a estimulação cerebral profunda.

**Palavras-chave:** Lobotomia; Estimulação Cerebral Profunda; Psicocirurgia; História

**Abstract**
The usage of neurosurgical techniques in psychiatric patients dates back to the Neolithic era. In 1935, Egas Moniz and Almeida Lima, supported by the work of Fulton and Jacobsen, were responsible for the discovery and development of prefrontal leucotomies / lobotomy, as a therapeutic tool for patients with refractory depression, anxiety, severe agitation and aggression. This, still remembered by the scientific community as a barbaric act, ended up being instrumental in the development of neurosurgery applied to modern psychiatry. The aim of this work is to provide a brief, and historical, overview of psychosurgery, from its bioethical implications to the controversial aspects of its modern day, mainstream scientific state – deep brain stimulation (DBS).

***

## Introdução

O nascimento da lobotomia como uma técnica médico-cirúrgica, representou e ainda representa um marco fundamental no papel da neurocirurgia na doença funcional, culminando em técnicas tão inovadoras como a estimulação cerebral profunda, que atualmente se aplica nas mais diversas patologias do foro neurológico e psiquiátrico.
Este trabalho tem como objetivo rever a história da psicocirurgia, explorando a forma como os diferentes avanços científicos, ainda que distantes cronologicamente, acabaram por se correlacionar tendo um papel fundamental no desenvolvimento, quer a nível científico, quer a nível bioético, da psicocirurgia na atualidade.

## Psicocirurgia – o início

O conceito de psicocirurgia surge, para a grande maioria, no início do século XX, com a lobotomia, mas a verdade é que os primeiros registos deste tipo de cirurgia datam do ano 2000 AC num processo denominado de **trepanação**, em que os crânios eram

perfurados como parte de rituais espirituais, com o objetivo de tratar condições ditas mentais, como cefaleias, epilepsia entre outras.
Ainda que existam, ao longos dos anos, registos perdidos de experiências relacionadas com esta área, sobretudo para o tratamento de patologias psiquiátricas ou neurológicas (com maior enfase para doenças do foro epiléptico), a utilização de técnicas cirúrgicas propriamente ditas em doentes psiquiátricos surge em 1891, quando Gottlieb Burckhardt, psiquiatra suíço (1836-1907), publicou a primeira monografia relativa à aplicação da neurocirurgia em quadros psicóticos.
Inspirado nos avanços científicos realizados na segunda metado do século XIX, sobretudo na área da neurologia, com o mapeamento das diferentes regiões cerebrais (sensoriais *versus* motoras) e a descoberta, em 1861, da área de Broca e área de Wernicke - áreas responsáveis pela linguagem, Burckhardt acreditava ser possível replicar estes avanços na área da psiquiatria defendendo que a existência de áreas corticais – que ele apelidaria de centros - com características distintas entre si e específicas a diferentes processos, permitiriam acompanhar e compreender as doenças psiquiátricas, nomeadamente as doenças com sintomatologia psicótica, de "centro em centro" (Burckhardt, 1877).
Mais propriamente, Burckhardt acreditava que a produção de atividade psicótica, em paralelo com a produção da linguagem, dependia de um processo complexo de estimulação em cadeia de diferentes centros/áreas cerebrais – assim, todas as imagens formadas, fossem elas novas, relembradas, ou mesmo escritas, tinham na sua génese um processo dito psicótico, permanecendo armazenadas em centros que o próprio designava como *"Psychic reflex centers",* já que a sua estimulação, à posteriori, justificaria a produção de nova atividade psicótica.
O psiquiatra suíço acreditava que estas regiões corticais seriam estacionárias ao longo da vida de cada indivíduo, de forma que, a excisão de determinadas porções do córtex cerebral (córtex frontal, temporal e/ou temporoparietal) não só permitiria a eliminação do centro psicótico em si, como resultaria na interrupção mecânica de um processo patológico.
Segundo Burckhardt, este procedimento deveria ser aplicado exclusivamente como tratamento paliativo em doentes psicóticos e apenas faria sentido para aqueles que, como ele, não acreditavam que a psicose se tratasse de uma doença difusa, mas sim de uma condição restrita a determinadas regiões do córtex cerebral.
Na sua publicação de 1981, eram descritos 6 doentes esquizofrénicos sujeitos a trepanação, com excisão de partes do córtex frontal, incluindo o giro orbital e região médio-frontal. A maioria dos doentes demonstraram melhorias, sobretudo a nível comportamental, com um maior controlo dos impulsos, e menos agressividade, não obstante, um doente faleceu durante o procedimento e uma grande parte dos doentes tiveram sequelas graves da cirurgia, com afasia, e crises convulsivas.
Ainda que os seus métodos tenham sido considerados barbáricos e irresponsáveis, tendo sido discriminado pela comunidade científica, Burckhardt defendia o potencial terapêutico da trepanação, admitindo-a como o futuro da ciência, e ponte fundamental para o tratamento cirúrgico de doentes psiquiátricos.

**Psicocirurgia – O renascimento**

O renascimento da psicocirurgia surge em 1935, quando John Fulton, neurocientista de relevo em Yale, e o seu colega Carlyle Jacobsen, apresentaram ao II congresso internacional de neurologia (Londres, 1935) o caso de 2 primatas adultos com melhoria significativa do comportamento - a nível da impulsividade, cumprimento de ordens e estabilidade emocional, após serem submetidos a uma lobotomia frontal. Em associação com outros *case-reports* da época, a dupla descreveu, pela primeira vez, o papel

do lobo frontal na memória a curto prazo, ansiedade e agressividade, tendo sido finalmente possível fazer sentido do estranho caso de Phineas Gage (1848)[1].
Nesse mesmo ano, Egas Moniz, neurologista português, em conjunto com o neurocirurgião Almeida Lima, desenvolveram o que seria apelidado como a primeira lobotomia. A **leucotomia pré-frontal** (nome atribuído pelo próprio Egas Moniz) consistia na perfuração de vários pontos no crânio (região pré-frontal, como o próprio nome indica) com uma pequena broca (designada leucótomo), e posterior injeção de álcool no lobo frontal de forma a interromper a ligação dos córtex frontal e pré-frontal ao tálamo.
A tese de Egas Moniz, em conformidade com os achados de Fulton e Jacobsen, tinha como objetivo clarificar o papel do lobo frontal na tomada de decisão e controlo de impulsos, questionando se a remoção do lobo frontal poderia, de alguma forma, evitar o desenvolvimento de neuroses eliminando os sintomas de frustração. Assim, durante o ano de 1935-1936, foram realizadas cerca de 19 leucotomias para o tratamento de doentes psiquiátricos com depressão refratária, ansiedade ou agressividade, sendo que os melhores resultados foram verificados em doentes com depressões ditas "agitadas".
Neste mesmo ano, Walter Freeman e James Watts popularizaram esta técnica nos Estados Unidos da América, aplicando-a maioritariamente em doentes com sintomatologia afetiva, grave e refratária aos tratamentos existentes. Baseados na técnica popularizada por Egas Moniz, optaram por investir em leucótomos que permitiam lesões progressivamente maiores, e desta forma a disrupção mais difusa da rede neuronal. Só mais tarde, Freeman adoptou a conhecida técnica da **lobotomia transorbital** – caracterizada pela inserção de um instrumento semelhante a um picador de gelo (orbitoclasto), que permitia uma lesão continua no plano coronal - Esta técnica, por ser significativamente mais rápida, necessitava apenas de sedação por eletrochoques e era, por isto, independente de uma equipa cirúrgica, viabilizando o afastamento dos neurocirurgiões da lobotomia, e permitindo a sua disseminação indiscriminada, como resposta à ausência de outras terapias mais convencionais.
A lobotomia permitiu assim, pela primeira vez, estabelecer a relação direta entre doença mental e a estrutura cerebral, representando nesta altura um progresso fundamental no conhecimento das funções cerebrais – razão pela qual, em 1949, Egas Moniz é presenteado com o prémio Nobel da medicina.

**Psicocirurgia – A queda**

Durante a década de 40 realizaram-se milhares de lobotomias em todo o mundo. Eventualmente, quer a opinião pública, quer os próprios profissionais, foram ficando progressivamente mais sensibilizados e críticos para as condições em que estes procedimentos estariam a ser realizados, alertando para os efeitos adversos não reportados, assim como para a falta de objetividade e rigor científico associado.
O surgimento de quadros caracterizados por apatia, embotamento afetivo e impulsividade/agressividade foram sendo cada vez mais vezes notados, com a **Síndrome pós-lobotomia** a merecer um lugar como entidade médica reconhecida.
Também se tornou conhecimento generalizado que muitos destes procedimentos eram realizados em doentes que não assinavam consentimento informado, ou em

[1] Phineas Gage – Operário ferroviário (New Hampshire, 182-1861) que em 1846, na sequência de um acidente com explosivos teve o seu crânio perfurado por um cilindro de ferro com lesão significativa do seu lobo frontal. Ainda que tenha sobrevivido ao acidente sem sequelas físicas *major*, foi notado um *shift* total do seu comportamento com desvinculação total aos valores religiosos e sociais que antes defendia, e adopção de comportamentos erráticos, na altura descritos como profanos, obstinados e impulsivos. O caso de Phineas Gage é até hoje considerado um marco fundamental na história da neurologia já que até esta altura o lobo frontal era considerado desprovido de função.

prisioneiros com comportamentos disruptivos, ao invés de doença mental grave, como era inicialmente defendido.
Isto, juntamente com a introdução de novos psicofármacos entre 1950-1954 foi levando a desacreditação da lobotomia como um procedimento médico-cirúrgico válido, ao mesmo tempo que evidenciava o papel da psicofarmacologia como uma alternativa mais eficaz, segura e barata do que a psicocirurgia.
A controvérsia por detrás da realização de lobotomias, em conjunto com outros atos médicos questionáveis que tiveram lugar na 2ª guerra mundial, mereceram a publicação do *Report Belmont*, em 1974, reforçando a necessidade do consentimento informado, e estabelecendo guidelines à realização de todos os procedimentos médicos e assuntos de investigação científica.

**Psicocirurgia – A neuromodelação**
A utilização de técnicas a envolver estimulação cerebral elétrica remonta a 1952, com a implantação dos primeiros elétrodos em humanos com o objetivo de estudar de que forma a sua estimulação poderia influenciar os comportamentos e humor em indivíduos com diferentes condições psiquiátricas. Durante 1950 e 1980 estas experiências ocorreram maioritariamente em doentes esquizofrénicos ou epilepsias refratárias e, tal como aconteceu com a lobotomia, as suas conclusões, ainda que amplamente aclamadas pelos media, eram anedóticas, baseadas maioritariamente em *case-reports*, sem critérios definidos unificados ou controlos sistemáticos.
No entanto, ainda que a psiquiatria da era modera assente maioritariamente na psicofarmacologia, não pode ignorar a existência de casos resistentes às opções terapêuticas disponíveis, mantendo uma forte componente científica, de investigação experimental, inclusive no campo dos procedimentos invasivos - agora sob standards rigorosos.
Assim, e após vários anos de investigação, o termo destratado de Psicocirurgia tem vindo a dar lugar à ideia mais ampla de neuromodulação – que diz respeito a procedimentos minimamente invasivos como a estimulação cerebral profunda, e a estimulação do nervo vago.
Foi apenas em 1987, após a instalação do primeiro pacemaker cardíaco, que a ideia de estimulação cerebral profunda reapareceu na comunidade científica, inicialmente como uma técnica aplicada no tratamento de doenças do movimento como o Parkinson. Esta técnica depende da instalação de um neuroestimulador (o dito "pacemaker cerebral") capaz de enviar impulsos elétricos de elevada frequência ao longo de vários elétrodos implantados em diferentes regiões do cérebro, específicas aos diferentes sintomas e patologias. Cada pacemaker é meticulosamente programado para cada paciente, sinalizando alvos/regiões que são específicas a cada indivíduo – quer pela sua singularidade anatómica, quer pela especificidade das vias neuronais ativadas/consideradas responsáveis pelo sintoma/comportamento patológico.
Quando comparada com métodos prévios da psicocirurgia, a estimulação cerebral profunda é consideravelmente mais precisa, uma vez que depende e beneficia de neuroimagem de elevada qualidade, assim como de uma estrutura estereostática que garante a precisão milimétrica da introdução de cada elétrodo. Além disto, ao contrário do que acontecia nos outros métodos abordados, que se baseavam na lesão/excisão de tecido cerebral, a estimulação cerebral profunda depende de neuromodelação, sendo o momento da instalação o único passível de lesionar tecido neuronal.
Por se tratar de um procedimento reversível, a estimulação cerebral profunda afasta-se, uma vez mais, da psicocirurgia antiga. Mais importante que isto, a sua inocuidade é garantida pelo facto de atualmente a maioria das suas aplicações ser dependente de

aprovação por entidades reguladoras (como é o caso da comissão nacional de saúde mental).

**Psicocirurgia – E neuroética**

Ainda assim, não há dúvidas que a história da psicocirurgia embora marcada por grandes visões, ideias inovadores e atos heroicos, também passa por uma história de uma rápida ascensão, de uma queda profunda, seguida de uma ressurreição cautelosa.
De facto, na história da neurocirurgia, a ética acabou por adotar uma posição passiva/neutra, pela falta de opções terapêuticas disponíveis para a doença psiquiátrica.
Agora, com o renascimento de novas técnicas, é importante contrariar esta tendência –
É neste sentido que se têm vindo a criar e desenvolver equipas especializadas num campo designado por **neuroética.**
Isto é particularmente importante dado que, ao contrário do que acontece com outros campos da medicina, os modelos animais não permitem a replicação de sintomas psicopatológicos e quadros psiquiátricos em si. Desta forma, a psiquiatria depende de estudos e ensaios clínicos em humanos, onde os conceitos de consentimento e competência de autodecisão podem ser desafiantes, sobretudo em doentes com diagnósticos como episódio depressivo major, ou perturbação de ansiedade generalizada (PAG) que, como sabemos, estão muitas vezes associados a sintomatologia cognitiva.
Além disto, os possíveis efeitos secundários, como hemorragia intracraniana no momento da colocação do implante, infeção do implante ou a possibilidade de haver mobilização de elétrodos ou da sua estimulação produzir sintomas inespecificos, quer neurológicos, quer psicopatológicos - como agressividade, agravamento de sintomatologia depressiva, ou de risco acrescido de ideação suicida, devem ser meticulosamente explicados aos doentes, ainda mais porque se tratam de sintomas relativamente pouco frequentes e muitas vezes reversíveis, mas que podem, quando presentes, ter consequências significativas no curso de vida do doente.
Ainda assim, a complexidade inerente e os riscos à estimulação cerebral profunda não devem deter a investigação científica no campo da psiquiatria, nem representar um obstáculo à sua realização dado o potencial benéfico que esta técnica já demonstrou ter para patologias específicas, como é o caso da POC. Devem sim promover a definição explícita de critérios de referenciação, que justifiquem a sua utilização, assim como garantir a proteção máxima dos doentes.

**Conclusão**

Assim, cada vez mais se nota um esforço comum por parte das equipas multidisciplinares (neurocirurgiões e psiquiatras) em reforçar os potenciais benéficos desta intervenção quando devidamente proposta: em doentes cuja doença condicione perda importante de qualidade de vida, com acrescento de comorbilidade, e em que os métodos cirúrgicos são precisamente estudados e planeados, ressalvando que a colocação dos elétrodos cerebrais são baseados em experiência e evidência científica e que o seu objetivo principal é melhorar aspetos específicos da doença e não a doença propriamente dita.

**Bibliografia**

James L. Stone (2001) Dr. Gottlieb Burckhardt the Pioneer of Psychosurgery, Journal of the History of the Neurosciences: Basic and Clinical Perspectives, 10:1, 79-92
*Staudt MD, Herring EZ, Gao K, Miller JP and Sweet JA (2019) Evolution in the Treatment of Psychiatric Disorders: From Psychosurgery to Psychopharmacology to Neuromodulation. Front. Neurosci. 13:108. doi: 10.3389/fnins.2019.00108*

Stahl, D., Cabrera, L. & Gibb, T. Should DBS for Psychiatric Disorders be Considered a Form of Psychosurgery? Ethical and Legal Considerations. *Sci Eng Ethics* **24,** 1119–1142 (2018). https://doi.org/10.1007/s11948-017-9934-y
Skuban T, Hardenacke K, Woopen C, Kuhn J. Informed consent in deep brain stimulation - ethical considerations in a stress field of pride and prejudice. Front Integr Neurosci. 2011 Apr 29;5:7. doi: 10.3389/fnint
.2011.00007. PMID: 21559309; PMCID: PMC3085861.
Johansson, V., Garwicz, M., Kanje, M., Röcklinsberg, H., Schouenborg, J., Tingström, A., & Görman, U. (2013). Beyond Blind Optimism and Unfounded Fears: Deep Brain Stimulation for Treatment Resistant Depression. *Neuroethics, 6*, 457-471.
Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: past, present, and future. Brain Res Brain Res Rev. 2005 Jun;48(3):409-19. doi: 10.1016/j.brainresrev.2004.09.002. PMID: 15914249.
Yousafl, Aisha et al. Psychosurgery: A History from Prefrontal Lobotomy to Deep Brain Stimulation. Journal of Geriatric Medicine, [S.l.], v. 1, n. 3, aug. 2020. ISSN 2630-5259. doi:https://doi.org/10.30564/jgm.v1i3.1943.

# ABORDAGEM HISTÓRICO-LEGISLATIVA DA CANÁBIS EM PORTUGAL

**Catarina Paiva[1 2 4]; João Rui Pita[1 2 5]; Ana Leonor Pereira[1 3 6]**
[1]Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20;
[2]Faculdade de Farmácia; [3]Faculdade de Letras — Universidade de Coimbra
[4]Estudante de Doutoramento em Ciências Farmacêuticas, Investigadora Colaboradora do GHSCT do CEIS20; [5]Professor, Coordenador e Investigador do GHSCT do CEIS20;
[6]Professora Coordenadora e Investigadora do GHSCT do CEIS 20
Emails:catarina_701@hotmail.com; jrpita@ci.uc.pt; aleop@ci.uc.pt

**Resumo**
A canábis, originária da Ásia Central, foi possivelmente uma das primeiras plantas a ser domesticada. Os seus usos na antiguidade eram vários, desde alimentação, vestuário, iluminação, rituais mágico-religiosos e usos medicinais. A versatilidade da planta e a fácil adaptação a diferentes solos e climas fez da canábis uma cultura de excelso valor mundial. No século XX o mundo despertou para o problema internacional das drogas e a canábis passou a ser o foco do proibicionismo, muitas vezes estigmatizando a planta como um todo, esquecendo o papel fundamental ao longo da história.
Neste trabalho pretende-se fazer uma resenha da legislação nacional ao longo do percurso peculiar da canábis, focando os últimos anos, férteis em nova legislação, devido não só ao mercado legal crescente, como também à necessidade de clarificar a legislação que vai entrando em vigor.

**Palavras-chave**: canábis; legislação nacional; cânhamo; droga; história

**Abstract**
Cannabis, native to Central Asia, was possibly one of the first plants to be domesticated. Its uses in antiquity ranged from food, clothing, lighting, magical-religious rituals and medicinal uses. The versatility of the plant and its easy adaptation to different soils and climates has made cannabis a highly valued crop worldwide.
In the 20th century, the world woke up to the international drug problem and cannabis became the focus of prohibitionism, often stigmatising the plant as a whole, forgetting its fundamental role throughout history.
In this work, we intend to review the national legislation along the peculiar path of cannabis, focusing on the last few years, which have been fertile in new legislation, due not only to the growing legal market, but also to the need to clarify the legislation that has come into force.

***

## Introdução
Originária da Ásia Central, a canábis é uma planta utilizada desde há milénios para diferentes finalidades. Destacamos os seus usos como alimento, quer humano quer animal, para vestuário e como medicamento. (Andre, Hausman, & Guerriero, 2016) (Brand & Zhao, 2017)
Tendo sido utilizada como remédio para várias patologias, também a ligação da canábis à saúde mental é milenar. (Russo, 2015)
As campanhas anti-droga, na América dos anos 30 do século XX, referiam que a droga podia levar à loucura. O filme "Reefer Madness" de 1936, hoje considerado um "clássico culto do cinema cómico" retratava os perigos do consumo de canábis (marijuana) sendo

um exemplo clássico. ("Reefer Madness (1936) - YouTube," n.d.) Hoje é considerado demasiadamente alarmista.
Neste estudo, e para este congresso, fizemos uma análise da legislação mais relevante sobre canábis em Portugal até ao presente e paralelamente identificamos alturas da história da canábis em Portugal em que esta planta foi também associada à doença ou saúde mental, não descurando o momento presente.

**Antes do estigma**
A utilização da canábis como medicamento vem descrita na primeira Farmacopeia do mundo, atribuída ao imperador Chinês Shen-nung que governou por volta de 2700 a. C. Já neste livro se reconhecem os seus efeitos psicoativos, bem como a aplicação da canábis num vasto número de doenças (Hand, Blake, Kerrigan, Samuel, & Friedberg, 2016)
A associação da canábis à saúde mental é milenar e os efeitos antisenilidade são relatados, pela tradição oral, desde cerca de 2700 a.C.. O efeito neuroprotetor é sugerido na primeira Farmacopeia do mundo e mais tarde, já no século XIII, no tratado indiano Anandakanda. (Russo, 2015) (Russo, 2007)
Moreau deixa clara a ligação entre a canábis e a doença mental quando em 1845, publica um livro, com o título "Haxixe e alienação mental – estudos psicológicos". Refere inequivocamente esta ligação ao dizer-nos que viu "no haxixe, mais especificamente nos seus efeitos sobre as capacidades mentais, um método poderoso e único para investigar a génese da doença mental" (Zuardi, 2006)
No ano de 1890 JR Reynolds, médico da rainha Victoria, com cerca de três décadas de experiência, recomenda a canábis para várias patologias entre as quais insónia senil, epilepsia e depressão. (Russo, 2007) (Grinspoon, 2005)
Em 1895, com origem no Egito, surge a 1ª evidência documentada que associa o uso crónico de haxixe (canábis) com a doença mental. Diz-nos o diretor do Hospital do Cairo para insanos "Não tenho dúvidas, num número considerável de casos, o haxixe é a principal, se não a única causa de doenças mentais" e apresenta valores: 15% do total de internados no referido hospital era por consumo de haxixe e outros 15% por consumo concomitante de haxixe e álcool. (Nahas, 1985)
Em Portugal em meados do século XIX e início do século XX a canábis também era uma opção terapêutica como é possível verificar no Formulário que surgiu em 1892 para o Hospital de Rilhafoles, um dos primeiros Hospitais Psiquiátricos do país, mais tarde conhecido como Hospital Miguel Bombarda. Deste formulário, com 41 fórmulas, três são à base de canábis: Poção de cânhamo indiano, Poção de tanato de canabina e Soluto de tanato de canabina. Em 1901 o novo formulário – Formulário dos Medicamentos para o Hospital Nacional e Real de S. José e seus annexos – mantém, nas suas agora 61 preparações destinadas ao Hospital de Rilhafoles, as três preparações de canábis referidas anteriormente. (Pita, 2012)
Em Portugal é apenas uns anos mais tarde, em 1924 que é publicada a 1ª legislação em matéria de Drogas – a Lei 1:687 de 6 de Agosto de 1923, publicada em simultâneo com a sua regulamentação – o Decreto 10:375 de 9 de Dezembro de 1924. (SICAD, n.d.-a)
Em 1926 a legislação refere de forma clara que o "extrato e tintura de cânhamo indio" são passíveis de prescrição ou utilização para fins médicos ou científicos, cumprindo as regras em vigor. É no nº7, do artigo 2º, do Decreto 12:210 de 24 de Agosto de 1926 que se pode ler "Preparados galénicos (extracto e tintura) de *cânhamo índio*: Por cânhamo índio compreendem-se as sumidades sêcas ou floridas frutificadas do pé fêmea da *Canabis sativa* (L.) da qual não foi extraída ainda a resina, seja qual for a denominação sob que se apresente no comércio". Este decreto vem revogar a 1ª legislação sobre droga bem como a sua regulamentação, já que se sentiu na prática a necessidade de os precisar e completar e adotar as disposições respetivas do protocolo da Convenção do Ópio, subscritas meses

antes por Portugal. (Decreto nº 12:210 de 24 de Agosto do Ministério da Instrução Pública, Direção Geral de Saúde, 1926)

**A legislação proibicionista**

A campanha proibicionista nos Estados Unidos da América deu os seus primeiros grandes passos na década de 30 do século XX, como exemplifica o filme referido na introdução.
Poucos anos depois, durante a II Grande Guerra - época em que o cânhamo (canábis) foi fundamental para munir os militares de boas condições materiais para poderem lutar pelo seu país – houve nos Estados Unidos da América uma campanha denominada "Hemp for the Victory"(Cânhamo para a Vitória). ("Hemp For Victory - USDA Full Official 1942- YouTube," n.d.) Após o fim da II Grande Guerra retomou-se o proibicionismo da canábis iniciado anteriormente.
Também em Portugal, por esta altura, e dadas as dificuldade de importação, o cultivo e transformação do cânhamo foram o sustento de muitas famílias. (Júnior, 1942)
Em Portugal é em 1970 que são emitidos dois Decretos proibicionistas – Decreto-Lei nº420/70 de 3 de Setembro e Decreto-Lei nº 435/70 de 12 de Setembro - assinalando um marco na história da canábis no nosso país. Portugal ratifica assim os acordos internacionais.
O Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de Setembro reconhece a gravidade e extensão do consumo de drogas e reconhece também a necessidade de atualizar o decreto anterior nesta matéria, que vigora desde 1926 – o Decreto 12:210 de 24 de Agosto. Assim, à semelhança de outros países adota providências para "evitar que a produção, o tráfico e o uso dos referidos produtos possam desenvolver-se à margem do condicionalismo autorizado". Refere ainda que todos os produtos indicados em lista anexa são considerados estupefacientes, sendo o nº 18 da Lista "Cannabis [sumidades, floridas ou com fruto, da planta *Cannabis sativa* L. (à excepção das sementes e das folhas não unidas às sumidades), das quais não se tenha extraído a resina, qualquer que seja a designação que se lhe dê]" e o nº 19 "Resina de cannabis – (resina separada, em bruto ou purificada, obtida a partir da planta de cannabis)". (Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de Setembro do Ministério da Justiça, 1970)
No mesmo mês foi publicado o Decreto-lei nº 435/70 de 12 de Setembro que aprova "para ratificação, a convenção Única de 1961 sobre estupefacientes".(Decreto-Lei 435/70 de 12 de Setembro do Ministério dos Negócios Estrangeiros, Direcção-Geral dos Negócios Económicos, Repartição Política da África, Ásia e Oceânia, 1970)
Em 1972 tem início a primeira campanha da guerra à drogas em Portugal. São afixados vários cartazes com o desenho de uma caveira. Nos cartazes figuram três palavras: Droga, Loucura e Morte. (Herer, 2002)
Aquela que já tinha sido uma das culturas mais importantes no nosso país, e com um valor inegável anos antes, durante a II Guerra Mundial, era agora perseguida.
Nos anos seguintes destacamos o Decreto-Lei 430/83 de 13 de Dezembro de 1983 que alinha "o direito português em matéria de drogas pelas convenções internacionais" e a Lei de Combate à Droga – Decreto de Lei 15/93 de 22 de Janeiro de 1993. Em 1994 é publicado o Decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de Outubro que "estabelece as regras relativas ao controlo do mercado ilícito de estupfacientes e substâncias psicotrópicas, compreendidas nas tabelas de I a IV anexas ao DL nº 15/93". (SICAD, n.d.-b) (Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada., 2005)

**A viragem do século**

Em 1998 a Cânhamo de Portugal, na tentativa de promover o crescimento da cultura de cânhamo no nosso país incentivou e apoiou vários agricultores a experimentarem o cultivo de cânhamo industrial. Os subsídios atribuídos a esta cultura pela comunidade europeia eram interessantes e a cultura era promovida pelo ministério da agricultura. Quando a

planta começou a crescer começaram a surgir os primeiros problemas e os agricultores apoiados pela Cânhamo de Portugal viram-se a braços com a justiça. Na realidade além destes 33 hectares havia no Alentejo mais 700 hectares de cânhamo cultivados, nesse mesmo ano, mas aparentemente desses a Polícia Judiciária só terá sabido mais tarde! (Godinho, 1998)

O cultivo de cânhamo (canábis para uso industrial) estava enquadrado em termos de regulamentação comunitária, contudo havia uma lacuna na legislação interna e foi necessário procurar harmonizar os regulamentos comunitários e a legislação interna.

A resposta a esta caricata situação veio no ano seguinte, em 1999, com o Decreto Regulamentar nº 23/99 de 22 de Outubro de 1999.

No referido decreto reconhecem-se as vantagens ecológicas e a elevada rentabilidade desta cultura do cânhamo industrial. Reconhece-se ainda que a experiência prática mostrou a necessidade de clarificar as regras aplicadas à cultura, podendo dinamizá-la, conforme já acontecia em outros estados membros. Identifica ainda a legislação e as diretivas que levaram a interpretações diferentes e contraditórias (Decreto Regulamentar nº 23/99 de 22 de Outubro do Ministério da Justiça, 1999):

- por um lado a licitude do cultivo de cânhamo para fins industriais e da comercialização de sementes de baixo teor de THC (tetrahidrocanabinol) autorizadas e até mesmo incentivadas, com subsídios, pela regulamentação comunitária;
- por outro lado a Lei de Combate à Droga – Lei nº 15/93 de 22 de Janeiro - e o seu decreto Regulamentar nº 61/94 de 12 de Outubro que "proíbem o cultivo de cânhamo (*Cannabis sativa* L) sem excepcionarem o cultivo das variedades que se destinam a fins industriais".

Na viragem do século não podemos deixar de referir uma mudança legislativa que veio trazer a Portugal reconhecimento internacional – a lei nº 30/2000 de 29 de Novembro.

Esta lei, que entrou em vigor a 1 de Julho de 2001, "define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica", aprova, portanto, a descriminalização. (Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro, 2000)

A descriminalização, mas não despenalização, da posse e consumo parte do princípio que os comportamentos aditivos são resultado de um problema de saúde e que estes indivíduos necessitam de apoio especializado que deve estar assegurado. O consumo é agora sujeito a contra-ordenação social ao invés de um processo-crime. Os resultados desta legislação inovadora, na altura, foram muito positivos não tendo afetado os padrões de consumo, mas tendo aliviado a pressão no sistema judicial. Portugal é, ainda hoje, uma referência internacional nesta matéria. (Baptista-Leite & Ploeg, 2018)

**A lei da canábis medicinal**

Em 2018 em Portugal assinala-se um grande marco na história da canábis.

É aprovada a Lei da Canábis para Fins Medicinais – Lei nº 33/2018 de 18 de Julho de 2018. Esta lei vem regular "a utilização de medicamentos, preparações e substâncias à base da planta de canábis, para fins medicinais", estabelecendo o quadro legal inclusive para a prescrição e sua dispensa em farmácia. (Lei n.º 33/2018 de 18 de Julho, 2018)

A regulamentação da lei acima referida é publicada em Janeiro do ano seguinte – Decreto-Lei nº8/2019 de 15 de Janeiro de 2019 – tendo entrado em vigor a 1 de Fevereiro de 2019.

No último dia do mês de Janeiro é publicada a Portaria nº 44-A/2019 de 31 de Janeiro de 2019 que "regula o regime de preços das preparações e substâncias à base da planta da canábis para fins medicinais". (Decreto-Lei n.º 8/2019 de 15 de janeiro, 2019) (Portaria nº 44-A/2019 de 31 de janeiro da Saúde, 2019)

Ao nível do cultivo fizeram-se sentir rapidamente alterações e em Janeiro de 2020 já havia cinco empresas autorizadas para atividades de cultivo, importação e exportação da planta

da canábis para fins medicinais, representando uma área autorizada de 120 hectares. (Lusa, n.d.)

No que respeita à disponibilização de produto ao doente português, o processo tem sido mais moroso. Foi apenas a 1 de Abril de 2021 que ficou disponível, na sequência desta lei, flor seca de canábis (Craveiro, 2021)

Em 2020 é emitido novo Decreto Regulamentar nº 2/2020 de 4 de Agosto de 2020, que "estabelece o regime de autorização do cultivo e exploração industrial de variedades de cânhamo", esclarecendo que é à Direção-Geral de Alimentação e Veterinária que deve ser requerida a autorização para o cultivo de cânhamo para fins industriais. (Decreto Regulamentar nº 2/2020 de 4 de Agosto da Presidência do Conselho de Ministros, 2020)

Após a entrada em vigor da Lei da Canábis para Fins Medicinais não estava claro a quem se devia dirigir o pedido de autorização, tendo as autorizações e consequentemente o cultivo para fins industriais ficado suspensos até à entrada em vigor este decreto.

A publicação em 2021 de Portaria 83/2021 de 15 de Abril que "define requisitos e procedimentos relativos à concessão de autorizações para o exercício de atividades relacionadas com o cultivo, fabrico, comércio por grosso, transporte, circulação, importação e exportação de medicamentos, preparações e substância à base da planta da canábis" e da declaração que a retifica – Declaração de Retificação nº 15/2021 de 10 de Maio são exemplo do turbilhão de alterações a que tem estado sujeita a canábis em Portugal e da dificuldade em legislar a matéria de forma clara, sendo necessário muitas vezes num curto espaço de tempo publicar nova legislação com vista a clarificar a lei em vigor. (Portaria nº 83/2021 de 15 de Abril de Economia e Transição Digital , Finanças , Administração Interna, Justiça, Saúde e Agricultura, 2021) (Declaração de Retificação nº 15/2021 de 10 de Maio da Presidência do Conselho de Ministros, 2021)

Na prática, em Portugal, são sete as indicações terapêuticas aprovadas pelo Infarmed para "as preparações e substâncias à base da planta da canábis (Infarmed, 2019):

a) Espasticidade associada à esclerose múltipla ou lesões da espinal medula;

b) Náuseas, vómitos (resultante da quimioterapia, radioterapia e terapia combinada de HIV e medicação para hepatite C);

c) Estimulação do apetite nos cuidados paliativos de doentes sujeitos a tratamentos oncológicos ou com SIDA;

d) Dor crónica (associada a doenças oncológicas ou ao sistema nervoso, como por exemplo na dor neuropática causada por lesão de um nervo, dor do membro fantasma, nevralgia do trigémio ou após herpes zoster);

e) Síndrome de Gilles de la Tourette;

f) Epilepsia e tratamento de transtornos convulsivos graves na infância, tais como as síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut;

g) Glaucoma resistente à terapêutica".

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, Saúde Mental é "o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere." (Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental, n.d.)

Fica claro que algumas indicações terapêuticas da canábis medicinal aprovadas no nosso país englobam a área da saúde mental.

A legislação existente, para a canábis para fins medicinais, ainda não dá respostas satisfatórias às necessidades dos doentes. Olhando para exemplos internacionais importa ir avançando, acompanhando os ensaios clínicos e resultados da investigação, para que de forma segura e com base científica os melhores tratamentos estejam ao alcance de quem deles necessita.

A canábis para fins medicinais, à medida que se conhece melhor o funcionamento do sistema endocanabinóide, alimenta a esperança de no futuro poder vir a ser a resposta para um número elevado de doenças, nomeadamente na área da saúde mental.
Sejamos capazes de promover um crescimento sustentável evitando o uso indevido em particular em idades jovens, que pode ser deletério, podendo mesmo promover, neste caso, a doença mental.
Há autores que referem que o principal foco dos estudos atuais são distúrbios neuropsiquiátricos como a ansiedade e depressão. (Grosso, 2020)
O futuro parece que irá continuar a fortalecer a ligação milenar entre a canábis e a saúde/doença mental, à semelhança do que acontece no presente.

**Conclusões**

A canábis foi em Portugal, em meados dos séculos XIX e XX, uma alternativa terapêutica, disponível nomeadamente no Hospital de Rilhafoles. Nos anos 70, caracterizados pela legislação proibicionista, a saúde/doença mental e a "droga" continuam fortemente associadas, em particular numa grande campanha anti-droga.
Em 2018, com a aprovação da Lei da Canábis para Fins Medicinais, Portugal acompanha a tendência mundial de reconhecer a canábis como uma opção terapêutica em franco crescimento.
A complexidade em legislar esta planta é notória em Portugal, à semelhança da situação internacional. O primeiro passo está dado mas não responde às necessidades do doente.
São necessários mais estudos. À data do congresso estão aprovadas sete indicações terapêuticas, pelo infarmed, para as preparações e substâncias à base da planta da canábis.
A saúde mental mantém a relação histórica com esta planta que é uma promissora opção terapêutica do futuro.

**Fontes e bibliografia final**

Andre, C. M., Hausman, J. F., & Guerriero, G. (2016). Cannabis sativa: The plant of the thousand and one molecules. *Frontiers in Plant Science*, *7*(FEB2016), 1–17. https://doi.org/10.3389/fpls.2016.00019
Baptista-Leite, R., & Ploeg, L. (2018). The road towards the responsible and safe legalization of cannabis use in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, *31*(2), 115–125. https://doi.org/10.20344/amp.10093
Brand, E. J., & Zhao, Z. (2017). Cannabis in Chinese medicine: Are some traditional indications referenced in ancient literature related to cannabinoids? *Frontiers in Pharmacology*, *8*(MAR), 1–11. https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00108
Craveiro, D. (2021). Farmácias portuguesas passam a vender canábis para fins medicinais. Retrieved May 11, 2021, from RTP Notícias website: https://www.rtp.pt/noticias/pais/farmacias-portuguesas-passam-a-vender-canabis-para-fins-medicinais_a1309056
Declaração de Retificação nº 15/2021 de 10 de Maio da Presidência do Conselho de Ministros. , Pub. L. No. Diário da República-I Série-B, Diário da República 4 (2021).
Decreto-Lei 435/70 de 12 de Setembro do Ministério dos Negócios Estrangeiros, Direcção-Geral dos Negócios Económicos, Repartição Política da África, Ásia e Oceânia. , Pub. L. No. I Série-Número 212, I Série Diário do Governo 1290 (1970).
Decreto-Lei n.º 8/2019 de 15 de janeiro. , Pub. L. No. Diário da República: 1ª Série, Nº 10, 1ª série Diário da República 184 (2019).
Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de Setembro do Ministério da Justiça. , Pub. L. No. I Série-Número 204, 1159 (1970).
Decreto nº 12:210 de 24 de Agosto do Ministério da Instrução Pública, Direção Geral de Saúde. , I série Imprensa Nacional de Lisboa § (1926).

Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Legislação Farmacêutica Compilada. , Infarmed § (2005).
Decreto Regulamentar nº 2/2020 de 4 de Agosto da Presidência do Conselho de Ministros. , Pub. L. No. Diário da República: 1ª Série, Nº150, Diário da República , 1ª Série 8 (2020).
Decreto Regulamentar nº 23/99 de 22 de Outubro do Ministério da Justiça. , Pub. L. No. Diário da República-I Série-B, 7077 (1999).
Godinho, J. (1998). *Cannabis, cânhamo ou liamba?* Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=DjiYKMPQtQw
Grinspoon, L. (2005). *History of Cannabis as a Medicine.*
Grosso, A. F. (2020). Cannabis : de planta condenada pelo preconceito a uma das grandes opções terapêuticas do século. *JOURNAL OF HUMAN GROWTH AND DEVELOPMENT*, *30*(1), 94–97. https://doi.org/http://doi.org/10.7322/jhgd.v309977
Hand, A., Blake, A., Kerrigan, P., Samuel, P., & Friedberg, J. (2016). History of medical cannabis. *Journal of Pain Management*, *9*(4), 387–394.
Hemp For Victory - USDA Full Official 1942- YouTube. (n.d.). Retrieved March 6, 2022, from https://www.youtube.com/watch?v=bIxFhYVv_Gk
Herer, J. (2002). *O Rei vai nu | Extra a canábis em Portugal* (2ª Edição; Via Optima, Ed.).
Infarmed. (2019). *Deliberação nº 11/CD/2019*. https://doi.org/10.4324/9781315853178
Júnior, A. (1942). *Pró-cânhamo* (E. da C. N. da F. e T. de T. Novas, Ed.). Lisboa.
Lei n.º 33/2018 de 18 de Julho. , Pub. L. No. Diário da República: 1ª Série, Nº137, I Série Diário da República 3241 (2018).
Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro. , Pub. L. No. Diário da República-I Série-A, N.º276, 6829 (2000).
Lusa. (n.d.). Infarmed já autorizou cinco empresas a cultivar canábis para fins medicinais. Retrieved March 9, 2022, from Público website: https://www.publico.pt/2020/01/15/sociedade/noticia/infarmed-ja-autorizou-cinco-empresas-cultivar-canabis-fins-medicinais-1900386
Nahas, G. G. (1985). Hashish and drug abuse in Egypt during the 19th and 20th centuries. *Bulletin of the New York Academy of Medicine: Journal of Urban Health*, *61*(5), 428–444. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911881/pdf/bullnyacadmed00061-0046.pdf
Pita, J. R. (2012). A farmácia do Hospital de Rilhafoles. Estudo de caso do Formulário Especial dos Medicamentos para o Hospital de Alienados em Rilhafoles (1901). In *GRAMARY, A. - Luzes e sombras do alienismo em Portugal. Actas do 1º Colóquio de História da Psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, 9 de Julho 2010* (Edição da, pp. 81–104). Porto.
Portaria nº 44-A/2019 de 31 de janeiro da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República: 1ª série, Nº22, 1ª Série Diário da República 778 (2019).
Portaria nº 83/2021 de 15 de Abril de Economia e Transição Digital , Finanças , Administração *Interna, Justiça, Saúde e Agricultura.* , Pub. L. No. Diário da República: 1ª série, Nº73, 5 (2021).
Reefer Madness (1936) - YouTube. (n.d.). Retrieved March 5, 2022, from https://www.youtube.com/watch?v=zhQlcMHhF3w
Russo, E. B. (2007). History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet. *Chemistry and Biodiversity*, *4*(8), 1614–1648. https://doi.org/10.1002/cbdv.200790144
Russo, E. B. (2015). The Pharmacological History of Cannabis. In *Handbook of Cannabis* (pp. 23–43). https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199662685.003.0002

SICAD. (n.d.-a). SICAD - Histórico - de 1924 a 1977. Retrieved February 22, 2022, from https://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=8&lista=SICAD_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/
SICAD. (n.d.-b). SICAD - Histórico - de 1982 a 1989. Retrieved February 22, 2022, from https://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=7&lista=SICAD_HISTORICO&bkUrl=BK/Institucional/Historico/
Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental. (n.d.). Termos em Saúde/Perturbação Mental. Retrieved March 9, 2022, from https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/termos-em-saudeperturbacao-mental/
Zuardi, A. W. (2006). History of cannabis as a medicine: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(2), 153–157. https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200015

# MEDIDAS ADOPTADAS EN ESPAÑA ANTE LA PANDEMIA ORIGINADA POR EL COVID-19 EN 2020-2021

**Fernando Piedra Sánchez[1]; María del Carmen Francés Causapé[2]**
Ministerio de Sanidad; Farmacéutico Titular[1]
Real Academia Nacional de Farmacia; Académica de Número[2]
Email: fernandopiedrasanchez@gmail.com; mcfcfrancescau@telefonica.net

**Resumen**
A la vista de la peligrosidad del virus COVID-19, en España fue necesario establecer la declaración obligatoria de esta enfermedad y dictar normas sobre los servicios sanitarios, medicamentos y productos sanitarios considerados como esenciales, al objeto de tratar a los enfermos afectados en la asistencia sanitaria especializada y primaria, así como para proporcionar protección a los ciudadanos. Actividades en las cuales se han distinguido los farmacéuticos españoles, tanto en las farmacias de los hospitales como en las oficinas de farmacia, ya que unas y otras han tenido la consideración de centros esenciales. Las medidas legales han afectado tanto a los medicamentos como a los productos sanitarios para evitar su desabastecimiento. Respecto a los primeros, las normas han regulado, con las evidencias disponibles, los que han sido no sólo eficaces para combatir la sintomatología en los pacientes sino, lo que es más importante, para tratar de disminuir la mortalidad, cuidando el bienestar, la salud física y mental.

**Palavras-chave:** pandemia, España, medicamentos, productos sanitarios, salud mental

**Abstract**
In view of the dangerousness of Coronavirus disease (COVID-19), it was necessary in Spain to establish the compulsory declaration of this disease and to dictate regulations on those healthcare services, medicines and medical devices considered as essential in order to treat the affected patients in specialized and primary healthcare, as well as to provide protection to citizens. Activities in which Spanish pharmacists have distinguished themselves, both in hospital pharmacies and in community pharmacies, since both have been considered essential services. The legal measures have affected both medicines and medical devices to avoid shortages. Regarding to the former, the regulations have regulated, with the available evidence, those that have been not only effective in combating symptomatology in patients but, more importantly, in trying to reduce mortality, taking care of well-being, physical and mental health.

***

## Introducción

En España se declaró el estado de alarma por Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, a fin de gestionar la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 y, hasta el 20-06-2021, se han aprobado 204 normas: 62 de transición a una nueva normalidad, 9 en materia sanitaria, 5 en materia de seguridad, interior, tráfico y protección civil, 10 en materia de transporte y movilidad, 3 en el ámbito de defensa, 67 medidas económicas y 48 otras medidas. Entre ellas están las que han regulado los aspectos correspondientes a los medicamentos, servicios sanitarios, productos sanitarios.

**1. Medicamentos y Servicios sanitarios**

Las primeras medidas legales adoptadas por las autoridades sanitarias fueron las de garantizar el abastecimiento de una serie de medicamentos, considerados esenciales, cuya distribución fuera posible para cubrir las necesidades del consumo de los enfermos y con la obligación de comunicar diariamente las existencias existentes, al objeto de evitar su desabastecimiento. En el listado, que se incluía en el Anexo I de la Orden, se contemplaban 347 presentaciones farmacéuticas, correspondientes a 108 medicamentos de distintos grupos terapéuticos como: antibióticos, corticoides, cardiotónicos, heparinas, insulinas, estupefacientes, analgésicos, antipiréticos, etc[1].

Seguidamente se dispuso que, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, los medicamentos de dispensación hospitalaria se pudieran dispensar en las oficinas de farmacia y, asimismo, que los pacientes que participasen en un ensayo clínico pudieran recibir la medicación en su domicilio, fuera del centro hospitalario aunque bajo la dirección de la farmacia del hospital[2].

Asimismo para atender adecuadamente a la asistencia sanitaria a la población, se estableció que los Servicios Regionales de Salud de las Comunidades Autónomas tuvieran a su disposición los centros y establecimientos sanitarios privados, así como a su personal, considerándolos por tanto como **servicios esenciales**[3], lo que incluyó a los hospitales con internamiento y otros centros especializados, a las oficinas de Farmacia y los botiquines, lo cual, aunque sería posteriormente modificado por la Resolución, de 24 de abril de 2020, por la Secretaria General de Sanidad no afectaría a lo ya dispuesto para las oficinas de farmacia y botiquines[4].

En el mes de junio de 2020 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios consideraba necesario conocer todas las semanas la disponibilidad de 83 presentaciones de 25 **medicamentos esenciales** para poder disponer de sus existencias: anakinra, azitromicina, bromuro de ipatropio, cafditoreno, ciclosporina, cisatracurio, besilato, clonazepam, dexametasona, dexmedetomidina, diazepam, dobutamina, dopamina, enoxaparina, fentanilo, haloperidol, levomepromazina, metilprednisolona, midazolam, norepinefrina, propofol, remifentanilo, rocuronio, salbutamol, sarilumab y tocilizumab[5].

A fines del año 2020 se actualizaría este listado con la adicción de cuatro nuevos medicamentos: bemiparina, cefriaxona, remdesivir y siltuximab y la exclusión del tocilizimab. Un total de 28 medicamentos y 78 presentaciones para poder gestionar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19[6].

Y en abril de 2021, se renovaría este listado con tres nuevos medicamentos: barcitinib, colchicina y voriconazol y reintroduciendo el tocilizumab; 32 medicamentos para 91 presentaciones y que, por estar clasificados como **medicamentos esenciales**, se les exige a los fabricantes y titulares de autorizaciones de comercialización de medicamentos, por sí mismos o a través de las entidades de distribución de medicamentos, la obligación de comunicar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios el stock disponible para la gestión eficaz de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19[7].

Se trata de fármacos aprobados para el tratamiento de las diversas manifestaciones de la infección por COVID-19, en la que se ha comprobado que son efectivos los medicamentos útiles para la sedación (clonazepam, dexmedetomidina, diazepam, midazolam y propofol), la analgesia (fentanilo y remifentanilo), el delirio (haloperidol y levomepromzaina) y la relajación muscular (cisatracurio, besilato y rocurorio), así como los glucocorticoides (dexametasona y metilprednisolona), un grupo terapéutico

cuyo uso ha demostrado clínicamente reducir la mortalidad. También se ha demostrado la eficacia de los medicamentos vasoactivos (dobutamina, dopamina y norepinefrina), los antimicrobianos para el tratamiento de las sepsis causadas por coinfecciones o infecciones secundarias (azitromicina, cefditoreno, cefriaxona y voriconazol), anticoagulantes (bemiparina y enoxaparina) y broncodilatadores (bromuro ipatropio y salbutamol). Por último, hay un grupo de medicamentos que en diversas investigaciones clínicas redujeron la mortalidad, como son los medicamentos antiinflamatorios que pueden bloquear la llamada "tormenta de citoquinas", una de las consecuencias más graves de la infección por COVID-19: antagonistas de los receptores de la interleuquina-1 (anakinra), de la interleuquina-6 (sarilumab, siltuximab y tocilizumab), el inhibidor selectivo y reversible de la janus quinasa (baricitinib), antiinflamatorios de mecanismo desconocido (colchicina) o inmunodepresores que reducen la reacción del sistema inmunitario (ciclosporina).

En cuanto a los **medicamentos no esenciales** hay que destacar que en el año 2020 se incrementó el uso de medicamentos para patologías como la ansiedad, la depresión o el trastorno del sueño en un 4,8% frente a apenas un 2% en 2019. En el momento más duro del primer confinamiento el uso de ansiolíticos y antidepresivos aumentó un 14% respecto a 2019, un incremento realmente significativo en comparación con el 2% del año anterior. Dentro de los medicamentos analgésicos se produjeron también importantes crecimientos, de hasta un 13% en su dispensación en farmacias[8].

**2. Productos sanitarios**

El desconocimiento de cómo se transmitía el virus hizo que de inmediato se considerara el agua de consumo humano como posible vehículo de transmisión y, en consecuencia, que se consideraran fundamentales los servicios y el estado del abastecimiento de agua y saneamiento de aguas residuales y de quienes desarrollaran su actividad en esos sectores como **operadores de servicios esenciales** lo que conllevaba la obligación de quienes prestaban esos servicios a utilizar geles hidroalcohólicos, bactericidas, líquidos desinfectantes, mascarillas, trajes desechables de protección, guantes de nitrilo desechables y productos para tratamiento del agua[9].

Pero una vez demostrado que la transmisión del virus tenía lugar por vía aérea, por medio de la gotitas de Flügge, se dispuso que era necesario adoptar las **medidas esenciales** de la Unión Europea para proteger la salud de los ciudadanos que consistían en el uso obligatorio de mascarillas que cubrieran nariz y boca para todos los usuarios del transporte en autobús, ferrocarril, aéreo y marítimo[10] como medida higiénica para la prevención de contagios por el COVID-19, teniendo la consideración de **esenciales** los productos sanitarios, tanto las mascarillas como los guantes, mientras que otros productos como los antisépticos y soluciones hidroalcohólicas de piel sana, que tienen la consideración legal de biocidas y no la de medicamentos o productos sanitarios, debían ser autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios[11]. En concreto, entre los antisépticos de piel sana que se permitió utilizar está el digluconato de clorhexidina (CAS:18472-51-0), siempre que esta sustancia cumpliera con las especificaciones establecidas en la Farmacopea Europea[12].

El uso de la mascarilla en la vía pública en España no fue obligatorio hasta el 20 de mayo de 2020, y se hizo extensivo en cualquier espacio cerrado de uso público y en todo momento siempre que no fuera posible mantener una distancia interpersonal de, al menos, dos metros a personas desde los seis años en adelante, con la excepción de aquellas personas con dificultad respiratoria, con problemas de salud, a los que desarrollaran actividades incompatibles, por causa de fuerza mayor o que se encontraran en situación de necesidad[13].

Casi un año después, se eliminaría esta exención en el caso de que se pudiese mantener una distancia interpersonal y, desde entonces, es obligatorio el uso de la mascarilla en cualquier situación al aire libre, manteniéndose las excepciones para las personas en situación de enfermedad y en los ejercicios individuales al aire libre[14].

**3. Declaración obligatoria de enfermedad por COVID-19**

No obstante, fue necesario dictar una serie de medidas urgentes al constatarse la peligrosidad de la enfermedad a causa del virus COVID-19 que estaba causando un gran número de fallecimientos entre los pacientes. Entre ellas cabe citar el de reducir la distancia interpersonal a un metro y medio y establecer una serie de medidas organizativas, de prevención e higiene, a seguir en centros sanitarios, docentes, establecimientos comerciales, actividades de restauración o recreativas, deportivas, centros de trabajo, etc… al objeto de asegurar el bienestar de trabajadores, pacientes y clientes. Se autorizaba el uso del bioetanol como biocida para fabricar antisépticos de piel sana siempre que se cumplieran las especificaciones de la Farmacopea Europea. Y fundamentalmente se disponía que la infección del virus COVID-19 fuese una enfermedad de **declaración obligatoria urgente** y, en consecuencia, se debía facilitar a las autoridades sanitarias los datos de identificación y contacto de las personas potencialmente afectadas y, por ese motivo, en la atención primaria de salud se debía realizar a todo individuo sospechoso de padecer la enfermedad, una prueba diagnóstica confirmatoria por PCR (reacción en cadena de la polimerasa)[15].

Al mismo tiempo se produjo un desabastecimiento de mascarillas en el mercado español, las que se podían adquirir alcanzaban un precio excesivo, haciéndose preciso establecer un precio unitario para las imprescindibles, las de uso general, como eran las quirúrgicas desechables y que ascendió a 0,72 euros[16]. Este precio fue rebajado a 0,62 euros, cinco días más tarde, en el precio de venta al público por las oficinas de farmacia de toda España[17].

**4. Organismos responsables**

En la Constitución Española se reconoce el derecho de todos los españoles a la protección de su salud siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública[18]. En la actualidad corresponde al **Ministerio de Sanidad** la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. En consecuencia, se adoptaron las primeras medidas legales por el poder ejecutivo en 2020 para la lucha contra la infección de COVID-19 que estaba causando una gran mortalidad.

La **Agencia Estatal de Medicamentos y Productos Sanitarios**, con cuya creación se garantiza a la sociedad española la calidad, seguridad y eficacia de medicamentos y productos sanitarios, es responsable de la evaluación y autorización de medicamentos y productos sanitarios, de la evaluación de los ensayos clínicos con medicamentos y productos sanitarios, de la autorización y registro de laboratorios farmacéuticos y de los fabricantes de principios activos así como de la supervisión del suministro y abastecimiento de medicamentos y productos sanitarios[19].

El hecho de que la industria farmacéutica necesite realizar unas largas investigaciones y cumplir unos protocolos estrictos antes de que las autoridades le permitan comercializar un medicamento, ha hecho que no exista, hasta la fecha, ningún medicamento en el mercado con una autorización de comercialización para la enfermedad del COVID-19, tal y como señaló el Dr.Emili Esteve Sala, farmacéutico del Cuerpo de Sanidad Nacional, Director Técnico de Farmaindustria y Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia; en su intervención durante la Sesión Científica, sobre

Innovación y Desarrollo de Medicamentos y Vacunas, organizada por la Real Academia Nacional de Farmacia el día 28 de abril de 2021.

En cuanto al **Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España** cuyo antecedente es la Unión Farmacéutica Nacional, establecida por Real Orden de 20 de noviembre de 1915; fue creado por Orden de 12 de enero de 1938 y vio aprobado su Reglamento en 1948, modificado ligeramente en 1957, y reconocido como único organismo representativo de la clase farmacéutica[20]. Se trata de una Corporación de Derecho Público, con personalidad jurídica propia que actúa como un órgano de representación y coordinación superior de todos los Colegios de Farmacéuticos de España ante las instituciones nacionales e internacionales, con la finalidad de prestar servicios innovadores para una sanidad del siglo XXI como garantía de salud y progreso social[21]. Su presidente el Dr. Jesús Aguilar Santamaría participó en la Jornada Homenaje a los Farmacéuticos Españoles, que tuvo lugar el 4 de marzo de 2021, organizada por la Real Academia Nacional de Farmacia; exponiendo la gran labor realizada en España por los farmacéuticos españoles y en concreto por aquellos que ejercen la profesión en sus boticas, con el carácter de farmacia comunitaria, que son 53.305 personas, atendiendo a pie de calle e incluso prestando atención domiciliaria a los enfermos de COVID-19; también hizo referencia a los 2.014 farmacéuticos de hospital y al hecho de que, como servicio sanitario en ejercicio, un total de 24 farmacéuticos en España hayan perdido la vida al contagiarse profesionalmente con el virus COVID-19.

Los farmacéuticos de hospital han jugado un papel importante en la selección de los medicamentos destinados a los pacientes ingresados por infección de COVID-19 puesto que, entre sus misiones, está que el enfermo hospitalizado reciba el tratamiento indicado a su patología pero, dado que la infección por COVID-19 era totalmente desconocida, debieron dirigir sus actuaciones al campo de la investigación clínica para poder determinar la eficacia de los medicamentos a administrar según la situación y evolución del enfermo y adecuar aquellos más idóneos para que el enfermo recuperara la salud y sobre todo para tratar de disminuir la mortalidad. Por esta razón, la actuación del farmacéutico de hospital ha sido crucial tanto en la selección de los medicamentos utilizados como por formar parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital, al igual que por su participación en los 172 ensayos clínicos de 11 fármacos que tiene actualmente aprobados la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el tratamiento de esta enfermedad. Asimismo, los farmacéuticos de hospital han desempeñado un papel importante, que han podido protagonizar con éxito, en la gestión de la seguridad de los medicamentos y asegurando la cadena de suministro de medicamentos esenciales en esta pandemia.

Una vez que la Organización Mundial de la Salud elevó en 11 de marzo de 2020 la infección originada por COVID-19 a pandemia internacional, en España se declaró el **estado de alarma** para hacer frente a la situación de emergencia sanitaria adoptándose medidas, por parte del poder ejecutivo, para proteger la salud y la seguridad de los ciudadanos en todo el territorio nacional[22], teniendo todos los españoles el deber de colaborar. Entre las medidas obligatorias se encontraban la limitación de movilidad interpersonal quedando limitada a 2 metros de distancia, perimetral entre Comunidades Autónomas e incluso entre barrios de la misma localidad, se restringía la movilidad en todos los medios de transporte público tanto fueran terrestres, aéreos y marítimos con la obligatoriedad del uso de la mascarilla. Quedaron suspendidas las actividades educativas presenciales siendo mantenidas de forma telemática, se suspendieron las actividades de hostelería, restauración, culturales, recreativas y deportivas, a excepción de las realizadas por los establecimientos comerciales dedicados a actividades relacionadas con la alimentación y los productos de primera necesidad aún cuando la asistencia a ellos, lugares de culto o enterramiento se condicionaban a evitar

aglomeraciones. Se aseguraba así la gestión de los correspondientes centros, servicios y establecimientos sanitarios, de titularidad pública y privada, al objeto de que estuvieran en adecuado funcionamiento de acuerdo con las necesidades impuestas por la gestión de la crisis sanitaria. El estado de alarma que había sido concebido para evitar la propagación por contagio debida al COVID-19 se ha prolongado hasta el 9 de mayo de 2021 debido a la positiva evolución del proceso de vacunación[23].

A mediados del mes de mayo de 2021 el Ministerio de Sanidad ha establecido un Plan para la transición hacia la normalidad con la finalidad de recuperar paulatinamente la vida cotidiana de la población española preservando la salud pública y poder evitar además que se desborde la capacidad del Sistema Nacional de Salud. El Plan se dirige a establecer las normas a respetar por la ciudadanía desde el punto de vista higiénico y de protección para evitar la expansión del virus COVID-19. Las medidas de protección colectiva e individual comprenden a determinadas unidades territoriales y zonas básicas de salud y se extienden tanto a los lugares de trabajo como a establecimientos o centros comerciales, hostelería y restauración, centros residenciales, hoteles y alojamientos turísticos; actividades culturales, deportivas y recreativas, reuniones en el ámbito de la investigación científica y técnica. En líneas generales se especifican los aforos necesarios en cada caso en cada caso como medida de seguridad para que no se produzcan aglomeraciones de personas, la distancia interpersonal de 2 metros y la necesidad de elementos de protección o el uso de mascarilla[24].

La disminución de la mortalidad y la mejora del bienestar de la población española, que ha sido cuidada en su salud física y mental, ha sido tan evidente que desde finales del mes de junio de 2021 no es necesario el uso de mascarilla en espacios exteriores e incluso en espacios cerrados cuando las personas tengan cobertura de vacunación completa contra el SARS-CoV-2[25].

**Conclusiones**

A la vista de la peligrosidad de la infección por el virus COVID-19 en España se declaró el estado de alarma y se aprobó una cuantiosa normativa que tuvo como consecuencia que se consideraran como esenciales determinados servicios sanitarios, medicamentos y productos sanitarios, entre ellos las farmacias hospitalarias, las oficinas de farmacia y los botiquines.

Se estableció un listado de 32 medicamentos esenciales para evitar su desabastecimiento, que han sido no sólo eficaces para combatir la sintomatología en los pacientes sino, lo que es más importante, para tratar de disminuir la mortalidad, cuidando el bienestar, la salud física y mental.

La pandemia ha provocado un fuerte aumento en el consumo de medicamentos no relacionados directamente con el virus COVID-19 para el tratamiento de patologías como la ansiedad, la depresión o el trastorno del sueño, debido probablemente al aumento de los factores estresantes psicosociales.

**Bibliografía**

1. Orden SND/276/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen obligaciones de suministro de información, abastecimiento y fabricación de determinados medicamentos en la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 24-03-2020, 81:26762-26773.

2. Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 27-03-2020, 85: 27500-27501.

3. Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado 01- de 04-2020. 91: 27984-27987.
4. Resolución de 24 de abril de 2020, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se modifica el Anexo de la Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado 28-04-2020, 118: 30510-30511.
5. Resolución de 19 de junio de 2020, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se establece el listado de los medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19.1 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 20-06-2020, 172: 42534-2536.
6. Resolución de 15 de diciembre de 2020, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se modifica la Resolución de 19 de junio, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se establecen los medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19.1 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 06-01-2021, 5: 1190-1193.
7. Resolución de 30 de marzo de 2021, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se modifica la de 19 de junio de 2020, por la que se establece el listado de los medicamentos considerados esenciales en la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19.1 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 16-04-2021, 91: 43585-43588.
8. Sala de prensa del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Consultado el 20-07-2021, disponible en:
https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2021-medicamentos-pandemia.aspx
9. Orden SND/274/2020, de 22 de marzo, por la que se adoptan medidas en relación con los servicios de abastecimiento de agua de consumo humano y de saneamiento de aguas residuales. Boletín Oficial del Estado 24-03-2020, 81: 26755-26757.
10. Orden TMA/384/2020, de 3 de mayo, por la que se dictan instrucciones sobre la utilización de mascarillas en los distintos medios de transporte y se fijan requisitos para garantizar una movilidad segura de conformidad con el plan para la transición hacia una nueva normalidad. Boletín Oficial del Estado 03-05-2020, 123: 31098-31100.
11. Orden SND/354/2020, de 19 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para garantizar el acceso de la población a los productos de uso recomendados como medidas higiénicas para la prevención de contagios por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 19-04-2020, 109: 29330-29334.
12. Orden SND/402/2020, de 10 de mayo, por la que se establecen medidas especiales para garantizar el abastecimiento de antisépticos para la piel sana que contengan digluconato de clorhexidina en la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 12-05-2020, 133: 32127.
13. Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 20-05-2020, 142: 33600-33602.

14. Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 30-03-2021, 76: 3592-3598.
15. Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes, de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 10-06-2020, 163: 38735-38751.
16. Resolución de 13 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, de 12 de noviembre de 2020, por el que se revisan los importes máximos de venta al público, en aplicación de lo previsto en artículo 94.3 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Boletín Oficial del Estado 16-11-2020, 311: 100079-100080.
17. Resolución de 18 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos de 18 de noviembre de 2020, por el que se revisan los importes máximos de venta al público, en aplicación de lo previsto en el artículo 94.3 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Boletín Oficial del Estado 19-11-2020, 304: 101699-101700.
18. Resolución de 18 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos de 18 de noviembre de 2020, por el que se revisan los importes máximos de venta al público, en aplicación de lo previsto en el artículo 94.3 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Boletín Oficial del Estado 29-12-1978, 311: 29313-29424.
19. Ley 66/1997, de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Boletín Oficial del Estado 30-12-1997,313: 38517-38616.
20. Suñé Arbussá, J.M. (1971). Legislación Farmacéutica Española (3ª ed.), 125-126. Granada.
21. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2020). Memoria de Sostenibilidad 2019. Madrid.
22. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado 14-03-2020, 67: 25390-25400.
23. Real Decreto-ley 8/2021, de 4 de mayo, por el que se adoptan medidas urgentes en el orden sanitario, social y jurisdiccional, a aplicar tras la finalización de la vigencia del estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Boletín Oficial del Estado 05-05-2021, 107: 53407-53431.
24. Orden SND/414/2020, de 16 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 2 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Boletín Oficial del Estado 16-05-2021, 138: 33312-33344.
25. Orden SND/414/2020, de 16 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 2 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. Boletín Oficial del Estado 25-06-2021, 151: 76290-76293.

# A SAÚDE MENTAL DURANTE O COVID-19: A LOUCURA, OS DIREITOS HUMANOS E A BIOMEDICINA
# MENTAL HEAHTH DURING COVID -19 PANDEMIC: MADNESS, HUMAN RIGHTS AND BIOETHICS

**João Proença Xavier *[1]; Cândida Carvalho **[2]**
*CEIS 20, University of Coimbra;
**Bioethics Institute,Universidade Católica Portuguesa
[1]Posdoctoral Research; [2]Scientist Doctoral Research Scientist
Emails: joao.proenca.xavier@usal.es;candidacarvalho.dc@gmail.com

**Resumo**
A Pandemia e as medidas preventivas do COVID-19 infringiram a liberdade individual, fizeram com que as pessoas se isolassem e evitassem o contacto pessoal com terceiros. As escolas fecharam, os trabalhadores passaram ao regime de teletrabalho, as visitas a lares, clínicas, instituições e hospitais foram suspensas. Além disso, provocaram grandes perdas financeiras e um imensurável sofrimento emocional. As pessoas estão a passar por momentos de loucura, de medo, de confusão, de ansiedade, de isolamento emocional, de insegurança e se não olharmos para elas com um olhar humano e responsável poderemos ter consequências graves e irreversíveis no âmbito do foro psíquico. Tendo em conta a realidade atual, o nosso objetivo é analisar através dos direitos humanos e do direito biomédico os comportamentos a adotar para proteger a dignidade humana e salvaguardar as necessidades psicossociais dos mais vulneráveis.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; COVID-19; Direitos Humanos; Direito Biomédico; Dignidade Humana.

**Abstract**
This Pandemic and its preventive measures broke the rules of individual freedom, and make people isolated and avoiding personal contact with one other. Schools have been closed, workers passed to remote digital work, visits to nursing homes, clinics, hospitals and health care facilities were suspended. Besides that, this measures caused financial loses and a lot of unbearable emotional suffering. People are passing by moments of Madness, fear, confusion, anxiety, emotion isolation, insurance and if we do not care for them with a responsible and human look, we can have serious irreversible psychological consequences. Within the present reality, our objective is to analyse through a human rights point of view and in what's biomedical law concerns, the measures to protect human dignity and safeguard psychosocial needs of the most vulnerable.

**Key – Words:** Mental Health, COVID-19; Human Rights; Biomedical Law; Human Dignity

***

## Introdução
Recordamo-nos perfeitamente do momento em que as nossas casas foram invadidas por notícias sobre um vírus que estava a colocar em risco a vida das pessoas em alguns países. Passaram poucos meses e o vírus tinha alcançado os quatro cantos do mundo. Não havia outro assunto que fosse discutido, a não ser a COVID-19. Eramos bombardeados com notícias todos os dias, acompanhamos ao minuto a evolução

pandémica, fomos testemunhas do esforço dos cientistas, investigadores, profissionais de saúde, funcionários dos setores considerados essenciais, entre tantos outros. Os efeitos da pandemia são nefastos a todos os níveis. O medo, o isolamento, a ansiedade, o pânico, o sofrimento, a incerteza, a angústia, a confusão, o estigma instalaram-se e aumentaram o risco de doenças psiquiátricas associadas ao COVID-19 e de comportamentos menos saudáveis. Os governos têm a obrigação de adotarem medidas para evitar qualquer ameaça à saúde pública e, foi com base na pandemia COVID-19, que acabaram por restringir parte dos direitos fundamentais dos cidadãos.

**COVID-19, Saúde Mental e Direitos Humanos**

A 31 de Dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada sobre casos de pneumonia de causa desconhecida, na cidade de Wuhan, na China. Poucos dias depois, as autoridades chinesas identificaram um novo coronavírus como o responsável pelos casos reportados.[1] No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou que a epidemia da doença viral COVID-19, tinha alcançado o nível de uma pandemia global, afirmando haver preocupações com os níveis alarmantes de contágio e gravidade, ao ponto de apelar aos governos que adotassem medidas e ações urgente para parar a proliferação do vírus.[2]

Observávamos, incrédulos, os números de infetados e de mortos a subir a um ritmo acelerado, por toda a parte. Nenhum país ficou imune a este vírus, que atacava qualquer ser humano, sem distinção, nem critério. Assistimos, com um enorme sentimento de impotência, à exaustão dos médicos, dos enfermeiros e de todos os profissionais de saúde que, diariamente, encontravam-se na linha da frente para salvar vidas. As famílias tiveram apenas alguns dias para se adaptarem ao teletrabalho, à escola digital dos seus filhos e ainda para conciliarem todas estas tarefas com a sua vida pessoal.

A pandemia provocada pelo COVID-19 e as medidas que foram tomadas para o controlo da propagação do vírus, afetaram a saúde, o bem-estar e a segurança das pessoas. Nos últimos três anos, muitos indivíduos perderam o seu emprego, algumas empresas encerraram a sua atividade, os contactos pessoais e familiares foram drasticamente limitados, as crianças perderam o contacto direto com os seus colegas e professores, houve escassez de material e equipamento médico e as informações transmitidas eram ambíguas.

A preocupação e o medo passaram a ser uma constante entre as pessoas mais vulneráveis, consideradas como grupos de risco; e, entre os profissionais de saúde devido ao risco de infeção proveniente da elevada exposição ao vírus, à falta de

[1]World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponível em https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov

[2]World Health Organization. (2020). Organização Mundial de Saúde declara novo coronavírus como pandemia. Disponível em https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881

equipamento de proteção e à separação das famílias.[1] [2] [3] [4] [5] O cansaço físico e mental tomou conta daqueles que eram funcionários, pais e professores ao mesmo tempo; e, dos médicos e enfermeiros com jornadas de trabalho mais longas.

Eram tantas as informações que chegavam até nós, muitas delas, difíceis de processar. Sentíamos que havia muita ignorância em relação ao vírus, à sua origem, às consequências e, principalmente, em relação à cura. Tantas recomendações controversas. Se num primeiro momento a máscara traduzia-se numa "falsa sensação de segurança" ou era comparada com uma simples folha de papel incapaz de nos proteger do vírus; num segundo momento, a máscara era obrigatória para qualquer deslocação ao exterior de casa. Passamos a andar munidos de gel álcool e lavávamos as mãos a todo o minuto. Havia quase um ritual para entrarmos em casa: desinfetar as mãos, tirar a máscara, voltar a desinfetar as mãos, retirar sapatos à entrada, despir toda a roupa e correr para o duche.

De um momento para outro, deixamos de viver e de conviver. Os beijos e os abraços deram lugar a acenos, toques de cotovelo ou, até mesmo, leves socos. Foram tomadas diversas medidas para controlar a propagação do vírus e para proteger a população: fecharam as escolas, universidades, bibliotecas, cinemas, teatros, museus, aeroportos, espaços comerciais, cafés, restaurantes; suspenderam as visitas aos lares, clínicas, hospitais e outras instituições. Muitas famílias foram impossibilitadas de estarem presentes no funeral dos seus entes queridos.

O desgaste emocional era tanto, que a maior esperança centrava-se na criação de uma vacina. Quando, finalmente, surgiram as primeiras vacinadas, vieram acompanhadas com dezenas de teorias da conspiração[6], provocando medo a grande parte da população, principalmente, os que baseavam as suas pesquisas em fontes de informação pouco fidedignas.

Um estudo sobre as sequelas psicológicas das pessoas que estiveram em quarentena e dos profissionais de saúde, revelou diversos resultados emocionais, como *stress*,

---

[1] Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry, 7(4), e15–e16.

[2] Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napolean Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., … Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, Behavior, and Immunity, 88(April), 559–565

[3] Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. The Lancet Psychiatry, 7(3), e14

[4] Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity, 89(May), 531–542.

[5] Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID19 Epidemic in China. Psychotherapy and Psychosomatics, 89(4), 242–250.

[6] I. Ullah, K.S. Khan, M.J. Tahir, A. Ahmed, H. Harapan (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. Vacunas, Volume 22, Issue 2, May–August 2021, Pages 93-97

depressão, insónia, confusão, tédio, medo, irritabilidade, raiva, frustração e estigma, sendo que, algumas destas emoções persistiram mesmo após o fim da quarentena.[1] [2] [3] [4]
O confinamento impossibilitou o encontro físico entre o médico e o paciente. Ao longo deste tempo, as poucas consultas realizadas foram à distância, através do telemóvel ou do computador, quebrando, naturalmente, a eficiência da avaliação médica e a relação médico-paciente. Atendendo à distância e ao contexto pandémico, surgiram recomendações no sentido de que os médicos, no momento da avaliação e monitoramento psicossocial, incluam questões sobre fatores de *stress* relacionados com o COVID-19, tais como: exposição a fontes de infeção; familiares infetados; morte ou distanciamento físico de familiares; existência de adversidades secundárias; dificuldades económicas; depressão; ansiedade; preocupações psicossomáticas; insónia; aumento do uso de substâncias; episódios de violência doméstica; e que são indicadores de vulnerabilidade para compreender as condições físicas ou psicológicas preexistentes.[5] [6] [7]

Atendendo ao artigo 25.º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, verificamos que todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família a saúde, o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais indispensáveis, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.[8]
De acordo com o artigo 64.º, da Constituição da República Portuguesa, todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à proteção da saúde é realizado: através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; orientar a sua ação para a socialização dos custos

[1] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet; 395:912-920
[2] Baig, A. M. (2020). Neurological manifestations in COVID-19 caused by SARS-CoV2. CNS Neuroscience and Therapeutics, 26(5), 499–501.
[3] Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemia: A review of clinical and psychological traits. Psychiatry Investigation, 17(6), 491–505.
[4] Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry, 66(4), 317–320.
[5] Betty Pfefferbaum, M.D., J.D., and Carol S. North, M.D., M.P.E. (2020) Mental Health and the Covid-19 Pandemic. The New England Journal of Medicine; 383:510-512
[6] World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 78. Geneva: Author . Disponível em http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2
[7] European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19: second update Stockholm: Author. Retrieved from http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf
[8] Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos

dos cuidados médicos e medicamentosos; disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; e, estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.[1]

As normas internacionais garantem a todos, o direto à saúde e obrigam os governos a adotarem medidas para evitar ameaças à saúde pública e a prestarem assistência médica àqueles que dela necessitam. As normas de direitos humanos também reconhecem que num contexto de ameaças sérias à saúde pública e à vida de uma nação, encontram-se justificadas as restrições de direitos. No entanto, é obrigatório a existência de uma base legal fundamentada para o efeito. As restrições só podem existir em casos extremamente necessários; têm de ter na sua base evidências científicas, não podem ser arbitrárias nem discriminatórias, devem ter uma duração limitada, devem respeitar o princípio da dignidade humana e devem estar sujeitas a revisões periódicas para que respeitem o princípio da proporcionalidade, tendo em conta a evolução da situação pandémica.[2]

Os dados da pandemia do COVID-19 alcançam, efetivamente, um nível elevado de ameaça à saúde pública que justificam as restrições a determinados direitos, nomeadamente a quarentena ou o isolamento, que limitam a livre circulação de pessoas, entre outras. No entanto, é imprescindível assegurar que todas as medidas tomadas devem ter em conta o interesse e o bem-estar geral; e, os direitos humanos fundamentais; devem ter uma duração limitada, sujeita a revisão; devem respeitar o princípio da dignidade humana, da proporcionalidade e da necessidade.

A saúde mental é a base do bem-estar geral. Segundo a OMS, a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias habilidades, pode lidar com o *stress* normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade.[3] Erradamente, a saúde mental tem sido frequentemente definida como um estilo de vida positivo, marcado por sentimentos de felicidade e sensação de controlo sobre o meio onde a pessoa se encontra inserida, ou, até mesmo, de ausência de doença mental.[4] [5] [6] No entanto, a definição avançada pela OMS causa ainda algum desconforto entre os especialistas, no que toca à abrangência do conceito de "bem-estar". Pois, para algumas pessoas, matar alguém pode causar uma sensação de bem-estar, enquanto, para outras, essa atitude é totalmente desumana e reprovável. Acredita-se que as pessoas com boa saúde mental geralmente estão tristes, infelizes, zangadas ou doentes; e, isso faz parte de uma vida humana profundamente

[1] Constituição da República Portuguesa. Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=4A0064&nid=4&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=#artigo

[2] Human Rights Watch. (2020). Dimensões de direitos humanos na resposta à COVID-19. Disponível em https://www.hrw.org/pt/news/2020/03/23/339654

[3] World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

[4] Waterman AS. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. (1993). J Pers Soc Psychol. 64:678–91.

[5] Diener E, Suh EM, Lucas R, et al. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. Psychol Bull. 125:76–302.

[6] Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, et al. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) J Clin Psychol.67:99–110.

vivida.[1] Neste sentido, é apresentado uma proposta de definição de saúde mental: A saúde mental é um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite os indivíduos utilizarem as suas capacidades em equilíbrio com os valores universais da sociedade. Capacidades cognitivas e sociais básicas; capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia com os outros; flexibilidade e capacidade de lidar com eventos adversos do quotidiano e de funções sociais; e, a relação harmoniosa entre o corpo e a mente, representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, em diversos graus, para o estado de equilíbrio interno.[2]

Ao considerarmos a saúde mental estamos a falar de capacidade de adaptação a novas circunstancias de vida, a mudanças, a superação de crises e resolução de perdas afetivas e conflitos emocionais, ter capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar, ter sentido crítico mas também humor, criatividade e capacidade de sonhar, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade, ter projetos de vida e, sobretudo, descobrir um sentido para a vida.[3]

A pandemia trouxe-nos muitas lições e deixou um rasto de destruição, sobretudo, a nível da saúde mental. Aos poucos, as medidas de restrição são levantadas por todo o mundo, as pessoas estão a voltar à nova normalidade, ainda que a um ritmo muito lento. Porém, a sombra do vírus ainda não nos permite respirar de alívio. Ainda há muito por fazer. Dependemos da responsabilidade cívica de cada cidadão e de uma atuação firme por parte dos governantes, nos diversos setores da sociedade, em especial, na área da saúde pública. Não sabemos quando é que voltaremos à antiga e tão desejada normalidade. Todavia, podemos aproveitar o momento para melhorar as condições de vida da população em geral e as condições de trabalho dos nossos profissionais de saúde.

Neste tempo tão delicado e complexo, é ainda mais importante, reforçar determinados direitos, principalmente no que toca à saúde mental. Todos devem ter o direito a ser tratados com dignidade, direito a ter um exame clínico completo, direito a instalações médicas totalmente equipadas e protegidas, direito a escolher o tipo de terapia ou dialogar com o médico sobre o melhor tratamento a realizar, direito à educação mesmo quando as escolas se encontram encerradas, direito a um ambiente de trabalho seguro, direito ao exercício físico, direito a instalações higiénicas e não sobrelotadas, direito ao descanso, direito ao acesso a informações precisas, oportunas, claras e consistentes, de forma a combater a informação falsa e tendenciosa; garantia do direito à liberdade de circulação que pode ser restringido apenas quando existe justificação científica e legal para o efeito.[4]

## Conclusões

A síndrome respiratória aguda grave provocada pelo vírus SARS-CoV 2 provocou a morte a mais de 5,6 milhões de pessoas. Registamos mais de 370 milhões de casos da COVID-19 em todo o mundo. No entanto, este vírus não tem repercussões apenas ao nível físico ou económico. Em bom rigor, a doença COVID-19 manifesta-se de forma quase invisível na saúde mental da população mundial. O medo está muito presente e

---

[1]Galderisi, Silvana; Heinz, Andreas; Kastrup, Marianne; Beezhold, Julian; Sartorius, Norman. (2015). Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 14(2): 231–233.

[2] Galderisi, Silvana; Heinz, Andreas; Kastrup, Marianne; Beezhold, Julian; Sartorius, Norman. (2015). Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 14(2): 231–233.

[3]Serviço Nacional de Saúde. Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. Disponível em https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/promocao-da-saude-e-prevencao-da-doenca-%E2%80%A2-saude-mental-%E2%80%A2-conceito-2/

[4] Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos. Declaração da Saúde Mental. Disponível em https://www.cchr.pt/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html

o impacto psicológico provocado pela pandemia é idêntico tanto junto das pessoas que padecem de algum tipo de perturbação mental como da população em geral. É importante que as autoridades compreendam a importância de transmitir informações claras e precisas aos seus cidadãos, de promover o debate sobre saúde mental, de melhorar os cuidados de saúde mental para a população em geral, o que implica criar melhores condições para os próprios profissionais de saúde. Assim, aqui deixamos patente nesta reflexão científica, que é muito importante e necessário criar à escala mundial medidas de saúde mental públicas, para reduzir os efeitos psicológicos e para poder auxiliar as pessoas a ultrapassarem esta experiência negativa associada à Pandemia da COVID-19 e às suas repercussões, algumas ainda por estudar.

**Bibliografia**


Baig, A. M. (2020). Neurological manifestations in COVID-19 caused by SARS-CoV2. CNS Neuroscience and Therapeutics, 26(5), 499–501.

Betty Pfefferbaum, M.D., J.D., and Carol S. North, M.D., M.P.E. (2020) Mental Health and the Covid-19 Pandemic. The New England Journal of Medicine; 383:510-512

Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet;395:912-920

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry, 7(4), e15–e16.

Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napolean Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, Behavior, and Immunity, 88(April), 559–565

Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos. Declaração da Saúde Mental. Disponível em https://www.cchr.pt/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html

Constituição da República Portuguesa. Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=4A0064&nid=4&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=#artigo

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos

Diener E, Suh EM, Lucas R, et al. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. Psychol Bull. 125:76–302.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19: second update Stockholm: Author. Retrieved from http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf

Galderisi, Silvana; Heinz, Andreas; Kastrup, Marianne; Beezhold, Julian; Sartorius, Norman. (2015). Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 14(2): 231–233.

Human Rights Watch. (2020). Dimensões de direitos humanos na resposta à COVID-19. Disponível em https://www.hrw.org/pt/news/2020/03/23/339654

I.Ullah, K.S. Khan, M.J. Tahir, A. Ahmed, H. Harapan (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. Vacunas, Volume 22, Issue 2, May–August 2021, Pages 93-97

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. The Lancet Psychiatry, 7(3), e14

Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental health effects of COVID-19 pandemia: A review of clinical and psychological traits. Psychiatry Investigation, 17(6), 491–505.

Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, et al. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) J Clin Psychol.67:99–110.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. Disponível em https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/promocao-da-saude-e-prevencao-da-doenca-%E2%80%A2-saude-mental-%E2%80%A2-conceito-2/

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry, 66(4), 317–320.

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity, 89(May), 531–542.

Waterman AS. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. (1993). J Pers Soc Psychol. 64:678–91.

World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponível em https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov

World Health Organization. (2020). Organização Mundial de Saúde declara novo coronavírus como pandemia. Disponível em https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881

World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 78. Geneva: Author . Disponível em http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID19 Epidemic in China. Psychotherapy and Psychosomatics, 89(4), 242–250.

# JOAQUIM SEABRA DINIS: UMA RELEITURA DA SUA OBRA

**José Morgado Pereira**
CEIS20, Universidade de Coimbra
Médico psiquiatra; Investigador
Email: jmorgadopereira@gmail.com

**Resumo**
Seabra Dinis é uma das figuras significativas da psiquiatria portuguesa do século XX. Esta apresentação, parte de um trabalho mais vasto, e procura chamar a atenção para uma figura pouco conhecida. Médico psiquiatra que trabalhou no Hospital Júlio de Matos em Lisboa, destacou-se principalmente nas décadas de 1940 a 1970, pelos seus trabalhos de investigação e pela publicação de artigos em revistas e de livros que enriqueceram o pensamento psiquiátrico em Portugal. Para isso procuramos fazer breve revisão de algumas dessas diversas, mas importantes contribuições.

**Palavras-chave**: psiquiatria portuguesa, história social, cultura e psiquiatria, medicina e sociedade, história das ideias.

***

## Introdução

Joaquim Seabra Dinis (1914-1996) foi um psiquiatra português, que se dedicou a múltiplas atividades sociais e culturais, e que no âmbito psiquiátrico fez investigação clínica e neurobiológica, desenvolveu a psiquiatria social, dedicou-se à terapia ocupacional, e escreveu sobre a psicanálise efetuando uma releitura original da obra de Freud. Para além disto, escreveu sobre figuras históricas da psiquiatria portuguesa como Miguel Bombarda ou Júlio de Matos, foi colaborador ativo e secretário da Revista Anais Portugueses de Psiquiatria, iniciou a publicação de um dicionário de psiquiatria e dialogou com Barahona Fernandes sobre filosofia e psiquiatria, aprofundando convergências e divergências, que hoje nos surpreendem pelo alcance do referido debate. Por outro lado, teve uma intervenção mais vasta, divulgando os princípios e prática do parto sem dor e empenhou-se na divulgação do esperanto, intervindo politicamente em defesa das suas ideias e divulgando autores como Ivan Pavlov, Henri Wallon, Karen Horney e Alberto Merani.

## Investigação clínica e epidemiológica

Publicado nos Anais Portugueses de Psiquiatria em 1959 em colaboração com Moreira da Silva, o trabalho *Rápida sondagem médica na província; uma região de bócio endémico e de muitas oligofrenias*, apresenta um pendor epidemiológico e também de saúde mental e etnográfico, feito na comunidade, onde se mostra a miséria e as dificuldades de todo o tipo das populações do interior do país na década de 1950. Os autores detêm-se na alimentação e doenças existentes, realçando os numerosos casos de bócio e os atrasos mentais encontrados em Oleiros, na região sudoeste do distrito de Castelo Branco. Condições precárias de vida, primitivas, com uma alimentação pobre e carenciada à base de pão de milho ou centeio, hortaliças, nabos e couves altas galegas, sem fruta, leite e ovos. Da alimentação faziam também parte vinho e aguardente de medronho. Descrevem casos de cretinismo em associação com o bócio endémico, referindo a diminuição da quantidade de iodo fixado pela tiroide, a insuficiência do iodo alimentar e as substâncias inibidoras da sua fixação pela tiroide (couves e nabos). Mostram ainda as perturbações do desenvolvimento físico como raquitismo, surdo-mudez e inflexões

tortuosas dos membros inferiores. Salientam que a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) sugeria a utilização de gotas de iodeto de potássio diário e/ou preparados tiroideus. Abordam por fim o tratamento e a profilaxia, incluindo o alcoolismo, dada a frequente ocorrência dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas. Este foi um trabalho pioneiro, sendo realizado antes dos importantes estudos de José Lopes Dias sobre o tema na década seguinte.

**A Neurose do ponto de vista social.**

O autor começa por dar exemplos de que a constituição pode ser modificável por influências físicas e psicológicas do meio, dando como exemplos as guerras, privações e até nos leucotomizados. Refere o isolamento por longas hospitalizações, o hospitalismo de crianças citando Anna Freud, ou a vida isolada em certas regiões, referindo o Alentejo e a frequência aumentada de suicídios. Igualmente menciona as populações emigrantes e expatriadas e os internamentos, as somatizações, a ansiedade/depressão e as reações paranoides. Dá também exemplos relativos à clínica, nomeadamente a histeria, a neurastenia e a conversão somática. Quanto à histeria afirma que o quadro é mais determinado pelo ambiente e lembra depois os tratamentos violentos que foram utilizados como torpedeamento e choques elétricos. Menciona as epidemias histéricas e lembra os trabalhos históricos de Lucien Febvre e J. Huizinga que estudaram as condições sociais associadas, e faz menção a Mesmer e ao Abade de Faria. Quanto à neurastenia de Beard mostra a sua ligação à intensa crise social que levou à Guerra da Secessão nos Estados Unidos da América, e refere o trabalho em série, as grandes fábricas, as atividades estereotipadas, a monotonia do trabalho. Quanto à conversão somática mostra a sua ocorrência ligada a expedições militares, às populações coloniais, aos soldados atrasados culturalmente como os que ele próprio vivenciou em Timor. Em conclusão reafirma a importância de fatores constitucionais e circunstâncias de vida do indivíduo, a tensão permanente que lhe é imposta e o sentimento geral de insegurança nas nossas sociedades.

**Correntes ideológicas e visão psiquiátrica. Um modelo genético histórico-social**

Seabra Dinis considera que Kraepelin e Freud expressavam bem as correntes ideológicas dominantes na época, idealisticamente materialistas ("materialismo metafísico"), e, por outro lado, o positivismo que abriu a porta às correntes ideológicas subsequentes ("o idealismo contemporâneo está no ponto de confluência do kantismo, do hegelianismo e do positivismo"). Considera, pois, que Freud vem da tendência mecanicista-materialista e biologizante. A concepção científico-natural do mundo (positivismo, naturalismo) já não correspondia à realidade presente, surgindo as filosofias anti-racionalistas: o bergsonismo, o idealismo transcendental, as filosofias existenciais. Tenta assim definir um modelo genético histórico-social, considerando a marcha idealista dos fenomenologistas tão desesperada como a marcha positivista dos materialistas, defendendo a saída dos limites do organismo, não na esfera íntima do espírito, mas nas formas objetivas da vida social. Procura, pois, recorrer à psicologia genética, à zoopsicologia, à linguística, à etnografia e à paleoantropologia. É precisamente a obra de Henri Wallon, de quem se considera discípulo, que lhe serve para colmatar as insuficiências que considera haver no associacionismo psicológico, sendo este responsável por uma desvitalização do pensamento, contra a qual já Bergson reagira com a teoria do "élan vital". Reconhece as contribuições de Jean Piaget, mas considera que as psicologias da consciência procuram apenas no indivíduo os elementos ou fatores quer da sua vida psíquica, quer os que digam respeito à psicologia das situações. Wallon escrevera que o homem psíquico se realiza entre dois inconscientes, o inconsciente biológico e o inconsciente social, o que também subscreve. Através de

uma óptica relacional, põe em relevo, por um lado as condições biológicas e de maturação do sistema nervoso e, por outro, o fator externo indispensável mormente o social. Nunca se deve deixar reduzir a vida psicológica a qualquer das suas condições, nem sequer à sua soma aritmética, conjunção ou convergência, mas sim em a considerar como original, se bem que resultante dum processo complexo integrativo dessas mesmas condições. O educador, por exemplo, tem que estar atento às relações de maturação nervosa (como a linguagem) e às realizações que ela permite. Tais relações são ainda pouco conhecidas, mas os trabalhos de Pavlov podem abrir um vasto campo experimental para as estudar. O "élan vital" de Bergson foi uma reação importante contra o associacionismo psicológico, mas subtrai o estudo de uma análise científica necessária e indispensável.

**A releitura de Freud**

Seabra Dinis publicou em 1945 o livro de divulgação "Psicanálise" para a Editora Cosmos, dirigida por Bento Caraça, que merece um estudo separado. Nas décadas seguintes (1950-1960) explicitará a sua posição quanto aos aspetos negativos e positivos da Psicanálise. Apesar de considerar haver facetas negativas com excessivo biologismo e unilateralidade, considera que "Freud representa uma das mais eminentes figuras das esferas médicas do último meio-século". Considerando que os constitucionalistas "enragés" não conseguiram explicar o imenso aumento das neuroses nas sociedades atuais, leva a cabo uma aproximação crítica da psicanálise norte-americana de feição culturalista (por vezes denominada psicologia social), ao considerar que os fatores sociais e culturais, em detrimento das forças biológicas instintivas freudianas, adquiriram predominância na etiologia e terapêutica das neuroses. Citando Harry Stack Sullivan, que as pensa como perturbações inter-individuais do indivíduo com o ambiente, e menos da personalidade, e Karen Horney, de quem prefacia a tradução de "A personalidade neurótica do nosso tempo". Ainda refere Moreno e os antropólogos Kardiner, Ruth Benedict e Margaret Mead. Com efeito com Sullivan, Fromm, Horney e Kardiner a Psicanálise abre-se à análise sociológica, atribuindo uma importância dominante aos determinantes sociais. Seabra Dinis pôde assim considerar que o psicólogo e o psiquiatra têm inteira necessidade de uma sólida formação sociológica e etnológica.

**A crítica e polémica com Barahona Fernandes**

Neste ponto, o marxismo assumido por Seabra Dinis, discípulo de Henri Wallon e da sua psicologia genética é evidente, considerando em comentário a um livro de Barahona Fernandes de 1966 "Filosofia e Psiquiatria", também ano da publicação do livro de Seabra Dinis "Perspectiva Humana", que o autor não consegue evitar cair no ecletismo, falando de uma feição kantiana agnóstica e recusando Seabra Dinis a visão em estratos ou camadas, cara a Barahona. E acrescenta "O homem é um ser que vai desde o início reestruturando socialmente a sua natureza biológica" acrescentando que Barahona não se teria libertado completamente do positivismo de raiz kantiana. Também a distinção jasperiana entre compreender e explicar, defendida por Barahona, não é aceite por Seabra Dinis que considera que são dois momentos do mesmo processo cognitivo, perfeitamente integráveis (como aliás Piaget defende). A polémica com Barahona Fernandes decorre em atmosfera cordata e de respeito mútuo e merece um estudo à parte.

**Sobre a História da Psiquiatria portuguesa**

Seabra Dinis efetua uma crítica pertinente a Miguel Bombarda que pretendia biologizar toda a vida psicológica e social. Também estende a sua crítica a Júlio de Matos por

encarar a civilização como fator de loucura, levado pela simples aplicação de princípios comtianos e da regra da luta pela existência de Darwin, ou ao considerar que as crenças religiosas, por se oporem à marcha natural do espírito para a positividade, ocasionavam profundas lutas íntimas que poderiam condicionar o aparecimento da loucura. Sobre Egas Moniz, o autor mostra a importância da Biologia na sua formação e as certezas por ela prometidas.

**A Terapia Ocupacional e o interesse pela sectorização**

Barahona Fernandes e Seabra Dinis publicaram um livro em francês em 1954" La Thérapeutique occupationnelle en Psychiatrie", a ser analisado separadamente. Tratava-se de procurar integrar as técnicas de ergoterapia (a terapia ocupacional tem um significado mais lato que a ergoterapia), praxiterapia, ludoterapia, terapia pela arte, nas novas terapêuticas farmacológicas e biológicas, e também nas psicoterapias coletivas e individuais, visando a criação de um ambiente aberto e participante na nova evolução pessoal dos doentes. Barahona Fernandes considerou que se ficou a dever a Seabra Dinis a primeira e única tentativa em Portugal de autogestão de terapêutica ocupacional de todo um pavilhão. François Tosquelles considerou que esta forma de terapêutica ocupacional estava bem integrada nas terapêuticas biológicas. É digno de nota também a utilização por Seabra Dinis do relaxamento: auto-treino ou treino autogéneo de Schultz. Quanto ao interesse pela sectorização, saliento que no texto "O fim dos asilos", a propósito do livro "La tête contre les murs" de Hervé Bazin, aponta para outro tipo de assistência psiquiátrica, já presente em países como a Inglaterra, Holanda, França e U.R.S.S., que é a sectorização. Assentava no princípio da unidade e individualidade da prevenção, profilaxia, cura e pós-cura, e citava a O.M.S.,"ou o Hospital Psiquiátrico se prolonga na coletividade pelos seus serviços extra-hospitalares ou a equipa médico-social se encarrega dos serviços psiquiátricos dum determinado conjunto populacional e olha o Hospital apenas como um dos seus múltiplos instrumentos". Insiste na coordenação e que cada sector assegure a unidade funcional dos serviços psiquiátricos, hospitalares e extra-hospitalares, sejam dispensários, serviços de urgência, hospitais de dia e de noite, ambulatórios, assistência domiciliária, oficinas protegidas, clubes de pós-cura, colocações familiares, etc. Para isso os governos devem consagrar à saúde dos povos mais desvelo, e acima de tudo, muito maiores verbas.

**Outros contributos (Parto sem dor, divulgação do esperanto, secretariado dos Anais Portugueses de Psiquiatria, elaboração de um Dicionário de Psiquiatria, traduções e prefácios).**

O Dicionário de Psiquiatria foi sendo publicado nos Anais, por ordem alfabética, e ficou incompleto, mas era vasto e rigoroso e merece ser consultado. A revista Anais Portugueses de Psiquiatria publicou-se entre 1949 e 1973 e é indispensável para estudar a psiquiatria portuguesa naquele período histórico, dirigida por Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Seabra Dinis, sendo este último o secretário da redação da Revista. Anote-se que foi nos Anais Portugueses de Psiquiatria que foi publicado o primeiro artigo sobre a Psicoterapia Institucional em França, em 1952, por Georges Daumezon e Philippe Koechlin, que tem importância histórica.

Parto sem Dor – Cesina Bermudes foi uma das introdutoras das técnicas do parto psicoprofilatico ("parto sem dor") em Portugal, depois de ter estado em Paris em 1959 num curso sobre o tema, que agrupava um conjunto de medidas físicas, fisiológicas e psicológicas. Aí encontrou Seabra Dinis, Pedro Monjardino e João dos Santos, a quem se juntaria naquela iniciativa. Dois livros foram publicados pela editora Cosmos, em 1955 e 1957, por autores franceses, sobre o tema, prefaciados por S. Dinis.

O esperanto e sua divulgação – Seabra Dinis, amigo de Alves Redol, conta que as suas relações com Redol eram de entrada escassíssimas e apenas epistolares, e se iniciaram não a propósito da sua obra literária, mas à volta de um amor comum, o esperanto, de que eram ao tempo entusiastas prosélitos, acrescentando "ambos sonhávamos então, no arroubo dos verdes anos, que todos os povos hão-de acabar por se amar quando se compreenderem pelo menos no campo linguístico".

**Conclusões**

Seabra Dinis publicou muitos outros trabalhos, sobre temas mais específicos: terapêutica pela relaxação, ansiedade e neuroses, terminologia psiquiátrica, terapêutica ocupacional, ergoterapia, método psicoprofiláctico em analgesia obstétrica, psicossomática, condições de vida e saúde mental, colocação familiar em assistência psiquiátrica, ensaios clínicos, etc. Fez recensões a livros nas páginas dos Anais Portugueses de Psiquiatria, onde se encontram a maior parte dos seus trabalhos publicados, alguns dos mais significativos no livro Perspectiva Humana, e ainda no Jornal do Médico ou em separatas do autor. Pelos comentários brevemente feitos no texto, percebe-se a preparação do autor em vários domínios, desde a investigação clínica, a valorização crítica da psicanálise, o interesse pela psiquiatria social, a sua preparação filosófica e histórica e a importância fundamental que concedia à psicologia genética de Henri Wallon.

**Bibliografia**


Seabra Dinis, J.; Moreira da Silva, A. (1959) – Rápida sondagem médica na província: uma região de bócio endémico e de muitas oligofrenias. *Anais portugueses de Psiquiatria*, nº11, 103-151.

Seabra Dinis, J. (1945) – *Psicanálise*. Lisboa: Cosmos.

Seabra Dinis, J. (1966) – *Perspectiva Humana*. Lisboa: Portugália Editora.

Seabra Dinis, J. (1966) – A propósito de "Filosofia e Psiquiatria" de Barahona Fernandes. *Anais portugueses de Psiquiatria*, nº15, 226-236.

Barahona Fernandes, H.; Seabra Dinis, J. (1954) – *Thérapeutique occupationnelle en Psychiatrie*. Paris: Hermann & C.ie.

Wallon, H. (1966) – *Do acto ao pensamento* (tradução e prefácio de Seabra Dinis). Lisboa: Portugália Editora.

Jeanson, C. (1955) – *Princípios e prática do parto sem dor* (tradução e prefacio de Seabra Dinis e Pedro Monjardino). Lisboa: Cosmos.

Vermorel, H. (1957) – *O parto sem dor pelo método psicoprofilactico à luz da doutrina de Pavlov.* (tradução e prefácio de Seabra Dinis e Azevedo Mota) Lisboa: Cosmos.

Horney, K. (1961) – *A personalidade neurótica do nosso tempo* (prefácio de Seabra Dinis) Lisboa: Minotauro.

Pavlov, I.P. (1971) – *Reflexos condicionados, inibição e outros textos* (prefácio de Seabra Dinis). Lisboa: Estampa.

Merani, A. (1976) - *Estrutura e dialectica da personalidade* (tradução de Seabra Dinis e Azevedo Mota, apresentação de Seabra Dinis). Lisboa: Seara Nova.

Martinet, M. (1981) – *Teoria das emoções. Introdução à obra de Henri Wallon* (tradução de Seabra Dinis, prefácio de René Zazzo. Lisboa: Moraes Editores.

# ANTÓNIO FERNANDES DA FONSECA: DO MARÃO PARA O MUNDO

**Mariana Bernardo Nascimento*[1], Amélia Ricon Ferraz**[2]**
*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal;
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho;
** Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,
Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos", MEDCIDS - Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde;
CITCEM - Centro de Investigação Transdisciplinar "Cultura, Espaço e Memória"
[1]Interna de Formação Específica – Psiquiatria da Infância e da Adolescência;
[2]Professora e Diretora do Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos", Investigadora
Email: mariana_bn@live.com.pt

**Resumo**
Nasceu no ano de 1921, em Amarante, António Fernandes da Fonseca, célebre Psiquiatra português. Foi na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto que se consagrou médico, encetando um percurso exemplar. Trabalhou como médico de bordo ao Serviço da Junta de Emigração, acompanhando emigrantes em viagens de barco. Dessas viagens brotaram importantes relações internacionais, destacando-se aquela que estabelecera com o Brasil. A sua dissertação de doutoramento "Análise heredo-clínica das perturbações afetivas" constituiu um trabalho único e inovador em Portugal e no Mundo. Escreveu um Tratado de Psiquiatria e Psiopatologia, de valor imensurável para a prática e o ensino da Psiquiatria.
Fernandes da Fonseca faleceu a 16 de dezembro de 2014, deixando uma obra grandiosa, digna de ser lembrada e enaltecida.

**Palavras-chave:** Psiquiatria, História da Medicina, Biografia Médica

**Abstract**
*António Fernandes da Fonseca: from Marão to the World* — António Fernandes da Fonseca, a distinguished Portuguese psychiatrist, was born in Amarante in the year 1921. He became a doctor in the Faculty of Medicine of the University of Porto. He was an onboard doctor, serving the Emigration Board, where he accompanied several migrants on boat trips. As a result of these trips, he established important international relations, especially with Brazil. His doctoral dissertation "Heredoclinical analysis of affective disorders" was a unique and innovative work in Portugal and in the world. He wrote a Treatise about Psychiatry and Psychopathology that have immeasurable value for the psychiatry practice and teaching.
Fernandes da Fonseca died on December 16, 2014, leaving a huge work worthy of praise.

***

## Introdução

Esta biografia médica centra-se na vida e obra do excelentíssimo Senhor Professor António Fernandes da Fonseca, ilustre Psiquiatra da cidade do Porto.
Ao longo dos capítulos que se sucedem visa-se enaltecer este vulto da Psiquiatria nacional e internacional, viajando desde a sua infância até aos tempos áureos e produtivos nos quais desenvolveu alguns dos trabalhos que mais revolucionara prática

da Psiquiatria em Portugal. António Fernandes da Fonseca presenteia-nos assim, com um legado de valor incomensurável, digno de ser lembrado ao longo dos tempos, ao longo daquela que é a História da Psiquiatria e da Saúde Mental.

**A Origem**

"A primavera, errante no Marão,
Veio cobrir de lírios e de rosas
O berço do Menino." (Pascoaes, 1990)

Nasceu a 4 de agosto de 1921, na freguesia de Gondar, em Amarante, fruto do relacionamento entre Rosa Fernandes e Manuel Ribeiro da Fonseca, aquele que viria a tornar-se uma das maiores referências da Psiquiatria em Portugal: António Fernandes da Fonseca - O Médico do Marão.
Com 10 anos foi matriculado na Escola Primária da Ovelhinha (Universidade do Porto, 9 dezembro 2019), com o objetivo de aprender cálculo, de modo a ajudar o pai nas contas do dia-a-dia. No entanto, por falta de condições económicas, viu-se forçado a abandonar a escola e começou a estudar em casa, sozinho, autopropondo-se ao exame da quarta classe, no qual foi aprovado com distinção. Aos 13 anos iniciou os estudos no Colégio de São Gonçalo em Amarante. Aos 19 anos, em 1941, António Fernandes da Fonseca, mudou-se para o Porto para estudar Ciências e Letras no Liceu Rodrigues de Freitas. Um ano depois, iniciou o curso de Preparatórios de Medicina na Faculdade de Ciências do Porto.
No ano de 1942 ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, terminando a licenciatura em Medicina e Cirurgia aos 26 anos (1947), com uma média final de 16 valores. Nesta época foi galardoado com os prémios "D. Idalina Almeida" e "Desembargador Almeida Ribeiro" (Fonseca, 1971).
Na fase final do curso de Medicina e posteriormente ao término da licenciatura participou ativamente, como voluntário, no Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António, na altura sob a direção do Dr. Corino de Andrade (1906-2005).

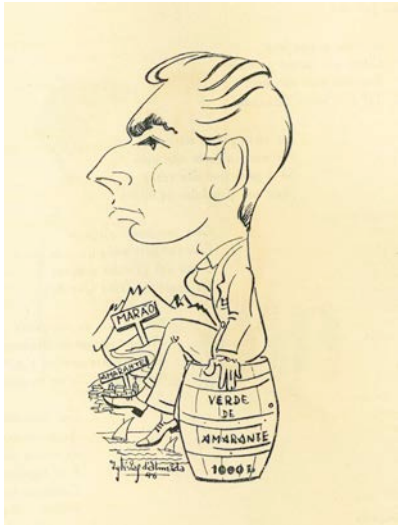



Figura 1 - Caricatura de António Fernandes da Fonseca,
retirada do livro de final de curso do ano de 1947.
Museu de História da Medicina Maximiano Lemos.

Em junho de 1948 foi designado médico dos Serviços da Junta de Emigração, a qual serviu durante cinco anos. Foram-lhe atribuídos dois louvores durante esse período (Fonseca, 1971). Simultaneamente deslocou-se para a capital onde estagiou no Hospital Escolar de Lisboa, orientado pelo Professor Miller Guerra (1912-1993) no Serviço de Neurologia.
Enquanto médico de bordo, ao Serviço da Junta de Emigração, acompanhou emigrantes em viagens para a América Latina, aproveitando para frequentar vários centros de Neurologia e Psiquiatria desses países.
Em julho de 1953 foi convidado pelo Professor Luís de Pina (1901-1972) para o cargo de Segundo assistente do X Grupo (Curso de Psiquiatria e Neurologia) da Faculdade de Medicina do Porto. Concomitantemente frequentou voluntariamente os Serviços de Consulta Externa e de Internamento do Hospital Conde de Ferreira (Fonseca, 1971).
Pelo seu empenho e dedicação, no ano de 1955 foi-lhe concedida uma bolsa de estudo pelo Instituto de Alta Cultura em Londres.



Figura 2 - António Fernandes da Fonseca (primeiro à direita), no bloco operatório de um navio, ao Serviço da Junta de Emigração. Fotografia gentilmente cedida pela família

**Londres**

"Cidade que o nevoeiro embriaga e espectraliza.
Torres e chaminés, no ar, desconjuntadas.
Ó palácios de sonho, ó pontes do Tamisa,
Formas que o vento esculpe em névoas desvairadas." (Pascoaes, 2002)

No final de 1955, António Fernandes Fonseca, viajou para Londres com o propósito de lá estagiar durante 12 meses, intervalo esse prorrogado em cinco meses pelo Instituto de Alta Cultura. O estágio ocorreu nos Serviços de Psiquiatria e Psicologia do Doutor W. Sargant (1907-1988) no Hospital St. Thomas e de Genética Psiquiátrica do Doutor E. Slater (1904-1983) no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres (Fonseca, 1971).
Trabalhou a tempo inteiro como clínico durante seis meses no Hospital St. Thomas e, nos restantes seis meses, trabalhou em part-time, a fim de poder dedicar-se aos

trabalhos de investigação que empreendera no Departamento de Genética do Instituto de Psiquiatria.
Neste próspero período, desenvolveu alguns dos trabalhos mais importantes da sua carreira, que contribuíram para uma necessária mudança no paradigma da prática psiquiátrica em Portugal. Destacou-se, entre os seus escritos, o trabalho "A Psiquiatria nos Hospitais Gerais, na Grã-Bretanha" (publicado em 1956), que foi apresentado em Portugal aquando da comemoração do centenário de Júlio de Matos (1856-1922). Nesta apresentação António Fernandes da Fonseca expôs a grande tendência britânica para a criação de Serviços de Psiquiatria em Hospitais Gerais, usando como exemplo o Hospital St. Thomas e mencionando a importância destes Serviços no combate ao estigma da doença mental e na divulgação da Psiquiatria como uma ciência médica (Fonseca, 1956).
A essa data, desenvolveu ainda, um trabalho em colaboração com Fragoso Mendes (1922-1981) sobre o eletrochoque modificado, com o propósito de propalar esta nova técnica em Portugal. O eletrochoque modificado consiste na utilização de eletrochoques com a administração prévia de pentotal sódico, um curarizante, e atropina, apresentando claras vantagens sobre o eletrochoque simples, ao evitar a convulsão subjacente ao método mais antigo e ao revelar um caráter menos ansiogénico. Este escrito surgiu, assim, numa altura em que pululava um crescente interesse nacional pela Psiquiatria e em que urgia, similarmente, a necessidade de se criarem técnicas menos traumáticas do ponto de vista psicológico (Fonseca, 1971).
Foram também publicados alguns artigos relacionados com o aparecimento da primeira família de fármacos tranquilizantes, como o "Controlled Trial of Meprobamate" que foi alvo de debate no Parlamento Britânico (Fonseca, 1971).
Dois anos após regressar a Portugal é lhe outorgada nova bolsa de estudo em Londres, de modo a rever alguns dos casos que havia observado anteriormente. Foi lá que recolheu a informação e os dados que viriam a ser alvo da sua dissertação de doutoramento, um trabalho único e inovador em Portugal e no Mundo.

**A Dissertação**

> "O aperfeiçoamento da Humanidade depende do aperfeiçoamento de cada um dos indivíduos que a formam. Não foi a sociedade que fez os homens; foram os homens que fizeram a sociedade." (Pascoaes, 1988)

No Departamento de Genética do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, António Fernandes da Fonseca dedicou-se ao estudo da heredo-patologia psiquiátrica, adquirindo formação nessa área e desenvolvendo particular interesse no estudo das relações étio-clínicas das perturbações afetivas. Escreveu e publicou vários trabalhos relacionados com o tema.
Em virtude do estudo de sessenta pares de gémeos do mesmo sexo e dos seus consanguíneos, escreveu a sua dissertação de doutoramento intitulada de "Análise heredo-clínica das perturbações afetivas" (Fonseca, 1959), prestando provas públicas no mês de julho do ano 1959. Adquiriu, nesse verão, o grau de Doutor em Medicina pela Universidade do Porto, sendo aprovado com 18 valores por unanimidade do Júri, constituído pelo Professor Correia de Oliveira (n.1895) e pelo Professor Barahona Fernandes (1907-1992) (Fonseca, 1971).



Figura 3 - António Fernandes da Fonseca (à direita)
a cumprimentar o Professor Silva Pinto (1913-1983)
no dia em que prestou provas públicas da sua dissertação de doutoramento.
Fotografia gentilmente cedida pela família

Neste trabalho definiu o conceito original de Equivalentes Afetivos, relativo a comportamentos monossintomáticos subdepressivos ou hipomaníacos leves como forma de manifestação da perturbação afetiva (Fonseca, 1959), inexplicáveis organicamente. Estas manifestações somáticas resistentes à terapêutica sintomática apresentavam remissão espontânea após alterações endógenas do humor.
O referido conceito foi difundido além-fronteiras e, no ano de 1971, foi tema de um Simpósio no "V Congresso Mundial de Psiquiatria" que ocorreu na Cidade do México. Este estudo detalhado, uma das suas maiores obras, valeu-lhe dezenas de publicações, sendo integrado em diversos livros de texto, um pouco por todo o mundo (Gregory, 1968)(Fernández, 1968)).
No mesmo ano, foi contratado para lugar de Primeiro Assistente no X Grupo e foi eleito pelo Conselho Escolar da Faculdade de Medicina, regente da Unidade Curricular de Psiquiatria.

## O Professor

> "O mestre a ensinar aos seus alunos, trabalhará como se fora um escultor, modelando as almas juvenis…" (Pascoaes, 1998)

No outono de 1959, António Fernandes da Fonseca assumiu a regência da Unidade Curricular de Psiquiatria.
Enquanto regente do Curso de Psiquiatria reuniu todos os esforços para que esta disciplina fosse devidamente valorizada, defendendo a dimensão social da Psiquiatria Clínica. Preocupou-se sempre, em organizar um programa que estimulasse o aluno, ao mesmo tempo que o familiarizava com os diversos quadros nosográficos das psicoses e das neuroses, tendo em conta os aspetos terapêuticos dos mesmos.
Um dos temas do seu maior interesse, foi a reforma da Universidade e das Carreiras Médicas. Publicou em 1970 um volume de 56 páginas sobre "A Reforma da Universidade". Esta publicação, centrada na necessidade de reformar as carreiras

médicas foi sancionada pelo regime ditatorial de então, ficando impedido de realizar provas de agregação durante alguns anos (C. M. Amarante, 9 dezembro 2019).
Assumiu cumulativamente a regência do Curso de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina e, após a revolução de 1974, foi presidente da Comissão Instaladora do Curso Superior de Psicologia, que deu origem à Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.
Em 1963 apresentou-se a concurso de Provas Públicas para o lugar de Professor Extraordinário do X Grupo, sendo aprovado por unanimidade e promovido no respetivo cargo. Três meses depois foi nomeado Professor Agregado do mesmo grupo.
Durante a sua carreira, constituiu inúmeras vezes o júri de apreciação de teses de licenciatura, orientando algumas delas.
Em 1972 foi nomeado, pelo Conselho Científico, Professor Catedrático de Psiquiatria e, em 1991, jubilou-se.
Após jubilação, lecionou na Universidade Fernando Pessoa e foi um dos membros fundadores do Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência da mesma (Universidade do Porto, 9 dezembro 2019.).
Para além das funções académicas, foi simultaneamente o fundador do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, do qual foi Diretor Clínico e tornou-se, igualmente, poucos anos mais tarde, Diretor Clínico do Hospital de Conde Ferreira.

**O Diretor**

"Desde que o homem criou um mundo psíquico superior ao homem, o seu destino é aproximar-se dele…" (Pascoaes, 1993)

Na primeira década da segunda metade do século XX, o único hospital geral, em Portugal com um Serviço de Psiquiatria era o Hospital Santa Maria (Cintra and Gil, 2016a).
Em janeiro de 1963, ainda fortemente inspirado pela sua estadia na Grã-Bretanha, António Fernandes da Fonseca, fundou o Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, constituído apenas pelo setor Consulta Externa. Sonhou tornar este Serviço num Centro de Saúde Mental de caráter experimental com funções quer do tipo assistencial, orientadas para a Psiquiatria de Ambulatório, quer ao nível do ensino (Cintra and Gil, 2016b).
Em 1970 foi criado o Hospital de Dia. Treze anos antes, António Fernandes da Fonseca publicou um trabalho de colaboração com J. Fragoso Mendes e E. Luís Cortesão (1919-1991) denominado "Hospitais de dia", evidenciando o seu interesse pela prática ambulatória da Psiquiatria. Neste trabalho foi descrita a importância daquela nova forma de internamento parcial e apresentaram-se os primeiros resultados decorrentes da instalação de uma unidade desta natureza no Hospital Júlio de Matos (Fonseca, 1971). No Hospital de São João, o Hospital de Dia destinava-se sobretudo a uma população depressiva ou com perturbações de ansiedade. Hoje faz parte da Unidade de Psiquiatria Comunitária, que também foi criada por António Fernandes da Fonseca, inicialmente com o nome de Unidade de Intervenção na Comunidade.
Dezasseis anos após a inauguração do Serviço, em 1979, foi inaugurado o serviço de Internamento, no qual estavam contempladas apenas 30 camas (Cintra and Gil, 2016b).
Enquanto Diretor do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, Fernandes da Fonseca criou uma consulta destinada a crianças e adolescentes, onde foram tratados os primeiros casos de anorexia nervosa (Cintra and Gil, 2016b) e de toxicodependência.

Em 2015 foi inaugurada uma Residência com o nome de Fernandes da Fonseca, localizada no Pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João, uma residência para idosos, como forma de homenagem.
Ao mesmo tempo que se dedicava à criação do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João foi nomeado para o lugar de subdiretor do Hospital do Conde de Ferreira e, em outubro de 1969, tornou-se, cumulativamente, Diretor Clínico do mesmo. Exerceu esse cargo durante doze anos, visando sempre a prestação dos melhores cuidados de saúde.
De notar, que no ano de 1976, entre direções e regências a seu cargo, foi eleito deputado à Assembleia da República pelo Partido Socialista. Exerceu funções políticas durante três mandatos sucessivos (Universidade do Porto, 9 dezembro 2019.).
Durante este período, diversas vezes realizou visitas de estudo ao estrangeiro onde proferiu lições, conferências e palestras, tendo lugar em debates e dirigindo sessões.

**As Relações Internacionais**

"O mundo, que mistério!" (Pascoaes, 2002)

Durante toda a sua carreira médica e académica, António Fernandes da Fonseca procurou participar em reuniões científicas, colóquios, simpósios e congressos, estando presente em várias dezenas deles. Em 1954 esteve presente no "I Congresso Latino-Americano de Saúde Mental", realizado em São Paulo, discursando sobre os aspetos psicológicos da emigração. Em 1956, viajou para Copenhaga no âmbito do "I Congresso Internacional de Genética Humana".
Participou em numerosas conferências e palestras, tendo voz em diversos temas, tais como a "Psicologia como propedêutica psiquiátrica" e os "Síndromes Psicossomáticos" na Faculdade de Medicina da Universidade de Luanda (Fonseca, 1971).
Em consequência destas participações e da sua filiação em inúmeras sociedades europeias, estabeleceu uma boa relação internacional com Espanha, Itália e França.
Foi sócio correspondente da Société de Mèdicine Légale et de Criminologie de France, sócio honorário da Asosiación de Neurologia, Psiquiatria y Medicina Psicosomátia da Galiza e membro da Real Academia de Medicina de Madrid (Fonseca, 1971).
Além de Presidente da Associação Europeia de Psiquiatria Social, António Fernandes presidiu ainda à Sociedade Portuguesa de Psiquiatria durante vários anos e entre visitas ao estrangeiro, direções a seu cargo e a atividade académica e clínica acabou sempre por encontrar algum tempo para escrever aquela que veio a ser consagrada, por muitos, a sua obra mais relevante.

**O Tratado**

"É a força que leva o homem a arriscar a sua vida individual, para conseguir determinado fim de utilidade coletiva" (Pascoaes, 1998)

Relata quem de próximo acompanhou António Fernandes da Fonseca, que muitos foram os anos, da sua longa carreira, em que produziu uma infinidade de manuscritos, que lia, relia e retificava, onde quer que se encontrasse. Foi esta paixão pela escrita aliada ao interesse pelo ensino, a investigação e a assistência no domínio da Psiquiatria que conduziu a mais de duzentas publicações de caráter multidimensional (Universidade do Porto, 9 dezembro 2019.).

De todos os trabalhos realizados na área da Psiquiatria, destaca-se o tratado de "Psiquiatria e Psicopatologia". Este tratado em dois volumes, publicado em 1985 e em 1987 pela Fundação Calouste Gulbenkian, teve um impacto importante na Psiquiatria em Portugal, uma vez que a essa data eram parcos os livros portugueses sobre esta especialidade médica, que assumia, no final do século, enormes progressos, urgindo a necessidade de os documentar.

Dada a notoriedade desta obra, os seus pares consideraram, e ainda hoje consideram, que este foi o primeiro trabalho desta índole publicado em Portugal. Apesar da originalidade do tema, António Fernandes da Fonseca relembra no Prefácio do mesmo livro a existência em Portugal de um Tratado de Psiquiatria escrito por Júlio de Matos no ano de 1894. Consta ainda do mesmo que foi tida em consideração a utilidade que o tratado poderia ter entre os estudantes de Medicina e de Psicologia, os clínicos de formação geral e, evidentemente, os internos de formação específica e os especialistas de Psiquiatria. Com este manual pretendeu homenagear os colaboradores do Departamento de Saúde Mental do Hospital de S. João, 25 anos passados desde a sua criação, e enaltecer, Júlio de Matos, que foi, segundo António Fernandes da Fonseca "até hoje, o maior psiquiatra da nossa língua" (Fonseca, 1997).

Em 1997, e depois de os 6000 exemplares da primeira edição do Tratado terem sido vendidos, foi publicada uma segunda edição do mesmo.

O Tratado de Psiquiatria e Psicopatologia que passou a ser texto de estudo em Portugal, nas Escolas Brasileiras e nos Países Africanos de Língua Portuguesa constituiu assim uma ferramenta valiosa no ensino e na prática da Psiquiatria.

Aliado ao seu gosto pela escrita está documentado o seu interesse particular por Poesia e por poetas nacionais, como Fernando Pessoa (1888-1935) e Teixeira de Pascoaes (1877-1952).



Figura 4- Professor António Fernandes da Fonseca numa conferência.
Fotografia gentilmente cedida pela família

**A Poesia**

"Sem poesia não há Humanidade.
É ela a mais profunda e mais etérea manifestação da nossa alma."(Pascoaes, 1988)

Apesar de ser um homem profundamente focado no ensino, na prática clínica e na investigação psiquiátricas, apesar de todos os cargos de chefia e das frequentes participações científicas no estrangeiro, António Fernandes da Fonseca guardava um especial apreço pela escrita e em particular pela poesia, integrando, em 1980, a coletânea Poesia de Amarante (Universidade do Porto, 9 dezembro 2019.).
No ano de 2003 escreveu o livro "Psicologia da Criatividade: à luz bibliográfica de quatro génios", onde se debruça sobre a psicobiografia de figuras como Sigmund Freud (1856-1939), Ortega y Gasset (1883-1955), Fernando Pessoa e Teixeira de Pascoaes (Fonseca, 1990).
Pela obra de Teixeira de Pascoaes, seu conterrâneo, nutria imensa simpatia. Tal era o seu manifesto interesse pelo poeta que escreveu em 2007 uma obra intitulada "Poemas Fora do Tempo (Em memória de Teixeira Pascoaes)" (Fonseca, 2007). Com esse livro e com outros textos, percebe-se que António Fernandes da Fonseca era um hábil conhecedor de todo o espólio literário deste "Poeta do Marão". Estudioso da vasta coletânea de poemas do mesmo, classificou as obras "Maranûs" e "Regresso ao Paraíso" como fabulosas (Fonseca, 2014).
Teixeira de Pascoaes, muito centrado no saudosismo foi quem primeiro descortinou que o povo português é um povo marcado sentimentalmente pela saudade, tema que António Fernandes da Fonseca aborda numa publicação de 1986, "A fenomenologia da saudade" e no texto "Teixeira de Pascoaes – O Poeta Filósofo", referindo que a saudade "como sentimento de defesa coletiva, expressa a relação com o outro (ou com a própria natureza), mesmo que esse outro esteja ausente ou se tenha tornado um bem perdido" (Fonseca, 2014).
António Fernandes da Fonseca faleceu no dia 16 de dezembro de 2014. Deixou um legado à Psiquiatria de valor incalculável, uma obra notável, muitos amigos que o recordam com respeito e com carinho e uma família saudosa.

**Conclusão**
No Porto do Recife, numa das muitas viagens ao Brasil, António Fernandes da Fonseca conheceu a sua primeira esposa, Magdalena Curia (1921-2013), também ela médica. Viveram ambos em Londres, no pós-guerra, e casaram-se em Portugal. Fruto desse casamento nasceu Rosa Maria Curia Fernandes da Fonseca (17/2/1956), a sua única filha. Herdou o nome da avó, mãe de António Fernandes da Fonseca.
Mariana Curia (28-01-1985) e Álvaro António Curia (13-10-1978) vivem na cidade do Porto. São os filhos de Rosa Maria, netos de António Fernandes da Fonseca.
Há cinco anos que o Pai e Avô, partiu, mas a memória desse homem imponente, de humildes origens, continua muito presente em todos aqueles que com ele privaram e sobretudo naqueles que são a égide da sua existência.

"Pois tudo, tudo há-de passar, enfim,
O homem, o próprio mundo passará,
Mas a saudade é irmã da eternidade." (Pascoaes, 1990)

# A PSIQUIATRIA PORTUGUESA NA OBRA DE JÚLIO DE MATOS

**Cátia Fernandes Santos[1], Rita Gomes[1], Ana Beatriz Medeiros[1], Inês Figueiredo[2]**
[1] Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
[2] Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.
Email: catia.filipa.santos@hgo.min-saude.pt

**Resumo**
Júlio de Matos, natural do Porto e licenciado em Medicina pela Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1880), era republicano, entusiasta das correntes positivistas comteanas e defensor da teoria da degenerescência. Julgava a incidência crescente da loucura como fruto da "falsa necessidade de encontrar a solução teológico-metafísica da origem das coisas". Privilegiava as bases exógenas da loucura sobre as endógenas, embora fortalecidas pela hereditariedade, introduzindo o seu pensamento científico na teoria da degenerescência. Distinguiu-se no âmbito do alienismo e da Psiquiatria Forense, bem como do ensino universitário da Psiquiatria. Dirigiu o Hospital Conde de Ferreira e, posteriormente, o Hospital de Rilhafoles, exercendo o cargo até à sua morte. Na Psiquiatria, como publicações mais importantes, deixou o *Manual das Doenças Mentais* (único compêndio de Psiquiatria em português do século XIX), *A Paranóia* (1898) e *Elementos de Psiquiatria* (1911), influenciando o rumo da Psiquiatria Portuguesa. Barahona Fernandes considerou-o o último grande psiquiatra português pré-kraepeliniano.

**Palavras-chave:** Júlio de Matos, psiquiatria, Portugal, história.

**Abstract**
Júlio de Matos, born in Porto and graduated in Medicine from Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1880), was a republican, an enthusiast of Comtean positivist currents and a defender of the theory of degeneration. He judged the increasing incidence of madness as the result of "the false need to find the theological-metaphysical solution to the origin of things". He privileged the exogenous bases of madness over the endogenous ones, although strengthened by heredity, introducing his scientific thinking into the theory of degeneration. He distinguished himself in alienism and Forensic Psychiatry, as well as university teaching of Psychiatry. He directed Conde de Ferreira Hospital and, later, the Rilhafoles Hospital, until his death. In Psychiatry, as the most important publications, he left *Manual das Doenças Mentais* (the only 19th century Portuguese compendium of Psychiatry), *A Paranóia* (1898) and *Elementos de Psiquiatria* (1911), influencing the course of Portuguese Psychiatry. Barahona Fernandes considered him the last great pre-Kraepelian Portuguese psychiatrist.

***

## Introdução

As raízes mais profundas de ordem ideo-filosófica da Psiquiatria Portuguesa remontam ao século XVIII e à figura de António Ribeiro Sanches, o qual escreveu textos que actualmente poderiam ser interpretados como importantes tentativas de sistematização, tanto da psicopatologia, como da nosologia em doença mental.
Na transição do século XIX para o século XX, a história e a evolução da Psiquiatria Portuguesa moderna devem-se grandemente ao aporte intelectual dos principais

alienistas portugueses, como Júlio de Matos, Miguel Bombarda, José Sobral Cid, Elísio de Moura, Henrique Barahona Fernandes, Luís Duarte-Santos e António Fernandes da Fonseca, com impacto na Medicina europeia. O presente texto pretende apresentar os principais contributos da obra de Júlio de Matos para a Psiquiatria Portuguesa.

## I. Nota Biográfica

### 1. Contexto Familiar e Social

Júlio Xavier de Matos nasceu na cidade do Porto a 26 de Janeiro de 1856, filho de um distinto advogado, jornalista e escritor, Joaquim Marcelino de Matos (1824-1868), e de Rita Xavier de Oliveira Barros. Júlio de Matos era sobrinho de João Xavier de Oliveira Barros, lente da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Era irmão de Eduardo, António e Maria do Carmo Xavier, mulher de Teófilo Braga (1843-1924), Presidente do Governo Provisório de Portugal, entre 1910 e 1911, e segundo Presidente da República Portuguesa, em 1915, com quem Júlio de Matos viria a colaborar cientificamente. Casou com Júlia Carlota de Araújo Ramos, união da qual nasceu uma filha, Sara Xavier de Matos.

Em 1865, Júlio de Matos ficou órfão de pai, tendo sido apoiado pela família do lado materno, nomeadamente pelos tios, com contributo essencial para a sua educação. Em 1874, com aproximadamente dezoito anos de idade, brilhou na inauguração da associação estudantil *Aliança Académica*, ao discursar e recitar poesia.

### 2. Contexto Académico

Júlio de Matos licenciou-se em Medicina pela Escola Médico-Cirúrgica do Porto, no ano de 1880. Defendeu a tese inaugural *Pathogenia das Halucinações* (1880), a qual dedicou à mãe, aos tios maternos João e Júlio Xavier de Oliveira Barros, assim como ao Dr. José Carlos Lopes.

Era republicano, interessado pela filosofia e pelas ciências naturais, entusiasta das correntes positivistas de Augusto Comte, influenciado pelo evolucionismo de Charles Darwin e defensor da teoria da degenerescência. Filantropo de notável vertente humanista e insaciável cultura, foi co-fundador com Teófilo Braga da revista *O Positivismo,* ainda hoje, um valioso repositório de elementos para a etnologia do povo português.

Considerado personalidade brilhante, julgava a incidência crescente da loucura como fruto da "falsa necessidade de encontrar a solução teológico-metafísica da origem das coisas". Privilegiava as bases exógenas da loucura sobre as endógenas, embora fortalecidas pela hereditariedade, introduzindo o seu pensamento científico na teoria da degenerescência. Defendia Valentin Magnan e Augusto Tamburini, na ideia de que as alucinações, secundárias ao delírio, têm origem no córtex cerebral. Foi também adepto da nosologia pré-kraepeliniana de Eugenio Tanzi e do colete-de-forças de Henry Maudsley.

### 3. Carreira Médica e de Ensino

Distinguiu-se no âmbito do alienismo e da Psiquiatria Forense, bem como do ensino universitário da Psiquiatria, iniciando um curso livre de Psiquiatria e sendo professor da disciplina na Faculdade de Medicina do Porto. Em 1892, participou no Congresso Pedagógico Hispano-Português-Americano, por convite de Bernardino Machado, no qual apresentou uma comunicação subordinada ao tema *O Ensino da Filosofia nos Liceus Portugueses*.

Assumiu funções no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, inaugurado a 24 de Março de 1883, a nordeste da cidade do Porto, com a entrada de 29 doentes

provenientes dos tristemente famosos porões do Hospital de Santo António do Porto e do Hospital de Rilhafoles, em Lisboa. Júlio de Matos recebeu estes doentes enquanto alienista assistente de António Maria de Sena (1845-1890), nomeado pela Mesa da Santa Casa de Misericórdia do Porto para o cargo de Diretor Clínico.
Júlio de Matos chefiou a instituição de 1890, após a morte de António Maria de Sena, até 1911. Em 1909, fez "uma viagem de estudo" a França. Da sua passagem pelo Hospital Conde de Ferreira destaca-se a luta, ainda no tempo da monarquia, pela construção de um pavilhão para criminosos suspeitos de loucura. Durante o seu período como Diretor, o hospital recebeu, no ano de 1908, a visita do último rei de Portugal, D. Manuel II.
Em 1911, após a morte de Miguel Bombarda (1851-1910), Júlio de Matos foi convidado para a cátedra de Lisboa e para a direção do primeiro hospital psiquiátrico português, Hospital de Rilhafoles. Sob a direção de Júlio de Matos, o hospital passa a designar-se Manicómio Bombarda e começa a funcionar como clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa.
Foi professor de Psiquiatria Forense no Curso Superior de Medicina Legal de Lisboa, membro do Conselho Médico-Legal e sócio da Sociedade de Ciências Médicas. Em reconhecimento do seu trabalho científico, foi também recebido como membro da Academia das Ciências de Lisboa, da *Société Médico-Psychologique de Paris* e da *Société Clinique de Médecine Mentale*.
A Júlio de Matos se deve igualmente a promulgação do *Decreto de 11 de Maio de 1911*, tendo essa reforma de assistência psiquiátrica estabelecido a construção de manicómios e colónias em número suficiente para as necessidades ao tempo reconhecidas. De todo o seu nobre plano, viu apenas ser principiado o hospital a que, em 1942, foi justamente dado o seu nome.

### 4. Morte

Júlio de Matos, grande alienista, pioneiro do ensino da Psiquiatria e dos estudos clínicos e médico-forenses de Psiquiatria em Portugal, reformador da assistência psiquiátrica, faleceu a 12 de Abril de 1922, em Lisboa, vítima de tuberculose pulmonar crónica aos 66 anos. Barahona Fernandes considerou-o o último grande psiquiatra português pré-kraepeliniano.

## II. A Obra

### 1. Livros e Publicações

Além do seu ilustre trabalho clínico e académico, Júlio de Matos foi igualmente um escritor e crítico afamado. O estilo incisivo, sóbrio e elegante com que redigiu a sua obra colheu o ávido interesse e extraordinário elogio de toda a sociedade médica.
Júlio de Matos foi um dos primeiros leitores portugueses dos trabalhos de Darwin, tendo elaborado a *Historia Natural Ilustrada: Compilação sobre os mais Auctorisados Trabalhos Zoologicos*. Esta é considerada actualmente uma raridade bibliográfica, com a compilação de trabalhos de Buffon, Brehm, Figuier e Milne-Edwards.
De entre as suas obras, citam-se: *Manual de Doenças Mentais*, dado à estampa em 1884 e reeditado com considerável desenvolvimento em 1911 sob o título de *Elementos de Psychiatria*; *A Loucura*, de 1889; *Halucinações e Ilusões*, de 1892; *A Paranóia*, de 1898; *Estudos Clínicos e Médico-Legais sobre a Loucura*, de 1899; *A Questão de Calmon*, de 1900; *Os Alienados nos Tribunais*, 3 volumes, datados do período entre 1902 e 1907; *Assistance aux Aliénés*, de 1903; e *Amnésia Visual*, de 1906.
Em relação às suas numerosas publicações, destaca-se ainda: *O Positivismo: Revista de Filosofia, dirigida por Teófilo Braga e Júlio de Matos*, Porto; tomo 1, 1878 1879; tomo II 1879-

1880, tomo III, 1880-1881; tomo IV, 1882; *Pathogenia das Halucinações*, Porto, 1880; *Portugal e o Tricentenário de Camões*; vem de pág. 1 a 4 do opúsculo; *Camoniana Académica, Junho de 1880*; *Um Caso de Delírio de Perseguições (Extrato da "Coimbra Medica")*, Coimbra, 1-581; *A Última Reforma da Instrução Secundária. (Reflexões Críticas)*, Porto, 1881; *Biografia de José Correia da Serra*; constitui o fascículo IX do tomo I do *Plutarco Português, coleção de retratos e biografias dos principais vultos históricos da civilização portuguesa*, Porto, 1881; *Biografia de José Félix Henriques Nogueira*, constitui o fascículo XII do tomo II do referido *Plutarco*, correspondente a Janeiro de 1882; *Aos médicos honestos. Carta a propósito da questão de António Bessa*, Porto, 1883; *A Superstição Socialista*, de Raphael Garofalo, tradução, Lisboa, 1904; *Da Liberdade à Escravidão*, de Herbert Spencer, tradução, Lisboa, 1904, entre outras.

São de salientar finalmente as comunicações orais apresentadas no XIV Congresso Internacional de Medicina, no ano de 1903, sobre *Assistência aos Alienados Criminosos Sob o Ponto de Vista Legislativo*, bem como no XV Congresso Internacional de Medicina, em 1906, com o título *Contribuição ao Estudo da Amnésia Visual*.

Revista a vasta obra do alienista, serão detalhadas as três obras de Júlio de Matos que mais contribuíram para a história e para a evolução da Psiquiatria Portuguesa.

**2. Manual das Doenças Mentais (1884)**

O *Manual das Doenças Mentais*, datado de 1884, no Porto, constitui o único compêndio de Psiquiatria na língua portuguesa do século XIX. A obra foi dedicada pelo autor a António Sena. A publicação do *Manual das Doenças Mentais* foi um importante acontecimento médico-científico, por ser o primeiro manual publicado entre nós, ao contrário da tradição dos principais países europeus, onde há décadas se sucediam diversos manuais que iam refletindo os progressos e a evolução do pensamento psiquiátrico na Europa, nomeadamente na França e Alemanha.

Divide-se em três partes distintas: Patologia Geral, Patologia Especial e Medicina Legal. Neste manual, Júlio de Matos adverte que a divisão das causas determinantes da doença em físicas e morais carece de rigor científico, pois a sua etiopatogenia é semelhante. Sublinha, de igual modo, a importância da hereditariedade, implicada em nove em cada dez alienados, e aponta a degenerescência na sua origem, considerando que o doente é a ultima manifestação de uma série acumulada.

Nesta obra, Júlio de Matos aborda também a personalidade pré-mórbida alterada e anomalias físicas nos alienados. Relata outros factores de risco para o surgimento de doença mental, tais como o excesso de crença religiosa, convulsões político-sociais, certas profissões, estado civil, traumatismo craniano, insolação e detenção carcerária. Nomeia alterações anátomo-patológicas encontradas no cérebro dos doentes mentais *post mortem* e considera que este pilar seria fundamental para uma Psiquiatria como disciplina verdadeiramente científica. Tece considerações prognósticas em relação às doenças psiquiátricas, dependendo de circunstâncias variadas, como a idade, o início da doença, a cultura, o tempo de evolução, a natureza e a forma do delírio. Em relação ao tratamento, Júlio de Matos preconiza banhos e duches, o emprego de estimulantes (tais como vinhos generosos), sedantes e opióides, sendo moderado no uso de meios de contenção.

Ainda no *Manual das Doenças Mentais*, Júlio de Matos aborda os tipos de melancolia e considera vários tipos de mania – contínua, remitente, aguda, subaguda e crónica – podendo esta última evoluir para demência.

Por fim, versa sobre as situações em que o médico intervém como perito na constatação do estado mental de um doente, nas situações de sequestração por motivos securitários, de interdição e de validade dos actos cometidos, entre outros conteúdos de natureza penal na relação presumida entre crime e loucura.

**3. A Paranóia (1898)**

A obra executada por Júlio de Matos no ano de 1898, intitulada *A Paranóia – Ensaio Patogénico sobre os Delírios Sistematizados*, foi considerada por Barahona Fernandes como um dos estudos melhor elaborados da literatura psiquiátrica portuguesa. De facto, corresponde ao trabalho mais emblemático do alienista.

Constitui a obra deste autor que mais se avizinha do pensamento actual acerca de uma entidade nosológica, agora nomeada de Perturbação Delirante. Júlio de Matos salienta uma maior preponderância desta doença no sexo feminino, com maior tendência de início dos sintomas entre os 35 e os 50 anos de idade.

Considera a paranoia um processo degenerativo, tal como Valentin Magnan, mas também regressivo, antecipando a posição neojacksoniana de Henri Ey, e até, em parte, a teoria psicanalítica de Sigmund Freud. Tal como Louis Delasiauve, considera ainda que o doente paranóico mantém faculdades indutivas e silogistas que lhe permitem evoluir no delírio até à sistematização. Por outro lado, questiona-se sobre que relação de causalidade existe entre alucinações e delírios, quer na forma, quer no conteúdo. Quanto à nosologia, a paranoia não deve ser incluída junto da parafrenia, como proposto por Emil Kraepelin. Também não merece divisão em tipos temáticos. Para Júlio de Matos, a paranoia é uma entidade psicopatológica única, indivisível e com autonomia nosológica.

**4. Elementos de Psiquiatria (1911)**

*Elementos de Psychiatria*, do ano de 1911, serviu, durante longos anos, de principal apoio bibliográfico aos estudantes de Medicina nas cadeiras universitárias de Psiquiatria.

Esta obra comporta um objectivo semelhante à publicação do *Manual das Doenças Mentais*, isto é, o de "prestar aos policlínicos e aos estudantes de Medicina serviços de rápido informe e de fácil iniciação em assuntos cujo ensino oficial só muito recentemente e sem carácter obrigatório se iniciou no país".

A separar as duas obras acima referidas, estava uma "profunda remodelação científica", que Júlio de Matos dá conta ao evidenciar os novos "métodos de exploração clínica e de tratamento, desconhecidos em 1884" e, por força das exigências do ensino médico, "noções de psicologia e de fisiologia cortical indispensáveis à compreensão patogénica dos sintomas, nomeadamente das alucinações, das desordens motoras e da linguagem". Neste livro, além das novas entidades, com relevo para as denominadas psicoses acidentais, verifica-se uma grande mudança na classificação, avanços na semiologia psicopatológica e nas alterações conceptuais das denominadas psicoses constitucionais, refletindo os progressos médicos e mudanças no pensamento científico, filosófico e psicológico, com a obra de Darwin, Spencer, Charcot ou Lombroso, entre outros, que directa ou indirectamente condicionam a visão e a mentalidade dominante nestas matérias.

A obra *Elementos de Psychiatria* é já um bom exemplo do paradigma das doenças mentais (no plural) onde pontificam os grandes alienistas franceses, mais atomísticos, mas também os alemães com a sua ambição classificativa e sistematizadora, que se irá impondo progressivamente, nomeadamente com a síntese de Kraepelin, autor a quem Júlio de Matos reconhece grande importância, mas que recusa aceitar as teses, na questão da extensão da Demência Precoce em relação com os delírios sistematizados e a Paranoia, permanecendo nesta matéria mais próximo das teses da escola francesa, nomeadamente de Magnan e de Séglas, como já acima referido.

A obra *Elementos de Psychiatria*, a par de *A Loucura*, despertaram o interesse de Fernando Pessoa (1888-1935) que, citando passagens, as chega a considerar *the best and clearest on the subject* (Fernando Pessoa, *Escritos sobre Génio e Loucura*, p. 277).

**Conclusões**

Como alienista, Júlio de Matos adquiriu uma grande e merecida reputação, dentro e fora do país. Como escritor, alia à sua correção pouco vulgar, notável brilho de expressão. Os livros de psicopatologia valeram-lhe publicações no Brasil e traduções em Itália, nomeadamente por Cesare Lombroso. Os seus relatórios de Psiquiatria Forense fizeram-no famoso, tendo Camilo Castelo Branco considerado como tendo "grande carácter e robusto talento". As suas conferências sobre Psiquiatria marcaram época em meio tão avesso a estes cometimentos. O nome deste notável psiquiatra português ficou, até há bem poucos anos, ligado ao Manicómio do Campo Grande, em Lisboa (mais tarde, Hospital Júlio de Matos).

**Fontes e Bibliografia Final**


Correia, D. T. (2015). *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental* (1ª Edição). Lisboa: Lidel.

Cintra, P. & Gil, N. P. (2016). *História dos Serviços de Saúde Mental* (1ª Edição). Vol. I e II. Lisboa: Edições Parsifal.

Borja-Santos, N. (2019). *Os Primeiros Cinquenta Anos da Psiquiatria Portuguesa (1835-1885) – Uma Viagem à Luz da Estatística* (1ª Edição). Lisboa: Lidel.

Rollo, M. F. et al. (2014). *Dicionário de História da I República e do Republicanismo*. Volume II – F-M. Coleção Parlamento. Lisboa: Edição Assembleia da República – Divisão de Edições.

Pereira, J. M. (2012). *Classificação e reconceptualização das doenças na Psiquiatria portuguesa: a contribuição de Júlio de Matos (1884-1923)*. Revista Estudos do Século XX, n.º 12. Imprensa da Universidade de Coimbra, Portugal.

Ferreira, T. S. (2017). *Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal*. Dissertação de Mestrado em História Contemporânea, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Portugal.

Barahona Fernandes, H. J. (1956). *O Professor Júlio de Matos e a psiquiatria portuguesa*. Anais Portugueses de Psiquiatria (VIII) 8:9-37.

Esperança-Pina, M. (2010). *Dicionário de Médicos Portugueses – Matos, Júlio (1856-1922)*. Acedido a 6 de Fevereiro de 2022, em https://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/2818.html.

Amaral, M. (2016). *Portugal - Dicionário Histórico – Xavier de Matos (Júlio)*. Acedido a 6 de Fevereiro de 2022, em https://www.arqnet.pt/dicionario/xaviermatosjulio.html.

Universidade do Porto (2016). *Antigos Estudantes Ilustres da Universidade do Porto: Júlio Xavier de Matos*. Acedido a 6 de Fevereiro de 2022, em https://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=antigos%20estudantes%20ilustres%20-%20j%c3%balio%20xavier%20de%20matos.

# «JE DEVIENS FOU! QUI ME SAUVERA?»: A PSICOSE NO CONTO FANTÁSTICO "LE HORLA" DE GUY DE MAUPASSANT À LUZ DO MODELO GESTÁLTICO DE KLAUS CONRAD

**Pedro Cotta*; Francisca Bastos Maia*; Pedro Almeida**; Nélson Oliveira*****
*Médico(a) Interno(a) de Psiquiatria Infância e Adolescência,
Centro Hospitalar do Porto
** Médico Interno de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Magalhães Lemos
***Assistente Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Magalhães Lemos
E-mails: pcotta2tt@gmail.com; franciscabbmaia@gmail.com;
pedroalmeida@hmlemos.min-saude.pt; nelsonoliveira@hmlemos.min-saude.pt

**Resumo**
Guy de Maupassant escreveu em 1886 o conto "Le Horla", numa altura em que começa a vivenciar alucinações e fenómenos de despersonalização no contexto de uma doença sifilítica. "Le Horla" diz respeito a um ser invisível que, no decorrer da obra, atormenta progressivamente o protagonista. Este trabalho foi realizado de uma forma qualitativa usando dados primários referentes à obra em questão e dados secundários existentes na literatura que suportem a nossa visão da narrativa. Ao longo das páginas, identificámos passagens que poderão refletir uma fenomenologia psicopatológica característica de um surto psicótico. Utilizámos a perspetiva Conradiana para explanar passagens da história que ilustrem processos como o trema, apofania e anástrofe. Apesar da teoria de Klaus Conrad aparecer no século XX, podemos identificar a sua representação na literatura francesa da segunda metade do século XIX. Isto reflete a importância da literatura na compreensão de processos psicopatológicos.

**Palavras-chave:** psicopatologia, psicose, primeiro surto psicótico.

**Abstract**
Guy de Maupassant wrote in 1886 the short story "Le Horla", at a time when he began to experience hallucinations and phenomena of depersonalization in the context of a syphilitic disease. "Le Horla" concerns an invisible being that progressively torments the protagonist throughout the work. This work was carried out in a qualitative way using primary data referring to the work in question and secondary data existing in the literature that support our vision of narrative. Throughout the pages, we have identified passages that may reflect a psychopathological phenomenology characteristic of a psychotic break. We used the Conradian perspective to explain passages in the story that illustrate processes such as the trema, apophany and anastrophe. Despite Klaus Conrad's theory appearing in the 20th century, we can identify its representation in French literature of the second half of the 19th century. This reflects the importance of literature in understanding psychopathological processes.

**Key words:** psychopathology, psychosis, first episode psychosis.

***

## Introdução

Guy de Maupassant foi um escritor francês do século XIX. Em 1892, terá tido um internamento psiquiátrico devido à sintomatologia manifestada decorrente de um quadro de neurosífilis[1]. Em 1886 escreve o conto fantástico «Le Horla» , que se encontra escrito na primeira pessoa assumindo o formato de diário[2]. Klaus Conrad foi um

psiquiatra alemão do século XX. Entre 1941 e 1942, estudou 107 soldados que sofreram um surto inicial de esquizofrenia. Em 1958, publica *"Die Beginnende Schizophrenie"* onde descreve as 5 fases do processo de adoecer esquizofrénico: trema, apofania, apocalipse, consolidação e resíduo[3]. Este estudo propõe-se a evidenciar alguns dos marcos do desenvolvimento da esquizofrenia descritos por Conrad em passagens da obra "Le Horla" de Maupassant, sustentando-os com artigos científicos que corroboram a nossa argumentação.

**Discussão**

"Le Horla" diz respeito a um ser invisível que no decorrer da obra atormenta progressivamente o protagonista. É um conto fantástico escrito em forma de diário. As passagens transcritas, que visam ilustrar o processo psicopatológico da esquizofrenia, foram mantidas na sua língua original - o francês - de forma a manter a originalidade daquilo que o autor pretendia transmitir.

O Trema vem do latim *tremere* que significará abalar ou estremecer[4] e pode ser comparado à sensação que acomete os atores antes da entrada em palco[5]. Resumidamente, há uma elevação da tonalidade afetiva basal da pessoa em causa. Esta tonalidade toma a expressão de uma tensão com características mais ansiosas ou inquietantes. Para além deste componente afetivo, existe a crença de que algo de vil e hostil paira no ar, de que algo estará prestes a desvendar-se[6,7]. As seguintes passagens do conto conseguem ilustrar a atmosfera descrita:

12 Maio, Página 10
*"J'ai un peu de fièvre depuis quelques jours; je me sens souffrant, ou plutôt je me sens triste. D'où viennent ces influences mystérieuses qui changent en découragement notre bonheur et notre confiance en détresse? [...]"*

16 Maio, Página 10
*"Je suis malade, décidément! [...] J'ai sans cesse cette sensation affreuse d'un danger menaçant, cette appréhension d'un malheur qui vient ou de la mort qui approche, ce pressentiment qui est sans doute l'atteinte d'un mal encore inconnu, germant dans le sang et dans la chair."*

25 Maio, Página 11
*"Aucun changement ! Mon état, vraiment, est bizarre. À mesure qu'approche le soir, une inquiétude incompréhensible m'envahit, comme si la nuit cachait pour moi une menace terrible."*

Este estado afetivo e cognitivo faz com que o sujeito sinta que está rodeado de barreiras. Sente-se progressivamente constringido num mundo cujas possibilidades de sentir e perceber o mundo externo como positivo diminuem paulatinamente. Como tal, o indivíduo sente-se impelido a reagir, de forma a tentar saltar estas barreiras, a tentar escapar-se de um mundo que lhe parece sufocante e ameaçador[7]. As seguintes passagens tentam ilustrar essas tentativas da personagem. Na primeira, a personagem, para se libertar do seu estado agravado (do qual ainda não conhece a origem), tenta dar um passeio. Na segunda e terceira passagens, o narrador decide fazer uma viagem da qual volta recuperado.

2 Junho, Página 12
*"Mon état s'est encore aggravé. Qu'ai-je donc ? Le bromure n'y fait rien ; les douches n'y font rien. Tantôt, pour fatiguer mon corps, si las pourtant, j'allai faire un tour dans la forêt de Roumare. Je crus d'abord que l'air frais, léger et doux, plein d'odeur d'herbes et de feuilles, me versait aux veines un sang*

*nouveau, au cœur une énergie nouvelle. Je pris une grande avenue de chasse, puis je tournai vers La Bouille, par une allée étroite, entre deux armées d'arbres démesurément hauts qui mettaient un toit vert, épais, presque noir, entre le ciel et moi. Un frisson me saisit soudain, non pas un frisson de froid, mais un étrange frisson d'angoisse."*

3 Junho, Página 12
*"La nuit a été horrible. Je vais m'absenter pendant quelques semaines. Un petit voyage, sans doute, me remettra."*

2 Julho, Página 12
*"Je rentre. Je suis guéri. J'ai fait d'ailleurs une excursion charmante. J'ai visité le mont Saint-Michel que je ne connaissais pas."*

Num estado de trema, a intensa carga afetiva e cognitiva existente culmina num estado de ansiedade[5]. Nas transcrições que se seguem, consegue-se evidenciar alguma sintomatologia fisiológica existente em quadros ansiosos, como taquicardia ou midríase.

18 Maio, Página 11
*"Je viens d'aller consulter un médecin, car je ne pouvais plus dormir. Il m'a trouvé le pouls rapide, l'œil dilaté, les nerfs vibrants, mais sans aucun symptôme alarmant."*

25 Maio, Página 11
*"Puis, je me couche, et j'attends le sommeil comme on attendrait le bourreau. Je l'attends avec l'épouvante de sa venue, et mon cœur bat, et mes jambes frémissent ; et tout mon corps tressaille dans la chaleur des draps, jusqu'au moment où je tombe tout à coup dans le repos, comme on tomberait pour s'y noyer, dans un gouffre d'eau stagnante."*

Klaus Conrad baseou-se na psicologia do Gestalt para clarificar a sua exposição teórica. Nesta, e de forma sintética, existe a noção de que o todo é maior que a soma das partes. Para Conrad, na avaliação de determinado fenómeno, havia que perceber que essa avaliação deve sempre passar pela compreensão das formas e configurações da experiência[3]. De certa forma, indivíduos desprovidos de patologia psicótica têm tendência para observar primariamente aquilo que lhes é apresentado pela sua categoria semântica e depois poderão perscrutar cada parte constituinte do objeto. No Trema, o inverso acontecerá e, portanto, o todo perde importância e serão as partes, os detalhes que adquirirão uma saliência e um destaque únicos[4]. O estado interno das pessoas com uma esquizofrenia em estádio inicial é tão rico em sensações de atemorização e cognições premonitórias de que algo de mal irá acontecer que o campo percetual dessas pessoas também passa a demonstrar qualidades fisionómicas distintas. Tudo no ambiente externo é passível de se tornar saliente[7]. As seguintes passagens tentam descrever as intensas experiências vivenciadas pela personagem, em que a sensorialidade é vivida e percebida de forma muito particular:

12 Maio, Página 10
*"Pourquoi? - Est-ce un frisson de froid qui, frôlant ma peau, a ébranlé mes nerfs et assombri mon âme? Est-ce la forme des nuages, ou la couleur du jour, la couleur des choses, si variable, qui, passant par mes yeux, a troublé ma pensée? Sait-on? Tout ce qui nous entoure, [...], a sur nous, [...], et, [...], sur nos idées, sur notre coeur lui-même, des effets rapides, surprenants et inexplicables."*

A apofania vem do grego *Apophansis* que significará declaração, afirmação ou revelação[4]. Pode ser definida como uma verdade que à personagem não se mostra pela via dedutiva da razão mas que lhe é revelada[5]. De certa forma, é como se a pessoa conhecesse o significado de algo sem ter de perguntar-se porquê, uma vez que este significado se lhe impôs[8]. Aqui aparece o delírio e esse significado criado de novo terá um efeito apaziguador da tensão vivida anteriormente em fase de trema[4,7].

6 Agosto, Página 22
*"Comme je m'arrêtais à regarder un géant des batailles, qui portait trois fleurs magnifiques, je vis, je vis distinctement, tout près de moi, la tige d'une de ces roses plier, [...]. Alors, je rentrai chez moi l'âme bouleversée, car je suis certain, maintenant, certain comme de l'alternance des jours et des nuits, qu'il existe près de moi un être invisible, [...]."*

As vivências apofânicas implicam, inicialmente, o espaço e mundo externos. Na transcrição anterior consegue-se perceber que a personagem deduziu estar próxima de um ser invisível por ter visto uma das hastes de uma flor (existente no mundo externo) dobrar-se. No entanto, com o desenrolar da patologia psicótica determinados aspetos sobre os estados internos da pessoa poderão representar, só por si, vivências apofânicas[5]. Numa passagem posterior, a personagem recorda-se de algo que viu previamente e a essa memória imprimiu-se um novo significado. Quando até os pensamentos são vividos de forma apofânica, fala-se da «apofania do campo total»[9]. A passagem seguinte ilustra o que foi descrito previamente:

19 Agosto, Página 27
*"Ah ! Ah ! je me rappelle, je me rappelle le beau trois-mâts brésilien qui passa sous mes fenêtres en remontant la Seine, le 8 mai dernier ! Je le trouvais si joli, si blanc, si gai ! L'Être était dessus, venant de là-bas, où sa race est née ! Et il m'a vu ! Il a vu ma demeure blanche aussi ; et il a sauté du navire sur la rive. Oh ! mon Dieu !"*

Paralela e concomitantemente à apofania acontece a anástrofe. E, de facto, sendo a apofania uma fase de grande certeza e convicção o sujeito tem de perder o seu sistema de referência, a sua capacidade de transcendência. Quer isto dizer que, na anástrofe, o indivíduo já não se questiona, já não muda de posição para assumir outro ponto de vista[7]. Altera-se, portanto, a forma como o Eu se relaciona com objetos do mundo, havendo uma auto-referencialização das suas vivências[10].

8 Agosto, Página 23
*"J'ai passé hier une affreuse soirée. Il ne se manifeste plus, mais je le sens près de moi, m'épiant, me regardant, me pénétrant, me dominant et plus redoutable, en se cachant ainsi, que s'il signalait par des phénomènes surnaturels sa présence invisible et constante."*

14 Agosto, Página 24
*"Je suis perdu! Quelqu'un possède mon âme et la gouverne! quelqu'un ordonne tous mes actes, tous mes mouvements, toutes mes pensées."*

19 Agosto, Página 29
*"Qu'ai-je donc ? C'est lui, lui, le Horla, qui me hante, qui me fait penser ces folies ! Il est en moi, il devient mon âme ; je le tuerai !"*

A anástrofe também pode se entrever no título da obra "Le Horla". Decompondo a palavra, obtêm-se as palavras francesas "*hors*" e "*là*" que, em português, podem ser

traduzidos como "fora" e "aqui/cá". De certa forma e com o passar do tempo, a personagem perde a noção do que está fora e do que está dentro de si[11,12]. Poderá isto também representar a noção de que cada elemento isolado do campo percetivo tem uma relação com a personagem, tudo gira à sua volta. Isto volta a fazer referência à Anástrofe - o Eu da personagem ocupa o centro do mundo[4].

O facto deste conto estar escrito na primeira pessoa, em forma de diário, facilita a interpretação psicopatológica do escrito. Observa-se um texto cuja narrativa está repleta de frases interrogativas e exclamativas[13] - as primeiras ilustram facilmente o ambiente inquisitivo da fase de trema e as segundas explicitam a maior certeza da fase de apofania. Neste conto em que só temos o testemunho do narrador, é de notar a sua solidão na confrontação com o "Horla"[14], o que facilita a leitura dos seus estados afetivos e cognitivos internos.

A seguinte fase a que faremos referência é a fase do "apocalipse". Este termo vem do latim "apocalypsis" que significará caos[4]. Ao contrário das outras duas fases supracitadas, nesta fase vai ser mais óbvia a incoerência da experiência, na medida em que impressões e representações deixam de ter um significado espacial e transformam-se numa amálgama de dados incoesos sempre prontos a transmitir ao doente algum dado que encha a sua vida de inquietude[5,6]. As próximas transcrições pretendem ilustrar a vivência do doente em fase de apocalipse:

19 Agosto, Página 29
*"Donc, je faisais semblant d'écrire, pour le tromper, car il m'épiait lui aussi ; et soudain, je sentis, je fus certain qu'il lisait par-dessus mon épaule, qu'il était là, frôlant mon oreille. Je me dressai, les mains tendues, en me tournant si vite que je faillis tomber. Eh bien ?... on y voyait comme en plein jour, et je ne me vis pas dans ma glace !... Elle était vide, claire, profonde, pleine de lumière ! Mon image n'était pas dedans... et j'étais en face, moi ! Je voyais le grand verre limpide du haut en bas. Et je regardais cela avec des yeux affolés ; et je n'osais plus avancer, je n'osais plus faire un mouvement, sentant bien pourtant qu'il était là, mais qu'il m'échapperait encore, lui dont le corps imperceptible avait dévoré mon reflet."*

De seguida vem a fase de "consolidação". Esta fase também pode ser denominada de *giro* copérnico[15]. Aqui pode haver uma intenção por parte da pessoa em mudar de novo o seu centro de referência, em mudar o seu ponto de vista. Pode-se assistir a momentos em que a personagem critica a sua posição. Nesta fase, a pessoa que possui Esquizofrenia poderá então regredir na sua sintomatologia e apresentar uma doença caracterizada por surtos ou poderá evoluir para uma psicose catatónica[5, 6, 15]. Subsequentemente, vem a fase de "resíduo". Esta fase pode produzir-se após uma recuperação na fase de consolidação. O que este estádio nos clarifica é que a pessoa nunca recuperará até ao seu nível basal pré-mórbido. Quer isto dizer que a pessoa ficará num estado residual onde predomina sintomatologia negativa como falta de prazer, motivação e concentração e também défices executivos[5,6,15]. Será importante assinalar que não se identificaram estas duas últimas fases descritas por Klaus Conrad.

**Conclusão**
Parece paradoxal o facto da psiquiatria, enquanto ciência, tentar encontrar respostas para o universo enigmático da loucura e a literatura explorar a loucura numa vertente colorida com a imaginação e subjetividade. No entanto, estas duas áreas não se excluem mas podem sobrepor-se, bebendo uma da outra e explorando as duas a complicada natureza humana. Também se revela curioso como um conto do final do século XIX

reflita uma teoria fenomenológica de meados do século XX, teoria esta que se mantém ainda bastante atual  no século XXI numa altura em que se fala da importância do diagnóstico precoce de um primeiro surto psicótico.

**Bibliografia**


Lloyd, C. (2020). *Guy de Maupassant*. Reaktion Books.

Hedenmalm, L. (2016). Un discours persuasif: Étude narrative de L'Auberge et Le Horla–deux contes fantastiques de Guy de Maupassant.

Diogo Telles Correia. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. Lidel.

Cardoso, C. (2005). O mundo esquizofrénico visto por Klaus Conrad. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 57-72.

Seywert, F., & Célis-Gennart, M. (1999). La transformation du champ de l'expérience dans la schizophrénie: F «analyse structurelle de Klaus Conrad. *L'Evolution psychiatrique*, *64*(1), 101-111.

Mishara, A. L. (2010). Klaus Conrad (1905–1961): Delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 9-13.

Conrad, K. (1994). La esquizofrenia incipiente (1958). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *14*(49), 319-328.

Conrad, K. (1997). La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio. *V Xerte*, 149.

Teixeira, A. (2006). Entre signo e significante: a esquizofrenia incipiente segundo Conrad. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF*, *18*, 107-116.

Carneiro, M. D. N. O. (1994). Encruzilhadas do fantástico e da loucura no Horla de Maupassant. *Intercambio, 05, 1994, p. 133-141*.

Audigier, E. G. (2011). As bibliotecas imaginárias dos tradutores de Machado de Assis: o caso de "O espelho" em francês. *Fragmentos: Revista de Língua e Literatura Estrangeiras*, *22*(1), 59-66.

Neefs, J. (1980). La représentation fantastique dans «Le Horla» de Maupassant. *Cahiers de l'AIEF*, *32*(1), 231-245.

De Maupassant, G. (2012). *Le Horla et autres nouvelles fantastiques*. 12-21.

Álvarez Martínez, J. M. (1994). K. Conrad: Gestaltanalyse del brote esquizofrénico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *14*(49), 319-328.

De Maupassant, G. (1994). *Le Horla (suivi de L'héritage)*. Librio, Imaginaire.

# ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL SIGLO XX: HISTORIAS DE LUGO EN EL CONTEXTO GALLEGO

**Cristina Pernas Pereiro*; David Simón Lorda**;**
**Ignacio Gómez-Reino Rodríguez****
*Graduada en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela (USC)
Graduated in Medicine at Santiago de Compostela University (USC)
**Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España. Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO
Psychiatrist. Psychiatry Service, Ourense University Hospital Complex (CHUO), Sergas. Ourense, España. Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur), SERGAS UVIGO.
Emails: cristinapernas13@gmail.com; dsimlor@gmail.com
Ignacio.Gomez.Reino.Rodriguez@sergas.es

**Resumen**
A partir de fuentes documentales y hemerográficas estudiamos cómo se organizaba la asistencia psiquiátrica en Lugo (Galicia-España) desde mediados del siglo XIX a principios del XX, ciudad que asumió una posición rezagada en el desarrollo de la actividad benéfica liberal, condicionada por su contexto socioeconómico. Los enfermos eran recluidos en "jaulas para locos" instaladas en establecimientos financiados por la Junta Municipal de Beneficencia o en celdas de la Cárcel Modelo. Las precarias condiciones de estos inmuebles y las numerosas coartadas por parte de las instituciones para evadir el socorro a "dementes" obligaban a los dolientes a superar vastos peregrinajes. Tras largas expediciones en ferrocarril, su reclusión final tenía como escenario diversos espacios manicomiales de la geografía estatal, cambiantes según los convenios que las corporaciones lucenses decidían en su empeño por minimizar costes.

**Palabras clave**: Psiquiatría, Lugo, Galicia, siglo XIX, siglo XX. Key words: Psychiatry, Lugo, Galicia, 19thcentury, 20th century.

**Abstract**
Psychiatric care from the mid-19th century to the beginning of the 20th century: Lugo stories in the galician context. — Based on documentary and hemerographic sources, we study how psychiatric care was managed from the mid-19th century to the beginning of the 20th century in Lugo (Galicia-Spain), a city that took a backward position in the development of liberal charitable activity, determined by its socio-economic context. Patients were confined in "cages for the insane" installed in establishments financed by the Junta Municipal de Beneficencia (Municipal Welfare Board) or in cells in the Cárcel Modelo (Model Prison). The precarious conditions of these buildings and the numerous alibis provided by the institutions to avoid giving assistance to the "insane" forced aching people to overcome vast pilgrimages. After long expeditions by rail, their final confinement took place in different asylums throughout thestate, places which changed according to agreements that the corporations of Lugo decided to make in their efforts to minimize costs.

***

## Introducción

El objetivo principal de nuestra investigación es el análisis de la asistencia al enfermo mental en Lugo desde la segunda mitad del siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XIX. Al establecer el estado de la cuestión, nos encontramos con un cierto vacío de conocimiento sobre este asunto, más estudiado en otras provincias del territorio gallego. Lugo, desde una periferia asentada en otra periferia, oculta varias particularidades que pueden enriquecer el contexto histórico psiquiátrico del país y ayudar en la comprensión de los porqués y las consecuencias del devenir asistencial. El eje vertical de nuestra investigación han sido los "Oficios y comunicaciones sobre dementes", fuentes primarias nunca usadas hasta ahora para perfilar un estudio monográfico. Para complementar la información recogida, hemos realizado una exhaustiva búsqueda en bibliotecas digitales y prensa oficial y local de la época.

## Acercamiento histórico a la atención psiquiátrica en Lugo en el contexto gallego a finales del siglo XIX y principios del XX

Nuestra interpretación de los hechos se debe ejecutar bajo la óptica contextual de la época, irremediablemente influenciada por la situación económica, social e incluso bélica. El siglo XIX consolidó la división del Estado español en provincias y otorgó un poder creciente a las diputaciones provinciales, a las que se les encomendó la responsabilidad económica en la asistencia a las personas con algún tipo de trastorno mental. El contexto socioeconómico de cada provincia condicionó su actividad en la materia liberal de la asistencia benéfica. Así se explica el desfase en el desarrollo asistencial psiquiátrico entre las diferentes regiones españolas[1], asunto en el que Galicia y, en concreto, Lugo asumió una posición retardada.

Si bien Lugo y sus instituciones presentaron en este ámbito multitud de similitudes con otras provincias, sus peculiaridades no fueron menos. La desamortización propició que los edificios benéficos de la ciudad pasaran a ser controlados por las Juntas –municipales y provinciales- de Beneficencia[2]. La red de establecimientos asilares distribuidos en la capital lucense funcionó como la primera línea en la atención a la locura[3]. Estas instituciones actuaron con arreglo al paradigma dominante: el custodialismo de la locura y el cuidado al enfermo mental como un marginado más, en un momento histórico marcado por la miseria. Muchos de los dementes asilados fallecieron en su lugar de reclusión, mientras esperaban a ser estudiados para decidir si posteriormente convenía su traslado a un manicomio.

## Espacios extramanicomiales de atención a la locura en Lugo

Una estadística nacional de 1847[4] revela que en nuestra provincia existían más de una centena de dementes y todos ellos moraban en su domicilio. En el año 1848 encontramos los primeros datos de reclusión a enfermos psiquiátricos en la Casa Municipal de Beneficencia, siendo el primero de los acogidos José L.L, sobre quien consta la siguiente historia[5]:

> "Maestro de instrucción primaria, que ha sido antes de ahora, y sin duda de algún mérito, enterado además que aunque se halla con cabal juicio, padece únicamente una especie de monomanía que se justifica por atentar moralidad y erudición; y

[1] Álvarez Antuña, V. y García Guerra, D. (1995).
[2] Prado Gómez, A. (2005).
[3] Simón Lorda, D. y González Fernández, E. (2001).
[4] Gaceta de Madrid número 5138 de 1848. Estadística General Oficial de Dementes acogidos en Establecimientos Públicos
[5] AHPL, Ayuntamiento, Hospital. Oficios y Comunicaciones sobre Dementes. Sig. 968.

> comprendiendo que esta afección no requiere de cuidados especiales, ni debe ser peligrosa en la Casa de Beneficencia, donde por el contrario se pueden utilizar tal vez algunos servicios de este sujeto, he acordado se le de ingreso en dicha casa, aunque sea en calidad de observación por ahora, quedando de cuenta de la provincia el pago de sus estancias, a razón de doce cuartos diarios, dada vez que este gobierno político no halle otro medio razonable de realizarlos".

Dos años más tarde se ideó la instalación de 14 calabozos para dementes en el mismo centro[1]. Con ellos ya en funcionamiento, el propio gobernador civil denunció las deplorables circunstancias en que vivían los locos en su encierro y se decidió trasladarlos al Manicomio de Valladolid[2]. Esta negativa para atender dementes en la Casa de Beneficencia fue pasajera y el establecimiento siguió albergando enfermos hasta bien entrado el siglo XX, en un viejo edificio que optimizó con los años su carácter de insalubridad.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, existió otro sistema de asistencia a los dementes por parte de la Junta Municipal de Beneficencia: el socorro a domicilio. Este sistema proporcionaba cantidades mensuales de dinero o bien raciones alimentarias que debían ser recogidas por los enfermos en el propio centro. El número de dementes asistidos por la Junta en su domicilio se redujo al avanzar el periodo restaurador. La predilección del internamiento en el centro sobre las ayudas externas se puede enmarcar en la naturaleza disuasoria que suponía esta forma de custodialismo, que permitía reprimir comportamientos inadecuados a través del control de tipo moral y el régimen de vida cuartelario[3].

En 1866, el Gobernador Civil de la Provincia de Lugo justificó de la siguiente forma la génesis de la Circular Número 4442 de Beneficencia, donde se recogían distintas normas para la instrucción de los expedientes de demencia[4]:

> Es por desgracia algo frecuente en esta provincia la remisión al Manicomio de Valladolid de dementes pobres á quienes se satisfacen por cuenta del presupuesto provincial, las estancias que devengan en aquel establecimiento. Habiendo observado con este motivo, que los expedientes que remiten los Señores Alcaldes para justificar el estado de demencia y pobreza de algunos individuos, no detallan suficientemente estas circunstancias; a fin de que al intervenir la Administración en el desvalimiento del pobre y del desgraciado que carece de familia protectora, sea, fundándose en la verdad y en la justicia y no apoyando peticiones gratuitas y hasta inconvenientes, he acordado dictar las disposiciones que siguen.

Tanto la Casa de Beneficencia como el Hospital Municipal eran sostenidos con fondos del ayuntamiento de Lugo y estaban pensados teóricamente para atender población oriunda de la capital. Sin embargo, acogían a personas de toda la provincia, un asunto que dio lugar a múltiples litigios en el asunto de la asistencia psiquiátrica, pues el coste de las estancias de los dementes legalmente correspondía a las Diputaciones, mientras

[1] AHPLU, Ayuntamiento, Centros de Beneficencia, Reglamentos, Limosna, Estados de los Establecimientos de Beneficencia, Casa de Maternidad, Expósitos y Acogidos, Embarazadas, Escuela de Párvulos, Traslado Enfermos, Granja de Punxín, Desamortización. Sig. 951.

[2] AHPLU, Ayuntamiento, Centros de Beneficencia, Reglamentos, Limosna, Estados de los Establecimientos de Beneficencia, Casa de Maternidad, Expósitos y Acogidos, Embarazadas, Escuela de Párvulos, Traslado Enfermos, Granja de Punxín, Desamortización. Sig. 951.

[3] Seijo Castro, L. (2015).

[4] Circular número 1142, Boletín Oficial de la Provincia de Lugo, 3 de septiembre de 1866.

que en Lugo los establecimientos receptores dependían económicamente del Ayuntamiento[1].

El uso inicial de la Casa de Beneficencia y no del Hospital para la mera custodia de los enfermos mentales puede explicarse por la consideración social de la locura en aquel entonces y la íntima asociación del loco a otros grupos de marginalidad.
Las últimas dos décadas del siglo XIX, en las que el devenir de la asistencia psiquiátrica estuvo marcado por el Real Decreto de 1885, abrieron paso a otros dos inmuebles lucenses como lugar de reclusión extramanicomial: el Hospital Municipal y la Cárcel Modelo. Las coartadas para evadir la asistencia a los enfermos mentales eran el pan de cada día. Lo cierto es que comprobamos la veracidad de varios de los pretextos que alegaban: el estado de los inmuebles era insalubre, falto de seguridad y el personal resultaba insuficiente para asistir a una población de asilados creciente. Las secuelas de esta situación representaron quizás la principal característica de la historia asistencial psiquiátrica en Lugo: el periplo inacabable que debían afrontar los enfermos, no solo entre los establecimientos benéficos de la ciudad, sino también entre los espacios manicomiales repartidos por toda la geografía estatal e incluso extranjera.
La prensa local de la época denunció en varias ocasiones las pésimas condiciones de seguridad existentes en los lugares de reclusión de los enfermos. Un ejemplo lo encontramos en la siguiente nota de 1884, titulada "Por humanidad"[2]:

> Por fin hace cuatro ó cinco días que los infelices dementes depositados en la cárcel pública de esta ciudad han sido sacados de un lugar tan impropio para conducirlos a San Baudilio. [...] La detención se ha prolongado bastantes días para llamar la atención del público que con razón sobrada se quejaba de que se tuviese encerrados a los locos en el mismo lugar que los criminales y sin la vigilancia y cuidados que su enfermedad requería; haciendo saltar por consiguiente la necesidad de establecer un depósito para estos casos ó hacer sitio, digámoslo así, en el hospital; que es á donde en último término se deben llevar los enfermos".

Ya entrando en el primer tercio del siglo XX, la asistencia a los dementes estuvo definida por su reclusión en las "jaulas para locos" del Hospital Municipal situado en Santo Domingo[3], que se establecieron de forma definitiva como el principal lugar de observación de los dementes antes de decidir su traslado a un manicomio. Varias causas pudieron propiciar una disminución en el número de dementes acogidos en otros asilos: la intransigencia con los comportamientos alejados de lo socialmente aceptado, la paulatina comprensión de la demencia como una patología susceptible de tratamiento, la aplicación de las normas del Real Decreto de 1885 o el nombramiento de Rafael de Vega como director del Hospital en 1916.
Encontramos múltiples referencias a la dilación del internamiento de dolientes mentales por causa de los requerimientos burocráticos del Real Decreto de 1885. En algunos casos, era fruto de la demora por parte de la familia del enfermo para incoar el expediente judicial una vez recluido este en observación "ya porque, libres del riesgo o la molestia de convivir con el presunto loco, se olviden fácilmente del deber que contrajeron al obtener la reclusión provisional; ya por eludir los gastos de un procedimiento judicial"[4]. En otros, los principales responsables del retraso eran las

[1] Seijo Castro., Lois. (2015).
[2] El diario de Lugo: periódico político y de intereses generales,13 de abril de 1884, p. 3.
[3] Regueiro Burgo, M. J. (2015).
[4] Gaceta de Madrid, 2 de junio de 1908, p. 1053.

autoridades con competencia para resolver los expedientes. Así se verifica en el siguiente caso citado en El Regional durante 1894[1]:

> ¿Cuándo resolverá la Comisión provincial el expediente que hace tiempo tiene en su poder, del desgraciado que se encuentra en uno de los calabozos del hospital, procedente de Vega de Logares, y del que nos hemos ocupado pocos días hace?

A través del mismo jornal conocemos que el enfermo salió más tarde de aquel calabozo, y no fue "para el manicomio de Conjo como podría suponerse". El padre del chico, "enterado del abandono en que allí se le tenía y visto también el mucho tiempo que la Comisión provincial tardaba en resolver el expediente que ante la misma pendía", decidió presentarse en el Gobierno Civil para trasladar al hijo hacia su hogar, debiendo hacerse responsable de sus actos[2].

Gracias en gran parte a Rafael de Vega, en 1931 se inauguró el Hospital de Santa María con la pretensión de sustituir el decadente edificio que había servido como Hospital Municipal durante décadas[3]. A través de los escasos oficios sobre dementes de la etapa del Hospital de Santa María[4], imaginamos que la asistencia estaba entonces un poco mejor regulada, pues los ingresos realmente eran provisionales y no se prolongaban años como en algunos casos de antaño.

**Espacios manicomiales de atención a enfermos mentales lucenses durante la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX**

Una manifiesta importancia, fruto del estigma del a peligrosidad del loco, era dispensada a la conducción de los enfermos hasta los centros psiquiátricos[5]. Las "expediciones de dementes" estaban incluso regidas por una Real Orden[6] en base a la petición de las compañías ferroviarias, con la que pretendían garantizar determinadas "medidas de precaución que, no sólo den seguridad á los pacientes, sino que la ofrezcan a los demás viajeros".

La Diputación de Lugo en la época de nuestro estudio pasó de remitir a los enfermos mentales del Manicomio de Valladolid al de Sant Boi, posteriormente a Conxo, de nuevo a Valladolid y, por último, a Palencia. La Diputación de Lugo, institución pública amiga del regateo en asuntos de atención a la salud mental, fue la única diputación gallega en rebelarse contra la política de precios instaurada en Conxo[7], centro de carácter privado que funcionaba como una verdadera máquina de hacer dinero. Conxo facilitó durante años una precaria asistencia y disuadió a las corporaciones provinciales gallegas de invertir en la construcción de nuevos establecimientos psiquiátricos.

Antes de la inauguración de Conxo en 1885, la Diputación lucense ya había ideado varios planes, todos ellos frustrados, para instalar un manicomio en la provincia, entre los que podemos destacar el proyecto de Mondoñedo en el 1843[8] o el Asilo de las Mercedes en los años 70 del siglo XIX. Sobre esta última aspiración, encontramos varios artículos publicados por Antonio de Cora en El Progreso, en los que informa de la intención compartida por ayuntamiento y diputación en 1876 acerca de emprender las obras de lo que sería el principal establecimiento benéfico de la capital. El fin de la

[1] El Regional: diario de Lugo, 13 de junio de 1894.
[2] El Regional: diario de Lugo, 16 de junio de 1894.
[3] Pardo Gómez, F. (2005).
[4] AHPL, Concello, Hospital. Oficios y comunicaciones sobre Dementes. Sig. 969.
[5] Simón Lorda, D. (2005).
[6] Orden dictando diferentes reglas que se han de observar en el transporte de dementes en el ferro-carril. Gaceta de Madrid, 1 de febrero de 1872, p. 338.
[7] 4 Simón Lorda, D. e González Fernández, E. (2008).
[8] ADPL. Actas de las sesiones del 4 de octubre y del 8 de noviembre de 1843.

construcción del planeado Asilo de las Mercedes se verificó en 1887, mas no supuso el comienzo del funcionamiento del centro planeado, pues previamente ya se había decidido reconvertirlo en un edificio para usos militares. El periodista citado escribió unas líneas cargadas de sátira y muy críticas con la diputación[1]:

> Unos cuantos cabecillas de nuestra política local nos han hecho creer, en estos últimos tiempos, que la Diputación y el Ayuntamiento se quedarían definitivamente con el edificio de las Mercedes, que lo convertirían en Casa de Beneficencia, Casa Cuna o Casa de Orates, y que el pueblo con tal institución, sentiría los efectos de un medio de vida nuevo y en alto grado importante. Las cantidades que salen de Lugo para subvencionar estancias de dementes de nuestra provincia, quedarían en esta capital, si el edificio de las Mercedes se convirtiese en manicomio.

También en la provincia hubo iniciativas privadas en el siglo XX como el Manicomio de Vilapedre[2], regido por el médico Ricardo Núñez, sobre el que se describieron en prensa "relaciones sorprendentes de graves casos de enajenación mental vueltos a sana salud en el petit manicomio (…) con más trazos de chalet de adinerado que de mansión de locos y sólo se vislumbra la anormalidad de sus huéspedes en algunos detalles de construcción constitutivos de medidas de seguridad"[3].

**Conclusiones**

A raíz de los resultados expuestos, queda demostrado que las celdas de "dementes" y salas de observación de hospitales provinciales y municipales gallegos, así como de establecimientos penitenciarios, fueron espacios de primera línea en la atención y reclusión de la locura durante el período analizado. Desde el nivel asistencial antes expuesto, se realizaba una labor de selección y filtro para, posteriormente, decidir la derivación a distintas instituciones manicomiales. Esta política se mantuvo durante todo el período estudiado y hasta mediados del siglo XX. La asistencia a los enfermos en hospitales, asilos, cárceles, depósitos municipales… se realizaba en condiciones muy deficientes y precarias. Confiamos en haber avanzado un paso más en la construcción-reconstrucción de una Historia de la Medicina y de la Psiquiatría en Galicia, partiendo de todas estas historias locales de la sanidad y la sociedad en Lugo en el periodo señalado.

**Bibliografía**

Álvarez Antuña, V. García Guerra, D. (1995). La enfermedad mental en la obra de Faustino Roel (1821-1895). Los orígenes de la asistencia psiquiátrica en Asturias. Oviedo: Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Pardo Gómez, F. (2005). Historia de la medicina de Lugo y su provincia, de los conventos a la resonancia magnética. Galicia: Caixa Galicia.

Prado Gómez, A. (2005). La Diputación Provincial en época isabelina. Lugo: Servicio de Publicaciones de la Diputación de Lugo.

Regueiro Burgo, M. J. (2016). El sueño de un hospital. Estudio de la arquitectura asistencial y los cuidados en Lugo (1621-1930). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Seijo Castro, L. (2017). A resposta institucional á pobreza. Lugo (1875-1905). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

[1] El Progreso: diario liberal, 14 de octubre de 1914

[2] Simón Lorda D. y González Fernández E., (2008).

[3] El Regional: diario de Lugo, 4 de enero de 1918.

Simón Lorda, D. (2005). Locura, medicina y sociedad. Ourense: Diputación de Ourense.
Simón Lorda, D. y González Fernández, E. (2001). Una historia de la psiquiatría gallega en el siglo XX. Archivos de Psiquiatría 64, 2, pp. 101-135.
Simón Lorda, D. y González Fernández, E. (2008). Historias del manicomio de Vilapedre-Sarria-Lugo: Ricardo Núñez Rodríguez, un atípico protosiquiatra de la Galicia del siglo XX. Gestión de la locura, conocimiento, prácticas y escenarios. España, siglos XIX-XX. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha

**Fuentes primarias**

Actas de las sesiones del 4 de octubre y del 8 de noviembre de 1843 de Archivo de la Diputación Provincial de Lugo.
Archivo Histórico de la Provincia de Lugo, Ayuntamiento, Hospital, Oficios y comunicaciones sobre Dementes. Sig. 968.
Archivo Histórico de la Provincia de Lugo, Ayuntamiento, Hospital, Oficios y comunicaciones sobre Dementes. Sig. 969.
Archivo Histórico de la Provincia de Lugo, Ayuntamiento, Centros de Beneficencia, Reglamentos, Limosna, Estados de los Establecimientos de Beneficencia, Casa de Maternidad, Expósitos y Acogidos, Embarazadas, Escuela de Párvulos, Traslado Enfermos, Granja de Punxín, Desamortización. Sig. 951

**Prensa escrita**

Circular número 1142, Boletín Oficial de la Provincia de Lugo, 3 de septiembre de 1866.
El diario de Lugo: periódico político y de intereses generales,13 de abril de 1884, p. 3.
El Progreso: diario liberal, 14 de octubre de 1914
El Regional: diario de Lugo, 13 de junio de 1894.
El Regional: diario de Lugo, 16 de junio de 1894.
El Regional: diario de Lugo, 4 de enero de 1918.
Estadística General Oficial de Dementes acogidos en Establecimientos Públicos. Gaceta de Madrid número 5138 de 1848.
Orden dictando diferentes reglas que se han de observar en el transporte de dementes en el ferro-carril. Gaceta de Madrid, 1 de febrero de 1872, p. 338.
Gaceta de Madrid, 2 de junio de 1908, p. 1053.

# PSIQUIATRAS EN LA PENUMBRA: J.M. LÓPEZ NOGUEIRA (1932-1983) Y LA PSIQUIATRÍA EN GALICIA -ESPAÑA DURANTE EL FRANQUISMO Y LA TRANSICION

**David Simón-Lorda*; Sandra Rodríguez Ramos**; Raquel Fraga Martínez****
Servicio de Psiquiatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España
Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO
*Médico psiquiatra; ** Médico residente de psiquiatría
Email: david.simon.lorda@sergas.es

**Resumen**
Partimos de la biografía del psiquiatra y erudito en filosofía, José Manuel López Nogueira (1932-1983), que vivió y trabajó en Santiago de Compostela -Galicia (España) durante la dictadura del General Franco (1939-1975) y primeros años de la Transición española. Desde ahí tratamos de reconstruir y contextualizar la situación de la asistencia psiquiátrica en Galicia, y la de otros psiquiatras compostelanos contemporáneos suyos como Rodríguez Somoza o Pérez López Villamil… Todas ellas biografías aún en penumbra, y con ejercicio profesional en la Galicia de los años negros de la dictadura de Franco. López Nogueira fue profesor en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago. Colaboró en iniciativas culturales vinculadas al galleguismo como la editorial Galaxia, y en los años de la Transición española participa en partidos políticos de la órbita galeguista.

**Palabras-chave**: psiquiatría, filosofía, historia intelectual, Galicia, biografías

**Abstract**
We study the biography of the psychiatrist and scholar of philosophy, José Manuel López Nogueira (1932-1983), who lived and worked in Santiago de Compostela -Galicia (Spain) during the dictatorship of General Franco (1939-1975) and early years of the Transition Spanish. From there we try to reconstruct and contextualize the situation of psychiatric care in Galicia, and that of other contemporary Compostela psychiatrists like Rodríguez Somoza or Pérez López Villamil…

All of them biographies still in the shadows, and with professional practice in the Galicia of the black years of the Franco dictatorship. López Nogueira was a professor at the Faculty of Psychology of the University of Santiago. He collaborated in cultural initiatives linked to Galicianism such as the Galaxia publisher, and in the years of the Spanish Transition he participated in political parties in the Galician nationalist movement.

***

## Introduccion

La penumbra, noción que procede de un vocablo latino compuesto por "paene" ("casi") y "umbra" ("sombra"), sería la sombra débil que existe entre la luz y la oscuridad y que impide percibir donde empieza una y acaba la otra. Existe también otra acepción o matiz y que hace referencia a la ausencia de reconocimiento o de celebridad.

Con el título de "psiquiatras en la penumbra" queremos hacer referencia a la trayectoria, labor y aportaciones, poco conocidas y reconocidas, que una serie de profesionales de la psiquiatría realizaron durante el período de la dictadura de Franco y el período de la

Transición española en Galicia, una región periférica y hoy comunidad autónoma en el noroeste del Estado español.
Uno de estos médicos psiquiatras que queremos sacar de esa zona de penumbra fue José Manuel López Nogueira (Ferrol, Galicia, España, 1932 - Santiago, Galicia, España,1983).

**Períodos politicos: de la dictadura de Franco al periodo de la democracia constitucional (y el inicio de las autonomías)**
La larga dictadura de Franco abarca desde 1939 (algunos ya lo consideran desde julio de 1936) hasta 1975. Para facilitar el análisis de tan dilatado régimen, los historiadores del franquismo (Payne, Tusell ,...) lo han subdividido en una serie de períodos. Payne resume el panorama dividiéndolo solamente en tres períodos coincidiendo con Tusell en el año 1959 como un punto de inflexión.

-La Guerra Civil: 1936-1939

-Período de autarquía franquista. 1939-1959.

-Desarrollismo y decadencia, 1959-1975. Coincide con el inicio del llamado Desarrollismo y concluye con la muerte de Franco en al año 1975, tras el periodo de los años finales que los historiadores han llamado el tardofranquismo y su decadencia.
La llamada "Transición española" se inicia tras la desaparición/muerte de Franco, y durará hasta 1978, momento en que se aprueba el texto de la Constitución de 1978, iniciándose el período de la "democracia constitucional" que llega hasta hoy en día.
Durante el período constitucional se conceden los primeros Estatutos de Autonomía, y así Galicia, una nacionalidad histórica, se constituye en 1981 en Comunidad Autónoma para acceder a su autogobierno.

**Psiquiatría en Galicia en los años de López Nogueira**
Durante el período de la dictadura, los nombres que destacan en el panorama de la psiquiatría en Galicia van a ser fundamentalmente José Pérez López Villamil y Manuel Cabaleiro Goás (Angosto, 1985; Simón, 2005).
En un papel menor, ya en área de penumbra destacaríamos en esta generación a Ramón Rodríguez Somoza.
Algunos breves datos sobre algunos de los referentes del período (Simón, 2005):

> -José Pérez López-Villamil (1904- Vigo, 1996). Figueras (Asturias), 1904 – Vigo (Pontevedra), 1996. Médico, psiquiatra y catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina en Santiago hasta su jubilación en 1970. Funda en Vigo en 1939 el Sanatorio psiquiátrico San José, que será clave en la formación de los primeros neuropsiquiatras gallegos tras la posguerra. Publica en 1941 el "Manual de Psiquiatría" (1941)
>
> -Manuel Cabaleiro Goás (1919-Ourense, 1977)-. En 1943, Cabaleiro abre un pequeño sanatorio privado (Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro) en Orense. En esta ciudad permanece indefinidamente y consolida su prestigio dentro y fuera de Galicia. Casi hasta el final de su vida mantiene el vínculo con la Universidad de Santiago, aunque fracasa en su intento de acceder a la cátedra de Psiquiatría de Santiago, pese al claro apoyo de su maestro Villamil. Entre 1943 y 1959 va desempeñando diferentes puestos en la asistencia psiquiátrica ambulatoria pública de Orense: neuropsiquiatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad, jefe de la sección de Psiquiatría e Higiene Mental del Instituto Provincial de Sanidad.

Desde la apertura del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) en 1959 hasta 1977 será director de este establecimiento perteneciente al Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP-Ministerio de Gobernación). Pese a estar ubicado espacialmente en una periferia, publicó un gran número de obras de revisión y compilación basadas siempre en su práctica clínica, con una especial predilección por las psicosis endógenas, los delirios, la esquizofrenia... Cabaleiro representa la figura más importante de la psiquiatría gallega de la segunda mitad del siglo XX.

-Ramón Rodríguez Somoza (Vilanova de Lourenzá (Lugo), 1899- Santiago de Compostela, 1994). Fue el director del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) desde 1931 hasta su retiro profesional en 1969. Neuropsiquiatra, discípulo de Cajal y de Lafora, y con formación en Alemania. Vinculado al "galeguismo" previo a la Guerra Civil. Será uno de los fundadores de la Academia Médico-Quirúrgica de Santiago en 1959. Apenas deja obra escrita o publicada., pero dirige el centro psiquiátrico de Galicia mas importante en gran parte del periodo analizado.

López Nogueira se incorpora profesionalmente al campo de la psiquiatría desde finales de los años 1950, en una fase más tardía que los anteriormente citados,
No tenemos espacio ni es momento de extendernos más, pero señalar que en el período posterior que va desde 1975 a 1983, se van a ir produciendo la llegada de nuevas generaciones de profesionales, muchos de ellos vinculados a Hospitales Psiquiátricos algunos ya antiguos como Conxo (abre en Santiago en 1885) o Toén (abre en Ourense en 1959) o de nueva apertura como el Rebullón en Vigo... Todos ellos, a veces tras conflictos importantes como el de Conxo de los años 70, modernizaron y enriquecieron/diversificaron las prácticas asistenciales en el campo de la salud mental en Galicia en esos años.

**José Manuel López Nogueira: Psiquiatría, Cultura y Politica nn Galicia**

José Manuel López Nogueira (Ferrol (A Coruña), 1932 - Santiago de Compostela, 1983) estudió Medicina en la Universidade de Santiago de Compostela, y ejerció como neurólogo e psiquiatra en esa misma ciudad.
Podemos encuadrarlo en la fase tardía de la llamada Generación de la Psiquiatría de la posguerra española, basada en Kraepelin y volcada a la investigación y estudio de la Psicopatología, la Fenomenología y el Análisis Existencial. La práctica asistencial de esta Generación, por su parte, estuvo muy volcada hacia los nuevos psicotrópicos (Neurolépticos, Litio..) que empiezan a surgir en esos años (Simón, 2021).
López Nogueira tiene parte de su formación en Madrid, y mantuvo lazos con el afamado y poderoso psiquiatra madrileño Juan José López Ibor. Así, entre 1968-1970 publicó algunos artículos sobre psicofármacos y análisis existencial en revistas españolas de impacto como las Actas Luso-Españolas de Psiquiatría (fundada por López Ibor y Barahona Fernandes) (López Nogueira, 1958, 1968, 1970).
Fue un psiquiatra de "gabinete", ya que no llegó a trabajar en contexto de centros manicomiales. Su consulta privada atraía a muchos pacientes y su fama se extendió por Galicia y el norte de Portugal.
En estos años tras la posguerra y hasta los años setenta se asiste a una proliferación de sanatorios y gabinetes privados dedicados a la psiquiatría en Galicia. Era un momento en que la asistencia psiquiátrica hospitalaria publica aun descansaba sobre ingresos de enfermos de Beneficencia a cargo de Diputaciones, y en el que además el Seguro

Obligatorio de Enfermedad no cubría la hospitalización psiquiátrica y solo daba cobertura a un porcentaje pequeño de la población (Simon, 2005).
López Nogueira se vincula y participa a diferentes jornadas que se organizan en Galicia en esos años y en las que predominaba un enfoque "neuro-psi" si bien también había gran inquietud por la psiquiatría social y la Higiene Mental (Simón, 2005).
Así señalar las celebradas en 1961 sobre "Terapéuticas neuropsiquiátricas actuales" (celebradas en Ourense), o las "Jornadas sobre epilepsia" (1964) también en Ourense en que participan como ponentes numerosos psiquiatras y neurofisiólogos gallegos (Villamil, Gómez-Reino, Brenlla, Sierra, Docampo, Besada, García Pardo, García de la Villa, Usero, López Nogueira, Vázquez Noguerol, Troncoso, Villarino, ...) y también destacados expertos nacionales en el tema como Teijeira Brunet (Pamplona), Madoz Jáuregui (Pamplona), Castro (Madrid) y Martínez Lage (Pamplona).
Participa también de forma activa en las reuniones científicas de la "Asociación Gallega de Neurología, Psiquiatría y Medicina Psicosomática" que tuvieron vida entre 1964 y 1970 en diferentes ciudades de Galicia. En ellas intervinieron Rof Carballo, Barahona, Pedro Polonio, Cabaleiro Goás, Pérez López Villamil, Barraquer Bordás (Barcelona) y Ledesma Gimeno (Salamanca) entre otros..
En ese período de los años 60-70 hubo muchos contactos entre la psiquiatría gallega y portuguesa, muchos de ellos a través de Cabaleiro Goás. Un ejemplo puede ser las Jornadas Luso españolas organizadas en A Coruña en 1968 por la Sociedad Española de Psiquiatría, en las que participan numerosos psiquiatras portugueses (Barahona, Carlos Caldeira, Fernandes da Fonseca, entre otros) así como españoles (López Ibor, Sarró, Alonso Fernández) y gallegos (entre ellos López Nogueira y Besada que presentan una ponencia sobre Depresiones encronizadas….) (*La Voz de Galicia*, 29 de septiembre de 1968).
Otro núcleo de actividad científica y asistencial que hay que destacar es del Policlínico "La Rosaleda" de Santiago. Un centro promovido por médicos de corte galeguista conservador reformistas-centristas como Domingo García Sabell (también fundador de Galaxia y que fue delegado del gobierno central en Galicia entre 1981-1996), Gerardo Fernández Albor (que llegó a ser el primer presidente de la Xunta de Galicia, en 1982) o Agustín Sixto Seco. Así en 1969, allí López Nogueira organiza conferencias en las que participa por ejemplo Cabaleiro Goás (*La Voz de Galicia*, 30 de mayo de 1969).

**López Nogueira y la Universidad de Santiago**
Tras la jubilación en 1970 del Catedrático de Medicina Legal (y encargado de la asignatura de Psiquiatría) José Pérez López Villamil, se producen una serie de movimientos para que la Facultad de Medicina de Santiago tenga una cátedra o departamento de Psiquiatría.
Villamil pretendía que la Cátedra de Psiquiatría de Santiago fuese para Cabaleiro. Ambos creen que cuentan con el apoyo de López Ibor, pero el resultado final parece indicar que no era así y Cabaleiro nunca llegó a ser Catedrático. En la primera oposición de Cabaleiro, será Rojo Sierra el catedrático de Santiago (durante unos días). En la segunda, sale elegido a el catalán Joan Obiols Vié (Simón, 2005).
La Cátedra de Santiago se convirtió en una Cátedra "de paso", "de trampolín" hacia otras entre los años 1970 y 1986. Así pasaron por la cátedra de Santiago, además de Obiols Vié, Barcia Salorio, Giner Ubago, Calcedo Ordoñez, Cervera Enguix… (Rodríguez López, 2001). El período más largo será el del psiquiatra Antonio Rodríguez López que fue catedrático de dicha cátedra entre 1986 y hasta su fallecimiento en 2002. Veinte años después la cátedra aún permanece sin ocupar.
En el arranque del Departamento de Psiquiatría en 1971, bajo la dirección de Obiols Vié, nace la "*Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago*",

de la cual se publicó un único número en abril de 1971. El director era Obiols Vié, el secretario JM Lado Romero, y en el Comité de redacción estaban López Nogueira, Cabaleiro Goás, Juan Brenlla, G. Docampo y M. García-Pardo

Pocos años después de esta iniciativa fallida de la revista, comienzan en 1974 los estudios universitarios en Psicología en la Universidad de Santiago. Se cursaban en la modalidad de especialización en psicología de la licenciatura en Filosofía y Ciencias de la Educación. Entre los primeros profesores compostelanos van a estar Julio Seoane, Elena Ibáñez, Agustín Dosil y también López Nogueira. Fue profesor de la asignatura de Fundamentos biológicos de la personalidad...Contribuyó así a la formación de las primeras generaciones de psicólogos gallegos que empezaron a incorporarse al mundo laboral en 1978.

También tuvo vinculaciones con los movimientos y círculos psicoanalíticos, pues en 1977 López Nogueira es nombrado vicepresidente del Círculo Psicoanalítico, que llega a realizar un Homenaje a Sarro en Barcelona 1977. No parece sin embargo haber estado en los movimientos que desde 1976 comienzan a realizar los psicoanalistas lacanianos en Galicia y que podemos fechar con las primeras conferencias en Vigo (Pontevedra) en 1976 a cargo de Oscar Masotta (uno de los principales introductores del psicoanálisis lacaniano en España y establecido en Barcelona) (Druet, 2017).Ya al año siguiente, entre 1977-1978:, se constituyeron dos grupos de trabajo dirigidos por Masotta en Vigo, cuyo objetivo era la creación de la futura Biblioteca Galega de Estudios Freudianos, presidida por el psiquiatra José Eiras (Druet, 2017). Esta institución orientación lacaniana de Vigo será clave en la formación y expansión del psicoanálisis lacaniano en Galicia en los años siguientes período que analizamos.

**Dialectica existencial y psicoanálisis**

Este es el título de la obra mas importante de López Nogueira, editada en 1972 en dos volúmenes por la editorial Galaxia (López Nogueira, 1972), y reeditada en 2014 por la Asociación Gallega de Psiquiatría. Tal y como ha destacado Bermejo (Bermejo, 2014), en esta obra realiza una lectura personal de autores del pensamiento del siglo XX como E. Husserl, M. Heidegger, J.P. Sartre, M. Merleau-Ponty, C. Lévi-Strauss, M. Foucault y otros …y que para Bermejo fue el mayor esfuerzo de síntesis filosófica y científica realizado no sólo en Galicia sino también en España en esa época del tardofranquismo.

> "Es a la integración entre medicina y psiquiatría, economía, historia y cultura, entre cuerpo y mente, individuo y sociedad, a lo que él llamó dialéctica existencial, situándose en la estela filosófica de Jaspers y Binswanger, y clínica de Kraepelin y Bleuler, entendiendo que el psicoanálisis sería la clave del estudio de la enfermedad mental mediante la comprensión, aliado esencial de la explicación causal" (Bermejo, 2014).

**Participación en el galeguismo cultural y politico**

López Nogueira va a participar en la resistencia cultural al franquismo surgida en Galicia en los años 1950-1960. Primero en la denominada Generación de "*La Noche*", en donde se integra en un grupo de intelectuales que se organizaron en torno a un periódico de Santiago de Compostela con ese nombre y que desde la esfera cultural ejercieron la crítica del franquismo.

Pero el vínculo más importante va a ser con el grupo que se estructuraría en torno a la editorial Galaxia, que reinició en torno a 1950 la publicación de libros en gallego y sobre la cultura de Galicia, y que dará soporte al galeguismo cultural que se desarrolla en Galicia desde mediados de los años 50 del siglo XX, aún en plena dictadura de Franco. El "galeguismo" tenía y tiene como objetivo es hacer perpetuar, mediante la defensa y

promoción activa, la cultura e identidad propias de Galicia en todas sus manifestaciones (lengua y literatura, música, folclore, gastronomía, tradiciones, etc.)..
Durante la dictadura franquista, el galeguismo se mantuvo fundamentalmente en el exilio exterior pero también en algunos intelectuales relevantes que quedaron en España en un punto de exilio u ostracismo interior, como Ramón Piñeiro o Ricardo Carballo Calero, por dar algunos nombres… Estos dos últimos son los que se confluyen en Galaxia, y con los que colaborará López Nogueira.
Desde la editorial Galaxia se lanza en 1963 la revista *Grial,* una revista de cultura gallega dirigida por Ramón Piñeiro y Francisco Fernández del Riego Su objetivo era servir de cauce a la producción cultural gallega y testimoniar su existencia autónoma, dentro y fuera de Galicia, erigiéndose como espacio de comunicación entre la cultura gallega y las culturas del mundo. Además, pretendía servir de puente entre las viejas generaciones del galeguismo y los jóvenes que se adhirieron, con las dificultades de la época, al discurso cultural gallego.
En ese momento formaron su consejo de redacción: Ricardo Carballo Calero, el médico Domingo García-Sabell, Celestino Fernández de la Vega, el psiquiatra Xosé Manuel López Nogueira, Marino Dónega Rozas, Camilo González Suárez-Llanos, Basilio Losada Castro y Ricardo García Suárez. López Nogueira además de formar parte del consejo de redacción ya escribe en el primer número de Grial (López Nogueira, 1963) un trabajo sobre arte.
Escribió a lo largo de su trayectoria numerosas colaboraciones y artículos, muchas veces fruto de sus conferencias en Galicia, España o el extranjero. Algunos del campo puramente médico-científico, pero sobre todo de carácter filosófico, de estética y de arte … Así publica en revistas como *Grial, Teima, Seitura, Nordés, Vieiros* o en *Revista de la Casa de Galicia de Nueva York* (en donde da una conferencia en enero de 1972 sobre "Análisis existencial de la emigración")) y también en prensa de Galicia como *La Noche o La Voz de Galicia* (colaboraciones sobre homenaje a Fermín Penzol, o sobre pintor Carlos Maside, o sobre aniversario de la muerte de Jaspers (1969), sobre la identidad gallega...).

**Participación en la política de la Galicia de la transición (1975-1978)**
En el plano de su participación política queda encuadrado en el "galleguismo" revisionista (representado por Ramón Piñeiro) y desligado del nacionalismo radical de rótulo marxista.
Así, desde el inicio de la Transición política española se va posicionando como candidato a diferentes siglas políticas en esta órbita. Así, en las elecciones generales de 1977 por la ·Coalición Equipo Democracia Cristián y Social Democracia Galega, y luego en ese mismo año por el Partido Socialdemócrata de Galicia.
La Constitución española de 1978, reconoce a la Comunidad Autónoma de Galicia su condición de nacionalidad histórica, y en 1981 López Nogueira será candidato al Parlamento de Galicia en primavera 1981 por el Partido Galeguista, sin embargo, este partido no obtuvo representación en el Parlamento de Galicia.

**Negra sombra y López Nogueira. Muerte en 1983**
Fallece un par de años después en Santiago aquejado de problemas de salud. Era 1983 y fallece un día antes de intervenir en el congreso que la Asociación Latino-Mediterránea de Psiquiatría iba a celebrar en Santiago. Iba a intervenir con una ponencia sobre los problemas que causa la cultura en la psiquiatría.
Dejó sin publicar un ensayo en gallego sobre "Sentimiento y Existencia" que venía preparando desde hacía tiempo (Torres, 1983).

Unos pocos años antes, en 1975, había publicado un interesante trabajo en un monográfico de la revista *Nordés* en homenaje a la poeta gallega Rosalía de Castro, y en el que trataba de realizar una interpretación existencial del poema "Negra Sombra".

> "Rosalía captó con singular acierto la vivencia saudosa. Fue una de las grandes aportaciones metafísicas de la poesía gallega a la literatura universal. Galicia ha sabido responder a esta sensibilidad rosaliana haciendo suyo este colosal poema, en sus versos y hasta en su propia musicalización. La "negra Sombra" es el sonido, es la melodía de Galicia" (López Nogueira, 1975)

**Conclusiones**

Fue un "hombre de claro talento y talante filosófico superpuesto al oficio y al estudio de médico" (Torres, 1983). Además de su dedicación al campo de la psiquiatría, López Nogueira va a destacar por su interés en el campo del análisis existencial, de la psicoterapia, la filosofía y de la psicología (Bermejo, 2014), y también por su militancia en el galleguismo cultural y político de esos años. Con este trabajo esperamos que su obra y su figura salga de esa "zona de penumbra" en la que estaba hasta ahora.

**Bibliografia**


Angosto Saura, T. (1985). D. José Pérez- López Villamil, o la pasión por el recuerdo. *Revista. A.E.N.*, (15), 484-492.

Bermejo Barrera, J.C. (2014). La administración del silencio: filosofía y psiquiatría en José Manuel López Nogueira. *Historiografías*, 7 (enero-junio, 2014), 113-124.

Druet, AC. (2017). Psicoanálisis y transición democrática en España. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, (24), 63-78.

López Nogueira, J M. (1958). Estudio sobre la relación del niño con el medio físico. *Revista Española de Pediatría*, 14 (83), 707-29.

López Nogueira, JM. (1963). El arte comprometido. *Grial: Revista galega de cultura*, 1, xulio-agosto- setembro 1963, 11-27.

López Nogueira JM. (1968). Metamorfosis de la angustia. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr. 27 (2), 91-107.

López Nogueira, J. M (1969). El psiquiatra perdido. En la muerte de Jaspers. *La Voz de Galicia*, 9 de marzo de 1969.

López Nogueira, J. M (1970). La dialéctica de la alienación. En el segundo centenario de Hegel. *La Voz de Galicia*, 20 de septiembre de 1970.

López Nogueira JM. (1970). Diferencias clínicas entre diazepam y oxazepam. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*, 29 (3), 243-50.

López Nogueira, JM. (1972). *Dialéctica existencial y psicoanálisis, I-II*. Vigo: Galaxia.

López Nogueira, JM (1974). La identidad gallega. *La Voz de Galicia*, 7 de julio de 1974.

López Nogueira, J. M. (1975). La sombra negra en Rosalía. una interpretación existencial. *Nordés,* 2-3, 29-31.

Rodríguez López, A. (2001). Historia de la psiquiatría académica gallega. In T. Angosto, A. Rodríguez y D. Simón (comps.), *Setenta y cinco años de psiquiatría (1924-1999). Actas Jornadas de Historia de la Psiquiatría, (183-192).* Ourense: Asociación Española de Neuropsiquiatría - Asociación Galega de Saúde Mental.

Payne, S. (1987). *El Régimen de Franco*. Madrid: Alianza Editorial.

Simón Lorda, D. (2005). *Locura, Medicina y Sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Xunta de Galicia.

Simón Lorda, D.; Rodríguez Ramos, S.; Fraga Martínez R. (2021). La "revolución de la psicofarmacología" (1960-1975) en la España del franquismo. Un estudio a través de la publicidad en revistas profesionales. In A.L: Pereira, JR Pita (eds.), *História interdisciplinar*

*da loucura, psiquiatría e saúde mental— XI, (329-338)*. Coimbra: Sociedade de Historia Interdisciplinar da Saúde. P..
Torres Queiruga, A. (1983). O home do desbordamento cordial. *La Voz de Galicia*, 21 de octubre de 1983.



Fig. 1 - José Manuel López Nogueira

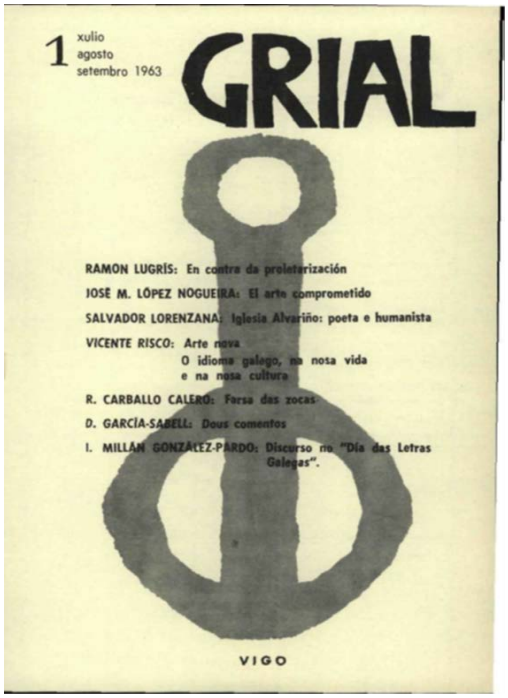



Fig. 2 - Portada del primer número de la revista Grial, 1963. Contiene trabajo de J.M. López Nogueira, "El arte comprometido".

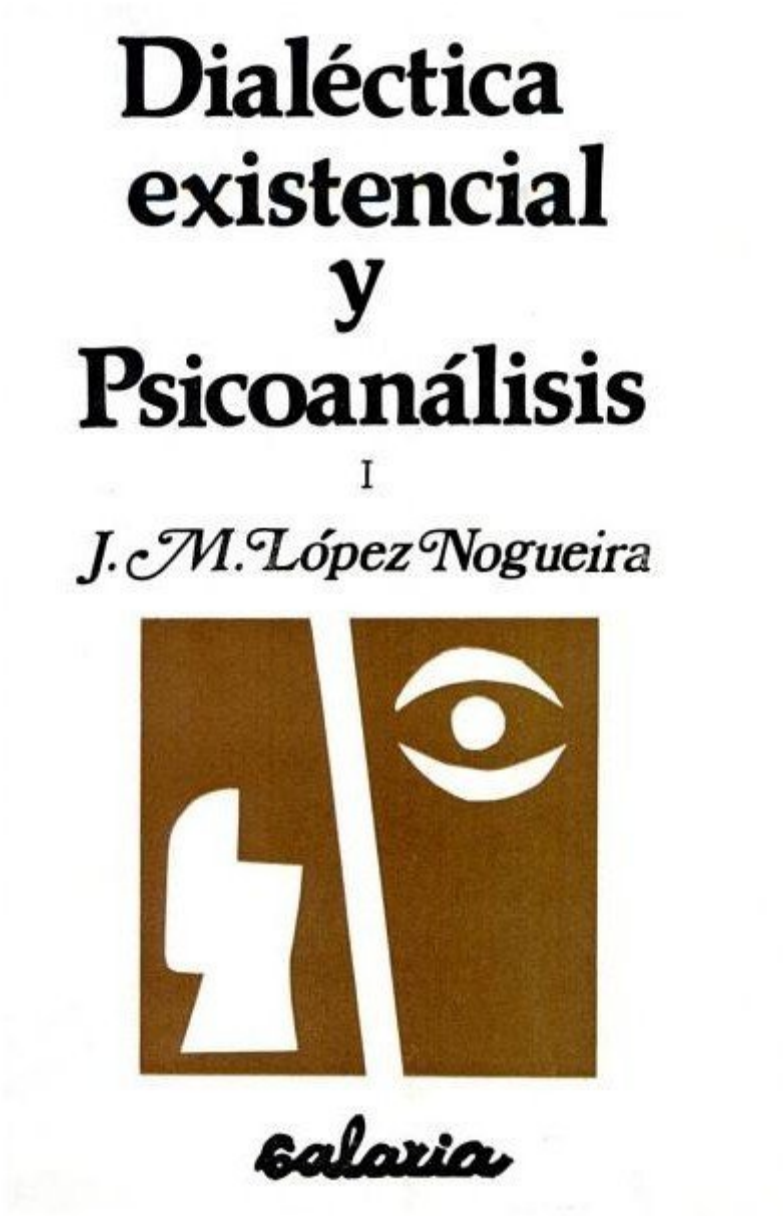



Fig. 3 - Portada del libro, editado en 1972 por editorial Galaxia

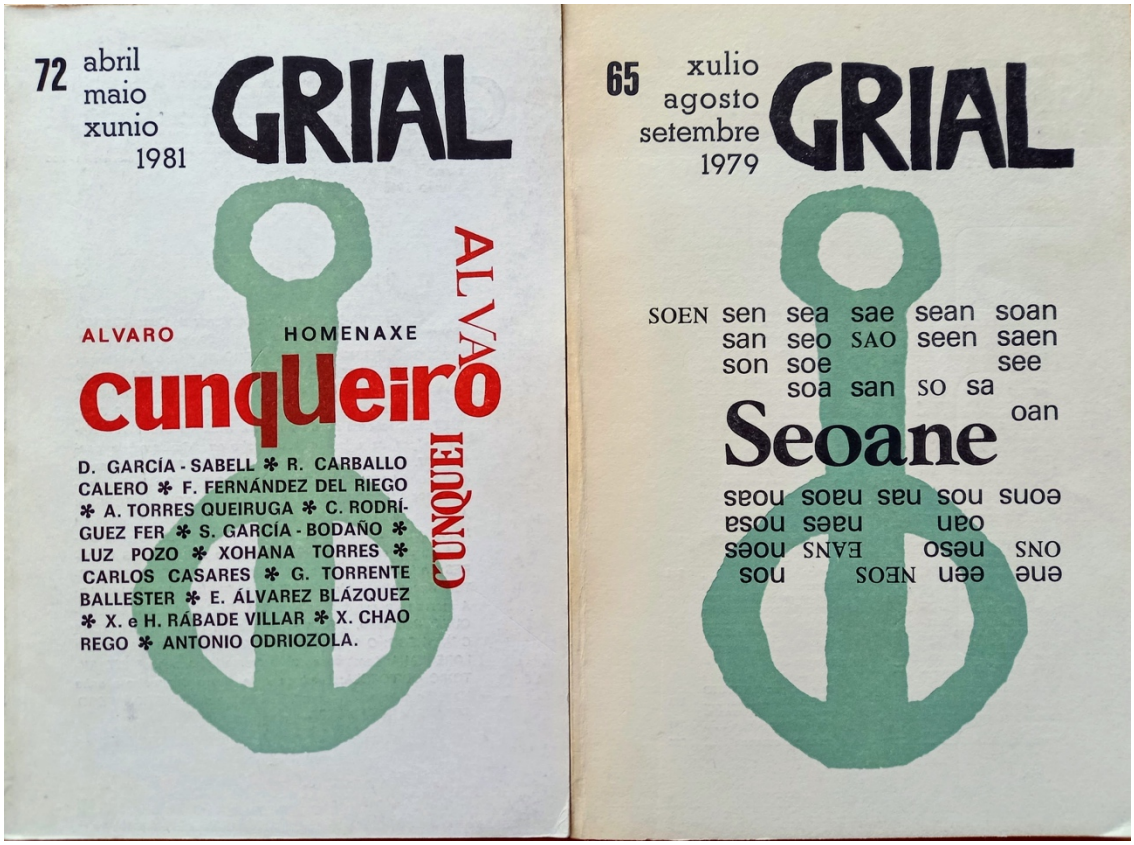



Fig. 4 – Portadas de la revista Grial

# LA REVISTA CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL. ENCRUCIJADAS ENTRE MARXISMO Y PSICOANÁLISIS EN LA ESPAÑA TARDOFRANQUISTA.

**Miguel Huertas-Maestro**
Instituto de Historia, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas
Instituto de Psicoterapia Relacional
Email:mhmaestro@gmail.com

**Resumen**
Clínica y Análisis Grupal (1976-2010) comienza como una revista altamente politizada que, a finales de los setenta, combina psicoanálisis y marxismo. Psicoanalistas argentinos exiliados participan como colaboradores y miembros de su consejo editorial y muestran la importancia que los disidentes de la APA tuvieron para las asociaciones psi españolas de la época. En este texto pretendemos presentar la revista Clínica y Análisis Grupal como una fuente clave para el análisis de una perspectiva social del psicoanálisis, influenciada por el marxismo, que se convertiría en un ingrediente relevante del psicoanálisis relacional contemporáneo en España.

**Palabras clave**: psicoanálisis, marxismo, Transición democrática, franquismo, perspectiva relacional

**Abstract**
*Clínica y Análisis Grupal* (1976-2010) starts as a highly politized psychology journal in the late 70s that combine psychoanalisis and marxism. Exiled psychoanalists from Argentina participate as collaborators and members of its editorial board and show the importance of APA dissidents for the Spanish psi associations at the time. We aim to present the journal *Clínica y Análisis Grupal* as a key source for the analysis of a marxism-influenced social perspective of psychoanalisis that became a significant element of contemporary relational psychoanalisis in Spain.

## Introducción

En la España de los sesenta, el psicoanálisis suscitó el interés de sectores progresistas de la salud y el ámbito sociocultural. Sin embargo, su atención no estaba dirigida al psicoanálisis oficial, percibido como rígido y jerárquico, sino que buscaban un Freud con potencial político (Druet, 2017). Así, las ideas de los psicoanalistas argentinos militantes, en exilio, encontraron en la sociedad tardofranquista un suelo fértil que generó asociaciones, publicaciones y grupos de estudio (Druet, 2012). Una de estas publicaciones es la revista *Clínica y Análisis Grupal*, fundada en 1976 por el Grupo Quipú de Psicoterapia y que, al menos en su primera etapa, une esa visión subversiva del psicoanálisis con ideas marxistas, mostrándose como una fuente relevante para el estudio de una corriente psicodinámica muy orientada a lo social, que será un ingrediente esencial para la cristalización de la perspectiva relacional del psicoanálisis en España.

## Discusión

*Clínica y Análisis Grupal* es una publicación de "psicoterapia y psicología social aplicada" publicada de 1976 hasta 2010, andadura en la que atraviesa varias etapas. Una de ellas podría situarse en 1984, cuando Alejandro Ávila traspasa la dirección de la misma a Nicolás Caparrós; otra fecha clave es 1998, momento en el que Grupo Quipú abandona la revista y, a partir de 1999, de su publicación se encargaría la editorial Biblioteca Nueva,

que trataría de mantener el espíritu de la revista como una publicación de psicoanálisis y psicología de grupo (Caparrós, 2013).

Si atendemos al análisis de su primer número, en el momento de su fundación la revista tiene una vocación claramente ideológica. Declaran que su ángulo de trabajo "comporta una ideología de cambio que no ve el hecho psiquiátrico o el hecho psicológico en la platina de un microscopio, sino en el contexto social" (Quipú, 1976, p. 4); el consideran ciertas concepciones científicas como inevitables o inmutables es ideológico, a lo que oponen una actitud opuesta, "la que representa todo aquello que es funcional al cambio, al aprendizaje permanente, a la crítica continua(…) una ideología definida en las coordenadas del Materialismo Histórico" (Quipú, 1976, p. 5). Esta visión de la salud mental crítica a través de la óptica del marxismo es, como vemos, explícita, y también puede verse con claridad en la sección de "Bibliografías necesarias", cuyo apartado "Materialismo dialéctico y Psicología" recoge figuras importantes de la perspectiva social y vincular del psicoanálisis como Pichón-Riviere y presta atención a la antipsiquiatría y la psiquiatría crítica de Laing y Basaglia, pero también recomienda la lectura de psicología soviética (Leontiev, Luria, Smirnov), trabajos freudomarxistas como los de Fromm y Reich, obras de los autores que trabajos la crítica marxista al psicoanálisis como Georges Politzter, José Bleger o Antonio Caparrós García-Moreno, filósofos como Lefevbre o Althusser, sin olvidar a figuras que pertenecen netamente al marxismo revolucionario como Friedrich Engels o Mao Tse-Tung.

Este interés por enlazar marxismo y psicoanálisis no es ajeno a los procesos sociales y políticos de la época, como tampoco lo es a la acogida de las ideas de los analistas argentinos militantes. Este primer número acoge trabajos de analistas argentinos que participaron en el proceso de politización del psicoanálisis argentino y formaron de la disidencia a la Asociación Psicoanalítica Argentina como son Hernán Kesselman, Armando Bauleo –estos dos últimos miembros también del Consejo Editorial-, Eduardo Pavlovsky y Marie Langer. Todos ellos, además, participan en libro colectivo *Cuestionamos* (Langer, 1972), compuesto por obras de analistas argentinos y, en menor medida, uruguayos, cuya existencia obedece a razones fundamentalmente políticas y que supone un hito en la politización de un sector del psicoanálisis argentino. Precisamente, *Cuestionamos* busca hacer una crítica a la pretendida neutralidad de la Asociación Psicoanalítica Argentina, afirmar que los analistas tienen un papel que jugar en el escenario político, y es un llamamiento a abrir campos de debate y diálogo, buscando rescatar al psicoanálisis de lo que perciben como un anquilosamiento.

Marie Langer es, en especial, una figura cuya trayectoria vital muestra este enlace entre formación psicoanalítica y voluntad política. Nacida en 1910, es judía y vienesa. Estudia Medicina e ingresa en la formación analítica durante los años treinta, en el contexto de la cual se analiza con Richard Sterba. Militante del Partido Comunista tras la llegada del nacionalsocialismo al poder en Alemania, participa junto a su marido en la Guerra Civil Española, sirviendo como sanitaria en las filas republicanas a través de las Brigadas Internacionales. Vive el exilio, tanto en Uruguay como en Argentina, donde en 1942 participa en la creación de la Asociación Psicoanalítica Argentina junto a Ángel Garma, Enrique Pichon-Rivière, Celes Cárcamo, Enrique Ferrari Hardoy y Arnaldo Rascovsky. Tras romper, como hemos mencionado, con las instituciones psicoanalíticas oficiales, combina política y psicoanálisis en Argentina hasta que, amenazada su vida por el grupo terrorista parapolicial Alianza Anticomunista Argentina en 1974, tres años después de la primera edición del mencionado *Cuestionamos*, se exilia en México hasta 1987, año de su muerte en Buenos Aires (Hollander, 2014).

El artículo que aporta a este primer número de *Clínica y Análisis* grupal es una muestra más de la relevancia y el interés que, para el contexto de la salud mental crítica española, tenía el proceso de politización de los analistas argentinos y su disidencia de las

instituciones psicoanalíticas oficiales. "Vicisitudes del movimiento psicoanalítico argentino" (Langer, 1976) sería también recogido por otra publicación española, el libro colectivo *Razón, locura y sociedad* (VV.AA, 1978), junto a textos de Franco Basaglia, Igor Caruso o Thomas Sasz. Enmarcado en una línea similar a la expresada en *Cuestionamos*, el texto de Langer dirige una dura crítica a los ámbitos psicoanalíticos oficiales, especialmente a la Asociación Psicoanalítica Argentina. Si bien concede a esta asociación el mérito de difusión de las teorías y prácticas analíticas, carga contra una supuesta neutralidad como un apoyo conservador al orden establecido, y señala cómo las dinámicas de la institucionalización limitan y deforman las posibilidades científicas del psicoanálisis.

Para ilustrar las contradicciones de ejercer su oficio en el marco de una sociedad de clases recurre a Fritz Stenger, quien indicó que el conocimiento de la explotación está bajo cierto tipo de "represión" que afecta tanto a la clase explotadora como a la explotada, para explicar su propia toma de conciencia: "Nosotros nos proponíamos salvar al mundo a través del psicoanálisis. Y no sabíamos (…) que como miembros de la clase dominante salvábamos únicamente a nuestros analizados que pertenecían a la misma clase y participaban, como nosotros, de la explotación. Nos sentíamos una élite intelectual, pero no nos dimos cuenta que nuestra asociación, junto con la ciencia que ofrecía, estaba determinada para mantener el valor económico del título de psicoanalista y del psicoanálisis, a costa de otros competidores (…)". Para Langer existe una poderosa contradicción entre la vocación del analista de curar y su posición objetiva en el sistema. La posición de los psicoanalistas frente a la explotación y la lucha de clases se manifiesta de forma más o menos explícita en las teorías a las que se adscribe y en los temas de investigación que prioriza. Es mediante este criterio que identifica la formación de tres grupos fundamentales dentro de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Según el diagnóstico de Langer, el primero de ellos adolece de una "negación maníaca de la lucha de clases". Sus temas de investigación principales son los determinantes de la vida prenatal, que niegan la importancia decisiva de las condiciones sociales, y las tendencias filicidas de las madres que no se dedican en exclusiva a la crianza de los hijos en la primera infancia. Así, Langer considera que la actividad profesional de este grupo afianza la familia nuclear, pilar de la sociedad de clases. Un segundo grupo lo forman aquellos analistas que, reconociendo la lucha de clases, trataban de mantener su campo profesional alejado de ella. Aun así, lo apartado surge en sus investigaciones. Considera ejemplo de esta segunda posición al influyente Pichon Rivière y su salida discreta de la Asociación. Por último, estaría el grupo al que ella pertenece: quienes, sabiendo de marxismo y habiendo escindido ese conocimiento durante parte de su actividad profesional, se topan con la contradicción entre sus ideas y los conceptos teóricos más ideologizados del psicoanálisis (la familia ahistórica, inamovible, etc.). En una etapa de transición de conciencia, intentan una apertura de lo psicoanalítico hacia lo social a través de la terapia de grupo y, finalmente, rompen explícitamente con la institución: "Sabíamos únicamente que queríamos luchar como analistas y con nuestra herramienta por un cambio social, que la situación argentina favorecía esta lucha y que APA, muy concretamente (vea el prólogo de *Cuestionamos*) se había convertido en freno para nosotros" (Langer, 1976, p. 103). Y continúa: "Nos adherimos a la lucha obrera. Participamos de sus manifestaciones. (...) Según su pertenencia partidaria o ideología cada uno participa desde los diferentes partidos marxistas o desde el ala izquierda del peronismo en la lucha por el fin de la dictadura, elecciones libres y un gobierno popular y anti-imperialista. (…) Todos estuvimos en Plaza de Mayo, todos en Devoto, cuando se logró liberar a los presos políticos, gracias a la presencia y presión del pueblo. (…) Además de enseñar, de organizar jornadas y congresos con criterio nuevo y asistencia

masiva, de trabajar en los gremios, investigábamos, escribíamos y estudiábamos. Habíamos aprendido a usar nuestra ciencia de una manera nueva" (Langer, 1976, p.104).
Otro trabajo con una clara vocación de enlace entre marxismo y psicoanálisis, al menos su vertiente más social, es *Análisis de la relación dialéctica sujeto-realidad* (Greciano y Landaburu, 1976), un detallado esquema conceptual que cita a Marx y Engels, así como a pensadores marxistas como Georg Lúkacs, y que propone como condición necesaria para resolver una situación conflictiva el hecho de "ser consciente" de la misma y de sus posibilidades de resolución. A esto se le opone la "no-consciencia" (un término más amplio que "inconsciente", que los autores eluden para evitar ciertas implicaciones teóricas dinámicas), estado que les permite entroncar los mecanismos de defensa con la alienación, dos mecanismos que dificultarían la toma de conciencia desde las teorías puestas en juego.
Por último, tenemos una aplicación de esta visión marxista del psicoanálisis al ámbito clínico. En "Psicoterapia de situaciones excepcionales" (Bauleo y Pavlovsky, 1976) se abordan las complejas dinámicas, mediadas por la ideología, de la psicoterapia grupal cuando ésta se produce un contexto de inestabilidad social o violencia política. Los conflictos armados en Cuba, Argelia o Vietnam, por ejemplo, provocarían diferentes fenómenos en grupos, sujetos, y comunidades. De esta forma, los autores identifican nuevas formas psicopatológicas a raíz de una característica propia que este tipo de guerras tienen respecto a otros conflictos bélicos: en las luchas de ese momento no ven presente una diferencia entre contendientes que se base en la piel, la raza, la religión o el lenguaje, sino diferencias ideológicas y de clase. Ya que algunos de estos conflictos, en especial el argelino-francés, tienen un marcado carácter nacional o anticolonial, se podría entender que los autores pasan por alto que sí había diferencias étnicas, nacionales y de lenguaje. Sin embargo, cabe señalar con cierta seguridad que la propuesta de los autores no es negar estas distinciones –por otro lado, obvias-, sino poner el acento en el factor común de los diferentes conflictos que se darían a lo largo del globo, y que consideran diferentes manifestaciones de la lucha de clases.
"Ninguna otra diferencia podrá ser estandarte; solo la pertenencia o adhesión a una clase es la que permite ubicarse en el enfrentamiento. (…) aquellos que parecen o semejan ser hermanos o imágenes especulares tienen la marca de la diferencia en el brazo que usan, el derecho para sustentar el imperialismo, el izquierdo para sostener la conciencia de cambio (Bauleo y Pavlovsky, 1976, p.45).
De este modo plantean un marco lógico que les permite conectar, por un lado, diferentes conflictos y, por el otro, plantear un determinado papel para quienes "emplean el brazo izquierdo". El ejercicio de la psicoterapia en el tenso contexto argentino de la época puede conectarse así con las vicisitudes del movimiento psicoanalítico bajo el nazismo y, en especial, con la prohibición institucional de que los analistas atendiesen a militantes. Otros ejemplos de la época podrían ser la recomendación de baja voluntaria que las instituciones psicoanalíticas hicieron a sus miembros judíos tras el decreto nazi de 1933 que les prohibía ejercer profesiones sanitarias o, también de mediados de los treinta, el "cordón sanitario" que se creó alrededor de Wilhelm Reich, a quien solo se le permitía supervisar analistas en secreto, se le negó la publicación de sus obras en la prensa psicoanalítica oficial, y se eliminó su nombre de los registros de la Sociedad Psicoanalítica Alemana (Frigola, 2015, p. 15).
Este tipo de cuestiones ponen un interrogante sobre el estatus social de la práctica de la psicoterapia, "sobre la clase social a quien debe atender y al modo de producción en el cual se puede ejercer" (Bauleo y Pavlovsky, 1976, p.46), así como la neutralidad de la ciencia en una sociedad marcada por las desigualdades y las diferencias de clase. Diferencias que alcanzan, por supuesto, a los profesionales, separando así a quienes tratan de conectar sus conocimientos con una militancia política y que pretendieron

ejercer una terapia en situaciones difíciles –como, por ejemplo, Reich- y aquellos que, sin apoyar activamente la represión o el régimen, aspiran a realizar un "psicoanálisis tranquilo" y que, por consiguiente, prefieren el estable dominio de la burguesía.
En opinión de los autores, tales vicisitudes históricas del ejercicio clínico no se deben, en última instancia, a diferencias teóricas entre las diversas corrientes de pensamiento sino, como hemos visto, a "esquemas referenciales extra analíticos" que tienen su efecto sobre el ejercicio profesional y la labor terapéutica y que apuntan a cuestiones como la inserción de clase y la concepción del mundo del terapeuta.
En un contexto de lucha política abierta y de alta represión, como era el argentino del momento, un psicoterapeuta que no esté políticamente ubicado no podría ser un buen contenedor de las angustias del grupo, ya que él mismo estaría inmerso en un determinado clima mental. Existen situaciones en los que la distancia óptima para el ejercicio psicoterapéutico queda distorsionada por el contexto amplio, como, por ejemplo, cuando la policía trata de obtener ciertas historias clínicas o cuando los terapeutas deciden actuar un rol policíaco expulsando o negándose a tratar pacientes con militancia política. En situaciones así, en las que miedos internos pueden confundirse con dinámicas sociopolíticas empapadas de mecanismos de terror y peligros externos reales, "las organizaciones políticas juegan de continente de estos impulsos y miedos en múltiples ocasiones" (Bauleo y Pavlovsky, 1976, p. 48).

**Conclusiones**

Debemos tener en cuenta que la línea de pensamiento que pretendía leer el psicoanálisis a través del marxismo, y que en el contexto español fue encauzada por la primera etapa de la revista *Clínica y Análisis Grupal* y su equipo motor, acabaría por suponer una influencia importante para el desarrollo y estructuración del psicoanálisis relacional actual (Ávila et al., 2007). Esta perspectiva, diferenciada tanto del biologicismo como del psicoanálisis orotodoxo y otras corrientes psicológicas, encuentra una relación dialéctica entre lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo que tiene diferentes manifestaciones en lo individual, lo familiar, el grupo y la comunidad. Posteriormente, esta línea tendría un mayor desarrollo y definición, haciendo énfasis también en los aportes históricos de psicoanalistas en clave relacional, aportes de psicología del desarrollo, teoría del apego e investigación en neuronas espejo. A través de diversos congresos y trabajos, así como gracias al contacto con
corrientes relaciones e intersubjetivas del panorama norteamericano, se consolida una línea concreta de investigación y praxis clínica que en 2005 se concretaría en la formación del Grupo de Investigación de la Técnica Analítica (GRITA) en 1996, su incorporación en 2005 a la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional (IARPP) y, un año más tarde, se fundaría en España el Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR).
Así, el análisis de este primer número de la revista *Clínica y Análisis Grupal* muestra que esta publicación, es una fuente de interés para el estudio del desarrollo de la perspectiva más social del psicoanálisis en España, su relación con el marxismo, y su posterior desarrollo como línea concreta de la clínica contemporánea.

**Referencias**

Ávila-Espada, A., Aburto, M., Rodríguez-Sutil, C., Vivar, P., Espinosa, S., García-Valdecasas, S. (2007). Construyendo una historia grupal del pensamiento relacional en España: Un relato de nuestra contratransferencia con el Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1), 128-149.
Bauleo, A. y Pavlovski, E. (1976) Psicoterapia en situaciones excepcionales. *Clínica y Análisis Grupal*, 1, 44-55.

Caparrós, N. (2013). Pequeña historia de una gran revista. *Imago clínica.* Acceso el 1/03/2022, en https://www.imagoclinica.com/publicaciones/clinica-y-analisis-grupal/historia/
Druet, A. (2012). The transatlantic element: psychoanalysis, exile, circulation of ideas and institutiona-litation between Spain and Argentina. *Psychoanalysis and History,* 14 (2), 237–251
Druet, A. (2017). Psicoanálisis y transición democrática en España. *História, Ciencia, Saúde - Manguinhos*, 24, 63-78.
Frigola, C. (2015). Lucerna o una furia en la tierra. Una experiencia psicoanalítica y política de transformación. Wilhelm Reich: del análisis del carácter a la biomedicina (parte II). *Temas de psicoanálisis*, 10, 1-37.
Greciano, J.F. y landaburi, A. Análisis de la relación dialéctica sujeto-realidad. *Clínica y Análisis Grupal,* 1, 87-93
Grupo Quipú. (1976). Editorial. *Clínica y Análisis Grupal,* 1, 4-5.
Hollander, N. C. (2014). *Uprooted Minds: Surviving the Politics of Terror in the Americas*. Londres: Routledge.

**Agradecimientos**
Proyecto RTI2018-098006-B-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por FEDER
Ayuda PRE2019-090514 financiada por MCIN/AEI/10.13039/501100011033 y por FSE

# LICANTROPIA – DO MITO À REALIDADE: O CASO HISTÓRICO DE ALBANO BEIRÃO

**Gisela Simões*; Sabrina Jesus*; Rita Silva****
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE
*Médico, Interno de Formação Específica em Psiquiatria
**Médico, Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Email: gisela.simoes@outlook.com

**Resumo**
Albano de Jesus Beirão (1884-1976), popularmente conhecido como "Homem-Macaco", nascido na Guarda (Portugal), encetou, a partir dos 7 anos de idade, um caminho de estranhas manifestações com transfiguração de comportamento e caraterísticas físicas, assumidas comummente como fenómenos sobrenaturais. Os episódios cursantes com vocalizações, súbitas alterações motoras, fisiológicas e cognitivas viriam a motivar múltiplos internamentos psiquiátricos nacionais e internacionais, tendo sido diagnosticada uma síndrome histero-epiléptica com evidentes manifestações licantrópicas, atendendo à expressão animalesca subjacente. Na literatura psiquiátrica, a licantropia é entendida como uma crença ou delírio monotemático incomum em que ocorre a transformação de uma pessoa numa forma animal ou através da exibição de comportamentos ou sentimentos que sustentam tal crença. Assim, este trabalho pretende refletir sobre o conceito de licantropia e sua evolução histórica, tentando aceder à psicopatologia que viria a marcar a identidade e resiliência emocional de um homem português, cuja memória permanece em ronda incessante da dicotomia mito-realidade.

**Palavras-chave**: Licantropia; Zoantropia; Albano Beirão; Doença Mental; Delírio monotemático

**Abstract**
Albano de Jesus Beirão (1884-1976), popularly known as "Monkey-Man", was born in Guarda (Portugal), and started, from the age of 7, a path of strange manifestations with transfiguration of his behaviour and physical characteristics, commonly assumed to be supernatural phenomena. The episodes with vocalisations, sudden motor, physiological and cognitive changes would lead to multiple national and international psychiatric hospitalisations, being diagnosed with a hystero-epileptic syndrome with evident lycanthropic manifestations, given the underlying animalistic expression. In the psychiatric literature, lycanthropy is understood as an unusual monothematic belief or delusion in which the transformation of a person into an animal form occurs, or through the display of behaviours or feelings that support such a belief. Thus, this work intends to reflect on the concept of lycanthropy and its historical evolution, trying to access the psychopathology that would mark the identity and emotional resilience of a Portuguese man, whose memory remains in an incessant round of the myth-reality dichotomy.

***

## Introdução

O termo licantropia deriva de duas palavras gregas: *lykoi*, que significa lobo, e *anthropos*, que significa homem. Na literatura psiquiátrica, a licantropia tem vindo a ser definida como uma crença ou delírio monotemático incomum, em que ocorre a transformação

de uma pessoa numa forma animal, ou através da exibição de comportamentos ou sentimentos que sugerem e sustentam essa crença (Bou Khalil at al., 2012). A licantropia clínica ou o termo zoantropia – esta última designação mais abrangente no que concerne espécie animal retratada – são apresentadas como conceptualizações pouco distintas, pelo que, na atualidade, o termo licantropia abrange outras espécies além do lobo, que suporta a sua origem etimológica (Keck et al., 1988).
Este trabalho pretende refletir sobre o conceito de licantropia, sua evolução e conceptualização, tentando aceder à psicopatologia que viria a marcar a identidade de Albano Beirão, diagnosticado com uma entidade psicopatológica mista de origem histero-epiléptica com evidentes manifestações licantrópicas.

**Evolução conceptual da licantropia e sua operacionalização ao longo da história**
Várias teorias etiológicas foram propostas para explicar este fenómeno ao longo dos tempos, sendo que, durante milénios, explicações metafísicas para a licantropia terão prevalecido. Ao embargo dos prolongados desafios na sua compreensão, explicação e conceptualização, são também diversos e pouco homogéneos os relatos detalhados, fornecidos por médicos greco-bizantinos, referentes às curas médicas utilizadas para a licantropia, envolvendo medidas dietéticas, drogas galénicas complexas, banhos quentes, purgação, indução de vómitos e sangrias até ao ponto de desmaio (Blom, 2014).
A literatura europeia que espelha o medo da transformação em formas animais semelhantes ao lobo remonta à Grécia Antiga, sendo que o aparente pico de maior incidência de licantropia ocorreu na Europa durante os séculos XV e XVI (Fahy, 1989). Nessa época, os doentes mentais eram frequentemente alvos válidos de interrogatório pelas forças da Inquisição sendo que, durante o final da Idade Média e o início do Renascimento, os teólogos acreditavam que a perturbação mental ou a metamorfose física se dilucidavam pelo resultado de um pacto satânico ou feitiços malignos (Fahy, 1989). Essas crenças foram adotadas com vários graus de credulidade por escritores médicos, um deles Jean Bodin, médico francês do século XVI, referindo-se nos seus escritos ao tema da licantropia, segundo as seguintes palavras (Fodor, 1945):

> *"O diabo pode, real e materialmente, metamorfosear o corpo de um homem no corpo de um animal, e assim causar a doença"*

Não obstante o prevalente contexto místico, outras explicações foram apresentadas na conceção das manifestações licantrópicas, ao longo do tempo. Uma das possíveis origens em base orgânica foi proposta por Illis (1964), equacionando que a aparência e o estranho comportamento dos portadores de porfiria grave poderiam ter conduzido alguns indivíduos a serem considerados lobisomens durante a Idade Média, despertando suspeitas através da pele pigmentada, ulcerada e com aumento de revestimento piloso. De igual forma, os doentes com porfiria, pela possibilidade de, em casos avançados, apresentarem sequelas neurológicas ou psiquiátricas, poderiam fundamentar a existência de comportamentos exibindo alguma bizarria. Parker (1845) analisou alguns dos relatos existentes acerca de doentes porfíricos, dos quais se expõe um deles:

> *"Os afetados podem ser reconhecidos por vários sinais: eles são pálidos, têm visão fraca e olhos secos, e não derramam lágrimas; seus olhos são ocos; não secretam saliva; estão sempre com sede e têm úlceras enraizadas nas suas pernas"*

Todavia, uma explicação médica não se tornou predominante até à era do Iluminismo. Terá sido a Revolução Científica a proporcionar uma atmosfera na qual as interpretações biomédicas da licantropia eventualmente se tornaram paradigmáticas, a par das tradicionais, metafísicas, que aparentemente nunca perderam totalmente o seu apelo (Melton, 1996).

Embora muitos livros de psiquiatria mencionem esta forma de delírio de forma passageira, descrições de casos originais sempre foram raras, sendo que o primeiro relato de um caso de licantropia clínica se atribui a Morel (1852), que descreveu um doente internado no Asile d'Aliénés de Maréville, em Nancy (França), este último convencido de que se havia transformado num lobo.

No século XIX, os médicos ocidentais descreveram a condição como uma crença delirante na metamorfose para a forma animal, referida como *monomania imitativa* (Dendy, 1847), *insania zooanthropica* (Fahy, 1989) ou *delírio de metamorfose* (Bianchi, 1906). Contudo, ao longo do percurso histórico, a licantropia clínica foi também entendida como forma grave de despersonalização (Rao et al., 1999), como uma possível identificação delirante errónea sugerida por Silva & Leong (2005), enquanto Moselhy & Nasr (1999) sugeriam a possibilidade de um tipo reverso de intermetamorfose. Schneider (1920) distinguiu ainda dois tipos de licantropia/zoantropia clínica, diferenciando um tipo com espasmos respiratórios que considerava indicativo de histeria, de outro tipo acompanhado de turvação da consciência, sugestivo de um estado crepuscular.

Modelos psicanalíticos tenderam também à explicação da manifestação através do traçar da origem desse delírio num conflito intrapsíquico não resolvido ou a um trauma real, como expressão concreta de instintos primitivos do *id* por meio de um mecanismo de cisão que serviria para evitar sentimentos de culpa, ou pela expressão de uma identidade primitiva da qual o homem luta para se libertar (Blom, 2014). A expressão dos conflitos subconscientes, por sua vez, podia ainda ser simbolizada pela escolha do animal e pela experiência emocional correspondente (Fahy, 1989).

As descrições existentes das manifestações deste delírio reportam a vários animais além do lobo, nomeadamente abelhas, pássaros, sapos, cobras, javalis ou até mesmo formas animais não especificadas. Adicionalmente, casos de zoantropia clínica múltipla (ou seja, envolvendo a co-existência de mais do que uma forma animal) são também referidos na literatura (Blom, 2014).

Em nota adicional, referências recentes acerca da possibilidade de casos de licantropia advirem de outras condições médicas têm reforçado o papel de investigações somáticas e auxiliares adequadas a fim de descartar qualquer patologia orgânica subjacente, nomeadamente com afeção a áreas somatossensoriais cerebrais e àquelas que representam o esquema corporal e o sentido do *self* (Blom, 2014).

**Albano de Jesus Beirão**

Albano de Jesus Beirão (1884-1976), também popularmente conhecido como "Albano do Mal" e "Homem-Macaco", nascido na Guarda (Portugal), encetou, a partir dos 7 anos de idade, um caminho de estranhas manifestações, designadas pelo próprio e pelos populares de "ataques", com transfiguração de comportamento e de caraterísticas físicas, assumidas comummente como fenómenos sobrenaturais (Rodrigues, 1983). Estas manifestações viriam a motivar múltiplos internamentos psiquiátricos, incluindo internamento no Hospital Conde de Ferreira, no Porto, e no Hospital de Rilhafoles, em Lisboa. No decurso de um estudo intensivo, lenta e poucamente fecundo, disperso por vários centros universitários da Europa, a raridade e complexidade do seu quadro foi diagnosticada como uma entidade psicopatológica mista, de origem histero-epiléptica com evidentes manifestações licantrópicas.

Dos antecedentes do mesmo, destacam-se, segundo relatos de Albano Beirão: alegada história de queda na infância; experiências adversas precoces ("*o meu padrasto nunca me reconheceu como filho*", sic); possível história psiquiátrica familiar (uma das filhas terá falecido num asilo; possível quadro depressivo materno - "*a minha mãe morreu de pena, ninguém tinha um filho assim*", sic); experienciação de sentimentos de culpa associados à morte da mãe; escolaridade diminuta (concretizou apenas seis meses de ensino escolar); e instabilidade relacional (terá casado, com fuga posterior da esposa e uma das filhas).
Na ausência dos "ataques", a figura de Albano era descrita como um homem pacífico e caridoso. A partir de 1932, os ataques desapareceram tão misteriosamente como surgiram.

**Manifestações licantrópicas em Albano**
Dentro dos vários relatos existentes (pela conjugação de entrevistas do próprio, de aldeões, relatos jornalísticos e fichas de internamento), referem-se como características adotadas que tipicamente caracterizavam os "ataques" de Albano, as seguintes:
—Ocorrência espontânea e arbitrária, diurna ou nocturna, sem expressão deliberada
—Alterações de expressão linguística, com gritos e urros característicos
—Alterações do comportamento: como a corrida sobre quatro apoios com tronco antevertido; a aparente leveza, com saltos descritos como inconcebíveis; trepar de paredes, rolar pelo solo, expulsão de raposas das suas próprias tocas; a aquisição de força suprema e extrema agilidade (menções jornalísticas a feitos exuberantes como subida da Torre dos Clérigos – Porto – e do Marquês de Pombal – Lisboa)
—Manifestações fisiológicas e de possível componente somático, tais como sede extrema, bebendo caldeirões de água, sofregamente, que os aldeões colocavam à porta propositadamente, com vista a uma maior rapidez de resolução dos "ataques"
—Amnésia para os episódios, alegada em relatos do próprio
—Incapacidade, durante episódios, de reconhecimento de sujeitos por si habitualmente conhecidos e facilmente identificados
—Impacto relacional, funcional e adaptativo, nomeadamente através da expatriação, estigma, exploração médica incessante, constante invasão de privacidade pelos *media* e instabilidade relacional

**Albano Beirão e seu internamento em Rilhafoles (1904)**
Um extrato da ficha clínica de Albano de Jesus Bairão, admitido no Hospital de Rilhafoles em 1 de Outubro de 1904, ilustra o seguinte:

> *"Ataques muito repetidos e muito violentos, vindo sempre com a mesma forma: perda de sentidos que dura um minuto e depois movimentos violentos, correrias, saltos, acompanhados de gritos e urros. No quarto, onde só observei os ataques, os saltos e as corridas dão-se da grade da janela para a porta, com uma grande agilidade e rapidez.*
> *O doente agarra-se às grades, lá no alto, e depois atira-se lá do alto para o chão, caindo a quatro patas como um gato para correr à outra grade. No fim do ataque as coisas acabam e só dá gritos pequenos e levanta-se. Salvo quando se pendura às grades, não se vê senão a quatro patas, estando em regra os dedos das mãos flectidos nas articulações extremas e é assim que em regra a mão pousa.*
> *Outras vezes a flexão é menor e as polpas apontam. As mãos não são utilizadas para nada. Muitas vezes o doente remove coisas que estão diante de si mas sem o emprego das mãos. Durante estes movimentos, gritos que chegam a apavorar."*

**Acedendo à psicopatologia de Albano Beirão**

No caso apresentado, o modelo de manifestações licantrópicas poderá existir em relação com várias entidades nosológicas, carecidas da investigação outrora contemporânea ao percurso biográfico de Albano. Pela conjugação dos dados, carecidos nas lacunas de qualquer levantamento póstumo, apresenta-se um breve levantamento de algumas das entidades nosológicas que poderiam explicar alguns dos traços manifestos na descrição dos "ataques" de Albano, nomeadamente a perturbação dissociativa da identidade (através de dois ou mais estados de personalidade distintos ou uma experiência de possessão, com demarcada descontinuidade de sentido do Eu, alterações no afeto, comportamento, consciência, memória, perceção cognição ou funcionamento motor), crises convulsivas parciais complexas (atividade epilética associada a um défice de consciência, perceções distorcidas, com alterações de memória e discurso, automatismos e comportamento esteriotipado, possivelmente associados a psicose transitória) ou outras perturbações psicóticas (esquizofrenia, depressão psicótica, perturbação afetiva bipolar, …) na expressão direta do delírio monotemático.

**Licantropia na atualidade: enquadramento patológico**

No que diz respeito à nosologia e à classificação, a literatura histórica parece dar poucas razões para designar a licantropia clínica – ou zoantropia – como uma entidade nosológica separada, apresentando a licantropia como uma manifestação psicótica acompanhante de várias patologias neuropsiquiátricas, incluindo esquizofrenia, depressão psicótica, perturbação afetiva bipolar, perturbações dissociativas, conversivas, de personalidade, bem como um possível efeito do uso de canábis e álcool ou de condições médicas gerais, nomeadamente epilepsia (Bou Khalil, 1984; Blom 2014).

Numa revisão de casos de licantropia publicados na literatura, Blom (2014) apresenta os diagnósticos clínicos como variáveis, embora constatasse uma sobrerepresentação acentuada de perturbações do espectro da esquizofrenia (25%), depressão psicótica (23,2%), perturbação bipolar (19,6%) e perturbações psicóticas sem outra especificação (12,5%).

**Licantropia na atualidade: posicionamento na dicotomia forma-conteúdo da Psiquiatria**

De modo algo distinto da forma do pensamento, que é usualmente ditada pelo tipo de doença, o conteúdo do delírio é determinado pela formação emocional, social, cultural e biográfica do paciente, tornando-o infinitamente variável nas suas possibilidades de apresentação. Para Jaspers (1997):

> *"a forma deve ser mantida distinta do conteúdo, que pode mudar de tempos em tempos (…) Percepções, ideias, julgamentos, sentimentos, impulsos, autoconsciência, são todas formas de fenómeno psíquicos; elas denotam o modo particular de existência em que o conteúdo nos é apresentado."*

A forma de uma experiência psíquica é a descrição da sua estrutura em termos fenomenológicos, como, por exemplo, o delírio, ou como Berrios (1996) coloca:

> *"A forma refere-se aos aspetos impessoais dos sintomas mentais que garantem sua estabilidade no tempo e espaço; ou seja, os seus elementos de consistência"*

Já o conteúdo é o colorido da experiência. De facto, tem-se assistido a uma tendência crescente das classificações internacionais na enfatização do papel da forma sobre o

conteúdo no reconhecimento e, consequentemente, na abordagem terapêutica das síndromes clínicas; contudo, tal facto não implica uma redução da importância atribuída à cultura e às crenças individuais, de forma a obter uma maior compreensão de certos sintomas psiquiátricos bizarros (Oyebode, 2018). Fará sentido relembrar que terá sido durante a época da Inquisição, quando o lobisomem era uma temida representação satânica, que a incidência de licantropia atingiu o seu pico. A influência do mito e da lenda foi filtrada e obscurecida ao longo dos tempos, mas será provável que a expressão da licantropia continue a ser experienciada e descrita enquanto as histórias do lobisomem, ou outras formas, perdurarem com o poder suficiente para amedrontar a humanidade.

**Conclusão**

A literatura histórica parece atribuir poucos fundamentos à conceptualização da licantropia clínica – ou zoantropia – como uma entidade nosológica separada, apresentando-a como uma manifestação psicótica acompanhante de várias patologias neuropsiquiátricas, enquanto delírio monotemático, sem uma aparente validade nosológica independente. Pela sua apresentação ao longo dos tempos, ainda que rara, foi possível construir uma melhor compreensão da sua universalidade. Partindo da análise desta entidade e do percurso biográfico de Albano Beirão, pautado por uma série de eventos psicopatológicos impactantes, pouco esclarecidos e pela exibição consistente de episódios conotados por comportamentos animalescos que caracterizaram a vivência atribulada do sujeito, as manifestações licantrópicas viriam a marcar popular e clinicamente a identidade e resiliência emocional de um homem português, cuja existência e memória permanece em ronda incessante e penetrante da dicotomia mito-realidade.

**Referências**


Berrios GE (1996). The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century.Cambridge: Cambridge University Press.

Bianchi L (1906). A Text-Book of Psychiatry for Physicians and Students. New York: W. Wood.

Blom JD (2014). When doctors cry wolf: a systematic review of the literature on clinical lycanthropy. Hist Psychiatry. 25(1):87-102.

Bou Khalil R, Dahdah P, Richa S, Kahn DA (2012). Lycanthropy as a culture-bound syndrome: a case report and review of the literature. J Psychiatr Pract. 18(1):51-4.

Dendy WC (1847). Philosophy of Mystery. New York: Harper & Brothers.

Drake ME. Medical and neuropsychiatric aspects of lycanthropy. J Med Humanit. 1992 Spring;13(1):5-15.

Fahy T. A. (1989). Lycanthropy: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *82*(1), 37–39.

Fodor N (1945). Lycanthropy as a psychic mechanism. J Am Folklore. 8:310-6.

Illis L (1964). On Porphyra and the aetiology of werewolves. Proc R Soc Med. 67:23-6.

Jaspers K(1997). General Psychopathology (J. Hoenig, M.W. Hamilton, Trans) The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Keck PE, Pope HG, Hudson JI, McElroy SL, Kulick AR (1988). Lycanthropy: Alive and well in the twentieth century. Psychol Med. 18:113–20.

Melton JG (1996). Encyclopedia of Occultism and Parapsychology, Vol. 1, 4th edn. Detroit: Gale Research.

Morel BA(1852). Études cliniques: Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, Vol. 1. Paris: Victor Masson & J.B. Baillière.
Moselhy HF & Nasr A(1999). Lycanthropy: a dangerous reverse intermetamorphosis. Review of 23 cases with the syndrome of lycanthropy. European Journal of Psychiatry 13(3): 145–150.
Parker N (1845). On lycanthropy or wolf-madness, a variety of insania zoanthropica. J Ment Sci. 2:52-3
Rodrigues AV(1983). Terras da Meda: Natureza e Cultura. Edições Câmara Municipal de Meda (1ª edição). Vila Nova de Famalicão.
Rao K, Gangadhar BN, Janakiramiah N (1999). Lycanthropy in depression: two case reports. Psychopathology 32: 169–172.
Silva JA & Leong GB (2005). Lycanthropy and delusional misidentification. Acta Psychiatrica Scandinavica 111: 162.
Oyebode F (2018). Sims' symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology. Sixth edition. London, United Kingdom.
Schneider C(1920). Űber Zoanthropie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 47: 269–287.
Surawicz FG, Banta R (1975). Lycanthropy revisited. Can Psychiatr Assoc J. 20(7):537-42.
Albano de Jesus Beirão & Manuel Daniel. Entrevista para o programa "Estúdio Um" "Rádio Altitude" (2 de Junho de 1972). Produção por Joaquim Manuel da Fonseca, Guarda. Acedido a 01/05/2021, em https://www.youtube.com/watch?v=0i_MeW_kTr0
Arquivos RTP (2001). Episódio série Fenómeno (Ep4, parte I): História de Albano Beirão. Autoria: Ana Silva Rodrigues e Luis Osório, Produção: Ana Pinhão Moura. Acedido a 01/05/2021 em https://arquivos.rtp.pt/conteudos/fenomeno-ep-04-parte-i/
E-cultura (2015). Albano Beirão "o Homem Macaco". Acedido em 01/05/2021 em https://www.e-cultura.pt/patrimonio_item/13090

# PARAFRENIAS: UM CASO CONTEMPORÂNEO À LUZ DUM CONCEITO HISTÓRICO

**Ana Carolina Pires[1,2,3] ; Vera Martins[1,2,4]**
1-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 3- Interna de Formação Específica em Psiquiatria; 4- Assistente Hospitalar de Psiquiatra
Emails:Acmp95@hotmail.com / 7553@chuc.min-saúde.pt

**Resumo**
Kraepelin diferenciou a *dementia praecox* da Parafrenia. A primeira irrompia em tenra idade e incitava alterações da volição, personalidade e capacidade cognitiva, percetíveis numa perspetiva longitudinal. Pelo contrário, a Parafrenia desenvolvia-se principalmente pela quarta década de vida, com preservação cognitiva, da volição e dos afetos.
Apresentamos o caso de um doente de 56 anos, internado no Serviço de Psiquiatria, com marcada sintomatologia psicótica de caráter positivo (delírio erotomaníaco e de conteúdo místico sistematizados e alucinações auditivo-verbais). Não apresentava sintomatologia negativa e a capacidade funcional era normativa (profissionalmente ativo há décadas). Segundo familiares, os primeiros sintomas surgiram aos 30 anos e o único internamento psiquiátrico prévio foi aos 40 anos, sem seguimento desde então.
Apesar de ser um conceito ausente das classificações de patologias psiquiátricas atuais, prevalecem casos na prática clínica que se moldam a construtos antigos, nomeadamente a Parafrenia, sendo a análise à sua luz uma oportunidade para os revisitar.

**Palavras-chave**: Parafrenia; D*ementia praecox*; Esquizofrenia; Kraepelin.

**Abstract**
Kraepelin differentiated dementia praecox from paraphrenia. The first appeared at an early age and caused changes in volition, personality, and cognitive ability, noticeable in a longitudinal perspective. On the other hand, paraphrenia developed mainly in the fourth decade of life, with cognitive, volition and affect preservation.
We present the case of a 56-year-old patient, admitted to the Psychiatry Unit, with marked positive psychotic symptoms (systematized erotomaniac and mystical delirium and auditory-verbal hallucinations). He had no negative symptoms and functional capacity was normative (professionally active for decades). According to family members, the first symptoms appeared at age 30 and the only previous psychiatric hospitalization was at age 40. He had no follow-up since then.
Despite being a concept absent from the classifications of current psychiatric pathologies, there are cases in clinical practice that fit old constructs, namely paraphrenia. The analysis in its perspective is an opportunity to revisit this classical diagnosis.

***

## Introdução

Muitos conceitos clássicos sofreram alterações ao longo dos anos, e muitos acabaram mesmo por ser abandonados das classificações atuais de Psiquiatria.
A Parafrenia ilustra muito bem esse conjunto de construtos, tendo sido submetida a múltiplas interpretações, definições e subclassificações. Surgiu pela primeira vez com

Kahlbaum e foi escrutinado mais recentemente por Munro, podendo afirmar-se que atualmente se encontra em desuso.
É comum alguns casos clínicos não se adequarem como expectável aos critérios diagnósticos das classificações atuais. Tendo o conhecimento da fenomenologia descrita em quadros clínicos mais antigos, é possível atribuir a casos desafiantes na atualidade uma denominação, aquietando o doente e seus familiares, assim como os clínicos, e auxiliando a um melhor tratamento e orientação prognóstica. Assim, o objetivo deste trabalho é descrever um exemplo de um desses mesmos casos desafiantes à luz do conceito histórico de Parafrenia.

**A parafrenia**

Karl Kahlbaum (1828-1899) foi um dos psiquiatras alemães de maior influência no século XIX. Para além de introduzir o conceito de catatonia, apresentou adicionalmente o termo Parafrenia na nosologia psiquiátrica, em 1963. Expandiu a noção de demências, ao dividi-las em neofrenias e Parafrenias. As neofrenias irrompiam na infância, enquanto as Parafrenias afloravam na puberdade e idade adulta. Dividiu as Parafrenias em hebéticas (que, tal como a origem da palavra assim o remete, têm origem durante a puberdade) e senis (que atualmente coincidem com o conceito de demência senil). Para Kahlbaum, as Parafrenias eram as enfermidades mentais que surgiam em períodos de transição do ciclo de vida, não devendo ser percecionadas como uma entidade clínica propriamente dita.
Por outro lado, Valentin Magnan (1835-1916), francês, discípulo de Jules Baillarger e Jean-Pierre Falret, descreveu o conceito de *Délire chronique à évolution systématique* (Delírio crónico de evolução sistemática), que se aproximou do que viria a ser o construto de Parafrenia conceptualizado por Kraepelin. Magnan não ligou a este conceito a conceção de degenerescência, criada por Bénédict Augustin Morel e expandida por si.
Henry Ey (1900-1977), também de nacionalidade francesa, dividiu as psicoses crónicas em sistematizadas (paranoia), fantásticas (parafrenia) e autistas (esquizofrenia).
Por sua vez, Emil Kraepelin (1856-1926), ficou conhecido por diferenciar a *dementia praecox* da psicose maníaco-afetiva. No entanto, explorou também um conceito distinto destes dois, o de Parafrenia. Abarcou a Parafrenia e a *dementia praecox* num grupo comum denominado *Endogene Verblödungen*, ou Enfraquecimento Endógeno, distinguindo-as da Paranoia. O construto de Kraepelin foi apresentado publicamente em 1912, numa comunicação no Congresso dos Alienistas da Baviera e publicado em 1913 na 8ª Edição do Tratado de Psiquiatria. Segundo ele, a Parafrenia teria pontos de contacto com a *dementia praecox*; mas distinguia-se por apresentar uma deterioração volitiva, cognitiva e emocional tendencialmente mais ténue e com conservação da personalidade prévia. No caso da Parafrenia, a hereditariedade seria também pouco significativa. Eugen Bleuler (1857-1939), nascido na Suíça, cunhou o termo Esquizofrenia em 1911. Mais tarde, acabou por incluir a Parafrenia no grupo das esquizofrenias.
Posteriormente, Karl Leonhard (1904-1988), de nacionalidade alemã, no seguimento das ideias de Karl Kleist (1879-1960), dividiu as psicoses segundo a presença de sintomas em três grupos, as fásicas (psicose ciclóide e maníaco-depressiva), as esquizofrenias sistemáticas e as não sistemáticas. Karl Leonhard caracterizava as esquizofrenias sistemáticas como tendo um início insidioso, curso processual e defeito moderado a marcado com uma síndrome psicopatológica distinta no estado final (com nitidez sintomatológica) e, no geral, um melhor prognóstico.
As não sistemáticas teriam um início súbito, curso episódico e defeito ligeiro com sintomas psicopatológicos variados entre episódios (com mistura indistinta de sintomas). Dividiu as esquizofrenias sistemáticas em 16 subtipos (seis parafrenias, quatro hebefrenias e seis catatonias) e as não sistemáticas em três (catafasia, parafrenia

afetiva e catatonia periódica). As psicoses ciclóides incutem uma tendência à repetição periódica, embora com períodos mais extensos, quando comparados com a psicose maníaco-depressiva, podendo, no entanto, aparecer uma só vez e denunciar uma muito subtil tendência à bipolaridade.
Assim, é possível compreender que a Parafrenia teve múltiplos e diversos significados ao longo dos anos e que sofreu várias alterações. Acabou por ser extinta das classificações psiquiátricas internacionais. Permaneceu até ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 3ª edição (DSM-III) e à Classificação Internacional de Doenças Versão 9 (CID-9). A DSM-III-R foi publicada em 1987 e a CID-10 começou a ser utilizada a partir de 1994.
Em 1991, no livro *Delusional Disorders*, Alistair Munro publicou critérios relativos à Parafrenia, que ficaram conhecidos como "Os critérios de Munro". Munro quis tornar o diagnóstico de Parafrenia num construto mais objetivo.
Os Critérios de Munro implicam que o quadro clínico tenha mais de 6 meses de duração. Para além disso, deve haver preocupação com pelo menos uma ideia delirante semi-sistematizada, frequentemente acompanhada de alucinações auditivas, não encapsuladas do resto da personalidade. Um aspeto importante é que os afetos se encontram preservados e relativamente adequados, mesmo durante agudizações, havendo manutenção da capacidade de relação e proximidade afetiva. A Parafrenia não se faz acompanhar de deterioração intelectual, de alucinações visuais, de incoerência ou perda marcada das associações do pensamento e de afetos aplanados ou marcadamente desadequados. O comportamento, se alterado, não é grosseiramente desorganizado, e é compreensível à luz do conteúdo delirante e alucinatório. Devem ser excluídas perturbações orgânicas cerebrais. Pode ocorrer concordância parcial com o critério A para esquizofrenia da DSM–IV, que se refere a cinco sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos.
Atualmente, o conceito de Parafrenia, após tantas transformações e a sua ausência desde há múltiplos anos das classificações psiquiátricas, está muito mais relacionado à faixa etária em que surge a patologia, do que com critérios clínicos propriamente ditos.

**Caso clínico**

Apresenta-se o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, de 56 anos, solteiro. O doente foi levado ao Serviço de Urgência de Ortopedia da sua terra natal por se ter defenestrado da sua habitação, no primeiro andar de um prédio, tendo sofrido uma fratura no calcâneo. Após avaliação de Ortopedia, e por suspeita de sintomatologia da linha psicótica, foi transferido para o Serviço de Urgência de Psiquiatria do Hospital Central da sua área de residência. Foi apurada marcada sintomatologia psicótica de caráter positivo, com presença de ideação delirante e alucinações auditivo-verbais que verbalizava espontaneamente.
Neste seguimento, foi internado no Serviço de Internamento de Psiquiatria de Homens para investigação diagnóstica e estabilização clínica. No internamento, apurou-se que o indivíduo ter-se-á defenestrado da sua habitação, alegadamente para salvar toda a vizinhança. Segundo ele, já é espiado há muitos anos por guardas do exército israelita, que falavam consigo frequentemente. Nesse dia, ter-lhe-ão dito que tinha 10 segundos para se atirar da sua janela. Caso contrário, iriam lançar uma bomba com a capacidade de explodir o seu prédio inteiro. No internamento, confirmou-se e explorou-se a psicopatologia descrita.
O doente declarou que era um *Disco Jokey* famoso internacionalmente, e que "nasceu" numa noite em que estava a trabalhar numa discoteca na sua cidade natal, em 1999. Afirmou que tinha dois anjos da guarda, que falavam consigo frequentemente, e que

eram dois *Disco Jokeys* famosos. Refere que tinha uma *Groove*, que corresponde a um poder especial que os *Disco Jokeys* famosos têm. De forma a manter ativa esta sua atividade predileta, dava concertos *online* de música eletrónica, através de vídeos em direto nas redes sociais, de forma regular. Garantiu que tinha uma namorada famosa, uma supermodelo e apresentadora nacional de renome, com quem mantinha uma relação desde 2004 e com quem tem a capacidade de estabelecer conversas à distância. Explicou que esta comunicação era possível uma vez que se tratava da sua cara-metade e se conheciam muito bem, tendo a aptidão de comunicar por telepatia. Afirmava que a via nos programas de televisão, inclusivamente durante o internamento. Os familiares (mãe e irmão) confirmaram a presença destas ideias desde há muitos anos.

No que toca ao funcionamento, o doente encontrava-se profissionalmente ativo há décadas, sendo trabalhador por conta de uma entidade pública na área de Turismo, apesar de nos últimos anos lhe terem sido retiradas algumas responsabilidades. Desde o início da pandemia da Covid-19 que se encontrava em teletrabalho, com redução ainda maior dos seus encargos. Tomava conta da mãe idosa: fazia compras para a mesma, acompanhava-a ao médico e visitava-a diariamente. Diminuiu os seus contactos sociais, principalmente com a instalação do contexto pandémico, acabando por manter o grupo de amigos que tem em comum com o irmão. Praticava exercício físico e realizava caminhadas pela praia diariamente.

Quanto ao exame do estado mental, o doente apresentava ideação delirante sistematizada de conteúdo de grandeza, erotomaníaco e místico e parcialmente sistematizada de conteúdo persecutório. Não foram apuradas alterações do curso, forma ou posse do pensamento. No entanto, eram proeminentes as alterações da sensoperceção, com presença de alucinações auditivo-verbais na segunda e na terceira pessoa do singular, comentadoras e imperativas. O humor era eutímico, com afetos preservados, havendo a dúvida de tonalidade elacionada à entrada, que não se veio a confirmar. Quando à sua personalidade, apresentava traços hipertímicos de base. O instinto de conservação encontrava-se totalmente preservado, não havendo ideação suicida ativa. O gesto autolesivo potencialmente fatal enquadrava-se integralmente no conteúdo imperativo das alucinações auditivo-verbais. No geral, não apresentava sintomatologia negativa ou cognitiva relevante. A sua funcionalidade foi considerada normativa no âmbito laboral, social e dos autocuidados.

No que toca aos antecedentes, segundo familiares, os primeiros sintomas surgiram a meio da quarta década de vida, altura em que trabalhava como *Disco Jokey* e mantinha consumo de substâncias psicoativas recorrentemente, nomeadamente ecstasy e canabinóides. O único internamento prévio em Psiquiatria tinha sido aos 40 anos. Manteve seguimento em ambulatório em consultas externas de Psiquiatria durante um ano, que acabou por abandonar. Não teve qualquer seguimento desde então. O doente negou consumo de ecstasy desde o seu primeiro internamento. Contudo, admitiu manter consumo esporádico de canabinóides. Não possuía antecedentes médico-cirúrgicos de relevo, nem antecedentes familiares psiquiátricos.

Quanto aos exames complementares de diagnóstico realizados no internamento, a tomografia computorizada crânioencefálica, o eletroencefalograma e o estudo analítico (hemograma, função renal, hepática, serologias, função tiroideia e doseamento de vitamina B12 e ácido fólico) não tinham quaisquer alterações.

Durante o internamento, foi instituída medicação antipsicótica, com introdução de injetável de longa duração. O doente apresentou melhoria clínica progressiva. À data de alta, já não apresentava alucinações auditivo-verbais e apresentava esbatimento da ideação delirante. Teve alta após 22 dias de internamento, sendo transferido para o hospital da sua área de residência para gestão da fratura do calcâneo, que necessitava de intervenção cirúrgica. Na primeira consulta pós-alta, 28 dias após a mesma, ainda se

encontrava de baixa, a recuperar da fratura, mas impaciente por voltar ao trabalho e recuperar a sua autonomia. Na segunda consulta, já tinha regressado ao seu trabalho e continuava clinicamente estabilizado e com boa adesão à terapêutica.
O doente acabou por sair com o diagnóstico em investigação de Esquizofrenia, cumprindo os critérios da DSM-V para a mesma. O primeiro critério afirma que devem ser apresentadas pelo menos duas das seguintes alterações psicopatológicas: ideação delirante, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomatologia negativa, sendo que um deles deve ser obrigatoriamente um dos primeiros 3.
O segundo critério implica que após um período considerável de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento numa ou mais áreas importantes do funcionamento (seja a nível profissional, de relações interpessoais ou nos autocuidados), encontra-se significativamente prejudicado relativamente ao pré-mórbido. Caso a patologia surja na infância ou na adolescência, haverá incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, académico ou profissional.
O terceiro critério refere-se à duração da patologia, e implica que os sinais de perturbação persistam durante, pelo menos, seis meses, incluindo o mínimo de um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) descritos no primeiro critério.
O quarto critério assegura que devem ser excluídos os diagnósticos de perturbação esquizoafetiva, perturbação depressiva ou perturbação afetiva bipolar com características psicóticas. Não devem, portanto, haver registos de episódios depressivos *major* ou maníacos simultaneamente aos sintomas da fase ativa ou, se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, a sua duração total deve ser curta, em relação aos períodos ativo e residual da doença.
O quinto critério delimita que a perturbação não é atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.
O sexto e último critério garante que, se houverem antecedentes de perturbação do espetro autista ou de perturbação da comunicação iniciada na infância, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é realizado exclusivamente se alterações do conteúdo do pensamento ou as alucinações forem proeminentes, para além dos demais sintomas de Esquizofrenia, e se estiverem presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

**Discussão do caso clínico**

Este quadro clínico fomentou múltiplas incertezas, pela sintomatologia produtiva, pelo contacto quase expansivo, pela personalidade hipertímica e pela preservação de múltiplas vertentes, nomeadamente afetiva, funcional, volitiva e cognitiva.
Este caso apresentava pontos em comum com a *dementia praecox*, nomeadamente a presença de sintomatologia positiva exuberante com ideação delirante e as alucinações auditivo-verbais marcadas. Apesar de existir alguma deterioração a nível dos contactos sociais e alguma restrição nas responsabilidades a níveis laboral, isto decorreu ao fim de aproximadamente duas décadas de evolução de doença, sem qualquer tipo de seguimento e de tratamento adequados. No geral, considerou-se que houve preservação da personalidade prévia. Neste caso, as questões hereditárias seriam pouco relevantes, uma vez que não havia quaisquer antecedentes psiquiátricos familiares.
Se analisarmos este caso à luz dos critérios de Munro, o doente preenchia os critérios fundamentais. O quadro clínico cumpria a duração mínima de 6 meses. No que concerne às alterações do pensamento, havia preocupação com várias ideias delirantes semi-sistematizadas, acompanhadas de alucinações auditivas, não encapsuladas do resto da personalidade. Os afetos encontravam-se preservados e relativamente adequados, mesmo em pleno episódio agudo, com capacidade de relação e de proximidade afetiva.

Não se apurou a presença de deterioração cognitiva, de alucinações visuais, de perda marcada das associações ou aplanamento afetivo. Quanto ao comportamento, apesar de desorganizado, existia compreensibilidade quando contextualizado ao conteúdo delirante e alucinatório. Nos exames complementares realizados neste doente, não se encontrou qualquer outra perturbação cerebral que pudesse estar a condicionar as alterações psicopatológicas apresentadas.
Assim, apesar do diagnóstico do quadro clínico ser Esquizofrenia, poder-se-ia considerar como tendo o diagnóstico histórico de Parafrenia. Neste doente, a existência de menor deterioração cognitiva e de conservação funcional antevê um prognóstico diferente e mais favorável do subjacente ao diagnóstico contemporâneo.

**Conclusões**

Apesar de alguns quadros clínicos terem sido retirados das classificações atuais, prevalecem casos na prática clínica que geram dúvida e se moldam a conceitos clássicos, nomeadamente o de Parafrenia. Assim, é significativo ter uma visão completa dos casos, mantendo presentes os conceitos históricos, e não centrando o diagnóstico exclusivamente no cumprimento dos critérios das classificações.
Casos como o descrito, parecem enquadrar-se no diagnóstico de Parafrenia, apesar de lhes serem atribuídos outros diagnósticos hodiernos, como Esquizofrenia, Perturbação Esquizoafetiva ou até Perturbação Afetiva Bipolar. Com este caso clínico, pretende-se salientar a importância dos autores clássicos e da descrição fenomenológica dos quadros clínicos, muito úteis para a compreensão da psicopatologia presente nos quadros clínicos atuais. Assim, seria importante destacar junto do doente e da sua família que, apesar do diagnóstico atribuído ser Esquizofrenia, o curso clínico e o prognóstico tenderiam para o extremo mais favorável, dentro do espetro de possibilidades.

**Bibliografia**

1. Borja-Santos, N. (2007) *Parafrenias* (1ª ed.) Lisboa: Lidel.
2. Borja-Santos, N. (2007) "O Conceito de Parafrenia e a Sua Actualidade". *Psilogos*. 4(1), 44-55.
3. Borja-Santos, N & Trancas, B. & de Oliveira, N. (2010) Tradução para português dos critérios de Alistair Munro para Parafrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 465-468.
4. Telles Correia, D. (2015) *As raízes do sintoma e da perturbação mental* (1ª ed.) Lisboa: Lidel.
5. American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association

# A SÍNDROME DE KAHLBAUM – REVISÃO DO CONCEITO DE CATATONIA DAS ORIGENS À ATUALIDADE

**Carolina Almeida*; Joana Miranda*; Daniel Machado*; Mariana Silva****
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Leiria
*Médica(o) Interna(o) de Formação Especializada em Psiquiatria;
**Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails: carolinacalmeida13@gmail.com; joanaitmiranda@gmail.com;
daniel.machado@chleiria.min-saude.pt; marianasfsilva@gmail.com

**Resumo**
Apesar de vários autores clássicos terem descrito previamente quadros clínicos com sintomas catatónicos, o psiquiatra alemão Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) foi o primeiro a caracterizar a catatonia como uma síndrome psiquiátrica independente, em 1874. A Síndrome de Kahlbaum consistiria num processo com curso cíclico alternando entre fases de melancolia, mania, estupor, confusão e com eventual evolução no sentido da deterioração, contando ainda com alterações motoras concomitantes. Posteriormente, Emil Kraepelin associou o conceito à *dementia praecox* e Eugen Bleuler reforçou esta associação, pelo que a catatonia foi restringida a um subtipo específico de esquizofrenia com o mesmo nome. Esta classificação diagnóstica prevaleceu na literatura científica do século XX, condicionando as primeiras edições dos sistemas classificativos. Atualmente encontra-se restabelecida a associação entre a catatonia e outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente do humor e do neurodesenvolvimento, assim como a múltiplas patologias de origem orgânica.

**Palavras-chave:** catatonia; síndrome; Kahlbaum; esquizofrenia catatónica; psiquiatria

**Abstract**
Although several classic authors had previously reported clinical cases of patients with catatonic symptoms, the German psychiatrist Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) was the first to describe catatonia as an independent psychiatric syndrome, in 1874. The Kahlbaum Syndrome would thus consist of a process with a cyclical course, alternating phases of melancholy, mania, stupor and confusion, eventually evolving towards cognitive deterioration, and with simultaneous motor alterations. Later, Emil Kraepelin associated this concept with *dementia praecox* and Eugen Bleuler reinforced this association, so catatonia was then viewed solely as a specific subtype of schizophrenia with the same name. This diagnostic classification prevailed in the scientific literature through the twentieth century, as seen in the older editions of the classification systems. Nowadays, the association between catatonia and other psychiatric disorders, namely mood and neurodevelopmental disorders, as well as multiple organic conditions has been re-established.

**Keywords:** catatonia; syndrome; Kahlbaum; catatonic schizophrenia; psychiatry

***

## Introdução
As síndromes catatónicas, caracterizadas por um conjunto de sintomas muito sugestivos, estão descritas desde muito cedo e fazem parte da prática clínica corrente da Psiquiatria. O enquadramento nosológico das mesmas tem sido visto como algo controverso e gerador de discórdia na comunidade científica ao longo dos tempos,

sofrendo fortes influências das diferentes correntes ideológicas de autores marcantes na história da Psiquiatria.
Com o presente trabalho, pretendeu-se efetuar uma resenha histórica da evolução do conceito e categorização nos principais sistemas classificativos da catatonia desde as suas origens até à atualidade, descrevendo os contributos dos autores mais relevantes.

**Discussão**
Sintomas catatónicos são reconhecidos como parte do comportamento humano pelo menos desde que o médico inglês Philip Barrough documentou um quadro clínico compatível com estupor, em 1853. Um século mais tarde, em 1663, Robert Bayfield referiu-se à catalepsia em indivíduos que permaneceriam doentes durante meses ou anos, alguns recuperando espontaneamente e outros acabando por falecer de fome ou infeções. Também Thomas Bakewell, em 1815, descreveu de forma eloquente o negativismo presente numa doente jovem.

**Contributo de Karl Ludwig Kahlbaum**
Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) foi um psiquiatra alemão, formado em Berlim em 1855. Foi professor na Universidade de Königsberg e, a partir de 1867, também diretor do hospital psiquiátrico de Görlitz, onde permaneceu o resto da sua vida. É reconhecido pelo seu precioso contributo na área da Psiquiatria, essencialmente pelos estudos que fez com o seu discípulo Ewald Hecker. Em conjunto, estes dois clínicos cunharam termos ainda hoje em uso na prática clínica como distimia, ciclotimia, catatonia, parafrenia e hebefrenia.
Kahlbaum estudou os fenómenos catatónicos, usando uma amostra heterogénea de 26 doentes internados e com diagnósticos variados, como doenças neurológicas, epilepsia, tuberculose e sífilis. Descreveu pela primeira vez a catatonia durante uma palestra em Innsbruck, em 1868. Alguns anos depois, em 1874, publicou a monografia intitulada *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*, onde se referia à catatonia como uma condição cerebral independente e que tinha um curso cíclico, em que os sintomas psiquiátricos alternavam consecutivamente entre a melancolia, a mania, o estupor, a confusão e eventualmente culminavam em demência. Admitia, no entanto, a possibilidade de alguma destas fases estar ausente e, além dos sintomas mentais, descreveu processos motores que se assemelhavam a convulsões como parte integrante da condição.
Na sua obra, Kahlbaum reconhece incertezas sobre a posição nosológica da catatonia, considerando-a também como um estado temporário ou parte de um quadro complexo de várias formas de doença, ou seja, uma síndrome. Enfatizou que a catatonia teria forte associação à doença afetiva, tanto a depressão como a mania, mas reconheceu também outras condições associadas, nomeadamente o alcoolismo, a epilepsia, a malária, a sífilis e a tuberculose. Salientou que a catatonia não deveria ser entendida como uma condição mental degenerativa, uma vez que em alguns dos casos que observou havia recuperação com bom prognóstico. Os seus estudos acabaram por se revelar em parte inconclusivos pois, dos 26 doentes estudados, 8 apresentaram remissão, 8 morreram ou cronificaram, e dos restantes 10 não há informação disponível.
Nas décadas que se seguiram à publicação de Kahlbaum, os sintomas catatónicos foram descritos numa série de perturbações mentais, incluindo mania e depressão, e doenças médicas, nomeadamente metabólicas (insuficiência renal ou hepática, cetoacidose, défice de vitamina B12), endócrinas (hipertiroidismo, doença de Cushing, doença de Addison, síndrome de secreção inadequada da hormona antidiurética), neurológicas (epilepsia, esclerose múltipla, encefalite), reumatológicas (lúpus eritematoso sistémico) e infeciosas (febre tifóide, malária, mononucleose).

A tentativa de Kahlbaum de descrever a catatonia como uma doença distinta recebeu fortes críticas na literatura internacional da época, que questionou os seus esforços pioneiros para aglutinar fenómenos psicopatológicos aparentemente díspares num único conceito clínico. Neste contexto, o conceito de catatonia como uma doença individual foi amplamente descartado durante a segunda parte do século XIX e as primeiras décadas do século XX e a natureza omnipresente dos sintomas catatónicos e da própria síndrome catatónica foi geralmente aceite na psiquiatria alemã e francesa.

**Contributos de Emil Kraepelin e Eugen Bleuler**

O trabalho de Kahlbaum influenciou o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926). Em 1893, Kraepelin incorporou a catatonia no conceito de *dementia praecox*, juntamente com a hebefrenia e a psicose paranóide. Para Kraepelin, os sintomas catatónicos não eram critérios necessários ao diagnóstico de *dementia praecox*, mas eram mais característicos desta e quase não acompanhavam qualquer outro processo mórbido de forma pronunciada ao longo de um período de tempo considerável.

Kraepelin assumiu que era possível considerar a catatonia de Kahlbaum como a forma principal, embora peculiar, de *dementia praecox*. Por outro lado, fenómenos catatónicos eram, sem dúvida, também observados em muitos processos mórbidos bastante diferentes, de modo que sua identificação, por si só, não justificava a conclusão de que a catatonia como subtipo de demência precoce estaria presente. Reconhecia, assim, como possíveis os sintomas catatónicos associados ao humor e outros quadros psiquiátricos.

Nos primeiros anos do século XX, Emil Kraepelin descreveu a catatonia como uma possível manifestação de demência precoce e a inclusão do subtipo catatónico na sua classificação era temporária. Mais tarde, e seguindo a abordagem de Kraepelin, também Eugen Bleuler (1857-1939) categorizou a catatonia como um subtipo de esquizofrenia. Segundo Adolf Meyer (1866-1950), a catatonia de Kahlbaum não era, como comumente se acreditava na época, a mesma catatonia encontrada no conceito de demência precoce de Kraepelin. Meyer defendia que a catatonia de Kahlbaum tinha sido generosamente alargada de modo a englobar todos os casos em que estivessem presentes a catalepsia, o negativismo, os automatismos, as estereotipias e a verbigeração e que Kraepelin tinha antes desenvolvido um conceito clínico de catatonia, que foi encoberto durante décadas e lhe atribuiu a ele a visão simplificada de que catatonia seria igual a esquizofrenia.

Dada a indiscutível influência destas figuras no campo da Psiquiatria, tem havido alguma tendência para considerar a catatonia como uma condição puramente psiquiátrica e associada à esquizofrenia até aos dias de hoje. Durante o século XX, apenas se registaram tentativas isoladas para descrever e classificar catatonia fora do sistema Kraepeliniano.

**Impacto nos sistemas classificativos**

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM)

A influência de Bleuler foi notável no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico no Estados Unidos da América, especialmente da esquizofrenia, e acabou por formar a base para o DSM-I em 1952 e para o DSM-II em 1963, ambos associando o termo "catatonia" apenas à esquizofrenia. Com o surgimento do DSM-III, em 1980, o conceito e critérios de diagnóstico da esquizofrenia foi afunilado através de critérios de inclusão, exclusão e critérios de curso clínico. Também a catatonia foi mais bem definida, embora permanecesse apenas como um subtipo de esquizofrenia. O DSM-III definia a esquizofrenia catatónica como um quadro dominado por estupor catatónico ou mutismo, negativismo, rigidez, excitação ou postura catatónica (*posturing*).

Historicamente, a esquizofrenia catatónica foi ainda dividida em subtipos agitada e estuporosa. Não era claro, na altura, como era feita a distinção entre a esquizofrenia catatónica estuporosa e a depressão ou a esquizofrenia catatónica agitada e a mania, de outra forma que não fosse através da presença ou ausência dos sintomas clássicos da esquizofrenia já reconhecidos na altura e que deixaram de ser vistos como patognomónicos no DSM-III. A catatonia de Kahlbaum não previa este diagnóstico diferencial.

Embora o diagnóstico de esquizofrenia tenha sido "estreitado", na maioria dos sistemas classificativos modernos e no DSM-III o diagnóstico das perturbações afetivas foi alargado e passou a incluir muitos doentes com sintomas afetivos e psicóticos concomitantes e que, acordo com DSM-I e DSM-II, se enquadrariam no diagnóstico de esquizofrenia. Assim, muitos doentes anteriormente diagnosticados como esquizofrénicos passaram a ser incluídos na perturbação afetiva bipolar com sintomas psicóticos. No entanto, apesar de os termos "psicótico" e "esquizofrénico" serem termos claramente separados no DSM-III, os termos "catatónico" e "esquizofrénico" permaneceram muito associados.

Nos últimos anos, surgiram vários relatos de uma associação não só entre catatonia e diferentes perturbações mentais, mas também da associação a uma grande variedade de condições médicas. A consciência crescente de que a catatonia era uma síndrome identificável, independente da esquizofrenia e tratável com abordagens não eficazes na esquizofrenia levou ao desenvolvimento de escalas de classificação para identificar a catatonia, provas terapêuticas com benzodiazepinas para verificar o diagnóstico e protocolos eficazes no tratamento da síndrome. Assim, apesar de a catatonia ter sido assumida como parte exclusivamente integrante da esquizofrenia durante grande parte do século XX, condicionando as primeiras três edições do DSM, os autores das duas últimas versões dos sistemas de classificação de diagnóstico mais importantes mudaram a sua abordagem à catatonia.

Em 1994, no DSM-IV, a catatonia recebe um código de identificação único e surge a possibilidade a entender como secundária a uma condição. Na quarta edição da DSM, a catatonia surge em 3 contextos diferentes: a perturbação catatónica devido a uma condição médica geral; a esquizofrenia de subtipo catatónico; e o especificador "com sintomas catatónicos" aplicável às principais perturbações do humor. Segundo alguns autores, a limitação mais importante da abordagem do DSM-IV é o facto de a catatonia não ser nela reconhecida como uma síndrome específica.

Em 2013, no DSM-5, a esquizofrenia catatónica foi excluída, assim como os outros subtipos de esquizofrenia, e a catatonia foi reconhecida como uma síndrome de comportamento identificável, verificável e tratável. A quinta edição da DSM não trata a catatonia como uma classe independente, mas reconhece que a catatonia pode ocorrer no contexto de várias perturbações mentais, para as quais está disponível um especificador de catatonia, incluindo a esquizofrenia e restantes perturbações psicóticas, as principais perturbações do humor e perturbações do neurodesenvolvimento. Reconhece ainda a possibilidade de a catatonia estar associada a condições médicas ou ao efeito adverso de um medicamento. Antes de ser usado o especificador de catatonia nas perturbações mentais, é salientada a necessidade de descartar uma ampla gama de outras condições médicas. Estas incluem condições infeciosas, metabólicas, neurológicas ou outras. Os critérios clínicos para catatonia são os mesmos em todo o Manual, independentemente do diagnóstico inicial, sendo necessária a presença de pelo menos três de uma lista de doze sintomas: estupor, catalepsia, flexibilidade cérea, mutismo, negativismo, postura, maneirismo, estereotipia, agitação não influenciada por estímulos externos, caretas, ecolália e ecopraxia.

O DSM-5 apresenta também, de forma inteiramente nova, a categoria independente de "catatonia não especificada", potencialmente importante no reconhecimento da catatonia como uma entidade diagnóstica distinta. Esta categoria permanece ambígua em relação à catatonia como um diagnóstico separado por se destinar a ser aplicada a condições onde "não haja clareza quanto à natureza da perturbação mental subjacente ou de outra condição médica, não sejam satisfeitos todos os critérios para catatonia ou a informação existente não seja suficiente para que seja feito um diagnóstico mais específico".

No fundo, reside no DSM-5 uma incerteza sobre a posição nosológica da catatonia, o que é demonstrado pela colocação dos três possíveis diagnósticos de catatonia na secção "Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas", apesar de surgir como especificador em muitas outras perturbações, nomeadamente do humor. O conceito de catatonia adotado pelo DSM-5 constitui um passo importante para o futuro e estimula a exploração de um diagnóstico de catatonia na prática clínica.

Nos últimos 20 anos, o número de publicações sobre catatonia cresceu significativamente, aumentando a consciencialização dos clínicos para esta condição e abrindo novamente o debate sobre a posição nosológica da mesma. Entre os principais apoiantes de uma "síndrome catatónica" estão Taylor e Fink (2003), que voltam ao ponto de vista unitário de Kahlbaum e propuseram outros critérios diagnósticos com base em características clínicas, com o objetivo de facilitar o reconhecimento e consequente foco na terapêutica. Taylor e Fink (2003) propõem considerar a catatonia como uma categoria de diagnóstico independente representada por 3 subtipos clínicos: a catatonia não maligna (síndrome de Kahlbaum) como a forma mais frequente de catatonia e caracterizada por imobilidade, mutismo, negativismo, postura, rigidez até estupor; a catatonia delirante, definida pela presença de excitação, hiperatividade sem objetivo, estereotipias, verbigeração, estado alterado de consciência e delírios; e a catatonia maligna, caracterizada por um início agudo, febre e evidência de instabilidade autonómica, aumento das enzima de necrose muscular, redução de ferro sérico, leucocitose. Os autores incluem nesta terceira categoria a Síndrome Maligna dos Neurolépticos e a Síndrome Serotoninérgica. Para cada um dos 3 subtipos clínicos, os autores sugerem ainda 4 especificadores: secundário a perturbação de humor; secundário a uma condição médica geral ou estado tóxico; secundário a um distúrbio neurológico; secundário a uma perturbação psicótica.

Classificação Internacional de Doenças (CID)

No que diz respeito à Classificação Internacional de Doenças, na 10ª edição (CID-10), foi adicionada a possibilidade de diagnosticar um quadro catatónico de causa orgânica, algo que não estava presente nas versões anteriores, que restringiam os sintomas catatónicos ao conceito de esquizofrenia catatónica. Já na muito recente CID-11, a catatonia surge codificada individualmente e sem associação necessária a outras perturbações, podendo codificar-se como associada a perturbações mentais (esquizofrenia ou outras psicoses, perturbações do humor e perturbações do neurodesenvolvimento), induzida por substâncias ou medicamentos, secundária a condições médicas ou não especificada.

**Conclusão**

Começando com Kahlbaum, o conceito de catatonia foi mudando à medida que passou pelas lentes de várias ideologias. Dependendo da ideologia aplicada, era vista como uma doença individual ou como multifacetada, uma perturbação psicótica ou outra, e que era seguida de recuperação total ou conduzia à demência irreversível. Kahlbaum foi o primeiro autor a propôr a catatonia como uma entidade nosológica distinta, enquanto Kraepelin defendia que sintomas catatónicos persistentes eram características do

subtipo catatónico da demência precoce, a que Bleuler mais tarde chamou esquizofrenia. A notável influência de Kraepelin nas classificações psiquiátricas levaram ao aparecimento da catatonia apenas como um subtipo de esquizofrenia nas três primeiras edições do DSM. O progresso neste campo é ilustrado pela inclusão de três formas de catatonia no DSM-5, abrindo assim o caminho em direção a uma exploração do conceito original de Kahlbaum de catatonia como uma doença distinta.

**Fontes e bibliografia final**


American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Barnes, M. P., Saunders, M., Walls, T. J., Saunders, I., & Kirk, C. A. (1986). The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 49*(9), 991–996. https://doi.org/10.1136/jnnp.49.9.991

Carroll, B. T. (2001). Kahlbaum's catatonia revisited. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 55*(5), 431–436. https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00887.x

Fink, M., & Taylor, M. A. (2003). *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. Cambridge University Press.

Gazdag, G., Takács, R., & Ungvari, G. S. (2017). Catatonia as a putative nosological entity: A historical sketch. *World Journal of Psychiatry, 7*(3), 177–183. https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.177

Healy, D. (2013). Catatonia from Kahlbaum to DSM-5. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(5), 412–416. https://doi.org/10.1177/0004867413486584

Kasai, M. M. S., Ducci, N. C., Fratoni, T. M., & Buriola, A. A. (2018). Esquizofrenia catatônica: um relato de caso. *Colloquium Vitae, 10*(3), 66–72. https://doi.org/10.5747/cv.2018.v10.n3.v245

Luchini, F.; Bartolommei, N.; Benvenuti, A.; Mauri, M.; Lattanzi L. (2015). Catatonia from the first descriptions to DSM 5. *Journal of Psychopathology, 21*, 145-151.

Peralta, V., Cuesta, M. J., Serrano, J. F., & Mata, I. (1997). The Kahlbaum Syndrome: A study of its clinical validity, nosological status, and relationship with schizophrenia and mood disorder. *Comprehensive Psychiatry, 38*(1), 61–67. https://doi.org/10.1016/s0010-440x(97)90055-9

Ries, R. K. (1985). DSM-III implications of the diagnoses of catatonia and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 142*(12), 1471–1474. https://doi.org/10.1176/ajp.142.12.1471

Shorter, E., & Fink, M. (2018). *The Madness of Fear: A History of Catatonia* (1st ed.). Oxford University Press.

Tang, V. M., & Duffin, J. (2014). Catatonia in the history of psychiatry: Construction and deconstruction of a disease concept. *Perspectives in Biology and Medicine, 57*(4), 524–537. https://doi.org/10.1353/pbm.2014.0033

Taylor, M. A., & Fink, M. (2003). Catatonia in psychiatric classification: A home of its own. *American Journal of Psychiatry, 160*(7), 1233–1241. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1233

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). Acedido a 1 de julho de 2021, em https://icd.who.int/

# O UNIVERSO DAS PSICOSES BREVES

**Tiago Coelho Rocha[1]; Sandra P. Torres[1]; Andreia Lopes[2]**
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo
[1]Interno/a de formação específica em Psiquiatria
[2]Assistente hospitalar de Psiquiatria
Email: coelhorochatiago@gmail.com

**Resumo**
Ao longo das décadas, vários conceitos foram formulados para definir o mesmo síndrome que contrastava com o paradigma das psicoses – a esquizofrenia. Kahlbaum cunhou o termo "disfrenia", uma forma grave de psicose que remitia sem mostrar a sequência típica e sem deixar alteração diuturna. Kraepelin incluiu a disfrenia na psicose maníaco-depressiva, à qual chamou primeiro de "delírio periódico" e depois de "mania delirante". Magnan, na era pré-kraepeliniana, criou o termo "*bouffée delirante*", mais tarde reconceptualizado por Henry Ey. Várias escolas propuseram outras designações: "psicose cicloide" da escola alemã, "psicose psicogénica" da escola escandinava e "holodisfrenia" da escola portuguesa. Hodiernamente, "Perturbações psicóticas agudas e transitórias" no CID-10 e "Perturbações psicóticas breves" no DSM-5 são designações da mesma entidade clínica. O polimorfismo clínico das psicoses breves representa um desafio diagnóstico. A evolução histórica do conceito pode ser útil no reconhecimento da entidade e no seu diagnóstico diferencial.

**Palavras-chave**: psicoses breves; *bouffée délirante*; psicose cicloide; psicose psicogénica, "holodisfrenia"

**Abstract**
Over the years, several concepts were formulated to define the same syndrome that contrasted with the paradigm of psychoses – schizophrenia. Kahlbaum coined the term 'dysphrenia', a severe form of psychosis that remitted without showing the typical sequence and leaving a lasting alteration. Kraepelin included dysphrenia in manic depressive illness, which he first named as 'periodic delirium' and then as 'delirious mania'. Magnan, in the pre-Kraepelinian era, created the term '*bouffée délirante*', later reconceptualized by Henry Ey. Other schools proposed numerous designations: 'cycloid psychosis' from the German school, 'psychogenic psychosis' from the Scandinavian school and 'holodysphrenia' from the Portuguese school. Nowadays, 'Acute and transient psychotic disorders' in ICD-10 and 'Brief psychotic disorders' in DSM-5 are classifications of the same clinical entity. The polymorphism of brief psychosis present a clinical challenge. The historical evolution may be helpful on recognizing this entity and in its differential diagnosis.

***

## Introdução

Um episódio psicótico breve é um quadro psiquiátrico caracterizado por sintomatologia psicótica, ou seja, uma combinação de delírios, alucinações e comportamento desorganizado, mas o que o distingue dos restantes quadros psicóticos típicos é o seu início abrupto, duração curta e remissão completa da semiologia com restituição *ad integrum* do estado pré-morbido. Tal como referido, a sintomatologia é predominantemente psicótica, contudo são habituais alterações das emoções, alterações psicomotoras, alterações dos ritmos biológicos e alterações da consciência e atenção.

Quanto ao prognóstico, este é favorável, sendo o funcionamento pré-mórbido recuperado e não havendo quebra com a personalidade prévia do doente. Isto iria contra o conceito existente de doença mental grave, que seria uma doença sistematicamente progressiva, na qual se verificava uma destruição das faculdades mentais e desintegração do Eu. Ao longo de décadas, várias designações foram sendo atribuídas a estes quadros, o que revela a grande incerteza diagnóstica que existia em torno dos mesmos. Com este trabalho, pretende-se explorar o conceito das psicoses breves e a sua evolução nosológica ao longo dos anos.

**Perspetiva histórica**

Durante décadas, a dúvida existente em torno destes quadros que suscitavam controvérsia fomentou o seu estudo. Nesse sentido, três questões emergiram, com as quais clínicos e estudiosos da Psiquiatria se depararam ao longo do tempo, na tentativa de melhor compreender estes episódios psicóticos breves:

1. primeira seria a sua inclusão ou não no sistema nosológico das perturbações mentais e em que categoria;
2.A segunda seria acerca dos seus critérios de diagnóstico, uma vez que deveriam ser claros o suficiente para os diferenciar dos restantes quadros psicóticos;
3.E a terceira, por último, seria a sua explicação etiológica que, por um lado, deveria justificar a sua sintomatologia grave e florida e, por outro, o seu bom prognóstico.

| |
|---|
| Esquizofrenia aguda (indiferenciada) |
| *Bouffée délirante* |
| Psicose cicloide |
| Reação paranoide |
| Psicose psicogénica |
| Psicose reativa |
| Psicose atípica |
| Reação esquizofrénica |
| Psicose esquizofreniforme |
| Esquizofrenia remitente |
| Esquizofrenia de bom prognóstico |
| Holodisfrenia |

Quadro 1 - Designações atribuídas aos episódios psicóticos breves

Numerosos autores descreveram estados psicóticos breves de natureza periódica ou transitória ao longo do tempo, ainda que não os tenham conseguido integrar inequivocamente em nenhuma categoria nosológica específica. Dois autores que em muito enriqueceram o nosso sistema de classificação de doenças atual, contribuíram também para a classificação destes episódios psicóticos breves: Karl Ludwig Kahlbaum e Emil Kraepelin.

Karl Ludwig Kahlbaum (1829 – 1899), um psiquiatra alemão, na sua obra *Die Gruppirung psychischer Krankheiten*, distinguiu a vesânia típica da disfrenia. A **vesânia típica** seria uma psicose que tinha subjacente um processo patológico progressivo subjacente que atravessaria diferentes estádios. Por outro lado, a **disfrenia** pressupunha uma base

etiológica que a provocava, mas não seria expressão direta de um processo de base. Estes quadros não aflorariam diretamente de um processo patológico progressivo, mas antes de um processo orgânico subjacente, nomeadamente de etiologia epilética, sexual ou reumática, por exemplo. De notar que o conceito *Kahlbaumiano* de disfrenia agrupou três elementos que posteriormente foram notados nos quadros psicóticos agudos e breves: um curso atípico (não progressivo), um quadro sintomatológico misto e a suposição de um eventual princípio etiológico orgânico ou não funcional subjacente.
Mais tarde, Emil Krapelin (1856 – 1926), psiquiatra alemão e comumente considerado como o fundador da Psiquiatria moderna, reformou o sistema de classificação das doenças psiquiátricas e o seu sistema nosológico dominou a Psiquiatria no século XX. O seu trabalho não excluiu os quadros psicóticos breves que, apesar de não estarem incluídos na noção clássica *Kraepeliniana* de ***dementia praecox*** - uma perturbação psicótica crónica e deteriorizante com *outcome* destrutivo para o doente e que, portanto, não permitia a inclusão de entidades psicóticas breves de bom prognóstico - constavam em várias outras categorias, mais notavelmente na **psicose maníaco-depressiva**. No entanto, a descrição proposta para estes quadros, na 6.ª edição da sua obra, não correspondia clinicamente de forma inequívoca ao quadro típico da mania e Emil Kraepelin acrescentou uma advertência para a sua inclusão nesta categoria diagnóstica, que devia ser feita sem caráter de certeza. "*Esta condição deve ser classificada como doença maníaco-depressiva com alguma reserva*". Mais tarde, na 8.ª edição, a observação foi removida e condições como os quadros psicóticos breves foram terminantemente classificados como pertencendo às doenças afetivas.
Emil Kraepelin advogava a existência de dois processos distintos de doenças (*Krankheitsvorgänge*), um deles destrutivo (o esquizofrénico) e outro completamente equilibrado (o maníaco-depressivo). Apesar do psiquiatra não ter abandonado por completo a ideia de haver dois processos opostos de evolução das doenças, ele admitiu a coexistência de quadros fenomenológicos que poderiam não ser enquadrados inequivocamente em cada um dos processos.
De facto, os episódios psicóticos breves têm vindo a ser repetidamente reconceptualizados e várias denominações têm vindo a surgir.

**Bouffée délirante**
Foi um dos conceitos diagnósticos mais influentes da Psiquiatria Francesa, que perdurou por mais de 100 anos, e frequentemente considerada como a raiz francesa das psicoses breves e transitórias. Termo cunhado por Valentin Magnan (1835 – 1916) na era pré-*kraepeliniana* e mais tarde desenvolvido pelos seus seguidores Maurice Legrain e Honoré Saury, a *bouffée délirante* teve por base a **teoria da degeneração**, introduzida por Bénédict-Augustin Morel em 1857.
O conceito de degeneração advogava a existência de uma disposição comum ou diátese, que seria de natureza hereditária – o **estado degenerado**. Essa diátese seria a origem da perturbação psiquiátrica. A disposição poderia ser reconhecida através de anormalidades somáticas e psicológicas, consistindo estes marcos no que se entendia como o **estigma degenerado**. O caráter hereditário condicionaria a sua transmissão de geração em geração, com uma maior e mais célere deterioração à medida que era herdado.
Esta teoria pressupunha diferentes graus de degeneração, a saber:

1.*Délire d'emblée, bouffées subites d'idées délirantes* ou *bouffée delirante*, que seria um episodio psicótico breve com início súbito, características polimórficas transitórias e remissão completa após pouco tempo;

2.*Délire chronique à évolution systématique*, que seria uma perturbação psicótica persistente que culminaria na deterioração do indivíduo e na demência precoce, com perda das faculdades mentais;
3.*Dégénéres supérieures*, que seriam os indivíduos de inteligência normal, caracterizados por traços neuróticos da personalidade, mas sem incapacidade mental grave.

No final da sua vida, Valentin Magnan viu a sua influência a diminuir drasticamente e, com isso, a *bouffée délirante* perdeu importância clínica. Mais tarde, Henry Ey (1900 – 1977) renovou o interesse neste conceito, à luz da sua **teoria organodinâmica**, e redefiniu-o. Considerou ainda que a doença mental seria um fenómeno mental, mas que a sua etiologia não o seria. Esta teoria, desenvolvida pelo psiquiatra francês, afirmava que:

1.A doença mental é uma regressão a um nível de desenvolvimento anterior e que a sua causa é resultado de uma desorganização orgânica;
2.O hiato entre a perturbação orgânica e a sua expressão psíquica (*écart organo-clinique*) estará coberto pela vida mental do doente naquele preciso momento;
3.A doença mental é sempre orgânica na sua etiologia e sempre psíquica na sua patogenia.
Argumentou ainda que a *bouffée délirante* apresentava uma posição exata no desenvolvimento do processo de desestruturação da consciência, intermédio à psicose maníaco-depressiva e à esquizofrenia e que seria essa circunstância que explicaria, por um lado, a sua sintomatologia grave e, por outro, o seu bom prognóstico.

**Psicose cicloide**
O conceito de psicose cicloide foi a entidade nosológica desenvolvida pelos famosos três Karls (Karl Wernicke, Karl Kleist e Karl Leonhard).
Karl Wernicke (1848 – 1905) descreveu inicialmente as **psicoses de ansiedade** e as **psicoses de motilidade**, considerando-as transitórias e de bom prognóstico. As primeiras, por um lado, seriam dominadas por um humor ansioso que poderia condicionar o aparecimento de outra sintomatologia, incluindo fenómenos psicóticos (de caráter paranoide). Já as segundas, por outro lado, condicionariam sintomatologia motora e eram divididas em hipercinéticas, acinéticas e mistas.
Karl Kleist (1879 – 1960) cunhou o termo psicose cicloide, porque se manifestaria em múltiplas fases ao longo da vida, remitiria e recidivaria numa forma autóctone e frequentemente manifestaria síndromes antagónicos – hipercinésia e acinésia, confusão e estupor – e não causaria defeitos mentais. O termo psicose cicloide derivou diretamente das psicoses de motilidade, inicialmente descritas por Karl Wernicke.
Kleist aderiu ainda ao ponto de vista neuroanatómico como possível génese destes quadros, como resultado da disfunção temporária de centros cerebrais intrinsecamente lábeis.
Mais tarde, Karl Leonhard (1904 – 1989), influenciado pelas ideias de Karl Kleist, subdividiu as patologias do espetro da esquizofrenia em três grandes grupos – as **psicoses endógenas**. Nestas, estariam incluídas as psicoses cicloides, as esquizofrenias não sistemáticas e as esquizofrenias sistemáticas. Para além disso, redefiniu e expandiu o conceito das psicoses cicloides, acrescentando uma terceira forma, a psicose de ansiedade-êxtase, concluindo que estes quadros psicóticos breves seriam de três tipos:

1.Psicoses de ansiedade-êxtase, maioritariamente caracterizadas por uma perturbação do humor. No polo da ansiedade poderia haver sintomas de angústica, desconfiança, ideias de autorreferência, hipocondríacas ou de menos-valia. No polo oposto ocorreria

um estado de êxtase, ideias de felicidade e de autorreferência. Este tipo de psicose contemplaria os quadros mistos e os cicladores rápidos;
2.Psicoses de excitação-confusão, predominantemente caracterizadas por uma perturbação do pensamento. Na fase excitada ocorreria incoerência do pensamento e pressão do discurso. Na fase inibida ocorreria pobreza do pensamento e perplexidade;
3.Psicoses hipercinéticas-acinéticas, grandemente caracterizadas por sintomatologia motora. Os quadros poderiam ser hipercinéticos ou acinéticos, como o próprio nome indica.

Para si, as psicoses cicloides diferiam da esquizofrenia pelo prognóstico favorável, insistindo que estas seriam completamente resolvidas após o tratamento do quadro agudo.

**Psicose reativa**
No início do século XX, foram reportados vários quadros psicóticos que surgiram decorrentes de eventos traumáticos, como em situações de combate ou de encarceramento.
Na sua obra *Allgemeine Psychopathologie*, Karl Jaspers (1883 – 1969) determinou três condições a partir das quais um estado psicopatológico pode ser considerado como **reativo**:

1.Existe um evento precipitante adequado em estreita relação temporal com o estado reativo;
2.Há uma relação compreensível fenomenologicamente entre o conteúdo do evento e o da reação psíquica anormal;
3.Ocorre a resolução da reação anormal com a cessação da causa primária.
Este conceito de reação realçava o significado individual da experiência como fator decisivo à génese do quadro mórbido, fazendo sobressair assim a estrutura bimembre do trauma.

O conceito de psicose reativa (ou psicose psicogénica) teve particular popularidade nos países escandinavos, tendo sido mais bem caracterizada por August Wimmer, baseando-se no conceito de reação de Jaspers. Em 1916, o professor de Psiquiatria publicou uma monografia sobre esta entidade clínica, tendo escrito:

> *"Por psicoses psicogénicas, designamos as psicoses que são causadas por agentes mentais ('mental traumata') numa fundação predisposta. Estes agentes determinam o início da psicose, as suas flutuações (remissões, intermissões e exacerbações) e muito frequentemente a sua cessação. Igualmente, a forma e o conteúdo da psicose está, mais ou menos, diretamente relacionada pelo fator precipitante"*

A abordagem das psicoses reativas segundo uma perspetiva fenomenológica, de acordo com Erik Strömgren (1909 – 1993) cobre um espetro sintomatológico tão vasto, que pode variar desde os estados crepusculares psicogénicos, os sintomas depressivos ou até mesmo os quadros delirantes crónicos. Segundo o psiquiatra dinamarquês, as psicoses reativas incluíam:
1.Síndromes emocionais, que variavam entre a depressão ou a excitação;
2.Síndromes com perturbações da consciência, nas quais se incluíam, por exemplo, os quadros delirantes, os estados dissociativos, os estados crepusculares e as fugas dissociativas;

3.Estados paranoides, que incluíam os delírios sensitivos de referência, a paranoia litigante ou as psicoses de encarceramento, por exemplo.

Os episódios psicóticos agudos poderiam ser encontrados nos segundo e terceiro grupos.

**Holodisfrenia**

O contributo da escola portuguesa para a categoria nosológica dos quadros psicóticos breves foi a **holodisfrenia,** conceito defendido por Barahona Fernandes. Inicialmente, o psiquiatra português começou por reconhecer, na sua prática clínica, síndromes atípicas que seriam de difícil classificação e não diagnosticáveis como esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva.

Após ter estagiado dois anos na clínica de Karl Kleist e bebido do seu conhecimento sobre as já mencionadas psicoses cicloides, Barahona Fernandes, em conjunto com Pedro Polónio, propõe uma inovadora conceptualização destes quadros, encarando-as como uma entidade única e pondo em causa a sua bipolaridade.

Assim, para o psiquiatra português, as holodisfrenias seriam as condições nas quais haveria uma

> "*desintegração aguda da mente, sem dissociação da personalidade que evolucionam em episódios variados para a total reintegração do conjunto*". Este conceito propunha sobretudo uma nova nomenclatura, destacando a estrutura própria destas psicoses e "*fazendo sobressair o seu significado clínico, distinto do esquizofrénico*".

Barahona Fernandes sublinhou alguns aspetos que seriam fundamentais, em termos da observação transversal destes quadros

1.A alteração da consciência;
2.A tenacidade enfraquecida da atenção;
3.A incoerência do pensar, com perturbações da perceção, da orientação e da memória;
4.A alteração do comportamento.

Assim, as características nucleares e distintas das holodisfrenias seriam a sua fluidez e labilidade, sem estabilização em novas estruturas; o seu caráter agudo; a fragmentação que causaria no conjunto das funções da consciência; as alterações provocadas nas funções psíquicas, nomeadamente atenção, pensamento, perceção, orientação e memória, com repercussão no comportamento; e a sua total remissão, com reemersão da personalidade pré-psicótica, voltando o sujeito ao seu curso biográfico, com total consciência da natureza mórbida do evento.

O conceito traria assim um interesse clínico prático e renovado, que seria atual à data e que se prendia pelo facto de haver um excesso de diagnósticos de psicose esquizofrénica, uma sobrevalorização de fatores exógenos relativamente à etiologia do quadro e a necessidade de agrupamentos bem delimitados para investigação clínica.

**Atualidade**

O DSM-5 utiliza o termo **Perturbação psicótica breve** para designar os quadros psicóticos com duração superior a um dia e inferior a um mês, especificando se existe ou não um stressor ou se está ou não associada ao período pós-parto. Já o ICD-11 classifica-os como **Perturbação psicótica aguda e transitória**, destrinçando-os em primeiro episódio, múltiplos episódios, outra específica ou sem outra especificação.

**Conclusão**

A intensidade e o polimorfismo das psicoses breves representam um desafio diagnóstico. A classificação atual de doenças não contempla estas entidades históricas como categorias diagnósticas dos quadros psicóticos breves. Estas têm vindo a sofrer alterações conforme as suas atualizações e, atualmente, estes quadros são diagnosticados e classificados, não utilizando estes conceitos históricos, mas sim com base na sua duração, na sua associação com um eventual fator stressante ou associada ao período pós-parto e ainda na recorrência destes quadros psicóticos. No entanto, a evolução histórica do conceito mostra-se útil na prática clínica diária, podendo auxiliar no reconhecimento da entidade e no seu diagnóstico diferencial.

**Bibliografia**

1.Castagnini, A., & Galeazzi, G. M. (2016). Acute and transient psychoses: clinical and nosological issues. *BJPsych Advances*, *22*(5), 292-300.

2.Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Bonoldi, I., Hui, L. C., Rutigliano, G., Stahl, D. R., & McGuire, P. K. (2016). Prognosis of brief psychotic episodes: a meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *73*(3), 211-220.

3.Jørgensen, P., Bennedsen, B., Christensen, J., & Hyllested, A. (1996). Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *94*(6), 460-464.

4.Marneros, A., Pillmann, F., Haring, A., Balzuweit, S., & Blöink, R. (2003). Features of acute and transient psychotic disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *253*(4), 167-174.

5.Marneros, A., Pillmann, F., & Röttig, S. (2005). Acute and transient psychotic disorder: an atypical bipolar disorder?. 207.

6.Morais, S., Lagarto, L., & Cerejeira, J. (2014). Perturbação delirante, perturbação esquizoafectiva e psicoses agudas. *Psiquiatria Fundamental. 1a edição. Lisboa: Lidel*, 159-181.

7.Pillmann, F., & Marneros, A. (2003). Brief and acute psychoses: the development of concepts. *History of Psychiatry*, *14*(2), 161-177.

8.Ribeiro, J. S., Oliveira, P. S., Santos, A. P., Silva, T., & Madeira, N. (2016). De 'Bouffée Délirante'a Perturbação Psicótica Aguda e Transitória: Revisitação do Conceito a propósito de um caso clínico. *Psilogos*, *14*(2), 33-43.

# DELÍRIO DE CRISTAL: DEBAIXO DE UM TELHADO DE VIDRO

**Afonso Homem de Matos[a,b]; Ana Isabel Samouco[a,b]; Joana Cardão[a,b]**
[a]Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental –
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
[b]Médicos Internos de Psiquiatria
Email: afonsohmatos@gmail.com

**Resumo**
O Delírio de Cristal[1], em que os doentes acreditavam que parte ou todo o seu corpo era feito de vidro, foi muito comum no início da Idade Moderna da Europa. Associado frequentemente à melancolia, existem vários relatos médicos e referências em obras literárias. Carlos VI, rei de França, foi um dos primeiros casos descritos: acreditando ser feito de vidro recusava que lhe tocassem com medo de se partir e usava roupas almofadadas para se proteger. Ao longo do tempo, e acompanhando o desenvolvimento científico, o número de relatos diminuiu, tornando-se praticamente inexistentes depois do fim do século XVII. Este aspecto ilustra a influência do contexto cultural no conteúdo dos delírios, numa época onde temas como a natureza do corpo e da alma e a pureza espiritual eram amplamente debatidos e o vidro se tornou num elemento alegórico incorporador da fragilidade física e da transparência espiritual.

**Palavras-chave**: delírio de cristal, história da psiquiatria, melancolia, vidro, glass delusion

**Abstract**
The Glass Delusion, when patients believed that part of or their whole body was made of glass, was quite common in the beginning of Europe's Modern Age. Usually associated to melancholia, there are several medical reports and references in different literary works. Charles VI, king of France, was one of the first documented cases: believing to be made of glass he would refuse being touched by anyone to prevent himself from cracking and would wear padded clothes to protect himself. As time went by, and as scientific progress advanced, the number of reports went down, becoming barely inexistent after the XVIII century. This aspect illustrates the influence of the cultural context in the delusional content, in a time where themes like the nature of body and soul, as well as spiritual purity were widely discussed and where glass became an allegoric element incorporating both bodily fragility and spiritual transparency.

***

## Introdução

Delírio de Cristal[1] foi o nome dado a um fenómeno de natureza psicológica em que as pessoas por ele afectadas acreditavam ser feitas de vidro, receando pela sua fragilidade e sofrendo com a própria transparência. Tradicionalmente associado a episódios de melancolia, os relatos e descrições de casos de que dispomos cingem-se essencialmente ao período da Idade Moderna da Europa, encontrando-se referências ao Delírio de Cristal que vão do século XV ao século XVII. Para além dos casos que surgem em textos de carácter médico-científico, a literatura não científica da época – frequentemente um espelho de traços e tendências sociais dos tempos – oferece-nos uma visão mais abrangente deste intrigante, mas pouco claro fenómeno. O objectivo

[1] Tradução elegante do inglês "Glass Delusion"

deste artigo é, de forma breve, contextualizar o Delírio de Cristal, evidenciar alguns dos casos conhecidos e enquadrar historicamente o papel do vidro neste fenómeno.

**Melancolia e delírio**

Para uma melhor compreensão do Delírio de Cristal, torna-se útil uma breve explicação de alguns conceitos que lhe são inerentes. Quando nos dias de hoje falamos em melancolia rapidamente estabelecemos uma associação com as perturbações depressivas, ou depressões. Embora a melancolia, desde as primeiras referências, como as dos textos hipocráticos, esteja associada a sentimentos de medo e de tristeza, o seu significado tornou-se progressivamente muito mais abrangente e heterogéneo. Na Europa renascentista, a utilização médica do termo melancolia era francamente polivalente e recheado de um conjunto de sinais e sintomas difíceis de conceber debaixo de um único conceito. O melancólico Jaques, personagem da peça "Como Gostais" de William Shakespeare, descreve bem a pluralidade de formas, fortemente subjectivas, que a melancolia assumia na época:

> "Não tenho nem a melancolia do erudito, que é a emulação; nem a do músico, que é fantástica; nem a do cortesão, que é orgulhosa; nem a do soldado, que é ambiciosa; nem a do advogado, que é política; nem a da senhora, que é boa; nem do amante, que é tudo isso; mas é uma melancolia minha, composta de muitas coisas simples, extraídas de muitos objetos e da contemplação diversa das minhas viagens, na qual a minha ruminação muitas vezes me envolve na tristeza mais humorística."[1]

Também Robert Burton, autor do tratado Anatomia da Melancolia, considerado um dos mais importantes livros sobre o tema, resume de forma inspirada a variedade extrema de comportamentos, contrariedades e contradições que se encontrava à sombra da melancolia*:*

> "A torre de Babel nunca criou tanta confusão de línguas, como o caos da melancholia pela variedade de sintomas"[2]

Percebendo a amálgama de entidades incluídas na melancolia torna-se mais fácil compreender que o termo tenha começado a ser utilizado mesmo em casos que extravasavam as situações de doença e de evidente psicopatologia, englobando situações que não eram senão manifestações não patológicas, no limite excêntricas, de estados de humor, paixões, vontades, desânimos ou frustrações. Mantendo-se ligada à Medicina, aproxima-se assim da cultura popular da época; é talvez nesta aproximação que se encontra aquilo a que se poderá chamar o génio melancólico, que atribuía ao homem melancólico capacidades e habilidades intelectuais e artísticas acima do vulgar – o que ajudou a que se tornasse bastante popular, por exemplo, no meio artístico da época.
É nesta perspectiva transversal que devem ser entendidos os relatos de melancólicos afligidos por delírios de cristal. Aliás, como escreve Elena Fabietti (2015), o homem de cristal personifica a ambivalência do fenómeno cultural da melancolia, que navega entre as atribuições (psico) patológicas e os dotes intelectuais; torna-se o sítio onde traços distintos e conflituosos da melancolia, nomeadamente o curso patológico e a tradição do génio melancólico, são integradas.

---

[1] Shakespeare, W. (2000) As You Like It. Cambridge University Press (Ed. Michael Hattaway) (obra original publicada em 1623); tradução portuguesa dos autores

[2] Burton, R (2009) The Anatomy of Melancholy. Ex-Classics Project (obra original publicada em 1621); tradução portuguesa dos autores;

Assim, também o termo "delírio" deve ser interpretado com cautela. Nos dias de hoje, numa definição simplificada, a psicopatologia fala de delírios quando estamos na presença de convicções ou certezas sustentadas por falsos julgamentos ou sem qualquer necessidade de sustentação, detidas com grande certeza, fenomenologicamente indistinguíveis de qualquer outra convicção real e que não cedem à contra-argumentação lógica ou a experiências contraditórias – habitualmente o seu conteúdo é falso, mas tal não tem de ser o caso. Embora vários se enquadrem na categoria de delírio, alguns dos casos de Delírio de Cristal descritos, como veremos, não só não são detidos com esta convicção extrema como cedem quando sujeitos ou confrontados com determinados tratamentos – alguns bastante peculiares; nestes casos, parece mais sensato falar em ideias sobrevalorizadas, em crenças ou em formas de expressão emocional extravagantes – não invalidando que em muitos casos sejam, ainda assim, manifestação de doença mental ou sofrimento psicológico. Mantemos a utilização da palavra delírio por ser esse o termo historicamente atribuído a este fenómeno.

**Os homens de cristal**

As pessoas afectadas pelo delírio de cristal acreditavam que o seu corpo, em parte ou na sua totalidade, era feito de vidro. Nestes momentos, eram invadidas por receios bizarros, mas indiscutivelmente coerentes: medo de movimentos bruscos inadequados a uma anatomia vítrea, de quedas ou choques que as pudessem quebrar, de pessoas descuidadas que as derrubassem, de poderem ver o fundo da sua alma através de um corpo transparente, de serem expostas ao sol ou até de se baixarem para responder às urgências fisiológicas do Homem comum.

Os casos clínicos que nos chegaram através de tratados médicos da época dão-nos a visão do Delírio de Cristal como sintoma de melancolia, doença que tinha tanto de intrigante como de mirabolante – de forma semelhante, também os remédios propostos o eram. Por outro lado, as histórias e contos da literatura não científica mostram-nos outras dimensões deste fenómeno: a sua popularidade e difusão, disseminando-se por toda a Europa, o modo como era encarado pela sociedade contemporânea e, acima de tudo, o seu simbolismo. Gill Speak (1990) reúne vários casos de homens e mulheres de vidro descritos na Europa.

O caso mais antigo documentado é provavelmente o de Carlos VI, rei de França, o Rei Louco (1368-1422). Entre os vários episódios documentados da sua vida que parecem sugerir períodos de descompensação de uma doença mental psicótica grave – p.e. períodos em que esboçava delírios paranóides e achava que estava a ser perseguido pelos próprios amigos ou em que tinha comportamentos bizarros como correr sem roupa pelo castelo – estão momentos em que Carlos VI dizia ser feito de vidro. Nestas alturas, o rei ficava deitado na sua cama por longos períodos, evitando mexer-se com receio de se estilhaçar. Quando era necessário deslocar-se, vestia várias camadas de roupa e utilizava peças de vestuário com protecções metálicas especialmente desenhadas e criadas para proteger os seus órgãos de vidro. Alfonso Ponce de Santa Cruz, médico da corte de Filipe II de Espanha, escreve sobre a melancolia na obra *Di Lui Dignatio et Cura affectuum melancolicorum* que seria editada pelo seu filho em 1622. Neste texto, faz referência a um caso também descrito por André du Laurens, médico da corte de Henrique IV de França: um homem que, achando-se feito de vidro, passava longos períodos numa cama convenientemente feita de palha. Numa abordagem terapêutica que nos nossos dias chocaria qualquer conselho de ética médica, o médico que o tratava pediu que o trancassem no quarto e que de seguida o incendiassem. A prescrição parece ter sido eficaz: o homem, até então de vidro, levantou-se da cama e correu para se salvar; segundo Alfonso Ponce de Santa Cruz, terá gritado para os incendiários:

> "Abram, suplico-vos, meus amigos e queridos serventes, pois eu não me acho um vaso de vidro, mas apenas o mais miserável de todos os homens; especialmente se deixarem que este incêndio ponha fim à minha vida."[1]

Thomas Walkington, clérigo letrado inglês, na obra *The Optick Glass of Humors* (c. 1607), conta o caso de um "ridículo louco" veneziano que achava que as suas nádegas e os seus ombros eram feitos de vidro estilhaçado, recusando sentar-se e afastando-se de qualquer companhia; temendo poder ser usado por um vidraceiro que o visse passar, não saía à rua. Louis de Caseneuve, médico da corte francês, relata num tratado escrito por volta de 1626 o caso de um vidraceiro parisiense que trazia sempre consigo uma almofada, que transportava junto às nádegas que dizia serem de vidro, por recear que se partissem. Também este caso foi tratado de forma pouco convencional: o médico prescreveu-lhe uma tareia, reforçando de forma espirituosa que a dor que este sentia só poderia vir de nádegas de carne e osso. James Howel, historiógrafo de Carlos II de Inglaterra, escreveu em 1621 algumas observações pouco elogiosas, mas que ilustram os sentimentos que na época eram dirigidos aos melancólicos de vidro, sobre um homem que acreditava ser um urinol: "Considerando a fragilidade do material, estava um estranho tipo de melancolia nele que não podia ser persuadido a não ser que era um urinol, certamente merecia ser urinado na boca."[2]
Cervantes é o autor daquela que é provavelmente a mais conhecida obra não médica que fala de um caso de Delírio de Cristal. Na novela *El Licenciado Vidriera* (c. 1613) conta-nos a história de Tomás Rodaja, que depois de enfeitiçado por uma amante crê ser feito de vidro. Para se proteger, recusa-se a usar sapatos ou roupa apertada, anda sempre no meio das ruas para escapar de qualquer objecto que caia dos edifícios, bebe água utilizando as próprias mãos e só aceita comida oferecida à distância, num recipiente de vidro na ponta de um pau. Thomas Tomkis, na peça Lingua (c. 1607), apresenta-nos o personagem Tactus que afligido de melancolia diz ser um urinol de vidro, exclamando a Olfactus "(…) se me amas, vai-te, / sou um urinol que não me atrevo a mexer, / por medo de rachar no fundo."[3] Para além de, com alguma ironia, Tactus evitar qualquer contato físico, também sofre com a sua transparência:

> "Mas para cima ergui as mãos diante do rosto: / Para proteger os olhos dos raios penetrantes das luzes, / Quando protesto, vi o Sol tão claro, / Por ali entre as minhas palmas (...) Abrindo o meu peito, o meu peito era como uma janela, / Através da qual eu percebi claramente o meu coração: / Em cujas concavidades discerni os meus pensamentos, / Confusamente alojados (…)"[4].

O poeta holandês Constantijn Huygens, ele próprio um melancólico, fez pouco de mais um afligido pelo delírio de cristal no poema satírico Dat is't Costelick Mal apontado aos vários círculos sociais contemporâneos, realçando o medo de quebrar as nádegas caso se sentasse numa cadeira ou o de quebrar a cabeça se se deitasse.
Estas são algumas das descrições que nos permitem perceber que, pese embora seja um fenómeno invulgar e caricato, o delírio de cristal esteve francamente disseminado pela

---

[1] Tradução portuguesa dos autores a partir da tradução inglesa citada por Fabietti (2015)
[2] Tradução portuguesa dos autores, a partir do inglês citado por Speak (1990)
[3,7] Tomkis, T. Lingua, Or The Combat Of The Tongue, And The Five Senses For Superiority Londres 1657 Early English Books, parceria de criação online, https://quod.lib.umich.edu/e/eebo/A62894.0001.001?rgn=main;view=fulltext acedido a 28 de Fevereiro de 2022; tradução portuguesa dos autores

Europa Moderna, revestindo-se de características sociais e culturais próprias da época; facto que ilustra isso mesmo é a franca diminuição do número de relatos a partir do final do século XVIII.

**O regresso do vidro**

O vidro, enquanto produto manipulado e criado pelo Homem, remonta ao século XVI A.C.. A invenção de fornos de alta temperatura no século VI A.C. abre portas ao vidro soprado, uma técnica que acaba por se alastrar e se tornar a base do processo de produção de vidro, mantendo-se relativamente inalterada até meados do século XIX D.C.

Schnapp (2013) explica que a relação do Homem com o vidro, até à invenção da arquitectura e indústria vidreira moderna, pode ser resumida em quatro pontos chave: primeiro, o vidro é tido como uma representação e continuidade de cristais ou pedras preciosas naturais, retendo os seus atributos, reais ou imaginados – pureza, saúde, integridade moral, poderes mágicos e força; segundo, a maior parte do vidro neste período é turvo, deixando espaço para o sonho e a busca de uma transparência cristalina – os raros objectos de vidro realmente transparentes viam as suas propriedades místicas reforçadas; terceiro, a maior parte dos objectos de vidro produzidos tinham dimensões à escala de uma mão; e quarto, a percepção do vidro como um objecto extremamente frágil, na iminência de quebrar de forma imprevisível, súbita e irreparável. O vidro consegue assim reunir em si características que parecem, à partida, contraditórias: por um lado, a fragilidade e a impureza de um corpo perene, revestido de imperfeições ínfimas, por outro, a transparência e a luz dos corpos espirituais intemporais e indestrutíveis, no limite da invisibilidade.

Se, de grosso modo, a relação do Homem com o vidro se manteve praticamente inalterada até à Era Industrial, é curioso pensar nas possíveis razões que o levaram a ocupar este lugar improvável, enquanto substrato do Delírio de Cristal, num fenómeno cultural amplamente disseminado entre os séculos XV e XVII.

Os homens de vidro nascem, vivem e morrem nos primeiros séculos da Europa Moderna, um período de marcada efervescência cultural, científica, filosófica e religiosa. Deixando para trás a escuridão da idade das trevas, os valores humanistas e iluministas tornam-se o novo motor do progresso, tentando uma mudança numa nova direcção que se afaste da irracionalidade e superstição e se aproxime da razão e da lógica. Neste contexto, questões como a dualidade corpo e alma, a vida, a morte, a pureza moral, a ética ou o pecado são revisitadas, agora tentando conciliar a verdade da Igreja com a verdade da ciência, que floresce em áreas como a anatomia, a química, a física e a biologia. Concomitantemente, também o vidro aumentou a sua presença na vida diária da população europeia de várias formas: os óculos, por exemplo, cujo primeiro par havia sido criado no século XIII, difundem-se e generalizam-se nos séculos seguintes – em 1466 surge a primeira loja especializada em Estrasburgo; no século XV, em Murano, os vidraceiros criam o vidro *cristallo*, de pureza e transparência superiores; no início do século XVII, é patenteado o primeiro telescópio e Nicolau Copernico publica o livro *Astronomiae Pars Optica*, abrindo portas para a óptica moderna.

O vidro conquista desta forma um novo espaço na cultura europeia, à boleia do progresso científico, trazendo consigo os atributos místicos e fascinantes já conhecidos, conciliando em si o conflito do espírito com a matéria. Parecem assim estar reunidas as condições para que também a melancolia se aproprie dele: os homens e mulheres melancólicos encontram no vidro a solução para materializarem o seu sofrimento, a sua inquietação, a sua curiosidade, as suas dúvidas, os seus receios e as suas angústias.

**Conclusão**

Os relatos de casos de Delírio de Cristal tornaram-se praticamente inexistentes a partir de finais do século XVIII. A explicação assenta, possivelmente e entre outras razões, na banalização e desmistificação do vidro que ocorreu com a modernização dos processos de produção e no progresso científico a que se assistiu nos últimos séculos. De todo o modo, o Delírio de Cristal é sem dúvida um dos exemplos mais evidentes da influência do contexto social e cultural na expressão de sofrimento psicológico ou de doença mental.

**Fontes e bibliografia**


Burton, R. (2009) *The Anatomy of Melancholy*, Ex-Classics Project – parceria de criação online (obra original publicada em 1621);

Engstrom, A. G. (1970), The Man Who Thought Himself Made of Glass, and Certain Related Images, *Studies in Philology,* Vol. 67 (3), 390-405

Fabietti, E. (2015) A Body of Glass: The Case of El licenciado Vidriera, S*ymplokē*, Vol. 23 (1-2), 327-340

Gowland, A. (2006), The Problem of Early Modern Melancholy, *Past & Present,* Vol. 191, 77-120

Harford, Tim (20 November 2019), "Why do billions of people still not have glasses?", *BBC News*; https://www.bbc.com/news/business-49991877, acesso a 3 de Março de 2022

Meares, H. (2017), *The Delusion That Made Nobles Think Their Bodies Were Made Of Glass;* https://www.history.com/news/the-delusion-that-made-nobles-think-their-bodies-were-made-of-glass acesso a 28 de Fevereiro de 2022

Radden, S. (2000), *The Nature of Melancholy: From Aristotle to Kristeva*, Oxford University Press

Schnapp, J.T. (2013), Crystalline Bodies: Fragments of a Cultural History of Glass, *West 86th,* Vol. 20 (2), 173-194

Speak, G. (1990) An odd kind of melancholy: reflections on the glass delusion in Europe (1440-1680), *History of Psichiatry*, Vol.1 (2), 191-206

Speak, G. (1990) "El licenciado Vidriera" and the Glass Men of Early Modern Europe, *The Modern Language Review*, Vol. 85 (4), 850-865

Shakespeare, W. (2000) *As You Like It*. Cambridge University Press (Ed. Michael Hattaway) (obra original publicada em 1623)

Sullivan, E. (2008), Melancholy, medicine, and the arts, *The Lancet,* Vol. 372 (9642), 884-885

Tomkis, T. *Lingua, Or The Combat Of The Tongue, And The Five Senses For Superiority*, Early English Books - parceria de criação online (obra original publicada em 1657) https://quod.lib.umich.edu/e/eebo/A62894.0001.001?rgn=main;view=fulltext, acesso a 28 de Fevereiro de 2022

# UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA DA ANSIEDADE

**Ana C. Borges[1,2]; Daniel R. Machado[1,2]**
[1]Centro Hospitalar de Leiria
[2]Médico/a Interno/a de Formação Especializada em Psiquiatria
Emails: anaborges.3@gmail.com;danielrodmachado@gmail.com

**Resumo**
Enquanto a história da neurose, da histeria, da hipocondria e da perturbação obsessivo-compulsiva têm recebido atenção continua ao longo da História da Psiquiatria, a evolução daquilo que conhecemos como Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação do Pânico e Fobia tem vindo a ser menos explorada. O termo "ansiedade" e os comportamentos a si associados tinham já sido descritos antes do século XIX, no entanto, prevalecia a ideia de que a ansiedade se tratava de uma forma de stress social e de que seria uma potencial causa de loucura. Ao longo do tempo, e através da contribuição de vários autores, foram sendo individualizadas as várias perturbações da ansiedade que são diagnosticadas nos dias de hoje. Mais ainda, foram sendo esclarecidos alguns dos locais anatómicos e mecanismos fisiológicos responsáveis pela apresentação clínica de cada uma destas perturbações da ansiedade.

**Palavras-chave**: Ansiedade, Pânico, Fobia, Antiguidade, DSM

**Abstract**
While the history of neurosis, hysteria, hypochondria and obsessive-compulsive disorder has received persistent attention throughout the History of Psychiatry, the evolution of what we know as Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder and Phobia has been less explored. The term "anxiety" and the behaviours associated with it have already been described before the 19th century, however, the idea that anxiety was a form of social stress and that it was a potential cause of madness prevailed. Over time, through the contributions of several authors, the various anxiety disorders diagnosed today have been individualized. Some of the anatomical sites and physiological mechanisms responsible for the clinical presentation of each of these anxiety disorders have been unveiled.

***

## Introdução

A ansiedade é descrita atualmente como uma sensação de nervosismo, preocupação ou desconforto orientada para o futuro, que prepara o individuo para situações de ameaça e perigo, envolvendo respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais, com o propósito de autoproteção e que que faz parte da condição humana. Pode ser adaptativa ou não, podendo causar disfunção e angústia como quando ocorre em algumas patologias psiquiátrica, como a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico e fobias. Tem sido estudada ao longo do tempo sob várias perspetivas, nomeadamente nas perspetivas antropológica, filosófica, religiosa, médica e psicológica, o que reforça a importância que esta emoção na história do ser humano. Nem sempre a ansiedade fez parte da história da medicina e, somente mais tarde foi introduzida na história da psiquiatria, contudo, nenhum dos sintomas de ansiedade atualmente incluídos nos manuais de classificação de doenças mentais são novos para a humanidade.

**A ansiedade na filosofia e na medicina greco-romana**

Textos da antiguidade clássica apontam para ansiedade como uma característica do quotidiano dos homens da Grécia Antiga. Na mitologia grega, Pã, o deus da floresta, dos campos, dos pastores e dos rebanhos, apresentando uma aparência assustadora de metade homem e metade carneiro, era temido por aqueles que necessitavam de atravessar as florestas durante a noite. A escuridão e a solidão na travessia de uma floresta durante a noite, induzia nos homens desta época explosões repentinas de medo e pavores súbitos, desprovidos de qualquer causa aparente, em tudo similares ao que hoje designamos por "ataque de pânico". A palavra "pânico" deriva assim do grego antigo "Panikós", o que significaria "relativo a Pã. Como se atribuíssem a Pã os ruídos aterrorizantes da noite dos campos, surgiu a expressão *tárakhos Panikós* o que em tradução literal significa "terror pânico". Pânico foi utilizado durante muitos séculos como adjetivo, acabando por se estabelecer nos finais do XIX como substantivo. Na Grécia antiga não havia um termo para descrever o que hoje conhecemos como ansiedade, no entanto, outros como melancolia, histeria e paranoia podem ser encontrados para definir sentimentos pouco conhecidos. No estudo de textos bíblicos surgem vários relatos de sintomas de medo excessivo referentes a esta época e eram atribuídos ao relacionamento com Deus e ao distanciamento deste.

Numa coleção de textos médicos gregos, *Hippocratic Corpus,* cuja autoria foi atribuída Hipócrates (460-370 a.C.) ou escritos em seu nome por seus discípulos, encontra-se esboçado como doença médica o que nos dias de hoje se consideraria ser uma fobia. Trata-se da história de Nicanor, um homem que apreciava festas e era invadido por uma sensação de medo intenso quando ouvia o som de uma flauta, impelindo-o a sair o mais rapidamente que conseguia dos eventos. Apesar de, durante o dia conseguir suportar o som da flauta, durante a noite era-lhe impossível.

Escritos filosóficos latinos estoicos, como os tratados de Cícero e Séneca, contêm muitas visões modernas sobre as características clínicas e o tratamento cognitivo da ansiedade. Cícero (106-43 a.C.) nos seus escritos descreveu aflição (*molestia*), preocupação (*sollicitudo*) e ansiedade (*angor*) como fazendo parte de uma doença (*aegritudo*), fazendo a analogia entre uma mente perturbada e um corpo doente, demonstrando ainda que o afeto ansioso se distingue da tristeza. Qualquer um dos constructos de Cíceros são definidos como doença médica (*aegritudo*). A palavra latina *aegritudo* é a palavra usual para doença nos livros de medicina e Cícero deixa claro que esse termo é usado para traduzir o termo grego *pathos*. Noutros trabalhos, Cícero oferece uma descrição clínica dos vários afetos anormais: *angor* (ansiedade) que carateriza clinicamente como uma doença "constritiva" (*premens*), enquanto *molestia* (aflição) é descrita como permanente (*permanens*) e *sollicitudo* (preocupação) como ruminativo (*cumcogitatione*). Cícero faz ainda uma distinção interessante entre *anxietas* que designa ansiedade-traço ou o fato de ser propenso à ansiedade e *angor* que se refere ao estado de ansiedade ou ansiedade atual. Os trabalhos de Cícero antecipam assim os trabalhos de *Cattell* e *Schleier,* que são frequentemente creditados por terem introduzido os termos ansiedade"estado" e "traço".

Na literatura grega e latina é possível identificar o conceito de ansiedade patológica e indicações para o leitor se libertar-se de seus efeitos. Séneca (4 a.C.-65 d.C.), outro filósofo estoico, ensinou aos seus contemporâneos como se libertar da ansiedade no seu livro *De tranquillitate animi*. Séneca define o estado ideal de "paz de espírito" (*tranquilitas*) como uma situação em que não se está perturbado (*non concuti*), e que equivale ao que os gregos chamavam de eutimia. Segundo Séneca, o medo da morte é a principal cognição que nos impede de desfrutar de uma vida despreocupada. Esse pensamento antecipa os desenvolvimentos futuros ao Kierkegaard, Heidegger e filósofos existencialistas sobre a ansiedade fundamental causada pela perceção do

homem de que sua existência é finita. De acordo com Séneca, o modo para contornar a ansiedade é dedicar a atenção ao presente em vez de se preocupar com o futuro. No seu livro *De brevitate vitae*, Séneca recomenda combinar o passado, presente e futuro em um único tempo o que, nos dias de hoje, é trabalhado em técnicas de gestão da ansiedade como meditação e *mindfulness*. Embora os estoicos e os epicuristas fossem vistos como escolas filosóficas concorrentes, ambos ofereciam conselhos semelhantes sobre métodos para gestão da ansiedade. Epicurius (341 a.C.-270 a.C.), o filósofo que fundou a escola de filosofia chamada epicurismo, ensinava que o objetivo de uma vida feliz incluía atingir um estado chamado ataraxia onde a mente estava livre de preocupações. Como caminho para ataraxia propunha descartar todos os pensamentos negativos sobre o passado e medos do futuro, salientando que a única realidade existente seria o momento presente. Ainda no caminho da ataraxia, Epicurius recomendava colocar limites no excesso de desejo e nos medos infundados.
Entre a antiguidade clássica e o final do século XIX, houve um longo intervalo durante o qual a ansiedade não foi classificada como uma doença separada, sendo tratada como fazendo parte de várias síndromes médias. Apesar disso, casos que hoje se poderiam enquadrar no diagnóstico de perturbação da ansiedade continuaram a ser relatados ainda que com diferentes nomenclaturas.

**Século XVII**
O termo "ansiedade" começou a seu usado pela primeira em documentos médicos no início do século XVII ligado a doenças mentais. Nesta época ainda não se falava em Psiquiatria, uma vez que este termo não seria conhecido até à sua criação em 1808 por Johann Reil. A introdução do termo ansiedade marcou a distinção das emoções vividas pela população geral perante eventos adversos como por exemplo desgostos amorosos, preocupações financeiras ou com a saúde, e aquelas observadas em alguns indivíduos que reagiam de forma mais intensa perante eventos similares. Nesta época estes sintomas de ansiedade eram enquadrados em quadros depressivos e não em perturbações de ansiedade graves, ao contrário do que ocorre nos dias de hoje.

**Século XVIII**
No século XVIII, os médicos que se ocupavam das doenças mentais concentraram-se no estudo e tratamento de doentes com delírios, alucinações e outros sintomas de perturbações que necessitavam de suporte institucional. Nesta época, a ansiedade era vista sobretudo na sua perspetiva biológica, sendo considerada pelos médicos pelos seus aspetos somáticos com um grande destaque dos sintomas físicos que com ela se relacionavam. De acordo com o médico escocês William Cullen (1710-1790), neste período era comum associar-se ansiedade a algum tipo de "doença do nervo", acreditando que o sistema nervoso seria indubitavelmente acionado, levando-o em 1777 a introduzir o termo "neurose". Apesar da definição precisa de neurose nascer com Sigmund Freud, o seu conceito surge no final do século XVIII pelas mãos de William Cullen como qualquer crença que se caraterizasse pela alteração da função nervosa ou mental, claramente de delimitação física. Este médico dividiu as doenças em quatro categorias principais: febres, caquexias, perturbações locais e neuroses. Estas últimas seriam um conjunto heterogéneo de doenças sem febre, inflamação ou lesões tópicas, que claramente cursavam na ausência de uma alteração morfológica.

**Século XIX**
Nos primeiros anos deste século, na esfera da saúde mental foi testemunhada uma mudança parcial, passando-se a colocar a hipótese de as doenças mentais serem psicológicas e não físicas. Nesta época, o receio de falar em público, a aversão a animais,

a agitação excessiva, a angústia e a insónia forma sendo estudadas, resultando na atribuição de explicações psicossomáticas a estes sintomas. Passou a considerar-se que tanto a ansiedade intensa e a tristeza poderiam resulta em problemas orgânicos.
No início do século XIX, os ataques de pânico eram entendidos como crises agudas de angústia e eram definidas pelo médico francês Landré-Beauvais como "um certo mal-estar, inquietude, agitação excessiva". Tonturas, taquicardia e inquietude eram entendidos com fazendo parte de uma doença neurocirculatória. Nesta metade do século o termo neurose era atribuído a distúrbios orgânicos e somáticos não relacionados a doenças mentais. Em meados deste século, os sintomas de ansiedade eram encontrados em várias doenças médicas espalhadas pelas seções dedicadas a vários órgãos como é o exemplo do coração, orelha, intestino e cérebro. Nesta altura a ansiedade continuava a ser vista e tratada como uma alteração física, no sentido de ser um distúrbio do órgão somático, como deixam claro os tratados de medicina da época.
A partir de 1850 começou a esboçar-se uma mudança na abordagem dos sintomas de ansiedade. As causas somáticas que até então eram completamente aceites, passam a ser questionadas e emerge uma tentativa de lhe atribuir causas psicológicas. Por esta altura, o termo "neurose" vai ganhando contornos mais precisos passando a configurar uma formam mais leve de desequilíbrio psíquico. Ao contrário do que ocorria nas psicoses, nas neuroses não estaria presente a perda de contacto com a realidade nem a presença de delírios e alucinações. De igual modo, ao contrário psicoses, as neuroses não teriam origem orgânica, em oposição ao que inicialmente era defendido por William Cullen no século XVIII, e estariam intimamente ligadas às questões de história pessoal dos indivíduos e à sua forma de lidar com problemas relacionais.
Assim, na segunda metade do século XIX, começou-se a estudar a ansiedade através da mente humana. Foi nesta época em que o termo "pânico" foi descrito pela primeira vez na psiquiatria. Em 1879, um dos pioneiros da psiquiatria inglesa, Henry Maudsley (1835-1918) utilizou o termo "pânico melancólico". A sua obra *Body and Mind* foi uma das referências para o trabalho de Charles Darwin (1809-1882). Nos seus trabalhos, Darwin aplica o princípio da seleção natural a traços emocionais. Segundo ele, se hoje, o homem enquanto espécie exibe um determinado padrão de respostas emocionais, como aquelas observadas em contexto de medo e ansiedade, devemos isso ao fato de elas, provavelmente, terem constituído importantes características que favorecem a sobrevivência dos nossos ancestrais. Forma, por este motivo, selecionadas e mantidas ao longo dos milhares de anos de evolução humana,
Somente do final do século XIX e com base nos trabalhos de psiquiatras franceses e de Sigmund Freud é que os sintomas de ansiedade forma reunidos num novo conceito nosológico e passaram ao cuidado da psiquiatria.
Na década de 1890, Freud publicou um trabalho teórico que foi bastante difundido na época onde citava a "neurose de angústia" e definia os seus sintomas. Ele defendia que estes sintomas resultavam de um problema hereditário ou de uma excitação somática com origem no mau funcionamento do sistema nervoso q que se poderiam agrupar de diversas formas. Freud entendia a "neurose de angústia como uma forma de "neurose atual", resultado de uma condição reativa com origem a eventos da infância. Na sua perspetiva, existiam duas formas clínicas fundamentais de manifestação de angústia: crise de ansiedade ou "estado crónico". Associada à neurose encontrava-se a agorafobia que definia como um esforço do doente para evitar os "ataques de angústia" em situações nas quais não seria possível pedir ajuda. A relação entre ataques de pânico e agorafobia que se encontra consolidada nos dias de hoje, aparecia já nos textos de Freud. O conceito de "neurose de angústia" teve grande impacto na literatura médica e grande aceitação pelos psiquiatras por muitas décadas.

**Século XX**

Apesar da classificação nosológica das doenças não ser essencial para o trabalho clínico, alguns autores, como Emil Kraepelin (1856-1926), apresentavam entre os finais do século XIX e o início do século XX, um sistema de classificação de doenças mentais. O sistema de classificação de doenças mentais descrito por este psiquiatra alemão apresentava utilidade clínica, uma vez que ele procurava entender as doenças psiquiátricas de acordo com a sua história natural. Esta abordagem foi fundamental para separar, por exemplo, a demência de outras patologias. Kraepelin teve influência na elaboração da primeira nomenclatura de doenças mentais em 1918 que foi delineada com o objetivo de ser utilizada em vários hospitais e melhorar a comunicação entre médicos e cientistas. Apesar do seu esforço, o sistema de classificação nunca foi popularizado. No entanto, a necessidade de reconhecimento de consenso científico sobre a terminologia das doenças mentais foi crecsendo e, em 1946 o *National Institute of Mental Health* (NMH) desenvolveu um sistema de diagnóstico mais abrangente. Dois anos depois a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), que, pela primeira vez, incluiu uma seção de doenças mentais.

No início do século XX, a crença na hereditariedade das emoções e uma continua enfase nos aspetos biológicos da ansiedade influenciaram a compreensão científica e médica das perturbações da ansiedade. Ribot, um estudioso da época contribuiu muito para o conceito de ansiedade, identificou diferentes tipos de perturbações de ansiedade, como a perturbação de ansiedade generalizada e as fobias especificas.

Posteriormente, os estudos das perturbações da ansiedade deixaram de ter um foco somente biológico e passou a estudar-se a influencia do ambiente e alguns autores enfatizaram o papel que o ambiente poderá ter no desencadear destas perturbações. Esta nova forma de entender a ansiedade forneceu dados que condicionaram o aparecimento de uma nova abordagem de tratamento. Tendo em conta estes dados, a terapia comportamental utiliza técnicas de exposição que, ainda nos dias de hoje, se mostram eficazes na gestão de sintomas de ansiedade.

O século XX, a psiquiatria passou por um momento histórica quando o conceito de ansiedade foi incluído na DSM pela *American Psychiatric Association* (APA). A primeira edição da DSM, lançada em 1952 as perturbações da ansiedade estavam dispostas sob o título de "transtornos de origem psicogénica ou sem uma causa física claramente definida ou mudança estrutural no cérebro". Estas patologias foram consideradas exemplos de doenças psiconeurólogicas e deram origem aos conceitos atuais, estavam classificados da seguinte forma: reação de ansiedade, reação fóbica, reação obsessivo compulsiva. Além das doenças relacionadas à ansiedade, a DSM-I listava outras síndromes que faziam parte do espetro de doenças psiconeuróticas, como era o caso da reação depressiva, reação de conversão, reação dissociativa e a uma condição que atualmente designamos de perturbação do stress pós-traumático. Em 1968, a DSM foi atualizada numa tentativa de se aproximar da CID. Na DSM-II as perturbações mentais continuaram a ser descritas utilizando a teoria psicanalítica e, neste contexto, o transtorno psiconeurótico foi substituído por neurose. Nesta edição, há três categorias de perturbações da ansiedade, incluindo neurose de angústia, neurose obsessivo-compulsiva e neurose fóbica. Outros sintomas de ansiedade descritos na DSM-II incluíam as síndromes depressiva, dissociativa, histérica, fóbica e neurasténica, a despersonalização e as perturbações hipocondríacas. Na DSM-III não foi seguida qualquer abordagem teórica especifica. Os estudos farmacológicos permitiram redefinir algumas categorias de perturbações da ansiedade, que passaram a incluir a perturbação do pânico, a perturbação da ansiedade generalizada, a perturbação obsessivo compulsiva e a perturbação de stress pós-traumático. Os critérios toram-se muito mais

detalhados e as perturbações foram subdivididas em categorias especificas. Por exemplo, a perturbação fóbica passou a incluir: agorafobia com e sem ataques de pânico, fobia social e fobia simples. Uma necessidade de desenvolver critérios mais detalhados para cada perturbação, culminou com a elaboração da DSM-III-R em 1987. Nesta edição, a agorafobia passou a ser vista como consequência de um ataque de pânico, deixando de ser uma categoria à parte, e incluiu os diagnósticos perturbação de pânico com e sem agorafobia. Foram ainda sublinhadas as consequências fóbicas do ataque de pânico e não apenas os seus sintomas físicos. A DSM-IV constitui a mais importante revisão deste sistema de classificação de doenças mentais. Neste documento passaram a fazer parte da nomenclatura formal 12 categorias de perturbações da ansiedade: perturbação de pânico, perturbação de pânico com agorafobia, agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia social, fobia específica, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsivo, perturbação de stress pós-traumático, perturbação de stress agudo, perturbação de ansiedade devido a uma condição medica geral, perturbação de ansiedade induzida por substâncias e perturbação de ansiedade não especificado. A perturbação de pânico manteve praticamente a mesma definição. No entanto, os ataques de pânico passaram a ser definidos de forma a permitir sua ocorrência isolada ou associada a outros diagnósticos, sem preencher os critérios para perturbação de pânico propriamente. Além disso, distinguiram-se os ataques de pânico espontâneos, os situacionais (ligados a agorafobia) e aqueles provocados por um estímulo fóbico (mais ligados a fobia específica). A última revisão do DSM as perturbações da ansiedade do DSM-IV foram agrupadas em três espectros: ansiedade, perturbação obsessivo-compulsivo e perturbações relacionados a trauma e stress) com base na partilha de características neurobiológicas, genéticas e psicológicas comuns. Pela primeira vez, o crescente conhecimento sobre os diferentes circuitos cerebrais subjacentes ao stress, pânico, obsessões e compulsões desempenhou um papel num sistema de classificação. Assim, as perturbações do espetro obsessivo-compulsivo foram separadas das perturbações de ansiedade e agrupadas com outras perturbações caracterizados por pensamentos ou comportamentos repetitivos, como a perturbação dismórfica corporal, perturbação de acumulação, tricotilomania e perturbação de escoriação. As perturbações relacionadas com trauma e stress passaram a incluir a perturbação de apego reativo, perturbação de interação social desinibida e perturbação de ajustamento, além de perturbação de stress pós-traumático e perturbação de stress agudo. Finalmente, o mutismo seletivo e as perturbações de ansiedade de separação, anteriormente incluídos nas perturbações diagnosticadas na infância e adolescência, agora são classificados com as restantes perturbações da ansiedade.

**Conclusão**

A história da ansiedade provavelmente terá acompanhado a evolução do próprio ser humano. Os sintomas de ansiedade forma sendo descritos muito tempo antes de se agruparem no conceito "ansiedade". Foi-se alterando o valor relativo, as permutações e combinações de sintomas, até que, nos dias de hoje, estes se encontram agrupados para melhor classificação e diagnóstico. Atualmente, os esforços da neurociência para entender as bases biológicas da ansiedade permitem melhorar a categorização das perturbações da ansiedade, o que tem vindo a contribuir para um diagnóstico e tratamentos cada vez mais precisos.

**Referências bibliográficas**

Bergo, B. (2021) Anxiety: A Philosophical History. United States of America: Oxford University Press

Berrios, G. E. (2013) Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales: La psicopatologia descritiva desde el siglo XIX (1er ed.) México: Fondo de Cultura Económica.
Berrios, G. E., Porter, R. A. (1995) History of clinical psychiatry. New York: New York University Press.
Clark DA, Beck AT. (2020)Cognitive therapy of anxiety disorder: science and practice. New York: Guil- ford.
Clark, D. A., Beck, A.T. (2010) Cognitive therapy of anxiety disorder: science and practice. New York: Guilford.
Klei, D. F. (2002) Historical aspects of anxiety. Dialogues in Clinical Neuroscience, 4:295-304.
McKay, D., Abramowitz, J. S., Taylor, S., Asmundson, G. (2009) Current perspectives on the anxiety disorder: implications for DSM-V and beyond. New York: Springer.
Pichot, P. (1996) Panic: attack and disorder. History of the word and concepts. Encephale, 5:3-8.
Stein, D. J., Hollander, E., Rothbaum, B.O (2009) Textbook of anxiety disorders (2. Ed).Virginia: American Psychiatric Publishing.
Stone, M. H. (1997) Healing the mind: History of Psychiatry from antiquity to the present. New York: Norton.

# MENTAL ILLNESS IN PREHISPANIC AZTEC (NAHUATL) THOUGHT

**Carlos Viesca T.; Maríablanca Ramos de Viesca**
Departament of History and Philosophy of Medicine, Faculty of Medicine,
Universidad Nacional Autónoma de México,
Academia Nacional de Medicina (México)
International Society for the History of Medicine
Academia Panamericana de Historia de la Medicina
Emails:cviesca@frontstage.org;mamaviesca@yahoo.com

**Abstract**
Mexican prehispanic cultures have had an extremely rich development through three millennium at the time of the discovering of America and the Spanish Conquest of the Mexica (Aztec) empire. Mental illnesses were known and registered in the surviving documents coming from the prehispanic times and mainly from the first years of the Colonial Regime, that is the first half of 16th century. Following the World View of these ancestral cultures, the heart, *yóllotl,* was considered the siege of the mind and mental illnesses related to it. Action of gods and spirits and witchcraft were considered as the main causes and was frequent the consideration that the mechanisms, the physiopathology, of mental disturbances were the imbalance of heart functions and the rotation of its axis, becoming mad the people in this way. The heart became bad, perverse. Delirious was described and also sadness and losing of mental capabilities. A curious item was de necessity that the rulers had a "good heart", that is the capability to be in touch with the spirits and gods. Some treatments, magical and pharmacological were described and included a good number of plants and animal substances.

## Introduction

In the following pages, we present an overview of the Nahuatl Prehispanic concepts on the structure of the universe, of man and his presence in the cosmic reality and the macro and microcosmic interactions and, in this context, the conceptualization of mind and its representations, explaining the beliefs and knowledge that those peoples had about mental illnesses and their treatments.

***

## The geographical and cultural nahuatl territories

In Ancient Mexican cultures, the nahuatl one in particular, a very characteristic worldview gives the frame to the concepts of man and of his mind. It seems important to us start giving some precisions about the historic and cultural context of nahuatl world in early sixteenth century. First at all, we consider useful to insist that nahuatl culture as it existed in 16th century was the result of a long evolution, extended at least around 2,500 years, going from the Olmecs, in the Gulf of Mexico Coast, to Teotihuacan and Tula, in the Central plateau, and finishing in Mexico – Tenochtitlan, founded in 1325ad in a little island at the middle of the Tetzcoco lagoon. So, the Mexican (Aztec) culture was the result of this inheritance with the acquisition of a worldview, a language – the classic nahuatl -, diverse kinds of knowledge, empirical and mythical, but all of them very well structured and integrated. In this perspective, we will present, based in nahuatl texts becoming from the late pre Hispanic and early colonial times, the concepts on man, on mind and on mental illnesses characteristics of Mexican (Aztec) culture and representatives of the last trends of the Central Mexico historical evolution.

In this way, We consider also important insist that in many sources nahuatl people or culture is most frequently denominated as *Aztec*, following a Colonial tradition that have the defect of assimilate to only one group, the one that lives in Mexico – Tenochtitlan, instead to make it comprehensive to all the cultural developments in Central and South Mexico, having in common the adoption of nahuatl language, the cultivate and literary *lingua franca* predominant in these regions and coming, at least, from Teotihuacan as we have see. In consequence, Nahuatl culture in 16th century Central Mexico not only was represented by the Aztec Empire, by sure the dominant political power at that time, but also those of the remains of the ancient populations living there and the totality of the groups that migrated from the North and were developed culturally after they settled in the different regions of Central Mexico, especially in the Tetzcoco lake surroundings and immediate valleys and the highlands with its planes going to the Gulf Coast and the Southwest..

**Man and cosmos**

Then, in order to understand better the concepts that they have on human body, of health and illness, and specifically on mind, his functions and his alteration, We'll present here a brief explanation of the dominant concepts about the Universe and the man's place in it.

In all Mesoamerica the universe was conceived as a series of horizontal, parallel floors disposed over a long axis composed by two slim vertical structures interlaced in spiral and constituting a central column. This axis was related with *malinalli,* an also two fold spiral leave of grass, a very common grass in the Mexican landscape, which characteristic is to grow in spring time and death after the rain season was finished, that is annually but always coming newly to life the next spring. This natural cycle give rise to the idea of a cyclic cosmic order, not a vectorial one. On this axis were disposed nine upper floors, a central space constituted by four floors – the floors of the center, immediately disposed over the earth surface, and nine underworld floors. Then, the Universe was composed by thirteen heavens, nine true heavens and four corresponding to a special central space, and nine underworld realms. (*Codex Vaticanus,* ff 1v y 2r)

In the creation myths, the primeval gods lived in that which is now the thirteenth heaven, the original inhabit place, in this case, inhabited by a couple of gods, Mother and Father, called Omecihuatl and Ometéotl. Over the time, they build one after another floors, each one destined to be the property of each new couple, always a couple, of his descendants, which, as it is logically think, were de different gods, always male and female, invested with every kind of functions, in the natural realm but, by sure, in the human life. In this way they created eighteen floors, each one with their particular divine couple. Finally, when the first humans were created, Oxomoco and Cipactonal, they ask for a place precisely at the central ´lace, between the other floors, becoming them in nine above and nine down. In this way, the space and place created to be the home of humans, became the surface of earth. Immediately, the gods, our brothers, elevated four more floors, those of the sun, the moon, the stars and the Tlalocan, the Tlaloc, god of the rain, paradise, where were conserved the seeds of all the living beings. (Leyenda de los soles, pp. 119-121; Cod Vaticano A 3738, ff. 1v, 2r).

**Macro and micro cosmos**

The human body was conceived as micro cosmos, disposed also in floors and spaces with the diaphragm as the central floor and from the thoracic cavity to the top of the skull as the heavens and the abdominal cavity to the perineal surface and the pelvic limbs as the underworlds. At the central spaces, the hearth is representative of the sun in his celestial transit, and the liver, under the diaphragm, as the representation of the

sun in his way in the underworld. The left side of the earth plane, is the geographical site were the sun appears in the morning, in the Mexico City – Tenochtitlan latitude, on the basis of a east – west axis frontal view. (*Codex Vaticanus A 3738,* f.54r)
In this microcosmic view, the most important place is undoubtedly the center of the body, the place which corresponds with the central floor of the Universe, that is, the diaphragm. Over the diaphragm, in the thoracic cavity, the neck and the head, are the organs related with the heavens, starting with the heart and finishing, in an ascendant position, with the hair whirlpool situated precisely at the cranial vertex, where they believe was the connecting place with the upper floors of the Universe, starting with the Tlaloc paradise, the Sun, the Moon and the Stars orbits. Downwards, in the abdominal cavity, the perineal region and the lower limbs, from the liver to the foot sole, are the underworlds.
Also in the body are represented and present the signs of the constellations and planets in an astrological context, dividing the heaven, the immediate upper heaven visible from the earth surface, in twenty quadrants, instead the twelve conceived by the classical astrology (Sejourné, 2009). Each one of these spaces, celestial with their earthly correspondences and, in consequence, with their representations on the parts of the body, will have a specific influence on it, depending the relationships between the physical bodies or parts of them, the dominant celestial bodies in the actual moment, but, mainly, the influences characterizing the year and the month an day of the birth of this precise individual.

**The concept of mind**

Center of the body, microcosmic representation of the center of the heavens, the heart and the liver are conceived as the very place of life and thought and the first one represents the sun in its heavenly trajectory, and the liver the sun in its underworld travel, that is the sun in the night.
It is important remember that in Prehispanic tradition was considered that the world had suffered important transformations. The actual sun is the fifth one, being the previous fourth destroyed by the gods when they considered that the creatures living in each one of them do not were as they expect they do, and every new sun, the creative deities, Quetzalcóatl and Tezcatlipoca, in nahuatl thought, destroyed the previous sun and the creatures living in it and created a new supreme astral body and the new inhabitants of the earth. In the actual sun, the fifth, as we've said, Quetzalcóatl was the creator, and Tezcatlipoca the nocturne power and destroyer. . (La Leyenda de los Soles, p.; Sejourné, 1961, pp. 132 and ss; López Austin, 1980, I, pp.55 y ss.) Then, in this fifth sun, in the sequence of creations, the heart/ diurnal sun commands and the liver/ nocturnal sun represents the underworld, night powers. The heart is the seat of mind and thought, of positive emotions; the liver has as his mental functions a certain kind of mind, this one related with special and secret knowledge, like black magic, and strong, choleric emotions. Heart represents constructive instances, liver, night, underworld, the destructive ones.
Indeed, alterations of the heart develop in alterations of mind, delirious, pathologic fear, anguish and so on. Predominance of liver goes to black magic and destructive powers and his pathology was centered in bad actions, suicide, kill another people....
The celestial representation of heart and liver movements – imaginary movements – were described as if in the morning, the heart, situated at the left side of the thorax, were similar as the rising sun, that in Mexican plateau appears in the north East mounts, at the right side of the valleys seeing it looking to the North, and go in the heaven always advancing towards the left, from right to left, and most of the time at the left of the middle line of heaven. At twilight, He enters inside the earth cavities and travels all the

night, going in the underworld towards the right and is localized, in its bodily representation, in the right hypochondrium, where the liver, the nocturnal sun, is located.

Any alteration which disturbs, equally in the heavens that in the human or animal bodies, the necessary equilibrium to be warrant for a good cosmic order, affecting diurnal or nocturnal sun, hearth or liver, involves a physical disorder and also a mental one.

In Prehispanic Nahuatl medical thought was considered blood as the fundamental element for life and in this way was offered to the gods as a sign of the most precious sacrifice. Red blood is related to the hearth; obscure, black blood, to the liver; then, day and night were in this form symbolized. There were also considered other substances generically call *alláhuac*. They appeared in different pathological entities and were conceived to be deleterious liquids, "cosa deleznable", but, in his Vocabulary, Alonso de Molina translated *allaua* as a slippery substance. The scarce evidence arrived to us, indicate that these substances were differentiated among them by its color and becoming *ezalláhuac,* that is with a bloodish color, *iztac allahuac,* white colored substance, and *cúztic alláhuac,* a yellowish one, were interpreted as provoking illnesses of diverse kind depending from the body part where they were accumulated. The relationship between these various *alláhuac* is until now only conjectural, but the *iztac alláhuac* accumulation has been identified as a diagnostic element for effusion of knee synovial liquid, and *ezalláhuac* may be will be related to hepatic abscesses and to the mental alterations derived from hepatic insufficiency. But we do not can forget that he main referential properties to classify everything were hotness an coldness, expressing respectively the upper and lower realms and that their influence on human bodies and organs produced wellbeing, correct functioning or illnesses (Sahagún, Primeros Memoriales, 1997; Molina, 1571, Vocabulario en lengua mexicana y castellana, fo.4r; López Austin, 1980, I, pp.303 y ss.; Viesca, 2002, pp. 170-171).

But the more common explanations to mental illnesses come mainly from the interpretation that the heart or the liver was altered by malign influences. The role played by sorcerers, malign spirits and angry gods were predominant, but, aside prayers, conjurations and magic procedures, were omnipresent medical diagnoses directed to relate symptoms with causes and procure the correction of the suffered changes in the relationship between hot and cold organs or tissues and bodily and external substances. (López Austin, 1975, pp.12-22 ; Viesca, 1997, pp.149 y ss.; Ortíz de Montellano, pp.165-167)

Now, the first aspect that calls for the attention of modern historians of medicine is the question about if it is real the location of the mind and mental illnesses in heart and liver and not in the brain. In the years following the Spanish Conquest, indigenous medical text do not express it openly, because the possibility that that affirmation could be related with their ancient religious beliefs, but in their texts and testimonies presented by natives to the priests and chroniclers the heart as the mind place is always present. For example, in the Sahagún's Florentine Codex, mental illnesses are mentioned only in a very incidental or colateral way. Sometimes appears as a sorcery produced and as a demoniac action, and in this way is not related to any precise organ and, finally, is supposed that possession acts on the brain. But it is curious that in the Florentine Codex paragraph dedicated to define the internal organs, brain is called *quatetextli,* translated in the vocabularies as "los sesos de la cabeza", being *qua* head, but in another places they translated *tetextilia* as something crumbled, may be describing the brain aspect with its circumvolutions. But, aside the attribution to it of functions like the capacity to think, know and remember or induce these capabilities to another people, at the moment to refer a mad people, the term employed is *iollotlaueliloc,* which will be translated as the

man who is a villain, a man with a perverse heart. Then in the place describing the brain, the native informant maintains the belief that madness, to be crazy depends from the heart transformation in a bad subject. (Sahagún, 1961, vol. 10, pp.129 – 130; Florentine Codex, X,28,7; Sahagún, 1993, fo.58r; Molina, 1561, 2a parte, ff 41r, 86v, 108v and 144 r and v) Now, in the brief text dedicated to describe the heart functions, starts calling the viscera *ioollolotli,* that is "that which there is existence" and defining it as round (*ololtic)* and hot (*totonqui)*, this one being the term to call fever, following the main characteristics valid to nahuatl knowledge. After that comes a series of fundamental functions: it sustains one (*tenemjtia),* it lives (*iolli),* taking the root *iollo,* heart, as synonymous of life, and after said it jumps, it beats, goes to our theme when expresses "I feel in my heart" (*noiollo comati),* "I am troubled (*njiollopoliuj),* I faint (*njiollomiqui*, that is "my heart dies"), heart disease, or better heart death (*iollomjmjquj)* (Sahagún, 1961, X, p.131),. Another curious terms, are those consigned by fray Andrés de Olmos in his *Arte de la Lengua Mexicana,* a grammar containing a rich vocabulary finished in 1547. These are *Yollopatlahtic*, *matlaueliloc*, translated by him as "ladrón que todo lo apaña y roba", a thief which pick up and steal everything, putting aside the concepts of a heart becoming wide and involve another one in a perverse way (Olmos p. 194), and *Yn aoncan cah yn yx yn yollo*, a person that do not accept any advice (Olmos, p.199).
All these terms, referring mental, psychic states, are presented as heart function characteristics.

**Some terms related to mental illnesses**

In the next paragraphs we'll enumerate and explain the significance of some generic words, present in 16th century Nahuatl vocabularies, related to madness, which permit us to have an idea of the popular concept living in the Nahuatl people half a century after the Conquest.
"Locura desta manera", that is madness in this way, *tlauelilocayotl* and *yollotlauelilocayotl,* defining madness, as perversion and heart perversion. "Loco de atar" crazy as a bedbug, expressing the previous seen concepts, *tlaueliloc* and *yollotlaueliloc*, and adding two more: *yollococoxqui*, which signifies sick of the heart, and *chicotlaueliloc,* not defining any mental state or alteration but the fact to be put in truce (Molina, 1571, *Vocabulario Castellano mexicano,* fo78v)
Another related terms, translated as "Loco como quiera", *animati xolopitli*, being *animati* speak without sense nor touch, and *xolopitli,* to be foolish, unwise", being the same the meaning of *tompoxtli,* another term proposed to define crazy people but with a stupidity prevalence. Then, *xolopiti, xolopitli* and *xolopinemi* give reason of crazy people but with a high component of mental retardation or confusion (*Íbid.* ff. 6r, 149r, 161r), meanwhile *motlapololtiani,* proposed in the same way was translated as desatinado, turbado, which signifies disturbed, to be confused (*Íbid.,* fo. 60v),
Locura así, that is simply madness, is reported in different terms: *xolopiyotl* and *tompoxxotl*, both derived from the terms above mentioned. Two terms, apparently non related with any of the terms previously mentioned, *nextecuillotl,* is translated as madness, foolishness, proceed from *nextecuilli,* that is a worm living in a dung heap, describes a crazy, mad people and is very interesting and may be an aggregated of European precedence in a culture that traditionally was tolerant and permissive with these people, excepting those with aggressive conduct. (*Ïbid.* fo., 70v)
Leaving aside many terms derived of *tlauelilo,* which, as it has been said, refers to became bad people, perverse, easy to be angry, rancorous and a term playing an ubiquitous role because *tlauelli* could signify a tendency towards pleasant things, emotions or actions or towards indignation, with the wide spectrum of possible comportments (*Íbid.* fo.144v).
May be it is significant that today, in the proximity of the ancient city of Tula, exist a

little village which name is Tlauelilpan, the place of mad people, and have a higher percentage of families with one or more mental ill people than in all the surroundings and, of course, than the epidemiological current ciphers.
Before going back to the terms relating heart with mind and its functions, permit us consider another root, *chico,* an adverb signifying to act with bad, turbid intention, which, when added with a suffix coming from *yollotl*, that is heart, became *chicoyolloa,* that is a tendency to elaborate complex thinking orientated to suspicions and distrust (*Íbid.,* fo. 20r). In this way and going from suspicion to be delirious, *chicotlatetoa* signify high fever with delirium; *chicotlatetoliztli,* delirium; *chicotlatetoani* and *chicotlatoani*, sick people speaking only nonsense phrases; *chicotlatoa,* the fact only talk nonsense, bur coming it from a loss of a sense of reality, and finally *chicotlaueliloc,* the mad people, fool people that only says incongruities (*Íbid.*, fo20v).

**Mind in the heart**
Many words are registered in the same Alonso de Molina *Vocabulario* bringing significant descriptive concepts on the relationship between mind and heart as its very site and the functions related to it. For example, *yoliliztlatolli* signify words of life, palabras de vida; *yollizmatiliztli,* wisdom and prudence; *yolloyamaniliztli,* mildness and tenderness spouting from the heart.
Also the prefix *yollotl,* heart, appears in many words related to negative emotions, i.e. *yollochichinaca* is textually to have pain in the heart, but is employed metaphorically to say affliction; then, *yollochichinacac* is an afflicted one; *yollochichinatza,* afflict another one, and *yollochichinaquiliztli,* the generic for affliction. Another group of terms include the suffix *cocoa,* generic for to be bad, to be ill, then *yollococoli* is to be angry and sorrowful feelings; *yollococoa,* provoke sorrow and anguish to another one; *yollococoltia,* to be angry; *cocolcuic,* a cruel and irascible man. The transition from these emotional characteristics, all of them possible symptoms of mental alterations, to heart illnesses is present when the word employed is *yollococoliztli,* textually a heart illness, but when it is said *yollococoxqui,* that is a heart sick people, it is possible that the referred people could be have a cardiac illness but also to be a crazy, a mad man (*Íbid.*, ff. 39v y 40r y v).
The evidence is clear: heart illnesses include organic cardiac problems and all kind of psychic and mental disturbances.
When this fifth sun arrives to his end, in the next one, the first of the next series, all these words and concepts will be transferred to the liver, organ to become the dominant sun, that of the day, representative in the body, and will be transformed from *yollo*…to *elli, yelli*…
Indeed, by now, Prehispanic Nahuatl medicine puts in the heart all mental illnesses and syndromes, leaving to the liver only the expression of occult powers, the powers of the night manifested as sorcery and witchcraft and the destructive activity of the night god, Tezcatlipoca, sending madness to particular individuals and epidemics to collectivities (Sahagún, 1969, I, pp. 44 y 277).

**Mental illnesses and their treatment**
In an epoch when all the most civilized Western countries had as official the belief that mental illnesses where due to demoniac possession and only starts the change towards the conception of organic brain problems originated after changes of humors, as was established in Ancient Classical Medicine recovered with heavy efforts through the 16th century, and the slow transformation of alchemy in chemistry with the consideration of chemical elements as possible disease cause, it is not a thing to wonder that all these beliefs related to supernatural powers and the repercussion of cosmic influences related

with the ancient deities remained occults and the medical practices directed to control them were practiced in clandestine sites.

It is not rare that in the fray Bernardino de Sahagún works, their indigenous informants, among them at least six *titici,* that is physicians, do not talk about madness and the poor data was mainly expressed in the chapters dedicated to speak on witchcraft. Remains a precious material consigned as forty classes of sorcerers, many of them with the capability to provoke mental alterations (Sahagún, 1961).

But, fortunately, in 1552, the first Viceroy of New Spain, then translated to have the same charge in Peru, Antonio de Mendoza, asks, trough the intermediate of his son, Francisco de Mendoza, for the preparation of a book containing the main medicinal recipes coming from the natives medicine. The book, which title is *Libellus de medicinalibus indorum herbis,* but is known as *Codex Badianus* or, most correctly, *Codex de la Cruz Badiano,* was finished in July of this same year and send to the Spanish King (Martín de la Cruz, 1964).

In this book it is possible recognize the microcosmic representation of the body, with thirteen chapters, remembering the thirteen heavens, an order going from head downwards, arriving in the eight to the foot and, then, presenting us with an unexpected transition which goes from the tiredness of the common people to the fatigue of those "who administered the Republic and fulfills a public charge". The strange difference comes from the fact that common people walks and became tired after that, physically tired, starting with the legs; instead, the governors and public persons will became tired because their intense mental activity, the necessity to control their emotions and the moral obligation to be in contact with the gods in order to fulfill correctly their functions. At the end of the 8th chapter of the *Libellus,* is included a little text with two pages of precious representations of the plants recommended to preserve or go out from that special fatigue (de la Cruz, fo. 39v). The title says trees and flowers, but finally recommends also some substances extracted from animals. Among the flowers, most of them illustrated by mean of beautiful and precise colored drawings, are recommended those of *tlilxóchitl (Vanilla planifolia)* and *mecaxóchitl (Piper sp.),* both of them recognized by its fragrance. This group includes flowers of *izquixóchitl* (*Bourreria Huanita* Llave et *Lex.*), of *cacaloxóchitl*, (*plumeria rubra f. acutifolia (Poir.)* Woods*)* and *huacalxóchitl* (*Philodendron pseudoradiatum* Matuda*)*, all provided with a pleasant odor. In some Nahuatl poems appears as a very significant property that of the odors expanding to all the world, being it a sign of good air, related to a god, Ehécatl, who brings good things, health in this case. This is also the situation of the generic included in the recipe as "summer flowers with good odor".

Different is the case of *huey nacaztli*, (*Enterolobium cyclocarpum or Cymbopetalum pendolyflorum (*Dun), name that will be translated as "a big ear", insisting in the necessity that government authorities needs to have the capability to listen the voices of their people and, first at all, the messages coming from deities, spirits and supernatural powers. Some years ago, anthropological and pharmacological research confirmed that the ingestion of this plant extracts produce audible hallucinations.

The other group included in the same recipe contains the flowers of two plants: *eloxóchitl (Magnolia dealbata*) and *yolloxóchitl (Talauma Mexicana).* Both pertain to the Magnoliaceae family and both possess strong cardiotonic effects, confirming the necessity to provide these people with a strong heart, that is, a strong mind.

In the recipe are included many plants, trees and herbs related with the wind god, Ehécatl – Quetzalcóatl, and with the convenience to provide a beneficent air. But a significant ingredient is the *huitzquahuitll, (Haematoxylon sp.)* wood, well known in the following centuries as Palo de Campeche, a red colored tree, which gives, in the case of

this recipe, a red color, the blood color, to all de mixture. This plant became in the 19th century the main source for haematoxylin.
The next ingredients are, logically, blood and bile of wild animals, jaguar, cougar, wolf, coyote and wild cat, and finally precious stones and little stones existing in the craw of some birds.
The most curious aspect of this treatment is that all the substances, prepared in a precise way specified in the text, will be employed as anointments, unctions and baths and not as beverages, may be saying that all the strength brought to the body and mind of these special people.
At the end of the paragraph, the author affirmed that it is certain that with the medicaments prescribed the body of the authorities will be as strong as those of the gladiators – a clear idea coming from the European texts -, but the following lines gives us the other part, the Nahuatl Prehispanic subject: throw far the fatigue, shake the fear and give the heart determination and spirits.

**Some specific mental Illnesses**
In the paragraphs dedicated to expose the treatment of mental illnesses, is evident the conquerors influence, coming apparently from Plinio and Avicena, whose books were present in the Santa Cruz de Tlatelolco College, where the author and translator of the book worked, and also from the medical knowledge of the Franciscan priests conducting the College activities.

*Melancholy*
The first item of the nine chapter is *Nigri remedium sanguinis,* obvious reference to the melancholy treatment. Melancholy was a very important theme at Europe in that time, with the fight related to the devil's predilection for black bile and demoniac possession. We do not have another texts coming from indigenous physicians with specifications on this or another mental illnesses and their treatment, excepting those references attributing it to the gods and spirits actions. Then, the encounter with an illness conceived in another cultural context, and its acceptation and integration as a new pathology at the traditional indigenous knowledge is a phenomena called acculturation, and this is a good example. In fact, Martin de la Cruz takes the concept of melancholy, a pathological state produced by excessive black bile, makes a transition to black blood, retaining the existence of clots and its blackish color, and assimilate to it all the manifestations of sadness, *tlaocoyaliztli,* nahuatl term that evokes a metaphoric growing of a hole inside the sad individual. Classified as a cold illness, the plants prescribed in its treatment, *cuauhtlahuitzquílitl (Cirsium sp)* and *tlatlancuaye (Iresine celosia)*, were also recommended in cases of cold ailments as fever with chills and recurrent fevers, abdominal coldness and rheumatic problems. In the same way, was prescribed pearls and wolf liver, a nocturnal sun in a nocturnal wild animal, diluted in *pulque*, the fermented maguey juice, symbolically associated with the moon. As in all the other mental illnesses was recommended drink, before de meals, flowers with good odor juice.
Some other recommendations, all of them oriented to psychological changes eliminating sadness, complete the treatment: not to be exposed to the sun rays, prohibition of sexual activity and drunkenness, and be involved in happy activities like sing and play musical instruments (De la Cruz, fo.41r; Viesca and de la Peña, 1976, p.83).

*Pathological fear*

This entity, called micropsiquia in the text, refers to mental states where fear, is a predominant characteristic. The author don't say anything about the illness characteristics, and only goes directly to elaborate a prescription. Anyway, it is important distinguish it to the fact to be frighten, which is dependant of evil spirits actions and also to be exposed and traumatized by a lightning, both circumstances object of magical and religious therapies. The lesions and mental states consecutive to thunderbolt and lightning, were considered as different, because were attributed to Tlaloc, the rain god, which in this way distinguished the people who become one of his assistants, and, without say nothing about this conceptions, Martin de la Cruz offers a recipe composed by fresh plants and the remains and cenders of those that has been fulminated (De la Cruz, fo.50r). For the treatment of micropsiquia as recommended elements directed to attract a healthy hotness, not an exaggerated one, as are *tonatiuh ixiuh*, possibly a Malvacea, which name evokes precisely the sun, *tlanextia xíhuitl* (non identified) and *tetlahuitl (*non identified*),* always diluted with fresh river water, and odoriferous flowers of *cacaloxóchitl* (*Plumeria rubra*), characterized as perfumed and sweet, of *cacahuaxóchitl* (*Quararibea funebris*), described as "it is fragrant, compared to *yolloxóchitl*, …the perfume spreads over the whole land, swirls, constantly swirls, …" (Florentine Codex, Book X, Ch. 7, 9, p.202), and *tzacouhxóchitl (Bletia campanulata, B. coccinea)*, which " laddens one, refreshnes one" (Florentine Codex, Book X, Ch. 7, 9, p.211). The recipe another components are fox blood and excrements of a worm, *acuecueyalotl*, and swallow, intending bring vivacity, and amber (De la Cruz, fo.53r).

*Madness*

In the same way as the previous item, the paragraph dedicated to madness, called here A*bdera Mind* remembering the legendary episode of Hippocrates consulting the philosopher Democrito of Abdera, do not say anything about what were the clinical characteristics of this illness. Thinking in the fact that in that Hippocratic letter the Abdera inhabitants were accused to be the real fools, some of us identified it as oligophrenia (Viesca et al, 1972 and 1976), but, analyzing the text and context, we are sure that involves all mental illnesses with delirious ideas. Here, the treatment is directed to expel the accumulated *alláhuac* around the heart, and searching this effect were prescribed *tlatlacotic* (*Bidens sp.*) root, specifically to provoke vomit, and *cacahuaxóchitl* (*Quararibea funebris*) "para que expulse el mal humor que tenga en el pecho", that is for expulse the bad humor that have in the chest. The *yolloxóchitl (Talauma Mexicana)* flower, omnipresent in all treatments for mental and cardiac illnesses, is here prescribed with insistence on its pleasant fragrance. The recipe is completed adding little stones precedents from various birds craw, pearls and a stone called *eztetl,* which is red "like blood".

And also, always lead in hand the *huactli* craw stone, being this bird the emissary charged by the gods to announce death people when sings at their left side, and also drink screech owl bile, being sure that with all these the mental health will be restored.

(Sahagún, 1961, vol. XII, book 10, chapter 7, 5, #115 and 145, pp.173 and 189 and chapter 9, p.201; De la Cruz, fo.53v)

Finally, we do not can forget that ocelotl, specially white ocelotl flesh is the most sure and effective medicine for the rulers psychic strength and for everyone who is possessed or who becomes deranged (Sahagún, 1961, vol. XII, book 10, ch7, 5, #148 p.190)

**Conclusions**

In synthesis, it is clear that mind, mental illnesses and intellectual and emotional functions were considered to be located at the heart, and that turning it over its own

axis or to be compressed were the physiopathological explanation of mental disturbances, with the sensation of heart jumps provoked by unexpected, sudden incidents explaining the possible expulsion of one of the souls, the *tonalli,* and the loss of identity, of memory.

The severe change in personality and all the delirious conditions will be diagnosed and treated with orations, charms and medicaments with real or attributed properties to recover heart function.

Only black magic and power obtained through it, and really mental derangement apparently conscious and going to perverse, bad actions, was attributed to liver function, non malfunction in this case.

The research in actual indigenous Mexican communities is a very important resource to understand the Prehispanic cultures, the Nahuatl one among them, and develop the knowledge and comprehension of their worldview.

**Bibliography**

*Codex Vaticanus 3738* (1979). Graz: Akademische Druck-u. Verlagsanstalt.

Cruz, Martín de la (1964). *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis,* Edición facsímil of the manuscript, then in El Vaticano Library, actually in the National Mueum of Anthropology. Mexico: Instituto Mexicano del Seguro Social.

*La Leyenda de los Soles,* en *Códice Chimalpopoca, Anales de Cuauhtitlan y Leyenda de los Soles* (1975). México: Instituto de Investigaciones Históricas. México: UNAM, pp.119-142

López Austin, Alfredo (1980). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas,* 2 vols., Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.

López Austin, Alfredo (1975). *Textos de medicina náhuatl,* Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM.

Molina, Alonso de (1970). *Vocabulario en lengua castellana y mexicana y mexicana y castellana,* México, en casa de Antonio de Spinosa, 1571, 4ª edición. México: Biblioteca Porrúa.

Olmos, Andrés de (1993). *Arte de la Lengua mexicana,* Edición facsimilar of the original manuscript in Biblioteca Nacional de Madrid, Res 165, Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica / Instituto de Cooperación Iberoamericana.

Ortiz de Montellano, Bernard (1990). *Aztec Medicine, Health and Nutrition.* New Brunswick and London: Rutgers University Press.

Peña Páez, Ignacio de la & Viesca T. Carlos (1997). "El tratamiento de las enfermedades mentales en el Códice Badiano". *Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica,* vol. II, pp. 21-26.

Sahagún, fray Bernardino de (1963). *Primeros Memoriales, Códice Matritense del Real Palacio de Madrid y Códice Matritense de la Real Academia de la Historia,* facsímile edition, University of Oklahoma Press, Publishing Division of the University, Norman.

Sahagún, fray Bernardino de (1969). *Historia General de las cosas de la Nueva España,* 4 vols.. México: Editorial Porrúa S.A.

Sahagún, fray Bernardino de (1982). *Códice Florentino,* 3 vols., ed. facsímil of the original in the Biblioteca Medicea Laurenziana, Florencia. México: Gobierno de la República.

Sahagún, fray Bernardino de, *Florentine Codex,* English translation, Charles B. Dibble and Arthur J.O. Anderson, eds. (1961) The School of American Research and the University of Utah / Monographs of the School of American Research and The Museum of New Mexico, Santa Fe, New Mexico. 14 vols.

Sejourné, Laurette (1962). *El Universo de Quetzalcóatl.* México: Fondo de Cultura Económica.

Sejourné, Laurette (1981). *El pensamiento náhuatl cifrado por pos* calendários. México: Ed. Siglo XXI (7ª ed., 2009).

Viesca T. Carlos, de la Peña, Ignacio de la (1976). "La enfermedad mental en el Códice Badiano", *Estudios de Cultura Náhuatl,* Xii, pp. 79-84.
Viesca T., Carlos (1992). "El *Libellus* y su contexto histórico", en vvaa. *Estudios actuales sobre el Libellus de Medicinalibis Indorum Herbis*. México: Secretaría de Salud, pp.49-83
Viesca T., Carlos (1997). *Ticíiotl. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*. México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM,. México.
Viesca T., Carlos, "Las enfermedades en la obra de fray Bernardino de Sahagún", en Miguel León Portilla, ed. (2002). *Bernardino de Sahagún. 500 años de presencia.* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

# LA VIDA DE FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ. UN MODELO DE CARIDAD CRISTIANA EN LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN MÉXICO SIGLO XVI

**Maríablanca Ramos de Viesca*; Carlos Viesca Treviño***
*Investigadores del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina UNAM. Antigua Escuela de Medicina. Brasil 33 Centro. Ciudad de México.
Email:mamaviesca@yahoo.com;cviesca@frontstage.org

**Abstract**
In 1567, Bernardino Álvarez, an adventurer arrived to New Spain in the middle thirties and charged with a big remorse due to his picaresque way of life and after obtain a lot of money in Mexican and Peruvian mines, obtained the Viceroy and Archbishop authorization to build an hospital destined to receive insane and old people and give them attention. The hospital was built by Bernardino and his first patients and developed a system of attention provided by charitable people and by the work of the patients, cultivating some fields adjacent to the hospital, medical care was provided and grows in importance through the following times. The hospital was de starting point for the creation of an hospitalary order, los hermanos hipólitos (the St. Hippolito's brothers), who were in charge of the patients attention in this and many more hospitals founded by them. The San Hipólito Hospital worked until 1910, when their interned patients were translated to a new and modern psychiatric hospital called La Castañeda.

***

## Introducción

La medicina cristiana sigue el ejemplo dado por Jesucristo en la parábola del buen samaritano. De acuerdo con ello se caracterizó por el cuidado del enfermo desvalido, del moribundo y del paciente incurable bajo los preceptos de caridad y benevolencia debidos al prójimo. La enfermedad era el vehículo por el cual se podrían hacer presentes las obras y manifestaciones de Dios, concebido como médico todopoderoso. Todo aquel que profesase la fe, mediante la caridad y el sacrificio podría ganar un lugar preferencial en el reino de los cielos, así aparece la figura de santidad. Los primeros santos médicos fueron San Cosme y San Damián[1], martirizados en Roma durante la persecución de Diocleciano en el año de 309 d.C.. A ellos se les atribuyó el milagro de un transplante de la pierna de un esclavo a un paciente afectado de gangrena.

En el mundo grecorromano existían establecimientos para la atención exclusiva de heridos guerra conocidos con el nombre de *Valentudinaria*, que son el antecedente inmediato de los hospitales medievales que agregaron el sentido caritativo. El primer hospital con este modelo es el de San Basilio en Cesárea, fundado en el año 370 d.C.. Para el cuidado de los enfermos fue creada la orden religiosa de los Basileanos. Posteriormente, proliferó el establecimiento de conventos y hospitales atendidos por ordenes religiosas que con frecuencia tuvieron a un santo en su origen.

El presente trabajo tuvo como objetivo la revisión de la vida de Bernardino Álvarez a través de su proceso de beatificación y canonización solicitado por la orden de la Caridad a principios del siglo XVII. La información recopilada fue enviada al doctor

[1] Palafox, Damián; Rodríguez Romo, Roxana, Valdés Corona, Luis F ; Oropeza, Jorge R. El milagro de San Cosme y San Damián: El comienzo del trasplante de tejido compuesto. Cir Plast 2011;21(2):111-114

R. Antonio Roque Cotero, jurista y piadoso varón con el fin de que redactara un informe en derecho. La biografía "*El venerable Padre Bernardino Álvarez, patriarca y fundador de la Sagrada Religión de la Charidad y San Hypólito el Martyr en la Nueva España*", fue escrito por J Díaz de Arce entre los años de 1651 y 1562. Este documento entregado al Canónigo Doctoral de la Santa Iglesia Metropolitana, doctor Don Luis de Herrera, que hacia el oficio de Provisor, cargo especial dado por una comisión el Arzobispo y Virrey el señor García Guerrero, fue confirmado y aprobado por el Santísimo Padre Inocencio Duodécimo.[1] Básicamente se defiende la tesis que Bernardino Álvarez fue un siervo de Dios y se argumentan los hechos por los que debería de ser canonizado, en el se hace una revisión de su vida, la creación de la Orden de la Caridad y el por qué debía ser un santo. El detalle de la narración de los hechos proporciona una imagen del pensamiento de aquella época.

**Bernardino Álvarez, su vida**

Nace en Villa de Utreira localizada en las cercanía de Sevilla, en los reinos de Castilla. Hijo de Luis Álvarez y Anna Herrera, nobles españoles a quiénes les reconocía como "*cristianos de linaje y de costumbres*". Se relata que su madre feliz lo "*ofreció a Dios, para que siempre lo tuviese en sus manos*", familiares y amigos también se alegraron por su llegada. Tuvo tres hermanos, Martín que nunca de caso, y dos hermanas María e Isabel "*de buena educación*" pues por el ejemplo de casa eligieron "*el más perfecto estado de la Iglesia, ser religiosas*".[2]

Durante su niñez y adolescencia aprendió a leer, a escribir y a "contar con perfección" como el "cajero y mayordomo que sería en un futuro de los pobres y de Dios", aunque no fuese muy aplicado en los estudios.[3] No se documenta ninguna razón para que se alistara como soldado y saliera rumbo a la Nueva España, pues dentro de su seno familiar se gozaba de tranquilidad y riqueza.[4]

En México luchó en batallas contra los Chichimecas en Zacatecas. A su regreso a la Ciudad de México, se hizo acompañar de amigos que presumían de valentía. El ocio y la abundancia lo llevaron a los *tules* o casa de juego, donde los recién llegados jugaban con dinero de la caja "haciendo naipes", y generalmente perdían el depósito. Se cuenta que al parecer la pandilla compañeros de Bernardino si señalaban las cartas "votaban, lo echaban todo a doce, arrojaban el bodegón por la ventana", y huir con el dinero, fingiendo una valentía que demostraban a cuchilladas y resistencia ante la justicia, o en otras ocasiones al marcarlas ganaban amistades deshonestas. A Bernardino se le reconocía por ser el más "galante" y fuerte, por salir victorioso de las riñas. Por el descato a la autoridad y sus "travesuras", la guardia encierra en la cárcel de la corte a Bernardino y doce compañeros más. Allí fueron sentenciados a ser tripulación de las naves que partirían rumbo a China, reconocido lugar en dónde se demostraba el verdadero arte militar. Al muy poco tiempo se fugaron de la cárcel, y tres no corrieron con suerte pues fueron ahorcados en la Plaza de México.[5]

Durante su huida de la Ciudad de México, una mujer del Barrio de Necatitlán, esconde a Bernardino varios días. Le proporcionó casa y comida, además de mantenerlo al tanto de lo que sucedía con sus compañeros en manos de la justicia y de las diligencias que hacia el Virrey y la Sala del Crimen. Tuvo también la paciencia de "*apagar su corazón*

[1] Días Arce, Juan. "El venerable Padre Bernardino Álvarez, patriarca y fundador de la Sagrada Religión de la Caridad y San Hypolito el Martyr en la Nueva España". Biografía confirmada y aprobada por nuestro Santísimo Padre Inocencio Duodécimo. Imprenta Nueva Anteuripiana D. Christival y D Phelipe de Zuñiga y Ontiveros. Calle de la Palma. 1era reimpresión 1762. Pp 1-471

[2] Ibid. Pp 2

[3] ibid pp 3

[4] Ibid pp 4

[5] Ibid pp 5 y 6

*intrépido*". Una vez que supieron que las Naos de China habían partido y un poco más tranquila la guardia; la mujer le buscó dinero, armas y un caballo para que pudiera salir de la ciudad. En el puerto de Acapulco, hizo amistad con algunos soldados y oficiales del barco en el que partiría a Lima. En el Perú, visitó diferentes lugares, decidió quedarse en Cuzco, pues vio la posibilidad de enriquecerse. Para Díaz de Arce, si bien la justicia se hizo para castigar a los que "no proceden como deben", tenía Dios reservado que Bernardino se "guardara y se librara de riesgos temporales", aún pagando con "el precio de la muerte de tres de sus compañeros".[1] En Cuzco, se dedicó a la milicia, no se le olvidó vivir en opulencia y su ánimo generoso, multiplicó y guardo dinero, que calculan llegaron a ser más de treinta mil pesos, bien adquiridos, es decir "*dados a Dios*". Se cuenta que a su regreso a México era tan rico que "*ninguno le llevaba la delantera*".[2]

Ya en la Ciudad de México, no es reconocido por aquellos que le habían perseguido, pues se había convertido en un corpulento varón con barba crecida. Era un hombre rico y de buen trato. Pero nuevamente, como si fuese un capricho del destino, cuando su fortuna se acrecentaba, recibió una carta "por la mano poderosa de Dios", cuyo contenido modificará su vida. En ella, su madre le daba la noticia de la muerte de su padre. Bernardino responde a la misiva, suplicándole que viniese a México con sus hermanos para hacerse cargo de ellos como el "noble hijo" que era.[3]

Su madre, Anna Herrera no acepta lo propuesto de Bernardino por diferentes razones, entre ellas se encontraban el no importarle ser rica en persona, había recibido el hábito de beata, y por herencia de su esposo contaba con dinero suficiente para el resto de su vida. Le sugiere que con su riqueza "*procurara servir a Dios*" empleándolo en la "*cosa que fuera de su mayor agrado y servicio*". Al parecer fue este momento cuando se percata de "que en esta vida o en la otra pagaría lo mal obrado", se recriminaba de sus errores de juventud, "se dolió y se arrepintió de sus pecados", dándole "entera satisfacción a sus rigurosas penitencias, vigilias, ayunos, disciplinas y cilicios, le ofreció a Dios todo lo que tenía y así mismo…" Finalmente se enclaustró en el Hospital del Marqués del Valle, allí pasa sus primeros años de retiro espiritual fortaleciéndose en la religión. Se dice que se alejó de los placeres mundanos y de las amistades y se dedicó a atender enfermos de día y de noche.[4]

En ese tiempo existían como modelo las enseñanzas de San Agustín, "la perfección en la caridad era la disminución de los deseos desordenados", siendo un medio fácil de conseguirlo a través de los hospitales, lugar en donde se profesaba la caridad y la benevolencia a su máximo nivel. Xxx Bernardino Álvarez también trabajó en el Hospital del Amor de Dios y en el Hospital de Jesús de Nazareno, el último sitio en donde se trataban a enfermos con el mal de bubas. Allí recibió e título de Custodio y Guarda, que significaba Samaritano Uno, además el de "oficio de la Santa Hospitalidad". Fue ejemplo de trabajo y dedicación, construyó la Sala de Enfermería, auxilió a los pobres durante diez años y se ocupó de los oficios más viles. Afirmaba "no deja de lucir la margarita entre las asquerosidades". Dentro de sus ocupaciones religiosas destaca la tarea de vigilancia de la fundación y ampliación del Convento de Jesús María.[5] [6] [7]

---

[1] Ibid pp 7 y 8
[2] Ibid pp 9,11,73,164
[3] Ibid pp 9,11,73,164
[4] Ibid 13-17
[5] Ibid 19-25, 34-5
[6] Fernández del Castillo, Francisco. San Hipólito en la Historia y la Medicina en México" en Antología de escritos Histórico-Médicos del Dr. Francisco Fernández del Castillo. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina. UNAM. Pp 794-808
[7] Fernández del Castillo, Francisco. Bernardino Álvarez, iniciador de la atención neuropsiquiátrica en México. Cuarto centenario del primer manicomio en América. Pp 809-819

**Fundación de la Orden de San Hipólito o Hermanos de la Caridad**

Durante su estancia en el Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, Bernardino se percató que el nosocomio era insuficiente para albergar a todos los pacientes que solicitaban atención médica. La administración se veía con frecuencia obligada a despedir forzosamente a los enfermos. Por desgracia dos o tres días después se les encontraba tirados en las calles con el serio riesgo de morir. Conmovido seguramente por esta situación de los enfermos desamparados, locos y viejos pensó en la creación de un albergue que también tendría un lugar para los pobres.[1]

El nosocomio decidió fundarlo en la Ciudad de México, pidiendo licencia al ilustrísimo Arzobispo Señor D.FR Alonso de Montusar en el año de 1567. Montusar le asignó un predio junto a la Iglesia de San Hipólito, santo que era considerado abogado de la ciudad. Este terreno lo había dado en donación Miguel Dueñas y su esposa Isabel Ojeda el día dos de noviembre de 1566. Estaba ubicado en la calle de Zelada desde las casa de D. Antonio Alonso Escribano (en donde estaba el Convento de las Religiosas de San Bernardo) hasta la casa de don Francisco de Olmos (frente al Colegio de Santo Domingo de Puerta Coeli.[2]

Con la influencia de su dinero y sus amigos, obtuvo fácilmente el consentimiento del Virrey don Martín Henríquez que era amigo de sus padres en Sevilla, el del señor Conde de Coruña y de algunos magistrados de la Real Audiencia para la construcción de un hospital para locos y pobres. Álvarez compró los solares contiguos y las edificaciones fueron dedicadas a la vocación de mártir de San Hipólito. Se construyó en la Plazuela del Convento que en la actualidad se ubica en el cruce de Paseo de la Reforma con Bucareli. A partir del año de 1567, fue acomodando a los enfermos que eran egresados del Hospital del Marqués y el de las Bubas, y también fueron acogidos los "inocentes y locos".[3]

Las virtudes de la organización fueron la humildad y la caridad, sus miembros se llamaron a si mimos "hermanos" y la cabeza de grupo recibió el título de Hermano Mayor. Como tradición entre ellos fue el no aceptar ninguna renta proveniente de "mudanzas humanas", aunque amigos se las ofrecieran, tal fue el caso de Alonso de Villaseca quien donaría cien mil pesos a cambio del permiso para rotular en sus armas que era patrón de esa obra, lo cual fue negado.[4]

Se cuenta que un día se quedó sin abasto el Hospital, no había que darles de comer a los enfermos. Bernardino salió con dos inocentes a la calle de Tacuba, llegó a Palacio Nacional, dio la vuelta por los Portales de la Plaza y se fue por la calle de San Francisco para volver más tarde con setecientos pesos, algunas frazadas y ropa blanca que le dieron los comerciantes. A su regreso puso la imagen en la entrada del Hospital del Ecce Homo (he aquí el hombre) y grabó "El Señor lo Proveerá". En el nombre de Dios repartió cuanto tenía y estaba seguro de que iba a recibir por este conducto cien veces más.[5] De este hecho Bernardino quiso por ley: una "fuerte piedad" que se convertiría en su principio el de la *Charidad*, en semejanza a lo que la madre de Dios. Pidió al Papa Gregorio XIII que la Charidad fuera la regla de su orden. También aclara sobre los excedentes de los bienes recabado "*si algo sobrase de los bienes y las rentas del dicho Hospital de San Hipólito, en cada año esto todo según el parecer y el arbitrio del hermano mayor y de los demás consultores, se dividiese enteramente con la recta conciencia entre los pobres y personas miserables*

[1] Diás Arce Op Cit pp 46-7
[2] Ibid 40-48
[3] Ibid 46-7, 49,65-6,74,115,140
[4] Ibid pp 69,79,92
[5] Ibid pp 82,84,87

*vergonzantes y que no anden mendingando puerta en puerta.. o que se enviase a otros hospitales fundados por el mismo Bernardino*".[1]

Una vez consolidad la orden de los Hermanos de la Caridad, se fueron incorporando jóvenes a la buena vida, religiosos legos, sacerdotes y clérigos, a partir de 1567 se crean hospitales de Oaxtepec, el de Xalapa con vocación a la Limpia Concepción de Nuestra Señora; el del Desierto de Perote dedicado a Nuestra Señora de Bethlem; el de Acapulco para Nuestra Señora de la Consolación; el de San Roque en la Ciudad de Puebla; el de San Juan de Úlua para Nuestra Señora de Loreto en Veracruz; el del Espíritu Santo en México, también en otras ciudades como Querétaro, y en países como Guatemala y Cuba. El fin de los hospitales era fortalecer y socorres a los españoles que llegaban a la Nueva España. La idea de acoger a los españoles surge cuando le sobraron cuartos en el Hospital de San Hipólito y pensó cómo poder socorrer a los pobres del mundo. En un principio compró una requa de 100 mulas, dentro de la Congregación seleccionó a los hermanos más caritativos y diligentes, para posteriormente enviarlos a San Juan de Úlua para traer a cualquier español de las flotas a la Ciudad de México. El presupuesto era de 100 mil pesos por viaje. El Puerto de Veracruz para los españoles se consideraba una tierra muy "enferma", pues a decir de ellos probaba el temple de los individuos por la variedad de comidas y bebidas, aunado al desgaste del viaje los hacía más propensos a enfermar o morir.[2]

Bernardino Álvarez pensaba que los locos era "hombres próximos, como hechuras de Dios". Curiosamente dentro de su asilo convivían "locos" con los "cuerdos", para que los primeros se ejercitaran, probaran su voluntad y su entendimiento, afirmaba que el loco aprovechaba mucho al cuerdo. Dentro del su hospital promovió la alegría y la afabilidad de palabra en los cuidadores, pues consideraba que eran fundamentales para consolar y aliviar a los enfermos. La orden procuraba el don de la alegría para vencer el asco y el tedio que causaban las llagas y los contagios de los enfermos que estaban obligados a atender. Este modelo de atención del enfermo mental es por lo menos 300 años anterior al que Pinel ofreciera en su Tratado Médico-filosófico de la enagenación del alma o manía.[3]

**La Santidad de Bernardino Álvarez**

Después de veintiséis años de muerto Bernardino Álvarez, los Hermanos de la Caridad informaron al Juez de lo Ordinario, el por qué se había ganado el título del Siervo de Dios y Santo. Los argumentos ofrecidos fueron: una vida impecable, el don de la perseverancia por la perfección por la caridad, las virtudes de vivir en la pobreza y la humildad, además de su generoso corazón que se mostraba cada vez que daba a los necesitados todo lo que recibía de la mano de Dios. Bernardino se había conducido bajo la premisa "El veneno que mata a la caridad es el defecto desordenado de tener, la perfección de la caridad se halla donde no hay deseo". De pobreza interior del espíritu, enseñó con modestia y honestidad todas sus costumbres y preceptos de Dios.

Otro motivo para considerarlo Santo fue el día y la forma de su muerte. A los setenta años, Bernardino Álvarez enfermó, le atendían tres médicos, el doctor Pedro López llamado también Padre de los Pobres que destacó por ser el primer protomédico que ejerció en la Nueva España; el doctor Juan de la Fuente catedrático de la Prima de Medicina de la Real y Pontificia Universidad de México y el doctor Sebastián de Ureira "singular en ciencia y experiencia". Los médicos pensaban que Bernardino se encontraba ya en las últimas horas de su vida, se apresuraron a solicitar le fueran dados

[1] Ibid 56,62-4

[2] Ibid 54-59, 64-67, 120-22, 131,141,144,154, 260, 266-7

[3] Pinel, Felipe. Tratado médico filosófico de la enagenación del alma o manía. Imprenta Real. Madrid. 1804 pp 1-41

el Viático y el Santo Óleo. Cuando escuchó los gemidos y llantos de los religiosos y pobres que él había llamado, los confrontó diciéndoles que "no estaba tan de partida" como les había dicho. Para la sorpresa de los médicos y de su gente, al día siguiente amaneció aliviado. No obstante al poco tiempo falleció, justamente en la fiesta del Santo Mártir de San Hipólito, ese día el doce de agosto, habiéndole hecho el Señor un gran favor. Para la Ciudad de México, el día de San Hipólito se consideraba una fecha especial, pues e conmemoraba la caída de Tenochtitlán en manos de los españoles. Era costumbre que los nobles y los plebeyos vinieran a honrar al santo. Por esa coincidencia , al funeral de Bernardino asistieron los alcaldes ordinarios don Bernardino Vázquez Tapia, don Baltasar Cadena, el Pendón Real y su Alférez el regidor don Guillén Borodate, el Cabildo de la Ciudad de México el licenciado Pablo Torres, el padre Fray Juan Adriano, Catedrático de Prima de Sagrada Escritura de la Imperial Universidad y el Arzobispo de México don Pedro Moya Contreras. En su féretro yacía Bernardino con su cuerpo robusto, cabello crespo, de buena presencia y en su rostro el reflejo de su vida interior. Se le dio sepultura en el altar mayor de la Iglesia vieja que se había caído, mientras se construía la iglesia principal. Su ataúd fue de madera cubierta con una loza.[1]

**Conclusión**

Los valores espirituales del cristianismo de la Edad Media temprana eran la caridad y la benevolencia hacia el grupo más vulnerable, los pobres, enfermos y locos. Es a partir de ellos que el hombre podría modificar la vida de excesos y pecados, y así acceder al reino de los cielos. La medicina monástica sigue los preceptos del buen samaritano ejemplificado en Jesús y descrito por San Benito (480-547 d.C.), de servir en todo momento al prójimo como si se tratara de Jesús.[2] Los primeros hospitales fueron las *basleias*, fundados en el año 372 por San Basilio el Grande en Cesárea, Capadocia, eran conocidos con el nombre de nosocomios, "casas para enfermos"; también uno de los más antiguos en el occidente es el de la matrona romana Fabiola en Roma.[3]

Duante el cristianimso medieval las personas, el modo de vida, las instituciones fueron manejadas desde dentro de la Iglesia. La voluntad de Dios se reflejaba en la vida religiosa de la comunidad. El sacerdote es parte del clero secular, que con "viandas delicadas y limpias" debían recibir a los pacientes, y que a su vez estaban obligados a vivir cristianamente en el mundo, de acuerdo a la regla de la perfección cristiana. [4]

Dentro de la biografía escrita por Días Arce, es interesante cómo en diferentes pasajes señala la acción de Dios como la fuerza que devela el destino de Bernardino desde su nacimiento. Ejemplo de ello es cuando fue ofrecido a Dios para que siempre lo tuviese en sus manos, o la habilidad en las matemáticas que le ayudarían como cajero de los pobres y de Dios, o cuando recibe la misiva de su madre parte aguas en su vida para que se dedicara a la caridad y la asistencia de enfermos. No existe documentada ninguna razón para que saliera como soldado a la Nueva España, pues gozaba de una vida estable, con buenos recursos económicos, no obstante para sus biógrafos constituye una muestra más de cómo Dios le tenía previsto llevarlo por los caminos de los excesos, las amistades deshonestas e inclusive llevar a cuestas la muerte de sus amigos. El modelo cristiano de los primeros Santos como Agustín de Hipona (354-430) mejor

[1] Ibid 159-168,172-77,188-201, 204-209, 211-3, 228

[2] Historia de la Caridad y de la humanización de la asistencia sanitaria. La acción socio-sanitaria de la Iglesia.http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/9288/1/Historia_FGConde%26FCarmona%26ANuñez_CCat%26VPublica_2017.pdf

[3] Micheli, Alfredo. En torno a la evolución de los hospitales. Gaceta Médica de México. 2005.141(1):57-62

[4] Entralgo, Laín. Helenidad Monoteísmo y sociedad señorial. En Historia de la Medicina. Salvat Editores. Reimpresión. Barcelona, España 1978 pp181-192

conocido como San Agustín, dominaron el medioevo. El amor a Dios y al hombre[1] Quien afirmaba que el mundo estaba dividido entre el bien y el mal, igual que como se hace constatar que Bernardino se enfrenta al mal, con los naipes, sus errores de juventud y sus pecados por los que se arrepiente dándose cuenta que "*en esta vida o en la otra pagaría lo mal obrado*", da entera satisfacción a penitencias, vigilias, ayunos, disciplinas y cilicios. "*La perfección en la caridad era la disminución de los deseos desordenados*" era un medio sencillo en aquel entonces era dedicarse la vida monástica. El lugar ideal era dentro de los hospitales, primero lo hace en el del Marqués del Valle, luego en el Hospital del Amor de Dios y por último en el Hospital de Jesús de Nazareno donde recibió el título de Custodio y Guarda. Cabe mencionar que antes de la conquista de México, no existía el concepto de hospitales que viene de la palabra "*hospitalitas*",conectado con el vocablo hospedaje y se refiere a una institución asistencial bajo el principio de caridad y beneficencia, que bien podía atender a ciegos, inválidos, leprosos según su ubicación geográfica, lugar en donde se ejerció la medicina por excelencia en el mundo occidental. Para aquel momento en solamente en España una red hospitalaria de 272 hospitales en 107 municipios, [2] cuya manutención principal era por medio de limosnas. Los hospitales para enfermos mentales conocidos en aquel entonces como para inocentes o dementes son el del Manicomio en Valencia (siglo XIII) Sevilla 1436, el de Toledo (1483), Valladolid (1489); mientras que en Barcelona, Zaragoza, Palma de Mallorca, Lérida, Granada, y Córdoba eran hospitales generales con un departamento para locos. [3] En la Nueva España, Hernán Cortés ordena la construcción del Hospital de la Inmaculada Concepción o de Jesús de Nazareno en 1524. Los siete hospitales eregidos en el centro de la Ciudad de México fueron semejantes a los europeos en funciones como la atención a los enfermos y la enseñanza de la medicina, siendo el de San Hipólito el primer hospital para dementes del continente Americano.

El motivo por el cual Bernardino Álvarez decidió crear un hospital para locos, convalecientes, pobres y viajeros se centró en la falta de un lugar específico para este grupo de población. Los eventos que se narran coincidentes con la gracias de Dios en la vida de Bernardino Álvarez y el hospital para dementes, son el hecho que el Arzobispo de México recibiera tres meses antes por donación el predio que le daría para el hospital, que sus padres en Sevilla hubiesen sido amigos cercanos del Virrey Martín Henríquez, que facilitaría la orden, haber salido a pedir limosna cuando el hospital quedó desprovisto de víveres y regresar cargados de frazadas y comida; además de que falleciera el día exacto de la fiesta de San Hipólito.

En la Edad Media, los locos se consideraban especiales por su naturaleza ligada al sufrimiento, tristeza y abandono, y como grupo social marginado por la pobreza. Se convertía en una obligación protegerlos del hambre e intemperie. Para Álvarez "*los locos era próximos , como hechuras de Dios*", y era fundamental en su manejo la alegría en el rostro y la afabilidad en las palabras de los cuidadores para consolarlos.

Se tiene noticia de que Philippe Pinel visitó los hospitales de enfermos mentales de Valencia y Zaragoza, en los que aprecio que a los locos no se les encadenaba, excepto en los momentos de agitación y agresividad. Los pacientes en cambio trabajaban en los

---

[1] Ferrer, Urbano; Román, Ángel D. San Agustín de Hipona . https://www.um.es/urbanoferrer/documentos/Agustin.pdf pp 1-17 ctexto consultado el 2 marzo del 2019.

[2] Villagrasa Elías, Raúl. La red de hospitales en Aragón medieval (siglo XII –XV). Colección de estudios en Historia. Institución Fernando el Católico. Zaragoza, España.2016. Pp 1-204

[3] Pileño Martínez, Ma. Elena; Morillo Rodríguez Javier; Salvadores Fuentes, Paloma; Nogales Espert, Amparo. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Cultura de los cuidados Cultura de los cuidados. Año VII, n. 13 (1. semestre 2003). pp. 29-35

huertos y en los cultivos dentro de los terrenos del propio hospital. [1] Es un hecho, que en las instituciones de la Nueva España y en el Reino de Castilla y de Aragón los enfermos eran manejados sin cadenas.

La biografía de Bernardino Álvarez nos lleva a reflexionar sobre su vida y la caridad cristiana. Aun cuando el camino hacia la espiritualidad fue decidido por sus pecados y culpas, los transforma en virtudes encaminadas a la atención del más frágil. A los enfermos mentales los integra a al asistencia médica con una nueva dimensión humana, con valores como el respeto, la prudencia, la responsabilidad, la gratitud y la humildad. Bernardino los dignifica en la Nueva España. Así, elegido o no, representa el personaje más importante en la historia de la psiquiatría colonial y una muestra de los caminos que tomo el humanismo renacentista.

[1] Aguado, A. (1995). Historia de las Deficiencias. Madrid: Editorial Escuela Libre pp 140

# A MELANCOLIA NO SÉCULO XV POR EL-REI D. DUARTE: CAUSAS, SINTOMAS E TRATAMENTOS

**José Santos Morais[1]; Susana Fonseca[2]**
[1,2] Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João
[1] Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria
[2] Assistente Graduada de Psiquiatria
Email:josemsmorais@gmail.com;

**Resumo**
D. Duarte nasceu em 1391, filho de El-Rei D. João e D. Filipa de Lencastre. Foi aclamado rei em 1433 e teve um curto reinado de 5 anos, falecendo em 1438. Com o cognome de "O Eloquente", D. Duarte foi um homem culto para a sua época, que se exprimia com elegância e que tinha o hábito de trazer consigo um livro onde escrevia alguns apontamentos. Desses apontamentos chegaram até nós dois livros. Num deles, o "Leal Conselheiro", o Rei dedica oito capítulos à sua reflexão sobre a depressão que o acometeu pelos 22 anos. Esta reflexão partilha muitos aspetos com o primeiro tratado conhecido sobre a depressão, "Anatomy of Melancholy", de Richard Burton, escrito dois séculos antes. O objetivo deste trabalho é perceber as causas, sintomas e tratamento para o *Humor Melancólico* no século XV, na perspetiva de D. Duarte, numa das primeiras descrições conhecidas da depressão no mundo.

**Palavras-chave**: D. Duarte; Melancolia; Rei; Século XV; Depressão

**Abstract**
D. Duarte was born in 1931, son of King D. João I and D. Filipa de Lencastre. He was acclaimed King at 1433 and had a short 5-year reign, dying at 1438. With the nickname of "The Eloquent", D. Duarte was an educated man for his time that expressed himself with elegance and that had the habit to carry with him a notebook to write some notes. From those notes, two books remain. At "Leal Conselheiro" the king devotes eight chapters to reflect on the depression that afflicted him when he was about 22 years old. His thoughts share many aspects with the first known book about depression, the "Anatomy of Melancholy", of Richard Burton, written two centuries before. The purpose of this work is to understand the causes, symptoms and treatment of *Melancholia* at the XV century, under the perspective of D. Duarte at one of the first world known descriptions of depression.

***

## Introdução

O Rei D. Duarte foi o 11º rei de Portugal, 2º da Dinastia de Avis. Filho do Rei D. João I e de D. Filipa de Lencastre, reinou durante 5 anos, de 1433 a 1438. Apesar do curto reinado, esteve associado ao governo do reino, pelo menos desde o planeamento da conquista de Ceuta, facto que atribui como causa para a depressão de que passou a sofrer. D. Duarte era um homem culto, um homem da escrita e, como tal, trazia consigo um caderno onde ia apontando diversas notas e factos que considerava interessantes. Dessas notas chegaram até nós alguns livros, um dos quais, o "Leal Conselheiro" contém as reflexões do rei sobre a depressão de que sofria. Pretende-se através dessa obra perceber as causas, sintomas e tratamento para a depressão no século XV sob a perspetiva de D. Duarte.

**Discussão**

Nos inícios do século XV, no reino de Portugal, convergem vários fatores que conduzem à conquista da cidade de Ceuta. Um deles terá sido a oportunidade para que três infantes de Portugal fossem armados cavaleiros. Este acontecimento, que era um dos dias mais importantes na vida dos cavaleiros, acabou por se tornar num dos precipitantes da depressão de que o rei D. Duarte padeceu.

O ataque a Ceuta proporcionava um palco para que os infantes portugueses se armassem cavaleiros e isto era, na altura, uma festa, um batismo de sangue para a realeza. D. João I, na preparação da empreitada, divide o Reino em 3 partes para a mobilização militar, distribuídas entre D. Afonso, seu filho bastardo, e pelos seus filhos D. Pedro e D. Henrique. A D. Duarte, nessa altura com 22 anos, coube a associação ao governo do Reino, facto que o terá deixado bastante desgostoso. Podemos imaginar o entusiasmo presente nos seus irmãos, procedendo aos preparativos militares, enquanto D. Duarte, nas palavras do seu mais recente biógrafo, Luís Miguel Duarte, despachava horas a fio nas salas sombrias do Palácio de Sintra com os burocratas do governo central.

Com o cognome de "O Eloquente", D. Duarte foi um homem educado e culto para a sua época, que gostava da escrita e que através dela se exprimia com elegância. Dele chegaram até aos dias de hoje três obras. São elas: o "Livro da Ensinança de Bem Cavalgar Toda a Sela", escrito quando era ainda infante, considerado por muitos o primeiro tratado de equitação europeu; a obra, talvez mais conhecida, denominada "Leal Conselheiro", que foi elaborada nos últimos meses de vida do monarca, sendo nela que se baseia esta apresentação; e, por último, o "Livro da Cartuxa" (ou Livro dos Conselhos de D. Duarte), que se baseia num livrinho de apontamentos que o rei trazia sempre consigo e onde apontava coisas que achava curiosas e interessantes, por exemplo reflexões, cartas que lhe escreviam, mezinhas, etc.

O "Leal Conselheiro", que tinha como objetivo fornecer um guia de conduta à sua corte, está organizado em torno dos pecados mortais e é na tristeza que o Rei mais se demora, dedicando-lhe oito capítulos, do décimo oitavo ao vigésimo quinto. O décimo nono capítulo tem mesmo o título sugestivo de "Da maneira que fui doente do humor menencorico, e del gareci", que se pode traduzir como – "Como eu sofri de depressão e dela me curei".

D. Duarte começa por refletir sobre as causas gerais da tristeza, no capítulo XVIII. Baseia-se na obra de João Cassiano, um teólogo cristão do século IV/V, para elencar o que acha serem as seis principais causas de tristeza. São elas: "Primeiro, e mais principalmente, de medo de morte, desonrra, door ou padecimento spiritual e corporal. Segundo, de sanha nom vingada[1]. Terceiro, de rryjo desejo nom comprido ou perlongado. Quarto, de nojo que recebemos por desonrras, mortes, perdas, prisões, doenças, e retiimentos[2], e suydadde[3]. Quinto, da desconcertada compreissom, que verdadeiramente doença de humor menencorico se chama. Sexto, per fallas, converssaçom de tristes perssoas, ou desconcertado cuidado que a desperaçom de cobrar boa nem leda vida nos derrubam.".

Para além das causas gerais da tristeza, D. Duarte procede também a uma reflexão sobre as causas, mais particulares, da sua depressão. Falamos já na desilusão que terá sentido ao tomar conta do governo do reino. Nas suas próprias palavras, "Quando eu era de

[1] Que se poderá traduzir como raiva

[2] De retenção

[3] D. Duarte terá sido o primeiro a utilizar a palavra e a teorizar sobre a saudade.

XXII anos, Elrrey…despoendosse pera filhar a cidade de Cepta, mandou-me que tevesse cárrego do consseJho, justiça e da fazenda". Esta responsabilidade assoberbou o Infante que admite a sua inexperiência e a sua pouca idade (apesar de 22 anos à época não ser considerado propriamente imaturidade), "nom conssiirando minha nova hidade e pouco saber". Mas D. Duarte entregou-se à tarefa de forma obediente, como sempre fazia ao que o pai lhe pedia, com grande dedicação, diz "recebi sem outro reguardo todollos dictos carregos…".

Podemos perceber que o infante estava sobrecarregado de trabalho e temos mesmo a ideia de como seria, para ele, um dia de trabalho normal através do horário, que deixou registado em "Leal Conselheiro". De manhã, "bem cedo era levantado, e, missas ouvydas, era na rollaçom ataa meo dia, ou acerca, e viinha comer. E sobre mesa dava odiencias per boo spaço. E rretrayame aa camera, e logo aas duas oras pos meo dia os do consselho e vedores da fazenda erom com mygo. E aturava com eles ataa IX oras da noite. E desque partiom, com os oficiaaes de minha casa estava ataa XI oras". Portanto, D. Duarte começava a trabalhar pela manhã, muito cedo, dava audiências mesmo enquanto almoçava e terminava as suas tarefas governativas do reino pelas 21 horas e procedia ao governo da sua casa até por volta das 23 horas.

A esta sobrecarga de trabalho, junta-se outro grande fator que D. Duarte identifica como precipitante da sua depressão, a peste, que grassava próximo de si, e matava pessoas que lhe eram próximas, de tal forma que "poucos dias passavom que me nom falassem em pessoas conhecidas que de tramas[1] adoeciam e morriam…". Isto provocava-lhe um grande receio de, também ele, vir a falecer de peste, (o que na verdade acabou por acontecer). Eeste medo estava muito presente, tendo sido considerado hipocondríaco por vários autores posteriores. Na verdade, este medo agravava a sua "tristeza, que de tanto tempo em mim se criava, mais se dobrou.".

Há mesmo uma altura em que sente uma dor numa perna e durante seis meses tem a convicção de que irá morrer. D. Duarte conta que esse receio da morte lhe tirou "todo prazer e acrecentandome a mayor tristeza segundo meu juyzo que aver podia".

O infante diz-nos que durante 3 anos sofreu de depressão que, para D. Duarte, é um pecado. O pecado da tristeza, que "procede da voontade desconcertada", a que os físicos[2] chamavam "doença de humor manencorico", mas esta doença tinha um fim, o de "fazer enmenda dos seus pecados e fallicymentos". Esta convicção religiosa é relatada quase como se de uma revelação se tratasse: "a graça do senhor deos e de nossa senhora santa Maria me outorgou conhecimento que era infirmidade e tentaçom do inimigo todo cuydado errado que me viinha".

Os sintomas relatados por D. Duarte poderiam perfeitamente ser incluídos numa história clínica atual. Fala-nos num sentimento de desesperança, que é "penssarem que outrem ja mais nunca tal sentio que fosse tornado a sseu boo stado em que antes era", ou seja, pensarem que é impossível recuperar o seu estado prévio, psicologicamente saudável. Este é mesmo um dos principais motivos para D. Duarte escrever estes capítulos, para que quem o lesse e sofresse de depressão percebesse ser possível voltar a ser como antes, pretendendo, portanto, fomentar a esperança em quem sofresse do mesmo mal.

Diz-nos ainda que a sua vontade estava quebrada, "ja nom sentya alguu prazer" chegar-lhe ao coração. A tristeza crescia-lhe sem que encontrasse qualquer motivo para tal, "nom com certo fundamento, mês de qual quer cousa que aazo se desse, ou dalgũas fantezias sem razom".

D. Duarte reflete mesmo sobre a distinção entre a tristeza normal e a patológica. A tristeza normal dos namorados, dos cobiçosos e semelhantes tem uma diferença: esses,

[1] Bubões – intumescência dos gânglios linfáticos da virilha, observada na peste bubónica

[2] Indivíduo que, após preparação, praticava a medicina de forma profissional.

a espaços sentem prazer enquanto que os outros, os da tristeza patológica estão continuamente tristes.
No entanto, ao longo do texto, D. Duarte vai reconhecendo que a melancolia para além de pecado, é uma doença, com uma componente física, para a qual existem tratamentos não só religiosos, mas também terrenos e corporais. E quanto aos tratamentos que lhe eram propostos pelos físicos, percebe-se que há grande similitude com os tratamentos propostos por Burton na sua Anatomia da Melancolia, dois séculos mais tarde. Temos, portanto, a utilização de "vinho pouco aguado", pois era costume misturar água com vinho para diminuir o teor alcoólico da bebida e assim evitar a intoxicação. No entanto, a "prescrição" dos físicos para o Infante era aumentar a quantidade de vinho. É também recomendado que "dormisse com molher" e, claro, que não se preocupasse tanto com os assuntos de que estava encarregado, para si a causa primordial do seu "humor melancólico".
D. Duarte não encontra conforto nestes tratamentos, "ca dos remedios, das curas, nom sentia vantagem", pelo que os desvalorizou e, como seria de esperar, sendo a depressão um pecado, a principal esperança na cura estaria na fé, "avendo toda minha sperança em no sebhor e sua muy santa madre.". Esta crença é ainda partilhada por Robert Burton, como referimos, 2 séculos mais tarde.
O infante opta por manter a doença em segredo, não alterando as suas rotinas, mas escreve que "o ssentido e desejo do coraçom todo era derribado a mal fazer" – esta frase tem suscitado alguma controvérsia. Há autores que defendem que este "mal fazer" se referia a ideação suicida, outros defendem que o "mal fazer" seria em relação aos tratamentos recomendados pelos físicos, que eram contrários ao defendido pela igreja. A dúvida permanecerá, no entanto, atrevemo-nos a considerar que não nos surge como plausível que alguém como D. Duarte, com uma rígida formação religiosa, sentisse algum tipo de inclinação para o adultério num contexto depressivo. O "desejo do coraçom todo era derribado a mal fazer" pode significar fazer mal a outrem, mas perante este contexto de depressão surge como mais provável a ideação autolesiva, que atualmente sabemos ser frequente nos episódios depressivos.
Os tratamentos propostos envolviam ainda recomendações sobre a alimentação, com viandas denominadas pelos físicos de manencóricas, (não encontramos descrição sobre os alimentos em que consistiriam), mas D. Duarte também não os achava úteis, referindo que não sentia grande diferença com a sua ingestão e, como tal, pouco as utilizava.
Os físicos recomendavam beber vinho sem mistura ou pouco aguado, como referimos previamente, mas D. Duarte prefere misturá-lo com bastante água para diminuir os seus efeitos. Pensa que não será do álcool que virá grande cura, mas admite que "embarga o entender e o sentir". O monarca reflete mesmo sobre os malefícios do álcool, ou seja, "da bevedice", e aborda a dependência: dos casos em que as pessoas bebem para não sofrerem tanto com a tristeza, portanto, o que denominaríamos de alcoolismo secundário, mas que em pouco tempo logo voltam a sentir tanta "mingua" daquele vinho, que como "constrangidos", voltam a ele de tal forma que ao julgarem tratar uma doença, caem na "servidão" do álcool, em que se perdem muitas almas, corpos e fazendas (riquezas). Fica bem patente a perceção sobre o potencial aditivo do álcool e o Infante acaba por relatar que "No bever pus regra geeral de grande temperança em quantidade, e bem auguado".
D. Duarte não achou particularmente úteis os conselhos dados pelos físicos de então, mas então que tratamentos utilizou para além da fé? Procurou perceber a doença, "eu me trabalhava de saber seus contrairos e remedios…", afastou-se de locais com peste e procurou também estudar como a tratar, "Da pestellença me afastava, e aprendi remedios pera [a] curar e persservatyvos os mylhores que pude saber." Passou a

descansar mais e a ocupar-se com atividades que lhe davam prazer, "filhar boas folganças", como a montaria e a caça, afastando-se mais do trabalho e, sentindo-se, assim, muito melhor.
Encontrou também uma "meezynha muy proveitosa" na conversava com "boos e sages amygos" e na leitura "per boos livros de virtuosas enssynanças…". Evitava estar sozinho e mantinha "honestos e razoados trabalhos do corpo…e a ociosidade muyto contraira", ou seja, tentava manter-se ativo fisicamente. Na verdade, talvez possamos fazer aqui um paralelo com a ativação comportamental dos nossos dias, em que parte do processo para alterar o sentimento de tristeza passa por uma alteração do comportamento do doente, onde se inclui a atividade física e aumento do contacto social.
D. Duarte passou também a ter mais cuidado com o sono, "A myngua do dormyr curava per sono razoado que depois filhava.". Equilibrava o trabalho com o lazer, mas manteve os seus jejuns, "jejũar nunca leixey, segundo meu custume…". Não considerava as purgas, sangrias ou vómitos de grande eficácia e achava que seriam de evitar.
A depressão durou mais de três anos, até que a mãe de D. Duarte, D. Filipa de Lencastre, adoece de peste. E como reagiu D. Duarte, tendo em conta o seu intenso medo de contrair a doença? Na verdade, marcou o início da sua cura, pois viu-se forçado a deixar de pensar em si e a mudar o foco da atenção para a sua mãe. D. Duarte coloca de lado o receio do contágio e da morte para a cuidar, mantendo-se próximo dela até á sua morte. Diz-nos "perdi todo receo, a ella em sa infirmydade sempre me cheguey e a sservy sem alguũ empacho, como se tal doornom sentisse. E aquesto foy o começo de minha cura, por que sentindo ella, leixei de ssentir a mym.".

**Conclusão**

Em forma de conclusão, é, a nosso ver, surpreendente a forma como, há mais de 500 anos, um rei português, se debruça e tenta compreender as causas divinas, mas também físicas, ou precipitantes, da sua própria depressão: excesso de trabalho, o medo da peste e da morte. Definindo a depressão não só como pecado, mas também como doença, descreve e reflete sobre os sintomas fundamentais de uma forma muito precisa, distinguindo o normal do patológico. Quanto ao processo de cura, propõe tratamentos religiosos, mas também médicos e, finalmente, uma abordagem que hoje chamaríamos de não farmacológica e que inclui muitas recomendações que se mantêm atuais: o exercício físico, a leitura, o convívio social ou atividades sentidas como prazerosas.

**Fontes e bibliografia final**

BARREIRA, Catarina F. & SEIXAS, Miguel M. de. (2014). *D. Duarte e a sua época: arte, cultura, poder e espiritualidade*. Lisboa: IEM - Instituto de Estudos Medievais; CLEGH - Centro Lusíada de Estudos Genealógicos, Heráldicos e Históricos.
DIAS, Carlos A. (1981). *D. Duarte e a Depressão: Estudo Psicodinâmico*. Coimbra: [Edição do Autor].
DUARTE, Luís M. (2005). *D. Duarte: Requiem por Um Rei Triste*. Lisboa: Círculo de Leitores.
McCLEERY, Iona (2009). Both "illness and temptation of the enemy": melancholy, the medieval patient and the writings of King Duarte of Portugal (r. 1433–38). *Journal of Medieval Iberian Studies*, 1:2, 163-178, DOI: 10.1080/17546550903136041.
MUNIZ, Márcio R. C. (2005). Leal Conselheiro e Livro dos Conselhos de El-Rei Dom Duarte: Diálogos. *Actes del X Congrés Internacional de l'Associadó Hispánica de Literatura Medieval*. Alacant: Institut Interuniversitari de Filologia Valenciana, 3 v. (1636 pp.).
PIEL, Joseph M. (1942). D. Duarte, *Leal Conselheiro*. Lisboa: Ed. J. M. Piel. Bertrand.

PINA, Luís de. (1954). El-Rei D. Duarte e o seu "Leal Conselheiro" na História da Melancolia. Separata do "Boletim Bibliográfico". Vol. III, Nº 7/8, páginas 1-7.

ROBERTS, Kimberley S. & SACKS, Norman P. (1954). Dom Duarte and Robert Burton: Two Men of Melancholy. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Volume IX, Issue 1. Pages 21–37.

# PERTURBAÇÕES MENTAIS: A EVOLUÇÃO DAS PERSPETIVAS ANTIGAS

**Miguel Pão Trigo[1]; Pedro Melo Ribeiro[2]; Francisco Queirós Santos[3]; Marco Mota Oliveira[2]**

[1, 2, 3, 4] Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

[1, 2, 3]Médico Interno de Psiquiatria; [4]Médico Psiquiatra

Email:mtrigo@chalgarve.min-saude.pt

**Resumo**

O conceito de "humor" surgiu no Antigo Egipto, mas Hipócrates é creditado por aplicar a ideia à medicina. Os humores eram os fluidos vitais do corpo: sangue, bílis amarela, bílis negra e flegma. Segundo a Medicina Hipocrática, a saúde era o estado em que essas substâncias estavam em proporção entre si, em força e quantidade. Também defendia que as características psicológicas eram determinadas pelo equilíbrio dos humores, e um desequilíbrio nesses fluidos produzia diferentes tipos de temperamento ou comportamento.

As teorias de Hipócrates sobre as perturbações mentais partilham pontos com a medicina moderna, embora, atualmente, os humores não sejam valorizados da mesma forma. No entanto, a relação entre os fatores ambientais e a saúde mental é inegável.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão sobre a evolução das perturbações mentais de uma perspetiva histórica, destacando a contribuição de Hipócrates para a Psiquiatria, com a sua teoria dos humores.

**Palavras-chave**: Hipócrates; Teoria dos Humores; História da Psiquiatria; perturbações mentais

**Abstract**

The concept of "humours" might have emerged in Ancient Egypt, but Hippocrates is usually credited with applying this idea to medicine. Humours were the vital bodily fluids, such as blood, yellow bile, black bile, and phlegm. According to Hippocratic medicine, health was the state in which these substances were in proportion to each other, both in strength and quantity. This theory also stated that psychological characteristics were determined by the equilibrium of the humours, and an imbalance in these fluids produced different temperament or behavioral types.

Hippocrate's theories on mental disorders share common points with modern medicine, even though we no longer value humours as he used to. Nevertheless, the relationship between environmental factors and mental health is undeniable.

The aim of this work is to review the evolution of mental disorders from a historical perspective, highlighting the contribution of Hippocrates to psychiatry, based on his theory of humours.

***

## Introdução

O objetivo deste artigo é a realização de uma revisão da literatura relativa à evolução das perturbações mentais na Antiguidade, de uma perspetiva histórica, destacando a contribuição de Hipócrates para a Psiquiatria, com base na sua teoria dos humores. Ao longo do artigo são também referidos pontos em comum entre a Medicina Hipocrática

e a Medicina Moderna, que continuam a existir, apesar de, atualmente, os humores não serem valorizados como eram no passado. Para tal, a pesquisa foi realizada utilizando os termos de pesquisa *Hippocrates*, *theory of humours*, *history of psychiatry*, e *mental disorders*, nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e SciELO.

**Discussão**

Os dados antropológicos, datados de 5000 a.C. evidenciam que, já no período neolítico se acreditava que a abertura de um buraco no crânio permitiria que um espírito maligno que habitasse a cabeça das pessoas com doença mental fosse libertado, curando-os assim dos seus males. Como alguns crânios mostraram sinais de recuperação, os investigadores concluíram que esses indivíduos poderiam ter sobrevivido aos processos de "cura", não sendo um tratamento fatal. Apesar de agressiva, essa técnica de abertura durou vários séculos, e foi usada como tratamento para uma série de condições diferentes como fraturas do crânio, enxaquecas e perturbações mentais. Os médicos-sacerdotes da antiga Mesopotâmia, não recorrendo a técnicas tão violentas, usavam rituais baseados em religião e superstição, incluindo orações, exorcismos, feitiços e outras formas de expressões da espiritualidade.

Foram os antigos egípcios que tiveram as ideias mais progressistas sobre como tratar as pessoas com perturbações mentais. Recomendavam que os pacientes se envolvessem em atividades recreativas, como a música, a dança ou a pintura, na tentativa de aliviar os sintomas.

**Teoria dos humores**

O complexo conceito de "humor" recua até ao Egipto Antigo, mas Hipócrates é considerado como o responsável por aplicar essa ideia à Medicina.

Já antes o filósofo grego Empédocles (c.495-435 aC) havia sugerido que os quatro elementos (água, ar, terra e fogo), e as suas características de temperatura e humidade, poderiam explicar a existência de qualquer substância. Na antiguidade greco-romana, o termo "humor" estava relacionado com líquidos e fluídos. A evolução do seu significado desenvolveu-se na direção de "estado de espírito".

Foi Hipócrates (460 aC - 377 aC) que desenvolveu um modelo médico baseado em quatro elementos, atribuindo as suas características aos fluidos corporais vitais: os "humores" (sangue, bílis amarela, bílis negra e flegma). Segundo a medicina hipocrática, a saúde era o estado em que essas substâncias estavam em proporção entre si, tanto em força quanto em quantidade. Um estado de doença seria explicado por excesso, ou falta, de algum desses fluidos. Essa teoria também afirmava que as características psicológicas eram determinadas pelo equilíbrio dos humores, e um desequilíbrio nesses fluidos produzia diferentes temperamentos ou tipos de comportamento.

Com o progresso da Medicina, apesar de se considerar que Hipócrates estava certo quanto às causas da maioria das doenças serem fatores climáticos, alimentares ou hábitos do quotidiano, também se percebeu que o seu trabalho foi desenvolvido com base em vários elementos incorretos, em termos de anatomia e fisiologia. A mais evidente, a teoria dos humores, de que o corpo possui quatro fluidos diferentes, que quando desequilibrados provocam a doenças. No entanto, estes erros são justificados por questões como o tabu que representava a dissecação anatómica, na época de Hipócrates, dificultando o trabalho da escola de medicina. Hipócrates e os seus sucessores acreditavam que as soluções eram prever o desenvolvimento da doença, baseando-se em dados de estudos de casos, e facilitar o processo de recuperação natural do corpo. Isto porque acreditavam que o corpo humano tinha a capacidade de reequilibrar autonomamente os quatro fluidos, de modo que, na maioria dos casos, o

papel do médico seria manter o doente o mais limpo e estéril possível, e imobilizado, se necessário.

Hipócrates, considerado o "Pai da Medicina Ocidental", era uma figura ateniense icónica, pois rejeitava explicações mitológicas sobre problemas de saúde e cura de doenças. Descendente de uma família de padres e médicos, foi um pioneiro na categorização da Medicina. Fundou a Escola Hipocrática e estabeleceu a Medicina como uma arte com uma abordagem científica, distinguindo-a gradualmente da teurgia. Em contraste, esta última, referia-se a ritos e práticas religiosas que deveriam possibilitar o contato com os seres divinos e obter a sua ajuda. De acordo com a visão dos antigos teurgos, não era realizada nenhuma tentativa para forçar os deuses a reagir com magia, mas sim uma cooperação entre deuses e homem, na qual o teurgo se abria para a influência divina.
Hipócrates rejeitava explicações supersticiosas e míticas para os problemas de saúde e cura de doenças e concentrava-se em observar e compreender o funcionamento do organismo humano, na esperança de encontrar explicações racionais, passíveis de controle ou manipulação. Embora muitos dos escritos de Hipócrates se tenham perdido ao longo dos séculos, alguns resistiram até à atualidade. No entanto, uma vez que o seu trabalho era maioritariamente prático, acredita-se que uma grande parte acabou por ficar perdida.
Desta forma, Hipócrates estabeleceu, então, que as causas da maioria das doenças seriam fatores climáticos, alimentares e hábitos quotidianos, em vez de uma punição dos deuses. Embora muitas explicações se tenham perdido ao longo dos séculos, algumas das suas obras foram transmitidas até hoje e, as teorias de Hipócrates sobre doenças mentais, têm pontos comuns com a Medicina moderna, embora já não valorizemos os "humores" da mesma forma. Ainda assim, a relação entre fatores ambientais e saúde mental mantém-se inegável.
Também foi Hipócrates o fundador da medicina holística, um conceito moderno da psicofisiologia, que possibilitou de forma significativa a divulgação da etiopatogenia das doenças psiquiátricas. O termo medicina holística refere-se à abordagem dos tratamentos médicos, baseada na teoria de que os seres vivos e o meio ambiente funcionam em simbiose, como um todo. A escola hipocrática considerava as doenças como "reações de adaptação" do organismo.
Nos seus aforismos, Hipócrates descreveu os diagnósticos e registou os princípios do tratamento de diferentes tipos de doenças psiquiátricas, como depressão, mania, histeria, neuroses, psicoses e doenças psicossomáticas. Foi ele quem desenvolveu a primeira classificação das perturbações mentais, discriminando três tipos de doenças: a Frenite (uma doença aguda, tratando-se de uma perturbação mental com febre); a Mania (uma doença crónica; tratando-se de uma perturbação mental sem febre); e a Melancolia (tal como a mania, uma doença crónica; tratando-se de uma perturbação mental sem febre).
O extenso trabalho de Hipócrates incluiu um grande número de estudos de caso e forneceu inúmeros dados sobre os sintomas, tratamento e o resultado final dos pacientes. A sua experiência na orientação de muitos doentes, também lhe permitiu observar as condições ambientais em que estes viviam. Concluiu que as condições ambientais como o local de residência afetam não só as doenças, mas também o temperamento humano:

> *"Pessoas que vivem em países montanhosos, elevados e bem regados, e onde a as mudanças das estações são muito grandes, provavelmente apresentam uma grande variedade de formas entre si e apresentam uma disposição naturalmente empreendedora e guerreira; tais pessoas tendem a ter*

*nada menos do que uma natureza selvagem e feroz; por outro lado, as pessoas que vivem em locais baixos, pouco arejados e expostos a ventos quentes em vez de frios, não são corajosas e também não são capazes de realizar empreendimentos laboriosos."* (Hipocrates, *De aëre aquis et locis*)

Assim, no seu trabalho, Hipócrates referiu que o comportamento humano não era apenas resultado da mistura dos humores, mas também do local de residência, ar, água e condições climatéricas. (ver Tabela 1)

| HUMOR | ELEMENTO | ÓRGÃO | TEMPERAMENTO |
|---|---|---|---|
| Bílis amarela | Fogo | Fígado | Colérico |
| Bílis negra | Terra | Baço | Melancólico |
| Flegma | Água | Cérebro | Fleumático |
| Sangue | Ar | Coração | Sanguíneo |

Tabela 1 - Relação entre Humores, elementos, órgãos e temperamento, segundo Hipócrates.

Posteriormente, Galeno (ca129 – ca 217), interpretou as características da personalidade humana, dizendo que quando o humor melancólico (bílis negra) se encontrava em excesso, então a personalidade seria maléfica e repulsiva. Por outro lado, uma personalidade sanguínea, representaria uma pessoa mais agradável e doce. (Galeno, *De constitutione artis medicae ad Patrophilum*). (ver Tabela 2)

| HUMOR | ELEMENTO | ÓRGÃO | TEMPERAMENTO | CARACTERÍSTICAS * |
|---|---|---|---|---|
| Bílis amarela | Fogo | Fígado | Colérico | Ambicioso, líder, inquieto, irritável |
| Bílis negra | Terra | Baço | Melancólico | Desanimado, calado, analítico, sério |
| Flegma | Água | Cérebro | Fleumático | Calmo, atencioso, paciente, pacífico |
| Sangue | Ar | Coração | Sanguíneo | Corajoso, esperançoso, brincalhão, relaxado |

Tabela 2 - Características da personalidade humana, de acordo com Galeno.

## Epilepsia segundo Hipócrates

As crenças predominam quando se analisa a história da epilepsia. Na antiguidade, esta doença era vista como resultado de influências maléficas ou ocultas e consequentemente tratada com recurso a métodos "mágicos" ou religiosos. Foi na Grécia Antiga que começaram a chamar a epilepsia de "doença sagrada", traduzindo o que acreditavam ser uma possessão por uma divindade. Os gregos defendiam que, quando alguém tinha uma convulsão, estava a ser tocada pelos deuses.

Na Idade Média (séculos V a XV dC), a epilepsia era considerada uma doença demoníaca, ou *morbus demoniacus*. Passou a ser conhecida como a "doença das quedas", e os doentes que sofriam dessa patologia, eram segregadas da igreja, e não podiam participar da eucaristia. A doença era considerada uma maldição, e nesse período, alguns médicos suspeitavam que a contaminação ocorria por via respiratória, crença essa que

prevaleceu ainda no início do século XX, quando se preconizou a vacinação para erradicação do suposto microorganismo responsável pela epilepsia, *Bacillus epilepticus*.
Entretanto, Hipócrates (por volta de 460-375aC) acreditava que a epilepsia, ou Mal Sagrado, como denominado na época, era uma doença natural com origem no cérebro. Inclusivamente, no seu *Corpus Hipocraticum,* Hipócrates afirmou que a epilepsia não tinha uma origem divina, sagrada ou demoníaca, e que o cérebro era responsável pela doença. Séculos mais tarde (por volta de 200 dC), Galeno fez a primeira classificação das diferentes formas da doença. Apesar das afirmações de Hipócrates e Galeno, as crenças em torno da epilepsia como possessão, maldição ou castigo perpetuaram por muito tempo.

**Melancolia segundo Hipócrates**

Ao longo da História, muitos procuraram descrever a melancolia, da forma que melhor conseguiram com os recursos e conhecimentos que possuíam na época. Na Grécia Antiga, com Hipócrates e Aristóteles, a melancolia era explicada pela presença de uma quantidade excessiva de bílis negra no corpo, e para os religiosos da Idade Média, era reconhecida como uma doença espiritual. Os filósofos dos séculos XVIII e XIX consideravam a melancolia enobrecedora, e segundo a metapsicologia freudiana do século XX, esta representava reação subjetiva perante uma história de perdas.
Como referido, anteriormente à visão de Hipócrates sobre as perturbações mentais, todos os males que afetavam o homem eram considerados resultado de punição ou vingança divinas. Portanto, todos as pessoas que estavam doentes, física ou mentalmente, estavam a sofrer as consequências de erros cometidos por ele mesmo, ou pelos seus antepassados. Com a teoria dos humores de Hipócrates, a doença passou a ser considerada um desequilíbrio humoral. Esta teoria retirou o estatuto sagrado das doenças e forneceu-lhes uma base física ou corporal.
Além da epilepsia, Hipócrates tentou explicar a melancolia. O termo melancolia advém do grego *Melan* (Negro) e *Cholis* (Bílis), isto é, *melancholia*, significando, então, bílis negra. Hipócrates relacionou, então, a melancolia com a bílis negra, descrevendo um conjunto de sintomas como: perda de apetite, desânimo, insónia, irritabilidade e inquietação. e explicada como proveniente do desequilíbrio e da intoxicação do cérebro por um excesso anormal de bile negra. Ele afirmava que as pessoas que sofriam desta doença tinham mau humor (Hipócrates, *Aforismo VI*, 23) e sintomas perigosos como instilação de líquidos no corpo e apoplexia (mania). (Hipócrates, *Aforismo VII*, 40). Numa interpretação da teoria hipocrática sobre a melancolia, é mencionado que os doentes com excesso de bílis negra podem sofrer de epilepsia, convulsões e depressão. O fenótipo clínico do excesso de bílis negra depende da "direção" da doença. Se sobrecarrega o corpo dá origem à epilepsia; se sobrecarrega a inteligência, dá origem à depressão.
A teoria de Hipócrates de que os epiléticos se tornam melancólicos, vai ao encontro do conhecimento contemporâneo, tendo em conta que a depressão é a comorbilidade psiquiátrica mais associada à epilepsia.
Também Galeno refere vários casos de "frenite" e "insanidade", descrevendo-os como uma doença semelhante à "mania", com atitude furiosa, representando uma condição mental aguda. Segundo Galeno, essas situações poderiam ser provocadas pela bílis amarela e bílis negra (Galeno, *De locis occuris libri vi VIII*, 178; *In Hippocratis prorrheticum i commentaria XVI*, 545)
Assim, desde o período grego clássico que existem descrições de quadros de perturbações de humor e tentativas de explicar tais entidades sob a perspetiva médica ou filosófica. Na literatura da Grécia Antiga, há muitas menções a sintomas não apenas da epilepsia, mas também das doenças mentais. Como por exemplo, o Rei persa

Cambises II, conhecido pelo seu temperamento explosivo, enlouqueceu, matando o seu irmão e espancando até à morte a sua irmã grávida, num ataque de fúria. Muitos atribuíam a causa dessas ações a uma doença sagrada desde o nascimento. Mais tarde, Hipócrates considerou a fisiologia cerebral como a causa desta doença (Hipócrates, *De morbo sacro*).

A Medicina da era Hipocrática não tinha os meios técnicos necessários para realizar pesquisas e investigação científica adequadas, e conflitos entre ciência, cultura e religião, moldaram os conceitos da abordagem e tratamentos dos doentes psiquiátricos.

Naturalmente, as práticas de saúde mental continuaram a progredir e regredir ao longo dos séculos, vindo a incluir o conceito de instituições dedicadas ao cuidado dos doentes mentais.

**Conclusões**

Hipócrates contribuiu para categorizar as perturbações psiquiátricas através dos conceitos dos temperamentos, numa época em que condições como a epilepsia eram consideradas doenças sagradas, indicando a crença popular em causas divinas e o descrédito da classe médica em diagnosticar e tratar tais patologias.

Hoje em dia, a saúde mental enfrenta desafios diferentes, como a falta de fundos para investigação adequada, comparativamente a outras áreas da Medicina, a falta de acesso adequado das populações aos cuidados psiquiátricos e o próprio estigma da doença mental na sociedade moderna.

A existência destes desafios, traça uma linha comum entre a Medicina moderna e a Medicina hipocrática, em termos de saúde mental.

Assim, conhecer e estudar a origem e evolução da Psiquiatria, desde os seus primórdios, permite obter uma importante perspetiva sobre a saúde mental na atualidade, e sobre o caminho que pretendemos traçar para o futuro.

**Referências bibliográficas**

Campos, R. N., Campos, J. A. O., & Sanches, M. (2010). A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. Arch. Clin. Psychiatry, 37(4), 162–166. https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400004

Stelmack, R. M., & Stalikas, A. (1991). Galen and the humour theory of temperament. Personality and Individual Differences, 12(3), 255–263. https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90111-N

Tsagkaris, C., & Kalachanis, K. (2020). The Hippocratic account of Mental Health: Humors and Human Temperament. Mental Health: Global Challenges Journal, 3(1), 33–37. https://doi.org/10.32437/mhgcj.v3i1.83

von Zerssen, D., & Akiskal, H. S. (1998). Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. Journal of affective disorders, 51(1), 1–5. https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00151-7

Freeman H. L. (1994). Historical and nosological aspects of dysthymia. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 383, 7–11. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05877.x

Teixeira, J.M. (2001) *A Medicina em História: A Medicina egípcia*, Volume III Nº3, 51-52

Weiss, K. J., MD & Group for the Advancement of Psychiatry. (2018). Psychiatry's Ancient Origins. Psychiatric Times 35 (1) https://www.psychiatrictimes.com/view/psychiatrys-ancient-origins

# DA INCERTEZA À INSANIDADE
# EVOLUÇÃO HISTÓRIA DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

**Ana Lúcia R. Costa*; Sabrina Jesus*; Mónica Almeida**; João Alcafache****
Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro
*Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria; ** Médico(a) Psiquiatra
Emails: rodrigues.anacosta@gmail.com; sabrina.von.jesus@gmail.com;
mokialmeida@gmail.com; jalcafache@gmail.com

**Resumo**
A evolução dos conceitos acompanha a evolução da medicina, e o conceito de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) não é exceção. Este conceito sofreu a influência de múltiplas correntes intelectuais, desde a filosofia ao pensamento político.
Em 1838, Esquirol descreveu a POC como uma forma de "monomania" ou "insanidade parcial", conceito que veio a enquadrar posteriormente as obsessões e compulsões em categorias nosológicas. Dagonet considerou as compulsões um tipo de impulsão e a POC uma forma de "insanidade impulsiva", enquanto Morel classificava a POC na categoria das "doenças das emoções", com origem no sistema nervoso autónomo. Magnan descreveu a POC como consistindo numa "psicose da degeneração", enfatizando a causa hereditária e, posteriormente, Westpahal acabaria por conectar as obsessões à função intelectual, abrangendo experiências mentais e ações. Mais tarde, no início do século XX, tanto Pierre Janet quanto Sigmund Freud isolaram a POC da neurastenia.
Mais recentemente, a psicologia cognitivo e comportamental impuseram-se às anteriores teorias, definindo os principais modelos de compreensão do POC.

**Palavras-chave**: Perturbação obsessivo-compulsiva; Evolução conceito; História

**Abstract**
The evolution of concepts follows the evolution of medicine, and the concept of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is no exception. This concept was influenced by multiple intellectual currents, from philosophy to political thought.
In 1838, Esquirol described OCD as a form of "monomania" or "partial insanity", a concept that later came to frame obsessions and compulsions in nosological categories. Dagonet considered compulsions a type of impulsion and OCD a form of "impulsive insanity", while Morel classified OCD in the category of "diseases of the emotions", originating in the autonomic nervous system. Magnan described OCD as a "psychosis of degeneration", emphasizing the hereditary cause, and later Westphal would eventually link obsessions to intellectual function, encompassing mental experiences and actions. Later, in the early 20th century, both Pierre Janet and Sigmund Freud isolated OCD from neurasthenia.
More recently, cognitive and behavioral psychology prevailed over previous theories, defining the main models for understanding the POC.

***

## Introdução
A perturbação obsessivo-compulsivo (POC) é uma doença neuropsiquiátrica potencialmente incapacitante e relativamente frequente, com uma prevalência de 2 a 3% ao longo da vida.

A evolução conceptual da POC acompanhou o progresso das técnicas de neuroimagem e eletrofisiologia, com a consequente transição do paradigma eminentemente psicológico da etipatogenia da POC para um modelo que integra e valoriza os inegáveis aspetos biológicos.

Ao longo dos tempos, e em função dos contextos histórico-epistemológicos, também as teorias etiológicas da POC sofreram naturais mutações. Desde a Idade Média e até ao século XVIII prevaleceram as explicações místico-sobrenaturais, percorrendo-se posteriormente, em termos científicos, um longo processo de autonomização e desagregação do misticismo.

Pretendemos neste capítulo descrever sumariamente este trajeto, destacando algumas das etapas mais importantes, na tentativa de proporcionar uma compreensão lógica da evolução dos diferentes modelos explicativos.

A religiosidade ligada aos processos psicológicos tem atraído uma quantidade significativa de pesquisas, e a POC não pode ser excluída desta correlação. Muitos dos registos históricos que incluem descrições compatíveis com sintomas obsessivo-compulsivos encontram-se na literatura religiosa, e não na literatura médica, o que facilmente se explica pelo facto de, entre os séculos XIV e XVIII, os temores obsessivos em torno da religião serem comuns. Deste modo, nessa época, a palavra "escrupulosidade" passou a ser usada no sentido de definir obsessões e compulsões (Allen et al., 2015).

O termo escrupulosidade deriva do latim *scrupulum*, que significa "uma pedra áspera ou afiada", sendo metaforicamente utilizado para ilustrar "uma dor aguda na consciência". A escrupulosidade é considerada um conceito psicológico moderno que ecoa o uso tradicional do termo em contexto religioso, para significar preocupação excessiva com questões de certo e errado. Configura frequentemente uma obsessão com aspetos morais e religiosos, desencadeando rituais compulsivos de devoção religiosa, envolvendo preocupações generalizadas sobre o que se percebe como atividade pecaminosa com compulsões para atos repetitivos religiosos, ao passo que, em séculos anteriores, este conceito incluía todos os tipos de obsessões e compulsões. A utilização do termo é secular, com relatos de várias figuras históricas e religiosas sofrendo de dúvidas sobre o pecado e expressando seu sofrimento obsessivo (Berrios, 1989; Cefalu, 2010).

Jean Charlier de Gerson (1363 – 1429), estudioso, educador e chanceler francês da Universidade de Paris, influenciado pelas afirmações do teólogo John de Dambach acerca da dificuldade na tomada de decisão por parte de muitas pessoas de classe devido ao excesso de escrúpulos, mostrou preocupação com o tema, tendo alertado acerca dos efeitos negativos da escrupulosidade em demasia (Cefalu, 2010).

O teólogo alemão Johannes Nider (1380-1438) descreveu no *Consolation of a Timorous Conscience*, publicado em 1494, uma das primeiras definições de escrupulosidade - uma "aflição potencialmente letal que poderia gerar o pecado de desespero com risco de vida" – ilustrada no caso de uma freira, chamada Kunegond de Nuremberg que receava constantemente a insuficiência da sua confissão. O medo irracional de ter cometido um pecado mortal, agravado por jejuns excessivos, gerou preocupação nos seus confessores, não apenas com a sua sanidade, mas com risco de vida potencial (Cefalu, 2010).

Antonino de Florença (1389-1459), frade dominicano italiano e arcebispo de Florença, descreveu a "consciência escrupulosa" como atormentada pela "indecisão resultante de temores selvagens e infundados de que alguém não orou ou agiu de acordo com a vontade de Deus", estado que poderia ter como causa a influência do diabo ou a doença física. A crença de Antonino de que a escrupulosidade teria, por vezes, uma causa física, e não necessariamente satânica, foi uma das primeiras observações documentadas de

que as doenças do pensamento e do comportamento beneficiavam de tratamento (Cefalu, 2010).

No compêndio de feitiçaria e psicopatologia do século XV, *Malleus Maleficarum*, o conceito de obsessão tinha uma forte relação com o fenómeno de possessão demoníaca – note-se o exemplo de um padre que sempre que se ajoelhava perante a imagem da Virgem Maria, sentia uma malévola força perturbadora e incontrolável que o compelia a verbalizar obscenidades (Allen et al., 2015; Drubach, 2015; Oberbeck et al., 2013).

Em 1660, Jeremy Taylor, bispo de Down e Connor, na Irlanda, referiu-se à dúvida obsessiva quando escreveu sobre "escrúpulos", definindo como o "problema onde o problema acabou, uma dúvida quando as dúvidas são resolvidas". Nessa década, aqueles que sofressem de pensamentos obsessivos blasfemos ou de natureza sexual eram considerados parcialmente possuídos pelo demónio, em 1661, no sermão sobre a melancolia religiosa, John Moore, bispo de Norwich, Inglaterra, referiu-se a indivíduos acometidos por: *"pensamento perversos e, às vezes, blasfemos, apesar de todos os seus esforços para sufocá-los e suprimi-los… quanto mais eles lutam com eles, mais eles aumentam"*

Os rituais de rituais de lavagem das mãos resultantes de obsessões de culpa foram imortalizados no século XVII por Shakespeare, através da sua famosa personagem Lady Macbeth, *"é um gesto habitual nela, fazer como quem lava as mãos; Já a vi continuar desse jeito durante um quarto de hora"*.

Os conceitos modernos de POC começaram a evoluir no século XIX, quando a frenologia e o mesmerismo eram teorias populares e a "neurose" passou a ser entendida como uma condição neuropatológica. É nesta altura que a explicação dos fenómenos obsessões e compulsões evoluiu, finalmente, de uma atribuição religiosa para uma visão médica (Berrios, 1989; Drubach, 2015).

As obsessões e as compulsões foram descritas pela primeira vez na literatura psiquiátrica por Esquirol em 1838, abrindo um novo espaço clínico para a POC, tendo definido como uma forma de "monomania" ou de "insanidade parcial", de "características involuntárias, irresistíveis e instintivas" onde o paciente está "acorrentado a ações que nem a sua razão ou emoção originaram, que a sua consciência rejeita e a sua vontade não pode suprimir" (Berrios, 1989; Fornaro et al., 2009).

"Monomania" foi um termo usado para descrever condições psiquiátricas nas quais a patologia incide e causa disfunção numa área específica, conservando intactos os restantes aspetos da personalidade e do intelecto. Nas palavras de Esquirol "os pacientes monomaníacos presumivelmente podem funcionar normalmente em todas as outras áreas, exceto a parte afetada". Desta forma o autor reconheceu que os pacientes com POC eram capazes de funcionar no seu dia-a-dia, apesar da doença. Gradualmente foi-se delineando a distinção entre obsessões, nas quais o *insight* se mantém preservado, e delírios, com inerente compromisso deste. As compulsões foram também distinguidas das "impulsões", que incluíam várias formas de comportamento paroxístico, estereotipado e irresistível. Psiquiatras influentes discordaram por longo tempo sobre se a origem da POC residia num distúrbio da vontade, das emoções ou do intelecto (Fornaro et al., 2009).

Henri Dagonet (1823-1902), também psiquiatra da escola francesa, considerou as compulsões como sendo um tipo de impulsão e a POC uma forma de *folie impulsiva*[1], na qual os impulsos violentos e irresistíveis superariam a vontade, traduzindo-se em obsessões e/ou compulsões. Ele descreveu o fenómeno da seguinte forma "quanto mais alguém tenta descartar uma ideia, mais ela se torna imposta à mente, quanto mais alguém se tenta livrar de uma emoção ou tendência, mais enérgica ela se torna." Conquanto tivesse considerado a POC como um distúrbio do controlo dos impulsos,

[1] Trad. Loucura impulsiva

integra neste o papel da volição, assumindo uma falha da vontade no controlo desses impulsos. Deste(Fornaro et al., 2009; Oberbeck et al., 2013) modo, diferencia-os dos impulsos irresistíveis que ocorrem em quadro de lesão orgânica, como acontece na epilepsia ou nas lesões do lobo frontal (Berrios, 1989; Oberbeck et al., 2013).

A dúvida excessiva, a par com a incapacidade de a tolerar eram características comummente atribuídas à POC pelo que foi considerada, não oficialmente, durante muitos anos, como a "doença da dúvida", resultado da tradução dos termos utilizados por Jean-Pierre Falret, *folie du doute*[1], bem como em 1875 por Henri Le Grand du Saulle, no seu livro *La folie du doute avec délire du toucher* [2] (Fornaro et al., 2009; Oberbeck et al., 2013).

Os psiquiatras da escola francesa abandonaram o conceito de monomania na década de 1850, tentando integrar e compreender as obsessões e compulsões dentro de várias categorias amplas, que atualmente identificamos como fobias, transtorno de pânico, agorafobia, hipocondria, mania e até mesmo algumas formas de epilepsia (Steinberg, 2013).

Por outro lado, a escola de psiquiatria alemã considerava a POC, juntamente com a paranoia, como um distúrbio do intelecto e, em 1868, Griesenger publicou três casos clínicos de POC, definindo-a como uma doença "ruminatória" ou "questionadora".

Em 1877 o psiquiatra alemão Karl Friedrich Otto Westphal (1833–1890) atribuiu as obsessões a uma descoordenação da função intelectual. A sua descrição do conceito de "ideia compulsiva" captura quer os aspetos cognitivos quer os compulsivos, tendo dado origem à terminologia atualmente usada, uma vez que engloba processos mentais e ações. Na verdade, Westphal foi o primeiro a descrever a POC conforme definido nos manuais de classificação, incluindo ausência de patologia causal efetiva, incapacidade de suprimir os pensamentos intrusivos e reconhecimento da bizarria das representações mentais (Oberbeck et al., 2013; Steinberg, 2013).

No último quarto do século XIX, a categoria diagnóstica "neuroastenia", aglomerou a POC a vários outros distúrbios e, por fim, no início do século XX, a visão dos fenómenos obsessivo-compulsivos começou a mudar.

Tanto Janet como Freud apartaram a POC da neuroastenia, tendo Janet proposto que as obsessões e compulsões surgiriam no terceiro estadio da doença psicasténica, o mais grave e mais profundo. Este autor postulava que o indivíduo com POC careceria de "tensão psicológica", uma forma de energia nervosa usada para atividades mentais de nível superior, sendo esta energia desviada para operações psicológicas mais primitivas onde se incluem as obsessões e as compulsões (Fornaro et al., 2009).

Grande parte do pensamento de Freud sobre a "neurose obsessiva" foi formulada em 1909 com o seu famoso texto sobre "O homem dos ratos"[3], no qual descreve o tratamento psicanalítico realizado a um homem de 29 anos que desenvolveu rituais compulsivos como forma de contrariar pensamentos agressivos e obsessões sexuais desde sua infância. Este paciente, após ter interagido com oficial militar sénior que lhe descreveu um método de punição asiático, particularmente sádico, que envolvia a colocação de ratos no ânus da vítima, começou a ficar obsessivamente preocupado com a ideia de que o seu falecido pai e a sua amada pudessem ter sofrido esse tipo de tortura. Embora o paciente expressasse horror ao mencioná-lo Freud, na sua análise, interpretou-o como "horror ao prazer dos seus próprios desejos, os quais ele próprio desconhecia". O fator precipitante das obsessões desse homem nunca foi claramente identificado por Freud ou pelo próprio paciente, mas o terapeuta correlacionou-os com

[1] Trad. Loucura da dúvida

[2] Trad. A loucura da dúvida com delírio de toque

[3] Publicação *Notas sobre um caso de neurose obsessiva,* 1909

sentimentos ambivalentes do paciente (ódio - amor) relativamente ao seu pai e as dúvidas sobre a sua orientação sexual (Oberbeck et al., 2013).
Freud, no seu conceituado trabalho *Les Obsessions et la Psychasthenie*, desenvolveu gradualmente uma conceptualização da POC com base nas suas ideias sobre estrutura mental, energias mentais e mecanismos de defesa. Na opinião de Freud, a mente do paciente respondia de forma inadequada aos conflitos entre impulsos sexuais inaceitáveis e inconscientes (ou impulsos do *id* agressivo) e as demandas da consciência e da realidade. Ele acreditava que o comportamento obsessivo-compulsivo estava fortemente ligado a conflitos inconscientes, que afloravam à consciência sob a forma de sintomas. Os indivíduos com POC seriam frequentemente compelidos a realizar ações que proporcionam alívio da ansiedade, ainda que apenas temporário, mesmo percebendo a inutilidade das mesmas ou o embaraço por elas causado (Oberbeck et al., 2013).
Na década de 1950, com o surgimento das terapias comportamentais e a sedimentação da sua validade na conceptualização e tratamento das perturbações fóbicas, ensaiou-se a sua extensão e aplicação à POC. Embora se tivessem mostrado claramente insuficientes para explicar a POC em toda a sua dimensão, proporcionaram, no final dos anos 60 e início dos anos 70, o desenvolvimento preliminar de tratamentos (finalmente) eficazes na redução da intensidade e frequência dos rituais compulsivos (Oberbeck et al., 2013; Oberbeck & Steinberg, 2015).
Rebuscando as ideias de Westphal, que relacionavam as obsessões com os tiques e epilepsia e sugeriam, assim, uma etiologia neurobiológica para a POC, foi desenvolvida, na década de 1980, uma pesquisa explorando a relação da POC com doenças neurológicas como a epilepsia, os distúrbios da memória e o síndrome de *Tourette* (Fornaro et al., 2009; Lysaker et al., 2002).
É já no início do século XXI, com o precioso contributo dos avanços nas áreas da farmacologia, da neuroanatomia, da neurofisiologia e da teoria da aprendizagem, que nos é possível alcançar uma conceptualização mais útil e mais abrangente da POC. A DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) descreveu a POC como uma patologia fóbico/ansiosa, tendo este conceito sido revisto na DSM-IV, que procedeu à divisão entre fóbico e as dimensões ansioso-esquivo e obsessivo. Esta entidade clínica, na definição atual de acordo com a DSM-5, encontra-se inserida no grupo das doenças do espetro obsessivo. As obsessões são definidas como pensamentos, ideias, impulsos ou imagens que surgem de forma intrusiva e são reconhecidas como absurdas com atribuição interna. Pelo seu carácter egodistónico, geram intensa resistência, estando associadas a elevada ansiedade e sofrimento (Cefalu, 2010; Goodman et al., 2014).

**Conclusões**

A evolução dos conceitos acompanha a evolução da medicina, e o conceito de POC não é exceção. Este conceito sofreu a influência de múltiplas correntes intelectuais, desde a filosofia ao pensamento político.
Entre as décadas de 1830 e 1900, a POC foi sucessivamente classificada como insanidade, neurose, psicose e, finalmente, como membro da nova classe das neuroses. A própria definição dos sintomas também sofreu mudanças. A obsessão tinha que ser separada da ilusão e a compulsão, por sua vez, da impulsão.
O problema histórico parece ter sido que, embora reconhecido desde a década de 1830 como um conjunto *sui generis* de sintomas, não suscitou uma resposta imaginativa dos psiquiatras, a maioria tentou classificá-lo em uma das categorias clínicas existentes, tendo contribuído pouco para aumentar a compreensão dessa condição tão fascinante e indescritível.

**Referências bibliográficas**

Allen, G. E. K., Wang, K. T., & Stokes, H. (2015). Examining legalism, scrupulosity, family perfectionism, and psychological adjustment among LDS individuals. *Mental Health, Religion and Culture*, *18*(4), 246–258. https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1021312

Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, *30*(4), 283–295. https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90052-7

Cefalu, P. (2010). The Doubting Disease: Religious Scrupulosity and Obsessive-Compulsive Disorder in Historical Context. *Journal of Medical Humanities*, *31*(2), 111–125. https://doi.org/10.1007/s10912-010-9107-3

Drubach, D. A. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder. *Continuum Lifelong Learning in Neurology*, *21*(3), 783–788.

Fornaro, M., Gabrielli, F., Albano, C., Fornaro, S., Rizzato, S., Mattei, C., Solano, P., Vinciguerra, V., & Fornaro, P. (2009). Obsessive-compulsive disorder and related disorders: A comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*, *8*, 1–13. https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-13

Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A. B., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *37*(3), 257–267. https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.06.004

Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Marks, K. A., Greig, T. C., & Bell, M. D. (2002). Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and negative symptoms. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *14*(4), 449–453. https://doi.org/10.1176/jnp.14.4.449

Oberbeck, A., & Steinberg, H. (2015). Sind die aktuellen Konzepte der Zwangsstörung ein Novum? *Nervenarzt*, *86*(9), 1162–1167. https://doi.org/10.1007/s00115-014-4229-x

Oberbeck, A., Stengler, K., & Steinberg, H. (2013). On the History of Obsessive Compulsive Disorders: Their Place in the Nosological Classifications up to the Beginning of the 20th Century. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, *81*(12), 706–714. https://doi.org/10.1055/s-0033-1355702

Steinberg, H. (2013). Einführung und Wandlung des psychiatrischen Terminus „Anankasmus“. *Nervenarzt*, *85*(9), 1171–1174. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3841-5

# CONCEPTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO TERMO "OBSESSÃO": DA POSSESSÃO DEMONÍACA ATÉ À PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

**Patrícia Marta[1*]; Diana Marta[2**]; Renato Sousa[1***]**
[1]Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Psiquiatria 1, Faro, Portugal
[2]ACES Sintra, USF Flor de Lótus, Agualva-Cacém, Portugal
[*]Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria
[**]Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar
[***]Médico Psiquiatra
Email:patricia.marta@campus.ul.pt

**Resumo**
We aim to perform a non-systematic review on the historical evolution of the concept "obsession" and its incorporation in different nosological criteria.
Obsession-like behaviours can be found mentioned in the literature of the ages, often under religious labels. In the eighteenth century, the term obsession was used meaning demonic possession.
Only during the nineteenth century, authors have dwelled on this subject in a medical perspective, developing the concept of obsession and integrating it as a symptom of mental disorders, such as "*manie sans délire*" and "*monomanie raissonante*". In the end of the nineteenth century, begins the description of disorders in which obsessions are the main symptoms.
Finally, in the twentieth century, the obsessive-compulsive disorder is conceptualized, as a new illness based on Freud's obsessive neurosis and Janet's psychasthenia. This disorder was first approached in the group of anxiety disorders, but it's now theorized in an independent nosological group since 2013.

**Palavras-chave**: obsessão, compulsão, neurose obsessiva, psicastenia, perturbação obsessivo-compulsiva

***

## Introdução
O termo "obsessão", do latim "*obsessio/obsedere*", é utilizado desde há vários séculos, inicialmente no contexto de guerra e depois de forma coloquial com uma conotação místico-religiosa, sendo posteriormente integrado no léxico médico como um sintoma de doença mental.
Com base na revisão da literatura existente, este artigo tem como objetivo descrever a evolução histórica do conceito de "obsessão", abordando os seus vários significados ao longo do tempo e a sua incorporação em diferentes entidades nosológicas psiquiátricas.

## Antes de 1800
O termo "obsessão" deriva do latim *obsessio/obsedere*, que significa "cerco" e "estar cercado", respetivamente.[1]
O uso mais antigo da palavra "obsessão" estava relacionado com a guerra, sendo empregada para designar uma etapa do ataque a uma cidade. Em latim, o ataque a uma cidade podia ser dividido em dois aspetos: "obsessio" – cercar a cidade, mantendo-se a cidadela intacta; e "possessio" – alcançar a cidadela, conquistando a cidade e os seus cidadãos.[2]

A partir dos séculos III e IV, o termo "obsessão" começou a ser utilizado com significados religiosos, nomeadamente traduzindo-se em "ser assediado pelo diabo".[1,2]
Neste novo significado, mantinha-se a mesma diferença entre obsessão e possessão, com base na metáfora da guerra: o diabo como o atacante, a vítima como a cidade e a alma da vítima como a cidadela.[2] Ou seja, na possessão, o diabo teria entrado na alma e, assim, ter-se-ia apoderado do controlo total sobre a pessoa, a qual não se conseguiria aperceber que estava possuída; enquanto que, na obsessão, o diabo teria algum controlo sobre a pessoa, mas sem acesso à sua alma, pelo que a pessoa teria a noção de estar a ser atacada pelo demónio e, deste modo, poderia tentar resistir-lhe.
Antes do século XIX, existem várias referências a conceitos cujo significado pode corresponder ao que foi posteriormente definido como obsessões.
Entre eles, Robert Burton (1577-1640), com a sua obra "*Anatomy Melancholy*" de 1621, descrevia a melancolia como uma vasta patologia com angústia e tristeza, incluindo também passagens alusivas a sintomas da linha obsessiva.[1,3] Por exemplo, é descrito o caso de um indivíduo que evitava passar perto de uma casa com vigas, uma piscina ou uma ponte, porque tinha medo de ter tentações de se enforcar, afogar ou atirar. É mencionado também que, se falava num auditório silencioso, tinha receio de proferir em voz alta e incontroladamente palavras consideradas indecentes e inadequadas.
Também John Moore (1646-1714), bispo de Norwich e Ely, deu um sermão intitulado "*Of Religious Melancholy*" em 1691/2, em que se referiu a pessoas religiosas assoberbadas por pensamentos maldosos e blasfemos.[3]
David Hartley (1705-1757) relatou também estados de "recorrência frequente e perpétua das mesmas ideias".[3]
Os termos medievais "obsessio", "compulsio" e "impulsio" eram usados para descrever comportamentos associados ao que hoje chamamos de obsessões, surgindo ainda outras palavras com o mesmo intuito, como o termo "escrúpulo" que, desde o século XVI (se não antes), começou a ser utilizado em referência a pensamentos repetitivos de natureza religiosa.
Este termo aparece na autobiografia de Inácio de Loyola (1491-1556), o fundador da Sociedade de Jesus, sugerindo uma provável perturbação obsessiva orgânica.[3] Da mesma forma, em 1660, Jeremy Taylor (1613-1667), bispo na Igreja de Inglaterra, escreveu que "o escrúpulo é um grande problema da mente prosseguindo de um pequeno motivo e uma grande indisposição, pela qual a consciência, embora suficientemente determinada por argumentos adequados, não ousa agir ou, se o faz, não pode descansar".[3]
Outro termo usado com o mesmo intuito foi o de "superstição", como descrito por James Boswell (1740-1795) sobre um indivíduo que tinha o hábito de entrar por uma porta sempre com o mesmo pé.[3]
O uso linguístico não variou muito até meados do século XIX, altura em que a palavra "obsessão" começou a ser usada estritamente em sentido psiquiátrico.[2]
Para que a explicação religiosa do comportamento obsessivo fosse substituída por uma explicação médica, foram necessárias várias transformações, nomeadamente:

-A demonologia foi separada das doenças físicas;
-Os estados mentais foram separados dos estados físicos;
-O sistema nervoso foi descoberto;
-E foi desenvolvida a noção de "insanidade parcial", em que a pessoa com doença mental teria crítica para o facto de estar doente.[2]

**O Século XIX**
Durante o século XIX, o desenvolvimento do conceito de "obsessão" deveu-se maioritariamente às escolas francesa e alemã.

1.Contribuição Francesa

As obsessões foram descritas através de variados termos na Psiquiatria Francesa.

No início do século XIX, considerava-se que as obsessões eram manifestações patológicas de uma alteração a nível intelectual, podendo constituir uma perturbação do pensamento, como nas categorias de "*manie sans délire*", "*monomanie intellectuel*" e "*folie lucide*".[3]

Por outro lado, na segunda metade do século XIX, esta visão mudou, sendo desenvolvida a ideia de que as emoções poderiam estar primariamente envolvidas na etiologia das obsessões, como no chamado "*délire émotif*".[3]

Posteriormente, foi finalmente usado o termo "obsessões patológicas" por Luys, que mais se aproxima do conceito atual.[3]

Portanto, relativamente aos autores franceses que contribuíram para o desenvolvimento da obsessão, começo por mencionar Philippe Pinel (1745-1826), que descreveu a "*manie sans délire*", categoria esta que incluía apresentações clínicas caracterizadas por sintomas a que hoje chamamos de obsessões e compulsões.[1]

Outras entidades nosológicas contemporâneas e similares, mas com diferentes denominações, foram a "*folie morale*" de Prichard, a "*folie raisonnante*" de Ladame e a "*folie lucide*" de Trélat.

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) substituiu o termo "melancolia" por "monomania" para designar a chamada "insanidade parcial" e, incluído nas monomanias, distinguiu um subtipo especial denominado "*monomanie raisonnante*".[1]

Este tipo de monomania era caracterizado pela ausência de delírio, como na entidade descrita por Pinel, e pelo predomínio de sintomas obsessivos, compulsões e atos impulsivos.[1]

Na explicação destes sintomas, Esquirol oscilava entre considerá-los fruto de uma perturbação das ideias/pensamento ou de uma perturbação da vontade.[2] Só na segunda metade do século XIX, surgiu na Psiquiatria francesa um terceiro mecanismo etiológico possível: a perturbação das emoções.[3]

O conceito de monomania de Esquirol foi amplamente criticado nos anos de 1850 e, com o seu desaparecimento, as entidades nosológicas nele incluídas seguiram um percurso individual.[1]

A partir de então e até ao final do século XIX, começaram a ser desenvolvidas em França várias entidades nosológicas específicas caracterizadas pela presença de obsessões e associadas sobretudo a uma componente afetiva. Os esforços de alguns autores para definir a obsessão como uma perturbação do intelecto haviam sido infrutíferos, pois o intelecto não poderia explicar o acompanhamento emocional das obsessões.[3]

Benedict Augustin Morel (1809-1873) desenvolveu o conceito de "*délire émotif*" como uma doença das emoções, uma neurose.

Nesta categoria vasta, estavam incluídas as ideias fixas (hoje chamadas de ideias obsessivas) e as compulsões, mas também muitas outras entidades diferentes – como ansiedade e até sintomas físicos – cuja característica em comum era a ausência de prejuízo cognitivo ou alucinações.[1,3]

Do mesmo modo que "obsessão" teve de ser separada de "delírio", também a "compulsão" teve de ser separada de "impulsão", um termo usado na Psiquiatria francesa desde o início do século XIX para nomear todos as ações involuntárias, estereotipadas e paroxísticas.

Henri Dagonet (1823-1902) descreveu a "impulsão" como atos involuntários e irresistíveis que podiam ser primários ou secundários a delírios, emoções ou

alucinações.[3] Incluiu estes sintomas dentro da "*folie impulsive*", perturbação esta onde também se incluíam as obsessões, que caracterizou como "quanto mais se tenta descartar a ideia, mais ele se torna imposta na mente, quanto mais se tenta livrar da emoção ou tendência, mais forte ela se torna".[3]
Outros autores, como Magnan, Bourdin, Pitres e Regis, debruçaram-se sobre o conceito de impulsão e impulsos, que foram perdendo a sua conotação moral e religiosa e passaram a ser incorporadas no terreno das perturbações mentais, relacionadas ou não com as obsessões.
Voltando às obsessões, este termo ganhou o seu primeiro significado médico em 1866 com o trabalho de Jules-Philippe Falret (1824-1902) e a sua descrição da "*maladie du doute*" (doença da dúvida), que envolvia a repetição sem cessar das mesmas ideias ou dos mesmos atos e a necessidade de os repetir sem alcançar nunca a saciedade.[1]
Legrand du Saulle (1830-1886) descreveu a "*folie du doute avec délire de toucher*", que era caracterizada pela presença de pensamentos obsessivos acompanhados por ansiedade que levava ao surgimento de rituais e sintomas depressivos muitas vezes com ideação suicida e que culminava na degradação do funcionamento social, embora nunca evoluindo para demência.[1,3] Esta condição surgiria tendencialmente em idades jovens e seria mais frequente em mulheres, classes sócio-económicas altas e personalidades rígidas e exigentes.[3]
O autor aceitou o conceito de "*délire émotif*" de Morel, em que as obsessões são conceptualizadas como uma perturbação das emoções, e incluiu nesta categoria as fobias a animais, agorafobia, fenómenos vasomotores, perturbação de pânico e crises convulsivas complexas parciais.[3]
Benjamin Ball (1833-1893) desenvolveu 8 critérios operacionais para as obsessões: a presença de *insight*, o início súbito, o curso paroxístico e flutuante, a ausência de prejuízo cognitivo, a redução da tensão pelas compulsões, os sintomas ansiosos e somáticos frequentes e a presença de história familiar.[3]
Ball distinguiu também 3 subtipos de "*folie de doute*": o minor (em que existiam apenas obsessões), o moderado (com ansiedade) e o major (com compulsões).[3]
O autor acreditava que as obsessões resultariam de uma circulação cerebral prejudicada e aconselhou contra o uso de morfina.[3]
Finalmente, Jules Bernard Luys (1828-1897) usou o termo "obsessões patológicas" para se referir a "eventos anormais, repetitivos e subjetivos, sem uma causa externa".[1,3] Esta conceptualização do termo foi uma mudança importante, na medida em que tornou as obsessões como fenómenos internos e privados, visão esta que rapidamente foi aceite pela generalidade da Psiquiatria Francesa.[3]
Valentin Magnan (1835-1916) incluiu as obsessões dentro do grupo das psicoses de degeneração, juntamente com as fobias, perversões sexuais e hipocondria, que considerava resultantes de patologia cerebral degenerativa.[3]

2.Contribuição Alemã
Na Alemanha, também no final do século XIX, foram desenvolvidos na Alemanha vários conceitos relacionados com a obsessão.
Segundo Berrios, contrariamente à escola francesa, que favorecia a componente emocional das obsessões, a escola alemã tendia a dar ênfase à componente intelectual, interpretação esta que se manteve influente na Psiquiatria Alemã até ao século XX.[1]
Wilhelm Griesinger (1817-1868) encontrou ruminações obsessivas em alguns dos seus doentes e denominou-as de "*Grübelnsucht*", propondo que estas queixas resultavam de um prejuízo das ideias.[3]

Em 1867, Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) introduziu o termo "*Zwangsvorstellung*" para se referir a pensamentos irresistíveis, termo este de grande importância na Psicologia e Psiquiatria alemãs e que foi popularizado por J.F. Herbart.[3]
Carl Westphal (1833-1890) completou a visão alemã com o seu trabalho "*Uber Zwangsvorstellungen*" em 1877. Nele, distinguiu as obsessões dos delírios pelas primeiras serem egodistónicas, compulsivas e impulsivas; e relacionou as obsessões com as compulsões, no sentido em que as compulsões seriam secundárias às ideias obsessivas.[1]
Segundo o autor, as obsessões refletiam uma perturbação do pensamento e não das emoções, conclusão esta que foi criticada por outros psiquiatras alemães e suíços que defenderam a visão oposta presente na escola francesa.
Robert Thomsen (1858-1914) foi aluno de Westphal e tentou substanciar todos os pontos da teoria do seu professor que geraram criticismo. Classificou as obsessões em primárias ou idiopáticas ("*idiopathische Zwangsvorgange*"), que também incluiriam os tiques, coprolália, enxaqueca e sensações somáticas; e em secundárias ("*deuteropathische Zwagsvorgange*"), como a histeria, fobias e neurastenia.[1,3]
Em 1895, o psiquiatra húngaro Guyla Donáth (1849-1944) propôs o termo "*Anancasmus*" como um nome alternativo para o "estado obsessivo idiopático" de Thomsen e fez um esforço determinado para o reduzir em tamanho.[1,3] Contudo, este termo começou a ser usado de outras formas até à atualidade, como por exemplo para adjetivar a "personalidade anancástica".[1,3]
Mesmo no final do século XIX, Franz Tuczek (1852-1925) sugeriu que as obsessões só se desenvolveriam numa estrutura de personalidade particular e, pela mesma altura, Leopold Löwenfeld (1847-1923) escreveu que as obsessões não pareciam formar uma condição unitária.[3]

3.Contribuição Britânica
A terminologia na língua inglesa seguiu um caminho semelhante e um termo muito usado foi o de "ideia fixa".[3]
A palavra obsessão, que já existia desde o século XVI para descrever possessão demoníaca, começou a ser usada de forma médica em 1892 por Tuke.[3]
Em relação ao desenvolvimento das obsessões, os psiquiatras ingleses limitaram-se sobretudo a comentar as visões continentais.[3]
Em 1896, William Julius Mickle (?-1917) tentou introduzir o termo "*mental besetments*", mas sem sucesso.[3] Para ele, as obsessões seriam consequência de uma mistura de anomalias no pensamento, emoção e vontade.
Daniel Hack Tuke (1827-1895), que usava muito o termo "ideias imperativas", substituiu-o por "obsessão" em 1892.[1] Segundo o autor, as ideias obsessivas nunca atingiam um caráter delirante e eram frequentemente acompanhadas por história familiar de epilepsia.
Baseando-se no modelo de John Hughlings Jackson (1835-1911), Tuke sugeriu que as obsessões surgiriam no contexto de um "enfraquecimento do poder mental", ou seja, seriam sintomas positivos resultantes de um sintoma negativo.
Contudo, o próprio Jackson criticou este texto, respondendo que a sua visão na qual Tuke se baseou não se aplicava às ideias imperativas. Para ele, as obsessões desenvolviam-se em pessoas cujo estado mental estava "apenas ligeiramente alterado", ao contrário dos delírios que surgiam em pessoas com alterações cerebrais graves.
George Savage (1842-1921) criticou o uso do termo "ideias imperativas", pois as ideias nem sempre levavam à ação.[3]
John Milne Bramwell (1852-1925) sumarizou as ideias continentais e defendeu a origem emocional dos sintomas obsessivos.[3]

**Transição entre os Séculos XIX e XX**

Na transição do século XIX para o século XX, a visão de que as obsessões resultavam de alterações das emoções prevaleceu, predominando as explicações baseadas na ansiedade.[3]

Pierre Janet (1859-1947), em "*L'Automatisme Psychologique*", distinguiu dois tipos fundamentais de neuroses: a histeria e a psicastenia. A psicastenia substituiu o termo "neurastenia" (conceito americano do final do século XIX) e consistia numa categoria muito vasta e demasiado inclusiva, que incluía as obsessões, mas também o pânico, fobias, tiques, hipocondria, estados confusionais e epilepsia.[3]

No seu trabalho "*Les Obsessions et la Psychasthénie*", o autor propôs um modelo dinâmico baseado na teoria de Jackson, no qual as obsessões e compulsões emergiam do enfraquecimento das estruturas hierarquicamente superiores.[1,3]

Sigmund Freud (1856-1939) dividiu as neuroses em dois grandes grupos: as psiconeuroses, relacionadas com aspetos da sexualidade passada dos doentes e nas quais se incluíam a histeria e a neurose obsessiva; e as neuroses atuais, das quais faziam parte a neurose ansiosa e a neurastenia.[1]

Emil Kraepelin (1856-1926) definiu ideias obsessivas como ideias intrusivas e irresistíveis, com conteúdo desagradável e ansiogénico, que se desenvolviam geralmente em perturbações afetivas e que podiam evoluir para ideias delirantes.[1]

**O Século XX**

Finalmente, no século XX, Karl Jaspers (1883-1969) incluiu as ideias obsessivas nas alterações da autorreflexão e sugeriu 3 grupos de perturbações: as doenças somáticas, as grandes psicoses e as psicopatias (às quais pertencia a neurose obsessiva).[1]

Kurt Schneider (1887-1967) clarificou que as obsessões podiam ser de muitos tipos (pensamentos, imagens, emoções, impulsos) e que as compulsões eram consequências das obsessões.

Defendeu que as obsessões não são sinais de psicose, mas que podem ocorrer nas ciclotimias e na esquizofrenia incipiente.[1]

Na sua proposta nosológica, não identificou uma perturbação obsessiva autónoma, referindo que as obsessões eram sintomas que podiam surgir em qualquer perturbação psiquiátrica.[1]

Nos Manuais de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), a neurose obsessiva persistiu até à versão DSM-II.

A partir do DSM-III, foi substituída por perturbação obsessivo-compulsiva, estando incluída no grupo das perturbações de ansiedade.

Em 2013, com o DSM-5, a perturbação obsessivo-compulsiva autonomizou-se num grupo à parte das perturbações de ansiedade.

Atualmente, os critérios de diagnóstico do DSM-5 contemplam a presença de obsessões, compulsões ou ambas, sendo as obsessões definidas por pensamentos, vontades ou impulsos recorrentes e persistentes, que são experienciados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam uma ansiedade marcada, ocorrendo tentativas de ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou então de os neutralizar com outros pensamentos ou ações (compulsão).[4]

As compulsões são definidas como comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente impelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas de forma rígida. Os comportamentos ou atos mentais têm o objetivo de prevenir ou reduzir a ansiedade ou desconforto ou então de prevenir algum acontecimento ou situação indesejados; contudo, estes comportamentos ou atos mentais não estão relacionados de forma realista com o que estão a tentar neutralizar ou prevenir, ou então são claramente excessivos.[4]

As obsessões e compulsões são consumidoras de tempo ou causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento da pessoa, não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de substâncias ou a outra condição médica e os sintomas não são melhor explicados por outra perturbação psiquiátrica.[4]

**Conclusões**

Concluindo, antes do século XIX, o termo obsessão era usado em linguagem coloquial para designar "ser assediado pelo demónio".

Posteriormente, no início do século XIX, as ideias obsessivas foram integradas em subtipos das grandes perturbações mentais e, no final do século XIX, as obsessões autonomizaram-se em nosologias específicas, prevalecendo a sua componente afetiva em França e a componente intelectual na Alemanha.

Finalmente, no século XX, as obsessões foram vistas como sintomas de diferentes grupos nosológicos e mais tarde como nosologias autónomas, primeiro na neurose obsessiva e psicastenia e depois na perturbação obsessivo-compulsiva atual.

**Fontes e bibliografia final**

1.Correia, D.T. (2015). *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*. Lisboa: LIDEL.
2.Davis, L.J. (2008). *Obsession: A History*. Chicago: University of Chicago Press.
3. Berrios, G.E. (2002). *The History of Mental Symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
4.American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª Edição). Washington: American Psychiatric Publishing.

# ESTADOS MISTOS, OU UMA MISTURA DE CONCEITOS? UMA VISÃO HISTÓRICA CONCEPTUAL DESDE KRAEPELIN ATÉ À ACTUALIDADE

**Corona Solana*; Filipa Gomes Tavares****
*Assistente Hospitalar em Psiquiatria; **Médica Interna de Psiquiatria
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro
Emails:coronasolana@gmail.com; gomes.fipa@gmail.com

**Resumo**
Os estados mistos constituem um dos conceitos mais controversos e abrangentes da psiquiatria. Vulgarmente considerados como episódios de polaridade oposta em contexto de doença bipolar, esta pode ser considerada uma visão limitada de uma condição polimórfica que causa múltiplos desafios tanto a nível diagnóstico como terapêutico. A primeira conceptualização diagnóstica como entidade independente e estruturada dos estados mistos foi feita por Emil Kraepelin na 5ª edição do seu tratado em 1896 tendo sido alvo de debate desde então. Devido a falta de consenso na sua conceptualização e dificuldade de implementação de critérios diagnósticos válidos e que permitam a inclusão de todas as formas de manifestação desta condição, o seu diagnóstico presume-se subestimado condicionando negativamente a possibilidade de encontrar abordagens terapêuticas adequadas que permitam melhorar o seu prognóstico.

**Abstract**
Mixed states are one of the most controversial and wide concepts in psychiatry. Commonly regarded as episodes of opposite polarity in bipolar disorder, it may be considered as a limited view of a polymorphic condition that causes multiple diagnostic and therapeutic challenges. The first diagnostic conceptualization as an independent and structured entity of mixed states was made by Emil Kraepelin in the 5th edition of his treatise in 1896 and has been the subject of debate ever since. Due to the lack of consensus on its conceptualization and the difficulty of implementing valid diagnostic criteria which allow inclusion of all forms of this condition manifestations, its diagnosis is assumed to be underestimated, negatively conditioning the possibility of finding adequate therapeutic approaches that allow the prognosis to improve.

**Key-words**: Mixed State; Mixed Mania; Mixed Depression

***

## Introdução
Apesar da sua alta relevância na prática clínica, os estados mistos continuam a ser frequentemente "esquecidos" e subdiagnosticados sendo a sua prevalência subestimada. Segundo os diferentes autores estima-se que esta se situe entre 40 a 70% dos doentes bipolares. O diagnóstico é difícil de estabelecer devido a falta de critérios diagnósticos rigorosos e à grande variabilidade na expressão clínica, mas é sabido que o diagnóstico incorrecto ou tardio agrava a condição, prejudicando o prognóstico futuro.

## Antiga Grécia
Foi ainda na Antiga Grécia quando **Araeteus da Capadócia**, através da observação de diferentes doentes, fez as primeiras descrições precisas dos estados de mania e melancolia. Constatou também a existência de um vínculo entre estes dois estados e

descreveu que estes sintomas podiam coexistir de forma simultânea ou fazer parte de uma mesma perturbação no mesmo doente.

**Século XIX**

Na Alemanha do século XIX foram vários os autores que se interessaram por estados que hoje em dia podem ser considerados como estados mistos e que contribuíram para realizar descrições clínicas e conceptualizações diagnósticas, e, mesmo que não estejam vigentes na actualidade, forneceram a base necessária para lograr a categorização desta entidade como a conhecemos presentemente.

Em 1818 **Johann Christian August Heinroth** no seu tratado "Transtornos da Vida Mental ou Transtornos Mentais" elaborou uma complexa classificação das doenças mentais tendo utilizado pela primeira vez o termo *mischung* (misturar) para descrever estados de "mistura de exaltação e fraqueza" que denominava como *hyper-asthenias* e os quais estavam subdivididos em três categorias: transtornos de humor mistos, transtornos mentais mistos e transtornos de volição mista cada uma das quais inclui várias entidades:

1. *Mixed Mood Disorders* (*animi morbid complicati*)
   a. *Ectasis melancholica*
   b. *Melancholia moria*
   c. *Melancholia furens*
   d. *Melancholia mixta catholica*
2. *Mixed Mental Disorders* (*morbid mentis mixti*)
   e. *Paranoia anoa*
   f. *Paranoia anomala*
   g. *Paranoia anomala maniaca*
   h. *Paranoia anomala catholica*
3. *Mixed Volition Disorders* (*morbid voluntaris mixti, athymia*)
   i. *Panphobia, Melancholia hypochondriaca*
   j. *Athymia melancholica*
   k. *Athymia paranoica*
   l. *Athymia melancolico-maniaca*

O que foi considerado como o pai da psiquiatria empírica em biológica em Alemanha, **Wilhelm Griesinger,** descreveu em 1845 as chamadas *mild-forms* que definiu como estados de coexistência de elementos de mania e melancolia (melancolia com impulsos destrutivos e melancolia com exaltação duradoura da volição) ou ciclos rápidos.

Outros autores contemporâneos, como **Kahlbaum, Pohl, Focke** também fizeram contribuições na era e descreveram estados de sobreposição de sintomas maníacos e depressivos, mas sem estabelecer uma categorização psicopatológica precisa.

Entre os anos 1899 e 1913 **Emil Kraepelin** nas sucessivas edições do seu tratado desenvolve uma forma sistematizada de classificação das doenças, sendo na 5ª (1896) e 6ª edição (1899) edição do seu tratado quando faz alusão por primeira vez aos termos *mischzustande* (estados mistos) e *mischformen* (formas mistas) e os conceptualiza como uma entidade nosológica autónoma que denomina *Third polarity*. Segundo o mesmo autor esta pode ocorrer como uma "forma de transição" (*ausstandsbilder*) ou de forma autónoma. Nas primeiras existiria uma sobreposição de sintomas depressivos ou maníacos inseridos num episódio oposto "puro" sendo uma forma de transição entre as duas formas fundamentais, enquanto que as formas autónomas seriam consideradas como um episódio distinto dentro da doença bipolar, que se manifestaria desde o início com sobreposição de sintomas maníacos e depressivos, correspondendo aos casos mais

graves da doença. Descreveu características clínicas comuns para as diferentes formas dos estados mistos: a presença de sintomas opostos, a presença frequente de sintomas psicóticos, episódios de duração mais prolongada, a existência de história familiar e pessoal de doença maníaco-depressiva e caracteristicamente teriam um curso periódico. Segundo a conceptualização kraepeliniana a categorização e criação de critérios diagnósticos foi baseada na polaridade do humor, da actividade motora e no pensamento e com base a esta são conceptualizadas seis formas:

1.Mania depressiva (humor ↓, actividade motora ↑, pensamento ↑)
2.Depressão excitada (humor ↓, actividade motora ↑, pensamento ↓)
3.Mania improductiva (humor ↑, actividade motora ↑, pensamento ↓)
4.Estupor maníaco (humor ↑, actividade motora ↓, pensamento ↓)
5.Depressão com fuga de ideias (humor ↓, actividade motora ↓, pensamento ↑)
6.Mania inibida (humor ↑, actividade motora ↓, pensamento ↑)

De forma similar a esta conceptualização, o discípulo de Kraepelin, **Wilhelm Weygandt**, baseando-se na polaridade do afecto, actividade e pensamento, estabeleceu a existência de seis formas:

a.Mania furiosa (afectos ↓, actividade ↑, pensamento ↑)
b.Depressão agitada (afectos ↓, actividade ↑, pensamento ↓)
c.Mania improductiva (afectos ↑, actividade ↑, pensamento ↓)
d.Estupor maníaco (afectos ↑, actividade ↓, pensamento ↓)
e.Depressão com fuga de ideias (afetos ↓, actividade ↓, pensamento ↑)
f.Mania com inibição motora (afectos ↑, actividade ↓, pensamento ↑)

Apesar de estes dois modelos serem muito similares entre eles, ambos forneciam categorizações mais rigorosas e com critérios clínicos e de diagnóstico estabelecidos. Não entanto, foram muitos os autores, como Karl Jaspers, Kurt Schneider, autores da escola de Wernicke ou Kleist Leonhard que foram fortes opositores a este conceito tendo inclusive levado ao desinteresse e ao esquecimento deste conceito durante as décadas de 1920 a 1960.

**Século XX - Actualidade**

Após décadas de desinteresse na área, foi **Mentzos** quem acrescentou uma perspectiva dinâmica aos conceitos já definidos por Kraepelin e Weygandt criando uma nova mas complexa classificação que denominou *mood-boost system.* Assim, o *boost* representa a força subjacente por trás dos processos psíquicos e o *mood* o tom afetivo predominante que afetará os pensamentos da consciência. Segundo este autor, os estados de mania e depressão correspondem a alterações *boost-mood* concordantes, enquanto os estados mistos representam alterações *boost-mood* não concordantes.

Os estudos de Mentzos promoveram um renovado interesse pela pesquisa e diagnóstico dos estados mistos e mais recentemente foram muitos os autores que se debruçaram sobre o tema e realizaram importantes contribuições nesta área.

Em 1983 a **Escola de Viena**, baseando-se na conceptualização dinâmica de Mentzos, elaborou critérios diagnósticos precisos de acordo com um modelo de coerência estrutural-dinâmica explicando que os estados mistos eram o produto da alteração instável da "dinâmica" (mistura de dois componentes da personalidade: um que forma o substrato funcional do temperamento) na forma "estrutural" (que codifica os padrões de comportamento inatos e adquirido). Classificavam os estados mistos em dois

grandes subtipos, o subtipo estável e o instável que possuíam características clínicas específicas de cada um deles. Este foi um sistema de classificação muito complexo e consequentemente pouco usado na prática clínica.
Anos depois, em 1992, McElroy e os seus colaboradores criam os **Critérios de Cincinnati** para mania disfórica baseando-se nos critérios diagnósticos já presentes nos manuais em vigor (DSM-III). Assim para ser considerada mania disfórica esta tinha de cumprir os critérios de mania/hipomania descritos no DSM-III e estarem presentes durante pelo menos 24h um mínimo de três dos seguintes sintomas depressivos:

a.Humor depressivo
b.Marcada diminuição interesse ou prazer nas actividades
c.Aumento do apetite/ganho de peso
d.Hipersónia
e.Lentificação psicomotora
f.Diminuição energia/fadiga
g.Baixa autoestima/excesso culpa
h.Desespero/desesperança
i.Pensamentos de morte recorrentes/ideação suicida recorrente ou estruturada

As características "típicas" eram diferentes às da mania pura, na mania disfórica existia um predomínio feminino, com história de episódios mistos prévios e episódio misto inaugural, associados a um maior número de suicídios e com pior prognóstico.
Com base num estudo multicêntrico publicado por Akiskal em 1998, **Estudo EPIMAN**, foram alargados os critérios de mania mista requerendo apenas o diagnóstico de mania segundo o manual de diagnóstico vigente, junto com unicamente dois sintomas depressivos concomitantes. Reforça a ideia de que a "mania pura" é clinicamente diferente à mania mista ou disfórica, tendo esta maior prevalência de doentes mulheres, com sintomas psicóticos associados, com predomínio de personalidade depressiva ou ciclotímica, assim como de episódios mistos no início da doença.
De forma similar ao acontecido com a mania mista, se desenvolve também o conceito de depressão mista ou agitada. **Koukopoulus** faz uma revisão da literatura e constata a falta de critérios diagnósticos válidos e estáveis para depressão mista e, baseando-se nas ideias de Kraepelin e na experiência clínica, determina critérios diagnósticos de depressão mista ou agitada para a qual é necessária a presença de um quadro clínico compatível com depressão segundo o DSM-III-R e em simultâneo pelo menos dois sintomas de mania/hipomania: agitação psicomotora, agitação psíquica ou intensa tensão interna e pensamentos acelerados ou "profusão" de pensamentos. Sumariza que a presença destes sintomas indicam um desequilíbrio excitatório no humor, não depressivo, que durante um episódio depressivo major se manifesta como um estado misto e considera que esta deverá ser considerada como uma forma de estado misto e não como forma da depressão de acordo com os critérios de *Reseach Diagnostic Criteria* de 1978. Também categoriza a existência de três subtipos:

1.Depressão agitada psicótica
2.Depressão agitada não psicótica
3.Depressão agitada ansiosa

Outro autor que também contribui para a descrição da depressão agitada é **Benazzi**, afirmando a existência de características clínicas similares às descritas por Koukopoulus

reiterando também que esta deveria ser considerada como uma forma de estado misto e não como subtipo de depressão, tal como se encontrava descrito no DSM-IV.
São vários os estudos com altos níveis de evidência que postulam que a depressão agitada ou mista é uma forma diferente da "depressão pura", ainda que a prevalência descrita varie significativamente segundo as definições usadas, mas que aproximadamente oscila entre 50 e 75%. Clinicamente, esta entidade é definida como um episódio depressivo com presença simultânea de 2 ou 3 sintomas de mania/hipomania que acontece mais frequentemente em doentes com doença bipolar (especialmente tipo II) e em doentes com história familiar de doença bipolar. Tipicamente a idade de início era mais precoce e de predomínio feminino. Também era característica a predominância de sintomas atípicos e a sua pior resposta a antidepressivo que causava agravamento sintomático (depressão mista "induzida"). Desta forma, são considerados dois subtipos:

1.Depressão excitada: agitação psicomotora como sintoma central, logorreia, irritabilidade e distratibilidade fácil como sintomas acessórios.
2.Depressão com fuga de ideias: fuga de ideias como sintomatologia central associada à falta de controlo dos impulsos, incluindo sexual devido ao aumento da libido.

As contribuições de **Akiskal** na conceptualização dos estados mistos são sem dúvida altamente significativas e relevantes actualmente. Assim, tal como outros autores que consideram que a depressão mista atua como "ponte" entre depressão unipolar e doença bipolar como se fosse um *continuum* na doença, Akiskal defende a existência de um espectro da doença bipolar encontrando-se a depressão major num pólo e a doença bipolar tipo I no pólo oposto com as entidades da depressão agitada, depressão com fuga de ideias e a doença bipolar tipo II a estabelecer um *continuum* entre ambas.
Considera também que os estados mistos não são uma simples sobreposição de elementos de mania e depressão e introduz o papel do temperamento na sua etiopatogenia. Assim considera que se irá desenvolver um estado misto quando ocorre um episódio depressivo ou maníaco inserido num temperamento do polo oposto. Apesar deste não ser um conceito totalmente novo, pois Kraepelin em 1921 já tinha descrito formas dependentes das "disposições" (ciclotímica, hipertímica, depressiva e irritável), este joga um papel importante na teorização actual sobre a etiopatogenia dos estados mistos. Descreve a existência de seis formas de expressão da mania e depressão consoante o temperamento em que se inserem (hipertímico, depressivo e ciclotímico) correspondendo a três tipos de estados mistos:

1.Tipo I: Temperamento depressivo + episódio de mania
2.Tipo II: Temperamento ciclotímico + episódio depressivo major
3.Tipo III: Temperamento hipertímico + episódio depressivo major

Para uniformizar os critérios diagnósticos e poderem ser realizados diagnósticos com validade que permitam a realização de estudos futuros foram desenvolvidos em 1997 por Perugi e Akiskal os **Critérios de PISA - São Diego** que englobam um amplo leque de conceitos e definições permitindo uma conceptualização mais abrangente dos estados mistos. Estes critérios requerem a presença de:

1.Pelo menos 2 semanas com sintomas depressivos e maníacos simultâneos ou flutuantes com manifestações opostas em 2 dos 5 domínios: humor, curso do pensamento, conteúdo do pensamento, sensopercepção e actividade motora.

2.Pelo menos 2 dos seguintes: aumento da ressonância afectiva, diminuição limiar de irritação/controlo do impulso, alteração impulso sexual, alteração marcada no sono ou alterações diurnas do ponto A.

3.Afetividade e relações interpessoais adequadas previamente ou interepisódicas.

**Manuais de diagnóstico**

Ao longo das sucessivas edições os manuais de diagnóstico (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* e *International Classification of Diseases*) não acompanharam as observações realizadas nestes conceitos fornecendo definições muito mais vagas e abrangentes. O **DSM-IV** (1994) considera o estado misto como um especificador da Perturbação Afectiva Bipolar (PAB) tipo I que inclui a presença simultânea de sintomas que permitam o diagnóstico de mania e depressão major durante pelo menos uma semana e o **CID-10** (1993) descreve o Episódio Afetivo Misto como um episódio afetivo de duração igual ou superior a duas semanas, caracterizado tanto por uma mistura quanto por uma alternância rápida (usualmente em poucas horas) de sintomas hipomaníacos/maníacos e depressivos.

Ainda na mais recente edição do DSM publicada em 2013, **DSM 5**, o estado misto é considerado como um especificador "com características mistas" dos episódios maníacos, hipomaníacos, depressivos na PAB tipo I e II e na Perturbação Depressiva Major.

Só no CID-11, em 2018, é que passou a ser considerado como um tipo próprio de episódio da doença bipolar tipo I, que poderá ou não ter sintomas psicóticos associados.

**Conclusões**

Apesar da possível visão redutora dos estados mistos, este é um conceito com séculos de evolução. A primeira descrição de sobreposição de elementos de mania e melancolia foi feita na Antiga Grécia, mas foi apenas no século XIX que vários autores começaram a definir os seus conceitos fundamentais. A primeira conceptualização diagnóstica como entidade independente e estruturada feita por Kraepelin foi alvo de uma forte oposição o que levou a um desinteresse na área. No século XX aprofundaram-se conceitos e critérios diagnósticos como os Critérios de Viena e os de PISA para os estados mistos, os de Cincinnati e o estudo EPIMAN para a mania disfórica e as definições de Koukopoulus para a depressão agitada. As contribuições de Akiskal na sua etiopatogenia também são fundamentais actualmente. Considera-se que estas contribuições e conceitos históricos são fundamentais para um melhor entendimento permitindo um melhor diagnóstico e consequente prognóstico da doença.

**Referências bibliográficas**

Akiscal, HS., Benazzi, F. (2004). Validating Kraepelin´s two types of depressive mixed states: "depression with flight of ideas" and "excited depression". World Journal of Biological Psychiatry, 5: 107-113.

Akiskal, HS., Hantouche, EG., Bourgeois, ML., et al. (1998). Gender, temperament, and the clinical picture of dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). Journal of Affective Disorder, 50: 175-186.

Almeida, S. (2007). Os Estados Mistos: Cem anos depois de Emil Kraepelin. PsiLogos, 4 (1-2): 56-63.

Benazzi, F. (2007). Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states). European Psychiatry, 23:40-8.

Cassidy, F., Yatham, LN., Berk, M., et al. (2008). Pure and mixed manic subtypes: a review of diagnostic classification and validation. Bipolar Disorder, 10: 131-143.

Cassidy, F., Ahearn, E., Murry, E., et al. (2000). Diagnostic depressive symptoms of the

mixed bipolar episode. Psychological Medicine, 30: 403-411.
Koukopoulos A., Koukopoulos A. (1999). Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. Psychiatric Clinics of North America, 22: 547-564.
Maina, G., Bertetto, N., Domene Boccolini, F., Di Salvo, G., Rosso, G., Bogetto, F. (2013). The concept of mixed state in bipolar disorder: from Kraepelin to DSM-5. Journal of Psychopathology, 19: 287-295.
Marneros, A. (2001). Origin and development of concept of bipolar mixed states. Journal of Affective Disorder, 67: 229-240.
McElroy, SL., Strakowski, SM., et al. (1995). Differences and similarities in mixed and pure mania. Comprehensive Psychiatry, 36: 187-194.
Muneer, A. (2017). Mixed States in Bipolar Disorder: Etiology, Pathogenesis and Treatment. Chonnam Medical Journal, 53: 1-13.
Perugi, G., Akiskal, HS., Micheli, C., et al. (1997). Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration. Journal of Affective Disorder, 67: 105-114.
Vieta, E., Valentí, M., (2013). MIxed states in DSM-5: implications for clinical care, education and research. Journal of Affective Disorder, 148: 28-36.

# AMOK: UMA REALIDADE ATUAL?

**Diana Monteiro[1]; Miguel Pão Trigo[2]**
[1] Hospital das Forças Armadas-Pólo Porto
[2] Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental-Faro,
Centro Hospitalar Universitário do Algarve
[1]Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
[2]Médico Interno de Psiquiatria;
Email:dianaferreira.enf@gmail.com, apt_miguel@hotmail.com

**Resumo**
A Etnopsiquiatria mobiliza saberes culturais, com base em crenças, perceções, interpretações/ações, culturalmente construídas e adquiridas, pelo que, contextualizar fenómenos na sua especificidade cultural otimiza a explicação e prevenção.
Pelo método descritivo e análise reflexiva, apresenta-se o Amok, nosologicamente reconhecido como perturbação típica da cultura (CBS - Culture Bound Syndrome).
Termo malaio que significa: ato raivoso de atacar/matar, explosão de cólera selvagem com crença de possessão demoníaca, é frequente na Malásia, Filipinas, Porto Rico. Associado a episódios repentinos e espontâneos, nos quais o indivíduo ataca e mata indiscriminadamente pessoas/animais, é comparado a episódios de surto psicótico, atingindo uma pluralidade aleatória de vítimas.
Historicamente, descrevem-se episódios Amok, nos quais o agressor ataca um conjunto de vítimas (facas). Atualmente, situações em escolas/eventos públicos (armas de fogo), demonstram a semelhança do fenómeno ao longo dos tempos/culturas, pelo que se pretendeu refletir sobre esta similaridade trágica e bizarra.

**Palavras-chave**: Amok; Cultura; Etnopsiquiatria; Violência

**Abstract**
Ethnopsychiatry mobilizes cultural knowledge, based on beliefs, perceptions, interpretations/actions, culturally constructed and acquired, so contextualizing phenomena in their cultural specificity optimizes explanation and prevention.
Through the descriptive method and reflective analysis, Amok is presented, nosologically recognized as a typical culture disorder (CBS - Culture Bound Syndrome).
It is a malaysian word that means angry act of attacking/killing, or wild rage outburst with belief in demonic possession. It is frequent in Malaysia, Philippines, Puerto Rico. Associated with sudden and spontaneous episodes, in which the individual attacks and kills people/animals indiscriminately, it is compared to episodes of a psychotic break, reaching a random plurality of victims.
Historically, Amok episodes have been described, in which the aggressor attacks a set of victims (knives). Currently, situations in schools/public events (firearms) demonstrate the similarity of the phenomenon over time/cultures. The purpose of this article is to reflect on this tragic and bizarre similarity.

***

## Introdução

O objetivo deste artigo é a realização de uma revisão descritiva e reflexiva do conceito de Amok, de uma perspetiva histórica. Sendo que o Amok é reconhecido como uma perturbação cultural, ou seja, que afeta uma comunidade, sociedade ou cultura específicas, é importante rever o seu conceito à luz da Etnopsiquiatria. Esta avalia as

influências da cultura no estado de saúde mental do indivíduo, família e comunidade. De acordo com George Devereux, o fundador da Etnopsiquiatria, cada sociedade possui ideias definidas acerca de como deve ser o modo de agir, pensar e sentir dos indivíduos com doença mental. De facto, holisticamente, a contextualização de fenómenos na sua especificidade cultural otimiza explicações e pode auxiliar na prevenção dos mesmos.
Os significados e as causas assumidas de Amok mudaram ao longo dos tempos. Essas mudanças parecem ter sido causadas por eventos sociais, descobertas médicas, evolução dos conhecimentos, etc. Por outras palavras, o conceito de Amok muda de acordo com a história da sociedade e do conhecimento, e a intenção dos indivíduos da época. Os autores pretendem analisar as origens históricas do termo Amok, as suas características e a sua evolução psicopatológica, bem como a sua relevância na atualidade.
O Amok é nosologicamente reconhecido como um transtorno típico da cultura, frequente na Malásia, Filipinas/Porto Rico. Inclusivamente, o próprio termo é de origem malaica e significa "ato raivoso de atacar e matar", também conhecido como "luta louca" ou "fúria cega". Diz respeito a uma explosão de cólera selvagem súbita e injustificada, e a episódios repentinos e aparentemente espontâneos de raiva. Inicialmente relacionado com habitantes da Malásia, e associado à crença de possessão demoníaca por espíritos maus, em que se acreditava que o Amok era causado pelo *hantu belian*, um espírito maligno de tigre que teria entrado no corpo dos indivíduos. Mais frequente em homens, atingia uma pluralidade aleatória de vítimas. Era comparado com episódios de surto psicótico, em que o indivíduo atacava e matava indiscriminadamente pessoas ou animais, e era, por vezes, seguido de suicídio. No entanto, episódios semelhantes ocorrem em outras áreas geográficas, pelo que caracterizá-lo uma síndrome cultural ignora a existência de episódios semelhantes em culturas ocidentais e orientais.

**Enquadramento histórico**
No sentido de contextualizar a definição de Amok, é importante fazer o seu enquadramento histórico. Amok ou "running Amok" é, então, um termo derivado da palavra malaica "meng-âmuk", que significa "atacar furiosamente e desesperadamente". Os primeiros registos datam de 1770, quando o capitão e explorador britânico James Cook, escreveu nos seus diários acerca de indivíduos com comportamentos violentos, *"matando e mutilando indiscriminadamente aldeões e animais num ataque frenético"*. Na Índia, durante o período colonial britânico, este termo era usado para fazer referência a um elefante desgarrado da sua manada, que se tornava selvagem e iniciava uma fúria indomável, matando e arrastando tudo e todos que se cruzassem no seu caminho. Mais tarde, em 1901, um médico britânico que morava na Malásia descreveu um fenómeno comportamental semelhante, em indivíduos sem histórico de criminalidade, que apresentavam rompantes de violência, cometendo ataques e assassinatos de forma indiscriminada: *"Um homem de 23 anos roubou uma espada e atacou seis pessoas que estavam a dormir ou fumar ópio. Ele quase decapitou um, matou outros três e feriu seriamente os demais - tudo sem razão aparente"*, escreveu o médico John Gimlette.

**Evolução**
O contexto sociogeográfico e o conhecimento dos observadores afetam a conceptualização do termo Amok. Como referido anteriormente, a História descreve vários episódios de Amok, nos quais o agressor atacava um conjunto de vítimas com recurso a facas, ou corria loucamente atacando, mutilando ou matando pessoas ou animais que estivessem no caminho, com comportamentos tresloucados de extrema violência, que terminavam com contenção física ou suicídio.

As primeiras formas do termo variavam e incluíam *amock*, *amuck*, *amuco*, *amaucos* e *amocchi*. O conceito de Amok foi frequentemente associado à guerra ou honra e envolvia escolher morrer pelo seu senhor, ou por honra ou vingança depois de ser envergonhado na guerra, ou numa luta feroz entre soldados. Parece, inclusivamente, ter sido aceite como um comportamento positivo.

Entre os séculos XI e XIII, com a introdução do islamismo em regiões como a Índia, Malásia e Indonésia, outros conceitos de Amok parecem ter sido utilizados em relação a essa religião, com algumas pessoas a acreditarem era exclusivo dos praticantes da mesma, sendo considerado um comportamento negativo.

Após a introdução e crescimento da religião e do império islâmicos, comerciantes europeus viajaram para essas regiões e expandiram a sua influência, com a colonização europeia a ser estabelecida por volta do século XVI. Durante o processo de colonização, os habitantes dessas regiões foram submetidos a opressões, exploração e maus-tratos. O significado de Amok refletiu esses eventos, deixou de estar relacionado à guerra ou a comportamentos de autossacrifício. Ao invés disso, passou a ser considerado como loucura, ou como um comportamento que levava à punição sob a lei europeia. O Amok foi usado nos tribunais pela primeira vez durante esse período, com o objetivo de suprimir a tendência dos habitantes locais de considerar o Amok como heróico.

No período entre 1800–1850, o Amok foi descrito por um médico, Dr. Thomas Oxley, que descreveu um doente que insistia estar possuído pelo demónio, tendo Oxley concluído que os seus sintomas eram causados por gastrite ou pela exacerbação de uma úlcera gástrica. Depois deste caso, os relatos médicos aumentaram. À medida que a literatura médica sobre o Amok crescia, aumentava também o número de artigos relacionados com doenças físicas ou mentais. Por exemplo, a gastroenterite, o delírio febril e a varicela eram consideradas doenças físicas que causavam Amok. De forma semelhante, a demência e a psicose foram consideradas causas psiquiátricas do mesmo. O álcool e o ópio também foram considerados causas de Amok, durante esse período. O número de artigos que descreviam o ópio como causa do Amok aumentaram, uma vez que sua produção também aumentou nas colónias. Apesar de o consumo de álcool ser incomum na sociedade islâmica, o número de europeus na área aumentou com a colonização, o que levou ao consequete aumento do consumo de álcool.

O advento da Psiquiatria moderna, no início do século XIX, gerou o conceito de causas orgânicas de doença mental. Isto parece ter influenciado a ideia de que o Amok era uma consequência de doenças psiquiátricas.

Entre 1900 e 1950, surgiram, pela primeira vez, outras causas potenciais de Amok, apresentando-o com um mecanismo de defesa, uma característica de personalidade e com possível carácter hereditário.

Entre 1923 e 1927, doenças infecciosas, malária e epilepsia foram sugeridas como causas de Amok. Além disso, os canabinóides foram mencionados pela primeira vez como uma possível causa de Amok, durante esse período.

Por volta de 1936, o conceito psicodinâmico de Amok, foi substituído por explicações socioculturais, focadas em normas culturais, antecedentes e correntes de pensamento. Alguns autores assumiram que a relação entre fragilidade individual e contexto sociocultural causava agitação.

Na década de 90, surgiram explicações políticas, que postulavam que o Amok era motivado politicamente, e refletia preocupações políticas. O comportamento agressivo, independentemente do motivo, também surgiu como uma nova explicação para o Amok, nesse período.

Nos dias de hoje assiste-se a situações mundiais, que ocorrem em escolas ou eventos públicos, com recurso a armas de fogo, granadas ou explosivos. São eventos de alto potencial destrutivo, que poderão ser analisados à luz deste fenómeno. Pela sua natureza

de violência súbita e gratuita, demonstram a similaridade do fenómeno Amok, ao longo dos tempos e das culturas.

**Atualmente**

O Amok tem sido discutido na literatura desde 1430 e ainda é usado no campo psiquiátrico. Atualmente, o termo é, por vezes, usado de forma geral, e o conceito não envolve exclusivamente homicídio, mas é usado para descrever comportamento violento genérico.

Na história recente da humanidade é possível descrever vários episódios de Amok.

Como o caso da cidade escocesa de Dunblane, a qual foi palco de um dos piores massacres com armas da história britânica, quando, em 1996, um homem armado entrou numa escola primária e começou a matar indiscriminadamente, tendo cometido suicídio no final. Este ataque resultou na morte de 16 crianças e uma professora. Em 1997, no estado do Kentucky (EUA), após a oração matinal, um adolescente de 14 anos matou a tiro, três colegas de escola, e feriu outros cinco. No ano de 1998, em Jonesboro (Arkansas, EUA), dois meninos, de 11 e 13 anos de idade, mataram uma professora e quatro crianças, num tiroteio. Também em 1998, um adolescente de 17 do Oregon (EUA), matou a tiro dois colegas e feriu outros 20.

No Colorado, em 1999, dois jovens, de 17 e 18 anos, foram autores de um massacre, matando um professor e doze colegas, tendo culminado no suicídio de ambos. No dia 11 de março de 2009, numa escola de Winnenden (Alemanha), um adolescente matou quinze pessoas, sendo posteriormente abatido pela polícia, ou cometido suicídio. No dia 3 de abril de 2009, teve lugar um tiroteio em massa, no centro de imigração da American Civic Association, em Binghamton (Nova Iorque, EUA). Um indivíduo vietnamita de 41 anos, com cidadania americana, entrou nas instalações e matou treze pessoas, feriu quatro, e acabou por se suicidar. Em 22 de Julho de 2011, ocorreu o chamado Massacre de Breivik, no qual um norueguês entrou no terreno de um acampamento de jovens do Arbeiderpartiet norueguês (Partido dos Trabalhadores) na ilha de Utøya, e abriu fogo contra os jovens presentes. Deste massacre resultaram 77 mortos.

De acordo com o DSM-IV, o fenómeno Amok inclui-se nos Síndromes Ligados à Cultura e é definido como um episódio dissociativo caracterizado por um período de isolamento e seguido de um surto de comportamento violento, explosivo, agressivo ou homicida dirigido a pessoas e objetos. É, então, uma espécie de surto psicótico, que pode envolver uma pluralidade de vítimas. Após o comportamento violento e agressivo, o indivíduo é acometido de um forte sentimento de exaustão e, por vezes, comete o suicídio.

Quanto às características individuais, a maioria dos indivíduos é do sexo masculino, tratando-se, mais frequentemente, de adolescentes ou adultos jovens. São habitualmente identificados como introvertidos, pouco integrados, perdedores. Têm habitualmente interesse em videojogos e filmes de cunho violento, agindo como se fosses protagonistas dos jogos ou filmes que assistem. Iniciam então um comportamento altamente destrutivo e violento, que ocorre sem motivo aparente.

O sujeito Amok é, normalmente, solitário, não possuindo um sentimento de pertença a algo ou alguém, e reage mal à exclusão. São, muitas vezes, indivíduos alvo de frustrações ou humilhações. Assim, planeiam ataques catárticos e bárbaros, em lugares públicos e movimentados para matar pessoas desconhecidas, sem motivo ou conexão aparentes.

Quando investigados *a posteriori*, são revelados sinais de alarme, ou avisos, mais ou menos explícitos sobre o acontecimento como mensagens premonitórias, delírios,

alucinações, ou recados através da internet. Estes indivíduos têm, por vezes, ideias do tipo persecutório e acesso a armas de potencial destrutivo.
Assim, como inicialmente usado na Índia colonial inglesa, para fazer referência a um elefante afastado da sua manada, que se torna selvagem e começa a arrasar com fúria tudo o que encontra à sua frente, até ser parado e abatido, o fenómeno Amok denota o sentimento de não pertença. Existe um movimento dissociativo no sujeito Amok para se inserir, de qualquer maneira, nem que seja pela via destrutiva do outro. As suas reações são uma resposta desproporcional, despropositada, dramática, descontrolada, imprevisível e de enorme força destrutiva

**Conclusões**

O uso de alguns conceitos de Amok foi desaparecendo e reaparecendo, ao longo de diferentes períodos da humanidade, e esse padrão parecia corresponder a eventos históricos e avanços da medicina. Por exemplo, o surgimento do islamismo, a colonização e os eventos que os acompanharam influenciaram a perceção das causas do Amok, em certos períodos. A noção de hereditariedade levou ao conceito de Amok hereditário, e a descoberta do parasita da malária no órgão digestivo do mosquito levou à perceção da malária como causa de Amok. Mesmo dentro de uma mesma categoria, o conceito mudou ao longo do tempo, de acordo com as teorias predominantes em cada período. À medida que as noções psiquiátricas mudaram, as causas psiquiátricas sugeridas também mudaram.
O fenómeno Amok corresponde a um episódio súbito a aparentemente espontâneo de raiva, no qual um indivíduo ataca e mata indiscriminadamente pessoas e animais, culminando frequentemente no suicídio do agressor. O fenómeno contemporâneo envolve ataques a instituições ou massas, com armas de fogo resultando na morte aleatória de elementos da sua comunidade. Estes massacres são manifestações de violência explosivas, dirigidas de forma indiscriminada, sem um alvo em particular. Resultam de tensões psicológicas ocorridas dentro de uma cultura. O sujeito Amok pode resumir-se como um indivíduo instante ou errante, que se consome a si mesmo, e aos seus atos, para poder ser referido pela sociedade. Assim, desintegra o que encontra no seu caminho apenas para ser reconhecido de alguma forma, por mais negativa que a mesma seja. Assim, é de importância vital a identificação precoce dos fatores de risco e sinais de alarme nos indivíduos, para ser possível prever, e acima de tudo, evitar futuros casos de Amok.

**Referências bibliográficas**

Eytan A. (2019). *De l'amok aux fusillades de masse: une perspective psychopathologique* [From running amok to mass shootings: a psychopathological perspective]. Revue medicale suisse, 15(663), 1671–1674
Flaskerud J. H. (2012). *Case studies in amok?*. Issues in mental health nursing, 33(12), 898–900. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.71958
Hatta, S. M. (1996). *A Malay Crosscultural Worldview and Forensic Review of Amok*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 30(4), 505–510. https://doi.org/10.3109/00048679609065024
Imai, H., Ogawa, Y., Okumiya, K., & Matsubayashi, K. (2019). *Amok: a mirror of time and people. A historical review of literature*. History of Psychiatry, 30(1), 38–57. https://doi.org/10.1177/0957154X18803499
Kaplan, H. I., & Saddock, B. J. (2017). *Compêndio de Psiquiatria* (11th ed.). Artmed
Saint Martin M. L. (1999). *Running Amok: A Modern Perspective on a Culture-Bound Syndrome*. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 1(3), 66–70. https://doi.org/10.4088/pcc.v01n0302

# HENRI EY'S ORGANO-DYNAMISM REVISITED

**Teresa Reynolds de Sousa[1]; Carlos Perestrelo Silva[1]; Ana Lourenço[1]; Marta Ribeiro[1]; Filipa Novais[2]**
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
[1]Médicos internos de Psiquiatria, [2]Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Email:teresareynoldsdesousa@gmail.com

**Resumo**
Henri Ey foi um psiquiatra francês do século XX. Baseado nos conceitos de evolução e dissolução de Hughlings Jackson, e numa tentativa de acomodar os princípios quer da escola psicodinâmica quer da escola mecanicista, propôs uma teoria unificadora que explica a formação das doenças mentais – o organo-dinamismo. Defendeu que o 'corpo psíquico' de cada indivíduo é um produto de uma evolução (um desenvolvimento que ocorre ao longo da sua vida) e da integração das 'funções nervosas' que ocorrem em diferentes níveis. A doença mental era, na sua visão, o resultado da desintegração (dissolução) destas funções no seu nível mais elevado, de tal forma que o doente involuía para níveis inferiores. Isto implicava, portanto, a presença de um factor (ou sintomas) negativo, um défice. Por outro lado, sobre esta estrutura já desorganizada, algumas 'funções' previamente suprimidas por funções de nível superior, eram libertadas e, assim, emergiam os sintomas positivos.

**Palavras-chave**: Organo-dinamismo; Ey; Neo-jacksonismo; Corpo psíquico; Doença mental

**Abstract**
Henri Ey was a French psychiatrist of the 20th century. Based on Hughlings Jackson's evolution and dissolution concepts, and in an attempt to accommodate principles from both psychodynamic and mechanical schools, he put forward a cohesive theory that would explain the underpinnings of mental disorders – the organo-dynamism. He postulated that the 'psychic being' of every man was the product of evolution (a development taking place throughout his life), and integration of 'nervous functions' that would occur at different levels. Mental illness was, in his view, the result of the disintegration (dissolution) of these functions at their higher levels, so much so that the patient would regress to lower levels. Thus, it implied the presence of a negative factor (or symptoms), a deficit. Upon this disorganized structure, some 'functions', previously suppressed by a higher integration level, would be freed, and just like that, positive symptoms would emerge.

***

## Introdução

Henri Ey foi um conhecido psiquiatra e neurologista francês dos três primeiros quartéis do século XX, que trabalhou ao lado de outros prestigiados psiquiatras como Eugène Minkowski e Jacques Lacan. Ficou célebre pela sua concepção organo-dinâmica da doença mental, em que fez uma síntese do modelo orgânico herdado de John Hughlings Jackson e o modelo psicodinâmico, antes proposto por Freud e seguido por Bleuler.
Com este trabalho, pretende-se revisitar as ideias organo-dinâmicas propostas por Ey, que foram expostas pela primeira vez de forma completa numa monografia que dedicou ao assunto em 1938, explorando também, para as contextualizar, as bases históricas jacksonianas e dinâmicas que lhe subjazeram.

**Organo + dinamismo**

Henri Ey não acreditava na dualidade *soma*/psique, defendendo que um corpo integrava na sua organização a sua vida de relação e a sua *persona*, e que um indivíduo era também constituído por uma organização relacional que nomeou de *corpo psíquico*. Preocupou-se em esclarecer que o corpo psíquico dependia do *soma*, para a sobrevivência, e também para a mediação da vida relacional, mas não poderia ser reduzido a uma componente deste, porque o extravasava em muitos aspectos.

> *"Ainsi le « corps psychique » a son habitacle dans le Corps (dans le cerveau), mais son travail s'exerce et le produit de son travail s'objective dans la construction de son monde qui, enraciné dans son propre corps, est entrelacé par ses branches aux autres corps (humains, animés ou inanimés)."* [1]

Recusou o mecanicismo orgânico, como recusou o modelo psicodinâmico, por si sós, propondo um novo olhar sobre a Psiquiatria, uma terceira via, sintética, que se centrava na ideia da integração. A integração correspondia, para ele, à hierarquia organizada de diferentes funções que se coordenavam harmónica e dinamicamente ao longo do tempo. O indivíduo é, para Ey, um sistema integrado e, a cada momento, integrador, constituído por uma *"ontogénese específica na sua base (o corpo [soma]) e uma ontogénese individual no seu topo (o corpo psíquico)"*[1]. Portanto, o funcionamento de um organismo deveria ser olhado à luz da função integradora e da organização do organismo. E a doença mental resultaria da lesão da função integradora do corpo psíquico.

Ey rejeita, assim, que a patologia mental decorra diretamente da lesão de uma estrutura orgânica, ainda que admita e defenda a possibilidade de que seja uma lesão estrutural a produzir, ao romper com a normal integração do corpo psíquico (e este é o passo fundamental, o *trouble générateur*), um qualquer adoecer mental.

Do movimento dinâmico, Ey retoma o conceito da psicogénese enunciado por Freud, a partir da qual um organismo se constrói no seu corpo psíquico, tornando-se consciente e consciente de si, incorporando as experiências do meio exterior, forjando o seu próprio sistema integrado e integrador, hierarquizado, o corpo psíquico (rejeita o termo aparelho dada a sua conotação mecanicista) individual, único e irrepetível. Reconhece ainda na obra deste autor a pertinência das suas afirmações acerca do papel que a interacção consciente-inconsciente desempenha no determinar das manifestações psíquicas. Vai buscar a Bleuler a noção da diferenciação entre sintomas fundamentais e sintomas acessórios, isto é, sintomas que resultam directamente do processo de doença e sintomas que resultam de uma reacção "*do espírito doente aos eventos externos e internos*"[1], respectivamente. Empregará esta distinção de forma modificada, e à luz *jacksoniana*, no edificar da sua concepção organo-dinâmica. E não deixa de considerar que a doença mental tem inscrita uma involução da personalidade e que a forma de relação desta personalidade involuída com o seu entorno também contribui para o conjunto sindromático da doença.

**A influência de Jackson**

John Hughlings Jackson foi um neurologista inglês do século XIX que trabalhou sobretudo no tema da epilepsia. Ficou conhecido, entre outras coisas, pela distinção que estabeleceu entre os sintomas negativos e positivos dessa doença, apesar de, já antes dele, John Reynolds, já ter apontado a presença de sintomas dos dois tipos, mas com uma outra conotação[4]. Ey fui buscar às ideias de Jackson a matriz sobre a qual erigiu o seu modelo da doença mental, intitulando-o mesmo de 'neo-jacksonismo'.

Jackson, debruçando-se sobre as funções sensorio-motoras, concebeu o sistema nervoso como sendo constituído por diferentes centros nervosos, que se organizavam entre eles de forma hierárquica, de tal forma que existiria um centro nervoso superior, seguido por vários outros, progressivamente mais inferiores. À medida que se avança para centros de nível mais elevado, estes são responsáveis por funções crescentemente complexas e adaptativas, mas são também menos coesos e organizados internamente. Tais características tornam, por isso, os centros nervosos 'mais altos' em centros mais vulneráveis ao dano ou, como Ey diria e explicaremos adiante, à dissolução. O centro nervoso superior, para além de exercer as suas funções próprias, é responsável pela inibição da actividade (e da função) dos centros que lhe são inferiores. E cada centro nervoso, independentemente da sua posição na hierarquia, enquanto está intacto e íntegro, exerce inibição sobre os centros nervosos que lhe são inferiores. Resulta, portanto, que, em cada momento, o centro de nível mais elevado que se encontre íntegro se encontra activo, estando todos os restantes por ele suprimidos. A actividade visível a cada momento é aquela do centro de nível mais elevado em actividade.
O neurologista descreveu ainda dois movimentos importantes no seu modelo, relacionados com a hierarquia destes centros nervosos: o de evolução e o de dissolução. A evolução consiste num movimento de passagem do mais simples, automático e mais bem organizado, ao mais complexo, voluntário e menos bem organizado. Toma lugar durante o desenvolvimento, e consiste na formação e progressiva maturação e organização dos centros nervosos, num sentido crescente, isto é, caminhando para a existência de níveis cada vez mais elevados.
A dissolução contrapõe-se-lhe, correspondendo à perda/desintegração da função de um centro superior que permite a manifestação da actividade do centro imediatamente inferior que se mantenha em funcionamento. A dissolução traduz-se, por isso, na passagem do mais complexo e voluntário ao mais simples e automático.
Jackson afirmou que a dissolução acarreta o surgimento de sintomas negativos e sintomas positivos. Os sintomas negativos resultam da ausência de função do centro dissolvido, apresentando-se como um défice de função. Os sintomas positivos resultam da actividade do centro imediatamente inferior ao dissolvido, que deixou de ser suprimido e passou a manifestar-se na sua função. Consistem numa actividade mais automática ou primordial e, assim, menos adaptativa.

**O organo-dinamismo de Henri Ey**

Ey importa para a Psiquiatria a estrutura organizacional detalhada por Jackson, aplicando-a àquilo que chamava o corpo psíquico.
Defende que a estrutura arquitectónica do corpo psíquico não só se compõe de diferentes níveis nervosos, conceito correspondente aos centros nervosos de Jackson, ainda que menos associado a estruturas topografáveis, mas também de diferentes tipos de funções: as funções integradas, cuja manifestação consiste apenas na expressão da própria função, específica, e as funções integradoras, que têm por função a hierarquização, integração e harmonização da actividade das restantes funções integradas.

> *"L'idée de hiérarchie implique non pas seulement celle d'une superposition (ou d'une addition progressive) d'unités, mais celle de subordination des parties à la totalité. De telle sorte que le «highest level» n'est pas un centre localisé ou localisable, et que sa dissolution porte sur sa propre organisation totalisante, sa fonction d'intégration."* [1]

Com base nesta diferenciação, distingue prontamente as áreas de estudo da Neurologia e da Psiquiatria. A Psiquiatria será aquela que se dedica às doenças que correspondem

a dissoluções uniformes/gerais do corpo psíquico, isto é, dissoluções das funções integradoras. E a Neurologia debruçar-se-á sobre as dissoluções locais/parciais, as que atingem as funções integradas, as funções específicas, instrumentais. Dá como exemplo de dissolução geral, não patológica, o sono. Nele podemos encontrar sintomas negativos, que resultam directamente da dissolução, como a alteração do estado de consciência, e sintomas positivos, manifestações de actividade mais primitiva, normalmente suprimida, de que os sonhos são exemplo paradigmático. Faz questão de esclarecer que falar em dissoluções locais não significa necessariamente reportar-se a lesões topografáveis, mas apenas cingir-se às funções integradas e instrumentais. Da mesma forma, as dissoluções uniformes não excluem causas de lesão estrutural anatomicamente localizada.

Ey enfatiza esta distinção entre dissoluções gerais e parciais, sublinhando que é pelo facto de as doenças mentais serem aquelas que resultam da lesão das funções integradoras, que a avaliação clínica psiquiátrica deve atentar numa visão de *gestalt*, de *ensemble*, focando-se na estrutura patológica apresentada e não na atomização sintomática ou dos sinais clínicos.

Não se destaca completamente da visão organicista, uma vez que advoga que a doença mental resulta de uma lesão de base orgânica, seja ela intra ou extracerebral (por exemplo, uma doença sistémica ou metabólica).

> *"Je ne pense pas qu'il puisse y avoir perte ou défaut de fonction de quelque élément nerveux sans une altération matérielle proportionelle de sa structure et de sa nutrition."* [1]

Mas não se limita a esta, introduzindo uma visão dinâmica e genética da evolução das funções e da sua hierarquização. Esta hierarquização, a estrutura organizada e dinâmica que constitui o corpo psíquico, determina que uma lesão não se traduza directamente num sintoma. A lesão provoca um grau proporcionado de dissolução dos níveis nervosos. E essa dissolução, em particular, é que será, por sua vez, responsável por determinar as manifestações sintomáticas, nomeadamente com sintomas directos negativos (de perda da função dos níveis dissolvidos) e sintomas indirectos positivos (de activação das funções mais primitivas e inferiores que estavam previamente suprimidas). Assim, o quadro sindromático é um sinal indirecto do processo de doença e corresponde a um determinado e determinável grau de dissolução, não a uma etiologia ou doença. Henri Ey fala, por isso, num *'écart organo-clinique'*, numa dissociação organo-clínica, que se deve ao funcionamento dinâmico e hierárquico dos níveis nervosos, e que se interpõe entre a lesão e a sua expressão, modulando as manifestações.

Ey escreveu extensamente sobre a sua visão do funcionamento da consciência. O aprofundamento dessas suas ideias não cabe no âmbito deste texto, mas interessa esclarecer alguns pontos mais relevantes, inclusivamente para perceber, em instâncias mais concretas, em que consistem as funções integradoras e, segundo o que adiantaremos mais à frente, como explica Ey as *neuroses*, enquanto doença mental, como sendo doenças provocadas por uma dissolução e, portanto, apresentando também um défice.

Ey reconhece a existência de um inconsciente na composição do corpo psíquico, o lugar onde habitam as pulsões, as necessidades vitais, os desejos e os móbiles, as tendências *"que animam o corpo psíquico"*[1], e diferencia-o do consciente, esfera onde se projectam os conteúdos do inconsciente na forma simbólica, mas onde impera a necessidade de conformação e subordinação à realidade e ao conjunto de valores do indivíduo. A função do consciente torna-se, pois, a de restringir, priorizar, estabelecer uma ordem entre os diferentes conteúdos projectados a partir do inconsciente, suprimindo ou subjugando o que não é eleito como mais importante, para permitir uma adequação do

Eu-consciente ao princípio da realidade, uma saudável relação do primeiro com a segunda e a execução de um assim construído programa existencial.
As *neuroses* correspondem, nesta medida, e na visão deste autor, a dissoluções em determinado grau (o menor grau entre as doenças mentais) da função integradora que é o consciente, facilitando uma existência pautada pela desordem/anarquia dos conteúdos projectados a partir do inconsciente, que não sofrem um processo de submissão ao princípio de realidade e de adequação ao programa existencial do indivíduo. Na mesma linha, as psicoses também decorrem de uma disrupção do consciente, com consequente emancipação, desorganizada, do conteúdo do inconsciente, o que explicaria que o conteúdo dos delírios muitas vezes seja identificado como estando relacionado com as pulsões, desejos e crenças do indivíduo, advogando Ey que o que distingue as psicoses das neuroses é o grau de dissolução sofrido.

> *"Être ou devenir conscient, c'est essentiellement établir un ordre, c'est-à-dire faire un choix, c'est-à-dire écarter de cet ordre et de ce choix ce qui lui est contraire"* [1]

Ao atentar sobre as diversas doenças mentais, comenta os quatro factores que Jackson havia identificado e isolado com sendo aqueles que intervêm na produção do quadro clínico de cada uma das doenças.
Em primeiro lugar menciona a profundidade da dissolução subjacente ao processo do adoecer mental. Afirma que quanto mais funda for a dissolução, maior será o elemento negativo, resultante da função que se perdeu, e menor o elemento positivo/hiperpositivo, resultante da libertação das funções inferiores sãs previamente suprimidas. Um exemplo evidente é o da esquizofrenia com predominância de sintomas negativos. Tipicamente, quando o quadro clínico é dominado pela presença de sintomas negativos, os sintomas psicóticos (positivos), a existir, são geralmente pouco elaborados e sistematizados. Mas Ey sublinha, na esteira de Bleuler, que a dissolução tem um carácter duplo: uma vertente capacitária, consistindo no défice funcional resultante da diminuição da actividade psíquica, e uma vertente de involução da personalidade, que fica reduzida a um modo de reacção global inferior.
Seguidamente, Jackson abordou a questão da velocidade de instalação da dissolução, defendendo que dissoluções mais rápidas corresponderiam a um maior e mais complexo elemento positivo, visto que aos níveis não atingidos pela dissolução são permitidas maiores evolução, reorganização e sistematização. Exemplificou com a epilepsia, mas também com a lentidão da instalação do processo patológico na demência senil em contraste com a rapidez de instalação de um episódio maníaco num doente com perturbação afetiva bipolar. No primeiro, o elemento positivo é fruste, enquanto no segundo é rico e exaltado. Ey enfatiza a pertinência e a sagacidade da ideia de Jackson, propondo um outro exemplo, o do carácter benigno das baforadas delirantes de Magnan, em clara oposição aos cursos crónicos de outras psicoses. Henri Ey adentra-se nesta ideia, retomando a dicotomia sincronismo *versu*s diacronismo já trabalhada por Ferdinand de Saussure. Como já mencionado, Ey apontava a doença mental como o resultado de uma qualquer lesão que provocaria uma dissolução da função do consciente, a função integradora. E a função do consciente era, para ele, a de conformar as pulsões, desejos e necessidades vitais com 1) o princípio da realidade e 2) o programa existencial do indivíduo. No primeiro ponto reside a estrutura sincrónica do consciente, enquanto no segundo reside a sua estrutura diacrónica (entendida no seu prolongamento pelo tempo). Ora, para Ey, o fundamento da diferenciação dos quadros clínicos com base na velocidade de instalação da dissolução prende-se com o facto de nas dissoluções rápidas existir um prejuízo da estrutura sincrónica do consciente,

conservando-se a estrutura diacrónica, enquanto nas dissoluções prolongadas existe uma ruptura em ambas as estruturas.
Jackson abordou também a personalidade prévia, ainda que de forma pouco detalhada, e, finalmente, aquilo que chamou de "*estados corporais locais*"[1] e factores externos. Henri Ey, em linha com o que Jackson havia escrito, lembra o exemplo da matéria versada nos delírios, que é certamente produto das influências culturais produzidas sobre o indivíduo.
Ey sistematiza então aquilo que chama de "*hierarquia dos estados psicopáticos*"[1], que é o mesmo que dizer, uma organização dos diferentes grupos de doença mental de acordo com graus crescentes de dissolução uniforme. Repare-se que utiliza o termo *estruturas* para os denominar, denotando o carácter de *gestalt* que lhes reconhece, e que não se aventura em associações etiológicas, antes se restringe à descrição fenomenológica dos *ensembles*. São elas:

1. Estruturas neuróticas
2. Estruturas paranoides
3. Estruturas oniroides
4. Estruturas disestésicas
5. Estruturas maníaco-melancólicas
6. Estruturas confuso-estuporosas
7. Estruturas esquizofrénicas
8. Estruturas demenciais

Alguns destes grupos merecem-nos uma descrição e explicação mais aprofundadas visto não serem hoje reconhecíveis enquanto tal nas classificações diagnósticas vigentes.
As estruturas neuróticas são facilmente identificáveis com o nome histórico que foi atribuído ao que hoje chamamos de perturbações da personalidade. Ey coloca-as, de acordo com a tradição psiquiátrica, num limite próximo do normal e do são, valorizando nelas a imaturidade traduzida pela submissão às pulsões instintivo-afectivas anárquicas, que impedem um comportamento relacional e social normal.
Nas estruturas paranoides inclui as psicoses crónicas que conservam a estrutura da personalidade e a lucidez, portanto o que hoje corresponderia à perturbação delirante crónica.
Henri Ey descreve as estruturas oniroides como sendo aquelas em que há uma "*infiltração das construções dos sonhos no pensamento vígil*"[1]. São sobretudo estados ou episódios agudos, muitas vezes tomando lugar ao entardecer ou amanhecer, mas por vezes durante o dia, ricos em alterações da percepção, como ilusões ou alucinações, falsos reconhecimentos, interpretações delirantes, vividos com grande dinamismo afectivo e comportamental, enxertados num estado de vígilia ou discreta sonolência, com orientação preservada ou apenas ligeiramente enfraquecida. Nos dias correntes caberiam provavelmente na categoria das psicoses breves e transitórias, da qual destacamos a histórica descrição de Leonhard das psicoses ciclóides.
As estruturas disestésicas abarcam o que hoje chamamos de experiências dissociativas, entre as quais se destacam os fenómenos de despersonalização e desrealização, bem como outras experiências que envolvem uma consciência de uma duplicidade da própria estrutura psíquica, nomeadamente fenómenos de passividade e alteração dos limites do Eu, eco do pensamento e delírios de teor niilista.
Finalmente, as estruturas confuso-estuporosas correspondem a estados de diminuição quantitativa do estado de consciência, com hipovigilidade e défice atencional.

**Conclusões**

Influenciado por diversos autores, de entre os quais se destaca, evidentemente, John Hughlings Jackson, Henri Ey elabora a sua concepção organo-dinâmica da Psiquiatria conjungando elementos de duas visões que até então se opunham sem qualquer possibilidade de encontro, o movimento psicodinâmico e a escola orgânica mecanicista. Deste seu trabalho resulta uma conceptualização da doença mental que é nova, ampla, global e unificadora, na medida em que rompe com as dicotomias previamente aceites, como a distinção kraeplininana entre dementia praecox e psicose maníaco-depressiva, permitindo uma teorização do processo de doença mental que é comum a todas as categorias diagnósticas, com as devidas nuances, sendo estas vistas na forma de um contínuo.

**Bibliografia**

1 - Ey, H. (1997). Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en Psychiatrie. (1ª edição). Paris : L'Harmattan.

2 - Ey H. (1962). Hughlings Jackson's principles and the organo-dynamic concept of psychiatry. American Journal of Psychiatry. 118(8):673-82.

3 - Delille, E. (2008). L'organo-dynamisme d'Henri Ey : l'oubli d'une théorie de la conscience considéré dans ses relations avec l'analyse existentielle. L'Homme & la Société, 167-168-169, 203-219.

4 - Berrios G. E. (1985). Positive and negative symptoms and Jackson. A conceptual history. Archives of general psychiatry, 42(1), 95–97.

# QUANDO UM PSIQUIATRA ADOECE – A PROPÓSITO DE VICTOR KANDINSKY

**Filipa Santos Martins[1]; Cátia Guerra[2]**
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,
Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
[1]Interna da Formação Especifica em Psiquiatria,
[2]Assistente Hospitalar em Psiquiatria
Emails: afilipasantosmartins@gmail.com; catiaguerra07@gmail.com

**Resumo**
Victor Kandinsky (1849-1889) foi um psiquiatra russo cuja biografia se confunde com o seu contributo na psiquiatria. Kandinsky propôs 16 categorias diagnósticas para doenças psiquiátricas numa época em que a psiquiatria se estava a construir e as categorias ainda eram incipientes. No âmbito da Psiquiatria Forense, o seu trabalho consistiu em clarificar o papel da responsabilidade, demonstrando que os estados clínicos podem ser dinâmicos e, por isso, cada crime deveria ser julgado de acordo com o estado mental do momento. No âmbito da psicopatologia, o seu contributo foi influenciado pela sua doença psiquiátrica e suas descrições dos fenómenos alucinatórios que experienciava, constituindo o seu trabalho no tema das pseudoalucinações o modelo a partir do qual Karl Jaspers se baseou para formular a sua definição. Infelizmente, suicidou-se aos 40 anos num asilo, em São Petersburgo.

**Palavras-chave:** Biografia; Victor Kandinsky; Psiquiatria Russa; Psiquiatria Forense; Psicopatologia

**Abstract**
When a psychiatrist gets ill – on Victor Kandinsky's life and work — Victor Kandinsky (1849-1889) was a Russian psychiatrist whose biography is confused with his contribution to psychiatry. Kandinsky proposed 16 diagnostic categories for psychiatric illnesses at a time when psychiatry was being built and the categories were still incipient. In the field of Forensic Psychiatry, he tried to clarify the role of responsibility, demonstrating that clinical states can be dynamic and therefore each crime should be judged according to the mental state of the moment. In the scope of psychopathology, his contribution was influenced by his psychiatric illness: by describing his hallucinatory phenomena, his work in the scope of pseudohallucinations, was the model on which Jaspers based his definition. Unfortunately, he committed suicide at the age of 40 in an asylum in St. Petersburg.

**Keywords:** Biography; Victor Kandinsky; Russian psychiatry; Forensic psychiatry; Psychopathology

***

## Introdução

Victor Kandinsky (1849-1889) foi um psiquiatra russo da segunda metade do século XIX cuja vida foi desde cedo marcada por uma doença mental. Com base na sua experiência enquanto doente, quer em fase aguda, quer em períodos de maior estabilidade, decidiu dedicar-se à Psiquiatria, contribuindo com o seu trabalho distintas áreas, como é o caso da Psicopatologia, Psiquiatria Forense ou classificação Psiquiátrica.

As suas obras contêm descrições interessantes, quer pelo detalhe e rigor, quer pela peculiaridade de permitirem aceder à *loucura* de um psiquiatra.
Este trabalho propõe-se a falar sobre a vida e obra deste psiquiatra.

**História biográfica**

Victor Khrisanfovich Kandinsky nasceu a 24 de março de 1849, no seio de uma família de comerciantes (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Na sua família, a educação e a cultura eram duas áreas bastante valorizadas, existindo vários familiares com ligação à música e à arte, o mais célebre dos quais Wassily Kandinsky, pintor russo do século XX. Além disso, a doença psiquiátrica era bastante frequente, com alguns elementos a residir em asilos, com o diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (Rokhlin, 1975).
Durante o período de gestação e parto de Victor Kandinsky, desconhecem-se complicações assim como a existência de doenças maternas ou durante a infância (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Cresceu numa pequena vila no sul da Sibéria, Byankino, até aos 14 anos e a família mudou-se para Moscovo com o objetivo de permitir a Victor que completasse o ensino, o que reforça a importância dada à educação. Kandinsky era um aluno dedicado, tendo completando o ensino com distinção, o que lhe permitiu ingressar na Faculdade de Medicina da Universidade de Moscovo sem necessidade de exames de seleção. Já na faculdade destacava-se pelo bastante interesse por investigação científica, tendo desenvolvido um trabalho de investigação relacionados com doenças hepáticas.
Em 1872, após completar o curso, iniciou prática de Medicina Geral num Hospital de Moscovo, Wremanaja (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Apesar de já ter iniciado a prática clínica, o interesse pela investigação científica perdurou, o que lhe permitiu publicar dezenas de artigos científicos, entre 1874 e 1876, em várias áreas clínicas. Este seu interesse pela inovação era também alimentado pelos seus conhecimentos em várias línguas, o que lhe permitia aprender e até introduzir algumas das inovações descritas noutros países. Além disso, apresentou foi membro da comissão científica numa revista médica ("Meditsinskoe Obozrenie").
Em 1876, à semelhança de outros jovens adultos da sua idade, foi forçado a interromper as suas funções laborais no Hospital de Moscovo para cumprir o serviço militar, servindo o exército russo na guerra entre a Rússia e a Turquia (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Inicialmente manteve-se a exercer medicina, tendo sido recrutado para a base naval de Nikolaev, onde trabalhava como médico no hospital da marina.
Em janeiro de 1877, durante o serviço militar, embarcou no *Gran Duque Konstantin*, com a sua saúde mental algo debilitada (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Ao longo dos vários meses, os seus sintomas depressivos agravaram-se, com surgimento de sintomatologia psicótica e, nesse contexto, em maio desse mesmo ano, precipitou-se da embarcação onde viajava. Foi resgatado e encaminhado, inicialmente para o hospital naval, e depois transferido para o hospital psiquiátrico de S. Petersburgo, onde permaneceu internado até cerca de um ano, tendo tido alta clínica em abril de 1878.
Atendendo à doença psiquiátrica, foi dispensado do serviço militar, o que lhe permitiu retomar o exercício da medicina.
Durante o primeiro internamento, conheceu aquela que viria a ser sua esposa. Elizaveta Freimut era uma enfermeira que exercia no hospital psiquiátrico de S. Petersburgo e que o acompanhou durante os 11 meses em que Victor Kandinsky permaneceu internado (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Após a alta clínica, ainda embora não totalmente recuperado, o casal casou em setembro desse mesmo ano. Porém, em outubro de 1878, Victor Kandinsky apresentou agravamento da sua condição psiquiátrica, permanecendo 8 meses internado, tendo tido alta estabilizado, em remissão total.

Fortemente motivado pela sua doença, terá decidido especializar-se em Psiquiatria. Contudo, este interesse já era prévio ao seu adoecimento, atendendo que três dos seus artigos científicos estariam relacionados com a doença mental e já demonstrava interesse sobre obras de Karl Kahlbaum e Richard von Krafft-Ebing (Lerner, Witztum & Dening, 2003).
Em 1880, ainda antes de ser psiquiatra publicou o seu primeiro livro dedicado à psicopatologia, concretamente atividade alucinatória (Kandinsky, 1880). Neste livro é possível aceder, com bastante detalhe, aos sintomas que Victor Kandinsky apresentou e, portanto, descreveu.
Em 1881, o casal mudou-se para São Petersburgo, tendo Victor Kandinsky começado a exercer no Asilo S. Nicholas (Lerner, Witztum & Dening, 2003).
Enquanto psiquiatra, Victor Kandinsky destacava-se pela atenção e interesse que demonstrava pelos seus doentes. Além disso, a dedicação e curiosidade pela investigação persistia, tendo os seus trabalhos incidido sobretudo na área da psicopatologia e psiquiatria forense. Em1887 foi eleito secretário do 1º Congresso Russo de Psiquiatria.
Em 1883, já a exercer enquanto psiquiatra, Victor Kandinsky apresentou novo episódio psicótico, mais uma vez precedido por sintomas depressivos. Foi internado para estabilização psicopatológica e, após alta clínica, sentiu-se capaz de retomar o exercício da sua especialidade médica.
Em 1889, aos 40 anos, o seu estado clínico apresentou novo agravamento, com recrudescimento de sintomatologia depressiva e em setembro desse ano, o psiquiatra suicidou-se, com recurso a overdose de ópio (Rokhlin, 1975). No momento do seu suicídio, Kandinsky continuou a descrever o que se passava consigo (Rothe, 1890):

*Não sou capaz de escrever mais porque não consigo ver. Luz! Luz! Luz!*

**O psiquiatra e o seu diagnóstico**

O diagnóstico de Kandinsky é discutível, mas atendendo ao privilégio de aceder às suas descrições de sintomas é possível afirmar que o seu quadro clinico era pautado pela coexistência de alterações do humor, com sintomatologia depressiva; ideação suicida; e sintomatologia psicótica. No total, foram contabilizados três episódios psicóticos, sendo que o último episódio ocorreu após cerca de 4 anos, em 1883 (Lerner, Witztum & Dening, 2003). Além disso, foi apresentando vários episódios depressivos, que não motivaram necessidade de hospitalização. Também é incerto o fator precipitante do seu suicídio. Uma das teorias é que Kandinsky, terá ficado bastante angustiado, uma vez que a sintomatologia depressiva surgia como "aviso" para o aparecimento dos sintomas psicóticos, no entanto não se exclui que este terá sido motivado já pelos sintomas psicóticos.
O próprio Kandinsky inicialmente autodiagnosticou-se com *insanidade primária*, ou seja, uma doença não causada por doença orgânica ou abuso de substância (Kandinsky, 1880). Posteriormente, mudou de opinião sobre o seu diagnóstico, tendo considerado que o mais adequado seria *paranoia alucinatória* (Kandinsky, 1890a). Esta sua perspetiva era discordante da do seu psiquiatra, que considerava mais adequado o diagnóstico de *Melancolia*, uma vez que Victor Kandinsky acreditava que os seus sintomas depressivos eram secundários aos sintomas psicóticos (Kandinsky, 1890a):

> *Eu estava deprimido, mas a depressão não era o problema principal. A depressão era uma resposta a mudanças na minha condição de vida, à interrupção do trabalho, ao isolamento de amigos próximos e finalmente aperceber-me de que sou doente e que o desfecho da minha doença seria a demência.*

O primeiro episódio de doença, para Kandinsky, durou cerca de 2 anos, de acordo com as suas descrições (Kandinsky, 1880):

> *Para minha tristeza, durante dois anos, sofri de alucinações. Eu sentia várias e abundantes alucinações, em todos os sentidos, exceto o sabor. As mais frequentes e vívidas eram as visuais, tácteis e cenestésicas.*

Apercebeu-se que a sua doença apresentou duas fases: inicialmente apenas apresentava delírios, com uma atividade intelectual caótica, enquanto na segunda fase as alucinações tornaram-se mais proeminentes:

> *Nos primeiros meses não tinha alucinações, só várias ideias que corriam apressadamente mas na direção errada, que me eram experienciadas como impostas e falsas.*

Segundo as categorias nosológicas atuais, a sintomatologia descrita seria compatível com uma Depressão Psicótica ou Perturbação Esquizoafetiva, a hipótese mais provável (American Psychiatric Association, 2013). A Depressão Psicótica corresponde a um episódio de depressivo *major* em que estão presentes sintomas psicóticos congruentes com o humor. Por sua vez, a Perturbação Esquizoafetiva é caracterizada por episódios depressivos (ou maníacos) *major* além de dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios; alucinações; desorganização do discurso; desorganização do comportamento; e presença de sintomas negativos. Além disso, os sintomas psicóticos surgem na ausência de alterações do humor durante o curso da doença, o que constitui a principal distinção com a Depressão Psicótica. Em comum, as duas perturbações implicam que o quadro clínico não seja o resultado de uma condição médica ou uso de substâncias.

**Obra de Kandinsky**

Além dos livros e artigos científicos publicados ao longo da sua vida, a sua esposa recolheu os seus trabalhos científicos e dois livros, um sobre pseudoalucinações (Kandinsky, 1890a) e outro na área da psiquiatria forense (Kandinsky, 1890b), que foram publicados a titulo póstumo.

***Psicopatologia:***

Para Kandinsky o conhecimento e investigação cientifica eram essenciais para compreender o doente e a doença, pelo que se dedicou à observação do impacto do estado psicótico na cognição, comportamento e relacionamentos interpessoais. Além da observação detalhada da sintomatologia dos seus doentes, a auto-observação e a descrição da sua experiencia pessoal permitiu formular definições para vários fenómenos psicopatológicos. Assim, o seu contributo principal em psicopatologia foi baseado sobretudo na sua própria experiência.

Nos seus livros, descreve com rigor vários sintomas, nomeadamente delírios persecutórios, de grandiosidade, de influência; alterações da sensoperceção em diferentes modalidades (visual, auditiva, olfativa e táctil); assim como fenómenos de telepatia, leitura e transmissão do pensamento, discurso e movimentos motor forçados. Em 1880, ainda durante a sua fase de recuperação, publicou as primeiras ideias sobre alucinações, com testemunhos autobiográficos. Três anos depois, começou a refletir sobre pseudoalucinações. Embora não tenha sido pioneiro no estudo dos fenómenos pseudoalucinatórios, a sua descrição e formulação permitiu a formulação da definição de Jaspers, considerada atualmente uma das mais relevantes (Jaspers, 1963; Berrios & Dening, 1996).

Conjugando a revisão de trabalhos prévios e inspirado no seu próprio caso, Kandinsky definiu o fenómeno como perceção subjetiva em que a vividez e o caracter se assemelham a alucinações verdadeiras à exceção da ausência de objetividade real (Kandinsky, 1890a). Para ele, as alucinações diferiam das imagens geradas pela imaginação ou memoria porque eram completas sensorialmente e involuntárias (Kandinsky, 1880). Além da vividez e involuntariedade, as pseudoalucinações eram tinham caracter de imposição.

**Síndrome *Kandinksy-Cléraumbault***

Síndrome Kandinsky-Cléraumbault reúne o nome de dois psiquiatras que o descreveram de forma independente: Victor Kandinsky e Cléraumbault, também autor do Síndrome de Cléraumbault ou Erotomania (Lerner, Kaptsan & Wistum, 2001; 2003). Apesar da relevância destes dois psiquiatras, este síndrome é pouco conhecido além fronteiras francesas e russas. No entanto, são evidentes algumas semelhanças com os sintomas de 1ª ordem de Kurt Schneider.

Kandinsky descreveu-o como um estado de automatismo mental, caracterizado por telepatia imaginaria, leitura e transmissão do pensamento, discurso e movimentos forçados, com atividade alucinatória em várias modalidades, alterações do humor, com predomínio depressivo, e ideação suicida (Kandinsky, 1890a). Tratava-se, portanto, de um estado alienação mental em que há perda da capacidade de processamento mental (cognitivo, sensorial e motor) que apresenta também delírios de influencia mental ou física, como é o caso do roubo ou inserção do pensamento, pelo que pode ser atribuído com resultado de ação de outro.

Já Clérambault sugeriu que o mecanismo de automatismo mental poderia ser responsável pela experiencia de alucinação e distinguiu três tipos: associativo, em que há distúrbios na forma do pensamento assim como no conteúdo; sensorial, em que há sensações internas desagraveis que se pensa serem causadas por outros e o motor em que alguém é responsável pelos seus movimentos ou ações, podendo surgir os vários tipos em simultâneo ou isoladamente (Lerner, Kaptsan & Wistum, 2001; 2003).

Atendendo às semelhanças entre as duas descrições, em 1927, foi sugerir juntar os nomes dos dois autores para formar o epónimo (Epstein, 1927).

**Psiquiatria Forense**

Em 1864, o sistema legal russo começou a convidar a opinião dos psiquiatras como testemunhas em questões de responsabilidade quando o acusado sofria de doença mental. À época, a visão que vigorava era que qualquer individuo que padecia de doença mental não era responsável pelos delitos cometidos (Lerner, Margolin & Wiztum, 2012). Victor Kandinksy discordava desta avaliação indiferenciada, sugerindo que cada caso deveria ser examinado à data do diagnóstico e do estado clinico no momento em que o crime tinha sido cometido (Kandinsky, 1890b). Além disso, fundamentava a sua visão demonstrando que cada estado clínico pode ser dinâmico ao longo do tempo e que apenas um psiquiatra forense teria os conhecimentos necessários e experiencia suficiente para atestar estes factos num tribunal.

> *A testemunha deve disponibilizar os fatos simples, o profissional médico deve depor apenas sobre os aspetos médicos, o perito da área forense deve extrapolar dos materiais clínicos e deduzir a partir deles conclusões que ajudem os júris e o juiz a chegar à correta decisão no caso específico.*

O conhecimento e reconhecimento da importância da psiquiatria forense como disciplina separada era ainda escasso. Além desta sua visão, Kandinsky propôs-se a

elaborar métodos de avaliação forense e a estabelecer os direitos e deveres esperados para os peritos jurídicos.
O livro de Kandinsky está dividido em duas partes: a primeira inclui a descrição das bases teóricas relacionadas com a responsabilidade do código criminal, a visão de Kandinsky e a sua proposta reformulação do código criminal 36ª secção; a segunda parte reúne oito opiniões psiquiátricas forenses dadas em tribunal sobre oito casos psiquiátricos diferentes, que foram admitidos para observação num hospital psiquiátrico por alguns meses. Estes casos foram descritos de forma meticulosa de forma a expressar o seu pensamento relativamente à questão da responsabilidade, demonstrando grande compreensão e reflexão sobre os padrões da doença psiquiátrica. O seu trabalho mostrou-se bastante influente no seu tempo. Contudo, a psiquiatria forense exigia formulação de definições e classificações das doenças mentais de forma completa, o que terá motivado um novo contributo.

**Classificação Psiquiátrica**
Durante o século XIX, a Psiquiatria Russa começou a interessar-se no estudo da doença psiquiátrica (Lerner, Wiztum & Dening, 2003).
Kandinsky considerava o conceito de *loucura primaria* como confuso e demasiado heterogéneo, já que misturava sintomas psicóticos, melancólicos e maníacos. Em 1882, Kandinsky desenvolveu uma classificação psiquiátrica com 16 categorias diagnósticas, o que na altura foi ousado pela extensão (Rokhlin, 1975).
Uma dessas categorias, a realçar foi nomeada por *Ideofrenia* e consistia numa psicose principalmente delirante. A ideofrenia apresentava, então, *ideias erróneas*, destruição da faculdade abstrata do pensamento, podendo estar outros sintomas, como alucinações ou catatonia. Considerou que existiam formas diferentes de ideofrenia, com base em origem comum: a rutura precoce do pensamento abstrato na história do individuo, e distinguia forma aguda, com delírios de grandeza de forma crónica com alucinações.

**Conclusão**
A *loucura* de um psiquiatra pode constituir um acontecimento bastante irónico. A descrição subjetiva de uma experiência interna por um psiquiatra pode ser particularmente elucidativa para compreendê-la. Atormentado por uma perturbação psicótica, Kandinsky dedicou-se à observação meticulosa do que se passava consigo, o que torna a sua doença como uma vantagem para a psiquiatria.
Contudo, apesar dos seus importantes contributos para a Psiquiatria, infelizmente poucas obras foram traduzidas pelo que o seu nome acaba por ficar quase esquecido fora das fronteiras do seu país.

**Referências**
American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA.
Berrios G. E., & Dening T. R. (1996) Pseudohallucinations: a conceptual history. Psychological Medicine 1996; 26: 753-63.
Epstein, L. (1927). Syndrome de Clerambault. *Rev Psychiat Neurol Reflexol*; 4–5:315–6.
Jaspers, K. (1963) General Psychopathology.
Kandinsky, V.K. (1880). [About hallucinations]. *Meditsinkoe Obozrenie*, 13, 815-24
Kandinsky, V.K. (1890a). O psevdohallucinatsiakh. Kritiko-klinicheskii etud. [About pseudohallucinations. Critical-clinical study]. (St Petersburg: Isdanie EK Kandinskoi).
Kandinsky, V.K. (1890b). K Voprosu o Nevmenyaemosti [On the Matter of Irresponsibility]. (Moscow: Izdanie EK Kandinskoi).

Lerner, V., Kaptsan, A., & Witztum, E. (2001). The misidentification of Clerambault's and Kandinsky-Clerambault's syndromes. The Canadian Journal of Psychiatry, 46(5), 441-443.
Lerner, V., Kaptsan, A., & Witztum, E. (2003). Kandinsky-Clerambault's Syndrome: concept of use for Western psychiatry. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 40(1), 40.
Lerner, V., Margolin, J., & Witztum, E. (2012). Victor Kandinsky (1849–89): a pioneer of modern Russian forensic psychiatry. History of psychiatry, 23(2), 216-228.
Lerner, V., Witztum, E., & Dening, T. (2003). Victor Kandinsky, MD: psychiatrist, researcher and patient. History of psychiatry, 14(1), 103-111.
Rokhlin, L.L. (1975). The Life and Works of the Eminent Russian Psychiatrist V. Kh. Kandinsky (1849-1889). (Moscow: Meditsina).
Rothe, A. (1890). D-r med W. Ch. Kandinski. Necrolog. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie und psychischh-gerichtliche Medicin*, 46, 550.

# AN INCONVENIENT COINCIDENCE: WHEN WORLD INFLUENCERS ARE UNDER THE INFLUENCE

**Sabrina de Jesus*; Ana Costa*; Gisela Simões*; Mónica Almeida;****
**João Alcafache***; Paula Garrido****
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
* Médica, Interna de Formação Especifica; ** Médica, Assistente Hospitalar em Psiquiatria; *** Médica, Assistente Graduado em Psiquiatria
Emails:sabrina.von.jesus@gmail.com

**Abstract**
Se solicitado a evocar imagens mentais de como e por quem é realizado o abuso e o uso de substâncias, certas imagens estereotipadas podem ser o que vem à mente. No entanto, um abuso clandestino de substâncias tem ocorrido ao longo da história e nos níveis hierárquicos mais elevados da mesma. Se abstrairmos das forças do bem e do mal, esquerda e direita, eixo e aliados, há uma coincidência perturbadora que pode provocar uma certa introspeção: até que ponto o nosso futuro e o nosso destino estiveram nas mãos de uma substância? Esta apresentação visa explorar o que acontece quando os líderes políticos estão sob a influência, bem como explorar possíveis explicações para as razões e motivações para aqueles líderes, que supostamente estão bem equipados e equilibrados para liderar multidões através de provações e tribulações, caem na sedução tentação do abuso de substâncias psicoativas.

**Palavras-Chave:** abuso de substâncias; figuras históricas; personalidade;

**Abstract**
If asked to conjure mental images of what substance abuse and addiction look like, certain stereotypical images may be what come to mind. However, a clandestine substance abuse has been occurring throughout history and at the highest levels of it. If one abstracts from the forces of good and evil, left and right, axis and allies there is a disturbing coincidence that may provoke a certain introspection: To which point has our future and destiny been in the hands of a substance? This presentation aims to explore what happens when political leaders are under the influence, as well as explore potential explanations to the reasons and motivations for those leaders, who are supposedly well-equipped and balanced to lead crowds through trials and tribulations, fall to the luring temptation of psychoactive substance abuse.

**Keywords**: substance abuse; historical figures; personality;

***

## Introduction

It can be said, that one would feel at least a little uneasy if it were made public knowledge that Donald Trump was an opiate addict, or that Vladimir Putin was receiving methamphetamine injections or that Kim Jung Un had a cocaine and alcohol issue. The prospect of senior world leaders wrestling with complex politico-military crises while under the influence of narcotics, stimulants, sedatives is dreadful to contemplate. But the fact is that 20th century history is rife with such examples.

When we think of the qualities we seek in visionary leaders, we think of intelligence, creativity, wisdom and charisma, but also the drive to succeed, a hunger for innovation,

a willingness to challenge established ideas and practices. At first sight, there might not be a lot in common between leaders and those who struggle with addiction. Leaders seem to have it all together and to make good choices (for the most part), unlike those who struggle with addiction.

However, the psychological profile of a compelling leader is also that of the compulsive risk-taker, someone with a high degree of novelty-seeking behaviour and a tendency for impulsivity, all of which are characteristics shared by addicts.

Leaders are typically built to take the brunt of the stress, but they are also human like the rest of us. Coping strategies may fail at some point, creating a vulnerable state. This vulnerability can cause a leader to turn to drugs or alcohol to provide relief from the mounting stress. This approach to stress relief causes more problems than creates solutions. For many leaders, it's not the case that they succeed in spite of their addiction; rather, the same brain wiring and chemistry that make them addicts also confer on them behavioural traits that serve them well.

**The Workings of Addiction**

A look under the hood of the brain and in particular, at the functions that relate pleasure and reward are fundamental in order to understand this apparent contraction between leaders and addicts. In the professional world, it is estimated that as much as 10 percent of the leadership ranks has a substance dependency issue. Serious studies into addictive behaviour began in the 1930s. Before this, it was widely assumed that people addicted lacked will power and were morally flawed.

An addiction is essentially not having control over doing, taking or using something to the point where it can be harmful and impede normal daily functioning. It is well-known that addiction changes the brain's structure in a myriad of ways, altering the way it works and processes information to the point where it can impact choices and behaviour.

Part of what makes the human brain so amazing is that they evolved to reward and encourage any action that incentivizes and helps survival and reproductive success. But in a way, the brain has gotten too smart for their own good, and it has figured out how to make itself experience this pleasure when not doing these pro-survival activities through the use of drugs.

Drugs of abuse, like alcohol cocaine or amphetamines, work by exploiting a pathway that has helped humans to learn and survive for generations. All addictive drugs either directly or indirectly modulate dopamine signalling in the mesolimbic dopamine reward pathway. There has been a general assumption that dopamine makes you feel good on the fact that it makes people, and more commonly rats, repeat activities that increase dopamine levels. But while dopamine definitely has a pleasure component, it may be much more important in simply creating desire, independent of whether or not there is a pleasurable outcome, which is presents as a possible explanation to as why so many addictions continue long after pleasure is gone.

Addictions share a common biology, they are all a disorder of the brain's reward system in such a way that it distorts the brains fundamental motivational systems, so the usual motivations, like working, being part of a family and even eating and sleeping (the things that are usually colouring the brains activity), become submerged within a single motivation which emerges with the use the drug. This then ultimately causes the brain's biology to confuse the message of the drug with the message of survival itself. That's how powerful the drives are.

Therefore addiction, at its heart, is a distortion of the brain's survival system and we can hypothesize how this could play an important part in those with the power to dictate the path of history. In essence, addiction is the product of an imbalance between two separate, but interacting, neural systems that control decision making: an impulsive

amygdala system for signaling pain or pleasure of immediate prospects, and a reflective, prefrontal cortex system for signaling pain or pleasure of future prospects.
After an individual learns social rules, the reflective system controls the impulsive system via several mechanisms. However, this control is not absolute; hyperactivity within the impulsive system can override the reflective system. It has been proposed that drugs can trigger bottom-up, involuntary signals originating from the amygdala that modulate, bias or even hijack the goal-driven cognitive resources that are needed for the normal operation of the reflective system which is fundamental in decision-making and for exercising the willpower to resist drugs. Similar to patients with orbitofrontal cortex lesions, substance dependent individuals show signs of impairments in decision-making, characterised by a tendency to choose the immediate reward at the expense of severe negative future consequences which we can all agree is alarming if in a leadership position. As the addiction continues, it is characterised by a complete loss of prefrontal control as continued drug use compromises frontal lobe structures critical for evaluation judgment and decision making.

**Historical Figures and Substance Use**

**John F. Kennedy** acted in key moments during his presidency under the influence of amphetamines which had long lasting ramifications throughout the 20th century. Author William Birnes, alleges that US President John F Kennedy's drug use "almost caused World War III during the two-day summit with Soviet leader Nikita Khrushchev" in 1961. He had been receiving injections of methamphetamine mixed together with vitamins and hormones by Dr. Max Jacobson who was an eccentric physician at a critical moment in the cold war where nuclear tension with the Soviet Union were at their peak. A summit intended to foster peace ended in war threats. Kennedy did himself no favour by facing Khrushchev on speed.
His other doctors were also weary of Dr. Jacobson, with one medical doctor stating that, "no president with his finger on the red button has any business taking stuff like that…and that those injections are not for responsible individuals who at any split second may have to decide the fate of the universe." In November 1961, Dr. Eugene Cohen, who treated Kennedy for Addison's disease, wrote a letter of warning to the president: "You cannot be permitted to receive therapy from irresponsible doctors like M.J., who, by forms of stimulating injections, offers some temporary help to neurotic or mentally ill individuals…this therapy conditions one's needs almost like a narcotic, [and] is not for responsible individuals who at any split second may have to decide the fate of the universe."

**Winston Churchill** and Joseph Stalin were functioning alcoholics before, during and after World War II. Churchill has also been thought to have taken amphetamines during World War II to help him stay awake during long nights during the war. He heavily imbibed at meal times and famously said to the king of Saudi Arabia that his rule in life required "drinking before, during and after meals."
In his term of office as prime minister during the 1950s, Churchill became increasingly dependent on drugs. This was especially the case after his 1953 stroke where he became increasingly dependent on Drinamyl, part barbiturate, and part amphetamine and 100 percent illegal by today's standards. Increasingly enfeebled, he took stimulants to project an image of vitality. For the last year in office, his intellectual functioning was so compromised he could not effectively participate in decision-making. The gravity of his condition was carefully shrouded from the public while secretary of state and later prime minister, Anthony Eden played a stabilizing role behind the scenes.

The influence of these substances on Churchill was such that he even named his tablets: majors, minors, reds, greens and "Lord Morans" (the name of his doctor). Cerebral arteriosclerosis (hardening of the arteries of the brain) was probably the principal factor leading to Churchill's progressive incapacity; but excessive use of alcohol and drugs aggravated the situation.

Even the supposedly calm and collected **Anthony Eden** wasn't free from the lure of drug use. His 21 months in office were marked by a number of severe national and international crises including the Suez Canal crisis debacle. Eden has acknowledged that he "was practically living on Benzedrine" during the crisis in which he demonstrated disastrous leadership. Biographer William Manchester observed that the deleterious effects of the drug were not known at the time. "Years later medical scientists discovered that amphetamines could rob a sensible man of his good judgment, and this is what happened to Eden in 1956."

Addiction to the powerful stimulant amphetamine which rendered this previously thoughtful and moderate statesman erratic and injudicious to the extreme and undoubtedly contributed to his disastrous leadership during the Suez debacle

The substance most frequently abused by political leaders is alcohol. It is certainly the most common agent of self-medication and the world of politics is a particularly salutary environment for the concealment and facilitation of alcoholism.

Ironically, President **Richard Nixon** who began the ardent war on drugs, wasn't as squeaky clean as one who have believed, he drank heavily especially during crisis. According to his Secretary of State, Henry Kissinger, Nixon's trouble was that alcohol would set him off and late-night threats of military action were made when the president was the worse for wear. When North Korea shot down a US spy plane in April 1969, an enraged and drunk Nixon allegedly ordered a tactical nuclear strike. Thankfully, a sober Henry Kissinger spoke to military commanders on the phone and agreed not to do anything until Nixon sobered up in the morning.

The Third Reich was permeated with drugs, including cocaine, heroin and most notably crystal meth, which was used by everyone from soldiers to housewives and factory workers.

And the most infamous Nazi of all, **Adolf Hitler**, was prescribed more than 70 medications, including amphetamines and cocaine. Germany's defeat in World War II was made by bad strategic planning on Hitler's part, which may have been fueled by drug use prescribed to him by his personal physician.

Dr. Theodor Morell, who prescribed for Hitler, whose mental and physical health has been the source of much speculation, a cocktail of medications that included opiates, barbiturates, cocaine, amphetamines, and bromides. Most notoriously, he relied on daily injections of the "wonder drug" Eukodol (oxycodone), a designer opiate and close cousin of heroin, which puts the user in a state of euphoria – and often renders them incapable of making sound judgments – and cocaine, which he started taking regularly from 1941 onwards to combat ailments including chronic stomach spasms, high blood pressure and a ruptured ear drum. It wasn't long before Hitler was receiving injections of Eukodal several times a day.

> *One night in the summer of 1943, Hitler awoke with violent stomach cramps. Knowing he was scheduled to meet Mussolini the next day, Morell gave the Führer his first dose of Eukadol. It had the desired effect: Hitler ranted through the meeting, preventing Mussolini from pulling Italy out of the war. The Führer was delighted; Morell remained firmly in Hitler's good graces.*

A direct example of drugs influencing history is demonstrated by the Nazi victory in the Battle of France (May 10, 1940 – June 25, 1940), where Hitler was unprepared for

war and his back was against the wall. The Wehrmacht was not as powerful as the Allies but armed with the methamphetamine Pervitin, the Germans advanced through difficult terrain, going without sleep for 36 to 50 hours, marching without stopping, which wouldn't have happened if it weren't for crystal meth.

"But we all know he did a lot of questionable things before that, so you can't blame drugs for everything," Ohler reflects. "That said, they certainly played a role in his demise, keeping the supreme commander stable in his delusion

Interestingly enough, Il Duce, or **Benito Mussolini** was also treated by Hitler's doctor. After the Germans installed him as the puppet leader of the Republic of Italy in 1943, they ordered him to be put under the eyes of the doctor. Although there isn't enough reported material to say he was an addict, he was being given the same drugs as Hitler. It is worth noting that every week there was a doctor report on his health, in which one of them says, after being injected with the same formulas Hitler was administered, that "He has improved, he is playing tennis again…It's like he's a racehorse."

And history is filled with other pertinent examples of leaders who used and abused substances. Emperor Marcus Aurelius was famously addicted to opium. The best known instance of alcohol abuse in high office is that of President Andrew Johnson, whose condition figured in the debate concerning his impeachment. Stalin was responsible for the deaths of millions of Russians during the Great Purges. Some argue that his murderous decisions were fueled by his alcohol use. Mao Zedon**g** was in a barbiturate induced haze. Military mastermind Napoleon Bonaparte may have lost at Waterloo due to the effects of opiates, and the list goes on.

**Conclusion**

World leaders operate under unusual stress and often feel entitled to special treatment. While the use and abuse of alcohol and drugs is by no means universal in their ranks, it is not uncommon. Leaders have unrestricted access to alcohol and psychoactive drugs. Substance abuse by major political leaders is not a private illness. For the leader under the influence of drugs or alcohol, be he mayor or chief of state, every aspect of his functioning is affected - his perceptions, judgment, decision-making and the balance between his own needs and those of his followers. In times of crisis, when the mighty are high, the lowly should tremble.

**Works Cited**

American Addiction Centers Editorial Staff. (2022, January 5). *20 Genius Minds and the Drugs they Were Addicted To.* DrugAbuse.Com. https://drugabuse.com/blog/20-genius-minds-and-the-drugs-they-were-addicted-to/

Bechara, A. (2005). *Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. Nature Neuroscience, 8(11), 1458–1463.* doi:10.1038/nn1584

Cooke, R. (2018, March 22). High Hitler: how Nazi drug abuse steered the course of history. The Guardian. https://www.theguardian.com/books/2016/sep/25/blitzed-norman-ohler-adolf-hitler-nazi-drug-abuse-interview

How Pervitin, Cocaine, And Other Drugs Fueled The Nazi's Conquests. (2019, July 10). All That's Interesting. https://allthatsinteresting.com/pervitin-nazi-drugs

Jones, J. S., PhD. (2021, June 23). The Opioid Addiction Crisis and Racism: A Long, Troubled History. Psychiatric Times. https://www.psychiatrictimes.com/view/the-opioid-addiction-crisis-and-racism-a-long-troubled-history

Kalter, L., & Merrill, D. (2021, February 12). A psychiatrist explains why addictive personality isn't real and what the true signs of addiction are. Insider. https://www.insider.com/addictive-personality

Lesser, B. (2021, November 18). *Historical Data and Addiction*. Dual Diagnosis. https://dualdiagnosis.org/alcohol-addiction/historical-figures-and-addiction/
McCarthy, B. (2016, November 25). A brief history of war and drugs: From Vikings to Nazis. Drugs | Al Jazeera. https://www.aljazeera.com/features/2016/11/25/a-brief-history-of-war-and-drugs-from-vikings-to-nazis
Opinion | Addictive Personality? You Might be a Leader. (2013, February 7). The New York Times. https://www.nytimes.com/2011/07/24/opinion/sunday/24addicts.html
Origins Behavioral HealthCare. (2021, August 31). The Addicted Professional Leader The Executive Addict. https://www.originsrecovery.com/the-executive-addict/
Rashid, B. (2017, May 24). What To Do When Leadership Stress Leads To Addiction. Forbes. https://www.forbes.com/sites/brianrashid/2017/05/24/what-to-do-when-leadership-stress-leads-to-addiction/
Tharoor, I. (2014, October 15). High Hitler: Nazi leader was a meth addict, says new documentary. Washington Post. https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2014/10/14/high-hitler-nazi-leader-was-a-crystal-meth-addict-says-new-documentary/
The Third Reich Was Addicted to Drugs. (2017, March 6). The New Republic. https://newrepublic.com/article/141125/third-reich-addicted-drugs
Vrabie, A. (2014, May 14). The link between leadership and addictive personality. Sandglaz Blog Archive. https://blog.sandglaz.com/link-between-leadership-and-addictive-personality/
What Are the Traits of an Addictive Personality? | Do You Have One. (2021, September 30). American Addiction Centers. https://americanaddictioncenters.org/the-addiction-cycle/traits-of-an-addictive-personality
*When the leader is ill—or addicted to cocaine, meth, steroids, or hormones*. (2010, April 15). Yale School of Medicine. https://medicine.yale.edu/news/yale-medicine-magazine/article/when-the-leader-is-illor-addicted-to-cocaine/

# FRANTZ FANON'S CONTRIBUTION TO PSYCHIATRY IN THE XX AND XXI CENTURIES

**Pedro Frias Gonçalves[1]; Mafalda Corvacho[2]**
[1] Hospital Magalhães Lemos, Poto;
[2] Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro
[1,2]Interno de Formação Especializada de Psiquiatria
Emails: friaspn@gmail.com; mafalda.corvacho@gmail.com

**Abstract**
Frantz Fanon was a psychiatrist, philosopher, writer, political and social activist whose work analyzing racism from a psychological and psychoanalytic perspective revolutionized the way we now look at the social, contextual, historical, and psychological determinants of colonization, the decolonization process, racism, and its impacts on colonized or racialized populations. The authors aim to analyze Fanon's first work on the psychopathology of colonialism and colonial oppression and social inequality that persisted after the end of slavery. Fanon's work calls in the question the psychiatric dogma about the lived experience of colonized people, not only to show that firmly held beliefs about the nature of mental suffering were disproportionally influenced by white societal views but also to provide a tool for liberation of colonized subjects.

**Key words**: History of Psychiatry; Psychiatry of Racism; Racism; Psychoanalysis; Transcultural Psychiatry

***

## Introduction

Born in the island of Martinique in 1925 - then a French colony - to a middle-class family, Frantz Fanon was a psychiatrist, philosopher, writer, political and social activist. He left the island at the age of 17 to fight in the Second World War for the Free French Army and studied medicine and Psychiatry in France, concluding his studies under François de Tosquelles (a Catalan Republican Psychiatrist and Psychoanalyst and a fierce critic of Psychoanalytic theories and practices of his time) at Centre Hospitalier Saint-Alban-sur-Limagnole (Ehlen, 2000).

During his residency he wrote and submitted his doctoral thesis "*Essay on the Disalienation of the Black*", which was ultimately refused and later published under the title "*Black Skin White Masks*" in 1952 (Bernasconi, 2002; Ehlen, 2000).

From 1953 to 1956 he worked as head of Psychiatry in the Blida-Joinville Hospital in Algeria. There he came in close contact with the effects of colonialism and violence on his patients and colonized peoples in general, deepening his understanding about the lasting consequences of racism and colonialism and their relation with violence (Macey, 2012).

In the summer of 1956, he delivered a resignation letter where he stated: "the decision I have reached is that I cannot continue to bear a responsibility at no matter what cost, on the false pretext that there is nothing else to be done." questioning the frontier between Psychiatric Practice and Political, Anti-Colonial and humanistic positions in a world fundamentally biased against colonized peoples (Macey, 2012; Menozzi, 2015; Robcis, 2020).

In 1957 he was expelled from Algeria and settled in Tunis, where he actively collaborated with the Algerian National Liberation Front (Front de Libértation Nationale - FLN) writing for El Moudjahid, the information bulletin of the FLN guerrilla during the Algerian War. During this period he wrote and published his most notorious work, "The Wretched of The Earth". He was diagnosed with Leukemia in 1960, dying in 1961 in Maryland, USA at age 36 (Macey, 2012).
Fanon's work is still nowadays regarded as revolutionary for bringing forth new subjectivities and striving for a more plural, less white, and west centered psychiatric theory. This paper aims to analyze Frantz Fanon's first work on the psychopathology of colonialism and colonial oppression and social inequality that persisted after the end of nation-sanctioned slavery. By comparing Fanon's stances with the ones held by other authors of his time, we will try to highlight how his consideration of the experience of black people and other people of color revolutionized psychoanalysis and psychopathology from then on.

**Black Skin White Masks and the Neurosis of blackness**

Fanon's work "Black Skin White Masks" starts from a psychological and psychoanalytical standpoint in order to try to analyze the psychology of colonialism, and the "colonial encounter". The goal is to "offer a psychoanalytic interpretation of the black problem", "to bring forth the desalination of the black man" (Fanon, 2008). At the root of his analysis stands what he describes as a "psychoexistential complex" affecting both colonizer and colonized (Hook, 2013).
Applying classical psychoanalytic knowledge and aiming to find the deep desires that motivate black men or women he arrives at this formulation: "the black man wants to be white". Far from being an intrinsic, ahistorical and acontextual phenomenon, this "desire" is a product of social, historical and contextual realities, systematically empowering white subjects and disempowering black and colonized subjects (Fanon, 2008; Hook, 2013) This desire and the impossibility of its fulfillment then give rise to a *neurosis* Fanon calls the "neurosis of blackness", a concept which he clearly states as being social and psychological, rather than strictly individual, as Freudian psychoanalysis put it (Fanon, 2008; Hook, 2013).
The "neurosis of blackness" is then a form of alienation which originates from a perceived "inferiority" born out of the colonial process and its consequences and reinforced by the "burial of his local and cultural originality". This complex is then "epidermalized", underlying many of the behaviors of black subjects (Fanon, 2008). From this cornerstone he then unfolds his analysis into the fields of language, sexuality and relationships, thoughts and behavior looking for its expressions in different contexts (Hook, 2013).

**On Language and relationships**

Acting as an indicator of cultural and societal stereotypes as well as a perceived gateway to access a fantasized state of "belonging", language is analyzed by Fanon in the beginning of Black Skin White Masks. Describing his experiences in Martinique and in Paris, he observes how, after spending a period in Europe, the demeanor, speech and language of Martinicans change (Fanon, 2008).
Language is "a means to assume a culture, to support the weight of a civilization". Being externally imposed on colonized subjects, language functions as a differentiating factor between white and black subjects. Through language, racialized people attempt to overcome the fundamental Alterity that governs their neurosis.
In an attempt to adopt European culture, they use the language of the colonizer and effect changes in their behavior and thinking, independent of reflective processes. This

attempt often fails as the concept of "blackness" is an overarching construct, entailing more than verbal expression, and so even a totally fluent person will be seen as the "fluent black" (Fanon, 2008).

Fanon also points out the use of paternalistic and infantilizing speech from white subjects when addressing racialized people materializes a series of prejudices about "blackness" as juvenile, culturally and intellectually inferior, as an indicator of deeply rooted cultural assumptions expressed in spontaneous speech (Fanon, 2008; Hook, 2013).

When analyzing affective relations, the psychiatrist sets the tone on the conflictual root of neurosis, while keeping present its socio-political roots. He observes that often the feeling of *Otherness* takes center stage, acting as a relational background, and leading to a false, fantasious attempt to overcome the insurmountable perceived and imposed difference between black and white subjects. This, Fanon states, has the ultimate goal of stopping being perceived as "flawed", which adds a state of *situational neurosis* to the existing general neurotic background, furthering colonized subject's alienation.

In this regard, and after analyzing affective relations by exploring literary accounts of three characters (Nini, Mayotte Capécia and Jean Veneuse), he clearly states that individual characteristics, working in tandem with social and contextual phenomena, overcome "racial" predetermined suppositions and, as such, there should be no attempt at connecting their achievements (or lack thereof) "with the greater or lesser concentration of melanin in (their) epidermis" (Fanon, 2008).

**Questioning dogma**

Prior authors, such as Manonni (1956), proposed that a dependency or inferiority complex was innate to African people, and found its counterpart in an equally innate "leadership" complex in European colonizers. Fanon utterly rejects the application of psychoanalytic principles of the unconscious in a manner that fundamentally differentiates between races. For him, the core structure of the human psyche in psychoanalytic terms is universal, and it is the process of colonization, exploitation, racism and alienation over colonized people that give rise to neurosis on such a big scale (Fanon, 2008; Hook, 2013; Mannoni, 1956).

He goes further by exposing how the process of colonization erased cultural patterns and extirpated psychological mechanisms of whole groups of people, making an analysis of colonial psychology impossible without taking into account the consequences of colonization (Fanon, 2008). These externally conditioned complexes become particularly evident when a person of color tries to step outside the roles of "inferior" and "dependent" that society expects from him or her.

Drawing from Adler's framework of *overcompensation* to address the psychopathology of the conflict, he elegantly states that the dilemma presented to people of color is to "*turn white or disappear"* (Fanon, 2008). The solution must then be, Fanon states, twofold.

A conscious change must be made on an individual level, but only by understanding the true nature of the conflict, that is, societal structures that uphold racism and bring forth the inferiority complex, may the individual be free to choose what to do regarding it (Fanon, 2008).

Furthering Merleau-Ponty's work on body schema (one's representations of his or her body parts in space) and corporeal schema (enabling posturing and movement in relation to the outside world), Fanon once again enriches it with his considerations on black experience (Merleau-Ponty, 1962). Confrontation with the way white people in Europe look at their physical characteristics, black subjects' bodies appear to them as objects separated from their *being* and *pinpointed by* an *Other*. By being perceived as black

through body characteristics one is constantly reminded of his race, history and above all, prejudice and stereotypes ascribed to him or her by white people.
This, as Fanon states, put people of color in a state of being "overdetermined from without", "a slave of (their) own appearance" and makes them particularly aware of their corporality and corporeal schema, contesting Merleau-Ponty's belief that society and the Other is unable to effect change on one's corporeal schema. The body can so serve as a way in which the individual feels deprived of his individuality, not able to not be "Black" with all the presuppositions that label entails in a structurally racist society (Fanon, 2008; Pish, 2016).
Fanon's analysis, as evident by our work up until this point, deeply points out the role of culture in the formation and perpetuation of unconscious and conscious notions. It can be argued that in his point of view it is precisely cultural determinants, rather than innate characteristics that dictate the majority, if not all, of subconscious content (here we mean content in opposition to form, that is, to describable psychological mechanisms that function regardless of their content) (Fanon, 2008; Hook, 2013; Menozzi, 2015).
Cultural representations of racialized people, made according to the structural characteristics of white society, perpetuate stereotypes which are, from an early age consumed by both white and non-white children alike, by means of cultural and economic hegemony, influencing deeply held racially biased beliefs of colonizers and colonized peoples alike.
Questioning Jungian's notion of a collective unconscious, Fanon sees it rather as "the sum of prejudices, myths, collective attitudes of a given group.", presenting it as a product and imposition of culture rather than as a genetically inherited set of unconscious content and while pointing out the Eurocentrism of Jungian's attempt to examine the whole world's psyche (Jung, 1980). These racist beliefs, Fanon states, function as a mechanism for collective catharsis by which collective aggression is channeled and released through representation (Hook, 2013).
In this regard Fanon applies the psychoanalytic concept of projection, as a collective, societal mechanism to avoid guilt from the horrors of colonialism, and elaborates on the externalization of feelings of guilt from white subjects as a possible psychological mechanism for racism (McCulloch, 2002). He complements this possible explanation of racism by furthering psychoanalytic notions of Phobia and Paranoia. To the "Negrophobe", the black subject acquires idealized properties, mainly sexual and physical, fueling *sexual anxiety* which is then again projected on to him. As such black subjects function as a phobic object and a kind of pervasive, culturally rooted paranoid anxiety arises in white subjects (Fanon, 2008; McCulloch, 2002).

**Can Psychiatry and Psychology solve racism?**
As we have seen, one of the main problems underlying the psychological issue of racism has to do with individuality, with true *being*. This is not, nevertheless, the end-point of analysis. For as Fanon thoroughly explained, individual experience is impossible to truly comprehend unless it is analyzed as being part of a social context, historical period and political reality.
In Hegelian dialectics, individual humanity is attained as long as one is recognized by the other. It is a reciprocal endeavor that requires a movement of encounter by both members of a dyad, crystallizing subjective perception of being into an objective, certain truth. As such, the search for an objective individual *being* can only be attained by *being for someone else*, in an active stance, and so an opposition to being is found whenever the Other refuses to recognize me as a human.

This recognition, Fanon argues, did not historically take place with the end of Slavery. As he states, this historical event was univoque, in that it was an "acting upon" the enslaved, and not an "act from" the enslaved peoples which would assert their individuality. And so, on an individual and, naturally, on a structural level, mechanisms that enforced colonial racism are mostly yet to be challenged.

The work to "*disalienate*" colonized subjects must, hence, forcibly take into account colonial and racially biased social structures, understand and explore how they influence psychological mechanisms of alienation and create conditions for individual and, most of all, collective empowerment. It is then an endeavor in which psychiatry and psychology play an important role as mechanisms of scientific exploration and clinical action, but not one that can be solved merely by acting on symptoms or manifestations of a far reaching issue.

**Conclusion**

As we have seen, Frantz Fanon set to question psychiatric dogma about the lived experience of colonized people, both as a way to show that firmly held beliefs about the nature of mental suffering were disproportionally influenced by European and American societal views and as a way to provide a tool for liberation of colonized subjects. This was, in the end, the hallmark of Fanon's life and work. More than a brilliant Psychiatrist and Social, Fanon sought to ally theory and revolutionary practice, to transform the world he observed and analyzed as a mental health practitioner

**References**


Bernasconi, R. (2002). The assumption of negritude: Aime Cesaire, Frantz Fanon, and the vicious circle of racial politics. *African American Studies*, *8*(2).

Ehlen, P. (2000). *Frantz Fanon: A Spiritual Biography*. The Crossroad Publishing Company.

Fanon, F. (2008). *Black Skin, White Masks* (6th Ed). Pluto.

Hook, D., , Mkhize, Nhlanhla,, Kiguwa, Peace,, Collins, Anthony,, Burman, Erica,, Parker, Ian,,. (2013). *Critical psychology*. /z-wcorg/.

Jung, C. G., Hull, R. F. C. ,. (1980). *The archetypes and the collective unconscious*. Princeton University Press; /z-wcorg/.

Macey, D., ,. (2012). *Frantz Fanon: A Biography*. Verso Books; /z-wcorg/.

Mannoni, O. (1956). *Prospero and Caliban. A Study of the Psychology of Colonisation.* (Translated by Pamela Powseland). Methuen.

McCulloch, J. (2002). *Black Soul, White Artifact: Fanon's Clinical Psychology and Social Theory.* Cambridge University Press.

Menozzi, F. (2015). Fanon's Letter Between Psychiatry and Anticolonial Commitment. *International Journal of Postcolonial Studies*, *17*(3), 360–377.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception.* Routledge.

Pish, M. (2016). Frantz Fanon's Critique of Maurice Merleau-Ponty's Corporeal Schema. *State University of New York Digital Repository.*

Robcis, C. (2020). Frantz Fanon, Institutional Psychotherapy, and the Decolonization of Psychiatry. *J Hist Ideas*, *81*(2), 303–325.

# "VERDICT, NOT GUILTY, ON THE GROUND OF INSANITY" – THE M'NAGHTEN RULES

**Ricardo Gasparinho[1]; Núria Santos[1]; Nuno Agostinho Fernandes[1]; Liliana Pereira Ferreira[1]; António Alho[1]; Marisa Martins[1]; Isa Costa[1]; João Oliveira[2]**

[1]Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém
[2]Serviço Regional de Psiquiatria Forense, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
[1]Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria
[2]Assistente Hospitalar de Psiquiatra
Emails: ricardogasparinho5@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com; n.agostinho.fernandes@gmail.com; lilianapf@gmail.com; antonio.alho84@gmail.com; marisa.andrem@gmail.com; isacosta2014@outlook.pt; joao.mno@gmail.com

**Abstract**
Introduction: The M'Naghten Rules were the first famous legal test for insanity, formulated in 1843 after the highly controversial acquittal of Daniel M'Naghten on a charge of murder.
Objectives: Presentation of the M'Naghten Rules and discussion of its relevance in contemporary Forensic Psychiatry.
Methods: Pubmed search with MeSH terms: "History, 19th Century"; "Forensic Psychiatry"; "Insanity Defense". Search was restricted to articles written in English, temporal limitation of 10 years.
Results: The M'Naghten Rules created a presumption of sanity unless the defense proved the defendant not guilty based on criminal law's fundamental conceptions of culpability and wrongfulness. Its creation is widely regarded as an attempt to limit the scope of exculpatory insanity, and left a consequential legacy in both United Kingdom and United States law that lasts until today.
Conclusion: Although controversial, the M'Naghten Rules set a standard for the evaluation of an insanity defense in the XIX century.

**Key-words**: Forensic Psychiatry; Insanity Defense; History

***

## Introduction

Throughout the XIX century medical experts specialized in mental disorders were growingly called to testify in intriguing cases or when the defense required knowledge regarding the new sciences of the mind. Throughout the decades the diagnosis of moral insanity grew in English and American Courts (Hanganu-Bresch, 2019).The concept of moral insanity collided with fundamental legal issues related to moral responsibility for intentional criminal acts. Until 1843, and the formulation of the M'Naghten Rules, there was no standard for an insanity defense and forensic practice was characterized by a flexible approach (Oosterhuis & Loughnan, 2014).
Our aim is to discuss the M'Naghten Rules and their relevance in contemporary Forensic Psychiatry. We did a naturalistic review through a Pubmed, search with MesH terms "History, 19th Century"; "Forensic Psychiatry"; "Insanity Defense". Search was restricted to articles written in English, temporal limitation of 10 years.

**Results**

Daniel McNaughton tried, in broad daylight, to assassinate the Prime Minister Sir Robert Peel but ended up mortally shooting the Prime Ministers' secretary, Edward Drummond. This was a trial of public interest, particularly because of two previous trials: in 1800 James Hadfield attempted to murder King George III, and in 1840 Edward Oxford attempted to murder Queen Victoria, and both were pronounced innocent, on grounds of insanity (Jones, 2017).

In the early XIX century there was a growing medical theory recognizing mental illness in patients with no disability of intellect or reasoning. The first descriptions belonged to Dr Philippe Pinel in 1806 ("*une manie sans délire*"). A few years later, in 1835, Dr. James Cowel Prichard described the first famous definition of moral insanity (Toole, 2012): "A madness consisting in a morbid perversion of the natural feelings, affections, inclinations, temper, habit, moral dispositions, and natural impulses, without any remarkable disorder or defect of the intellect or knowing and reasoning faculties, and particularly without any insane illusion or hallucination". Moral insanity was thus conceptualized as a perversion of the moral faculties which, in the absence of thought or perception disorders, strongly resembles a precursor of antisocial personality disorder.

Regarding Daniel McNaughton (whose name was misspelled during trial), the prosecution charges stated that the defendant planned his actions and had chosen his target, while keeping up with his daily activities, which was proof of a sane and organized mind. On the other hand, the defense stated that the defendant suffered from a "fierce and fearful delusion".

The testimony from a medical delegation was led by Edward Thomas Munro, who said he was capable of, just by means of a medical interview, safely evaluate for the presence of insanity (Loughnan & Ward, 2014). Munro went on and said "I believe I am able to discriminate between a case where a man is labouring under delusion, and where a man feigns delusion – I am quite satisfied that the prisoner entertained the delusions he was giving utterance to – I have not the slightest shadow of a doubt on the subject – if I had heard nothing of his past history, nor the evidence given to-day, my examination in the prison would certainly have led me to the conclusion that he was insane – coupling that with the history of the two last years of his life, I have not the remotest doubt of his insanity – I am quite satisfied of it." (Jones, 2017). Munro was then questioned by the defense as to the unusual form of insanity he had detected, namely if in the pathology of insanity there may exist a partial delusion, sufficient to overcome one's moral sense and self-control, rendering the subject not responsible for his actions, whilst keeping the remaining of his mental faculties intact. Munros' description of insanity resembled Prichards' description of moral insanity, where only moral judgment would been impaired: "I have no doubt that this partial insanity may exist, and the faculty that it affects may be impaired and destroyed, and yet the monomaniac exhibit all the appearance of sanity, in all other respects (…)" (Jones, 2017).

In the end, the defense's final allegations alleged the thesis of a partial insanity which would have affected the moral sense of the defendant, whom acted because he couldn't resist the delusional thought, thus perpetrating crimes for which he could have not been morally responsible (Jones, 2017). Daniel McNaughton was pronounced "not guilty, being insane", and institutionalized for the rest of his life.

McNaughtons' acquittal was widely criticized. Queen Victoria didn't believe that anyone who wanted to murder a conservative politician could be insane (Gutheil, 2005). Her majesty went on to write a letter to the Prime Minister Sir Robert Peel expressing her

disapproval: "We have seen the trials of Oxford and MacNauhgten conducted by the ablest lawyers of the day – and they allow and advise the Jury to pronounce the verdict of not guilty on account of insanity. Whilst everybody is morally convinced that both malefectors were perfectly conscious and aware of what they did." (Jones, 2017). Reactions of disapproval spread, with the acquittal being highly criticized in newspapers like The Standard, The Morning Post, and The Times (Jones, 2017).

Following the controversy, the House of Lords pushed the Government to review the insanity defense. A panel of judges went through a series of questions about how the insanity defense should be addressed in Court. The answer to these questions went on to be known as the M'Naghten Rules (Jones, 2017)

Him who is pronounced guilty is criminally responsible for the offense, through essential elements that should be proved: *Actus reus* (the defendant committed the fact), and *Mens rea* (whilst committing the fact, the defendant acted on his free will, intentionally and for rational reasons) (Allnutt, Samuels, & O'Driscoll, 2007). Most penal processes are based on the proof that the defendant committed *actus reus,* generally presuming that he had *mens rea.* Therefore, *mens rea* usually isn't the focus of the process, unless a question is raised, usually by the defense. The *actus reus* being proven and after question having been raised regarding whether the fact was committed or not by rational reasons, it shall be investigated whether a mental illness contributed to the distortion of *mens rea* (Allnutt et al., 2007).

The M'Naghten Rules, as spoken by Justice Tindall in 1843 on behalf of the majority of the Lords, stated that:

"Every person is presumed sane unless the contrary can be proven; A person suffering a 'partial' delusion should be dealt with as if the circumstance of the delusion was real; To establish a defense on the grounds of insanity, it must be clearly proved that at the time of committing the act, the accused was labouring under such a defect of reason, from a disease of the mind: as not to know the nature and quality of the act he was doing, and if he did know it (the nature and quality of the act he was doing), that he did not know what he was doing was wrong." (Allnutt et al., 2007).

It was also stated that when an accused person is thought to be insane, a medical man, who has been present in Court and heard the evidence, could be asked, as a matter of science, whether the facts stated by the witnesses, supposing them to be true, show a state of mind incapable of distinguishing between right and wrong (Toole, 2012). Hence, in 1843, the M'Naghten Rules emerged as the first famous legal test for insanity. Nowadays the M'Naghten Rules remain the standard for an insanity defense in most Anglo-Saxon jurisdictions (naturally having suffered adjustments over the years). The Rules have narrowed the criteria for an insanity defense, but have been criticized for being too restrictive whilst also allowing experts to be pointed by the defense or the prosecution, instead of the Court (Karayiannis, 2019).

The M'Naghten Rules created a presumption of sanity unless the defense proved the defendant not guilty based on criminal law's fundamental conceptions of culpability and wrongfulness. The M'Naghten Rules consider it to be legally insane those who intellectually weren't capable of knowing the nature and quality of the act they performed, and where not able to distinguish right from wrong. Its creation is widely regarded as an attempt to limit the scope of exculpatory insanity, and left a consequential legacy in both United Kingdom's and United States' law that lasts until today.

While distinct and apart, Mental Health and Law are paradoxically close and inseparable. Forensic Psychiatry is undoubtedly located in an interstitial area, making use of a unique medico-legal lexicon and dealing with particularly sensitive, challenging and borderline issues. Assisting the Court as an expert requires excellent technical and scientific rigor.

The expert in Forensic Psychiatrys' practice is guided by the need to reconcile knowledge of Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry, Legal Medicine, and Medical Law.

**Conclusion**

The notion that a mentally ill person should not be held responsible for criminal acts has been one of public debate for centuries. The modern concept of insanity only entered the English Common Law after M'Naghtens' case. The M'Naghten Rules remain a legal construct that aims to determine to which extend an individual may be criminal responsible for a criminal act. Although controversial, the M'Naghten Rules set a standard for the evaluation of an insanity defense in the XIX century.

**Bibliography**

Allnutt, S., Samuels, A., & O'Driscoll, C. (2007). The insanity defence: from wild beasts to M'Naghten. *Australas Psychiatry, 15*(4), 292-298. doi:10.1080/10398560701352181

Gutheil, T. G. (2005). The history of forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law, 33*(2), 259-262.

Hanganu-Bresch, C. (2019). Public Perceptions of Moral Insanity in the 19th Century. *J Nerv Ment Dis, 207*(9), 805-814. doi:10.1097/NMD.0000000000001035

Jones, D. W. (2017). Moral insanity and psychological disorder: the hybrid roots of psychiatry. *Hist Psychiatry, 28*(3), 263-279. doi:10.1177/0957154X17702316

Karayiannis, K. C. (2019). Bellingham, the Assassin of Spencer Perceval: A Case of Delusional Disorder and a Missed Opportunity for Legal Reform. *Psychiatr Psychol Law, 26*(3), 335-342. doi:10.1080/13218719.2018.1485524

Loughnan, A., & Ward, T. (2014). Emergent authority and expert knowledge: psychiatry and criminal responsibility in the UK. *Int J Law Psychiatry, 37*(1), 25-36. doi:10.1016/j.ijlp.2013.10.002

Oosterhuis, H., & Loughnan, A. (2014). Madness and crime: historical perspectives on forensic psychiatry. *Int J Law Psychiatry, 37*(1), 1-16. doi:10.1016/j.ijlp.2013.09.004

Toole, C. J. (2012). Medical diagnosis of legal culpability: the impact of early psychiatric testimony in the 19th century English criminal trial. *Int J Law Psychiatry, 35*(2), 82-87. doi:10.1016/j.ijlp.2011.12.009

# CONSULTA DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO À ASSOL – A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

**Ana Lúcia Costa[1], João Brás[1], Rui Sousa[1], Rui Pedro Vaz [1], Joana Martins[1], Alberto Marques[1], David Teixeira[1], Eliana Almeida[1], Joana Abreu[1], Bruna Melo[2], Ana Isabel Oliveira[3]**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro-Hospitalar Tondela-Viseu (DPSM-CHTV)

[1]Médico(a) Interno(a) de Formação Específica de Psiquiatria

[2]Assistente Hospitalar de Psiquiatria

[3]Assistente Graduada Hospitalar de Psiquiatria

E-mail:analuciacosta_2012@hotmail.com; joao.bras.1993@gmail.com; Ruimoreirasousa@icloud.com; ruipedrovaz11@gmail.com; joanaritamartins@msn.com; davidlfteixeira@gmail.com; ajmarques.lz@gmail.com; joana.abreu88@gmail.com; eliana_almeida13@hotmail.com; brunamlgd@gmail.com; aimoliv@gmail.com

**Resumo**

O Serviço de Psiquiatria de Viseu, nome pelo qual era conhecido em 1977, foi pioneiro na criação da atividade comunitária na área da Saúde Mental. A desinstitucionalização e a promoção da integração na comunidade dos doentes com doença mental grave eram o principal objetivo desse trabalho.

A ASSOL, Associação de Solidariedade Social de Lafões, foi criada em 1987 com a missão de contribuir para a inclusão social e familiar das pessoas com deficiência ou doença psiquiátrica crónica, geradoras de incapacidade, residentes na região de Lafões. Foi criado um protocolo, que se mantém até à data, com administração de neurolépticos injetáveis de ação prolongada com uma periodicidade mensal e consulta médica sempre que possível ou necessária.

Procurou-se, assim, desinstitucionalizar os doentes do internamento, melhorando a tolerância social e familiar à doença e ao doente mental, envolvendo a família e a comunidade no suporte da doença (acompanhamento, aceitação, formação e motivação).

**Palavras-Chave:** desinstitucionalização, Associação de Solidariedade Social de Lafões (ASSOL), doença mental grave

**Abstract**

The Viseu Psychiatry Service, the name by which it was known in 1977, was a pioneer in the creation of community activity in the area of Mental Health. The deinstitutionalization and promotion of integration in the community of patients with mental illness were the main objectives of this work.

ASSOL, the Lafões Social Solidarity Association, was created in 1987 with the mission of contributing to the social and family inclusion of people with disabilities or chronic psychiatric illness, which generate incapacity, in the region of Lafões. A protocol was created, which remains until today, with administration of injectable neuroleptics on a monthly basis and medical consultation whenever possible or necessary.

Thus, the main goal is looking for deinstitutionalization of inpatients, by improving social and family tolerance of the illness and the mentally ill, involving the family and community in disease supporting the disease (monitoring, protection-socialization, training and motivation).

***

**Introdução**

A análise da história da psiquiatria permite situar dois grandes períodos: o período da psiquiatria nos grandes hospitais (até à década de sessenta do século passado) e o da desinstitucionalização (segunda metade do século XX). Este último assenta em duas filosofias: por um lado, os progressos psicofarmacológicos que criaram a possibilidade de tratar grande parte dos doentes sem necessidade de permanência no hospital; por outro, a contestação da psiquiatrização que esses mesmos avanços produziram ao estenderem os seus efeitos para além do hospital.

Em Portugal, em 1998 foi criado o enquadramento legal para a criação de oportunidades sócio ocupacionais e residenciais que operam no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária (fórum ocupacional, unidade de vida protegida e de vida autónoma) e foram também definidos programas no âmbito do mercado social de emprego e de famílias de acolhimento. Na região de Dão-Lafões, a ASSOL tem contribuído para a reabilitação e reintegração social destes doentes.

**Discussão**

A população com doença mental é um dos grupos sociais que há mais tempo e, de forma mais severa, tem vindo a ser segregada da sociedade nomeadamente pela marginalização com isolamento em manicómios ou hospícios. E, na verdade, a institucionalização foi, durante muitas décadas, a única forma de controlo sobre a doença mental.

Antes do final do séc. XVIII, a psiquiatria não existia como uma área fundamental da medicina. Durante a idade média e até meados do século XVIII a maioria dos doentes mentais vivia junto da família, tipicamente fechados num estábulo ou jaula, negligenciados e sujeitos a tratamentos cruéis, ou caso perturbassem muito o ambiente, eram presos ou hospitalizados onde eram mantidos longe da sociedade em geral.

Foi com a chegada do racionalismo dos finais do séc. XVIII e inícios do séc. XIX que se começaram a categorizar as doenças mentais e a entende-las como problemas físicos equivalentes a qualquer outra doença biológica.

No final do séc. XIX deu-se então a criação dos grandes hospitais psiquiátricos o que traduziu uma grande mudança no entendimento da *loucura*, quer em termos científicos, como doença mental, quer em termos sociais, com a necessidade de criarem locais apropriados para o seu tratamento. É a partir deste período que se confere à *loucura* o estatuto de doença e à medicina a função de a tratar.

Os hospitais psiquiátricos surgem simultaneamente com as primeiras classificações das doenças mentais e o reconhecimento científico da psiquiatria enquanto ciência médica. Os hospitais psiquiátricos substituíram o controlo repressivo e moral, característico dos asilos, pelo tratamento médico.

Até meados do Séc. XX, a institucionalização prolongada nos Hospitais Psiquiátricos era um destino inevitável dos doentes mentais. Estes hospitais funcionavam como instituições totais, sendo estruturas de afastamento social ou de guarda, que assumiam a inteira responsabilidade dos cuidados a estes doentes.

O fim dos anos 50, início dos anos 60 marcaram o início de uma transição massiva daqueles com doença mental grave para a comunidade. Os primeiros antipsicóticos foram descobertos, acidentalmente, nos anos 50 e são fruto de estudos realizados no âmbito da anestesiologia. O desenvolvimento da psicofarmacologia, com o uso de antipsicóticos efetivos, primeiro com a cloropromazina em 1952, de seguida com o haloperidol em 1958 e mais tarde com os Neurolépticos de Ação Prolongada (NAP), reforçaram o apoio à reinserção social dos doentes, revolucionando as atitudes perante

a doença mental. Desta forma, começou a dispor-se de meios de atuação com maior eficácia, que ajudavam não só no controlo dos sintomas da doença, como também na diminuição das incapacidades, frequentemente apresentadas pelos doentes com psicoses. Ao mesmo tempo, as possibilidades de assegurar a manutenção destes doentes na comunidade e de promover a sua integração social e profissional aumentaram significativamente. Ainda se verificam um conjunto de efeitos secundários não desvalorizáveis, associados aos fármacos antipsicóticos, como por exemplo o parkinsonismo. Entretanto, novos medicamentos foram surgindo com o intuito de aumentar os efeitos desejáveis e diminuir os indesejáveis.

Na segunda metade do século XX, assiste-se nos EUA e na Europa, aos movimentos de desinstitucionalização que tentaram a implementação de filosofias de intervenção comunitária.

A orientação da assistência psiquiátrica, defendendo que os locais de tratamento deveriam ser fixos e concentrados ao nível do internamento hospitalar, foi progressivamente sendo substituída pelos princípios da psiquiatria comunitária, que defende a saída das equipas de profissionais de saúde dos hospitais psiquiátricos para a comunidade.

Esta tendência apareceu inicialmente nos EUA, na Inglaterra e em França, nos anos 50, dando lugar à implementação de estruturas assistenciais de base comunitária que contrariavam a conceção do hospital como estrutura adequada para esta população.

Este redireccionamento da psiquiatria resultava de vários fatores, nomeadamente dos progressos dos psicofármacos que criaram a possibilidade de tratar grande parte dos doentes sem necessidade de permanência no hospital. A fase '*louca*' da doença mental passou a ser controlável quase desde o momento em que o doente chegava à urgência do hospital e a medicação permitia que em poucas semanas pudesse regressar à vida extra-hospitalar. Foi o período de sucesso da psiquiatria comunitária em que, paralelamente, foram desenvolvidas correntes psicoterapêuticas que se propunham "libertar" a loucura do "colete químico" e conseguir a reabilitação/reintegração social do doente através de técnicas psicoterapêuticas.

Foi nesta época de acesos debates por toda a Europa que também em Portugal, a partir da revolução de abril de 1974, que se veio a fazer sentir a necessidade de evitar a segregação e marginalização do doente, procurando que ele fosse tratado sem o afastar e desintegrar (ainda mais) da família, do emprego, do grupo e da comunidade a que pertence. Surgiram as primeiras tentativas sérias de instituir serviços domiciliários e de apoio desinstitucionalizado.

Em Portugal a tendência até aos anos 70 era a concentração de serviços nas grandes cidades: Lisboa, Coimbra e Porto. A descentralização dos serviços englobava mais vincadamente a ideia dos serviços regionais de cuidados médicos, incluindo os psiquiátricos. A partir de 1984 acentua-se a ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários, levando a uma maior consciência do problema por parte dos centros de saúde locais.

No caso específico do distrito de Viseu, com uma área de cerca de 5.007 km$^2$, é limitado a norte pelos distritos do Porto, Vila Real e Bragança, a oeste pelo distrito de Aveiro, a este pelo distrito da Guarda e a sul pelo de Coimbra. Segundo o censo realizado em 2021 tem uma população de cerca de 351.592 habitantes (INE, 2021).

A desinstitucionalização na região de Viseu começou no final dos anos 70 com os serviços de apoio domiciliário, que consistiam na deslocação de enfermeiros a casa dos doentes para lhes serem administrados os neurolépticos de ação prolongada. Sendo Viseu um distrito onde a institucionalização em massa não ocorrera, tornou-se possível surgirem, mais facilmente, estas novas formas de desinstitucionalização com vista à integração social. Algumas das razões do desenvolvimento deste tipo de serviços em

Viseu, poderão dever-se ao ambiente rural circundante que parece facilitar a integração destes doentes nas comunidades e, também, devido a uma maior necessidade dos serviços originada pela falta de recursos humanos, financeiros e de infraestruturas no interior do país.
Em 1977 inicia-se o Serviço Comunitário do Centro de Saúde Mental de Viseu, então chamado de *"Brigadas do Anatensol Decanoato*", pioneiro a nível nacional.
O Dr. Carvalho Homem, o então diretor do Centro de Saúde Mental de Viseu, ao ver frequentemente doentes readmitidos por descompensação clínica decorrente do abandono das terapêuticas e doentes que progressivamente se mostravam mais deteriorados decidiu, com o apoio do Senhor Enfermeiro Prazeres e da Técnica Superior de Serviço Social Dr.ª Dulce Pacheco, começar a visitar alguns doentes no domicilio e avaliar socialmente a sua situação no local, fornecendo-lhes medicação de ação prolongada - Anatensol Decanoato.
Após a integração, em 1992, dos Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, é criado o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) no Centro Hospitalar de Tondela-Viseu (CHTV), pelo Dr. Fidalgo de Freitas. Houve uma clara escolha, em termos de políticas de saúde, da desinstitucionalização da doença mental e a promoção da sua integração na comunidade. Hoje em dia, face à falta de investimento e à necessidade de reorganização dos serviços, temos vindo a observar uma progressiva orientação para a comunidade com o gradual encerramento de hospitais psiquiátricos e a redução do número de camas nos serviços de "agudos".
O Programa Nacional de Saúde Mental (2017) assenta no pressuposto de que se deve descentralizar os cuidados na área da saúde mental, lutando por uma maior ligação à sociedade civil e aos cuidados de saúde primários (CSP). Contudo, ainda pouco tem sido feito para que esta seja a realidade em todo o país. Uma das razões prende-se naturalmente com a escassez de recursos humanos, pois falta autonomia aos serviços para poderem contratar e, não se pode apostar na intervenção na comunidade sem se ter os recursos necessários.
A Associação de Solidariedade Social de Lafões (ASSOL) foi fundada a 22 de março de 1987, por iniciativa de um grupo organizado na ACROF (Associação Cultural e Recreativa de Oliveira de Frades) com a missão de contribuir para a inclusão social e familiar das pessoas com deficiência ou doença psiquiátrica crónica, geradoras de incapacidade, residentes na região de Lafões. Em 1986, aquele grupo de pessoas, com diferentes formações profissionais, inspiradas por outras experiências e já conhecedoras de algumas situações sociais graves de pessoas com deficiência, decidiram fazer um levantamento, neste concelho, das pessoas com deficiências e das suas reais condições de vida. Assumindo-se como uma plataforma logística que procura estabelecer pontes de modo que as pessoas apoiadas possam aceder a serviços e espaços onde não chegariam sem o seu apoio, a ASSOL pretendia e pretende ser um instrumento que facilite a resposta da comunidade às necessidades encontradas. O apoio atribuído a cada pessoa deve ser orientado para que a mesma possa utilizar os recursos da comunidade de forma mais autónoma e menos dependente de apoios institucionais

Os seus principais centros encontram-se localizados em Oliveira de Frades e São Pedro do Sul e tem vindo a expandir-se, alargando o apoio a mais pessoas com deficiência e doença mental. Atualmente, está presente em várias outras localidades através de divulgação do seu trabalho e da colaboração com diversas entidades, bem como, com a criação de gabinetes de apoio a programas de inclusão na comunidade. Em 2015 prestava apoio a mais de mil e duzentas pessoas, tendo este número vindo a aumentar todos os anos desde a sua fundação.
Os principais objetivos consistem na utilização de estágios em empresas para realização da formação tecnológica prática dos cursos de formação profissional, na colocação de

pessoas adultas com deficiência em famílias de acolhimento e na realização de experiências sócio profissionais em ambientes naturais de trabalho por pessoas com deficiências graves e pessoas com doença mental crónica.
Em 1991, foram criados o Projeto Integrado e o Centro de Atividades Ocupacionais; em 1992 deu-se a abertura do primeiro Centro de São Pedro do Sul. No ano de 1993 iniciou-se o apoio no domicílio; em 1995 o lar de Apoio; em 1997 foram organizadas as primeiras famílias de acolhimento; em 1999 iniciou-se o Fórum Sócio Ocupacional; em 2002 foram inauguradas as novas instalações em São Pedro do Sul e em 2007 entrou em funcionamento a Intervenção Precoce.
Antes da existência da ASSOL, pessoas portadoras de doença mental ou deficiência, na região de Lafões, Viseu, não tinham acesso a apoio médico e psicossocial regular. Os hospitais afastados geograficamente, apenas se responsabilizavam por alguns casos graves com necessidade de internamento, sendo que, alguns dos internamentos tinham origem em processos judiciais, os quais eram dirigidos ao Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, em Coimbra.
A finalidade do protocolo entre o DPSM e a ASSOL consistiu no tratamento e reabilitação de doentes de evolução prolongada (na sua maioria doentes com psicoses), com o objetivo de: limitar a invalidez ou cronicidade ocasionada pela doença mental, reabilitar o doente e, evitar, na medida do possível, o internamento e, quando este se torna imprescindível, reduzir ao mínimo a sua duração. Este protocolo permite a inclusão dos doentes em atividades de apoio básico, reabilitação e reinserção social, apoiar em situações de crise com consultas ou internamentos em tempo útil, providenciar internamentos "sociais" para descanso dos familiares ou outros cuidadores, monitorizar as faltas não justificáveis à visita da equipa ou às consultas programadas, entre outras.
Assim, a equipa procura desinstitucionalizar os doentes do internamento, melhorando a tolerância social e familiar à doença e ao doente mental, envolvendo a família/prestador de cuidados e a comunidade no suporte da doença (acompanhamento, aceitação, formação e motivação).
A prestação de apoios psiquiátricos, ainda é efetuada em meio hospitalar. Na verdade, as visitas fornecidas pelo hospital têm sido, ao longo do tempo, menos frequentes nas regiões apoiadas por esta associação, devido, em parte, à preferência da ASSOL por deslocar os doentes ao hospital para que estes tenham interações normais e deslocações regulares, potenciando as suas capacidades através da interação com a realidade social circundante. Tendo em conta a desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal com a reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu, as visitas domiciliárias ou a centros de apoio, poderiam contribuir ainda mais para o isolamento das pessoas apoiadas.
O principal princípio orientador da ASSOL, assenta no auxílio ao indivíduo doente e marginalizado, quer seja portador de deficiência ou de doença mental, e para o qual a existência de um apoio personalizado se afigura de extrema importância.
Apenas recentemente é que a ASSOL está a tentar ser integrada no Serviço Nacional de Saúde, tentando usufruir do Orçamento de Estado para melhor responder às solicitações da população que abrange. Até agora, esta associação tem estado dependente das famílias dos utentes assim como de doações e apoios locais e através de financiamento de outras organizações, algumas delas estatais, devido a protocolos estabelecidos com as mesmas.
A região Dão-Lafões aparenta ser a região com mais história de desinstitucionalização, sendo pelo menos uma das regiões mais antigas a desenvolver este processo na forma de apoio social e comunitário. O apoio social demonstra ser a maior força que, com a ajuda da medicação, impulsiona o sucesso da desinstitucionalização.

**Conclusão**

A integração dos cuidados psiquiátricos na comunidade é um contributo importante para a "desestigmatização" da psiquiatria e dos doentes psiquiátricos. O profissional de saúde mental que disponibiliza os apoios assume o papel de uma *bengala* que ajuda a pessoa a fazer o seu caminho, mas não decide qual é o caminho.

O serviço de psiquiatria do CHTV teve um papel pioneiro na implementação dessa estratégia, que, presentemente, é tão amplamente reconhecida e replicada. Em conjunto com parceiros de extrema importância na comunidade, tal como a ASSOL, o caminho continuará no trilho da desestigmatização, reabilitação e integração na comunidade das pessoas portadoras de deficiência ou de doença mental grave crónica. O objetivo da ASSOL é dotar a região de Lafões de uma rede de apoios a estas pessoas, que potencie a sua integração sociofamiliar, que permita o recurso aos serviços apenas quando necessário e que esses apoios possam ser tão flexíveis quanto as necessidades de cada pessoa.

**Fontes e bibliografia final**

1.Alves, F. e Silva, L.F. (2004). *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão.* Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde;

2.ASSOL - Associação de Solidariedade Social de Lafões. Acedido a 2 de dezembro de 2021, em https://assol.pt/;

3.Bastos, H., Polido, F. e Saraiva, C.B. (2017). *História da Psiquiatria In* Saraiva, C.B. e Cerejeira, J. (coord), *Psiquiatria Fundamental* (1-16). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-071-6;

4.Carvalho, J.A.G.B. (2018). *A Desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal: Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu.* Dissertação de Mestrado em Antropologia. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Portugal;

5.Freitas, J. J. Fidalgo; Silva, J. H. e Gil, N. (2016). *Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.* In Pedro Cintra e Nuno Pessoa Gil (coord), *História dos serviços de saúde mental.* vol 1. Norte e Centro (347-365). Lisboa: Edições Parsifal. ISBN 978-989-8760-30-2;

6.Pereira, J.M.M. (2015) *A Psiquiatria em Portugal: protagonistas e história conceptual (1884 - 1924).* Tese de doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Portugal;

7.Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Programa Nacional Para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

# FOUCAULT, A HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL

**Odete Nombora[1,2], Pedro Felgueiras[1,2], Ângela Venâncio[1,3]**
[1]Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
[2]Médico interno de Formação Específica em Psiquiatria
[3]Médica Psiquiatra, Assistente Hospitalar Graduada
Emails:Odete Nombora: odete.nombora@gmail.com;
Pedro Felgueiras: pedro.felgueiras@live.com.pt;
Ângela Venâncio: angela.venancio@chvng.min-saude.pt

**Resumo**
A obra História da Loucura na Idade Clássica, do filósofo Michel Foucault, marcou o início de uma reforma psiquiátrica enquanto processo social complexo.
Segundo este autor, os cuidados psiquiátricos à época edificavam-se sob uma perspetiva da loucura como domínio da razão sobre a desrazão, estabelecendo a razão como norma e subjugando o louco ao princípio do isolamento asilar para o estabelecimento da ordem social.
Através da sua reflexão, Foucault propôs uma abordagem mais digna e com procedimentos terapêuticos mais adequados para a doença mental, enquadrando-a num contexto social, cultural e judicial. A sua perspetiva teve assim um importante contributo na projeção de políticas de reabilitação psicossocial e na luta anti-manicomial.
Com o presente artigo pretende-se efetuar uma abordagem histórica do contributo de Foucault na definição da loucura, com ênfase no seu constructo social e impacto na reforma psiquiátrica em Portugal.

**Palavras-chave**: Foucault, história da loucura, reforma psiquiátrica, loucura, Portugal

**Abstract**
The book History of Madness in the Classical Age, by the philosopher Michel Foucault, marked the beginning of a psychiatric reform as a complex social process.
According to this author, psychiatric care at the time was built from a perspective of madness as the domain of reason over unreason, establishing reason as the norm and subjugating the insane to the principle of asylum isolation for the establishment of social order.
Through his reflection, Foucault proposed a more dignified approach with more adequate therapeutic procedures for mental illness, placing it in a social, cultural and judicial context. His perspective thus had an important contribution to the design of psychosocial rehabilitation policies and the anti-asylum struggle.
The present article intends to carry out a historical approach to Foucault's contribution to the history of madness, with an emphasis on its social construct and impact on psychiatric reform in Portugal.

***

## Introdução

O início do século XX ficou marcado pelo regresso da loucura à sociedade[1]. Influenciados pelos pensamentos de autores como Michel Foucault, nos Estados Unidos da América e na Europa verificou-se a tentativa de implementação de filosofias

de intervenção comunitária, defendendo procedimentos terapêuticos mais dignos e adequados à pessoa com doença mental. Este movimento foi o percursor da desinstitucionalização[1].
Com a sua obra "História da loucura na Idade Clássica", Foucault investigou a evolução das diferentes formas de perceção da loucura e questionou o "Poder Psiquiátrico"[2]. Este estabelecia a razão como norma, subjugando o louco ao princípio do isolamento asilar para estabelecimento da ordem social[3,4]. A sua perspetiva teve um importante contributo na luta anti-manicomial e projeção de políticas de reabilitação psicossocial[2].
Com o presente artigo pretende-se efetuar uma abordagem histórica do contributo de Foucault na história da loucura, com ênfase no seu constructo social e impacto na reforma psiquiátrica em Portugal.

**A História da Loucura na Idade Clássica**

A obra "*História da Loucura na Idade Clássica"*, do filósofo francês Michel Foucault, publicada em 1961, tornou-se uma das referências mais decisivas para as ciências humanas e especialmente para o campo da saúde mental no século XX.[2]
Através de uma análise histórico-filosófica, Foucault faz uma investigação das diferentes formas de perceção da loucura no período compreendido entre a época do Renascimento e a era moderna, analisando como se chega à classificação da loucura como doença mental.[3]
Com a sua obra, Foucault demonstra que antes do início do século XVII a loucura tinha outra conotação social, sendo personificada em personagens das mais diversas áreas, desde a mitologia, a arte, a religião[2,5]. A loucura era contemplada com medo e fascínio simultaneamente, mas ainda não se lhe era associada qualquer culpa moral[2].
Os capítulos 2 e 13 da obra *"História da Loucura na Idade Clássica"*, foram os que tiveram maior impacto para o campo da saúde mental, nomeadamente: *"A Grande Internação"* - capítulo 2; *"O Nascimento do Asilo"* - capítulo 13[2].

**"A Grande Internação" (Enclausuramento)**

> *"A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força." [Foucault, M. (1972), A História da Loucura na Idade Clássica, pag.52]*

No século XVII surge a necessidade imperativa de manter a ordem pública, precipitando uma forma de exclusão da loucura, movimento que Foucault designou por "Grande Enclausuramento"[6,7]. A solução para eliminar a desordem, impor a ordem pública e restabelecer o bom funcionamento da sociedade passava pelo enclausuramento dos indivíduos loucos[5,6,7]. Na época clássica não subjazia a associação da loucura com a doença, mas a relação que a sociedade mantinha com a conduta dos indivíduos.[2]

**"O Nascimento do Asilo"**

> *"As imagens são conhecidas. São familiares a todas as histórias da psiquiatria, onde têm por função ilustrar essa era feliz em que a loucura é enfim reconhecida e tratada segundo uma verdade que não tinha sido enxergada durante tanto tempo." [Foucault, M. (1972), A História da Loucura na Idade Clássica, pag.505]*

O nascimento do alienismo pineliano surge posteriormente como fator determinante para o fim do Grande Enclausuramento[6]. Inaugura-se uma nova forma de relação com

a loucura, emergindo um saber candidato a ciência denominado alienismo ou medicina mental.[2,5]

Neste âmbito, Pinel estabeleceu uma diferenciação entre loucura enquanto conceito social e cultural, e alienação mental traduzindo um conceito médico de doença mental[2,4]. A mudança terminológica de louco para alienado constituiu à data uma rutura com as conotações prévias da loucura.[2,4] O alienado passou a ser considerado um indivíduo estranho para si próprio, mas que conserva um núcleo de razão e humanidade, determinando-se um possível tratamento com base moral.[8]

O indivíduo alienado, perdendo a razão, deveria ser isolado no asilo por forma a recuperar a sua razão e eliminar a sua loucura[2]. Assim, nesta época o asilo passou a constituir a forma de hospital psiquiátrico, numa tentativa de criar condições para transformar o modelo médico-filosófico do alienismo numa prática psiquiátrica[2,4]. Para Foucault, tratavam-se de clínicas da loucura em que o isolamento terapêutico se combinava com o tratamento moral, considerando que o alienista ao pensar que estaria na descoberta da verdade sobre a doença mental estava sim a produzir essa mesma verdade[2,4,6]. Para o autor, estes funcionavam como instrumento de controlo da vontade por via da submissão, luta e dominação, tendo como princípios orientadores o exílio, a disciplina e a segregação do doente[2,4]. Esta reflexão sobre a "produção" da doença mental no contexto asilar, pelo médico alienista, teve o seu corolário na constatação de Foucault de que a psiquiatria, que se regia por este modelo, estaria em crise desde a sua conceção enquanto ciência biomédica.[2]

Esta obra permitiu uma resistência ao *status quo* representado à época como uma loucura enquanto doença mental que restringe o louco à medicina e à instituição psiquiátrica.[2] A desconstrução do conceito de loucura restaurou a possibilidade de inserir a doença psiquiátrica num constructo que se estende para além da Psiquiatria, comportando questões éticas, políticas, sociais[4]. O ideal de reparação da desordem e da dominação do corpo do alienado deu lugar à subjetividade da experiência do doente com doença mental e permitiu vislumbrar uma Psiquiatria baseada na humanização dos cuidados e na reconciliação da sociedade com a condição do louco.[2] Assim, Foucault destaca não só a importância da reforma psiquiátrica na sua vertente técnico-científica, mas igualmente do seu modelo de intervenção enquanto processo social complexo.[7]

Em suma, esta obra do autor Michel Foucault determinou um percurso que visou uma reforma psiquiátrica profunda, concretizada com a rutura com o modelo da alienação e do princípio do isolamento, com o tratamento moral que se baseava na pedagogia da ordem social e da normalização dos seus indivíduos.[2] Resume-se esta jornada após a obra como uma um incentivo à desinstitucionalização, promovendo a participação de atores sociais, políticos e demais na superação da doença mental.[2,9]

**A História da Loucura em Portugal**

Citando Alves e Silva (2004), "em Portugal, a "história da loucura" que se pode fazer, é semelhante à do resto da Europa". Em meados do século XIX começaram a surgir os "grandes hospitais psiquiátricos" portugueses[9]. A sua organização tinha subjacente uma conceção dualista da doença mental, por um lado atribuía-a a causas orgânicas e por outro a causas morais[9]. Segundo se documenta, a problemática da institucionalização da loucura em Portugal foi-se arrastando pelo menos desde 1841[10]. Nesta data foram efetuadas diligências no sentido de transferir os alienados para o Hospital de Rilhafoles, construído em 1848. Seguindo o modelo vigente na Europa, particularmente do sistema inglês, foi proposta a construção de dois hospitais para curáveis, em Lisboa e no Porto, bem como um asilo para incuráveis no centro do país[10]. Devido a um contexto de "crise financeira e política" tais projetos não se vieram a concretizar[10]. O Hospital Conde Ferreira surge em 1883 como o primeiro hospital português que é criado

exclusivamente para receber "alienados"[9]. Este foi inicialmente dirigido por António Maria de Sena, que identificou a necessidade de alargar a rede manicomial em Portugal[9]. Para o efeito, Sena elaborou um projeto de organização dos serviços de alienados, no qual foi baseada a primeira lei referente aos alienados, promulgada em 1889, conhecida como Lei de António Maria de Sena[9]. Esta lei preconizava a necessidade de construção de mais quatro hospitais psiquiátricos e de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões; obrigatoriedade de exame médico em situações de crime com suspeita de que o autor padecesse de doença mental; criação de um fundo de beneficência pública com receitas destinadas à construção e manutenção desta rede assistencial[9,10]. Contudo, os hospitais só foram construídos cerca de 50 anos mais tarde: 1942 - Hospital Júlio de Matos; 1945 - Manicómio de Sena; 1946 - Hospital Sobral Cid; 1953 - Hospital de Magalhães Lemos[9]. A loucura passou então a ter um lugar específico, o internamento, o qual conciliava duas funções sociais: proteger a sociedade do louco e suprimir a sua loucura na expectativa de incluir o indivíduo novamente no mundo da razão[10]. Mais do que um ímpeto clínico ou pedagógico, o valor económico e social da sequestração do louco da sociedade motivou a introdução e manutenção do processo de institucionalização da loucura[10].

**A Grande Reforma da Assistência dos Alienados**

Em 1911 inicia-se a primeira reforma psiquiátrica assistencial, que previa a criação de colónias agrícolas as quais, na prática, só viriam a ser criadas em 1959[9]. Ainda no mesmo ano é criado o ensino oficial de psiquiatria em Lisboa (no Manicómio Bombarda), no Porto (no Hospital Conde Ferreira) e em Coimbra (no Hospital da Universidade de Coimbra) [9].

Este período correspondeu à institucionalização da assistência médica psiquiátrica, acompanhada de avanços científicos ao nível do conhecimento sobre doenças mentais e do seu tratamento[9]. Em 1927, Egas Moniz faz descobertas no campo da angiografia cerebral e em 1935 realiza a primeira leucotomia pré-frontal que lhe permitiu ser galardoado com o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1949[9].

Em 1945 é publicada a Lei n.º 2006 que previa uma abordagem profilática e higienista, com a criação de centros de assistência psiquiátrica, dispensários de higiene mental, mas só em 1959 é que se avançou com um plano de restruturação dos serviços de administração de cuidados na área da Saúde Mental[9].

Em 1958 surge o Decreto-lei n.º 41759/58 que previa a criação de serviços específicos, para doentes "agudos" e para "crónicos", e ainda de serviços de consultas para doentes externos (que nunca viriam a ser criados)[9]. É criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), responsável pelo enquadramento dos estabelecimentos e serviços oficiais**,** pela ação profilática, terapêutica e pedagógica no domínio das doenças e anomalias mentais e ainda pela orientação e fiscalização das iniciativas particulares[9].

**A Reforma Psiquiátrica**

Na segunda metade do século XX assistiu-se aos movimentos de desinstitucionalização e implementação de filosofias de intervenção comunitária, numa época em que os hospitais psiquiátricos eram vistos como uma solução para a loucura, embora este modelo de tratamento fosse desde cedo alvo de críticas[1,9]. Esses movimentos eram evidentes nos EUA e em vários países da Europa[1].

A necessidade de implementação de filosofias de intervenção comunitária surge como principal impulsionador da reforma psiquiátrica[1]. Esta é entendida como um processo complexo traduzido por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com o doente mental[1,5,9]. Um dos principais desafios que a reforma coloca é a necessidade de uma mudança nas práticas sociais, sob uma nova perspetiva

relativamente ao portador de doença mental, que vai desde transformações institucionais e no saber médico-psiquiátrico até às práticas sociais [1,5]. No entanto, é fundamental fazer a distinção entre uma reforma psiquiátrica de caráter meramente técnico-assistencial e uma reforma psiquiátrica enquanto um processo social complexo, que envolve a transformação cultural das formas de relação com a saúde e a loucura[2].

## O Contributo da *"História da Loucura na Idade Clássica"* para a Reforma Psiquiátrica

A obra de Michel Foucault, em particular *"História da Loucura na Idade Clássica"*, tornou-se uma ferramenta importante para que a Reforma Psiquiátrica fosse um processo social direcionado para intervenções de dimensão comunitária[1,2]. Após a sua publicação, foi possível identificar determinadas ideologias que orientaram a Reforma Psiquiátrica. Torres (2001) descreve ruturas que se tornaram visíveis após a publicação da obra de Foucault, nomeadamente: a rutura com o modelo de psiquiatria da época e os seus principais conceitos; a rutura com o princípio do isolamento asilar como forma de tratamento, instrumento de conhecimento e de manutenção da ordem pública[2]. Foram estes aspetos que impulsionaram a necessidade de mudança e reformulação da assistência que era oferecida aos "alienados".

## A Reforma Psiquiátrica em Portugal

Em Portugal, a reforma psiquiátrica iniciou-se oficialmente na década de 1960, com ênfase na promoção da saúde mental e na integração do cuidado ao doente psiquiátrico na comunidade[1,9]. Os hospitais psiquiátricos, até então centralizadores, começaram a ser questionados e influenciados pelas ideologias de Goffman e de Foucault, entre outros, que defendiam a liberdade e os direitos dos doentes, e melhores tratamentos[1]. As tentativas de reforma dos cuidados psiquiátricos em Portugal ocorreram durante um período histórico marcado por mobilizações sociais e políticas com consequências para a sociedade e para o campo da saúde em geral[1]. A reforma foi marcada por um processo descontínuo que tinha o hospital como referência de tratamento[9,11]. Este período passou por quatro fases, nomeadamente, a sectorização (décadas de 60 e 70), a integração nos cuidados primários (década de 80), a integração hospitalar (década de 90) e a reforma do serviço (final da década de 90)[9,11].

## A Sectorização da Psiquiatria (décadas de 60 e 70)

A primeira Lei de Saúde Mental, Lei 2.118, aprovada em 3 de abril de 1963, define uma forma de organização assistencial fundada a partir dos princípios da psiquiatria de setor, fazendo de Portugal um dos países pioneiros nessa nova perspetiva[11]. Esta lei previa os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos, a criação dos setores de serviços psiquiátricos e de Centros de Saúde Mental (CSM), tendo como objetivo a desinstitucionalização e a integração das pessoas com doença mental na comunidade[1,9]. A proposta seria então a de incluir a comunidade em iniciativas importantes na integração social da pessoa com doença mental[1,9,11]. Começava-se então a considerar a promoção da saúde mental, com ênfase nas ações preventivas de caráter individual ou coletivo, diminuindo ao máximo a segregação e o isolamento do doente mental, assim como a responsabilidade do hospital pelo tratamento[1,9]. O convívio social passou a ser considerado como relevante para a recuperação da pessoa com doença mental[1]. No entanto, em Portugal constatou-se que a Lei da Saúde Mental teve pouca repercussão, mobilizou poucos profissionais e o tratamento continuava centrado na hospitalização psiquiátrica[1].

Em 1971 surge o decreto Lei n.º 413 que tenta aproximar a política de saúde mental às correntes europeias, definindo a articulação dos serviços de saúde mental com outros

serviços de saúde e a integração da Direção Geral de Serviços de Saúde Mental na Direção Geral de Saúde[9]. Com a revolução de Abril de 1974, a sua aplicação ficou comprometida, principalmente em relação à integração nos cuidados de saúde primários[9].

**A Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários (década de 80)**
A partir de 1984 o foco é colocado na ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários - criação de algumas valências de saúde mental em alguns centros de saúde, através do decreto-lei n.º 74 de 1984 [1,9,11]. Este é um período em que sucessivas legislações novamente definem a aproximação da psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e integração dos cuidados[1,9]. Define-se a criação de uma rede de serviços comunitários, a reestruturação e expansão dos CSM distritais, a criação de unidades de psiquiatria nos hospitais gerais, a implementação de programas de reabilitação e de desinstitucionalização de doentes crónicos e o estabelecimento de cooperação com instituições privadas [1,9,11]. Contudo, nenhuma dessas ações chegou a ser efetivada na realidade e apesar das incessantes defesas da reorganização do modelo de atendimento, não terá existido nenhuma mudança na prática[11].

**A Integração Hospitalar (década de 90)**
Apesar de todos os decretos-Lei criados, apenas no ano de 1992, através do decreto-Lei n.º 127 de 03 de julho, se concretizou a articulação da saúde mental nos serviços de saúde. Apostou-se na integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde[1,9]. Este decreto encerrou os CSM, integrou o serviço de saúde mental nos hospitais gerais, com a criação de departamentos e urgências psiquiátricas[1,9]. Mantiveram-se como hospitais centrais especializados alguns dos existentes e que tinham sido intitulados Centros de Saúde Mental[9].
Por exemplo, o Centro de Saúde Mental Ocidental do Porto – CSMOP, passa a Hospital Central Especializado, com a designação de Hospital de Magalhães Lemos que era a sua designação antes de 1976 (ano em que passou a CSMOP)[9]. O mesmo aconteceu com o Hospital do Conde de Ferreira, o Hospital Sobral Cid e o Hospital Miguel Bombarda[9]. Esta medida integrou os cuidados de saúde mental no sistema geral dos cuidados de saúde, mas não nos cuidados primários como a legislação anterior definia[9].
Mesmo após o início da reforma, os hospitais psiquiátricos continuaram a ser a principal forma de tratamento da pessoa com transtorno mental em Portugal[1,9,11]. Então, percebe-se que a proposta de reforma psiquiátrica em Portugal não contempla a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas antes a descentralização dos cuidados no hospital [1,11].

**A Reforma do Serviço (final da década de 90)**
A Reforma do Serviço inicia-se com a publicação da nova Lei de Saúde Mental, a 24 de julho de Lei n. 36/98, que estabelece os princípios e diretrizes gerais para as ações em saúde mental, regulamenta as formas de internamento compulsivo, centrando os cuidados prestados na comunidade[1,9,11]. Previa-se uma reestruturação da hospitalização psiquiátrica, segundo a qual os doentes agudos seriam encaminhados para os hospitais gerais e depois seriam reintegrados na comunidade[1,9].
No mesmo ano, por despacho conjunto do Ministério do Trabalho e Solidariedade e pelo Ministério da Saúde nº407/98 de 18 de Junho, IIª Série, foi criado o enquadramento legal para a criação de dispositivos socio-ocupacionais e residenciais que operem no âmbito da desinstitucionalização e da reinserção comunitária, tais como: fórum ocupacional, unidade de vida protegida e unidade de vida autónoma[9]. Foram também definidos na Portaria 348-A de 18 de Junho de 1998, programas no âmbito do

mercado laboral, em designadas empresas de inserção e também foi atualizada a medida de famílias de acolhimento[9].

Na tentativa de implementar as propostas decretadas, em 2006 foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), pelo Despacho nº 11.411, de 26 de abril de 2006. O seu objetivo era realizar um mapeamento da situação dos dispositivos de saúde mental a nível nacional, propondo um plano de ação e de recomendações para a implementação real da reforma psiquiátrica[9,11]. Como resultado da Comissão, em 2007 foi publicado o documento *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental de Portugal - Plano de Ação 2007-2016*, que foi aprovado. Em 2008 nasce o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, revisto e atualizado em 2012 [9,11]. Várias Leis foram criadas, contudo as conexões que se pretendiam não produziram a tão almejada descentralização, não se verificando uma disseminação ampla desta ideia entre os profissionais, familiares e utentes [9,11].

**Conclusões**

Através da obra *"História da Loucura na Idade Clássica"*, Michel Foucault permitiu perspetivar um lugar social do "louco" e da "loucura", que não se restringia à Medicina e que inclui a construção de um contexto jurídico, social e cultural.

Diferente de muitos outros países, o impacto da obra de Foucault para a Reforma Psiquiátrica em Portugal foi pouco significativo. Esta fez-se praticamente através de alterações legislativas e de projetos de reorganização dos serviços, cuja execução ficou aquém do esperado. Foi ocorrendo lentamente, sem integração de novas estruturas comunitárias de apoio, o que provocou inúmeros retrocessos e colocou os utentes e seus familiares em condições de vulnerabilidade, numa procura por estratégias para enfrentar a sobrecarga do cuidado. Esta insuficiência de dispositivos de caráter comunitário, torna desafiador o plano da desinstitucionalização. Assim, será que podemos falar de uma verdadeira Reforma Psiquiátrica em Portugal? Ou estamos perante uma idealização que permanece na legislação?

**Referências Bibliográficas**

1.Filho, A. J. A. et al (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. Revista de Enfermagem de Referência, Série IV - n.° 4 - jan./fev./mar. 2015, pp.117-125

2.Torre, E. H. G. & Amarante, P.(2001). Michel Foucault E A "História Da Loucura": 50 Anos Transformando A História Da Psiquiatria. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 41-64

3.Ferreira T. (2017). Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Portugal.

4.Figueiredo, M. L. de R.(2014). Entre Loucos E Manicômios: História Da Loucura E A Reforma Psiquiátrica No Brasil. Cadernos de Graduação. Ciências humanas e sociais | Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136

5.Serafim, R et tal (2017). Representações Sociais da Reforma Psiquiátrica e Doença Mental em Universitários Brasileiros. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Psicologia, Saúde & Doenças, 18(1), 221-233 ISSN - 2182-8407.

6.Foucault, M. (1972). História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva.

Menezes M. (2014). Movimento de Enclausuramento: o Hospital Geral como dispositivo para a Esconjuração e o Confinamento dos Riscos Sociais. Gestão e Desenvolvimento, 22, 219-312.

7.Pinel P. (2011). Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental. Bruno Barreiros (Trad). Lisboa: Edições Colibri.

8.Alves, F. & Silva, L. F. (2004). Psiquiatria e Comunidade: elementos de reflexão. Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas. Reflexividade e Ação – Atelier Saúde, Braga, Associação Portuguesa de Sociologia.
9.Pereira AL. (1986). A Institucionalização da Loucura em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº 21, 85-100.
10.Passos, R. G. & Portugal, S.(2015): Breve Balanço Da Política De Saúde Mental: Análise Comparativa Brasil E Portugal A Partir Da Experiência Das Residências Terapêuticas. R. Pol. Públ., São Luís, v. 19, n. 1, p. 91-102.

# REMBRANDT DO OUTRO LADO DO ESPELHO – A EMOÇÃO NOS SEUS AUTO-RETRATOS

**Ana Sofia Morais**
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta
Médico interno de Formação Específica em Psiquiatria
Email: sophia.morais@gmail.com

**Resumo**
Tomando a liberdade de citar Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606 - 1669), "A vida grava-se nos nossos rostos à medida que envelhecemos, mostrando nossa violência, excessos ou bondade". Ao longo de quatro décadas de actividade artística tão profícua quanto reputada, o pintor barroco holandês pintou cerca de 40 auto-retratos (tendo ainda elaborado 31 gravuras). A sua capacidade excepcional de retratar as pessoas nos seus vários estados de espírito, num realismo intransigente com traços faciais marcados e com posturas teatrais, num dramatismo da luz e sombra, é também notória nos auto-retratos que fazia frente a um espelho. Destacam-se algumas obras de um registo intimista e expressivo da cronologia da sua vida - num percurso desde uma juventude promissora e de auto-afirmação, uma carreira abastada, até à queda em desgraça e dificuldades financeiras em fim de vida.

**Palavras-chave:** Rembrandt, auto-retratos, emoção

**Abstract**
Quoting Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606 - 1669), "Life etches itself onto our faces as we grow older, showing our violence, excesses or kindnesses". Over four decades of proficuous artistic activity, the dutch baroque painter did around 40 self-portraits (and 31 etchings). He was known for his exceptional ability to portray various moods, in a strick realism, with marked facial features and theatrical postures, in a drama of light and shadow. This was also evident in his self-portraits, done before a mirror. We selected some works that can illustrate his life chronology - from a promising and self-affirming youth, through a wealthy career, to the financial difficulties in the end of life.

***

## Introdução

A capacidade excepcional de retratar as pessoas nos seus variados estados de espírito é notória nos auto-retratos que Rembrandt fazia frente a um espelho.
Após uma pequena nota biográfica, confere-se mais atenção à grande porção da sua obra na qual o artista aparece representado. Destacam-se ao longo do texto algumas obras de um registo intimista e expressivo da cronologia da sua vida - num percurso desde uma juventude promissora e de auto-afirmação, uma carreira abastada, até à queda em desgraça e dificuldades financeiras em fim de vida.

## 1.Uma Biografia Breve

Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606-1669) nasceu em Leiden na Holanda, sendo o mais novo de 10 filhos. Era filho de Harmen Gerritszoom van Rijnum, um moageiro próspero, e Neeltgen Willemsdochter Zuybrouck, uma jovem católica. A prosperidade

do primeiro permitiu-lhe ter acesso a uma educação privilegiada, a religiosidade da segunda veio a marcar grande parte da temática das suas obras.
Vem a tornar-se um dos mais versáteis e influentes artistas do século XVII – cuja obra incluiu pinturas históricas, retratos e paisagem. [1,2]

## 2.Os retratos, por ele mesmo

De facto, o conceito de auto-retrato veio a surgir muito mais tarde. À época chamar-se-ia retrato de Rembrandt, feito por ele mesmo. Ao longo de quatro décadas de actividade artística tão profícua quanto reputada, o pintor barroco holandês pintou cerca de 40 auto-retratos (tendo ainda elaborado 31 gravuras).
Pintava-se com recurso a um espelho, pelo que a sua imagem parecia invertida, evitando por dificuldade da técnica pintar as próprias mãos. Em 1650s apareceram referências a espelhos maiores por toda a europa, pelo que os retratos finais aparecem a maior distância, 80cm era a altura máxima que tecnicamente era possível fabricar um espelho de vidro. [1,3]
É possível traçar uma cronologia com recurso a estes auto-retratos, num registo biográfico intimista, expressivo e muito detalhado. Na figura 1 apresenta-se um cronograma que ilustra bem e de forma esquemática o envelhecimento do artista.




Figura 1 – Cronograma dos auto-retratos de Rembrandt

### 2.1. Retratos de um jovem promissor

Iniciou os seus estudos na Escola Latina de Leiden, recebendo uma educação clássica como expectável para uma família burguesa numa pequena cidade conservadora à época. Por volta de 1619 inicia-se como aprendiz de pintor, tendo-se mudado em 1624 para o estúdio do seu mestre, Pieter Lastman (1583-1633). [4,5]
Os primeiros auto-retratos, entre 1620 a 1640, aludem a outros artistas como Lucas van Leyden, Rubens, Raphael e Ticiano. Adivinha-se um jovem artista em busca de afirmação, procurando a inspiração nos grandes mestres. [1,2,3]
Com a sua face, tão facilmente acessível, procedeu ao estudo de expressões dramáticas e efeitos de luzes. Vem a usar estes conhecimentos (e por vezes a sua face como referência, facilmente identificável) nas pinturas bíblicas e históricas, que são os produtos iniciais da sua vida em Leiden. Conquanto encarar estas obras apenas como estudos parecer ser limitador – para além duma leitura psicológica (emocional), Chapman introduz a premissa que estes retratos eram actos conscientes de auto-descoberta, numa tentativa de se definir a si como artista e como indivíduo. [3]
H. Perry Chapman é professora na Universidade de Delaware, especialista em arte holandesa do século dezassete, publicou amplamente sobre Rembrandt, Vermeer e Jan

Steen, sobre autorretrato e sobre teoria da arte do século XVII e sobre a biografia destes artistas. O seu livro *Rembrandt's Self-Portraits: A Study in Seventeenth-Century Identity* examina as representações de Rembrandt por si mesmo no contexto das primeiras noções modernas de individualidade. [3] Num artigo mais recente, *Reclaiming the inner Rembrandt: Passion and the early self-portraits*, explora principalmente as obras mais precoces do artista, destacando a atenção que outros críticos de arte que posteriormente têm prestado à interioridade e individualismo que é expresso na obra dos artistas desta época. [6]

Nesta fase da obra de Rembrandt é notória uma influência mais marcada dos artistas locais do que dos ideais socio-económicos ou das correntes artísticas vigentes na Europa. Rembrandt vai adquirindo notoriedade e atraindo compradores para estes auto-retratos, essencialmente burgueses curiosos com as introspecções do jovem artista. [1,3,6]

Os artistas do início do século XVII, particularmente Rembrandt, mostravam a sua preocupação em tornarem visíveis os recessos mais profundos da psique humana, tentando representar os aspectos mais inatingíveis da emoção e do pensamento.

Teóricos de arte contemporâneos ao artista apelam às virtudes da observação naturalista, tudo isto sintomático da evolução ideológica para uma forma menos transcendental para um período de abordagem mais empírica ao conhecimento. Confiando mais na experiência, na observação atenta do mundo natural, usando o self como meio de compreender a natureza humana no global. [1,3]

Karel van Manders (pintor flamengo, poeta e biógrafo; nascido em 1548 em Flandres e falecido em 1606 em Amesterdão) dedica um capítulo às "paixões da alma" (*affecten*, como lhe chama), recomendando uma abordagem intuitiva e naturalista à expressão facial. Discorre sobre várias emoções profundas e descreve pormenorizadamente a sua expressão. A título de exemplo descreve o riso como forma de expressar a "alegria do coração" ou o "puro amor ou desejo" - "com os olhos semicerrados e a boca um pouco aberta, num riso aberto". François du Jon (também conhecido por Franciscus Junius, pioneiro da filosofia germânica e da teoria da arte clássica; nascido em 1591 e falecido em 1677) adoptou uma abordagem naturalista e baseada na experiência para as "paixões" – o artista, segundo ele, "deve estar familiarizado com a natureza do homem (…) deve ser suficiente que ele aprenda por uma observação diária de como as várias paixões e afeições do homem alteram o seu semblante". [1,3]

Numa série de esboços Rembrandt estuda a expressão das emoções no seu próprio rosto, traçados de forma muitas vezes caricatural, sem descurar a meticulosidade e rigor anatómico. Como exemplo apresentam-se 2 esboços na figura 2: o primeiro numa demonstração de alegria - olhando por cima do ombro, rindo com olhos entreabertos, mostrando os dentes ao sorrir; o segundo numa expressão de surpresa – olhos muito abertos, sobrancelhas subidas, muito teatral.




Figura 2 – Auto-retratos com um chapéu. Amsterdão

Numa representação mais trabalhada surge a tela reproduzida na figura 3. Ao cobrir a sua cara e olhos com sombras, Rembrandt extraí a essência do artista melancólico, numa representação surpreendentemente soturna para um artista tão jovem. [3,6]
Embora aparentemente descontextualizada para a idade do pintor, a severidade do traço torna-se compreensível dentro do contexto histórico. O temperamento melancólico ganhou especial destaque nesta época de valorização do auto-conhecimento; aparecendo como conceitos indissociáveis a depressão, a introspecção profunda e a criatividade artística. Esta cultura da melancolia surge recuperada do Renascimento (em conjunto com muitos outros conceitos), na qual o temperamento melancólico dos que haviam nascido sob o signo de Saturno, era visto como uma dádiva divina para o génio artístico. [1,3,6]

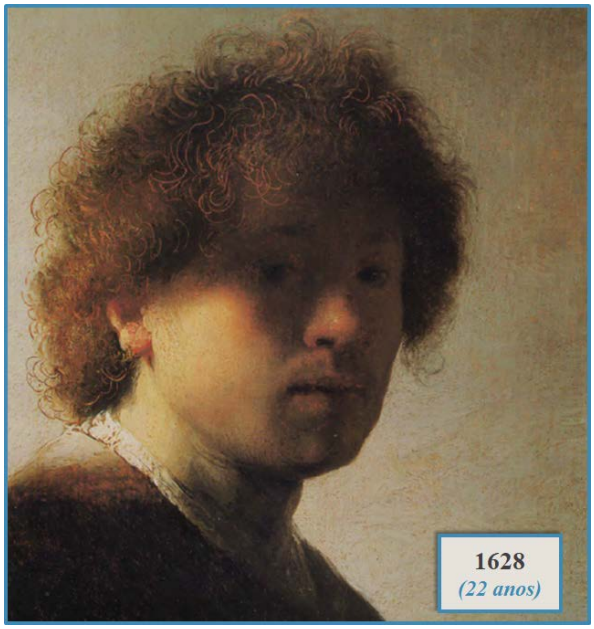



Figura 3 – Auto-retrato. Amesterdão, Rijksmuseum

## 2.2.Um mestre estabelecido

Um importante marco na vida e obra de Rembrandt é a sua mudança para a cidade de Amesterdão em 1631, motivada pela atribuição da comissão para a pintura da "Lição de anatomia de Dr Nicolaes Tulp" ao jovem artista. A pintura a óleo sobre tela foi encomendada pela Associação de cirurgiões de Amesterdão, retratando uma aula de anatomia na qual ocorre a dissecção da mão esquerda de Aris Kindt, um condenado à morte. A expressividade dos intervenientes na cena, cujo dramatismo e solenidade são acentuados pelo efeito de luz e sombra, impressionou a elite de Amesterdão. Pintura e artista foram unanimemente aceites pela elite desta cidade.

Em contraste com os retratos anteriores, sem adornos e crus, o artista assume uma nova postura perante a cidade cosmopolita. Aparece em retratos formais, como homem distinto, com fatos luxuriosos e antiquados. [1]

Na gravura reproduzida na figura 4 representa-se com uma pose mais clássica, numa postura mais protocolar; destaca-se um chapéu e uma gola volumosos, contrastantes com os trajes simples da juventude. Na tela da figura 5 surgem várias manifestações do status social e privilégio que o artista vai alcançando à medida que se estabelece no circuito artístico, assume uma imagem solene de artista virtuoso e honrado, com um dos seus característicos chapéus.




Figura 4 – Auto-retrato com um chapéu pomposo. London, British Museum




Figura 5 – Auto-retrato formal. Bedfordship, Woburn Abbe

Em 1634 casa-se com Saskia van Uylenburgh e em 1641 nasce o seu primeiro filho, Titus. Torna-se um dos pintores mais lucrativos da Europa do norte, conseguindo comissões extremamente bem pagas. Consegue o reconhecimento no mercado artístico, sem contudo perder a sua independência artística, estabelecendo um estílo muito próprio.

Permite-se a várias estravagâncias, sendo frequentador assíduo de leilões e colecionando antiguidades. Pinta-se em cenas piturescas, por exemplo na cena cómica (quase grostesca) representada na figura 6, na qual Rembrandt ri e brinda numa tasca, acompanhado com a sua esposa Saskia. Realiza vários auto-retratos imaginários, excêntricos, com roupas fora de moda, bizarras e piturescas. Na figura 7, retrata-se em trajes orientais, sobre a cabeça um turbante com uma grande pena atrai a atenção do observador.




Figura 6 - Rembrandt e Saskia. Dresden




Figura 7 – Rembrandt em traje Oriental. Paris, Musée du Petit Palais

### 2.3. Um fim de vida atribulado

Por volta de 1640, Rembrandt tornara-se mais independente, com um estilo bem estabelecido e uma posição marcada no panorama artístico da época. Numa carta dirigida a Christiaan Huygens (físico, matemático e astrónomo holandês; nascido em

1629 e falecido em 1695), Rembrandt assume como motivação o desejo de captar as "emoções mais naturais". [3]
Entre 1638 e 1642 faz uma das suas maiores comissões, *A Ronda Nocturna (The Night Watch)*, uma tela com 3,5 por 4,3 metros pintada a óleo, mostra a guarda civil de Amestersão sob o comando do capitão Frans Banning Cocq. Embora hoje em dia seja considerada uma das obras mais marcantes do barroco e o ex-libris do Rijksmuseum em Amesterdão, a obra não recebeu a recepção esperada na época, sendo amplamente criticada pelo seu estilo revolucionário. No ano de conclusão da obra, morre a sua esposa ficando sozinho com Titus, o único dos seus quatro filhos que sobrevivera. Perante problemas financeiros vê-se obrigado a vender a sua colecção de antiguidades. À medida que envelhece, o artista parece perder a energia e a saúde. Vai-se afastando dos gostos dos compradores de Amsterdão. Contudo nunca deixa de aceitar pupilos, mantendo o reconhecimento como grande mestre e subsistindo desta forma.
Muito diferente do jovem expressivo e do adulto excêntrico, retrata-se mais tarde de um modo muito mais simples, com ar mais sério e soturno. Num retrato aos 53 anos, representado na figura 8, parece muito envelhecido, com rugas e manchas na pele, com boca tensa e olhar apreensivo. [1]




Figura 8 – Auto-retrato. Edinburgo, National Gallery of Scotland

Em 1656 vê-se obrigado a vender o seu espelho de corpo inteiro, uma relíquia rara à época, para enfrentar a sua falência. Em 1662 vende a campa de Saskia para pagar dívidas. Em 1663 morre a sua companheira Hendrickje Stoffels. Em 1667 enfrenta a morte do seu filho Titus. [4]
Os anos finais, a miséria e senilidade, aparecem reflectidos nos últimos quadros – facilmente se adivinham os percalços e tragédias desta fase de vida nas rugas vincadas na sua face, no cabelo completamente branco, na sua expressão pesada. [1]
Um retrato aos 62 anos, representado na figura 9, choca pelo seu envelhecimento e desgaste, surge com uma deformidade na bochecha esquerda, cabelos brancos, nariz poroso, rugas marcadas. Aos 63 anos, numa tela representada na figura 10, retrata-se

com um semblante preocupado, triste, embora sendo possível talvez adivinhar alguma serenidade na expressão.
Vem a falecer em 1669, com 63 anos, em Amesterdão.

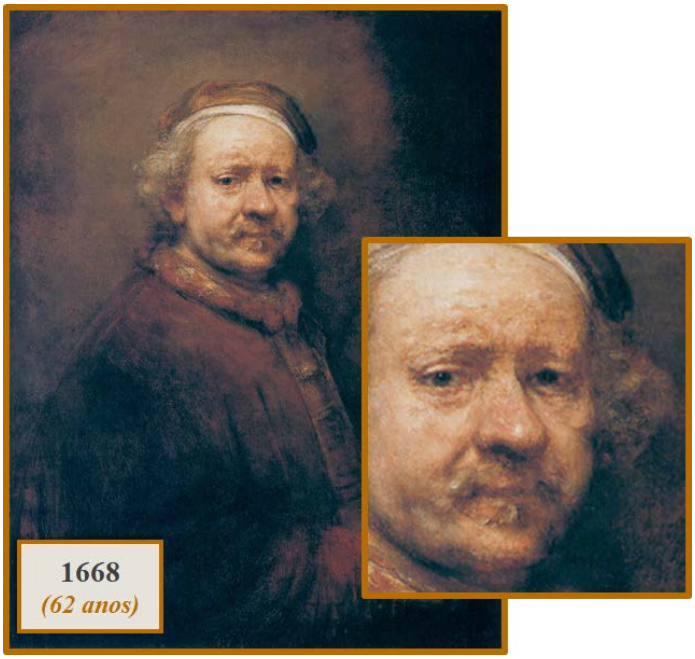



Figura 9 – Auto-retrato. Londres, The Royal Collection

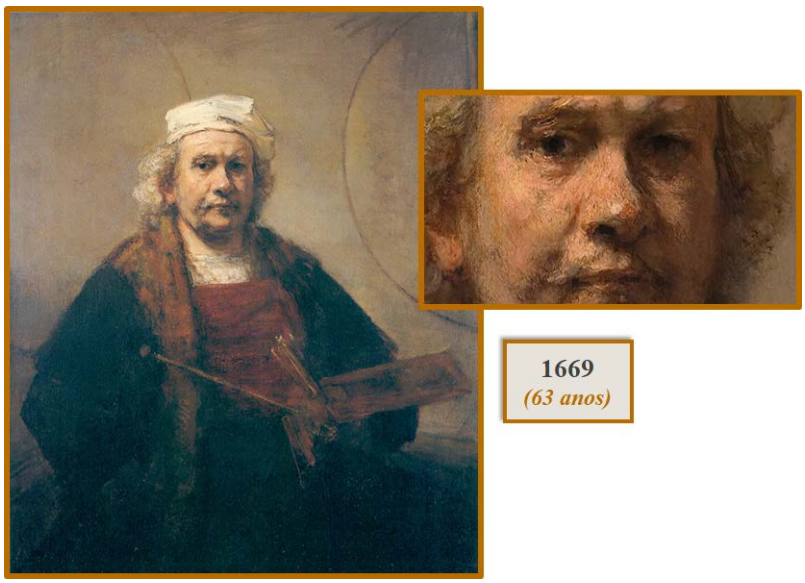



Figura 10 – Auto-retrato. Londres, The Iveagh Bequest

**Conclusões**

Samuel van Hoogstraten, um dos antigos pupilos de Rembrandt, refere-se a este num escrito de 1672 como o mestre na representação dos "movimentos da alma". Falar desta mestria parece especialmente adequado quando abordados os retratos de Rembrandt, por ele mesmo.
Supõe-se que para qualquer pintor visualmente astuto, olhar-se ao espelho constitua um paralelo com o processo de reflexão, auto-escrutínio e auto-descoberta. Seleccionando

as múltiplas representações do próprio artista e colocando-as par a par, o observador externo consegue ter um vislumbre destas profundas introspecções. Esta análise é de especial interesse em Rembrandt, pela sua capacidade excepcional de retratar um grande leque de emoções e pela forma como as suas vivências vão tingindo de forma distinta o rosto retratado ao longo da sua vida.

**Bibliografia**

1.Schneider, C. P. (1992). Book Review: Rembrandt's Self-Portraits: A Study in Seventeenth-Century Identity. The Journal of Modern History, 64:4, 831-833
2.Cristopher, W. (1999). Rembrandt by Himself. National gallery London, London.
3.Chapman, H. P. (1990). Rembrandt's Self Portraits – A study in seventeenth-century identity. EUA: Princeton University Press.
4.Starcky, Emmanuel (1992). Rembrandt. Lisboa: Editorial Estampa.
5.Pescio, Claudio (2003). Rembrandt – A Holanda do Século XVII. Matosinhos: Quidnovi.
6.Chapman, H. P. (2010). Reclaiming the inner Rembrandt: Passion and the early self-portraits. Nederlands Kunsthistorisch Jaarboek. 60. 233-261.

Documentários
Rembrandt by Himself (1999). Documentário BBC, Director: Francus Whately
Rembrandt, Painter of Man (1957). Documentário, Director: Bert Haanstra

Catálogo com todos os auto-retratos do autor, acedido a 1 de Janeiro de 2022:
http://www.rembrandtpainting.net/complete_catalogue/start_self_portraits.htm

# LUDOVALI: CRÓNICA DE UN SUICIDIO PINTADO (1972-1973)

**De Castro Palomares, Álvaro*; Fernando Julio Ponte Hernando****
SERGAS (Servizo Galego de Saúde)
*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Celanova (Ourense);
**Académico RAMyCGa. Profesor de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela (USC).
Email: alvaro.de.castro.palomares@sergas.es ; fernandojulio.ponte@usc.es

**Resumen**
Los autores abordan la historia circundante de un cuadro adquirido, por un psiquiatra del sanatorio psiquiátrico de Toén (Ourense), a uno de los pacientes, pintor de profesión, en 1972. Este paciente, con su nombre encriptado como LUDOVALI, acuñado por el propio psiquiatra que le atendió, llevaría a cabo su suicidio unos meses más tarde de la creación pictórica, por la que su psiquiatra se interesó y que, a posteriori, resultó una declaración de intenciones con fatal desenlace. Además, los autores de la comunicación aportan referencias en prensa del suceso así como una semblanza del psiquiatra y sus interpretaciones del cuadro artístico en cuestión. Tratando, así, de contribuir con el caso en particular a la abundante literatura existente con la temática de psiquiatría y arte.

**Palabras clave**: Psiquiatría, Suicidio, Arte, Toén, LUDOVALI

**Abstract**
The authors address the history of one of the paintings acquired, in the year 1972, by one of the psychiatrist doctors of the Psychiatric Hospital of Toén (Ourense), from one of the patients, who was a painter by profession. This patient, who will be addressed by the name of LUDOVALI, the name given to him by the psychiatrist who was treating him, would put an end to his life a few months after creating the painting. In the aftermath of that tragic event, his psychiatrist decided to further study the painting, and concluded that it contained an early statement of the subsequent fatal outcome. Moreover, the authors of the communication provide references of the event in the press as well as a profile of the psychiatrist and his interpretations of the artwork in question. Trying, thus, to contribute with the particular case to the abundant existing literature on the subject of the relation between psychiatry and art.

**Key words**: Psychiatry, Suicide, Art, Toén, LUDOVALI

***

## Introducción

El Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense), perteneciente al Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (P.A.N.A.P), fue una de las instituciones pioneras en albergar una colección de obras artísticas de sus internos, desde bien avanzada la década de los años 60 del s. XX.

El objetivo principal del artículo es dar a conocer un cuadro realizado por un paciente interno del sanatorio y la interpretación que por parte de uno de los psiquiatras del mismo se hizo. Aunque de poco sirviera para evitar el suicidio del artista. Además, se contextualiza la labor asistencial del Sanatorio de Toén y el protagonismo de la laborterapia en esa institución, con iniciativas como la revista *La Chispa* o el taller de terapia ocupacional.

**Sanatorio psiquiátrico de Toén (1972-1973). Contexto**

Sobre esta institución psiquiátrica ya se ha escrito multitud de páginas. El trabajo de Simón Lorda, D. (2005) es una buena muestra del funcionamiento de este Sanatorio destinado como proyecto a la lucha contra la tuberculosis y, desde su puesta en marcha en 1959 como referente en la asistencia psiquiátrica. Su primer director fue el Dr. Cabaleiro Goas además de ser el gran impulsor del mismo. Fueron muchos los psiquiatras que trabajaron a su lado, hasta su prematura muerte en 1977 y sus discípulos coinciden en su gran capacidad de trabajo y unas envidiables y finas dotes de observación. (Gómez-Reino Filgueira, J.L, 1979, p. 6).

Cabe hablar, por tanto, de una escuela de psiquiatría bajo el magisterio de Cabaleiro, en la que se pretende avanzar en una «Psiquiatría Antropológica».[1]

Transcurridos los primeros catorce años de funcionamiento del Sanatorio Psiquiátrico, en el año 1973, esta institución ya estaba integrada en el P.A.N.A.P[2] y le era concedida a la provincia de Ourense, conjuntamente con la Dirección General de Sanidad, la «organización de un área piloto provincial de asistencia psiquiátrica» desde 1971. Esta condición de área piloto provincial, se llevaba a cabo conforme a la denominada «psiquiatría comunitaria o de la comunidad» y, consecuentemente, se producía una sectorización geográfica de la provincia.[3]

Por tanto, la época donde transcurre el relato principal de esta comunicación, era de considerables cambios y novedades en el funcionamiento del psiquiátrico.

En el bienio 1972-1973, también se pone en funcionamiento la primera publicación, en forma de revista mensual, del Sanatorio. Acorde al reconocimiento de Ourense como "Terra da Chispa"[4], el nombre del boletín será *La Chispa.*

Precisamente, en *La Chispa*, en su primer número, encontramos información sobre las pretensiones de esta singular creación literaria y artística editada, netamente, en las dependencias del centro sanitario:

> Pretende tener el triple carácter de «formativo», «informativo» y «recreativo» y el cual estará confeccionado por los miembros del personal médico y auxiliar, el resto del personal del Centro y por los propios enfermos.
> […] intenta ser un medio de comunicación del Sanatorio de Toén con los enfermos que en él se hallan internados, así como con aquellos que lo han estado en alguna ocasión y con todos los miembros del personal del mismo. Pero

[1] Psiquiatría de construcción, primordialmente, empírica. Toma materiales de una historia clínica biopatográfica y una profunda relación médico-enfermo. Ver: Gómez-Reino Filgueira, J.L. (1979). El enfoque antropológico de la psiquiatría ¿un camino a seguir?. *Toén. Revista del Sanatorio Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas"*. pp.13-14.

[2] Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Decreto de creación en 1955. Ver: Simón Lorda, D; Gómez-Reino Rodríguez, I; Iglesias Abellás, F. y Cibeira Vázquez, A. (2004). La hospitalización psiquiátrica en Ourense: 1897, 1965 y 2001 (tres retratos clínico-asistenciales). *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (6), 5-13.

[3] La provincia de Ourense contaba con más de 400.000 habitantes y se dividía en cuatro sectores geográficos, en la organización de esta "Área piloto". La asistencia prestada en el Sanatorio, también se organizaba conforme a los sectores A, B, C y D. De esta manera, se facilitaba que «la asistencia de estos enfermos sea realizada siempre por parte de quienes conocen perfectamente el caso, por haberlo seguido en su estancia en el Sanatorio y, posteriormente, en su propio hogar […]». EN: Cabaleiro Goas, M. (Agosto de 1973). Carta a las familias de nuestros enfermos. *La Chispa. Boletín mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén.* Año I. Núm. 7. pp. 3 y 8.

[4] Por la cantidad de afiladores y paragüeros que proporcionó la provincia de Ourense. El afilador y la chispa producida por la rueda de afilar, son emblema de las gentes de esta región gallega. N de los A.

> también desea llegar hasta las familias de nuestros propios enfermos, incluso a aquellos organismos y personas que tengan alguna relación con los problemas de la asistencia psiquiátrica o revelen interés por ellos.[1]

Una de las novedades que aportamos en nuestro artículo, es desencriptar el nombre del psiquiatra que se esconde bajo el pseudónimo «Mou-se-Chuck»[2], que firma numerosas colaboraciones en esta revista y, además, es el facultativo que adquiere el cuadro al paciente interno que, meses después de producir esa obra plástica, termina por suicidarse.

Destacamos los siguientes datos sobre el Sanatorio en el año 1972:

150 internos (divididos en 4 grupos); Cuerpo médico formado por 13 personas; Practicante-Asistente técnico sanitario-Asistente Social y Capellán; 20 auxiliares psiquiátricos; 11 religiosos, entre monjas y hermanos: 4 Personal de Administración y 44 personas destinadas a limpieza y mantenimiento.[3]

En mayo de 1973, ya fallecido el paciente autor del cuadro adquirido e interpretado por Leopoldo de Castro, este psiquiatra escribe un esperanzador editorial en la revista, del que reproducimos los dos últimos párrafos:

> Reposemos acá, en esta casa nuestra de Toén, y si se nos llena el pecho del aroma silvestre de los pinos, si reponemos las perdida fuerzas y aprendemos a mirar serenamente alrededor, lancémonos al mundo nuevamente y esta vez sabiendo que hay una puerta que nos está esperando abierta y que nos servirá de apoyo sin que nunca nos devore del todo.
>
> Sean las puertas y las ventanas de nuestra casa puentes de paso y puertos para repostar.[4]

**El Dr. Leopoldo de Castro Sánchez. Psiquiatra del Sanatorio**

Nació en Valladolid el 26 de septiembre de 1940. Hijo de Luis de Castro García, tisiólogo y estudioso de arte y profesor de Historia de la Medicina en Valladolid. Leopoldo, a los 16 años obtuvo el premio "San Isidoro de Sevilla", dentro del Certamen anual científico-literario para alumnos del Curso Preuniversitario, por su trabajo titulado La expresión de la indumentaria y la policromía de las esculturas de nuestro Museo Nacional. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid (1965). Médico interno por concurso-oposición y Becario del Departamento de Neurología y Psiquiatría de la Casa de Salud de Valdecilla (Santander), con el profesor Aldama Truchuelo. En 1967 se presenta al concurso-oposición de Médicos Ayudantes de Sanatorios y Dispensarios del P.A.N.A.P, obteniendo el número 2. El 10 de junio de 1968 toma posesión de su plaza en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén, en donde

---

[1] Ver *La Chispa. Boletín mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén*. Presentación y saludo. (Febrero de 1973). La Dirección. Año I. Núm.1. Consideramos, la rúbrica de esta presentación, por parte de Cabaleiro. N del A.

[2] Uno de los pseudónimos empleados por el psiquiatra Leopoldo de Castro Sánchez, quien además es el Editor y Redactor Jefe de *La Chispa*. En otras ocasiones, lo podemos ver escrito como «Mon-shez-Chuck».

Difícilmente se puede deducir esta información, de no desentrañar la trama asociada a este cuadro y la posterior noticia en prensa, además del parentesco de este psiquiatra con uno de los autores. N de los A.

[3] Adaptado de Op.cit. (Febrero de 1973, p. 10).

[4] Editorial firmado por Mon-shez-Chuck. Se trata de un editorial que apuesta por la reinserción en la sociedad de los internos del sanatorio, una declaración de esperanza para la recuperación y compromiso por el seguimiento de los pacientes y un claro concepto de sanatorio como casa y no como manicomio o "boca del infierno" que sólo contribuye a la mayor estigmatización de estas personas. N de los A. EN: Mon-shez-Chuck. (Mayo de 1973). Editorial. *La Chispa. Boletín mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén*. Año I. Núm. 4. p.2.

desarrollará el resto de su carrera profesional a las órdenes de Cabaleiro Goas. En 1969, obtiene la especialidad de Neurología y Psiquiatría. En 1972 es Jefe de Servicio-Departamento del Sanatorio Psiquiátrico de Toen. Fue vocal de la Academia Médico Quirúrgica Provincial de Ourense y miembro de honor a título póstumo tras su fallecimiento en 1986. Dispone de varias publicaciones científicas entre las que destacamos: Psicosis en un hipotiroideo (1975), Metodología Psiquiátrica. A propósito de un libro póstumo e inédito del profesor Cabaleiro Goás en la Revista *Toén* (1979). Además, se interesó por el campo de estudio del Test de Szondi y las teorías sobre la Psicodinamia Gestual. Es, de sobra conocida, su afición al arte. Llegó a atesorar una buena pinacoteca y biblioteca, aplicó técnicas de fisiognomía y dibujos de rasgos faciales de muchos internos del sanatorio **(Ver imagen 2)** y fue uno de los impulsores de la pinacoteca de arte psicopatológico en el Sanatorio. Colaboró dando apoyo a la tesis del psiquiatra Luis Ferrer i Ballsebre (que actualmente ocupa el sillón de Psiquiatría en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia), titulada *Antropología médica de la parroquia de Olelas. Municipio de Entrimo. Orense.* (1991). También fue miembro del consejo editorial de la *Revista Informaciones Psiquiátricas* y asiduo colaborador en el periódico *La Región*.[1]

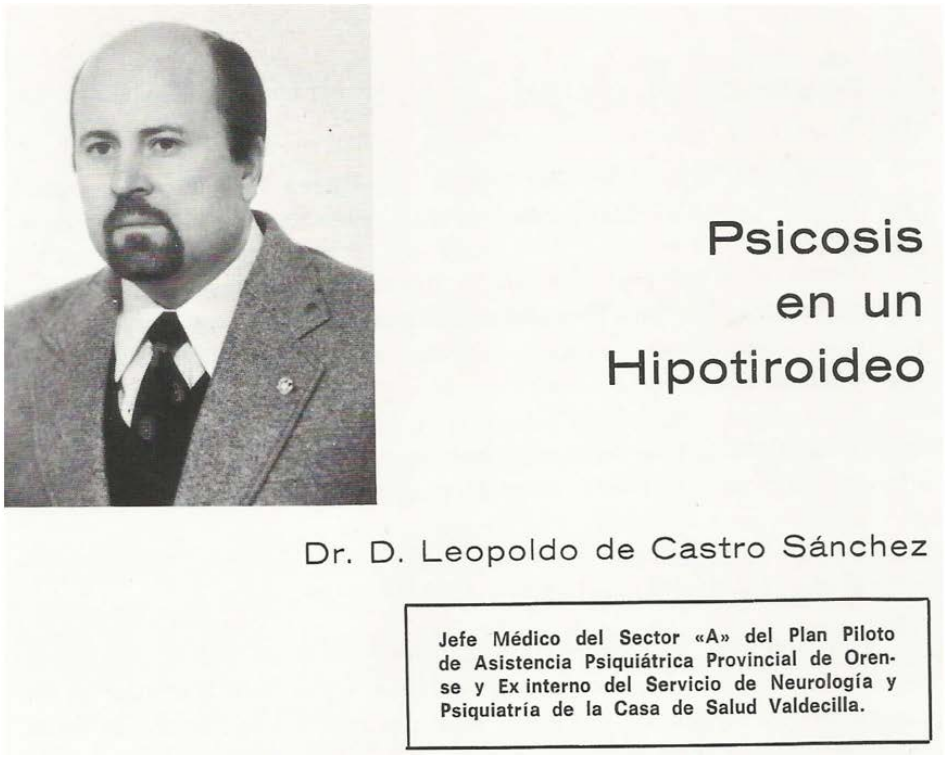



Imagen 1

[1] Sobre este psiquiatra, además VER: Op.cit. (Simón Lorda, D., 2005); De Castro Palomares, A. (2021). *El pensamiento científico-humanístico del Prof. Dr. Luis de Castro García (1912-1977).* [Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 2021]; Cibeira Vázquez, A. y Simón Lorda, D. (2009). Pinacoteca psiquiátrica: 1959-1990. La colección del Hospital de Toén. *Siso Saúde.* Núm. 48-49, p.175-179. También hay referencias en prensa sobre él, EN: López López, J. M. (7 de enero de 2019). Leopoldo de Castro en mi memoria. *La Región*; Barbado Alonso, J. M. (21 de enero de 2019). Recordando a Leopoldo. *La Región.*




Imagen 2

**El cuadro de LUDOVALI. Diciembre de 1972**

Esta obra, de técnica acrílica sobre raspillera de madera de balsa, viene a completar y a ser el testimonio de la idea y posterior suicidio llevado a cabo por su autor. El nombre de LUDOVALI resulta de encriptar con iniciales de nombre y apellidos a este paciente, pintor de profesión, interno en el Sanatorio.

Leopoldo de Castro adquiere la obra, directamente del autor y, aunque llega a descifrar e interpretar su contenido, de nada sirvió para evitar que LUDOVALI se arrojara a las aguas del Miño desde el puente denominado «nuevo» de Ourense, unos meses después.

La interpretación realizada por De Castro, se resume en las siguientes líneas que están en el reverso de la obra, en una octavilla. Expresadas así, respetando las mayúsculas, tal y como están mecanografiadas:

> Compré este cuadro a LUDOVALI, en el mes de diciembre de 1972, siendo INVIERNO, y le felicité las Pascuas Navideñas, enviándole un verso como prueba de admiración y reconocimiento.
> LUDOVALI era un enfermo de mi grupo, del Sector A, pícnico, depresivo y con tendencias paranoides.
> El 13 de abril se suicidó, arrojándose desde el Puente al Río Miño. (13-IV-73).
> En la poesía que yo antes le dedicara están las imágenes proféticas de este suicidio que tanto me apenó y hube de lamentar en un artículo que escribí en La Región de Orense (17-IV-73).
> Curva de luz= Corte de Luz=Muerte.
> Túnel renegrido= Puente, Suicidio.

Espiral veloz= Torbellino, agua, remolino
marcado con tu flecha, día de la muerte (13).
ESCAPAS DEL INVIERNO EN PRIMAVERA
Caos de danzas locas…
ahogarse sobre el sereno CAUCE polvoriento.
LUDOVALI apareció en la orilla, misteriosamente, sobre el barro, desnudo.

Se despide en este escrito, Leopoldo de LUDOVALI, con «DIOS TE TENGA!!!!!!». El poema íntegro dice así:

Esa curva de luz en el camino
más allá de aquel árbol florecido
que se ve tras el túnel renegrido
en la espiral veloz de mi destino.
Curva querida de mi carretera
que has marcado mi senda con tu flecha
escondiendo tu enigma a la derecha
y escapas del invierno en primavera.
Luces, colores, sombras, movimiento,
labradas piedras y desnudas rocas,
bailarinas en caos de danzas locas
sobre el sereno cauce polvoriento.[1]

Obras como *Pintura Psicopatológica* (Escudero Valverde, 1975), *Pinacoteca Psiquiátrica* (Sarró Burbano, R y Obiols, J, 1959) o más recientemente *Pinacoteca Psiquiátrica en España (1917-1990)*, monumental obra con varios autores y con el respaldo de la Universidad de Valencia en 2009, son referentes para profundizar en este tipo de arte que a su vez son otra herramienta para el desarrollo de la psiquiatría. El artículo que aportamos, es un grano de arena más en ese empeño.
Además, en consonancia con las aportaciones de los trabajos de (Cibeira Vázquez, A y Simón Lorda, D, 2009), nuestra información corrobora el interés de Leopoldo de Castro en completar su labor clínica mediante el estímulo de escritos y dibujos, creados por los pacientes, que no duda en apreciar como herramienta diagnóstica y terapéutica.
Leopoldo de Castro, escribe en otra entrega de *La Chispa*[2], la siguiente reflexión sobre la pintura y la terapia, a modo de verso:
«La sala de la pintura, con pinta tan pinturera, si sigue de esta manera, será una sala de cura».
El Profesor Costa Molinari (1983) nos dice que «sin duda, la peor consecuencia de cualquier enfermedad es la muerte». En psiquiatría se ha demostrado la elevada incidencia de suicidios en la mayoría de enfermedades mentales, y de manera especial, esto surge en las depresiones.[3]
Por otra parte, el psiquiatra Navratil (1983), asevera que "difícilmente podemos imaginarnos un artista que no conozca la vivencia depresiva" y se aventura a describir

[1] Poema de Leopoldo de Castro Sánchez. Se encuentra en el reverso del cuadro de LUDOVALI que forma parte de la pinacoteca personal de Álvaro de Castro Palomares. N de los A.
[2] Mon-shez-Chuck (De Castro Sánchez, L). (junio de 1973). Editorial. *La Chispa. Boletín Mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén.* Año I. Núm. 5. p.2.
[3] Ver Molinari Costa, J. M. (1983). El riesgo suicida en los enfermos deprimidos. COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (ESPAÑA). VV.AA. *Repercusiones de la depresión*. (1983). Ed. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección de temas clínicos. Madrid. p. 109.

las obras de estos artistas afectados por depresión con pocos colores, de tonos suaves, con escasa energía, sirviéndose de trazos finos y de formato pequeño.[1]



Imagen 3

**La muerte de un pintor. La referencia en prensa**

Se trata de un artículo corto, en el que Leopoldo reflexiona sobre el fatal caso:

> Miró su retrato en el agua del Miño desde el alto del puente y acaso pensó salvarlo de la corriente. Era una imagen enturbiada por el barro y por los remolinos, deformada hasta la tortura, pero Ludovali era antes que nada un hombre bueno y amaba aquel reflejo atormentado.
> Por eso, no lo pensó más y se arrojó desnudo, en pos de aquello que las aguas parecían a punto de devorar o perder en su curso turbulento.
> Ludovali apenas sabía nadar. Había pasado siete años encerrado, olvidado y únicamente recordaba que los pinceles y también las brochas flotan en los óleos y en los acrílicos.
> […] Yo, su amigo, sólo guardo uno de los cuadros de Ludovali, sobre una humildísima arpillera. Se lo compré por unas pocas monedas que él me despreciaba, sonriente. Hoy he visto otro, a la manera de extraño e ingenuo crucifijo sobre la mesa del despacho de otro de sus amigos. Debe haber unos cien o así…[…][2]

Por su puesto, la esquela de LUDOVALI (respetamos el nombre completo del pintor y, por decoro, consideramos no reflejarlo en nuestro escrito) aparece en la prensa local.

---

[1] Ver Navratil, L. (1983). El artista depresivo. COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (ESPAÑA). VV.AA. *Repercusiones de la depresión*. (1983). Ed. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección de temas clínicos. Madrid. p.155.

[2] Mou-se-Chuck (De Castro Sánchez, L). (17 de abril de 1973). La muerte de un pintor. *La Región*.

Además, en ella, se le identifica como «PINTOR». También en la crónica de sucesos de *La Región*, aparece la luctuosa noticia.[1]

**Conclusiones**

Este artículo completa la Pinacoteca Psiquiátrica Española y es ejemplo de la íntima relación entre arte y psiquiatría. Además, se ha dado a conocer algún aspecto de la revista *La Chispa* y del Jefe de Redacción de la misma, el psiquiatra Leopoldo de Castro Sánchez, fallecido de manera precoz a los 45 años de edad y en pleno desarrollo profesional.

La producción artística del enfermo psiquiátrico puede ser herramienta proyectiva y en numerosas ocasiones terapéutica (aunque este no fuera el caso) en el pronóstico, diagnóstico y seguimiento de la enfermedad mental.

**Bibliografía**


Barbado Alonso, J. M. (21 de enero de 2019). Recordando a Leopoldo. *La Región*.

Cabaleiro Goas, M. (Agosto de 1973). Carta a las familias de nuestros enfermos. *La Chispa*. Año I. Núm. 7. pp. 3 y 8.

Cibeira Vázquez, A. y Simón Lorda, D. (2009). Pinacoteca psiquiátrica: 1959-1990. La colección del Hospital de Toén. *Siso Saúde*. Núm. 48-49, p.175-179.

De Castro Palomares, A. (2021). *El pensamiento científico-humanístico del Prof. Dr. Luis de Castro García (1912-1977)*. [Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 2021]

De Castro Sánchez, L. (1975). Psicosis en un Hipotiroideo. *Anales de la Casa de Salud de Valdecilla*. Número especial dedicado al Séptimo Congreso de la Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud de Valdecilla. [Santander, 1974]. pp. 141-149.

Escudero Valverde, J. A. (1975). *Pintura Psicopatológica.*

Gómez-Reino Filgueira, J.L. (1979). El enfoque antropológico de la psiquiatría ¿un camino a seguir?. *Toén. Revista del Sanatorio Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas"*. pp.13-14.

*La Chispa. Boletín mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén*. Presentación y saludo. (Febrero de 1973). La Dirección. Año I. Núm.1

*La Región*. (14 de abril de 1973). Pone fin a su vida arrojándose desde el puente nuevo, al río Miño. SUCESOS EN ORENSE.

López López, J. M. (7 de enero de 2019). Leopoldo de Castro en mi memoria. *La Región.*

Molinari Costa, J. M. (1983). El riesgo suicida en los enfermos deprimidos. COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (ESPAÑA). VV.AA. *Repercusiones de la depresión*. (1983). Ed. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección de temas clínicos. Madrid. p. 109.

Mon-shez-Chuck. (De Castro Sánchez, L). (Mayo de 1973). Editorial. *La Chispa. Boletín mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén*. Año I. Núm. 4. p.2.

Mon-shez-Chuck (De Castro Sánchez, L). (Junio de 1973). Editorial. *La Chispa. Boletín Mensual del Sanatorio Psiquiátrico de Toén*. Año I. Núm. 5. p.2.

Mou-se-Chuck (De Castro Sánchez, L). (17 de abril de 1973). La muerte de un pintor. *La Región*.

Navratil, L. (1983). El artista depresivo. COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (ESPAÑA). VV.AA. *Repercusiones de la depresión*. (1983). Ed. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección de temas clínicos. Madrid. p.155.

Sarró Burbano, R. y Obiols Vie, J. (1959). *Pinacoteca psiquiátrica*. Laboratorios Miquel, S.A.


[1] *La Región*. (14 de abril de 1973). Pone fin a su vida arrojándose desde el puente nuevo, al río Miño. SUCESOS EN ORENSE.

Simón Lorda, D. (2005). Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975). Fundación "Cabaleiro Goás"- Complexo Hospitalario de Ourense.
Simón Lorda, D; Gómez-Reino Rodríguez, I; Iglesias Abellás, F. y Cibeira Vázquez, A. (2004). La hospitalización psiquiátrica en Ourense: 1897, 1965 y 2001 (tres retratos clínico-asistenciales). *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (6), 5-13.
Universidad de Valencia. VVAA. (2009). *Pinacoteca psiquiátrica en España 1917-1990*.

# ANTERO DE QUENTAL - ENTRE A PROFICUIDADE DA OBRA E O MEDO DA LOUCURA

**João Furtado Simas*; Carla Rio****
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
*Médico do Internato de Formação Específica em Psiquiatria; ** Médica Assistente Hospitalar de Psiquiatra
Email: simasjoao@hotmail.com

**Abstract**
Antero de Quental provided an outstanding contribute to the introduction of Realism in Portugal. His body of work is ample and diverse. Antero produced written work in many areas: poetry, philosophy, politics, social critic. The richness of its political and cultural accomplishments reflects its inner complexity sometimes divided between an intense mysticism and a wondering rationality always looking for moral and social ideals. The suicidal death of Antero in its homeland – Ponta Delgada – was the precocious, dramatic and symbolic ending of a life marked by an incapacitating mental disease regarding his humour and intellectual capacities. To the writer, who actually went to Paris to consult with Charcot, several diagnostics were attributed: hysteria, neurasthenia, degenerescence, schizothymia, cyclothymia.
In the present article, the authors pretend to characterize the psychopathology of Antero de Quental and integrate it in its personal, sociocultural and historic context.

**Palavras-chave**: Antero de Quental; Doença Mental; Poesia; Política; Filosofia

***

## Introdução

Antero de Quental, uma das figuras mais proeminentes da literatura portuguesa, produziu uma obra literária diversificada, desenvolveu atividade política de cariz eminentemente revolucionário e viveu intensamente uma sucessão de estados anímicos com contornos psicopatológicos de complexa compreensão fenomenológica e desafiante categorização nosológica. Na sua poesia, Antero versa sobre estados de intenso sofrimento cognitivo e emocional, gozando da liberdade literária de que tão bem sabia dispor. Não é, contudo, no conteúdo da sua poesia que pretendemos ancorar considerações sobre a sua psicopatologia, mas antes na apreciação da sua linha biográfica marcada por períodos de impotência funcional e sintomas do foro psiquiátrico. Pesem embora as incontornáveis limitações, sobretudo no respeitante à disponibilidade e acuidade da evidência biográfica, pretendemos apresentar uma proposta de diagnósticos diferenciais de acordo com as atuais convenções.

## Discussão

Antero nasce a 18 de abril de 1842 em Ponta Delgada no seio de uma família abastada descendente de colonizadores da ilha de São Miguel. Da sua primeira infância, não sobressaem alterações de monta. Socializava e brincava com as crianças do meio em que se inseria e beneficiou de uma educação rica e estruturada. No seu desenvolvimento, terá experienciado, sem aparentes anomalias, os desafios da autonomização. Se, por um lado, "É referido por Alfredo Bensaúde como criança travessa, muito exuberante e levando os condiscípulos a diabruras infantis", por outro as próprias irmãs referem que "como criança pequena tinha muito medo dos tremores-de-terra a que a ilha está sempre sujeita". A mãe de Antero, Ana, seria uma mulher

dedicada aos filhos e à vivência fervorosa da sua religiosidade. O pai, Fernando, teria uma personalidade pautada pela extroversão, irreverência e alegria.
Já na infância, Antero demonstrara um caráter contemplativo e sensível, particularmente em matéria de religiosidade. É o próprio que recorda aquilo que sentiu quando, aos 10 anos, ouviu recitar a ode "Deus" pela voz de um padre que lhe ensinava latim: "aqueles versos revolviam-me, traziam-me as lágrimas aos olhos, como se me introduzissem, embalado numa onde de poderosa harmonia, na região das coisas transcendentes".
Sousa Tavares alude a antecedentes psicopatológicos na fratria: "Do casal houve dois filhos e três filhas. Estas, as mais novas dos cinco, são, em grau diverso, histéricas. Dos filhos, o mais velho morreu alienado; tivera ideias de perseguição, parece mesmo que o delírio sistematizado; por duas vezes tentou suicidar-se com instrumento cortante". Quanto ao pretenso histerismo das irmãs, faltam-nos dados que consubstanciem esta sumária e potencialmente enviesada afirmação. A perturbação psicótica de André, irmão mais velho de Antero, está bem documentada e é sugestiva de perturbação do tipo esquizofrénico.
A formação académica impõe mudanças significativas e precoces no ambiente de Antero. Aos 10 anos, abandona a ilha para ingressar num colégio interno em Lisboa. Aos 11 anos, prossegue os estudos no Colégio de S. Bento em Coimbra e com 16 anos ingressa no curso de Direito na Universidade de Coimbra. Assume-se como um líder nato, energético, mobilizador das massas estudantis. Temerário, lidera a Juventude Coimbrã contra o conservadorismo intelectual, moral e político da época. Inicia a publicação de poemas e de ensaios na imprensa. O seu caráter insurreto sobressai quando, aos 20 anos, funda a Sociedade do Raio "com iniciações e rituais misteriosos, reunindo em lugares diferentes, pela calada da noite, sob o intuito de insurrecionar a Academia contra os preconceitos anacrónicos, a levou, numa sessão solene dentro da Sala do Capelos, a voltar as costas ao Reitor Sousa Pinto, quando este discursava" (*Luís Cebola*).
Se, por um lado, tratava-se de um jovem adulto funcional, focado e organizado nas empreitadas a que se propunha, por outro foi ocorrendo progressivamente uma dispersão nas suas temáticas de interesse, com eventuais excessos de fervorosidade: "Nos últimos anos da sua formatura em Direito, umas vezes se prendia a estudos de metafísica e a passeios nos arredores por caminhos solitários e outras vezes se distanciava muito, andando 50 quilómetros a pé, até à capelinha do Buçaco onde se ajoelhava em meditação profunda." (Luís Cebola).
Finda a sua formação universitária, ainda se demorará alguns anos no ambiente da academia. Já depois de vários dos seus amigos e colegas ingressarem no mercado de trabalho, Antero alterna entre breves estadias em São Miguel e regressos a Coimbra, entre a escrita – publica "Odes Modernas" em 1866 – e contendas na imprensa – a acalorada "Questão Coimbrã" que culmina num duelo de espada entre Antero de Quental e Ramalho Ortigão em 1866 no Porto.
Sedento de concretização, muda-se em 1866 para Lisboa onde aprende o ofício de tipógrafo na Imprensa Nacional. Meses depois, muda-se para Paris, cidade que idealiza como sede da ideologia socialista e da ascensão do proletariado. É como operário que vive na capital francesa, mas depressa é invadido pela desilusão. Na dureza do dia-a-dia não encontra eco dos seus ideais românticos. Entra numa fase de tristeza, desânimo, sentimentos de menos-valia, isolamento e hipersónia - chega a dormir 12 horas por dia. Passados apenas 3 meses abandona Paris. Retorna à sua ilha desalentado: "Saio amanhã para as Ilhas. Isto devia de acabar assim. Não sei ainda bem o que vou fazer para lá: tratarei de não fazer coisa nenhuma, que é, ainda assim, a melhor maneira de não fazer tolices. Um homem inactivo pelo menos não é um homem pernicioso". Este período

de depressão, indefinição quanto ao futuro e relativa reclusão social prolonga-se até finais de 1968 o que correspondeu a uma duração de aproximadamente 7 meses.
Como que refeito deste sombrio período passado na sua terra natal, regressa a Lisboa ainda em 1968. Tinha Antero de Quental 26 anos. Instala-se em casa de um amigo - Batalha Reis. Nessa residência, apelidada de Cenáculo, reúnem-se intelectuais de renome. As tertúlias multiplicam-se, férteis em conteúdos polémicos e variados. A verve de Antero catalisa argumentações plurais e agrega as personalidades. Nos anos seguintes, manterá uma vivacidade patente em múltiplas atividades: o grupo dos poetas satânicos do Norte – forja-se a personagem Fradrique Mendes, satiriza-se a sociedade burguesa num movimento disruptivo – viaja para a América do Norte em 1869, colabora na fundação de associações operárias, introduz em Portugal a Associação Internacional dos Trabalhadores, participa, com os restantes *habitués* do Cenáculo, na organização das Conferências Democráticas do Casino – o caráter revolucionário das ideias apresentadas neste certame ditaram a sua interrupção pelo ministro Marquês de Ávila e Bolama – reflete e escreve profusamente sobre política e filosofia, e lança-se na elaboração da obra *O Programa para os trabalhos da geração nova*, uma ambiciosa e complexa corporização do seu ideário moral e social. De resto, por insatisfação relativamente aos conteúdos que vai produzindo, não só deixa essa obra por terminar, como destrói o manuscrito, queimando-o na totalidade num gesto de frustração. Sobre este período de intensa atividade, afirmou Antero: «Fui, durante uns 7 ou 8 anos, uma espécie de pequeno Lassalle, e tive a minha hora vã de popularidade. Consumi muita atividade e algum talento, merecedor de melhor emprego, em artigos de jornais, em folhetos, em proclamações, em conferências revolucionárias. Queria reformar tudo, eu que nem sequer estava a meio caminho da formação de mim mesmo.»
O ano 1874 marca uma viragem no estado anímico de Antero. Segundo o próprio: «Nesse ano de 1874 adoeci gravemente com uma doença nervosa de que nunca mais pude restabelecer-me completamente. A forçada inacção, a perspectiva da morte vizinha, a ruína de muitos projectos ambiciosos e uma certa acuidade de sentimentos, próprios da nevrose, puseram-me novamente e mais imperiosamente do que nunca, em face do problema da existência. A minha antiga vida pareceu-me vã e a existência em geral incompreensível.». Retorna a São Miguel – o reiterado local de recolhimento - onde a doença depressiva o mantém cativo da apatia, insónia, irritabilidade e diversas queixas somáticas. As perturbações digestivas fazem os médicos pensar em astenia do tubo digestivo (Filomeno da Câmara) e em estenose do piloro (Raul Bensaúde). Os sintomas neuromusculares – falta generalizada de força e dores dispersas – sugerem o diagnóstico de patologia espinhal, atribuído por Curry Cabral e Manuel Bento Sousa. Sofre perdas importantes nesse período: em 1873 morrera o seu pai e em 1876 morre a sua mãe. Como a Medicina nacional não lhe consegue proporcionar qualquer alívio, decide ir a Paris expressamente para consultar Charcot (Verão de 1877), que lhe atribui o diagnóstico de histeria – "*vous avez ume maladie de femme, transportée dans en corps d´homme; c´est hystèrisme*" - e prescreve uma cura hidroterápica num estabelecimento termal em Bellavue. Se, por um lado, Antero não observa benefícios diretos dos banhos diários, por outro, reconhece que a estruturação do seu dia-a-dia com atividades diurnas e regularização do sono tornam o seu estado mais suportável. É durante essa estadia, que se apaixona por uma titular francesa, a baronesa de Seillière, a quem se refere numa das pouquíssimas alusões amorosas que na sua correspondência se podem encontrar. Em setembro de 1881, Antero fixa-se em Vila do Conde com as duas filhas pequenas que adotara pouco tempo antes, órfãs do amigo Germano de Meireles. Aí passará 9 anos, vivendo de forma tranquila, recatada e frugal, longe das exaltações de outrora. Perante o minimalismo ascético do seu viver, Eça de Queiroz chama-lhe "Santo Antero". Mantém um grau razoável de funcionalidade, sendo a obra lírica produzida

nesse período sugestiva de profunda introspeção e ruminação existencial. Todavia, o seu espírito tende para a melancolia e mantém "crises nervosas" que o desalentam.
Vai crescendo em Antero a vontade de regressar à sua ilha natal – cuja ambiência considera mais consonante com o seu ânimo - e em 1891 concretiza o regresso definitivo a São Miguel. Os amigos descrevem um aspeto abatido aquando da chegada a Ponta Delgada. Ainda assim, projetava um ambicioso trabalho filosófico, chegando a expor a Aristides de Sousa que "pretendia conciliar a liberdade com o determinismo, os fenómenos subjectivos com a realidade objectiva.". A partir de agosto, o seu humor deteriora-se com concomitante agravamento de queixas somáticas, sobretudo do foro digestivo. Por essa altura, são frequentes os conflitos domésticos entre a sua irmã Ana e as duas filhas. Ciente da piora do seu estado, Antero planeia regressar a Lisboa, mas, para seu desgosto, a irmã veementemente opõe-se a que as pupilas os acompanhem. No meio deste angustiante conflito, Antero afunda-se em desesperança. Chega a dizer a uns primos: «Isto ainda acaba com uma corda na garganta ou uma bala na cabeça!». Ao seu médico, Dr. Bruno Carreiro, certa vez indaga «uma dessas injeções que se dão com uma seringa por debaixo da pele e que matam instantaneamente, sem se sentir...». Aqueles que com ele privavam descrevem uma inquietante instabilidade afetiva, como momentos de agitação, dificuldades na organização da sua atividade, dispersão da sua atenção e tendência ao pessimismo e catastrofização.
A 10 de setembro, resignado à vontade da irmã, deixa as suas filhas na casa de família onde estas iriam ficar a viver. O momento é dramático: as meninas suplicam ao pai adotivo que as não abandone. De coração despedaçado, essa seria uma noite de insónia para Antero.
O dia 11 de setembro começa com aparente normalidade. Antero almoça com o amigo José Bensaúde e conversam longamente. Ao início da tarde, sai de casa excecionalmente vestido de preto. Vai a casa da irmã e entrega-lhe alguns valores. Visita vários amigos. Numa loja de quinquilharias na baixa de Ponta Delgada compra um revólver. Pede ao vendedor que o carregue e não compra balas adicionais. O primo Augusto Arruda Quental, visitado por Antero nessa tarde, não notou «nem o mais leve sinal de que trouxesse o espírito atribulado».
À noite dirigiu-se para o Campo de São Francisco e sentou-se num dos bancos do lado norte. Pelas oito horas, levou o revólver à boca e desferiu um tiro. Assim morre Antero de Quental.
Perante a evolução psicopatológica de Antero de Quental, foram várias as propostas diagnósticas elaboradas ao longo do tempo. Em *Nosographia de Antero*, Sousa Martins – que foi médico de Antero – define-o como "degenerado" e "neurasténico", padecendo de várias fobias. Relaciona a sua condição mórbida com questões de consanguinidade. Em *Patografia de Antero*, Luís Cebola, médico psiquiatra, defende que Antero padeceria de ciclotimia a que atribui "constituição mística, de biótipo cicloide em que predominava o complexo afectivo, de feição melancólica". Analisa períodos de hiperatividade, impulsividade e inconsequência, que hoje denominaríamos de estados maníacos ou hipomaníacos: "Ainda em fase expansiva, noutro episódio, pretendeu convencer toda a Academia a abandonar Coimbra e partir para o Porto, como protesto contra o Governo que não lhe concedera perdão de acto a celebrar o nascimento do Príncipe D. Carlos. Era uma atitude leviana a que porventura não fora estranha a sua anomalia congénita". Como já foi referido, Charcot considerou-o histérico. Em 1963, o neurologista Miller Guerra atribui a Antero uma "psicose neuro-depressiva". Maria Manuela Brazette, em 1989, nega-lhe traços psicóticos e alternância entre fases maniformes e fases depressivas, considerando que se trataria de um estado depressivo crónico. Em 1991, Costa Santos consideram provável o diagnóstico de distúrbio afetivo ciclotímico.

Não pretendemos a defesa absoluta de uma entidade diagnóstica, mas antes uma discussão argumentativa à luz do conhecimento psiquiátrico atual sobre várias hipóteses que poderiam, inclusivamente, ocorrer de modo concomitante.
A apreciação da linha biográfica de Antero de Quental permite identificar com clareza diversos episódios de afundamento anímico, alguns deles prolongados por alguns anos, graves, incapacitantes e com ideação suicida. Se assumirmos períodos livres de doença a intercalar as fases sintomáticas e a ausência de quadros maniformes parece razoável assumir a existência de perturbação depressiva major com episódios recorrentes. Por outro lado, se assumirmos que os períodos de atividade intensa, aumento da energia, marcada sociabilização, ambição e tendência à megalomania correspondem a estados de elevação patológica do humor, faz sentido assumir a ocorrência de uma perturbação do espetro bipolar. O fato de o irmão de Antero padecer de uma provável perturbação de tipo esquizofrénico suporta esta hipótese, uma vez que estão documentados padrões de agregação familiar entre indivíduos com perturbação afetiva bipolar e indivíduos com esquizofrenia.
Posto isto, importa distinguir se se tratariam de episódios maníacos ou hipomaníacos. No geral, a segunda hipótese configura-se-nos mais adequada. Para o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar tipo I bastaria a ocorrência de um episódio maníaco. No entanto, havendo por vezes comportamentos disruptivos e, de certa forma, bizarros, nos períodos de elação afetiva não se verificava uma alteração comportamental suficientemente grave para perturbar significativamente o funcionamento e/ou requerer hospitalização e não se apura sintomatologia psicótica. Sendo assim, a existir uma elevação patológica do humor, provavelmente tratar-se-iam de episódios de hipomania o que sugere o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar tipo II.
A ocorrência de múltiplos sintomas somáticos, flutuantes na gravidade e mais acentuados em períodos de depressão do humor sugerem a ocorrência de perturbação de somatização que se traduzia em sintomas digestivos, queixas álgicas generalizadas e défices neurológicos transitórios. Importa ressalvar que a possibilidade de exclusão de causa orgânica era, à época, muito limitada. A presença de um substrato orgânico para as referidas queixas invalidaria o diagnóstico de somatização.
Por fim, há que considerar a hipótese diagnóstica de perturbação da personalidade. Com efeito, a instabilidade emocional e afetiva é um traço marcante na vida de Antero. Também se identifica tendência à impulsividade, desregulação perante a frustração e dramatismo. Todavia, esta apreciação é particularmente especulativa e assenta numa avaliação desfasada do contexto histórico, tratando-se de um indivíduo altamente criativo e que, mesmo em textos autobiográficos, apresentava uma riqueza literária que não deve ser confundida com histrionismo. Por outro lado, caracteristicas como instabilidade afetiva, impulsividade, intolerância à frustração e dramatismo são sintomas que estão frequentemente presentes em estados maniformes. Os dados não nos permitem afirmar se estas caracteristicas são uma constante no seu funcionamento ou se estão presentes apenas em fases da sua vida.

**Conclusões**

A riqueza da vida e da obra de Antero de Quental reflete a sua complexidade interior, tantas vezes dividida entre um misticismo ascético e uma racionalidade sedenta de ideais morais e sociais. A sua morte por suicídio na terra-natal terá sido o final precoce, dramático e simbólico de uma vida marcada por uma doença mental incapacitante do ponto de vista intelectual e anímico.
Não é fito deste texto atribuir um cunho patológico à vida de Antero de Quental. Interessou-nos apreciar o seu sofrimento psíquico, o impacto do mesmo na sua funcionalidade e as múltiplas tentativas de o sanar. Fica claro que, como hoje, influem

sobre os processos de morbidez psicopatológica diversos determinantes sociais, culturais e históricos. O diagnóstico diferencial apresentado é inevitavelmente imperfeito e o seu interesse é essencialmente académico.

A biografia de Antero de Quental encerra antagonismos que, em grau diverso, são comuns a todas as pessoas. Se na fragilidade da sua tristeza tendia a recolher-se e a questionar o sentido da própria existência, outras alturas havia em que a fortaleza da sua coragem o impelia a desafiar a injustiça e a desumanidade. Em ambos os campos, a sua obra, inspiradora e edificante, dá corpo a esta densidade existencial e transcende a sua morte.

**Bibliografia selecionada**

Martins, A. (2001). *O essencial sobre Antero de Quental* (3ª ed.). Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

Flores, F. (1991). *As mortes de Antero de Quental*. Revista de História das Ideias, Vol. 13, 283-359.

Cebola, L. (1955). *Patografia de Antero de Quental*. Lisboa: Tipografia Ideal.

Carreiro, J. (1948). *Antero de Quental - Subsídios para a sua biografia*. Lisboa: Instituto Cultural de Ponta Delgada.

Sousa Martins, J. (2002). *Nosografia de Antero*. Alhandra : Casa Museu Dr. Sousa Martins.

# O 11 DE SETEMBRO DE ANTERO DE QUENTAL

**Ana Margarida Fraga[*]; Bárbara Mesquita[*]; Inês Figueiredo[**]; João Facucho-Oliveira[*]; Margarida Albuquerque[*]; Miguel Costa[*]; Nuno Moura[***]; Pedro Espada Santos[*]; Ana Quintão***; Pedro Cintra*; Adriana Moutinho[*]**

[*]MD, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Cascais, Portugal
[**] MD, Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando da Fonseca, Portugal
[***] MD, Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Portugal
Email:ana.martins.fraga@hospitaldecascais.pt

**Resumo**

Antero de Quental é uma incontornável referência portuguesa na literatura, filosofia e intervenção social. Nascido no seio de uma ilustre família açoriana, Quental estudou Direito na Universidade de Coimbra onde se destacou como líder estudantil. Após concluir o curso, viajou pelo mundo com o intuito de se modernizar e, aquando o seu regresso em 1870, inicia uma intensa atividade social e política. Nesta altura, manifesta também os primeiros sintomas da sua doença, cujo diagnóstico nunca soube. Consultou entre muitos, o famoso neurologista parisiense *Charcot*. No entanto, embora tenha melhorado por períodos, a doença levou-o ao suicídio, a 11 de setembro de 1891, com 49 anos após "uma vida moralmente agitada e dolorosa". Em Antero, encontramos uma "mente inquieta, em permanente desassossego" o que nos leva a acreditar que padecia de doença bipolar, tantas vezes associada à genialidade criativa.

**Palavras-chave**: Antero de Quental; Poesia; Neurose; Doença Bipolar; Genialidade Criativa

**Abstract**

Antero de Quental is an unavoidable Portuguese reference in literature, philosophy and social intervention. Born into an illustrious Azorean family, Quental studied Law at the University of Coimbra where he stood out as a student leader. After completinghis degree in law, he travelled the world with aim of modernizing himself and, upon his return in 1870, he began an intense social and political activity. At this time, he manifests the first symptoms of this illness, whose diagnosis he never knew. He consulted among many, the famous Parisian neurologist Charcot. However, although he improved for periods, the illness drove him to suicide, on September 11, 1891, aged 49 after "a morally troubled and painful life". In Antero, we find a "restless mind, in permanent restlessness" which make us believe that he suffered from bipolar disorder, so often associated with creative genius.

***

## Introdução

Antero de Quental (1842-1891), uma das maiores referências literárias nacionais, mas que também deu contributos na filosofia, jornalismo e intervenção social, começou desde jovem a experienciar episódios de mudança de humor, que muito o angustiavam e que culminaram no seu suicídio.

Símbolo de uma geração, a famosa Geração de 70 – Antero era possuidor de um espírito genial que fascinava todos os que o rodeavam.

Na sua obra mais célebre "Os Sonetos Completos", que o comparava a Camões ou Bocage, podemos ver uma autobiografia, levando-nos, ao mesmo tempo que disfrutamos da sua incrível genialidade a uma reflexão construtiva sobre o impacto da doença mental na sua obra mas também na vida.

**Discussão**

Nasceu em Ponta Delgada, na ilha de São Miguel – Açores, a 18 de abril de 1842, Antero Tarquínio de Quental, uma das grandes genialidades da literatura portuguesa. Filho de Fernando de Quental, um combatente liberal e Ana Guilhermina da Maia, com quem Antero teria uma relação muito próxima, foi o 4º de uma fratria de 7, de uma ilustre família açoriana.

Antero teve uma infância atribulada, marcada pela morte prematura de 2 dos seus 7 irmãos e história familiar de doença mental grave, do seu irmão mais velho, André, que "morreu louco" em Rilhafoles e sua mãe, que por temperamento e as circunstâncias sofreu de depressão.

O jovem Antero recebeu uma educação cuidada, de matriz católica e tradicional, dedicando-se desde cedo à poesia, filosofia e política. Com apenas 10 anos partiu para Lisboa para estudar no Colégio do Pórtico e, 3 anos depois, matriculou-se no Colégio Interno de São Bento em Coimbra.

> *"... pobre criança, arrancada do viver quase patriarcal de uma província remota e imensa no seu plácido sono histórico"*
> Antero de Quental

Antero de Quental ingressa por volta dos 16-17 anos no curso de Direito na Universidade de Coimbra, numa altura em que esta instituição universitária enfrentava grandes desafios causados pelo peso conservador e regras rígidas disciplinares.

> *"Uma organização de estudos atrasada de 100 anos"*
> Antero de Quental sobre a Universidade de Coimbra

É aqui que Antero, deste o primeiro ano, se destaca entre os seus pares, começando o seu percurso literário e filosófico, escrevendo em vários jornais locais sobre temas pouco habituais na altura de que são exemplo "A influência da Mulher na Civilização" e "A indiferença em política".

Dono de uma personalidade forte, as suas robustas convicções, tornam-no líder académico, promovendo vários manifestos contra o conservadorismo intelectual e sociopolítico da altura, sendo objeto de um processo académico, com penas severas tendo passado 8 dias na prisão. Quental e os colegas da sua geração, como Eça de Queiroz, cujos ideais se demarcavam do habitual e que procuravam progredir no ensino universitária ao ritmo "do século novo" e confrontados com o período austero que a Universidade de Coimbra enfrentava, decidiram fundaram uma sociedade secreta, a "Sociedade do Raio". Intitulada por Antero num "momento de exaltado e inspirado discurso revolucionário, ter estourado nas proximidades um fortíssimo rádio que a todos os partiu", esta sociedade pretendia renovar o país pela literatura, tendo o seu estilo organizativo grandes semelhanças com o modelo maçónico, tanto nos rituais de entrada, como nas práticas de decisão e de intervenção.

> *"A necessidade duma sociedade secreta, onde se preparem o espírito e o ânimo da Academia"*
> Antero de Quental sobre a Sociedade do Raio

Antero de Quental redige, na Sociedade do Raio o "Manifesto dos Estudantes da Universidade de Coimbra à Opinião Ilustrada do País", assinado por todos os membros da sociedade, que atesta uma vontade de participação na vida política e social que a instituição universitária tendia a reprimir.

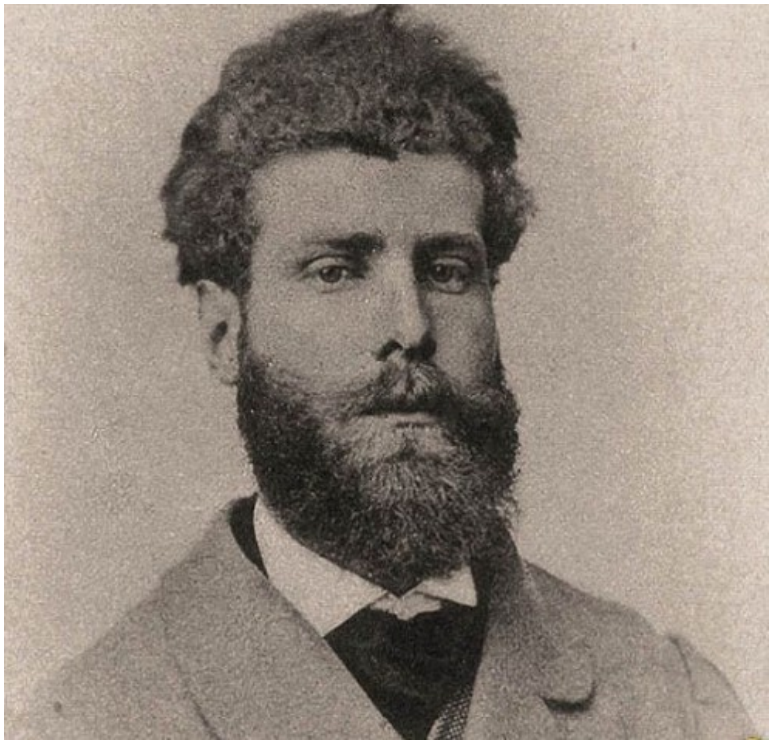


Figura 1 - Antero de Quental
Fonte: https://www.escritas.org/autores/antero-de-quental.webp [Acedido a 22 de janeiro de 2022]

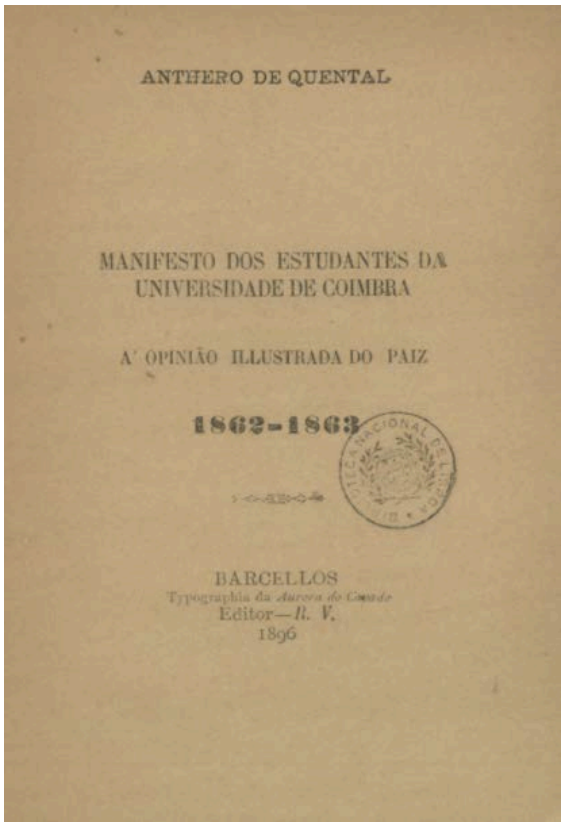



Figura 2 - Exemplar do *Manifesto dos Estudantes da Universidade de Coimbra à Opinião Illustrada do Paiz,* redigido por Antero de Quental
Fonte: https://purl.pt/39722/1/html/index.html#/5 [Acedido a 24 de janeiro de 2022

Por esta altura, a Europa refletia sobre questões sociais, com ideias defendidas por filósofos como Michelet, Proudhon, Quinet ou Hegel, que impulsionava ainda mais esta geração de estudantes a procurar mudar o ensino universitário.

> *"O ensino universitário não satisfaz a mocidade, convulsionada pelas grandes questões do dia – questões filosóficas, religiosas, históricas, sociais, económicas... que prendiam sobretudo a atenção, tornando-se o tema das discussões ordinárias, em vez das lições oficiais."*
> Alberto Sampaio, amigo de Antero de Quental, 1896

Assim, em 1861 e com apenas 19 anos, Antero de Quental publica os seus primeiros sonetos "Sonetos de Quental" e, quatro anos depois, publica as "Odes Modernas", influencia do socialismo experimental de Proudhon, que enaltecem a revolução.

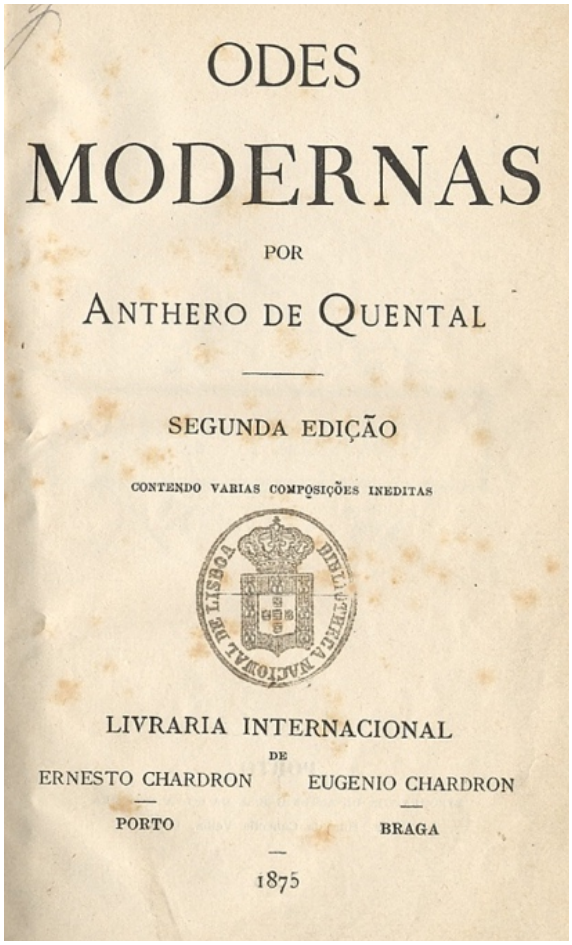

ODES
MODERNAS
POR
ANTHERO DE QUENTAL
SEGUNDA EDIÇÃO
CONTENDO VARIAS COMPOSIÇÕES INEDITAS
LIVRARIA INTERNACIONAL
DE
ERNESTO CHARDRON
PORTO
EUGENIO CHARDRON
BRAGA
1875

Figura 3 - 2ª Edição das *Odes Modernas* por Anthero de Quental
Fonte: https://purl.pt/156/1/index.html#/4/html [Acedido a 24 de janeiro de 2022]

Nas "Odes Modernas", que dedica a Germano Meireles (um dos grandes vultos da Escola Coimbrã e da Geração de 70 e amigo pessoal de Antero que faleceu precocemente com 35 anos, deixando duas filhas) Antero rompe com toda a poesia tradicional portuguesa, onde são banidos o romantismo, sentimentalismo e a religiosidade lírica, para dar lugar a ideias de liberdade e justiça, marcadas por um fervor revolucionário e sede de justiça social.
É por esta altura que Antero se sentia numa fase criativa, com otimismo, de bem estar e energia.

> "*Entro agora numa fase nova, e tenho jurado consagrar-me daqui em diante, todo e exclusivamente, ao trabalho de coordenação definitiva das minhas ideias filosóficas e, se tanto puder, à exposição metódica e rigorosa das mesmas.*"
> Carta de Antero de Quental e Carolina Michaelis, 1886

Em 1865, Quental promove a famosa polémica literária em Portugal travada entre os jovens da Universidade de Coimbra e os poetas amigos de António Feliciano de Castilho, a famosa Questão Coimbrã ou Questão do Bom Senso e Bom gosto, portadora de uma ideia nova europeia do realismo e naturalismo. Juntam-se a ele outros poetas e intelectuais, como Eça de Queirós e Oliveira Martins, formando a Geração de 70 ou Geração de Coimbra, empenhada em renovar o pensamento literário português.



Figura 4 - Geração de 70: Da esquerda para a direita - Eça de Queiroz, Oliveira Martins, Antero de Quental, Ramalho Ortigão, Guerra Junqueiro
Fonte: https://static.globalnoticias.pt/dn/image.jpg?brand=DN&type=generate&guid=79ff00d6-9df6-44c1-9128-69ad6f995a51&w=800&h=450&t=20201122224228 [Acedido a 24 de janeiro de 2022]

> "*a bela, a imensa missão do escritor* (António Feliciano de Castilho)... *sacerdócio, um ofício público e religioso de guarda incorruptível das ideias, dos sentimentos, dos costumes, das obras e das palavras* "

Panfleto Bom Senso e Bom Gosto redigido por Antero de Quental a António Feliciano de Castilho
As capacidades de Antero eram tão admiradas pelos colegas que Eça de Queirós chegou a escrever

> "*a inteligência e a poesia raramente vão juntas. Eu só conheço um homem, uma exeção, em que o sumo génio poético se alia à suma razão filosófica. É o nosso Antero de Quental*".

Entre 1865 e 1866 inicia-se um período de instabilidade na vida de Antero de Quental. Jovem adulto, com cerca de 23/24 anos e mais interessado em conhecer o mundo do trabalho e das classes operárias, atraído pelas ideias socialistas de Proudhon, do que usufruir das propriedades rurais herdadas em São Miguel ou exercer a profissão para a qual se preparara na Universidade, Antero pondera alistar-se no exército de Garibaldi mas acaba por decidir aprender a profissão de tipógrafo, primeiro em Lisboa, na Imprensa Nacional e depois em Paris, com o grande objetivo de se familiarizar com os problemas do proletariado.
Um ano depois, em 1867, regressa a Portugal desiludido e já com sintomas de uma doença que se avizinhava grave. Foi ainda em Paris que, ao fazer-se passar por amigo de Antero, apresentou as Odes Modernas a Michelet, um conceituado filósofo francês de quem recebe rasgados elogios.

Em 1968 regressa a Lisboa onde participa na formação do Cenáculo, juntamente com outros intelectuais como Eça de Queirós, Guerra Junqueiro e Ramalho Ortigão, que se reuniam para discutir livremente política, arte e ciência. Aqui, Antero procurou contagiar o grupo com a sua paixão pelas ideias de Proudhon e o reformismo social, assim como por assuntos de sociologia e metafísica, tornando-se líder do grupo.
No entanto, pese embora todo este entusiasmo e atividade, Antero sentia-se insatisfeito com a vida, decidindo em 1869 viajar durante um ano pela América do Norte. Em 1870, quando regressa, funda em Lisboa o jornal A República – Jornal da Democracia Portuguesa e, um ano depois, em 1871 inaugura as Conferências do Casino ou Conferências Democráticas do Casino Lisbonense, onde apresenta ideias revolucionárias, anarquistas, com o intuito de realizar uma reforma na sociedade portuguesa e onde participavam grande intelectuais da altura como Adolfo Coelho, Antero de Quental, Eça de Queiroz, Manuel Arriaga, Oliveira Martins e Teófilo Braga.
Em 1875, Antero de Quental participa na fundação, em Lisboa, do Partido Socialista Português, representando o culminar do processo de organização do movimento socialista em Portugal.

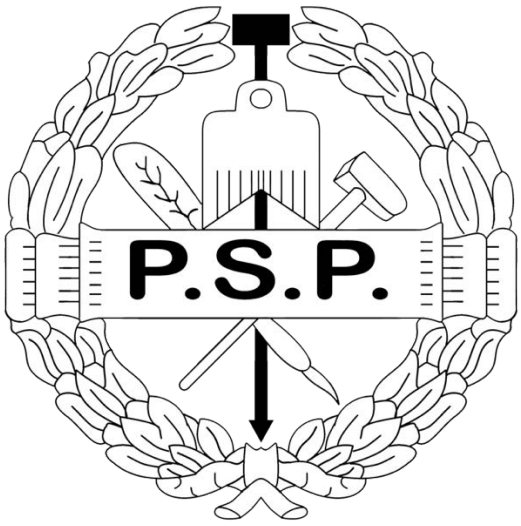



Figura 5 - Partido Socialista Português
Fonte:https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/cb/S%C3%ADmbolo_do_Partido_Socialista_Portugu%C3%AAs.png [Acedido a 22 de janeiro de 2022]

Em 1873, com o falecimento de seu pai, Antero de Quental herda uma quantia avultada de dinheiro, passando a viver exclusivamente desses rendimentos.
Um ano depois, em 1874, desde os primeiros meses que se tornou evidente a instabilidade de Antero, outrora confiante na vida, começou a isolar-se, tendo escrito em correspondência com um seu amigo:

> *"No mesmo ano de 1874 adoeci gravissimamente, com uma doença nervosa de que nunca mais pude restabelecer-me completamente. A forçada inação, a perspetiva da morte vizinha, a ruína de muitos projetos ambiciosos e uma certa acuidade de sentimentos, próprios da nevrose, puseram-me novamente e mais imperiosamento do que nunca, em fase do grande problema da existência. A minha antiga vida pareceu-me vã, e a existência em geral incompreensível".*
> Antero de Quental, 14 de maio de 1887, Ponta Delgada

É ainda durante esse ano, que Antero adoece com Tuberculose, tendo ficado, confinado à sua casa o que, parece não ter ajudado o seu humor já, tendencialmente deprimido.

2 anos depois do falecimento de seu pai, Antero doente e segundo descrição de sua mãe "*muito magro, muito abatido, desanimado... num estado de suscetibilidade nervosa que qualquer coisa o aflige, e mesmo irrita; não gosta que se tenha cuidado nele" a* sofre uma nova e mais dolorosa perda, a de sua mãe, com quem tinha uma relação de grande proximidade. Esta perda vem agravar ainda mais os seus sintomas e é nessa altura, consciente do seu estado mórbido, que decide procurar ajuda.
Em Portugal recorreu a conceituados médicos da altura, Sousa Martins e Curry Cabral, que não conseguiram ajuda-lo, motivo pelo qual decide procurar o então célebre médico e cientista parisiense Jean Martins Charcot, que entre outras contribuições na área da neurologia e psiquiatria, recomendava hipnose para o controlo de diversas doenças psiquiátricas como a histeria. Charcot prescreve então tratamentos termais – hidroterapia a Antero, nos arredores de paris, onde permaneceu entre 1878 e 1879.
Em 1879, sentindo algumas melhoras, volta a Portugal e à atividade política. Em 1880 adopta as duas filhas orfãs do seu grande amigo, Germano Meireles e, por aconselhamento médico muda-se para Vila do Conde em 1881, onde permanece durante 10 anos, com pequenas interrupções entre Lisboa e Ponta Delgada. O período em Vila do Conde foi considerado por Antero como o melhor da sua vida:

"*Aqui as praias são amplas e belas, e por elas me passeio ou me estende ao sol com a voluptuosidade que só conhecem os poetas e os lagartos adoradores de luz".*

Em 1886 publica a sua melhor obra poética "Sonetos Completos", de características autobiográficas e simbolistas, que Antero apresentou por ordem cronológico precisamente para formarem uma espécie de autobiografia poética e psicológica.

**Nirvana**

*Viver assim: sem ciúmes, sem saudades,*
*Sem amor, sem anseios, sem carinhos,*
*Livre de angústias e felicidades,*
*Deixando pelo chão rosas e espinhos;*

*Poder viver em todas as idades;*
*Poder andar por todos os caminhos;*
*Indiferente ao bem e às falsidades,*
*Confundindo chacais e passarinhos;*

*Passear pela terra, e achar tristonho*
*Tudo que em torno se vê, nela espalhado;*
*A vida olhar como através de um sonho;*

*Chegar onde eu cheguei, subir à altura*
*Onde agora me encontro - é ter chegado*
*Aos extremos da Paz e da Ventura!*

**Desesperança**

*Vai-te na asa negra da desgraça,*
*Pensamento de amor, sombra d'uma hora,*
*Que abracei com delírio, vai-te, embora,*
*Como nuvem que o vento impele... e passa.*

*Que arrojemos de nós quem mais se abraça,*
*Com mais ânsia, à nossa alma! E quem devora*
*Dessa alma o sangue, com que vigora,*
*Como amigo comungue à taça!*

*Que seja sonho apenas a esperança,*
*Enquanto a dor eternamente assiste.*
*E só engano nunca a desventura!*

*Se em silêncio sofrer fora vingança!...*
*Envolve-te em ti mesma, ó alma triste,*
*Talvez sem esperança haja ventura!"*

Antero de Quental

Em maio de 1891, deprimido, instala-se em Lisboa, com as suas duas filhas, em casa da irmã Ana de Quental, com quem teria muito boa relação. Um mês depois, viaja até Ponta Delgada, sua terra natal com a irmã e as filhas e, embora as primeiras correspondências com os seus amigos sejam animadoras, depressa revela um agravamento do seu estado de saúde "*Começo a estar cansado e é forçoso decidir isto – se morro ou se vivo. O estado de moribundo é uma coisa muito tediosa*".
Às 20h00 do dia 11 de setembro de 1891, com 49 anos, Antero de Quental suicida-se, com dois tiros de revólver *Lefaucheux*, num banco junto ao Convento de Nossa Senhora da Esperança, no Campo de São Francisco.

> "*Morrerei, depois de uma vida moralmente tão agitada e dolorosa na placidez de pensamentos tão irmãos das mais íntimas aspirações da alma humana, e como diziam os antigos, na paz do Senhor – Assim espero*".
> Antero de Quental




Figura 6 - Banco onde Antero de Quental se suicidou, junto ao Convento de Nossa Senhora da Esperança em Ponta Delgada
Fonte:https://pt.wikipedia.org/wiki/Antero_de_Quental#/media/Ficheiro:%C3%82ncoraEsperan%C3%A7a&banco@CSFrancisco(PDelgada).jpg [Acedido a 22 de janeiro de 2022]

**Conclusão**

Antero, o outrora estudante entusiasta que maravilhava todos os seus colegas com discursos eloquentes e ideias revolucionárias, após se formar, entra numa espiral de insatisfação com a vida e um desejo pela morte.
Apesar de ter tido algumas paixões, não se conheceu nenhuma relação afetiva oficial. A doença dominou-o assim a partir dos 32 anos.
Nos sonetos completos, uma espécie de autobiografia, encontramos uma evolução intelectual e sentimental, com as oscilações entre a euforia e a depressão vividas pelo poeta, atormentado por uma crescente angustia metafísica que o conduz ao pessimismo, mergulhado em inquietações filosóficas e religiosas.
A doença de Antero nunca foi formalmente diagnosticada, tendo sido apontadas hipóteses de histeria, neurose, depressão, psicose maníaco-depressiva, sendo esta última

a mais provável. As avaliações psiquiátricas e psicológicas posteriores à sua morte, baseadas na sua obra e percurso de vida, apontam para uma marcada instabilidade emocional, pautada por períodos de vibrante energia intervalados por angustiantes e paralisantes depressões que culminou com o suicídio.

**Referências Bibliográficas**


Cultura Governo dos Açores - Antero de Quental. *Roteiros Culturais dos Açores, Personalidades*. [Em linha]. (2011). [Acedido a 10 de janeiro de 2022]. Disponível na Internet: http://www.culturacores.azores.gov.pt/ficheiros/roteiros/2012130144119.pdf

FLORES, Francisco Moita. - As Mortes de Antero de Quental – "Autópsia" de um Suicídio. *Instituto de História e Teorias das Ideias. Faculdade de Letras*. [Em linha]. (1991). [Acedido a 10 de janeiro de 2022]. Disponível na Internet: https://digitalis.uc.pt/pt-pt/artigo/mortes_de_antero_de_quentalaut%C3%B3psiade_um_suic%C3%ADdio

GUERREIRO, José Manuel Pereira - A Ideia da Morte nos Sonetos de Antero de Quental. *Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve*. [Em linha]. (2008). [Acedido a 12 de janeiro de 2022]. Disponível na Internet: https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/280/1/TESE.pdf

http://cvc.instituto-camoes.pt/seculo-xix/antero-de-quental.html#.WNPtV2ekJoA

https://imprensanacional.pt/antero-de-quental/

https://pt.wikipedia.org/wiki/Antero_de_Quental

https://www.adeb.pt/files/upload/gerais/biografia_antero-de-quental_resumo.pdf

https://www.ebiografia.com/antero_quental/

LUZES, Pedro - A doença de Antero: Influência da relação Mãe-Filho. *Revista COLOQUIO/Letras*. [Em linha]. (1992). pág. 53. [Acedido a 12 de janeiro de 2022]. Disponível na Internet: https://coloquio.gulbenkian.pt/cat/sirius.exe/do?bibrecord&id=PT.FCG.RCL.6300&org=I&orgp=123

NÓVOA, António - Em nome da liberdade, da fraternidade e da emancipação da academia: um importante inédito de Antero de Quental redido no âmbito das actividades da "Sociedade do Raio": (Coimbra, 1861-1863*). Instituto de história e Teorias das Ideias – Faculdade de Letras - Imprensa da Universidade de Coimbra.* [Em linha]. (1991). [Acedido a 12 de janeiro de 2022]. Disponível na Internet: https://eg.uc.pt/bitstream/10316/35939/1/COIMBRA%201969%201979%20Luto%20Academico.pdf

QUENTAL, Antero de - Sonetos Completos. *Reedição Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro*. (2014). [Acedido a 13 de janeiro de 2022]. Disponível na Internet: https://bibliotecadigital.flavioresende.pt/download/360/Os%20Sonetos%20Completos%20%28Portugues%20-%20Antero%20de%20Quental.pdf

# FERNANDO PESSOA – GENIALIDADE OU DOENÇA BIPOLAR?

**Francisca Bastos Maia[*]; Pedro Cotta[*]; Serafim Carvalho[**]**
[*]Centro Hospitalar Universitário do Porto; **Hospital Magalhães Lemos
[*]Médica(o) interna(o) de Psiquiatria da Infância e Adolescência;
**Assistente Graduado de Psiquiatria
E-mails:franciscabbmaia@gmail.com; pcotta2tt@gmail.com; smicarval@gmail.com

**Resumo**
Fernando Pessoa (1888-1935) foi um dos escritores portugueses mais geniais e controversos, cuja característica mais peculiar foi a criação de vários heterónimos. Tendo em conta o seu génio e singularidade, especula-se que Fernando Pessoa tenha sofrido de alguma doença psiquiátrica, visto que se sabe que a doença mental é mais frequente entre os génios. Sendo a perturbação afetiva bipolar um dos diagnósticos mais consensuais, com este trabalho, pretende-se justificar, com recurso a escritos do autor, o possível diagnóstico de doença bipolar. Nos seus poemas, Pessoa faz referência a vários sintomas compatíveis com episódios maníacos, nomeadamente elação do humor, taquipsiquismo, graforreia, aumento da atividade dirigida a objetivos e ideias sobrevalorizadas de teor místico. Para além disto, há inclusivamente uma carta de Pessoa a solicitar internamento por se encontrar num estado de "loucura psicasténica", o qual correspondeu, provavelmente, a um episódio maníaco ou hipomaníaco.

**Palavras-chave**: literatura, Fernando Pessoa, psicopatologia, doença bipolar, heterónimos

**Abstract**
Fernando Pessoa (1888-1935) was one of the most brilliant and controversial portuguese writers, whose most peculiar characteristic was the creation of several heteronyms. Given his genius and uniqueness, it is speculated that Fernando Pessoa had suffered from some psychiatric illness, as it is known that mental illness is more frequent among geniuses. As bipolar affective disorder is one of the most consensual diagnoses, this work intends to justify, using Pessoa's writings, the possible diagnosis of bipolar disorder. In his poems, Pessoa refers to various symptoms compatible with manic episodes, including mood swings, tachypshychism, graphorrhea, increased activity aimed at goals and overvalued ideas of mystical content. In addition, there is even a letter from Pessoa requesting hospitalization for being in a state of "psychasthenic madness", which probably corresponded to a manic or hypomanic episode.

***

## Introdução

Fernando Pessoa (1888-1935) é, ainda hoje, um dos escritores portugueses mais geniais e controversos, sendo mundialmente conhecido pela criação de diversos heterónimos.
A literatura tem correlacionado a criatividade com as perturbações do humor, sendo que existe ampla literatura que relaciona a criatividade e até a genialidade à perturbação afetiva bipolar. Schopenhauer afirma categoricamente que "O génio está mais próximo da loucura do que do intelecto mediano". O próprio Pessoa afirma que "a loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana. (…) Ter consciência dela e ela ser grande é ser génio.".

Efetivamente, especula-se que o Fernando Pessoa tenha padecido de várias perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbação afetiva bipolar, fobia social ou perturbação do uso do álcool. O objetivo deste trabalho é encontrar evidências na sua vida e obra que suportem o diagnóstico de doença bipolar.

**Discussão**

Ao ler a obra de Fernando Pessoa, percebemos que há textos de matrizes contrastantes – verificam-se não só mudanças drásticas no seu estilo literário, mas também na celeridade com que foram escritos, no sentido que ora bradava a plenos pulmões o dinamismo da modernidade, o "sentir tudo de todas as maneiras", ora lamentava o cansaço da vida, o tédio, o não ser nada. Estas variações fizeram com que compreendêssemos haver em Pessoa uma variação tal de humor que não era produto intencional das suas dissociações heteronímias, mas poderiam traduzir, muito provavelmente, fenómenos psicopatológicos da Perturbação Afetiva Bipolar.

**Características da vida de Fernando Pessoa que indicam o diagnóstico de doença bipolar**

Há várias características da vida de Pessoa que indiciam o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar. No que diz respeito à ocorrência de episódios depressivos, Pessoa terá pensado, pelo menos 2 vezes, em ser internado num sanatório psiquiátrico, na sequência das suas crises depressivas. Quando se sentia assim, Pessoa isolava-se, sentia um profundo cansaço, sentia-se "um nada". A inspiração mitigava, trabalhava menos e tinha mais dificuldades financeiras, tendo que pedir dinheiro emprestado aos amigos por várias vezes. Para além disso, há referência a ideação suicida em vários poemas seus, nomeadamente em "Se te queres matar, por que não te queres matar?" e em "Tabacaria", o qual foi denominado de epopeia do fracasso. Exemplo:

> "Se te queres matar, porque não te queres matar?
> Ah, aproveita! que eu, que tanto amo a morte e a vida,
> Se ousasse matar-me, também me mataria..."

Contrariamente, no que concerne à ocorrência de episódios (hipo)maníacos, sabe-se que houve vários episódios da sua vida em que Fernando Pessoa empreendia mil projetos, envolvia-se em movimentos literários, escrevia incessantemente, numa verdadeira graforreia. Nessas ocasiões, Pessoa tinha "consciência" de missão e a certeza da genialidade. Assim, na sua obra, há diversos exemplos de poemas com pistas de sintomas (hipo)maníacos: "Ode Triunfal", "Ode Marítima", "Saudação a Walt Whitman", "Eu o complexo, eu o numeroso…", "Afinal, a melhor maneira de viajar é sentir…".

Neste contexto, importa referir que há estudos que demonstram que a produção de rimas, trocadilhos e associações de palavras por assonância estão aumentadas na mania e muitos pacientes começam a escrever poesia espontaneamente num episódio maníaco. Pacientes em episódio maníaco tendem não só a falar mais e mais rápido como a utilizar um discurso mais forte e colorido, incluindo mais verbos de ação e adjetivos.

Na "Saudação a Walt Whitman" da autoria de Álvaro de Campos, é especialmente evidente o taquipsiquismo, a desinibição, a verborreia e a elação do humor:

> "Ó sempre moderno e eterno, cantor dos concretos absolutos,
> Concubina fogosa do universo disperso,
> Grande pederasta roçando-te contra a diversidade das coisas
> Sexualizado pelas pedras, pelas árvores, pelas pessoas, pelas profissões,
> Cio das passagens, dos encontros casuais, das meras observações,

Meu entusiasta pelo conteúdo de tudo,
Meu grande herói entrando pela Morte dentro aos pinotes,
E aos urros, e aos guinchos, e aos berros saudando Deus!
(…)"

Já na "Ode Triunfal", também da autoria de Álvaro de Campos, evidenciam-se igualmente vários sintomas de um episódio (hipo)maníaco, particularmente, agitação psicomotora, verborreia, fuga de ideias, grandiosidade e taquipsiquismo:

"À dolorosa luz das grandes lâmpadas elétricas da fábrica
Tenho febre e escrevo.
Escrevo rangendo os dentes, fera para a beleza disto,
Para a beleza disto totalmente desconhecida dos antigos."

**Prosa de Fernando Pessoa pautada por sintomas de episódios depressivos e de episódios (hipo)maníacos**

A prosa redigida pelo autor encontra-se pautada por uma diversidade de sintomas característicos de episódios depressivos, nomeadamente demonstrando ser assaltado pela abulia, apatia e anedonia nos seguintes excertos: "Dá-se em mim uma suspensão da vontade, da emoção, do pensamento, e esta suspensão dura magnos dias. (…) Nesses períodos de sombra, sou incapaz de pensar, de sentir, de querer. Não sei escrever mais que algarismos ou riscos.", "Por isso, estou numa abulia absoluta, ou quase absoluta, de modo que fazer qualquer cousa me custa como se fosse levantar um grande peso ou ler um volume de Teófilo.".

A tristeza é igualmente ubíqua em vários excertos da sua obra: "… nem os sonhos me agradam, porque lhes acho defeitos… Eu não sou pessimista, sou triste.", "Tudo me cansa, mesmo o que não cansa. A minha alegria é tão dolorosa quanto a minha dor. Entre mim e a vida há um vidro ténue. Por mais nitidamente que eu veja a vida, eu não lhe posso tocar…". Finalmente, a desesperança também se faz notar na sua obra, particularmente no seguinte excerto: "Uma náusea física da vida inteira nasceu com o meu despertar. Um horror a ter que viver ergue-se comigo da cama. Tudo me parece oco e tive a impressão fria de que não há solução para problema algum.".

A prosa de Pessoa é também rica em pistas sobre vários sintomas de episódios (hipo)maníacos. Por um lado, há um excerto onde é especialmente clara a elação do humor e as suas ideias de grandiosidade – "Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.". Também relativo à elação de humor e à diminuição da necessidade de sono, há um excerto onde estes sintomas estão especialmente manifestos: "O dia acabou bem, no Hotel, com a tia Lisbela; eu com excelente disposição e conversador, fui amável com ela e a sobrinha, evidentemente. Na madrugada do dia 16 (entre as 2 e as 5 horas), grande agitação mental, ideias filosóficas excelentes e importantes, que completam parte do meu sistema. Mistura de megalomania e ideias religiosas (que de modo algum atacaram a lucidez). Adormeci às 5 e meia, até cerca das 11 horas de dia 16. Este pedaço de noite foi notável em termos de atividade mental.". A par das ideias de grandiosidade, o aumento da autoestima é, amiúde, um sintoma que caracteriza um episódio (hipo)maníaco, ambos os sintomas parecem claros nos seguintes excertos: "Cada vez mais ponho na essência anímica do meu sangue o propósito impessoal de engrandecer a pátria e contribuir para a evolução da humanidade.", "Hoje, ao tomar de vez a decisão de ser Eu, de viver à altura do meu mister (…) reentrei de vez, de volta da minha viagem de impressões pelos outros, na posse plena do meu Génio e na divina consciência da minha Missão.".

Por outro lado, o aumento da energia permeia outro excerto da sua obra – "Toda a alma digna de si própria deseja viver a vida em Extremo. (...) Conquistar mais é próprio dos loucos. (…) Pode viver-se a vida em extremo pela posse extrema dela, pela viagem ulisseia através de todas as sensações vividas, através de todas as formas de energia exteriorizadas.".
No que concerne os aspetos cognitivos, é notório que o taquipsiquismo e a fuga de ideias têm impacto na produção da obra do autor, como é evidente no seguinte excerto: "Os meus escritos ficam sempre inacabados: sempre se intrometeram novos pensamentos, extraordinários, inexequíveis associações de ideias que só têm por termo o infinito…".

**Cronologia de possíveis episódios depressivos e episódios (hipo)maníacos**

Atendendo ao conhecimento de alguns eventos particulares da sua vida, é possível tentar elaborar uma cronologia dos episódios depressivos do autor. Um possível primeiro episódio depressivo terá ocorrido em dezembro de 1914, altura que, para Pessoa, ter-se-á tratado de uma "noite de tempestade", parecendo encapsular um quadro depressivo do qual padecerá outras tantas vezes. A 26 de abril de 1916, escreve uma carta a Mário de Sá-Carneiro, em que expressa a sua desolação pela doença da mãe e em que escreve: "tenho a pesar sobre mim a gravíssima doença da minha mãe. (…) Já esta angústia, hoje consubstanciada comigo, me apoquenta e me desvaira.". É possível que esta desolação e angústia traduzam mais um episódio depressivo. Já em outubro de 1920, Pessoa inicia uma fase depressiva tão intensa que o faz pensar em internar-se num sanatório psiquiátrico.
A sua obra muitas vezes dá pistas sobre experiências vivenciais contemporâneas à sua redação. Tal acontece, por exemplo, em abril de 1926, em que Pessoa escreve o segundo "Lisbon Revisited" e "Se te queres matar, porque não te queres matar?" que anunciam o negro matiz que reinará daí em diante.
Por outro lado, sabe-se que, no início de 1930, sucedeu-se a rotura afetiva definitiva com Ofélia, à qual se seguiu mais um período sombrio. Os poucos poemas escritos nos primeiros meses de 1930 são odes niilistas, lamentos e expressões de derrota e fracasso. Para além disso, verifica-se a existência de ideação suicida manifesta em alguns poemas que redige. Já de setembro a dezembro de 1930, assistiu-se a um arrefecimento na sua produção literária que faz Bernardo Soares escrever no Livro da sua vida que "Há muito tempo que não escrevo. Têm passado meses sem que viva, e vou durando, entre o escritório e a fisiologia, numa estagnação íntima de pensar e de sentir. Isto, infelizmente, não repousa: no apodrecimento, há fermentação.", levando-nos a pensar que esta diminuição da produção literária possa ter sido motivada por mais um episódio depressivo.
De forma contrastante com os eventos supracitados, no dia 8 de março de 1914, de acordo com o autor, teve lugar o "Dia triunfal" da sua vida, quando redige "trinta e tantos poemas a fio, numa espécie de êxtase cuja natureza não conseguirei definir…". Após a "Ode Triunfal" e os "Dois Excertos de Odes", entre o verão de 1914 e a primavera de 1916, Álvaro de Campos vai escrever, sucessiva ou simultaneamente, seis outras grandes Odes, das quais duas, "Ode Marítima" e "Saudação a Walt Whitman" têm cada uma um milhar de versos; três, "Ode Marcial", "Passagem das Horas" e "A Partida", muitas centenas cada uma, e a que começa por "Afinal, a melhor maneira de viajar é sentir" pouco mais de cem. Já em março de 1915, sai o primeiro número da revista Orpheu, a qual revolucionou a literatura portuguesa e inaugurou o modernismo nacional. Classificada como ousada e provocadora, a revista só teve dois números publicados. Em dois anos, mora em cinco casas. Esta produção literária frenética, o empreendimento do projeto da revista Orpheu e a mudança tão frequente de casa durante este período leva-nos a pensar

que, é possível que tenha havido um ou vários episódios (hipo)maníacos durante este período de tempo.
Entre 1921 e 1924, parece ter havido um período muito fecundo para Pessoa, tendo este empreendido muito projetos, produzido muito literatura e fundado a Editora Olisipo, fazendo-nos novamente indagar se não poderiam ter ocorrido vários episódios (hipo)maníacos durante este período.
Já no dia 31 de agosto de 1925, Pessoa redige uma carta com destinatário não identificado, em que refere estar a sofrer um "acesso – ligeiro, suponho, e, se assim é, curável – de loucura psicasténica. Como, se é certo o que de mim presumo – e se não é certo, é provável que o meu diagnóstico de leigo seja brando -, é recomendável o internamento em manicómio.". Nesta carta, Pessoa parece referir-se a um possível episódio (hipo)maníaco que, caso configure critérios para internamento, trata-se inequivocamente de um episódio maníaco.
Finalmente, na primavera de 1930, Pessoa escreve incessantemente, num período prodigioso só comparável ao decorrido entre 1914 e 1916 – "Podemos considerar que os poemas e os textos em prosa de toda a espécie, escritos nos últimos anos, constituem mais de metade da produção total. E é entre eles que se lhe encontram algumas das obras mais fortes.", permitindo-nos concluir que, possivelmente, nesta altura, tratou-se de mais um episódio (hipo)maníaco.

**Heterónimo cuja obra nos induz mais a pensar em perturbação afetiva bipolar**
Outro aspeto relevante a mencionar quando se considera a perturbação afetiva bipolar como um diagnóstico pertinente a atribuir a Fernando Pessoa é que, efetivamente, Álvaro de Campos é o heterónimo que mais nos induz a pensar em doença bipolar. De facto, a obra de Álvaro de Campos evidencia de uma forma mais flagrante os sintomas da "histero-neurastenia" (Perturbação afetiva bipolar).
Neste contexto, a obra de Álvaro de Campos pode ser dividida em três fases. A primeira fase, o decadentismo, em que a sua principal característica é a visão pessimista do mundo, com poemas pautados por um certo tédio e uma necessidade pungente de novas sensações, como "Opiário". Por outro lado, a segunda fase, ou fase futurista/sensacionalista, durante a qual, há uma clara influência do futurismo, estética também encontrada na obra dos escritores Walt Whitman e Marinetti. É evidente um fascínio pelas máquinas e pelo progresso em poemas futuristas como "Ode Triunfal" e "Ode Marítima". Finalmente, na terceira fase ou fase intimista/pessimista, encontramos um poeta ensimesmado, angustiado e incompreendido. Como temas, destacam-se a solidão interior, a nostalgia da infância, a frustração e a incapacidade de amar. O poema "Tabacaria" é um dos mais ilustrativos desta fase. Assim, a primeira e a terceira fases corresponderiam a períodos mais depressivos, onde há grande produção de poemas autobiográficos, e a segunda fase diria respeito a períodos de (hipo)mania, onde redige essencialmente Odes.

**Enquadramento diagnóstico de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-5):**
De acordo com o DSM-5, para se fazer o diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar tipo I ou tipo II, é necessário preencher os critérios para, pelo menos, um episódio maníaco ou hipomaníaco ao longo da vida, respetivamente.
Comecemos por nos debruçar sobre os critérios de diagnóstico para um episódio maníaco:

A.Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia,

com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária). De acordo com alguns episódios mencionados na cronologia de possíveis episódios (hipo)maníacos, conclui-se que alguns destes episódios duraram habitualmente mais de uma semana, pelo que o critério temporal parece estar preenchido.
B.Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
1.Autoestima inflada ou grandiosidade. → Se considerarmos que os excertos da prosa do autor constituem evidências de episódios maníacos, é evidente, pelo menos num dos excertos supramencionados ("Hoje, ao tomar de vez a decisão de ser Eu, de viver à altura do meu mister (…) reentrei de vez, de volta da minha viagem de impressões pelos outros, na posse plena do meu Génio e na divina consciência da minha Missão."), este aumento da autoestima, assim como a grandiosidade.
2.Redução da necessidade de sono. → A diminuição da necessidade de sono é inequívoca no excerto suprarreferido: "Adormeci às 5 e meia, até cerca das 11 horas de dia 16. Este pedaço de noite foi notável em termos de atividade mental.".
3.Mais loquaz do que o habitual ou pressão para continuar a falar. → Em poemas como a "Ode Triunfal" e a "Saudação a Walt Whitman", é evidente não só o taquipsiquismo, mas também a verborreia.
4.Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados. → A fuga de ideias está patente em vários poemas e excertos da prosa de Fernando Pessoa, destacando-se este excerto em que a fuga de ideias é clara: "Os meus escritos ficam sempre inacabados: sempre se intrometeram novos pensamentos, extraordinários, inexequíveis associações de ideias que só têm por termo o infinito…".
5.Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6.Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos). → A agitação psicomotora também parece permear a "Ode Triunfal", nomeadamente neste excerto: "(…) Escrevo rangendo os dentes (…)". Para além disso, é evidente o aumento da atividade dirigida a objetivos em vários períodos da sua vida, nomeadamente entre 1914 e 1916 em que tem uma produção literária frenética, redigindo Odes com milhares de versos; entre 1921 e 1924 em que empreende mil projetos (produção literária fecunda e fundação da editora Olissipo) e em 1930 em que escreve incessantemente.
7.Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (por exemplo: surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
A.A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas. → De acordo com os episódios descritos, quando estes configuram episódios maníacos, houve até uma maior produção literária, contrariamente ao prejuízo acentuado no funcionamento que deve ser observado. O único prejuízo que pode ter sido observado diz respeito ao funcionamento social, pois Pessoa terá vivido em cinco casas em dois anos. Não obstante, a 31 de agosto de 1925, Pessoa escreve uma carta em que refere estar a sofrer um acesso de "loucura psicasténica" que, na sua opinião, requer internamento psiquiátrico. Apesar de não se ter conhecimento de qualquer internamento psiquiátrico de Pessoa, o facto dos sintomas serem graves a ponto do próprio considerar que há

necessidade de internamento, podia fazer-nos pensar que efetivamente este teve, pelo menos, um episódio maníaco ao longo da sua vida.
B.O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.
Atentemos agora nos critérios A e C para um episódio hipomaníaco, visto que estes são os únicos critérios que diferem de um episódio maníaco para um episódio hipomaníaco:
A.Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
C.O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático. → É evidente em excertos da sua prosa e poesia que há períodos limitados no tempo em que a sua escrita frenética e exuberante provavelmente reflete esta mudança no funcionamento que é necessária ao diagnóstico.

**Conclusão**

Após análise da obra e vida de Fernando Pessoa, é possível estabelecer um possível paralelismo entre o padrão de atividade criativa e as suas variações de humor. De facto, depois de estabelecido este paralelismo e uma possível correlação entre psicopatologia e vários aspetos da sua produção literária, o diagnóstico de doença bipolar parece plausível. No entanto, é difícil concluir se se trata de uma perturbação afetiva bipolar tipo I ou tipo II, visto que é difícil avaliar o critério temporal e de impacto no funcionamento (critérios A e C, respetivamente).
Atendendo a que não há relatos de qualquer internamento psiquiátrico de Pessoa e a que não houve prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional (houve antes uma mudança clara no funcionamento), parece ser mais provável tratar-se de uma Perturbação Afetiva Bipolar tipo II.

**Bibliografia**

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
Ferreira, E. M. (Janeiro/Junho de 2012). Fernando Pessoa e o Distúrbio de Personalidades Múltiplas. *Intersemiose*, pp. 58-76.
Pessoa, F. (1985). *Poesias de Álvaro de Campos* . Porto: Clássica Editora.
Pessoa, F. (2000). *O livro do desassossego*. Linda-a-Velha: Assírio & Alvim.
Silva, S. A. (2009). *Estudo patográfico de Fernando Pessoa.*

# A CONFISSÃO DE LÚCIO, DE MÁRIO DE SÁ CARNEIRO – SUBLIMAÇÃO NA CRIAÇÃO ARTÍSTICA

**Liliana Gomes *; Emanuel Santos****
Hospital de Magalhães Lemos
*Interna de Formação Específica Psiquiatria; **Assistente Hospitalar Psiquiatria
Email: liliana.carmo@hotmail.com; emanuelsantos@hmlemos.min-saude.pt

**Resumo**
Mário de Sá Carneiro teve uma vida curta, tendo-se suicidado com apenas 25 anos. Apesar disso, deixou uma marca indelével, tendo sido um dos mais ilustres representantes da Geração Orpheu. O conto *A Confissão de Lúcio*, é por muitos considerado a sua obra prima. Este livro é um drama intensamente psicológico e inovador para a época, que se presta a diversas interpretações, desde a loucura da personagem-título até à ocorrência do fantástico. Segundo a visão mais aceite, a existência de um triângulo amoroso esconde uma relação homossexual entre as personagens Lúcio e Ricardo, dois artistas. No entanto, a consumação dessa relação implica, através de mecanismos misteriosos e num processo de sublimação artística, a criação de uma terceira personagem, feminina. Neste trabalho, analisam-se, sob um pendor eminentemente psicodinâmico, as motivações internas das personagens e os mecanismos psicológicos predominantes. Estabelecem-se, ainda, paralelismos com a vida do autor da obra.

**Palavras-chave:** Sá Carneiro; Confissão Lúcio; sexualidade; sublimação; estigma

**Abstract**
Mário de Sá Carneiro had a short life, having committed suicide when he was 25 years old. Despite this, he left an indelible mark, having been one of the most illustrious representatives of the Orpheu Generation. The short story *Lucio´s Confession* is considered to be his masterpiece. This book is an intensely psychological and innovative drama, which lends itself to different interpretations, from the madness of the title character to the occurrence of the fantastic. According to the most accepted view, the existence of a love triangle hides a homosexual relationship between the characters Lucio and Ricardo, two artists. However, a consummation of this relationship implies, through mysterious mechanisms and in a process of artistic sublimation, the creation of a third character, female. In this work, under an eminently psychodynamic view, the characters' internal motivations and the predominant psychological mechanisms are analysed. Parallels are also established with the author´s life.

***

## Introdução

Mário de Sá Carneiro foi um prolífico poeta, mas é a obra em prosa *A Confissão de Lúcio,* que é por muitos considerada a sua obra-prima. Este é um conto breve, mas muito intenso, que se presta a várias interpretações. Neste trabalho, pretende-se abordar a biografia de Sá Carneiro e o contexto do seu tempo, fazer um resumo da sua obra *A Confissão de Lúcio* e abordar algumas interpretações deste conto, com um foco na que é mais aceite. Dentro desta visão, vou-me focar nas motivações internas das personagens e os movimentos psicológicos que os guiam.

**Biografia**

Mário de Sá Carneiro nasceu em 1890. Tendo perdido a mãe cedo, foi criado por uma avó. Este escritor nasceu e cresceu numa altura particularmente atribulada da história de Portugal, de grande instabilidade sociopolítica e cultural, numa sociedade profundamente conservadora, mas onde se começava a manifestar um grande descontentamento com a Monarquia. Tudo isso influenciou a sua vida e obra. Ingressou no Curso de Direito, em Lisboa, e em 1912 segue para Paris, onde pretende retomar o mesmo curso. No entanto, deixa de lado os estudos para se dedicar à vida boémia da capital. Em 1914 retorna a Lisboa, de férias, e junta-se a Fernando Pessoa, um grande amigo seu, e a outros intelectuais com os quais lança, em 1915, a revista Orpheu, marco do Modernismo português. Sá Carneiro foi um nome incontornável deste movimento, tendo feito várias publicações em verso e prosa, entre elas *A Confissão de Lúcio*, em 1914.

De volta a Paris, conhece sérios problemas financeiros, devido à falência de seu pai, que lhe corta a mesada com que vivia. Nesse sentido, entrou num estado de desespero e, mergulhado em profunda crise existencial, suicida-se com apenas 25 anos.

Fruto do seu tempo e vicissitudes pessoais, Sá Carneiro sentia de forma assinalável um inconformismo consigo e com o mundo, sendo de destacar a sua grande frustração física – achava-se gordo, muito branco, feio e disforme – factos que marcaram a sua produção literária, que muitas vezes mais parecia um autorretrato.

***A Confissão de Lúcio* – Resumo da Obra**

Esta obra marcante da literatura portuguesa do século XX estrutura-se em oito capítulos e é narrada na primeira pessoa pela personagem principal, Lúcio, que está preso há dez anos por um crime que jura não ter cometido. Nesta "confissão" Lúcio pretende, mas nem sempre consegue, fazer um esclarecimento o mais factual possível, apesar de ter uma noção clara do absurdo de seu relato. Durante toda a obra entrelaçam-se de forma intensa o verossímil e o inverosímil e a realidade e fantasia, o que dá a toda a história uma aura de mistério.

Lúcio inicia a sua narrativa no ano de 1895, quando foi para Paris estudar Direito, mas rapidamente se misturou com a vida boémia da cidade, tendo-se tornado escritor, muito à semelhança do autor da obra. Em Paris, conhece Ricardo de Loureiro, poeta, tendo-se formado uma amizade profunda entre eles. Essas duas personagens conhecem-se no dia em que ambos presenciam uma festa repleta de volúpia e sensualidade promovida por uma mulher americana e rica que muito exacerbou os sentidos de todos os que se encontravam presentes neste evento.

Passados alguns meses, Ricardo volta a Lisboa, onde casa com Marta e, posteriormente, Lúcio também retorna a Lisboa, restabelecendo contacto com o amigo. Torna-se frequentador assíduo da casa de Ricardo e Marta, juntamente com outros intelectuais. Com o desenvolver da trama, envolve-se sexualmente com Marta. A relação com Marta causa-lhe sentimentos de prazer, mas também de estranheza e angústia. Para além disso, apesar de tentar afincadamente, Lúcio não consegue obter informações sobre o passado de Marta nem pormenores do seu casamento com Ricardo.

Entretanto, Lúcio volta a Paris sem avisar Ricardo, por já não suportar mais a relação e por acreditar piamente que Ricardo sabia de tudo e nada fazia. Lá, após seis meses, encontrou um empresário da área das artes, que o convenceu a adaptar a sua nova obra para teatro. Entretanto, Lúcio pensou num outro final para a obra, que considerava mais adequado. Por esse motivo, voltou a Lisboa. Lá, reencontra Ricardo. Depois de uma discussão entre os dois, Ricardo leva Lúcio a sua casa, numa grande comoção. Ao encontrar Marta, Ricardo puxa de um revólver a dispara-lhe um tiro, e Marta tomba inanimada. No entanto, e citando a obra

*"E então foi o mistério… o fantástico mistério da minha vida…*
*Ó assombro! ó quebranto! Quem jazia estiraçado junto da janela, não era Marta — não! —, era o meu amigo, era Ricardo… E aos meus pés — sim, aos meus pés! — caíra o seu revólver ainda fumegante!…*
*Marta, essa desaparecera, evolara-se em silêncio, como se extingue uma chama…"*

Lúcio fica então culpado do crime que tenta explicar na sua confissão. No último capítulo, Lúcio descreve a sua vida no cárcere, onde esteve preso dez anos, que passaram rapidamente e tranquilamente e onde considera ter sido muito bem tratado. Após a saída da prisão, foi viver para uma vivenda isolada, onde espera passar o resto dos seus dias *"Sem desejos, sem esperanças"*.

**Interpretação da Obra**

Diferentes Perspetivas

Temos, então, uma história que à primeira vista parece ser um simples triângulo amoroso e até um cliché na ficção. No entanto, o evento final, do assassinato, torna-se inexplicável neste contexto simples de romance de folhetim. De facto, ao longo da obra o autor dá várias dicas subtis de que nem tudo é o que parece ser. Desde a publicação desta obra, foram surgindo algumas interpretações que pudessem explicar os eventos do livro.

Uma hipótese levantada por alguns autores é que Lúcio poderá estar simplesmente louco. É possível que Marta fosse uma alucinação visual, existente apenas na sua mente perturbada. Há mesmo quem infira que Lúcio não foi preso, mas sim internado num manicómio.

No entanto, esta não é a hipótese mais apoiada. De facto, há vários indícios no texto que apontam para uma interpretação muito mais subtil e interessante da obra. Segundo a visão mais aceite, a existência de um triângulo amoroso esconde uma relação homossexual entre as personagens Lúcio e Ricardo. No entanto, a consumação dessa relação implica, através de mecanismos misteriosos e num processo de sublimação artística, a criação de uma terceira personagem, feminina, duplo de Ricardo.

Há ainda quem defenda que grande parte das personagens são duplas umas das outras (o que atribui um ainda maior grau de complexidade à obra) e que Lúcio, Ricardo e Marta são a mesma pessoa (Ricardo e Marta como duplos de Lúcio). Neste caso, a relação amorosa seria uma espécie de gratificação narcísica. Assim, o triângulo Lúcio-Marta-Ricardo representa algo de neurótico e mórbido, pois os três acabam sendo uma só pessoa e cada um, os três. Numa publicação de Bartošová, esta defende a mesma posição, considerando Lúcio o corpo, Ricardo a alma, e Marta a arte. Neste caso, no momento do assassinato as três personagens morrem, cada um a seu próprio modo: um corpo desaparece, um fica morto no chão e o terceiro ainda vivo, mas morto em vida, *"sem desejos, sem esperanças"*.

No entanto, ao longo deste trabalho vou-me focar essencialmente na perspetiva mais defendida.

Relação entre Lúcio e Ricardo

Na obra há vários aspetos que aproximam as personagens Lúcio e Ricardo. Como exemplos, destaca-se o sentimento de inadequação social e o amor a Paris, algo que também é partilhado pelo autor do livro. Para além disso, há várias evidências de que o que os sentimentos que Lúcio e Ricardo nutriam um pelo outro era mais que uma amizade.

Lúcio descreve o dia em que conheceu Ricardo como *"encontro que marcou o princípio da minha vida"*. Sobre as conversas que têm, diz:

*"Pela primeira vez eu encontrara efetivamente alguém que sabia descer um pouco aos recantos ignorados do meu espírito — os mais sensíveis, os mais dolorosos para mim. E com ele o mesmo acontecera — havia de mo contar mais tarde."*

Por outro lado, Ricardo, em duas partes da obra, mais no início e quase no final da obra, relata de forma subtil as suas preferências sexuais.
No primeiro excerto, que também se evidencia um prenúncio para a criação de Marta:

*"para ser amigo de alguém (…) forçoso me seria antes possuir quem eu estimasse, ou mulher ou homem. Mas uma criatura do nosso sexo, não a podemos possuir. Logo eu só poderia ser amigo de uma criatura do meu sexo, se essa criatura ou eu mudássemos de sexo",*

E no segundo excerto:

*"Eu não podia ser amigo de ninguém… não podia experimentar afetos… Tudo em mim ecoava em ternura… eu só adivinhava ternuras… E, em face de quem as pressentia, só me vinham desejos de carícias, desejos de posse — para satisfazer os meus enternecimentos, sintetizar as minhas amizades…"*

No entanto, à época a homossexualidade era vista na sociedade como uma doença mental ou uma perversão, por isso uma relação entre eles seria muito dificilmente admitida de forma aberta. Para além disso, há mesmo autores que defendem que Lúcio e Ricardo sofrem de uma homofobia internalizada, o que se pode evidenciar pelos excertos seguintes.
Ricardo diz: *"carne feminina — que apoteose! Se eu fosse mulher, nunca me deixaria possuir pela carne dos homens — tristonha, seca, amarela: sem brilho e sem luz"*. Esta renúncia e quase nojo do corpo masculino parece funcionar como uma formação reativa, obscurecendo uma homossexualidade latente.
Tal também se evidencia pela reação de Lúcio ao conhecer a americana que promove uma festa já descrita, a qual diziam ser homossexual *"Com efeito, mal a vi, a minha impressão foi de medo — de um medo semelhante ao que experimentamos em face do rosto de alguém que praticou uma ação enorme e monstruosa."*

<u>Ricardo</u>
Como consumar então esta relação, que não é aceite por ninguém? Para o conseguir, Ricardo, sendo artista, cria uma personagem, Marta, uma espécie de desdobramento ou duplo de Ricardo. Tal permite uma consumação da relação não no plano físico, mas pelo menos no espiritual. Assim, Marta serve como uma fachada para uma relação heterossexual de Ricardo e como uma forma de satisfazer os seus desejos homossexuais, ainda que de forma indireta. Há um presságio desse ato mais no início da obra: *"E quanto mais a alma me endurece, mais eu tenho ânsia de pensar! Um turbilhão de ideias — loucas ideias! — me silva a desconjuntá-la, a arrepanhá-la, a rasgá-la, num martírio alucinante! Até que um dia — oh! é fatal — ela se me partirá — voará em estilhaços."* No entanto, mais para o final da obra, Ricardo admite-o a Lúcio de uma forma mais contundente.
*"Uma noite, porém, finalmente, uma noite fantástica de branca, triunfei! Achei-A… sim, criei-A!… criei-A…(…) mandei-A ser tua! Mas, estreitando-te ela, era eu próprio quem te estreitava… Satisfiz a minha ternura: Venci! E ao possui-la, eu sentia, tinha nela, a amizade que te devera dedicar — como os outros sentem na alma as suas afeições. Na hora em que a achei — tu ouves? — foi como se a minha alma, sendo sexualizada, se tivesse materializado. E só com o espírito te possuí materialmente! Eis o meu triunfo… Triunfo inigualável! Grandioso segredo!…"*

Esta criação de Ricardo é uma forma de sublimação, um mecanismo de defesa maduro no qual impulsos ou desejos socialmente inaceitáveis são transformados em outros, socialmente aceitáveis. Antes da obra começar já temos uma pista para o duplo. Antes do prefácio, temos uma frase de Fernando Pessoa que diz *"… assim éramos obscuramente dois, nenhum de nós sabendo bem se o outro não era ele próprio, se o incerto outro viveria…"*. Este fenómeno do duplo ou duplicação do Eu remonta a ideias antigas e foi adotada por diversos segmentos da cultura: na literatura, na religião, no folclore, entre outros. Algumas modalidades da temática do duplo são os desdobramentos da personalidade, as distorções da identidade e o Eu dividido fragmentado entre o bem e o mal.
Marta serve, também, como uma forma de projeção da alma de Ricardo. Ou seja, no desejo de possuir alguém que estima, Ricardo provoca uma dissociação da sua personalidade e do seu corpo para alcançar seu intento; ele "multiplica-se" para que "os afetos se materializem" nele. Vemos, na narrativa, o amor que Ricardo nutre por Lúcio, porém, ante a impossibilidade aparente de possuir alguém do mesmo sexo, devido ao facto de rejeitar a sua homossexualidade, ele se vê obrigado a mudar de sexo, o que configura a existência de Marta. Deste modo, conseguiu o poeta realizar sua maior obra de arte, pois por meio da mobilização de seus desejos e da dissociação do Eu, Ricardo consegue mais do que projetar, ele concretiza sua alma na figura de Marta. Marta é assim retratada como um arquétipo de Ricardo, a imagem psíquica do inconsciente do poeta, tornando-se uma imagem daquilo que Ricardo gostaria de ser de forma a tornar possível possuir Lúcio. Tal permitiu ao poeta encontrar no outro aquilo que não poderia ser encontrado em si. A sua rejeição ante a homossexualidade possibilitou-lhe ser outro, produzir um arquétipo e realizar o que tanto desejava.

<u>Lúcio</u>
Por seu lado, Lúcio começa a ter dúvidas sobre a existência de Marta, chegando por vezes a ponderar se ela não existirá apenas na sua imaginação. Tal é alimentado pela dificuldade em descobrir algo sobre o passado de Marta, pura e simplesmente porque esse passado não existe. No texto, existem múltiplas evidências que demonstram a irrealidade de Marta. Logo na sua primeira descrição, Marta é caracterizada como: *"carne mordorada, dura, fugitiva"*, com *"Mãos inquietantes de esguias e pálidas"* e *"tristeza maceradamente vaga"*.
Num outro momento, num serão em casa de Ricardo, um pianista toca uma música. Nesse momento Lúcio deixa de ver Marta. Após o final da música, Ricardo elogiou muito a composição, chegando mesmo a dizer *"Tive a impressão de que tudo quanto me constitui em alma, se precisou condensar para a estremecer — se reuniu dentro de mim, ansiosamente, num globo de luz…"*, como se Ricardo necessitasse de todo o seu espírito para melhor apreciar a música.
Doutra vez, ocorre a situação contrária. No momento em que Lúcio e Marta fazem amor pela primeira vez, Lúcio relata a Ricardo: *"Por acaso olhei para o espelho do guarda-vestidos e não me vi refletido nele! Era verdade! (…) Mas quer saber? Não foi uma sensação de pavor, foi uma sensação de orgulho"*. Esse sentimento de orgulho, estranho tendo em conta o seu relato, poderá dever-se à satisfação por finalmente ter conseguido, através da sua criação, a consumação da relação com Lúcio, de forma espiritual.
Para além disso, Lúcio não vivencia a relação com Marta de uma forma tradicional. Apesar de essa relação envolver prazer, o sentimento de estranheza está também muito presente, como se evidencia por estes excertos da obra. Inicialmente vê Marta como um ser de outra espécie:

> *"Sim, ao esvaí-la, ao lembrar-me de a ter esvaído, subia-me sempre um além-gosto a doença, a monstruosidade, como se possuíra uma criança, um ser de outra espécie ou um cadáver…"*

mais à frente como um ser do mesmo sexo:

> "*começou a parecer-me, não sei por que, que nunca a possuíra inteiramente: mesmo que não era possível possuir aquele corpo inteiramente por uma impossibilidade física qualquer: assim como se ela fosse do meu sexo!*"

e por fim como Ricardo:

> *"As suas feições escapavam-me como nos fogem as das personagens dos sonhos. E, às vezes, querendo-as recordar por força, as únicas que conseguia suscitar em imagem eram as de Ricardo."*

Mas é especialmente no próximo excerto, que se estabelece a relação entre as três personagens. Numa brincadeira, Marta pede a Ricardo que beije Lúcio e este considera que

> *"O beijo de Ricardo fora igual, exatamente igual, tivera a mesma cor, a mesma perturbação que os beijos da minha amante. Eu sentira-o da mesma maneira."*

Portanto, Lúcio percebe que algo não está a bater certo, e daí esse seu desconforto psíquico, pois apesar de Ricardo projetar em Marta as suas partes femininas, Lúcio por vezes sente-a como homem, como Ricardo. Essa estranheza em relação ao corpo de Marta muito provavelmente representa um desejo recalcado de fazer amor com Ricardo, no completo da sua alma e com o seu corpo masculino, algo considerado inaceitável para a sociedade onde vivem e para o próprio Lúcio, pelo menos no que se refere às partes mais conscientes da sua psique.
No entanto, pelo menos segundo a minha perspetiva, nos recantos mais inconscientes da sua mente, Lúcio sabe que Marta é Ricardo, mas recalca. Se não o fizesse, teria de assumir que ele ama e possuiu outro homem. Ao tentar encontrar uma justificação para lhe vir o rosto de Ricardo à mente quando pensa em Marta, a explicação que lhe vem é *"Decerto por ser o artista quem vivia mais perto dela"*, uma justificação pobre e que explica muito pouco. Na verdade, é mais fácil para Lúcio aceitar a ideia de adultério e traição do melhor amigo do que a perspetiva da sua homossexualidade.

**Conclusão**

*A Confissão de Lúcio* é uma obra complexa, em que nada é o que parece ser. Mostra como é possível satisfazer os desejos mais íntimos destas personagens, por mais recalcados que estejam, ainda que de uma forma transformada. No entanto, a tragédia que ocorre mostra as consequências de viver dessa forma. No final, Ricardo mata Marta, talvez como uma forma de remover a barreira que o separa de ter uma relação abertamente com Lúcio. No entanto, quem morre é Ricardo e a arma cai aos pés de Lúcio, não se percebendo bem como. O que Lúcio confessa nesta obra, se diz não ter morto Ricardo? Será a sua homossexualidade e vontade de viver uma relação amorosa com Ricardo? Ou será apenas a confissão da sua ausência de entendimento do que aconteceu? Tudo isto levanta questões que talvez nunca serão respondidas, pois a arte é feita de subjetividade.

**Referências**

Araújo F. (2009) *Do Duplo à Abjecção: uma Leitura de A Confissão de Lúcio de Mário de Sá Carneiro.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Brasil.
Bartošová N. (2008) *O Desdobramento das personagens na narrativa A Confissão de Lúcio de Mário de Sá-Carneiro.* Diploma de Bacharel, Faculdade de Artes, Universidade Brno, República Checa.

Candian R. (2007) *As Máscaras do Feminino em Mário de Sá Carneiro.* Dissertação de Mestrado, 2007, Programa de Estudos Pós-Graduados em Literatura e Crítica Literária, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
Cardoso J. (2009) A Confissão de Lúcio: Mistério, Sedução e Amavios. Cadernos CESPUC de Pesquisa, Belo Horizonte, n. 17, p.94 – 108.
Carneiro M. (1914) A Confissão de Lúcio; 1914
Cerdeira T. (2018) A Confissão de Lúcio: Narciso, o Espelho e a Morte. Revista Metamorfoses 14.2p. 29-45.
Dering R. (2012) Confissão de Lúcio: Confissão de Sá-Carneiro? Anais do III Congresso Internacional de História da UFG/ Jataí: História e Diversidade Cultural. Textos Completos.
Eiras P. (2011) Notícias do Abismo: Mário de Sá-Carneiro e A Confissão de Lúcio. Convergência Lusíada, n. 26, julho - dezembro de 2011, p. 146-159.
Kazan N. (2010) *O Insólito em A Confissão de Lúcio, de Mário de Sá Carneiro.* Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil.
Lourenço P. (2009) *O Eu e o Outro: Considerações sobre o Duplo N´A Confissão de Lúcio de Mário de Sá Carneiro.* Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
Luz A. (2010) *Identidade e Alteridade em A Confissão de Lúcio, de Mário de Sá Carneiro.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Letras e Linguística, Universidade Federal da Uberlândia, Brasil.
Oliveira L. (2010) A Confissão de Lúcio: o Amor como Alegorização do Duplo. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Literatura e Crítica Literária, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
Rodrigues A. (2016) *Não Aceitação Identitária: Homofobia Internalizada de Lúcio e Ricardo em A Confissão de Lúcio.* Tese Conclusão Curso, Centro de Educação, Universidade Estadual da Paraíba, Brasil.
Santana M. (2014) O Corpo Evanescente em A Confissão de Lúcio, de Mário de Sá-Carneiro. Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 85-90.

# SURREALISMO E PSIQUIATRIA: UM EXEMPLO EM CESARINY

**Filipe Peste Martinho[1*]; Daniela Magalhães[1*]; Rita Felício[1*]; Nuno Borja Santos[1**]**
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
* Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria;
** Médico Psiquiatra, Assistente Graduado Sénior
Email:filipepestemartinho@gmail.com

**Resumo**
Na teoria subjacente ao surrealismo, desenvolvida principalmente por André Breton, é descrito que a linguagem normal resulta da influência restritiva da sociedade sobre o indivíduo, que não pode expressar o seu interior genuíno de forma honesta. Os surrealistas procuraram mecanismos psicológicos para se libertar desse jugo convencionalista, nomeadamente através do automatismo psíquico puro de Breton e do método paranoico-crítico de Salvador Dali, para atingir uma forma mais pura de expressão da subjetividade. Tal resultou, naturalmente, em obras de arte que adquiriram características de loucura, porque se aquelas características da linguagem que a tornam normal são impostas pela sociedade, então uma linguagem livre está mais próxima da loucura.
Na obra de Mário Cesariny encontramos opções estilísticas que têm paralelos com alterações do pensamento. Estas pistas sugerem que a Cesariny não eram estranhas as estratégias de expressão da subjetividade criadas por outros surrealistas.

**Palavras-chave**: surrealismo, psiquiatria, psicopatologia, André Breton, Mário Cesariny

**Abstract:**
In the theoretical work that underlies surrealism, put forward mainly by André Breton, normal language is seen as a restrictive influence of society on the individual, who cannot express their genuine self in an honest way. Surrealist artists searched for psychological mechanisms to free themselves from this conventionalist yoke, such as Breton's pure psychic automatism and Salvador Dali's paranoic-critical method, to reach a purer form of expression of subjectivity. This resulted, naturally, in works of art that acquired the semblance of madness, because if the characteristics of language that make it normal are imposed by society, a free language is closer to madness.
In the work of Mário Cesariny we may find stylistic options that parallel though disorder. These clues suggest that Cesariny was privy to these strategies of subjective expression that were created by other surrealists.

**Keywords**: surrealismo, psychiatry, psychopathology, André Breton, Mário Cesariny

***

## Introdução

A leitura da obra poética de Mário Cesariny de Vasconcelos (em particular o do seu trabalho de natureza surrealista), enviesada pelo treino psicopatológico, suscita paralelismos claros com as alterações formais do pensamento que podem ser identificadas em pessoas com doença mental, como o afrouxamento associativo, a desagregação, a associação por consonância ou o neologismo. O conhecimento da influência da Psiquiatria na organização teórica do surrealismo, e da influência que essa organização teórica teve na obra de Mário Cesariny, permite compreender estes paralelismos, que são o resultado de um conjunto de técnicas deliberadas de expressão do subjetivo que

procuram emular aquelas que, na opinião destes artistas, ocorriam nas pessoas com doença mental. Nas páginas que se seguem explorar-se-ão estas relações teóricas e formais, concretizando-as com exemplos da obra deste autor.

**A Arte na Psiquiatria e a Psiquiatria na Arte**

Os autores surrealistas e alguns autores hoje apelidados de anti-psiquiátricos partilham o argumento de que os aspetos da linguagem e da expressão que lhes conferem as características que permitem descrevê-las como "normais" resultam da influência restritiva da sociedade sobre o indivíduo. Conversamente, a loucura é a manifestação pura da individualidade e da subjetividade genuínas livre do significado convencional restritivo das massas.[1] Esta ideia renova a visão romântica do louco criativo, e tornar-se-á claro que os surrealistas se inspiraram na figura do louco ao longo do desenvolvimento da teoria que subjaz ao surrealismo.[1]

André Breton, fundador do surrealismo, escreve que "sob a bandeira da civilização, acompanhado pelo pretexto do progresso, banimos do espírito tudo o que correta ou incorretamente se pode chamar superstição, fantasia, proibindo qualquer tipo de pesquisa sobre a verdade que não se conforma à prática aceite".[2] Como solução para isso, afirma que é preciso recusar "a série de obrigações intelectuais, morais e sociais que continuamente e de todos os lados pesam sobre o homem e o esmagam", e que o objetivo do surrealismo é a unificação "da realidade interior e da realidade exterior, que na presente forma de sociedade estão em contradição", isto é, o encontro entre a subjetividade genuína e a objetividade partilhada com o mundo.[3] O objetivo do surrealismo (como forma de arte avant-garde) de romper com os preceitos tradicionais concretizar-se-ia então ao explorar os aspetos da mente humana que haviam sido banidos por esses mesmos preceitos, e trazê-los para o ponto focal da atenção da consciência individual e coletiva como representações claras e honestas do ser humano.[1] No Manifesto Surrealista, explica que se nas massas há um peso excessivo da realidade exterior objetiva, no louco há o contrário, uma recusa excessiva em observar certas regras sem as quais a espécie é ameaçada e excessiva importância colocada na imaginação privada.[3] Os loucos e os seus métodos de expressão serviriam de exemplo para os surrealistas desenvolverem os seus próprios métodos de libertação da linguagem. Além da loucura, seria o sonho outro dos estados mentais que permitiria a libertação do jugo da realidade.[1]

Por outro lado, Foucault explica que a loucura era entendida na Renascença como a incapacidade da razão de frenar as paixões, que o louco era equacionado a um animal[4], e nestas palavras podemos encontrar um paralelo nas ideias de Breton da díade interior-exterior, privado-partilhado, genuíno-frenado.

Ao longo da história da Psiquiatria, houve tentativas de utilizar a arte produzida por pessoas com doença mental com a finalidade de determinar o diagnóstico, uma evidência clara da ideia de que a produção artística consiste num canal genuíno e fidedigno para a subjetividade da pessoa doente.[5] Diz Breton que os loucos são "uma tribo escrupulosamente honesta" .[3] Os surrealistas procuraram, deste modo, libertar-se da organização lógica habitual e tradicional da linguagem, ou até auto-induzir estados de simulacro de doença mental com a finalidade de atingir uma forma mais pura de expressão da subjetividade. Tal resultou, naturalmente, em obras de arte que na sua forma adquiriram características de loucura, porque aquelas características da linguagem que a fazem soar normal são impostas pela sociedade restritiva, logo uma linguagem livre é uma linguagem mais próxima da da loucura. Das técnicas utilizadas para essa finalidade, destacam-se o automatismo psíquico puro e o método paranóico-crítico.

**Automatismo psíquico puro**

Neste método, originalmente descrito por André Breton, o artista procura por o consciente de lado, e desenhar ou escrever de forma completamente aleatória, para que o produto seja, supostamente, uma expressão o mais pura possível dos fenómenos mentais. O autor procura suprimir o controlo consciente do processo artístico, permitindo então dar espaço aos produtos inconscientes da mente para imprimir o seu relevo no objeto de arte.[2] O automatismo psíquico puro veio a assumir muitas formas, a primeira e mais importante das quais a escrita automática, na qual o artista permite à mão movimentar-se livremente sobre a página, entregando ao acaso e tirando ao controlo racional a responsabilidade dos traços que forem impressos, na esperança que o produto artístico permita revelar algo do funcionamento mental que de outro modo seria reprimido. Noutro método, o cadáver esquisito, um autor escreve uma frase ou texto ou desenha uma imagem, dos quais oculta uma parte, e entrega o segmento visível ao autor seguinte, que prossegue o texto ou desenho, e assim sucessivamente, até produzir um trabalho completo por vários autores.[2]

**Método paranoico-crítico**

Este método, de Salvador Dalí, consiste na invocação sistemática de um estado paranóico, como sentir-se manipulado ou perseguido, para simular a desconstrução da sua identidade convencional e reorganização da realidade à sua volta para uma organização paranóica. Dalí interessou-se em particular nos aspetos do funcionamento paranoide que levam a pessoa a estabelecer ligações entre coisas que não têm uma ligação racional e a atribuir significados não convencionais, (re)interpretando aspetos da realidade à luz de uma organização paranoide, que subverte os significados convencionais e produz novos "falsos" significados delirantes. Nesse estado, produzia então a obra de arte, que consistiria em imagens não convencionais com origem na imaginação libertada do artista, mais próxima do que é a imaginação não convencional de um louco. Adicionalmente, Dali usou este método não apenas para produzir arte, mas também para interpretar os objetos do mundo: procurou com ele canalizar a sua própria forma individual de interpretar (à semelhança do que Freud descreveu que os doentes paranoides faziam), subvertendo portanto os significados convencionais das massas. Este método é particularmente claro na produção de imagens duplas ou ambíguas que podem ser interpretadas de múltiplas formas.[1]

Estes esforços de expressão pura aconteciam em linha com conceitos psicanalíticos de associação livre e interpretação de sonhos, métodos de exploração do inconsciente genuíno que está além do consciente frenado. Aliás, o próprio Breton explica que o automatismo psíquico puro é um método do surrealista para obter aquilo que o psicanalista obtém do doente na análise. Assim, Breton e os surrealistas em geral, apesar de se oporem à psiquiatria asilar e até de duvidar da existência de doença mental, acabaram por beber das ideias dos psiquiatras psicanalíticos, particularmente Freud e Lacan.[1] Para os surrealistas, a loucura trouxe para o surrealismo o valor da liberdade. Na linguagem convencional, os significados das palavras são constantemente distorcidos pelos interlocutores, tornando-as obsoletas; o louco usa as palavras de forma surrealista, livre do significado convencional, recordando os seus significados esquecidos.

**Mário Cesariny de Vasconcelos**

Mário Cesariny de Vasconcelos nasceu em Lisboa em 1923, filho de um pai ourives, autoritário, e de mãe de ascendência corsa e espanhola. Por decisão do pai, iniciou um curso de cinzelagem na Escola António Arroio, que completou mas não lhe agradou, pelo que fez um curso de habilitação a Escola de Belas-Artes de Lisboa, que nunca veio a frequentar. Além disso, estudou música com Fernando Lopes Graça. Foi na Escola

António Arroio que conheceu várias das personagens que o viriam a acompanhar na aventura surrealista anos mais tarde.
Cesariny desenvolveu uma extensa obra literária como antólogo, recopilador e historiador das atividades surrealistas em Portugal.[6] Abraçou primeiramente o neo-realismo como forma literária dissidente das correntes dominantes da época, numa atitude que sempre o caracterizou de procurar criticar e transformar a realidade à sua volta.[1] Posteriormente, graças a uma bolsa da Fundação Calouste Gulbenkian, frequentou a Académie de la Grande Chaumière em Paris em 1947, onde veio a conhecer André Breton, influência decisiva e fundamental no seu pensamento.
É depois desta viagem, fundamental na organização da biografia do autor, que contribui determinantemente na criação do Grupo Surrealista Português, como forma de protesto e dissidência do neo-realismo, que havia abraçado anos antes, e também como forma de resistência política ao regime. Foi a partir de então que a sua atividade assumiu uma atitude de constante experimentação. Veio pouco depois a fundar um novo grupo surrealista, Os Surrealistas, dissidente do anterior, na procura constante de mais espontaneidade e experimentação. Desenvolveu além da atividade literária uma extensa obra plástica e de pintura, onde a experimentação e o acaso foram, tal como na poesia, fatores fundamentais. Homossexual assumido, dissidente, iconoclasta, Cesariny procurou na arte e pela arte a exploração e constante descoberta de um mundo interior que reorganizasse e transformasse o mundo exterior.

**As técnicas surrealistas na obra de Mário Cesarini**

De entre os surrealistas portugueses, Cesariny foi o mais destacado, o mais dissidente e crítico do convencionalismo e tradicionalismo e também aquele que mais lançou mão às técnicas surrealistas aqui abordadas. A sua pintura e a sua obra plástica destacam-se pela utilização de métodos e materiais experimentais e pouco ortodoxos. O recurso ao automatismo assumiu uma posição central nas escolhas de materiais e sua distribuição, enfatizando a aleatoriedade e espontaneidade como forma de desconstruir o convencionalmente imposto em busca de uma nova linguagem mais profunda e honesta. O próprio Cesarini declarou que "desde a minha adesão ao surrealismo, em 1947, e ao contrário do que a alguns pode parecer, foi a despintura que me ajudou a desregrar e a desmembrar a linguagem que, a partir daí, pratiquei nos meus versos.[7] O cadáver esquisito, a colagem, o inventário, o exagero foram outras técnicas sobejamente utilizadas, que contribuíram para a produção de uma obra arbitária, irracional, marcada pelo acaso, pela coincidência, a extravagância e o grotesco, desarticulações da linguagem e da expressão que procuravam destruir formalmente as influências da consciência e do socialmente imposto e fazer emergir o interior mais profundo.
Sobre a poesia de Cesariny, diz Perfecto E. Quadrado no prefácio da coletânea da sua obra poética[6] que o seu papel e o seu sentido é a "reabilitação do homem exterior, libertação do homem interior", em linha perfeita com as atividades surrealistas internacionais dos anos precedentes. Para este autor, a "poesia «maior »" de Cesariny utiliza "com mestria as diversas «técnicas» (?) – o humor (negro ou objetivo), os jogos (entre eles o cadáver-esquisito), os inventários, o automatismo, a colagem e o picto-poema – aproveitadas pelos surrealistas para desarticular (e rearticular depois satisfatoriamente) o mundo (a sua aparência diurna a sua oculta nocturnidade, o fenomenológico e a sua apropriação pela consciência), para impor desde o poema e pelo poder da palavra poética o «princípio do prazer» sobre o «princípio de realidade» (aqui a sombra de Freud), para «dizer» o mundo na sua mais difícil e terrível e divina leitura."
Não é inesperado, então, que um olhar atento à obra de Cesariny permita completar o ciclo desta relação entre a loucura e a arte. Claramente documentado, os artistas procuraram nos loucos os recursos formais para a expressão máxima da subjetividade, e

a leitura da sua obra aproxima-nos das alterações formais da linguagem das pessoas com doença mental.

*

um grande *utensílio* de amor
meia *laranja* de alegria
dez *toneladas* de suor
um *minuto* de geometria

quatro *rimas* sem coração
dois *desastres* sem novidade
um *preto* que vai para o sertão
um *branco* que vem à cidade

uma *meia-tinta* no sol
cinco *dias* de angústia no foro
o *cigarro* a descer o paiol
a *trepanação* do touro

mil *bocas* a ver e a contar
uma *altura* de fazer turismo
um *arranha-céus* a ripar
*meia-quarta* de cristianismo

uma *prancha* sem porta sem escada
um *grifo* nas linhas da mão
uma *Ibéria* muito desgraçada
um *Rossio* de solidão

II. [um grande utensílio de amor] in Manual de Prestidigitação, 1956 (itálico adicionado para ênfase)

*

Em "II. [um grande utensílio de amor]", o inventário, uma técnica surrealista que consiste na enumeração caótica de conceitos pouco (ou nada) relacionados faz lembrar uma fuga de ideias ou uma desagregação de pensamento na avaliação de uma pessoa com doença mental.

*

Localização fonética:
a) *A cabeça*: onde cabe a eça. *Pop.ª*: cabe a eça agora!
b) *de Arcaifaz (sismo):* o ar (que) cai, faz (produz) sismo. Faz sismo: o ar cai. Caí o ar, fica o *caifascismo*, o aque dá cai, dá sismo, e eretira o ar que caiu. Por isso se diz que não há ar onde há alguém que faz sismo, podendo no entanto sufixismar-se o prefixo, o que dará *CAIFASCIS-MAÇÃO*, sublimação da cisma que Caifaz.

A Cabeça do Arcaifaz (Sismo), in Manual de Prestidigitação, 1956

*

Quase além do limite do compreensível, n"“A Cabeça do Arcaifaz (Sismo)”, jogos de palavras sarcásticos sobre a realidade política da época fazem uso de associações entre palavras que nos lembram as associações por consonância; e neologismos literários lembram-nos neologismos patológicos. Também, notamos a exploração de significados invulgares ou até privados das palavras.

*

Meu maresesperantòtémico
minha màlanimatógrafurriel
minha noivadiagem serpente
meu èliòtròpolipo polar

meu fiambre de sol de roseira
minha musa amiantulipálida
meu lustrefrenado céu grande
minha afiàurora-manhã

minha fôgoécia de estátuas
minha lábioquimia cerrada
minha ponta na terra meu arsgrima

meu diamantermita acordado!

Ditirambo, in Pena Capital, 1957

*Do ponto de vista poético, encontramos em “Ditirambo” neologismos onde podemos sempre ponderar novos significados subversivos produzidos pela fusão dos significados das palavras originais. Contudo, também os podemos ler como associações por consonância que operam para originar neologismos fusionais. A palavra, unidade básica da linguagem, é desconstruída e reconstruída no surrealismo, de forma paralela ao que poderíamos ver na doença mental grave.

*

Aclamações
dentro do edifício inexpugnável
aclamações
por já termos chapéu para a solidão
aclamações
por sabermos estar vivos na geleira
aclamações
por ardermos mansinho junto ao mar
aclamações
porque cessou enfim o ruído da noite a secreta alegria por escadas de caracol
aclamações
porque uma coisa é certa: ninguém nos ouve

aclamações
porque outra é indubitável: não se ouve ninguém

Ortofrenia, in Primavera Autónoma das Estradas, 1980

*

A linguagem pode ser usada para partilhar certos tipos de experiência, nomeadamente aquelas experiências mais normativas. No surrealismo, a necessidade de comunicar outro tipo de experiências, e a vontade de o fazer de forma disruptiva, requer uma outra linguagem, mais privada, desafiadora e incompreensível, que nos lembra a linguagem com que pessoas com doença mental nos descrevem as suas experiências também elas privadas, desafiadoras e incompreensíveis. A solidão do poeta e da pessoa com doença mental ficam patentes em "Ortofrenia".

**Conclusões**

A loucura foi ocupando ao longo da História uma posição privilegiada na forma como a pessoa se pensa e se expressa. Considerações sobre o que é estar ou ser louco foram contribuindo para organizar o que é estar ou ser no mundo. Esses contributos concretizaram-se também na arte, e em particular no surrealismo, em que o entendimento de como se expressa o louco ajudou a definir novas formas de expressão enquanto pessoa e artista. Tal resultou em paralelos curiosos e elucidativos entre obras de arte e alterações psicopatológicas, que cremos ser particularmente interessantes na obra poética de Mário Cesariny de Vasconcelos, expoente máximo do surrealismo em Portugal.

**Referências**

1.Constantinidou D.A. (2010). The paranoid simulacrum in surrealism: from embracing madness to the mechanism of a mental illness as the purveyor of individual meaning. *Gramma: Journal of Theory and Criticism*, 18:119-33.
2.Breton, A. (1934). *What is surrealism? Lecture given in Brussels at a meeting organised by the Belgian Surrealists*. Brussels.
3.Foucault M. (1988). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (Vintage Book Edition). Random New York City: House USA Inc.
4.Prinzhorn H. (2013). *Artistry of the mentally ill: A contribution to the psychology and psychopathology of configuration*. Springer Science & Business Media.
5.Cesariny M. (2017) *Poesia* (1º Edição). Porto: Assírio & Alvim.
6.Entrevista a Cesariny, RTP, 1972.

# ARTE PARA QUÊ E PARA QUEM: HISTÓRIAS DA OFICINA DE CRIATIVIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO

**Larissa Ko Freitag Neubarth*; Barbara Elisabeth Neubarth****
* Graduada e mestranda em psicologia; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estagiária na Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) no ano de 2018. Bolsista participante, entre os anos 2016 e 2018, do Grupo Corpo, Arte e Clínica, supervisionado pela professora Tania Galli Fonseca (UFRGS).
** Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), graduada em Psicologia e Artes Visuais, fundadora da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e sua coordenadora entre os anos 1990 e 2021. Curadora do Museu Estadual Oficina de Criatividade (MEOC-HPSP). Membro do Núcleo Transdisciplinar Arte e Loucura Tania Mara Galli Fonseca (NuTAL-UFRGS)
Emails: larissaneubarth@hotmail.com; barbaraneubarth@gmail.com

**Resumo**
Em 1990, inspiradas pelo trabalho da psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999), quatro profissionais da saúde mental montaram a Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no sul do Brasil. Passados 31 anos, a Oficina segue movimentando tintas, canetas, agulhas e pincéis, e abriga um acervo de mais de 150 mil obras produzidas por pessoas em tratamento. O presente trabalho narra aspectos da construção desse espaço de expressão, de ensino de técnicas artísticas, clínica ampliada e cultivo de inclusão social. Para tanto, articula referências teóricas e literárias com narrativas das histórias de vida e das obras produzidas pelos frequentadores da Oficina. A questão que conduz o trabalho diz respeito à relação entre arte, memória e loucura, abrindo espaço para nomeação e valorização de sujeitos outrora ignorados.

**Palavras-Chave**: arteterapia; loucura; saúde mental; processos criativos; hospitais psiquiátricos

**Abstract**
In 1990, inspired by the work of psychiatrist Nise da Silveira (1905-1999), four mental health professionals set up the Creativity Workshop at Hospital Psiquiátrico São Pedro, in southern Brazil. After 31 years, the Workshop continues to move paints, pens, needles and brushes, and houses a collection of more than 150,000 works produced by people undergoing treatment. The present work narrates aspects of the construction of this space of expression, of teaching artistic techniques, expanded clinic and cultivation of social inclusion. To do so, it articulates theoretical and literary references with narratives of life stories and works produced by those who visit the Workshop. The question that guides the work concerns the relationship between art, memory and madness, opening space for naming and valuing people that were once ignored.

***

## Introdução

Nos pátios do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em 1990, pessoas seminuas andam a esmo, com o olhar perdido no longe. Tal imagem, resto de uma história de sofrimento e exclusão, provoca quem por ali chega. Nesta mesma época, movimentos de reforma dos modelos de atenção em saúde mental produzem análises críticas às instituições psiquiátricas de longa permanência. No Rio de Janeiro, a psiquiatra Nise da Silveira, que fundara o Museu de Imagens do Inconsciente, pesquisa práticas artísticas e de reabilitação

social no tratamento de pessoas fragilizadas por doenças mentais. Tal cenário, ancorado na recente instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), é terreno fértil para a fundação da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O presente texto visa narrar alguns aspectos da construção desse espaço que possibilitou um avesso da imagem acinzentada. Assim, articulamos diferentes histórias produzidas por frequentadores da Oficina, costuradas com trabalhos reflexivos e poéticos sobre o processo de criação.



Figura 1
Fotografia: Marco Resende, 2009

**A História e as histórias**

A abertura do Hospício São Pedro, em 1884, fez parte de um amplo projeto de higienização, no qual a população considerada insalubre foi afastada para a periferia da cidade. Tal movimento seguia preceitos higienistas executados em diferentes partes do mundo. Enquanto os detentos eram enviados às casas de correção e os leprosos e variolosos aos lazaretos, os ditos loucos foram submetidos ao Hospício localizado, na cidade de Porto Alegre, no fim da linha do bonde. O discurso médico da época defendia o isolamento como prática terapêutica de reabilitação mental, enquanto a admissão dos pacientes baseava-se em concepções marcadas pelas moralidades vigentes à época, especialmente em relação à sexualidade e as expectativas da vida pública (Cheuíche, 2004). Já no final do Século XX, com os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, novas possibilidades surgiram no então Hospital Psiquiátrico São Pedro. Quatro mulheres profissionais técnicas do Hospital (a psicóloga Barbara E. Neubarth, a terapeuta ocupacional Luciana Machado Moro, a artista plástica Luiza Paula Gutierrez e a enfermeira Rosvita Bauer), se reuniram e inauguraram, em 1990, a Oficina de Criatividade. Planejada como um lugar amplo, arejado e iluminado, diferente dos tristes e escuros lugares do manicômio, a Oficina se fez como um espaço de respeito às diferenças e de produção de afetos. Atualmente, a potência da arte segue se fazendo no movimento dos gestos com pincéis, nas canetas, nas tintas, na argila, na escrita, nas agulhas e linhas (Neubarth, B. 2009).

**Um espaço de criação e pesquisa**

Em conversa com a obra de Spinoza a respeito da produção de imagens, Nise da Silveira (1995) descreve tipos de imagens. Existem aquelas configuradas em decorrência de perturbações no corpo, como febres e alterações orgânicas, existem as imagens que se

produzem a partir de modificações das coisas exteriores ao corpo, comumente chamadas de percepção, e aquelas percebidas sem imposições exteriores, as ideias imaginativas. Estas podem ser comparadas ao pensamento racional, por possuírem uma ordem e uma produtividade peculiares. O desafio de quem trabalha com imagens seria estudar sua linguagem própria sem traduzi-la viciosamente na lógica limitante da razão. Assim, Nise se dedicou a pesquisar arcaísmos e símbolos, condensadores de afetos muitas vezes contraditórios. Atentou-se às singularidades de cada forma manchada no papel e de sua dinâmica narrativa.

No Museu de Imagens do Inconsciente, Nise da Silveira abriu espaço para que o invisível pudesse se expressar de maneira livre. Assim, não é apenas uma questão de se manter em ocupação. Os sujeitos que pintam, bordam, escrevem e moldam nas oficinas podem recuperar e canalizar, em seu tempo, o germen criador que é inerente a cada existência, conforme afirma Jung (1939/2014). Nise demonstrou que isso é possível mesmo em contextos de abandono e vulnerabilidade social. Dessa maneira, aposta-se em uma potência criadora que, apesar de tudo, ainda pulsa, alimenta sensações e sentidos, por vezes desloca perspectivas, acolhe e conforta.

A Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro, de maneira semelhante, se coloca como um laboratório de possíveis, que oportuniza a expressão através de diferentes linguagens do campo artístico (Neubarth, 2009). Como resultante deste trabalho, um acervo de mais de 150 mil documentos produzidos entre desenhos, pinturas, modelagem, textos e bordados dá origem ao recém-instaurado Museu Estadual Oficina de Criatividade (MEOC- HPSP) criado em 24/01/2022 por portaria 049/2022. Da preservação e da pesquisa deste material são organizados textos e montadas exposições, possibilitando que outras formas de existir e de fazer história alterem vetores sociais, culturais e artísticos.



Figura 2 - Espaços da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro




Figura 3 - Espaços da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro



Figura 4 - Trecho de Acervo da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro

**Arte para quê? Arte para quem?**

Sem um modelo definido, o cuidado atravessa diferentes campos da estética, da ciência e da ética, fundamental em uma clínica ampliada que integra as políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios de equidade, universalidade e integralidade (Brasil, Lei 8080/90). Na Oficina, estagiários e profissionais da psicologia, das artes, da terapia ocupacional, da psiquiatria e da museologia se conectam aos frequentadores com atenção. Deste modo, a arte é escutada ao acompanhar o processo do fazer, compreendendo e dis-tin-guindo a singularidade de cada acontecimento.

Nossa base de trabalho tem muito a ver com as propostas das escolinhas de artes de Augusto Rodrigues, em cujos espaços estão presentes pesquisas poéticas que estimulam o sujeito a desenvolver sua própria singularidade. Nos constantes exercícios do fazer

criador, entendendo arte como vida, buscamos acompanhar o desabrochar das imagens interiores, conscientes de sua própria originalidade e também de suas limitações. Momentos em que observamos o envolvimento pessoal, a curiosidade o interesse de cada frequentador. Formas com características que são ao mesmo tempo pessoais e universais se fazem no rabiscar, ao seu ritmo, com seus procedimentos, com um gestual particular, na interlocução com um mundo que cerca. Em geral, são processos que independem da palavra, o que é muito pertinente quando nos deparamos com sujeitos cuja comunicação se encontra retraída. O acompanhamento acontece das unidades de moradia aos espaços da Oficina, dos salões universitários aos museus. Assim, se busca disponibilizar redes de apoio e espaços de nomeação para além dos registros biomédicos do Hospital.

Assim, a Oficina procura se colocar como um ambiente de vida e saúde, de reconhecimento e testemunho. Produzir imagens, ao mesmo tempo em que se constroem conversas entre acompanhados e acompanhantes, é uma forma de agir em oposição aos espaços totalitários de conhecimento (Sousa, 2018). Neste processo, a clínica potencializada pela arte pode desmanchar os estereótipos das emoções que invadem o cotidiano da loucura, assim como podem ser desmanchados os estereótipos da loucura produzidos por um sistema de produção pretensamente racional (Foucault, 1978).

Nietzsche (2003) afirma que as histórias costumam ser contadas de uma perspectiva monumental, dos vencedores romantizados, ou antiquária, das coleções de excentricidades e horrores. Há, porém, uma forma de contar histórias apostando na transmissão de narrativas críticas, que sirvam, para além da instrução técnica, à potencialização da vida. Agir contra o esquecimento não é lembrar de tudo; mas guardar com atenção os rastros de uma produção de vida. Na maleta de ferramentas dos profissionais da Oficina, conversam muitos autores. Assim, narrativas clínicas podem ser marcadas por inscrições de Jung e Nise da Silveira, mas também Herbert Read, Pedrosa, Augusto Rodrigues, Manoel de Barros e outros.

Algumas destas proposições são apresentadas a seguir.

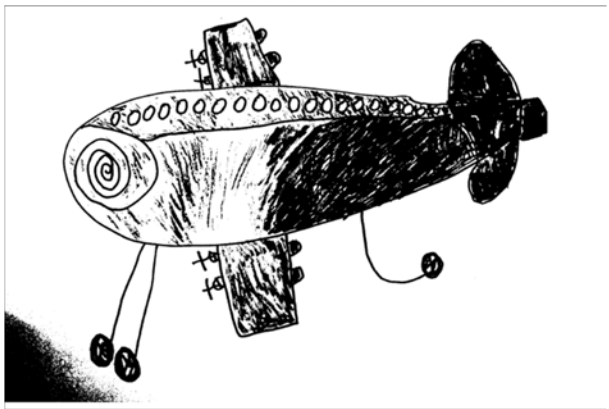


Figura 5 - Avião de Ernesto

**Ernesto**

Ernesto desenhava aviões. Com eles, fazia viagens nacionais e internacionais. Às vezes, criava aeroportos até onde eles não existiam. Como escreveu Mario Quintana (2013), poeta brasileiro, "para algo existir mesmo – um deus, um bicho, um universo, um anjo... – é preciso que alguém tenha consciência dele. Ou, simplesmente, que o tenha inventado".

**Verinha**

Verinha desenhava em abundância, temas diversos. Surda, se comunicava em gestos e nos desenhos. Descobriu o bordado e dele foi um fazer sofrido, que não obedecia regras. As

linhas se cruzavam num vai e vem incessante, entrando e saindo do tecido numa gana de transpor planos. Mas ela seguia morando no São Pedro, e suas agulhas atravessavam as madrugadas. Na ânsia de bordar, no meio da noite, era encontrada sentada na *sanita,* em busca do único ponto de luz.

Como dizia Quintana (2013), o que vale é "mover-se com a máxima amplitude dentro dos próprios limites".



Figura 6 - Pinturas de Frontino Vieira

**Frontino**

Frontino pintava abstratos que podem parecer ideogramas da escrita japonesa. As séries de imagens resultam de seu processo de experimentação, através das linhas, das camadas de tinta e das cores, até alcançar uma sín-tese, integrando harmoniosamente os ele-mentos. Aquele homem que varria o pátio do hospital, com delicado manejo, troca a vassoura pelos pincéis e transporta seus gestos para o papel. Dele se sabe que gostava de ir a bailes e ouvir música de gramofone. Sua pintura é gesto e é dança (Neubarth, B. 2010).

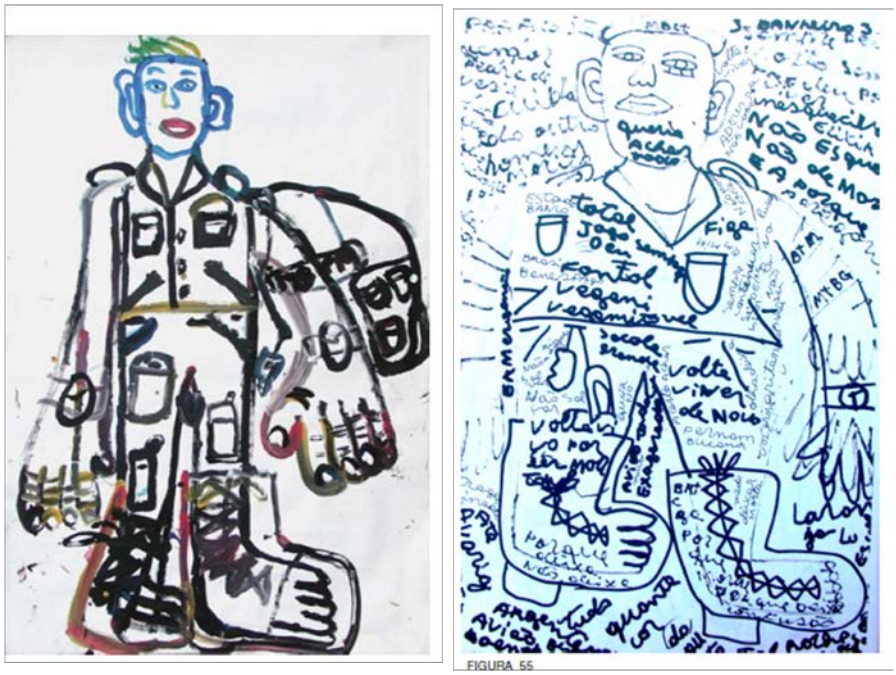


Figura 7 - Pinturas de Cenilda Ribeiro

**Cenilda**

E o que dizer de Cenilda, que, a cada manhã, buscava falar de seus males numa tal urgência que logo aparecem desesperadas tentativas em seus traços - desenhando e escrevendo, pois as palavras ditas não dão conta e cada vez mais é preciso rabiscar as palavras escritas e dizer do seu medo da morte, este ponto de parada que muito cedo a ela se apresentou.



Figura 8 - Bordado de Natália Leite



Figura 9 - Natália Leite no processo de pintura

**Natália**

Natália Leite desenha, modela e borda. São casas, igrejas, árvores, porcos, bois, papagaios, às vezes, pessoas. Sua participação na Oficina costuma ser diária, salvo em dias de muita chuva, quando acaba permanecendo na unidade em que mora. Nesses momentos comenta: não ir na oficina *é coisa que dói muito. Dói de desinteresse* (Neubarth, L. 2021).

**Maria Helena**

Arte para que? Arte para quem? O que pode a arte? Conforme Herbert Read (1992): fazer arte como mera etapa de reconstrução? Não, fazer arte, de cultivar flores a construir catedrais, é uma questão de poesia, de captar a realidade, de captar as coisas e de transformá-las. Às vezes, é estar junto, é afeto. Às vezes, é uma questão de escrever novas histórias e jeitos de existir no mundo. A arte, às vezes, não passa de uma brincadeira muito séria e urgente (Neubarth, L. 2021). Maria Helena, todas as manhãs, saía de sua moradia no São Pedro, atravessava o pátio aos tropeços, chegava na porta da Oficina e gritava: *abre a porta, mulher! Eu quero desenhar.*



Figura 10 - Tapete Voa-Dor

**Tapete Voa-Dor**

O processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro ainda não se encerrou. Um momento importante desta caminhada se deu pela necessidade de ampliar as trocas entre moradores do hospital e pacientes do entorno. Surgiu a idéia de um trabalho em que a produção através do ato criativo se tornasse agenciadora da dimensão subjetiva, permitindo trocas sociais. Assim, era cada um com seu bordado, no ir e vir das agulhas, trazendo histórias de vida, de dor, sofrimento mas também de conquistas. E o bordado de cada um se transformou em um tapete, que junto com uma centena de tapetes tornou-se um grande varal exposto ao vento. Um conjunto de tapetes Voa-Dores. Tapetes que, ao menos na fantasia, pudessem levar as dores embora. Nesta proposta, através da produção artística, foi possível trabalhar as questões das dores psíquicas e das resistências possíveis (Neubarth, B., 2009). O projeto que aconteceu ao longo de um ano foi se fazendo nesta trama de troca de saberes, de narrativas e compartilhamentos e, para além da Oficina, percorreu outros serviços de saúde.



Figura 11- Exposição MilFaces



Figura 11- Exposição MilFaces

**MilFaces**

Com estes recortes de acontecimentos (Benjamin, 1987), defendemos a importância da arte como potente recurso de reabilitação psicossocial. Arte como vida, atenção e resistência. Durante a pandemia, a Oficina segue resistindo às tentativas de sucateamento das instituições públicas pelo atual governo brasileiro. Os grupos continuam, como o da cerâmica, que concluiu o projeto MilFaces. Este trabalho, composto por mil rostos moldados em argila pelo casal William e Simone, serviu, entre outras questões, para refletir sobre os números avassaladores das milhares de pessoas que perderam sua vida nesta tragédia. Montado um pequeno ambiente de quarto de hospital, as mil faces estavam a nos confrontar com questões das muitas faces que estão entre vida e morte.

Como nos diz Fernando Pessoa (2016), "as figuras imaginárias têm mais relevo e verdade que as reais. O meu mundo imaginário foi sempre o único mundo verdadeiro para mim. Nunca tive amores tão reais, tão cheios de verve, de sangue e de vida como os que tive com figuras que eu próprio criei. Que pena! Tenho saudades deles, porque, como os outros, passam…"

**Conclusões**

Através de narrativas que articulam o processo de criação da Oficina de Criatividade aos de seus frequentadores, costura-se a transmissão de uma história construída a muitas mãos, marcada por sonhos e por nuances de resistência entre memória e esquecimento. Desde 1990, a Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro oferece um espaço de criação e preservação de trabalhos produzidos por pessoas em sofrimento psíquico. Na pergunta sobre para quê e para quem a arte, adicionamos a esta uma posição ativa: o que pode a arte? E procuramos investigá-la através da composição de diferentes memórias e trechos literários. Além disso, ao convocarmos Natália, Ernesto, Cenilda, Frontino, Verinha, Simone, William e outros ao lado de Mario, Nietzsche, Nise, Foucault e Pessoa, estamos colocando lado a lado sujeitos criadores cuja reunião, não fossem as

linguagens artísticas e o olhar do acompanhante que os rememora, provavelmente não seria possível.

**Agradecimentos**
À amiga Ana Luísa Janeira, filósofa portuguesa, que nos apresentou as ciências e artes de Portugal.

**Referências**
Benjamin, W (1987). *Magia e Técnica, Arte e Política.* Editora Brasiliense.
Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.
Cheuíche, Edson (2004). 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. *Revista de Psiquiatria*, 26(2). pp. 119-120.
Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica.* Editora Perspectiva.
Jung, C. G (1939/2014). *Arquétipos e o inconsciente coletivo.* Editora Vozes.
Neubarth, B. (2009). *No fim da linha do bonde, um tapete voa-dor: A Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1990-2008): inventário de uma práxis*. Tese de Doutorado em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. https://lume.ufrgs.br/handle/10183/22513
Neubarth, B. (2010). Vassouras e pincéis: fundando novos lugares. In: *Vidas do fora: habitantes do silêncio.* Org Bedin, L. & Fonseca, T. M. G. Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. pp.155-163.
Neubarth, L. (2021). *Quando a tinta acaba, mas o gesto continua no pincel: Notas sobre o tempo na Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro*. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. https://lume.ufrgs.br/handle/10183/229558
Nietzsche, F. (2003). Segunda Consideração Intempestiva: Da utilidade e desvantagem da história para a vida. Relume Dumará.
Pessoa, F. (2016). *Livro do Desassossego.* Editora Companhia das Letras. p. 380.
Quintana, M. (2013). *Caderno H*. Alfaguara.
Read, H. (1982). *A educação pela arte.* Editora Martins Fonte.
Silveira, N. (1995). *Cartas a Spinoza.* Editora Francisco Alves.
Sousa. E. (2018). A desmedida na medida de Natalia Leite. Modos, 2(3). https://doi.org/10.24978/mod.v2i3.2025

# LA LITERATURA CIENTÍFICA DE LAS ESCUELAS EUROPEAS EN EL ESTUDIO SOBRE EL ARTE VANGUARDISTA DE GONZALO RODRÍGUEZ LAFORA

**Pedro José Trujillo Arrogante**
Instituto de Historia. Dpto. de Historia de la Ciencia. CCHS – CSIC
Investigador predoctoral contratado FPU
Email:pedrojose.trujillo@csic.es

**Abstract**
This work aims to approach the essay entitled "Estudio psicológico del cubismo y expresionismo" (Psychological study of cubism and expressionism) published on the magazine *Archivos de Neurobiología* by the Spanish neuropsychiatrist Gonzalo Rodríguez Lafora, which was at the same time the subject of a lecture given at the Ateneo of Madrid in May 1922. The episode has become a milestone in the relationships between Art and Psychiatry in Spain, but we have mainly focused on the influent of the European authors on Lafora´s work.

**Keywords**: avant-garde, psychiatry, Lafora, art

***

## Introducción

En la década de 1910 aparecieron las primeras publicaciones en Madrid relacionando las disciplinas artística y psiquiátrica. En un momento en que la escena artística de la capital vivía grandes cambios y la investigación en medicina estaba en pleno auge de la mano de figuras como Cajal, Simarro, Achúcarro y el propio Lafora, el médico Ricardo Pérez Valdés fue autor de un artículo que describía el uso clínico de dibujos y pinturas por pacientes psiquiátricos, publicado en 1917 en la revista *El Siglo Médico*. El estudio enlazaba con una literatura europea que para entonces contaba con más de cuarenta años. En especial, tomaba de base el trabajo del médico francés Joseph Rogues de Fursac a partir de la colección reunida en torno a 1900 por Auguste Marie en el asilo de Villejuif (París). En este contexto, el neuropsiquiatra madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora (1886 – 1971, Madrid) hizo público un trabajo en 1922 con el que examinaba la vanguardia a través de presupuestos psiquiátricos, psicológicos, psicoanalíticos y artísticos de distintas escuelas europeas.

## Gonzalo Rodríguez Lafora. Pinceladas biográficas hasta la década de 1930

Gonzalo Rodríguez Lafora es una figura clave de la medicina mental española en el siglo XX. En España, se formó junto a científicos y médicos de gran relevancia como Santiago Ramón y Cajal, Luís Simarro y Nicolás Achúcarro. Al acabar su doctorado, entre 1908 y 1909 obtuvo una pensión de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE), la cual le permitió continuar sus estudios en la Clínica psiquiátrica de la Charité en Berlín y, aún más decisivo para su formación, en el laboratorio de histopatología dirigido por Emil Kraepelin y Alois Alzheimer en Múnich. En 1909 siguió visitando clínicas por Europa hasta que en 1910 recibió de Achúcarro la oferta de sustituirle en la sección de Histopatología del *Goverment Hospital for Insane of Washington*. Cargo que Lafora ocupó hasta 1912, cuando regresa a España. El periodo estadounidense, además de conocerse por ser uno de los más prolíferos en publicaciones, es importante porque descubrió un tipo de epilepsia manifestada en una edad temprana que continúa

llevando su nombre: "enfermedad de Lafora" (Valenciano Gayá, 1977, 33 – 47; Moya, 1986, 71 - 105).
De nuevo en la capital española, y con mayor estabilidad que en etapas anteriores (Valenciano Gaya, 1977, 13 – 33; Moya, 1986, 25 - 71), Lafora emprendió una amplia labor investigadora y clínica que poco a poco le otorgó renombre en el panorama nacional, así como en el internacional. El periodo de mayor interacción con las artes se sitúa en estos momentos, esencialmente entre las décadas de 1920 y 1930, cuando publicó tres ensayos sobre la cuestión, impartió conferencias y organizó exposiciones de "arte psicopatológico" reuniendo piezas de su propia colección junto a la de otros centros psiquiátricos ubicados por toda España (Anónimo, 1935; Anónimo, 1936).
No seguiremos abordando la vida y la obra de Gonzalo Rodríguez Lafora por no ser el motivo del presente trabajo. Sin embargo, para un estudio de mayor profundidad pueden consultarse sus dos biografías más importantes, publicadas ambas en la segunda mitad del siglo pasado por Luís Valenciano Gaya (1977) y Gonzalo Moya (1986). Asimismo, la figura de Lafora ha sido objeto de revisiones e investigaciones en las últimas décadas: González Cajal (1988; 1989), Rafael Huertas (1987; 2002), Enrique Lafuente (2006), entre otros.

**El estudio del arte vanguardista**

En 1922, Lafora impartió una conferencia y publicó un ensayo en la revista *Archivos de Neurobiología*[1] sobre el estudio y la interpretación psicológica del cubismo y el expresionismo. El título de este trabajo hacía referencia a ambos movimientos vanguardistas. Sin embargo, el horizonte de Lafora era mucho más amplio, ya que trató de buscar una explicación al origen de la inspiración y la configuración artísticas en el ser humano. Para ello, analizó y comparó distintas manifestaciones artísticas, no solo de la vanguardia, sino que también se fijó en el arte realizado por pacientes de centros psiquiátricos, de niños y de los pueblos primitivos.
Desafortunadamente, la conferencia no nos ha llegado a la actualidad. No obstante, hemos analizado con detenimiento el ensayo, que estructura las principales preocupaciones de su autor en nueve epígrafes: "El psicoanálisis de los artistas"; "Génesis de la creación artística"; "Análisis psicológico de las ideas estéticas del cubismo y expresionismo"; "Semejanzas psicológicas entre el arte ultramoderno y la del arte esquizoide"; "Dibujos de los hombres primitivos y de los niños"; "Los dibujos de los esquizofrénicos"; "Génesis de las ideas expresionistas"; "De lo normal a lo anormal"; y "El cubismo y expresionismo como escuelas".
El primero[2] refleja el papel imperante que el psicoanálisis estaba tomando en los estudios de las artes a principios del siglo XX, e inicia citando a S. Freud. No obstante, según avanza el texto, se centra en el análisis de un caso clínico descrito por el médico suizo Oskar Pfister en el libro *The Psychoanalytic Method* (Pfister, 1917, 388 – 399).
En "Génesis de la creación artística", Lafora toma como referencia los estudios del neurólogo, psiquiatra y psicoanalista estadounidense de origen austriaco Paul Schilder, para decir que "La producción genial del artista se engendra de una manera inesperada e involuntaria, surgiendo de lo que los modernos psicólogos desde Schilder llaman la `esfera´, es decir, la periferia de la consciencia." (Lafora, 1922, 4).

[1] Revista fundada por José Ortega y Gasset, José Miguel Sacristán y Gonzalo Rodríguez Lafora en 1920, con un enfoque interdisciplinar entre la psicología, filosofía, histología, neurología y psiquiatría.
[2] En 1927 Lafora publicó una recopilación de sus ensayos escritos entre las décadas de 1910 y 1920 con el título *Don Juan, los milagros y otros ensayos*, entre los que aparecen el "Estudio psicológico del cubismo y expresionismo". Respeta gran parte del texto, pero hace algunas modificaciones, como en este caso, en que mueve el epígrafe dedicado al psicoanálisis a un capítulo precedente titulado "Reflexiones sobre la inspiración en las artes y la ciencia".

Los epígrafes "Semejanzas psicológicas entre el arte ultramoderno y del arte esquizoide", "Dibujos de los hombres primitivos y de los niños" y "De lo normal a lo anormal" exponen una serie de comparaciones entre la creación vanguardista y una producción que Lafora, en base a estudios precedentes, llama "pintura pura" por considerarla subjetiva e individual, relacionada con el arte primitivo, de los niños y de los enfermos mentales [Fig. 1].

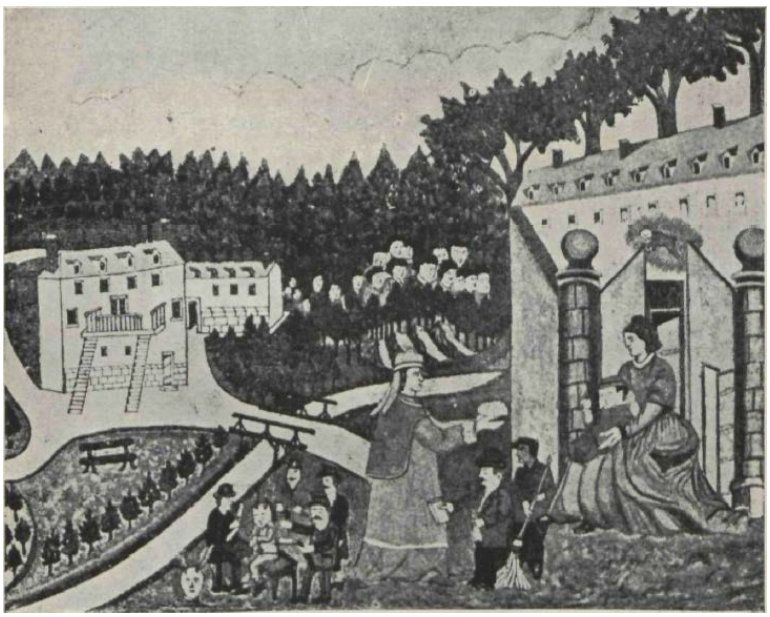


Figura 1 - Composición de un esquizofrénico. Reproducido de Rogues de Foursac

En estos epígrafes también se hace alusión a las similitudes de la vanguardia con las creaciones artísticas realizadas por personas que poseen un tipo de pensamiento denominado "esquizoide. De ello, indica Lafora que es significativo que en muchas ocasiones los artistas "ultramodernos" buscan una fuente de inspiración que se encuentra en los colectivos sociales cuya práctica artística es ajena a la academia: niños, enfermos mentales, así como de pueblos primitivos o tribus africanas y oceánicas. Esta idea, además de ser un discurso sostenido ya en la literatura psiquiátrica precedente, desde la década de 1910 venía apareciendo en la prensa madrileña a propósito de la llegada de movimientos vanguardistas como el futurismo o el cubismo (García García, 2019).

Los epígrafes "Análisis psicológico de las ideas estéticas del cubismo y el expresionismo", "Génesis de las ideas expresionistas" y "El cubismo y expresionismo como escuelas" se dedican a la lectura y comentario de obras plásticas y textos por artistas y teóricos de la vanguardia, de lo que Lafora dice: "Los nuevos artistas quieren llegar a un ideal superior, no limitándose a lo humano y huyendo de las viejas proporciones e ilusiones ópticas para expresar la grandeza de las formas metafísicas en obras que sean más cerebrales que sensuales" (Lafora, 1922, 6). Aquí, el autor manifiesta que la producción de los vanguardistas deviene de una creación subjetiva e individualista y difiere de los cánones académicos precedentes.

Partiendo del libro *Los pintores cubistas: meditaciones estéticas* (1913) de Guillaume Apollinaire, llega a la conclusión de que el cubismo ya no es el placer de los ojos, como lo era el "arte antiguo", sino de una pintura pura más allá de la realidad, abstracta y llena de preocupaciones geométricas.

A lo largo del epígrafe, se citan las cuatro tendencias establecidas por el escritor francés, así como las características generales del cubismo, de la que Lafora destaca la simultaneidad de planos por considerarla la visión individualizada en la que desaparece el

punto de vista único, ahora sustituido por una visión disgregada de la realidad. Como ejemplo visual, cita la obra *El hombre con el clarinete* de Pablo Picasso [Fig. 2].

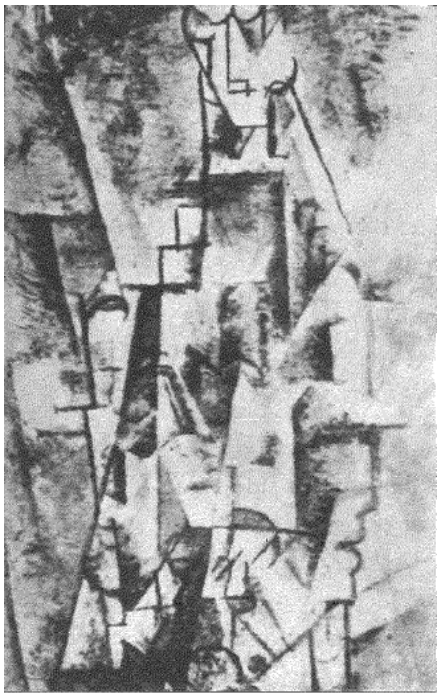
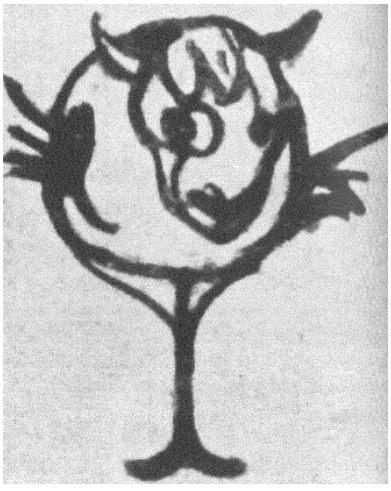
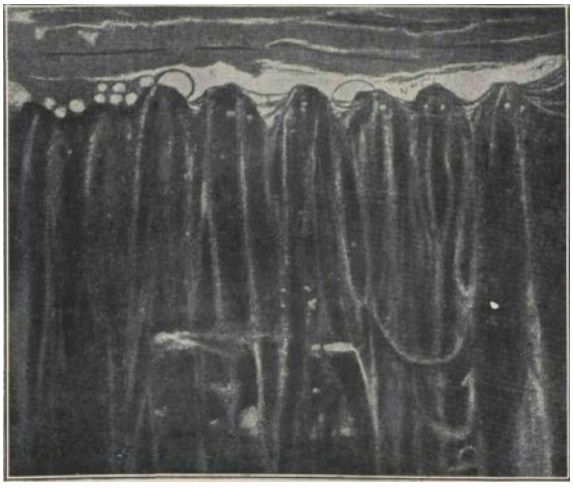


Figura 2 - *El hombre con el clarinete*, 1912. Pablo Picasso.

A lo largo del texto, menciona otras vanguardias, como el Dadaísmo. No obstante, a la segunda que presta atención es el Expresionismo. Esta corriente, de acuerdo con Lafora, no pretende modificar la realidad como lo hacía el cubismo, sino que posee mayor vida interna en el individuo dado que se fija en las emociones, los estados de ánimo y las reocupaciones con una libertad absoluta de medios. A través de la estética expresionista, el artista pretende proyectar en el espectador su estado psicológico: "El artista sólo propone provocar en el espectador o en sí mismo un estado emocional igual al suyo en el momento de creación." (Lafora, 1922, 9). Asimismo, Lafora asegura que la base de esta corriente se construye a partir de una figura retórica: la sinestesia. Como obras expresionistas, se recogen dos de Catalina Schäffner, *El profesor* [Fig. 3] y *Suspiros* [Fig. 4] reproducidas en el libro *Psicología médica* del médico alemán Ernst Kretschmer.





Figuras 3 y 4 - *El profesor* y *Suspiros*, de Catalina Schäffner

La conferencia del 18 de mayo de 1922 en el Ateneo de Madrid tuvo mayor difusión que el ensayo gracias a la diversidad de públicos que asistieron. Hubo especialistas tanto de la ciencia y la salud mental como de la cultura y las artes, aunque, también personas ajenas a ambas disciplinas. Entre todos los asistentes, hubo una pequeña pero importante sección de la vanguardia madrileña, encabezada por el personaje que en la década anterior había defendido fervientemente el cubismo y el futurismo: el literato Ramón Gómez de la Serna. A Ramón no le agradaron las palabras que el neuropsiquiatra dedicó a las vanguardias en el Ateneo, por lo que dos días después escribió una nota de prensa con el título "La vida ¿Qué es eso de los esquizoides?" para el periódico *El Liberal*, declarando que "La conferencia del doctor Lafora en el Ateneo es algo inadmisible." (Gómez de la Serna, 1922). Lafora respondió a Ramón, y de esta manera se inició una disputa entre ambos que duró semanas y sumó a más autores.

**Marco teórico e influencia europea**

El elenco bibliográfico que Lafora reúne para estudiar las artes procede de escuelas de psiquiatría, psicoanálisis y vanguardia europeas. En el ensayo publicado en *Archivos de Neurobiología* de 1922, desvela además la importancia que tuvo el trabajo de Prinzhorn a la hora de recoger toda esa literatura: "...en 1919 [Prinzohrn] publicó un trabajo preliminar sumamente interesante sobre `la creación plástica de enfermos mentales´, el cual hemos consultado ampliamente por reunir toda la bibliografía francesa y alemana publicada hasta 1919 sobre dibujos de enajenados" (1922, 19-20). La bibliografía a que hace referencia Lafora es, por escuela y orden cronológico, de Francia: Paul Max Simon, *L´imagination dans la folie. Étude sur les dessins, plans, description et costumes des aliénés* (1880), Rogues de Fursac, *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales* (1905), Marcel Réja, *L´art chez les fous* (1907), Auguste Marie, *Dessins curieux de dementes precoces* (1912), Rouma, *Le langage graphique de l´enfant* (1913); de Alemania o de su entorno: Mohr, Z*eichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwert barkeit* (1907), Kürbitz, *Zeichnungen geinsteskranken Personen* (1912), Bertschinger, *Illustrierte Halluzinationen* (1912), Shcilder, *Whan und Erkenntnis* (1918), Morgenthaler, *Uebergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei GeistesKranken* (1918), Prinzhorn, *Das bildnerische Schaffen der Qeisteskranken* (1919), Jaspers, *Allggemeiner Psychopathologie* (1920), Hassmann y Zingerle, *Untersuchungen bildlicher Darstellungen und sprachlicher Ausserungen bei Dementia Praecox* (1920), Pfister, *Der psychologische und biologische Untergrund expressionistischer Bilder* (1921), Bychwski, *Autismus und Regresión in modernen Kunstbestrebungen* (1922), Däubler, *Chagall* (1922); y de Italia, que, aunque Lafora la omite en su comentario a propósito de Prinzhorn, fue la segunda escuela en contribuir a la literatura psiquiátrica: Lombroso, *L´arte nei pazzi* (1888)[1] y Enrico Morselli, *Manuale di semeiotica delle malattie mental* (1894).

De la bibliografía sobre las vanguardias, las artes y la literatura, encontramos a Wassily Kandinsky, *Ueber das Geistige in der Kunst* (1912), Guillaume Apollinaire, *Les peintres cubistes* (1913), Huntington Wright, *Modern Painting* (1915) y Fritz Bürger, *Einfüührung in die moderne Kunst* (1917), Roch Grey, *Rousseau* (1922).

**Conclusiones**

El ensayo y la conferencia sobre el cubismo y el expresionismo son una muestra de la internacionalidad del pensamiento que caracterizó, más allá de las investigaciones sobre las artes, al neuropsiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora. Además, su insigne trabajo de 1922 supuso para Madrid, ante todo, el primer gran encuentro del binomio Arte-

[1] Lafora sólo cita a Lombroso, sin embargo, la obra a que hace alusión fue escrita en coautoría con M. Du Camp.

Psiquiatría, pero también la apertura a toda una literatura de origen psiquiátrico, que más tarde fue complementándose con teorías de la psicología, del psicoanálisis y de las artes. Un proceso que partió del estudio clínico para ampliar el diagnostico de las enfermedades mentales hasta convertirse en una metodología con la que conocer más sobre los mecanismos internos del artista. Es decir, del origen de su inspiración, de la estética y la técnica de su obra.

**Fuentes y bibliografía**


Anónimo (1935). El arte y la locura. Lean ustedes en este número el gran reportaje que se publica sobre las extrañas e inquietantes actividades artísticas d ellos dementes. *Mundo Gráfico*, 11 de diciembre, 1 – 4.

Anónimo (1936). Una curiosa Exposición de la Sociedad Catalana de Psiquiatría. Todo el arte expuesto es obra exclusiva de enfermos mentales. *Ahora*, 11 de junio.

Francés, J. (1912), Los pintores futuristas. *Mundo Gráfico*, 17 de abril.

Gómez de la Serna, R. (1922). ¿Qué es eso de los esquizoides? *El Liberal*, 20 de mayo.

González Cajal, Jesús (1989). La cultura en la vida y en la obra del doctor Lafora. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (30), 451 – 458.

(1988). Gonzalo Rodríguez Lafora: breves notas biográficas, *R.A.E.N.*, 7 (27), 675 – 695.

Huertas, R. (2002). *Los médicos de la mente. Lafora, Garma y Vallejo Nágera*. Madrid: Nivola Libros y Ediciones, S.L.

(1987). *Perspectivas psiquiátricas*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Lafuente, E. (2006). La contribución de Gonzalo R. Lafora a la psicología del arte. *Revista de Historia de la Psicología*, 27 (2/3), 71 – 79.

Moya, G. (1986). *Gonzalo R. Lafora, Medicina y cultura en una España en crisis*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Pfister, O. (1917). *The psychoanalytic method*. Londres: P. Kegan.

Rodríguez Lafora, G. (1927). *Don Juan, los milagros y otros ensayos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

(1923). Ensayo psicológico sobre la inspiración poética. *Humanidades*, 7, 9 – 28.

(1922a). Estudio psicológico del cubismo y expresionismo. *Archivos de Neurobiología*, 3 (2), 1 – 37.

Valenciano Gayá, L. (1977), *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Ediciones Morata.


**Agradecimientos**


Este trabajo es resultado de una ayuda del Ministerio de Ciencia e Innovación (FPU19/04266) destinada a realizar una tesis doctoral bajo la dirección de Rafael Huertas García–Alejo (CCHS–CSIC) y Miguel Cereceda Sánchez (UAM). Asimismo, se inserta en el marco del Proyecto de Investigación "Del movimiento pro–higiene mental a la postpsiquiatría: la construcción de la salud mental colectiva en la España del siglo XX" [RTI2018–098006–B–I00 (MCIN/FEDER)].

# UMA VISÃO PSICANALÍTICA DO TRABALHO DE SALVADOR DALI

**Pedro Almeida*; Gustavo Santos****
Hospital Magalhães Lemos
*Interno de Formação Específica de Psiquiatria
**Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails:pedroalmeida@hmlemos.min-saude.pt ; gustavosantos@hmlemos.min-saude.pt

**Resumo**
Mais do que uma psicoterapia, a psicanálise concretizou-se como um importante movimento intelectual, que influenciou expressivamente várias áreas do conhecimento, inclusivamente a arte. Neste ponto, destaca-se o surrealismo, movimento artístico surgido em Paris na década de 1920, conhecido pelo trabalho de pintores como Salvador Dali. Tal como a psicanálise, o surrealismo foi contra a norma vigente na altura e introduziu na pintura noções como humor, irrealidade e contra-lógica. Recorrendo-se ao trabalho de Dali, esta comunicação pretende demonstrar o modo como o surrealismo capta conceitos freudianos como o inconsciente, os sonhos e, especificamente, o processo de pensamento primário. Este último conceito refere-se a um modo de pensamento primário, transmitido por imagens e não por palavras, que não respeita noções de tempo nem é bloqueado perante a existência de contradições. Este tipo de pensamento é, pois, caraterístico dos sonhos, da psicose, do humor e, usando Dali como paradigma, da arte.

**Palavras-chaves:** psicanálise; surrealismo; Dali; Freud, inconsciente

**Abstract**
More than psychotherapy, psychoanalysis has become an important intellectual movement, which has significantly influenced several areas of knowledge, including art. At this point, surrealism, an artistic movement that emerged in Paris in the 1920s, known for the work of painters like Salvador Dali, stands out. Like psychoanalysis, surrealism went against the norm in force at the time and introduced notions such as humor, unreality and counter-logic to painting. Using Dali's work, this communication aims to demonstrate how surrealism captures Freudian concepts such as the unconscious, dreams and, specifically, the primary thought process. This last concept refers to a primary way of thinking, transmitted by images and not by words, which does not respect notions of time and is not blocked in the face of contradictions. This type of thinking is, therefore, characteristic of dreams, psychosis, humor and, using Dali as a paradigm, of art.

**Key-words:** psychoanalysis; surrealism; Dali; Freud, unconscious

***

## Introdução
A psicanálise desenvolvida por Sigmund Freud causou impacto em muitas áreas além da psicoterapia, sendo destacável o papel que as suas ideias tiveram no desenvolvimento da arte moderna. Neste campo, é particularmente reconhecida a importância da teoria psicanalítica na arte surrealista, em geral, e no pintor Salvador Dali, em particular. Ainda que numa área diferente, Dali partilha com Freud um pensamento genial capaz de inovar e ir contra a norma vigente.
O objetivo deste capítulo é demonstrar o modo como as pinturas de Salvador Dali captam conceitos freudianos complexos, como, por exemplo, o inconsciente, os sonhos, o processo de pensamento primário e id.

**Impacto da psicanálise freudiana**

A psicanálise desenvolveu-se desde o final do século XIX e foi ganhando destaque na sociedade por meio do pensamento genial e criativo de Sigmund Freud (1855-1939). Não se pode negar que Freud foi um pioneiro na contestação do tradicionalismo da sociedade vitoriana da sua época. Seja dito de passagem, é louvável que, numa sociedade anti-semita, fechada em termos sexuais e que reprimia o potencial das mulheres, um neurologista judeu tenha ousado falar de temas como existência de inconsciente, sexualidade feminina, histeria e sexualidade infantil (Fine, 1990).

O impacto epistemológico do pensamento analítico está patente nos alguns dos vários significados atribuídos à palavra 'Psicanálise' no Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora: método psicoterapêutico desenvolvido por Freud, teoria da personalidade e uma visão filosófica acerca do ser humano (Editora I. D. P., 2017). Do ponto de vista geral, a psicanálise promoveu uma atitude mais liberal em relação à sexualidade, decorrente do olhar analítico de Freud face a temáticas sexuais. A nível psicoterapêutico, o pensamento psicanalítico foi o paradigma científico predominante na área de saúde mental até à década de 1970, quando foi substituído por um paradigma neurobiológico (Fine, 1990). Neste período, o impacto da psicanálise foi profundo tendo em conta os seus insights revolucionários em relação ao modo como a mente humana é compreendida (VER TABELA 1).

| |
|---|
| Permitiu o desenvolvimento da psicoterapia de consultório, afastando a saúde mental dos casos graves e crónicos |
| Fomentou a introspecção e a capacidade das pessoas se conhecerem e se superarem |
| Ligou as dificuldades psicológicas no adulto a problemas na infância |
| Deu atenção aos conflitos femininos numa sociedade machista |
| Criou conceitos como inconsciente e transferência |

Tabela 1 - Impacto psicoterapêutico da psicanálise freudiana (Fine, 1990)

Outra referência presente no Dicionário da Porto Editora é a de "Psicanálise Aplicada", definida como: *"utilização da teoria psicanalítica na elaboração de hipóteses em diversos domínios das ciências do homem"* (Editora I. D. P., 2017). De facto, a psicanálise expandiu as suas próprias fronteiras e influenciou extensamente áreas tão diversas como a filosofia, a sociologia, a linguagem, a política e, claro está, a arte (Fine, 1990). Neste ponto, é pertinente referir a relação da psicanálise com o movimento modernista da arte, que começou a desenvolver-se nas primeiras décadas do século XX.

**Arte moderna, surrealismo e Salvador Dali**

O movimento modernista da arte manifestou-se nas suas várias áreas: pintura, escultura, cinema, literatura, teatro, entre outros. No seu cerne, este movimento tinha a intenção de ir contra a estereotipia do pensamento artístico e desafiar as normas instituídas que ditavam como a arte devia ser produzida. Deu-se, assim, uma transição de arte clássica que se caracterizava por uma representação concreta da realidade para uma arte voltada para o abstracto. Particularmente, o desenvolvimento da fotografia neste período levou a que a pintura fosse menos necessária na sua função de representar o mundo de forma

exata. Como tal, os pintores modernos experimentaram novas maneiras de ver e novas ideias sobre a natureza dos materiais e funções da arte (Taylor, 2004).

Dentro da arte modernista, destaca-se o surrealismo, tendo surgido em Paris na década de 1920s no período entre as duas guerras mundiais. As ideias surrealistas foram aplicadas a vários *media* como a fotografia, teatro, cinema, literatura, mas é provavelmente na pintura que a sua expressão é mais conhecida. Tal como outros tipos de arte modernista, o surrealismo emergiu com uma intenção de revolução. Assim, os surrealistas procuraram libertar-se das exigências da lógica e da razão e ir além da consciência quotidiana, procurando representar o mundo dos sonhos e do inconsciente. Neste sentido, a arte surrealista ousa distorcer a realidade com humor, conteúdos contra-lógicos e justaposições inesperadas (Chilvers, 2009).

Dentro do surrealismo, destaca-se Salvador Dali, um famoso pintor espanhol, nascido em 1904 e falecido em 1989, considerado um marco da arte surrealista (Chilvers, 2009; Shanes, 2014). Ao longo da sua vida, Dali sempre foi uma figura controversa que despertava clivagem nas pessoas. Por um lado, o pintor impactava os outros pelos seus traços de personalidade narcísicos e histriónicos. Por exemplo, Dali insistia que tinha uma origem oriental, da qual considerava advir o seu amor pelo luxo. Além disso, costumava ter comportamentos exagerados para chamar a atenção das pessoas em revolta. Por outro lado, Dali é considerado um gênio criativo que se destaca tanto na quantidade como na qualidade dos seus trabalhos. Sabe-se que, ao longo da vida, Dali pintou mais de 1500 pinturas, além dos inúmeros trabalhos que realizou em áreas como o cinema, a escultura e a fotografia. Por sua vez, o trabalho de Dalí chama a atenção pela incrível combinação de imagens bizarras e oníricas, sendo mundialmente reconhecido pela sua excelente qualidade plástica (Chilvers, 2009; Shanes, 2014).

Das muitas influências de Salvador Dali, salienta-se, precisamente, a de Sigmund Freud. De facto, é sabido que o pintor tinha uma profunda admiração pelo pai da psicanálise e que as ideias deste influenciaram tanto a forma quanto o conteúdo das suas pinturas. Inclusive, Dali chegou mesmo a conhecer Freud em Londres em 1938 (Romm, 1983). Entre os vários possíveis elos possíveis, destacam-se alguns conceitos psicanalíticos que permitem compreender melhor a expressão artística de Dali, a ver: modelo topográfico, sonhos, processo de pensamento primário e modelo estrutural. Por outro lado, as pinturas do artista espanhol são também úteis na compreensão destes conceitos intrinsecamente complexos. Como tal, estes serão sucintamente revistos na restante discussão, sendo esta intercalada com a exposição de obras de Dali em momentos oportunos, dando-se liberdade ao leitor para fazer as suas próprias associações (Shanes, 2014).

**Modelo topográfico**

Freud não apenas analisou profundamente o conteúdo da mente humana como tentou organizar a sua forma por meio de dois modelos teóricos organizadores: modelo topográfico e o modelo estrutural.

No primeiro, introduzido em 1900 com a publicação da Interpretação dos Sonhos, Freud divide a mente humana em três compartimentos separados: consciente, pré-consciente e inconsciente (Freud & Freud, 1995; Gabbard, 2014). Dito de modo simplificado, o consciente engloba os conteúdos dos quais estamos cientes, o pré-consciente conteúdos que estão em processo de se tornarem conscientes e, por fim, o inconsciente aqueles de que não temos noção. Talvez um dos insights mais perturbadores de Freud é que a maior parte do comportamento humano pode ser explicada por sentimentos, julgamentos e impressões que ocorrem a um nível inconsciente e, portanto, estão fora do controlo volitivo da pessoa (Freud & Freud, 1995). Notavelmente, esta ideia não está limitada ao círculo psicanalítico e, de facto, tem ganho sustentação no campo da neurobiologia. Por exemplo, estudos que utilizam paradigmas de memória implícita têm demonstrado que

muitas das nossas decisões (ex: voto político) e crenças (ex: preconceito racial) existem a um nível inconsciente (Gabbard, 2014).
Outra característica do inconsciente freudiano é que ele é composto por conteúdos que a pessoa se sente incapaz de tolerar e não consegue expressar por palavras. Daqui emergem os mecanismos de defesa que são um conjunto de operações mentais, também elas inconscientes, que mantêm estes conteúdos longe da consciência e, como tal, protegem o indivíduo do seu potencial carácter disruptivo (Gabbard, 2014). Em particular, o pai da psicanálise realça o papel do mecanismo de recalcamento em conseguir exercer esta 'função de bloqueio'. Posto isto, estes conteúdos não podem ser acedidos directamente e, ao invés disso, atingem a consciência com um aparência transformada e por meios alternativos. Estes podem ser acedidos, por exemplo, através de atos falhados, chistes e sonhos (Freud & Freud, 1995; Gabbard, 2014).

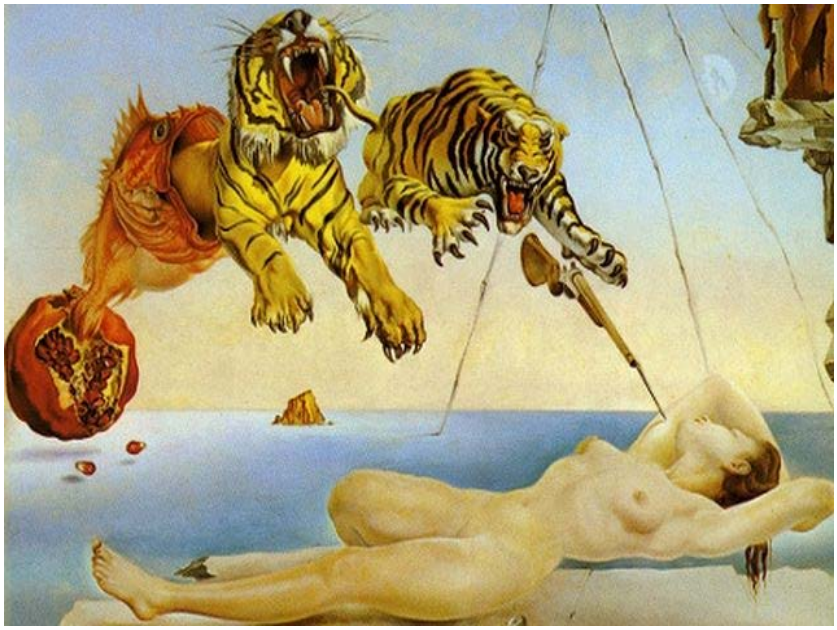


Figura 1 - 'Sonho Causado Pelo Voo de uma Abelha ao Redor de Uma Romã um Segundo Antes de Acordar', Salvador Dali (1944) (Shanes, 2014; p.152)

**Sonhos**

O pensamento de Freud dá uma grande importância aos sonhos, sendo suas as seguintes palavras: "*The interpretation of dreams is the royal road to a knowledge of the unconscious activities of the mind.*" (Freud & Freud, 1995; p. 604).. Com efeito, o livro ' A Interpretação dos Sonhos' é avaliado com unanimidade como um dos trabalhos mais significantes do pai da psicanálise (Freud & Freud, 1995). Nele, o autor faz uma profunda reflexão sobre os conteúdos que ele julgava mover o ser humano: a sexualidade infantil, o desejo inconsciente, a censura intra-psíquica, o fantasma da castração, entre outros.
Para Freud, os sonhos não são eventos aleatórios, mas têm um significado e estão orientados para uma função principal: a satisfação alucinatória de desejo inconsciente (Freud & Freud, 1995).

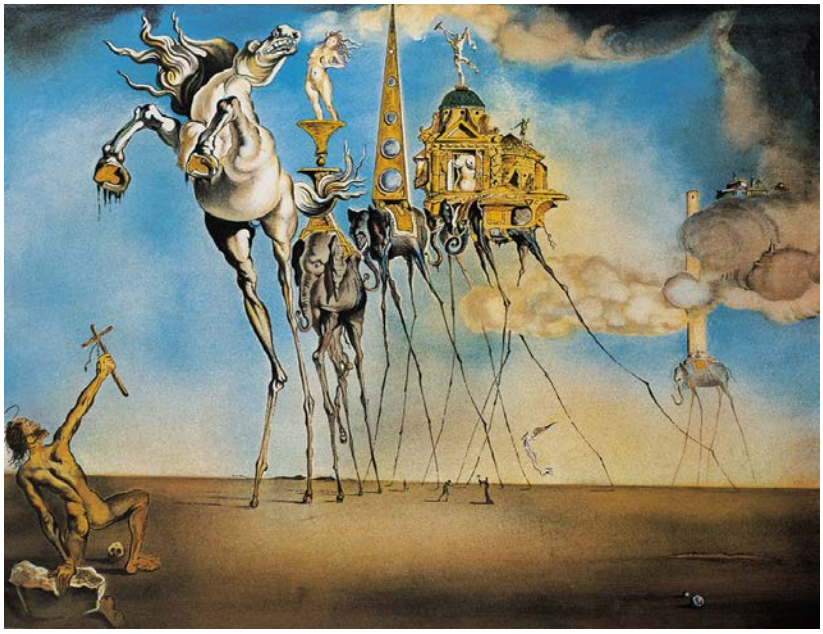


Figura 2 - *'A Tentação de Santo Antão'*, Salvador Dali (1946) (Shanes, 2014; p. 158)

Seguindo o pensamento freudiano, este desejo tipicamente remete para dinâmicas sexuais que remetem à infância da pessoa. Acontece que, muitas vezes, o desejo expresso é incompatível com os padrões morais interiorizados pelo indivíduo. Como tal, um mecanismo de censura inconsciente opera no sentido de impedir que o desejo seja representado explicitamente na trama onírica (Freud & Freud, 1995). O pai da psicanálise descreveu um processo conhecido como 'trabalho do sonho', cuja função é disfarçar o desejo por detrás de um sonho aparentemente sem sentido. Em consequência, surgem dois componentes oníricos divergentes: o conteúdo manifesto do sonho, aquilo que é lembrado, e o seu conteúdo latente, que corresponde ao seu significado profundo (Freud & Freud, 1995).

O 'trabalho do sonho' concretiza-se pelo uso de dois mecanismos de disfarce: o deslocamento e a condensação (Freud & Freud, 1995). O primeiro ocorre quando a transferência do significado de uma determinada ideia é movida para outra ideia associada, por vezes apenas remotamente. De maneira simplificada, dá-se o exemplo de uma paciente Freud que sonhou com um dos seus sobrinhos deitados no caixão (conteúdo manifesto). Durante a terapia, foi pedido à paciente para que verbalizasse os pensamentos e as lembranças que cada elemento do sonho lhe trazia à mente, mesmo que estes parecessem irrelevantes ou desadequados. Assim, inicialmente a doente recordou-se que, recentemente, um dos seus outros sobrinhos tinha falecido e, em seguida, associou que o homem que amava tinha estado no velório (deslocamentos). Posto isto, Freud considerou que a paciente demonstrava o desejo de aproximar-se deste homem (conteúdo latente, o qual, por motivos pessoais, se encontrava inibido (Freud & Freud, 1995). Já a condensação implica que os conteúdos latentes são muito mais extensos do que os manifestos, pelo que os elementos oníricos podem condensar vários significados. A este respeito, cita-se as palavras de Freud: *"Dreams are brief, meagre and laconic in comparison with the range and wealth of the dream-thoughts"* (Freud & Freud, 1995, p. 296). De modo meramente hipotético, face ao sonho da paciente de Freud atrás descrita, pode-se conjeturar que o elemento 'sobrinho deitado no caixão' pode evocar outras associações além do desejo sexual reprimido, como, por exemplo, *drives* agressivas derivadas da ansiedade de morte.



Figura 3 - *'O grande masturbador'*, Salvador Dali (1929) (Shanes, 2014; p 82)

**Processo de pensamento primário**

Ao longo da sua obra, Freud procurou explicar como funciona o pensamento humano. A este respeito, o pai da psicanálise estabeleceu a famosa dicotomia entre processo de pensamento primário (PPP) /processo de pensamento secundário (PPS) (Freud & Freud, 1995; Russ, 2020).

De um modo geral, é possível afirmar que o PPP corresponde à linguagem do inconsciente e, por conseguinte, dos sonhos. Ao contrário do PPS, guiado pela lógica e orientado para a realidade, o PPP é tipicamente pré-lógico, irracional e de natureza fantasiosa. Além disso, o PPP é pré-verbal, o que faz com que se expresse essencialmente não por palavras mas por imagens que se organizam por meio dos mecanismos de condensação e deslocamento, atrás descritos (Freud & Freud, 1995; Russ, 2020).

O PPP abarca conteúdos afetivos primários, com particularidade daqueles sexuais e agressivos. Ele opera no sentido de satisfazer um determinado desejo inconsciente e, para isso, não leva em conta as restrições da realidade (Freud & Freud, 1995; Russ, 2020). Este processo está patente nas brincadeiras das crianças: por exemplo, quando fantasiam que são alguma personagem de desenhos animados. No adulto, o PPP expressa-se por meio do pensamento derreísta, o qual, para algumas pessoas, funciona como um importante refúgio contra as vicissitudes da realidade (Russ, 2020). Dá-se aqui o exemplo hipotético de um escritor que, perante o insucesso do seu trabalho, imagina recorrentemente estar a receber o primeiro Nobel da Literatura. Acrescenta-se que o PPP se manifesta de várias outras formas, as quais podem (ou não) ter um potencial psicopatológico. Assim, o PPP pode ser também encontrado na psicose, alguns estados dissociativos, no humor e na arte (Russ, 2020).

No que se refere à sua forma, o PPP é caracterizado por associações frouxas entre ideias, na medida que a energia psíquica flui livremente de uma para a outro (Freud & Freud, 1995; Russ, 2020).Este aspeto de funcionamento pode ter consequências positivas, como a criatividade. A este respeito, Martindale (1981) denota que *"because primary process cognition is associative it makes the discovery of new combinations of mental elements more likely"* (Martindale, 1981;p. 216).

Outra característica do PPP é que não conhece distinções entre presente, passado e futuro. Daí que seja comum que, nos sonhos, elementos que remetem à infância precoce se misturem com outros referentes ao dia anterior (Freud & Freud, 1995).



Figura 4 - *Persistência da Memória'* , Salvador Dali (1931) (Shanes, 2014; p 93).

Por último, Freud afirmava que o PPP não conhece contradições e, portanto, não é capaz de distinguir a realidade da fantasia (Freud & Freud, 1995). Estes aspectos ficam mais inteligíveis pela referência a um fenômeno onde o PPP tem uma expressão patológica: a psicose esquizofrénica. A este respeito, indica-se o conceito *'double bookkeeping'*, que corresponde à capacidade de alguns doentes com esquizofrenia separarem o mundo delirante do mundo socialmente compartilhado (Bleurer, 1950). Por exemplo, um doente com esquizofrenia pode ter a crença delirante de que é o dono do mundo ao mesmo tempo que, tranquilamente, trabalha como varredor de ruas. Aqui, denota-se que os opostos convivem sem contradição, o que, mais uma vez, é uma característica do PPP segundo Freud (Freud & Freud, 1995).



Figura 5 - 'A couple with their heads full of clouds', Salvador Dali (1936) (Shanes, 2014; p 116).

**Modelo estrutural**

Em 1923, com a publicação de "The Ego and the Id", Freud reorganiza o seu pensamento e propõe um novo modelo psíquico, conhecido como modelo estrutural. Aqui, Freud afirma que a psique é constituída por três instâncias psíquicas: id, super-ego e ego (Freud & Strachey, 2001). Para Freud, essas instâncias interagem dinamicamente entre si, o que

gera tensão psíquica. Com efeito, dado terem demandas diferentes e frequentemente incompatíveis, é comum que o id, o superego e o ego entrem em conflito, podendo daqui surgir sintomas psicopatológicos (Freud & Strachey, 2001; Gabbard, 2014)

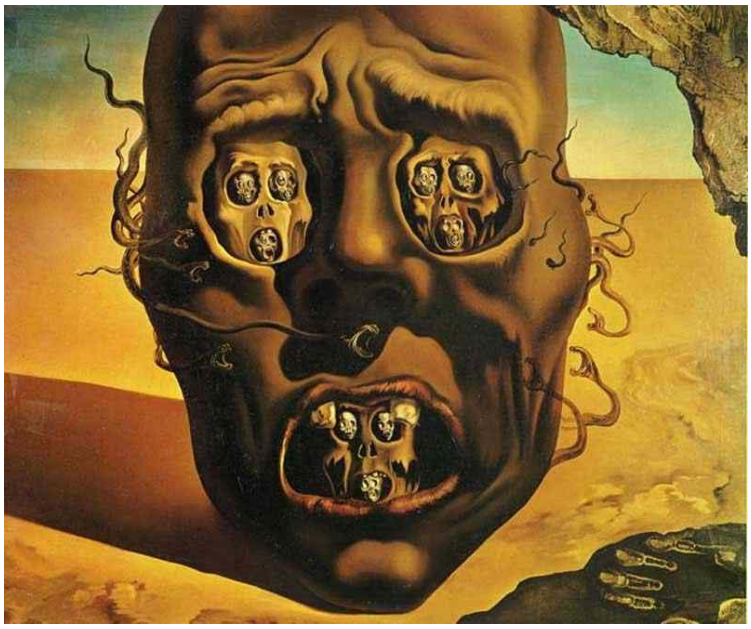


Figura 6 - *'Face da guerra'*, Salvador Dali (1940) (Shanes, 2014; p. 145)

O id corresponde a um conjunto de desejos instintivos desorganizados que permanecem a um nível inconsciente. O id engloba tanto impulsos orientados pelo instinto de vida (por exemplo, sexuais e artísticos) quanto orientados pelo instinto da morte (agressivos, auto-destrutivos). Funciona essencialmente pelo princípio do prazer, o que significa que procura gratificação imediata sem ter em conta as contingências da realidade externa. No pensamento freudiana, o id é a única instância psíquica ao nascimento sendo que, ao longo da vida, a sua expressão é controlada pelo superego e pelo ego (Freud & Strachey, 2001). O superego é uma instância psíquica, pré-consciente e inconsciente, que é conhecida como o centro da moralidade. De facto, o superego contém o conjunto valores morais e normas condutas que definem, para cada pessoa, o que é aceitável ou não. Para Freud, o superego resulta de uma internalização de valores culturais, adquiridos essencialmente por influência das figuras parentais. Por sua vez, o superego engloba também o ego ideal, o qual representa as aspirações do indivíduo em relação a como gostaria de ser (Freud & Strachey, 2001). O super-ego entra frequentemente em contradição com as demandas do *id*, sendo que, deste conflito, podem advir uma panóplia de sintomas neuróticos (Freud & Strachey, 2001; Gabbard, 2014). A título de exemplo, consideremos uma mulher casada que, correntemente, perde a visão quando vê outro homem por quem se sente atraída. Neste caso, pode-se hipotetizar que o impulso sexual tenha sido avaliado como inaceitável pelo superego, o que leva à sua expressão disfarçada através de uma cegueira histérica.

Por último, o ego é definido como a parte executiva da mente que é responsável por adaptar o indivíduo à realidade e mediar os conflitos que existem entre o ego e o super-ego. O ego engloba uma parte consciente e outra inconsciente. Com efeito, o ego apresenta uma série de funções que, em condições normais, se espera que ocorram de forma integrada, a ver: percepção do mundo externo, autoconsciência, controle das funções motoras, resolução de problemas, controlo de impulsos, regulação afetiva, entre outros (Freud & Strachey, 2001; Gabbard, 2014).

**Conclusões**

Da informação exposta é possível perceber que existe uma sinergia óbvia entre o trabalho de Salvador Dali e a teoria psicanalítica, a qual não se esgota nos temas apresentados. Evocando a linguagem do inconsciente e dos sonhos descrita previamente, é notável que as pinturas de Dali se encontram repletas de imagens oníricas extremamente vívidas que se justapõem e associam livremente de uma maneira atípica. Da mesma forma, a exposição das pinturas de Salvador Dali permitem uma compreensão mais intuitiva em relação a alguns conceitos freudianos, como id, inconsciente e processo de pensamento primário, os quais, dado o seu carácter pré-verbal, são dificilmente simbolizados por palavras.

**Referências**


1.Bleuler E (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias (trans. J. Zinkin & N. D. C. Lewis). International University Press, New York (Original work published 1911)

2.Chilvers, I. (Ed.). (2009). *The Oxford dictionary of art and artists*. Oxford University Press.

Editora, I. D. P. (2017). Língua Portuguesa com acordo ortográfico. Psicanálise. Acedido em 17 de Dezembro de 2021 em https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/psicanálise.

3.Eric Berne, *A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis* (Penguin 1976) p. 96

4.Fine, R. (1990). *The history of psychoanalysis, New exp*. Jason Aronson.

5.Freud, S., & Freud, S. (1995). *The interpretation of dreams*. London: Hogarth Press.

6.Freud, S., & Strachey, J. (2001). *The ego and the ID and other works*. London: Vintage.

7.Gabbard, G. O. (2014). Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Pub.

8.Martindale, C. (1981). *Cognition and consciousness*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.

9.Romm, S., & Slap, J. W. (1983). Sigmund Freud and Salvador Dalí: Personal Moments. *American Imago*, *40*(4), 337-347.

10.Russ, S. W. (2020). Mind wandering, fantasy, and pretend play: a natural combination. In Creativity and the Wandering Mind (pp. 231-248). Academic Press.

11.Shanes, E. (2014). *Salvador Dalí*. New York: Parkstone International.

# THE STORY OF "DOCTOR PETER DAWSON" - CROSSING HUMAN LIMITS WITH TECHNOLOGY?

**Filipa Gomes Tavares[1]; Mafalda Corvacho[1]; Maria T. D. Viseu[1]; Mónica Barbosa Pinto[1]; Corona Solana[2]**
Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro
[1]Internas de Formação Específica de Psiquiatria; [2]Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails:gomes.fipa@gmail.com; mafalda.corvacho@gmail.com; mariatdvc@gmail.com; monicapinto5@hotmail.com; coronasolana@gmail.com

**Resumo**
Nesta história, um dispositivo neurológico é colocado num médico permitindo-o sentir as sensações físicas de outras pessoas. Mais tarde, para sentir prazer, ele começa a automutilar-se e comete homicídio.
Os avanços tecnológicos atuais começaram a transformar a ficção científica em realidade, particularmente em fenómenos recentes, como o pensamento transhumanista e o sistema Neuralink.
Nesta história, as fronteiras do eu são tecnologicamente interrompidas, culminando num ato criminoso. Tem havido muitas discussões controversas sobre o crescente desenvolvimento tecnológico no campo dos estudos sociais e éticos. No entanto, considerações acerca dos limites tecnológicos em termos de saúde mental ainda estão abertas para discussão.

**Palavras-chave**: *Black Museum Episode*, *technology, Neuralink*, *transhumanism*, *mental health*.

**Abstract**
In this story, a neurological device is implanted in a physician allowing him to feel other people physical sensations. Later, in order to feel pleasure he starts self-injuring and commits homicide. Current technological advancements have begun to turn science fiction into reality, particularly in recent phenomena such as transhumanist thinking and the Neuralink system.
In this story, boundaries of self are technologically disrupted, culminating in a criminal act. There have been many controversial discussions regarding increasing technological development in the field of social and ethical studies. However, considerations of technological limits in terms of mental health are still open for discussion.

***

## Introdução

A série *Black Mirror*, criada por Charlie Brooker, é uma série televisiva antológica de ficção científica que retrata uma realidade distópica. Nesta antologia, os episódios agrupam-se por temáticas que visam explorar e analisar a nossa sociedade moderna e especular potenciais consequências advindas do constante e rápido desenvolvimento tecnológico.
A história a retratar insere-se no sexto episódio, denominado *Black Museum*, da quarta temporada da série. Este episódio, de forma a explicar o final catártico, encontra-se dividido em cinco partes: Introdução, Parte I, Parte II, Parte III e Conclusão. Todas as "partes" retratam histórias distintas que se interligam de forma de sinistra.
Deste modo, pretende-se a análise da história do "Dr. Peter Dawson", que se insere na Parte I, e a discussão de potenciais consequências na saúde mental da evolução tecnológica em vista ao transhumanismo.

**Parte I - "The Story of Dr. Peter Dawson"**

O Dr. Peter Dawson exerce como médico, no Hospital Universitário Saint Juniper, em Nova Iorque, e observamo-lo maioritariamente a prestar o seu trabalho no serviço de urgências e no serviço de internamento.

Numa altura da sua vida em que apresenta algumas dificuldades no seu trabalho, é-lhe apresentado uma solução por um vendedor (Haynes) da área da investigação neurológica da empresa TCKR, também profissional do hospital. A solução passa pela colocação de um implante neurológico experimental que permite ter acesso às sensações físicas alheias, desde que o outro sujeito esteja a utilizar o capacete muito específico, com capacidade de captar dados neurológicos. A partir deste momento, com a ajuda do implante, Dawson ultrapassa os limites do Eu começando ter acesso e a sentir as sensações dos doentes no seu próprio corpo. A dor física do outro passa a ser a sua. Deste modo consegue realizar diagnósticos de forma célere e correcta, permitindo o tratamento indicado para cada doente. No entanto, Dawson descobre outro potencial para além do uso médico do dispositivo, usando-o durante as relações sexuais com a parceira de forma a sentir o prazer desta e a potenciar o de ambos.

Contudo, numa noite tudo muda para Dawson. O senador entra no hospital com sintomas de envenenamento, e Dawson, não reconhecendo tais sintomas permanece conectado ao senador até ao momento da sua morte. Dawson perde a consciência e experiencia a morte de forma química, adulterando-lhe a estrutura neurológica. Após esta alteração na Continuidade do Eu, o médico não será mais o mesmo.

Apercebendo-se de que sente prazer na dor, começa a usar os seus doentes como veículo para o seu prazer hedónico. Este comportamento disruptivo leva ao seu despedimento e expulsão do hospital. Sem mais doentes para "utilizar" tenta preencher a sua adição à dor através da auto-mutilação. Após vários e diversos comportamentos auto-lesivos percebe não conseguir sentir prazer, apercebendo-se de que lhe falta a componente emocional do "medo" experienciado pelos doentes. Totalmente dependente do seu vício, não se preocupando mais com o sagrado que é a vida, e apenas tendo como objectivo o sentir pleno prazer na dor física e emocional, chega a cometer homicídio de um sem-abrigo. Efectivamente, consegue a excitação sexual, com uma tal intensidade que o coloca num estado de coma. Ainda assim, é preso.

**Apenas Ficção Científica?**

Esta realidade distópica aqui relatada assemelha-se de facto a ficção científica para a nossa consciência. Mas será apenas ficção? Ou existe algo semelhante já em desenvolvimento? E se existe, do que se trata?

A resposta é de facto afirmativa: Elon Musk possui um projecto que vai de encontro ao relatado, a *Neuralink - Breakthrough Technology for the Brain*. Elon Musk parece ir caminhando, mesmo que lentamente, em algo aproximado ao observado na história anterior. O seu artigo *"An Integrated Brain-Machine Interface Platform with Thousands of Channels"*, publicado em 2019 no *Journal of Medical Internet Research* apresenta já resultados promissores em termos de interface entre o cérebro e a tecnologia. Parece ter dado os primeiros passos no que significa a comunicação neurológica e a tecnologia.

No entanto, Elon Musk ainda se encontra distante daquilo que almeja e pretende. Ideias como descarregamento de pensamentos, dispositivos que permitam a telepatia, possibilidade de escrita para uma interface cibernética pelo pensamento, não se encontram ainda desenvolvidas, pelo menos a um nível de conhecimento público.

A visão de Elon Musk, segundo Mull (2019), é o aprimoramento e aperfeiçoamento do ser humano, através da simbiose entre o cérebro e a inteligência artificial. A colocação de um dispositivo neurológico num indivíduo saudável, poderia levar a um aumento na inteligência, na memória e no tempo de resposta, dado à neuroplasticidade existente. Em casos de indivíduos com perda de funcionalidade física, uma prótese neurológica poderia ser a solução, permitindo a mobilização com o auxílio de um exosqueleto robótica, comandado pela mente.
Assim, segundo Musk e o seu projecto *Neuralink*, esta transformação híbrida resultaria num tipo de inteligência humana ainda superior à inteligência artificial, colocando-se a questão se Elon não estará a tentar providenciar as condições para produzir um transhumano e assim iniciar todo o movimento do transhumanismo.

**O Transhumanismo**

O Transhumanismo é um movimento social, político e intelectual, que se veio a desenvolver nas últimas duas décadas. Muitos transhumanistas consideram que o transhumanismo poderá ser uma continuação do que foi iniciado na Era do Iluminismo.
É defendido que a natureza humana é aprimorável e passível de ser aperfeiçoada pelo meio da ciência, pelo que, pode ser possível melhorar o tempo e a qualidade de vida, aumentar a capacidade tanto física como intelectual, e potenciar o controlo sobre o nosso próprio estado mental ou emocional.
Os transhumanistas afirmam que os benefícios advindos da "saúde indefinida", do controlo emocional, do aumento de capacidade intelectual, consequentes do aperfeiçoamento tecnológico, superam qualquer risco advindo da tecnologia, tendo como ideais a Disponibilidade, a Liberdade Morfológica e a Liberdade Reprodutiva.
A Disponibilidade incide numa premissa de que o acesso seria para todos, de forma equitativa e justa, a par com a facilidade de aquisição da tecnologia para ascender à posição de "transhumano".
A Liberdade Morfológica assenta na questão de cada indivíduo ser livre e ter o direito a adulterar partes do seu corpo com o objectivo de se aperfeiçoar, seja para aumentar a sua autonomia ou a sua beleza. Esta questão de autonomia permite a possibilidade a quem perdeu membros, de os reaver através da biotecnologia, por forma a aumentar a sua qualidade de vida.
Por último, a Liberdade Reprodutiva incide no direito da cada indivíduo a reproduzir-se. Através da tecnologia genética, a capacidade e a possibilidade de escolha na reprodução humana seriam extremamente expandidas. Este ideal seria talvez o mais controverso em termos éticos, no que toca a manipulação da genética primitiva do embrião para consequente aperfeiçoamento, escolha de sexo biológico, escolha de características…até que ponto têm os pais o direito de decidir tais características.
O objectivo último e final seria o de alcançar o estado de "Pós-Humano", ou seja, um humano que conseguiu ultrapassar as suas limitações fundamentais com o auxílio da tecnologia, e que foi tão radicalmente alterado física, cognitiva e emocionalmente, que consequentemente já escasso humano é. O transhumano é portanto, um "humano de transição", para a condição do "super-humano", o pós-humano.

**Benefícios do Transhumanismo**

Uma das grandes questões em torno desta temática é a restauração da dignidade enquanto "ser humano" ao indivíduo, seja através de membros biónicos, chips ou outros dispositivos, permitindo-o reaver partes e habilidades biológicas anteriormente perdidas e dificilmente ou quase impossível de serem recuperadas.
Desse modo existiria uma maior qualidade de vida, com maior independência e autonomia, com retorno à sensação de ser "mais humano", enquanto transhumano.

**Problemas do Transhumanismo**

1.*Biodiversidade:* a maior liberdade reprodutiva acarretaria maior expansão das técnicas de Procriação Medicamente Assistida, até ao limite da implementação da reprodução assexuada. Como tal, traria graves problemas em termos de biodiversidade humana, redução da riqueza genética. Um dos possíveis *outcomes* seria o consequente aumento de condições médicas e a perda de património genético.

2.*Unicidade*: por outro lado, a maior liberdade morfológica, com recorrência a biotecnologia produzida em massa e existente no mercado, induziria a perda de características pessoais e únicas, assim como a perda da própria biologia e alteração da personalidade.

3.*Autonomia*: enquanto que a tecnologia biónica pode de facto aumentar a autonomia individual, o contrário também poderia suceder, aquando de avarias técnicas. O que havia sido reposto teria de ser retirado e trocado ou reparado consoante a disponibilidade no mercado, colocando o indivíduo transhumano numa posição de dependência.

4.*Privacidade:* a possibilidade de descarregamento de pensamentos e memórias, tal como Elon Musk preconiza e imagina, poderia predispor a ataques cibernéticos, com possibilidade de *hacking*. Além da disponibilidade pela Internet, retirando o último resquício de privacidade, poderia ainda seguir para estratagemas de chantagem ou ir para o mercado negro.

5.*Substituição facilitada:* qualquer zona do corpo poderia ser substituída, havendo ou não indicação, aumentado o consumismo.

6.*Perda de Moralidade*: um transhumano, através da sua natureza humana poderia pensar que ao ser "superior" à restante humanidade, poderia abster-se dos seus direitos e deveres sociais. Porque haveria de um transhumano se importar com um humano, enquanto o principal objectivo é tornar-se ele próprio um pós-humano com prolongamento de vida e saúde inabalável?

7.*Desigualdade Social*: assim como na nossa actualidade, uma classe com maior poder de compra de mercado teria um maior e mais fácil acesso às biotecnologias, em detrimento de classes mais desfavorecidas, desequilibrando ainda mais a questão social.

8.*Perda de Identidade*: o nosso corpo físico auxilia na formação e completude de identidade. Havendo essa disrupção, a perda do sentimento de ser quem é acentuar-se-ia e uma estranheza surgiria.

9.*Dualidade do Corpo e da Terra*: o viver para sempre traria uma afastamento do ciclo biológico natural. A responsabilidade para com a própria Terra poderia parecer descabida.

10.*Racismo*: outro cenário possível seria a inevitável distinção e separação entre humanos e transhumanos, a não ser que existisse em paralelo uma expansão de Consciência.

Assim, a possibilidade de uma avançar para o processo do transhumanismo seria o cultivo e o aumento da Consciência ética e social.

**Tecnologia e Saúde Mental no Futuro**

Não há dúvida de que a Tecnologia Virtual providenciou vários benefícios e avanços no que diz respeito à saúde mental. Fobias específicas foram passíveis de serem tratadas através de terapia de exposição com auxílio da realidade virtual, assim com a Fobia Social, providenciando um local seguro para comunicação e relação interpares para indivíduos com características de personalidade introvertidas. Outras vantagens têm sido descritas também ao nível do tratamento com sucesso da Dismorfia Corporal, permitindo um reajuste cognitivo, e ao nível da Perturbação de Stress Pós-Traumático, e da Dependência Tabágica.

Por outro lado, potenciou o desenvolvimento de Perturbações Depressivas e de Ansiedade, assim como experiências de Despersonalização e Desrealização. Pensa-se que

tal se possa dever à própria experiência virtual, não existindo ainda consenso na causalidade. Outra condição descrita é a *Cybersickness*, causada no período após a uma sessão de tecnologia virtual, e caracterizada por náusea, fadiga e cansaço, sensação de vertigem e desorientação espacial e corporal.

De acordo com Fourneret (2020), a investigação realizada na Neuralink trará com toda a certeza repercussões tanto ao nível científico como a nível social. No entanto, é extremamente difícil antecipar ou extrapolar o que irá acontecer no futuro, uma vez que o futuro, nem sempre é como a humanidade imaginou ou idealizou. Nos meados do século 20, por exemplo, pensava-se que carros com capacidade de voar seriam o principal meio de transporte a partir do ano 2000. Obviamente, tal não se verificou, e parece ainda ser uma situação distante.

Outro grande exemplo é o da Internet, cujo objectivo primário era a melhoria da comunicação entre várias universidades americanas: *Stanford University*, *University of California* em Los Angeles, *University of California* em Santa Barbara, e *University of Utah*. Para tal, em 1969 foi criada a ARPANET, uma *network* de computadores, em nada semelhante à nossa Internet actual, mas que permitia a partilha de informação entre as quatro universidades. Nesta altura, nada nem ninguém faria prever que a ARPANET iria evoluir para a imensidão que é a Internet como nós a conhecemos na actualidade.

Desta forma, é completamente impossível prever qual ou quando que tecnologia poderá surgir no futuro, e como esta poderá ter o seu impacto, a nível científico, sócio-económico e de saúde. Poderá haver criatividade por parte da humanidade e especular o que virá, no entanto, será sempre um desafio para o ser humano controlar o futuro do mundo e da humanidade.

No entanto, é opinião de Porter (2017) que o aperfeiçoamento tecnológico do ser humano é algo inevitável de facto, e que o processo de desenvolvimento já foi iniciado, sendo possível identificar nos dias de hoje, "traços transhumanistas". Contudo, o apressar de forma cega para um mundo que se almeja ser "pós-humano", é um convite formado para realidades que não seriam esperadas, e quiçá, mesmo consequências distópicas, talvez semelhantes ao descrito na série televisiva *Black Mirror*. Se de facto o sentido é seguir o caminho do transhumanismo, é agora o momento de nos aventurarmos ao processo de "transição", de forma consciente, informada, e de olhos bem abertos e astutos.

## Conclusões

Na história previamente relatada, os limites do Eu estáveis de Dawson são rompidos de forma secundária através da biotecnologia e de um neuroimplante experimental. Após uma experiência de quase-morte, a continuidade do seu Eu é corrompida, contaminando a sua personalidade e desejos. Torna-se dependente da dor para sentir prazer, culminando no desrespeito da vida humana e consequente homicídio.

Muitas têm sido as discussões na área da investigação social e ética sobre o crescente aumento do desenvolvimento tecnológico, tornando esta temática numa panóplia de controvérsias. Todavia, parece ser um movimento inevitável que trará esperançosamente grandes avanços na humanidade. As repercussões que poderão surgir no futuro são ainda muito voláteis, e tendo tal em conta, é ainda precoce concluir sobre quais os limites e impacto da tecnologia na saúde mental. São quase inexistentes os estudos sobre este campo, sendo necessário maior investimento na investigação desta temática.

## Bibliografia

Brain Knows Better (2015). Black Mirror Reflects the Psychology of 21st Century Technology. http://brainknowsbetter.com/news/2015/4/21/black-mirror-reflects-the-psych

Dadia, T. and Greenbaum, D. (2019) Neuralink: The Ethical 'Rithmatic of Reading and Writing to the Brain, AJOB Neuroscience, 10:4, 187-189, acedido a 21 de junho. DOI: 10.1080/21507740.2019.1665129
Fourneret, E. (2020). The Hybridization of the Human with Brain Implants: The Neuralink Project. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethic, 29, 668–672.
Johnson, J. (2020). Negative effects of technology: What to know. Medical News Today.
Jotterand, F. (2010). Human Dignity and Transhumanism: Do Anthro-Technological Devices Have Moral Status? The American Journal of Bioethics, 10(7): 45–52.
Maynard, A. D. and Scragg, M. (2019). The Ethical and Responsible Development and Application of Advanced Brain Machine Interfaces. Journal of Medical Internet Research; 21(10):e1632. Acedido a 24 de junho. doi: 10.2196/16321
McNamee, M. J. and Edwards, S. D. (2006). Transhumanism, medical technology and slippery slopes.J Med Ethics.;32:513–518. Acedido a 28 de Junho. doi: 10.1136/jme.2005.013789
Musk, E. and Neuralink (2019). An Integrated Brain-Machine Interface Platform With Thousands of Channels. Journal of Medical Internet Research, 21(10): e16194. Acedido a 18 junho
Porter, A. (2017). Bioethics and Transhumanism. Journal of Medicine and Philosophy, 42: 237–260. Acedido a 18 de junho. doi:10.1093/jmp/jhx001
Spiegel, J. S. (2017). The Ethics of Virtual Reality Technology: Social Hazards and Public Policy Recommendations. Sci Eng Ethics. Acedido a 19 Junho. DOI 10.1007/s11948-017-9979-y
Thompson, J. (2017). Transhumanism: How Far Is Too Far?, The New Bioethics. Acedido a 18 de junho. DOI: 10.1080/20502877.2017.1345092

# EUREKA! SERÁ QUE NO PASSADO TODAS AS ENTIDADES NOSOLÓGICAS ERAM DESCOBERTAS CIENTÍFICAS?

**Joana Correia*; Emanuela Maldonado*; Joana Raposo Gomes****
Unidade Local de Saúde do Nordeste
*Interna Formação Específica de Psiquiatria; ** Médica Especialista de Psiquiatria
Emails:joana.correia@ulsne.min-saude.pt; mmaldo578@gmail.com;
joana.raposo@ulsne.min-saude.pt

**Resumo**
Ao longo da história da Psiquiatria, através de uma abordagem fenomenológica, foram observados e descritos múltiplos grupos de sintomas em diversos doentes. Este método permitiu a qualificação de entidades nosológicas que atualmente podem ser integrados numa síndrome só. Entre os finais do séc. XIX e inícios do séc. XX podemos encontrar entidades nosológicas como o Bouffée Delirante de Valentin Magnan, as holodisfrenias de Barahona Fernandes ou as Psicoses Atípicas de Mitsuda que contemporaneamente perderam utilidade clínica para as Perturbações Psicóticas Agudas Transitórias da CID-10.

**Palavra-chave:** síndrome; fenomenologia; nosológico

**Abstract**
Throughout the history of Psychiatry, through a phenomenological approach, multiple groups of symptoms have been observed and described in different patients. This method allowed the qualification of nosological entities that can currently be integrated into a single syndrome. Between the end of the 19th century and early 20th century we can find nosological entities such as *Bouffée Délirant* of Valentin Magnan, holodysphrenia of Barahona Fernandes or atypical psychoses and Mitsuda that contemporarily lost clinical utility for the transient acute psychotic disorders of the ICD-10.

***

## Introdução

A fenomenologia é um termo associado à psicopatologia descritiva que inclui aspetos subjetivos, que é onde entra a fenomenologia, e aspetos objetivos onde tem palco a descrição do comportamento do objeto, neste caso do doente, em estudo.
Da forma como é utilizada na psiquiatria, a fenomenologia envolve a descrição de eventos psicológicos anormais por meio das experiências internas do doente. O observador procura escutar atentamente, observar com precisão e compreender o evento ou fenómeno psicológico, para que possa, tanto quanto possível, saber por si próprio como o doente se sente na sua experiência. Posto isto, entre o século XIX e o século XX, em pequenos núcleos localizados em vários países europeus, psiquiatras começaram a individualizar um grupo sindromático restrito de quadros psicóticos que pareciam não se integrar satisfatoriamente nas duas grandes entidades nosológicas definidas por Emil Kraepelin em 1899 – a psicose maníaco-depressiva e a demência praecox.

## As bases do conceito – Escola Francesa

Podemos considerar que as bases teóricas do conceito psicoses cicloides remontam à psiquiatria francesa do século XIX. Em Paris, Bénédict Morel (1809-1873), porventura baseado na sua educação religiosa, definiu o conceito de degeneração. Segundo a sua conceção, o homem como ser perfeito criado por Deus, vai degenerando através de traços

mórbidos que transmite à descendência. Com elevado reconhecimento mundial, influenciou a sua geração e as gerações subsequentes, abrangendo todas as camadas da sociedade, desde a ciência até a política.
De entre os seus continuadores teóricos, o mais importante foi Valentin Magnan (1835-1916), que criticou o cunho religioso da teoria de Morel. Desenvolveu o conceito de degeneração, e descreveu os delírios polimórficos dos degenerados com características similares ao que se chamaria futuramente de psicoses cicloides, de evolução transitória e benigna. Assim, em 1885 Magnan descreveu pela primeira vez uma condição psicopatológica caracterizada por início súbito, sintomatologia polimorfa e curso recorrente que inscreveu como subtipo das psicoses degenerativas com a designação de baforada delirante.

**As bases do conceito – Escola Alemã**

Se a escola francesa lançou as bases do conceito, a escola alemã desenvolveu a sua estrutura. Para se perceber a construção do conceito é importante analisar o papel de Emil Kraepelin (1856-1925) para a classificação nosológica em psiquiatria. Com base no modelo médico de doença, Kraepelin desenvolveu toda uma classificação psiquiátrica fundamental que reorganizou todos os grupos sindromáticos existentes, e serviu de base para as atuais classificações psiquiátricas. Teve um importante papel na diferenciação das psicoses endógenas diferenciando os conceitos de psicose maníaco-depressiva e de demência precoce[1]. Contudo, o seu modelo tinha limitações no enquadramento dos casos considerados atípicos, onde se situavam os precursores das psicoses cicloides. É justamente nessa época que surge na Alemanha aquela que ficou conhecida como a escola de Wernicke-Kleist-Leonhard[2]. Karl Wernicke (1848-1905) tornou-se um dos principais opositores da classificação de Kraepelin, dando relevância aos quadros sindromáticos. Descreveu, sem valor classificativo nem etiológico, condições clínicas independentes (psicose cíclica da motilidade; psicose de angústia; autopsicose expansiva com ideias autóctones; confusão agitada; acinesia intrapsíquica) que viriam a constituir parte das descrições clínicas das psicoses cicloides. Apesar do seu enorme contributo na área das neurociências, foi alvo de críticas por parte de outros autores como Karl Jaspers (1883-1969), que considerou as teorias excessivamente centradas no cérebro[3]. O seu discípulo Karl Kleist (1879-1960) avançou com a linha de investigação que unia os princípios sindromáticos do seu mestre com os princípios ligados ao prognóstico e etiologia de Kraepelin. Propôs-se a clarificar e organizar as psicoses atípicas, concebendo a ideia de psicoses marginais, como psicoses com algum tipo de relação sintomatológica, constitucional ou heredobiológica com as psicoses já conhecidas. Foi pioneiro na introdução do termo psicoses cicloides, mas apenas como um dos subtipos de psicoses marginais, e que correspondia parcialmente ao conceito final de psicoses cicloides que viria a ser desenvolvido anos mais tarde por Karl Leonhard (1904- 1988). Leonhard criticou o trabalho realizado na psiquiatria da época, referindo que enquanto a neurologia avançava na identificação de numerosas perturbações, a psiquiatria apenas abraçava um número muito limitado destas. Considerava, assim, que a falta de sucesso nos avanços da investigação em psiquiatria estava assente na divisão errada das classificações psiquiátricas. Leonhard reorganizou os conceitos de psicoses marginais, adotando a ideia de polaridade e estabelecendo uma classificação empírica baseada em quadros sindromáticos, na sua evolução e prognóstico. Estabeleceu o conceito de psicoses cicloides tornando-as, à luz da sua classificação, um grupo independente das outras psicoses.
Durante os séculos XIX e XX, várias escolas e numerosos autores como Kasanin (1933) ou Mitsuda (1962) descreveram entidades clínicas polimórficas com caraterísticas muito similares às psicoses cicloides de Leonhard, revelando a ênfase dada pela psiquiatria, ao longo da história, às diferentes faces de uma suposta entidade clínica única.

**Escola Portuguesa**

O estudo e desenvolvimento da conceitualização das psicoses polimórficas em Portugal, segundo Gamito (2007), iniciou-se com Henrique João de Barahona Fernandes (1907-1992) que, na Clínica Psiquiátrica de Lisboa, identificou síndromes atípicas, dificilmente classificáveis como esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva. Em 1938 Barahona Fernandes publicou a sua tese de doutoramento sobre patopsicologia e fisiopatologia das síndromes hipercinéticas. Aí descreve as síndromes hipercinéticas das psicoses ciclóides, síndromes autóctones que "*constituiriam elas próprias toda a psicose pelo seu aparecimento e evolução autónoma, repetindo-se intermitentemente sob a mesma forma ou alternando com fases acinéticas*". Barahona Fernandes propôs uma nova nomenclatura para essas psicoses polimórficas fazendo sobressair o "*seu significado clínico, distinto do esquizofrénico*"[4]. Determinou a designação de holodisfrenias para essas condições em que há uma "*desintegração aguda da mente, sem dissociação da personalidade que evoluciona em episódios variados para a total reintegração do conjunto*". Este conceito assemelha-se em grande parte às descrições das psicoses cicloides, sendo que, para esse autor, mais importante que uma independência nosológica, é o seu interesse clínico prático, de forma a evitar um excesso de diagnósticos de esquizofrenia e, dessa forma, a delimitar para investigação grupos de doentes com manifestações clínicas comuns [5].

**Psicoses cicloides – subtipos**

Leonhard baseou os seus estudos no acompanhamento de doentes com o diagnóstico de psicose cicloide. Baseou as suas descrições na observação e experiência clínica, realizando posteriormente estudos com familiares[3]. Tendo em conta o seu curso e o seguimento longitudinal, definiu cinco características principais dessas psicoses, algumas delas partilhadas por descrições de condições clínicas feitas por outros autores: polimorfismo sintomático; caráter evolutivo fásico; existência de polos sintomáticos opostos; *restitutio ad integrum* entre episódios; bom prognóstico, sem curso deficitário. De acordo com a preponderância sintomatológica da principal dimensão afetada (afetividade, pensamento e motricidade), Leonhard estabeleceu três subtipos (ansiedade-felicidade, confusional e da motilidade), considerando que a sintomatologia dos subtipos era ocasionalmente sobreposta. A psicose ansiedade-felicidade, como traduzem os anglo-saxónicos, é também designada de angústia-felicidade nos países de línguas derivadas do latim. Nesse subtipo de Leonhard, a ansiedade é acompanhada de desconfiança, ideias de autorreferência, ideias hipocondríacas e de menor-valia. Podem ocorrer alterações da sensoperceção, às vezes acompanhadas de vivências de passividade, e o humor é sobretudo ansioso. No seu polo oposto, encontramos um estado de êxtase caracterizado por ideias de felicidade, com as quais costumam estar associadas ideias de referência e alterações da sensoperceção. A alternância entre polos pode ocorrer rapidamente e várias vezes num mesmo episódio, sendo as fases de ansiedade mais frequentes do que as de felicidade[3]. Na psicose confusional, o sintoma central refere-se a uma perturbação do pensamento: na fase excitada ocorre incoerência e, na fase inibida, inibição do pensamento. Nos casos mais leves de excitação do pensamento ocorre o que Leonhard apelida de incoerência na escolha do tema, que se caracteriza por uma série de pensamentos alheios às circunstâncias e desconexos entre si. Difere da fuga de ideias por não apresentar a típica distratibilidade com eventos circunstanciais, característica dos quadros maníacos[3]. A excitação do pensamento costuma estar associada a uma pressão do discurso. Como alterações do conteúdo, na excitação sobressaem principalmente erros no reconhecimento das pessoas, aos quais frequentemente estão associadas ideias de referência e alterações da sensoperceção, sobretudo de natureza auditiva.

Na fase inibida, a inibição do pensamento associa-se a um empobrecimento da fala que pode mesmo chegar ao mutismo. Agregam-se à perplexidade, ou reação catastrófica, as ideias de referência e de significação. Podem ocorrer alucinações, embora mais raras na fase inibida. Entretanto, é comum que o quadro não se apresente de forma pura, mas multiforme, com curso variável, muitas vezes com o predomínio de apenas um dos polos, sendo frequente a ciclagem entre ambos[3]. A psicose da motilidade está diretamente relacionada aos sintomas psicomotores. Na fase caracterizada por hipercinésia, ocorre uma inquietação motora que afeta principalmente os movimentos dirigidos e involuntários. Na fase acinética, os movimentos expressivos e reativos estão comprometidos podendo-se reconhecer o quadro a partir da rigidez na postura e na mímica. Em condições mais severas, também os movimentos voluntários podem ser afetados. Como nas outras formas de psicose cicloide, é relativamente frequente ocorrer numa mesma fase uma oscilação circular para ambos os polos. As acineses são relativamente mais raras e de duração mais longa, podendo prolongar-se por meses. A acinese da psicose da motilidade deve ser distinguida do torpor da psicose confusional, o que requer uma investigação acerca de qual dentre os sistemas motores está mais comprometido, se os movimentos voluntários (psicose confusional) ou involuntários (psicose da motilidade)[3]. O diagnóstico diferencial com a psicose confusional também pode ser complicado na fase excitada: uma incoerência formal, em que é verbalizada uma forma discursiva incoerente e com interrupções, é característica da psicose da motilidade. Quando a isto se acrescenta uma pressão do discurso, o que é relativamente comum na hipercinese, há uma sobreposição com as psicoses confusionais que torna difícil o seu diagnóstico diferencial[3].

**A operacionalização do conceito**

Leonhard realizou uma descrição clínica exaustiva ao longo de várias décadas[3]. No entanto, uma das principias críticas apontadas ao seu trabalho foi não ter desenvolvido critérios funcionais de diagnóstico. Só vários anos mais tarde, em 1982, Brockington, Perris e Meltzer desenvolveram esforços no sentido de operacionalizar critérios de diagnóstico, baseando-se no estudo de doentes por eles observados. No entanto, essa operacionalização de critérios afasta-se do trabalho prévio realizado por Leonhard. Enquanto com Leonhard o diagnóstico das psicoses cicloides é feito de "baixo para cima" (os sintomas agrupam-se numa síndrome, que se dividem em subtipos que constituem uma entidade), [3] os critérios de Brockington, Perris e Meltzer representam uma coleção de sintomas sem padrão sindromático. Desta forma, em 2007 foi realizado um estudo por Peralta, Cuesta e Zandio que compararam empiricamente os conceitos de Leonhard e de Perris, para avaliar em que medida representam uma mesma conceitualização[6]. Esses autores concluíram que há uma sobreposição apenas parcial e uma diferença significativa no número de variáveis. Posteriormente, outros autores como Jabs et al. desenvolveram critérios de diagnóstico com base no conceito de Leonhard, mas cuja validade e confiabilidade não foram estudadas[7].

**Discussão**

Os principais manuais de diagnósticos foram importantes avanços na comunicação científica e sobretudo no aumento da confiabilidade em psiquiatria, ou seja, na concordância de diagnóstico entre dois observadores. Permitiram estabelecer uma linguagem comum, melhorando a comunicação entre profissionais, famílias, doentes e público em geral, permitindo uniformizar procedimentos. No entanto, a evolução dos construtos teóricos levou a um afastamento da prática clínica, desenvolvendo diagnósticos que se distinguem mais pelos critérios temporais do que pelas caraterísticas psicopatológicas. As sucessivas edições do Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders (DSM) até à mais recente, DSM-5[8], não incluíram o conceito de psicoses cicloides. A décima edição da Classificação Internacional de Doenças – CID-10[9] procurou incluir sintomas descritos nas psicoses cicloides, juntamente com a sintomatologia descrita para as bouffées delirantes[10], sob o rótulo de "Psicoses agudas transitórias", conduzindo à ideia de que seriam sinónimos. Mas será mesmo que as psicoses cicloides se podem enquadrar em algum dos diagnósticos destes manuais? Vários estudos foram desenvolvidos com o intuito de analisar a correspondência entre as psicoses cicloides e os diagnósticos operacionalizados nos principais manuais. Nos diversos estudos realizados, entre 8 e 24% dos indivíduos com sintomatologia psicótica perfaziam os critérios para psicoses cicloides[11]. No entanto, concluiu-se uniformemente, que as psicoses cicloides não correspondem a nenhuma das categorias do DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ou CID-10. Segundo Peralta & Cuesta[11, 12], em corte transversal, a perturbação psicótica breve (DSM-IV) e a psicose aguda transitória (CID-10) são aquelas que mais visivelmente se aproximam das psicoses cicloides, com 30-50% de concordância. As principais limitações estão relacionadas, sobretudo, com os critérios temporais restritos impostos na definição desses quadros clínicos (1 e 3 meses, respetivamente). A correlação entre diagnósticos aumenta substancialmente se o critério temporal for excluído. A perturbação esquizoafetiva descrita por Kasanin é muito próxima da descrição das psicoses cicloides, tendo em consideração a elevada prevalência de sintomatologia psicótica e afetiva nesses doentes[12].

Será que a ausência de enquadramento nosológico torna o conceito de psicoses cicloides sem validade ou utilidade? Na lógica, validade é a caraterística da inferência que será verdade se todas as premissas forem verdadeiras. No entanto, não existe consenso para a sua definição em ciência. A grande maioria das categorias diagnósticas em psiquiatria são construtos teóricos maioritariamente resultados da opinião de especialistas e, tal como as psicoses cicloides, não reúnem os critérios necessárias para se considerarem universalmente válidas e aceites.

Este facto não impede que os construtos psiquiátricos sejam úteis. A utilidade em psiquiatria depende da informação que é prestada, seja pelo prognóstico, tratamento ou evolução[13]. Assim, o conceito de psicoses cicloides mostrou utilidade desde as suas primeiras descrições, nomeadamente na categorização dos quadros considerados atípicos, na capacidade de oferecer ao clínico elevada segurança na realização do diagnóstico pela sua estabilidade temporal, e ainda na prevenção da iatrogenia causada para evitar que os doentes fossem erradamente diagnosticados com esquizofrenia. Porém, a utilidade do conceito diluiu-se à medida que a sua validade não foi reconhecida.

**Conclusão**

Ao longo da história da Psiquiatria, identificamos inúmeros autores que através de uma abordagem fenomenológica, foram observando e descrevendo múltiplos sinais e sintomas comuns em diversos doentes.

Leonhard, o "pai" das psicoses cicloides, definiu o seu conceito assente num trabalho fundamentalmente clínico, através de descrições sindromáticas ricas, da caraterização da sua evolução longitudinal e da identificação de subtipos distintos.

Através deste exemplo, e fazendo uma transposição para outras entidades nosológicas, conseguimos perceber que em diferentes espaços físicos e temporais, através da utilização da psicopatologia descritiva e com isso a adoção de um olhar fenomenológico, identificaram-se padrões de sintomas que foram tidos em conta como o sintoma em si mesmo, ou seja, despojado de significado e interpretações, e como não havia a facilidade dos dias de hoje de partilha e troca de informações clínicas, era adotado um verdadeiro olhar fenomenológico para conseguir enquadrar de forma fiel os doentes em grupos sindromáticos.

**Bibliografia**

[1] Kraepelin, E., & Quen, J. M. (1990). Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians. Canton, MA: Science History Publications.
[2] Salvatore, P., Bhuvaneswar, C., Ebert, D., Maggini, C., & Baldessarini, R. J. (2008). Cycloid psychoses revisited: Case reports, literature review, and commentary. Harvard Review of Psychiatry, 16(3), 167-180. doi:10.1080/10673220802167899.
[3] Leonhard, K., & Beckmann, H. (1999). Classification of Endogenous Psychoses and their Differential Etiology. Wien: Springer.
[4] Gamito, A. (2007). Psicoses agudas e transitórias. A escola portuguesa e o conceito de holodisfrenia. Psilogos, 4(1), 17-22.
[5] Fernandes, H. J. de B. (1998). Antropociências da psiquiatria e da saúde mental. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
[6] Peralta, V., Cuesta, M. J., & Zandio, M. (2007). Cycloid psychosis: An examination of the validity of the concept. Current Psychiatry Reports, 9(3), 184-192. doi:10.1007/s11920-007-0017-7.
[7] Jabs, B. E., Pfuhlmann, B., Bartsch, A. J., Cetkovich-Bakmas, M. G., & Stöber, G. (2002). Cycloid psychoses – from clinical concepts to biological foundations. Journal of Neural Transmission, 109(5-6), 907-919. doi:10.1007/ s007020200074.
[8] American Psychiatric Association – APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5 (Fifth Edition). Washington: American Psychiatric Publ.
[9] Organização Mundial da Saúde – OMS (2000). CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo, SP: Edusp.
[10] Organização Mundial da Saúde – OMS (2000). CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo, SP: Edusp.
[11] Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2003). Cycloid psychosis: A clinical and nosological study. Psychological Medicine, 33(3), 443-453. doi:10.1017/s0033291702007055.
[12] Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2005). Cycloid psychosis. International Review of Psychiatry, 17(1), 53-62. doi:10.1080/00207390500064684.
[13] Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. American Journal of Psychiatry, 160(1), 4-12. doi:10.1176/ appi.ajp.160.1.4.

# O TEMPERAMENTO E A PERSONALIDADE NA DOENÇA BIPOLAR – UMA REVISÃO HISTÓRICA

**Berta Ramos[1]; Filipa Andrade[1]; Eva Osório[1,2]**
Centro Hospitalar e Universitário de São João
[1]Interna Formação Específica em Psiquiatria
[2]Assistente Hospitalar em Psiquiatria
Email: bertamramos@gmail.com

**Resumo**
Os conceitos de personalidade e temperamento têm evoluído consideravelmente desde a primeira vez que foram descritos, na Antiguidade. Adicionalmente a associação entre personalidade, temperamento e a doença bipolar foi descrita por vários autores de formas distintas. Historicamente, a personalidade tem sido considerada um fator de vulnerabilidade e um marcador comportamental para a doença bipolar, tendo sido igualmente proposto que a personalidade possa moldar a apresentação clínica ou a evolução das perturbações afetivas. Esta breve revisão histórica esboça a evolução dos conceitos de temperamento/personalidade na sua relação com as perturbações de humor ao longo de 2000 anos. Contudo as questões sobre existência de uma personalidade pré-mórbida típica; se esta é um fator de vulnerabilidade ou se se trata de uma manifestação subclínica precoce permanecem em aberto.

**Palavras-chave**: perturbação afetiva bipolar; personalidade; temperamento; melancolia, ciclotimia

**Abstract**
The concepts of personality and temperament have evolved considerably since they were first described in Ancient Times. Additionally, the relation between personality, temperament and bipolar disorder has been described by several authors in different ways. Historically, personality has been considered a vulnerability factor and a behavioral marker for bipolar disorder, and it has also been proposed it may shape the clinical presentation or evolution of affective disorders. This brief historical review outlines the evolution of temperament/personality concepts in their relation to mood disorders over 2000 years. However, questions about the existence of a typical premorbid personality or whether this is a vulnerability factor, or an early subclinical manifestation remain open.

**Keywords**: bipolar disorder, personality, temperament, melancholy, cyclothymia

***

## Introdução
Historicamente, a personalidade tem sido considerada um fator de vulnerabilidade e um marcador comportamental para a doença bipolar, tendo sido igualmente proposto que a personalidade possa moldar a apresentação clínica ou a evolução das perturbações afetivas. Partindo da melancolia de Hipócrates, da Teoria dos Quatro Humores de Galeno e da associação entre mania e melancolia de Aretaeus of Cappadocia, passando pela atribuição de temperamentos por Esquirol e de disposições e personalidades por Kraepelin e Rehm a doentes bipolares, apresenta-se uma revisão histórica dos conceitos e da evolução da sua interação até aos dias de hoje.

**O temperamento desde a antiguidade**

Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.) foi um médico grego, considerado o pai da Medicina, o mais célebre médico da Antiguidade e pioneiro na observação clínica. Antes de Hipócrates, olhava-se a doença como o resultado da exaltação dos deuses com os homens, o que levava os doentes a recorrer aos sacerdotes de Esculápio, o deus grego e romano da cura. Pelo contrário, Hipócrates procurou explicação das doenças no mundo circundante e não nos caprichos dos deuses. Ensinou que o médico deve observar cuidadosamente o doente e registar os sintomas da doença, dando atenção ao aspeto dos olhos e da pele, à temperatura do corpo, ao apetite e à eliminação dos resíduos. Assim, organizou um modelo que mostrava como o doente poderia ser curado. Considerou que as doenças resultam do desequilíbrio entre o que denominou *Doutrina dos Quatro Humores*: o sangue, a fleuma (estado de espírito), a bílis (amarela) e a atrabile (bílis negra). Introduziu o conceito de melancolia, considerando-a uma consequência da bílis negra, que se traduzia numa perturbação somática

O termo mania surgiu em escritos de Platão (428a.C-348a.C.), nos quais tinha conotações complexas e significava cólera, fúria, excitação mental e do pensamento.

A utilização dos termos melancolia e mania nesta época não são congruentes com os conceitos atuais, ambos os termos eram muito mais amplos e incluíam todas as psicoses funcionais e parcialmente também psicoses orgânicas

Aretaeus of Cappadocia (30-90 a.C.) desenvolveu o conceito original de mania e melancolia e descreveu a associação das duas no mesmo indivíduo, surgindo a perturbação "maníaco-melancólica", que eram vistas como expressões diferentes da mesma doença *("parece-me que a melancolia é o começo e uma parte de mania")*. Partiu da teoria da Doutrina dos Quatro Humores, e associou-os à doença: "*Os propensos à doença são naturalmente apaixonados, irritáveis, de hábitos ativos, de fácil disposição, alegres, pueris: também aqueles cuja disposição se inclina para a condição oposta são tristes, lentos, quando aprendem alguma coisa logo a esquecem; aqueles são também mais propensos à melancolia, que anteriormente se encontravam em estado de loucura"*, o que pode ser visto como um presságio das teorias contemporâneas de personalidade.

Claúdio Galeno (129 d.C-199d.C), médico grego que exercia as suas funções na corte do imperador Marco Aurélio, realizou importantes descobertas em anatomia, fisiologia, retórica, gramática, dramaturgia e filosofia. A sua influência na medicina teórica e prática foi dominante na Europa até à Idade Média e mesmo durante o Renascimento. Galeno recuperou e estabeleceu a Teoria dos Humores de Galeno, na qual descreve a existência de um equilíbrio entre os quatro humores, motivados por fluídos corporais, nomeadamente bílis amarela, negra, sangue e fleuma. Estes formam pares de qualidades corporais: quente versus frio e seco versus húmido e na personalidade "ideal", as características complementares de quente-frio e seco-húmido eram equilibradas Associou temperamentos aos quatro humores: quando um par de qualidades dominava o par complementar, existe um desequilíbrio surgem as categorias temperamentais: temperamento melancólico, sanguíneo, colérico e fleumático.

**Na Idade Média**

No início da Idade Média Isidore de Sevilha (560-636 D.C.), teólogo, arcebispo, e enciclopédico, descreveu a teoria dos humores como um conceito dinâmico e dimensional, no qual os humores eram formados e renovados diariamente. Referia que a constituição corporal é determinada pelas proporções em que estas qualidades elementares ocorrem, formando o temperamento - "a saúde consiste numa harmonia destes elementos e o excesso ou defeito em uma ou mais destas qualidades produz doença"

**O temperamento, a mania e a melancolia no século XIX**

Na primeira metade do século XIX, os termos mania e melancolia ainda abrangiam todos os tipos de perturbações mentais (incluindo a esquizofrenia, intoxicações e perturbações neurológicas); em paralelo, o conceito de temperamento herdada da Antiguidade ainda estava em uso.

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) foi um psiquiatra francês, discípulo de Philippe Pinel, sucedendo o seu mestre em 1811 como chefe do Hospital da Salpêtrière em Paris. Relatou que os temperamentos colérico e sanguíneo predispõem à mania e descreveu os doentes maníacos como sendo altamente "sensíveis, vivos, irritáveis, zangados, entusiastas e arriscados", atribuindo-lhes características temperamentais.

Como psiquiatra, Karl Kahlbaum (1828-1899) percebeu que a tentativa de agrupar perturbações mentais tendo em conta as semelhanças dos sintomas externos era superficial, e no seu trabalho tentou desenvolver um sistema de classificação que agrupava doenças mentais de acordo com o seu curso e desenvolvimento. Nesta análise, Kahlbaum introduziu um sistema de classificação que utilizava termos descritivos tais como distimia, ciclotimia, catatonia, parafrenia e hebefrenia. Na sua obra equiparou o temperamento sanguíneo à mania, aproximando-se das atribuições usadas na Antiguidade.

**A *Folie circulaire* e a ciclotimia**

Jean-Pierre Falret (1794-870) foi um psiquiatra francês, que acreditava na natureza dualista do indivíduo, e na separação do corpo e da alma. Ele propôs que quando a alma e uma doença interagem, aparece um fenómeno a que chamou *novum organon*. Consequentemente, a manifestação do *novum organon* criava perturbações da alma e causava doenças mentais. Em 1851 publicou um artigo que descrevia uma condição a que chamou *"la folie circulaire"* (insanidade circular), que pressuponha a existência de episódios maníaco e melancólicos separados por intervalos livres de sintomas de doença. O seu trabalho permitiu igualmente a deteção de formas ligeiras de doença e forneceu descrições detalhadas de personalidades, reconhecíveis atualmente como o temperamento hipertímico. A descrição de Falret é considerada como a descrição do diagnóstico mais antiga do que hoje é conhecido como uma perturbação afetiva bipolar.

Ewald Hecker (1843-1909), psiquiatra alemão e uma figura importante nos primeiros tempos da psiquiatria moderna, tinha ideias progressivas sobre o tratamento dos doentes mentais. Foi também um defensor no estabelecimento de um ambiente humano para os doentes mentais. A par disso, descreveu a ciclotimia como uma perturbação do humor cíclica, ligeira, que raramente era reconhecida como uma perturbação.

Em 1909, Pierre Kahn no seu trabalho *La Cyclothymie: de la Constitution Cyclothymique et ses Manifestations; Dépression et Excitation Intermittentes* alargou o termo "ciclotimia" para abranger não só formas ligeiras da perturbação maníaco-depressiva, mas também uma predisposição hereditária – a constituição ciclotímica: que corresponde à expressão de um desequilíbrio na sensibilidade moral do indivíduo, que surge na adolescência e é caracterizada por uma perturbação permanente da esfera afetiva, tendo um curso circular ou intermitente.

**A perturbação maníaco-depressiva e os estados de disposição/fundamentais**

Emil Kraepelin (1856-1926), um psiquiatra alemão, é comumente citado como o criador da moderna psiquiatria e genética psiquiátrica. Defendia que as doenças psiquiátricas são principalmente causadas por alterações genéticas e biológicas.

Kraepelin, em 1899, reuniu as formas essenciais da mania e melancolia e as transições da doença no grupo único da psicose maníaco-depressiva (PMD). Nas suas observações compreendeu que as fases maníacas e depressivas se sucedem, encontrando poucos

doentes que desenvolviam fases exclusivamente de excitação ou depressão, sem um episódio contrário no decurso da perturbação mental. Assim, cunhou o termo psicose maníaco-depressiva.
Seguiu-se uma visão dimensional da doença, incluindo as formas mais ligeiras das alterações de humor, que ele considerava como sendo pré-estágios ou transições para a doença. Considerava que a doença tinha uma base psicopática geral na forma de disposições pessoais (características pré-mórbidas):

-a disposição depressiva - "perturbação do humor constitucional"
-a disposição maníaca - "excitação constitucional "
-a disposição irritável – "*hot-tempered*"

Kraepelin nunca utilizou o termo temperamento, quer no seu sentido antigo quer no seu sentido moderno, neste contexto. Salientou a existência de estados fundamentais, que frequentemente caracterizaram os intervalos entre os episódios e que podem ditar o curso da doença.
Assim, o conceito de Perturbação maníaco-depressiva englobava disposições, os estados fundamentais e as formas clínicas manifestas.
Por incentivo de Kraepelin, Otto Rehm (1919) escreveu uma monografia sobre a psicose maníaco-depressiva, que se baseou nos doentes de Kraepelin do hospital psiquiátrico de Munique. Rehm distinguiu cinco subtipos de personalidade, que ele retirou do grupo das psicopatias (as atuais perturbações de personalidade). Os constituintes da personalidade, segundo Rehm, eram temperamento, caráter, sono, alterações diurnas, cefaleias, os quais utilizou para distinguir os seguintes subtipos:

(1) personalidades com alterações marcadas entre a melancolia e a mania;
(2) casos de agitação psicomotora constitucional;
(3) personalidades depressivas-ansiosas;
(4) personalidades maníacas e depressivas;
(5) o depressivo-retardado.

De acordo com Rehm, tais personalidades poderiam, mas não necessariamente evoluir para doença maníaco-depressiva.
Atualmente, a personalidade de Rehm tipos 1 e 4 corresponderiam à ciclotímia, ao tipo 2 à hipertimia e o Tipo 5 à personalidade depressiva ou melancólica.
Descrevendo as características dos doentes diagnosticados com psicose maníaco-depressiva, Kraepelin observou que alguns tinham sido, desde a juventude, agitados, com frequentes mudanças de humor, enquanto outros eram piedosos, tímidos e sossegados. Alguns eram intelectualmente deficitários e outros manifestavam características histeriformes.
Eduard Reiss (1910) partiu da descoberta de que os temperamentos depressivos eram predominantes em doentes depressivos e investigou sobre que temperamento era característico dos doentes maníacos. Descobriu que indivíduos com uma disposição mais alegre sofriam mais de estados maníacos, enquanto aqueles com uma disposição depressiva sofriam mais de estados depressivos. Kraepelin observou os resultados de Reiss como uma clara demonstração de uma relação entre as características pessoais e a forma clínica da doença.

**A ciclotimia e hipertimia como uma forma ligeira de doença maníaco-depressiva**
Franz Wilmanns (1873-1945) foi um psiquiatra alemão que fundou a escola de psicopatologia de Heidelberg. Encontrou traços de sensibilidade e de delicadeza em

indivíduos ciclotímicos, o que os tornava vulneráveis a mudanças subtis no seu ambiente. Afirmou que existe um continuum entre a ciclotimia e a doença maníaco-depressiva e estabeleceu características em doentes com hipomania: animados, faladores, irritáveis, impulsivos na tomada de decisões, ativos, elevada autoestima, curiosos e necessitando de poucas horas de sono.
Erwin Stransky (1877–1962), considerado um dos últimos "sábios universais" da Escola de Neurologia e Psiquiatria de Viena descreveu a ciclotimia na sua monografia sobre PMD (1911) como uma forma suave da doença, que em alguns casos não existia alteração da personalidade do individuo. Este facto gerou controvérsia sobre se a ciclotimia traduz uma forma de mudança de humor constitucional, uma variante de degeneração psicopática ou, no âmbito da dicotomia psicoses/neuroses, como uma neurose. Propôs ainda a existência de outra variante da doença, uma mania crónica suave, considerada por alguns autores como uma variante psicopática, e por Kraepelin (1899) como uma excitação constitucional crónica.

**O renascimento do temperamento**
Ernest Kretschmer (1888–1964) foi um psiquiatra que se debruçou a constituição humana estabeleceu a tipologia em três tipos principais de aspetos corporais: asténico ou leptossómico, atlético e pícnico. Em 1921, definiu a constituição/personalidade como o resultado de todas as características individuais herdadas, e temperamento como um termo heurístico que designa a parte da mente determinada biologicamente.
Descreveu dois subtipos de personalidade para subtipos psicóticos, um aplicável à PMD e outro à esquizofrenia. Na PMD, encontram-se mais frequentemente três subtipos de temperamento: social, bondoso, amigável e caloroso; alegre, bem-humorado, vivo e caloroso; calmo e afável. Estes correspondem aos temperamentos ciclotímico, hipertímico e depressivo respetivamente.
Karl Kleist (1879-1960) foi um neurologista e psiquiatra alemão que fez progressos notáveis na psicopatologia descritiva, tendo cunhado os termos unipolar e bipolar, agora utilizados nos conceitos de depressão unipolar e perturbação bipolar. Em 1930, Kleist relacionou três grupos de temperamentos e três psicoses correspondentes:
-temperamento hipomaníaco e depressivo associado à mania e depressão;
-temperamentos de motilidade, os temperamentos vivos e lentos, correlacionados com as psicoses hipercinéticas e acinéticas respetivamente;
-os temperamentos de hiperalerta e "mentalmente preguiçosos", correlacionados com as duas psicoses polares de confusão (confusão agitada e estupor).

**O renascimento da doença bipolar**
O renascimento da doença bipolar fez-se voltando ao conceito de *folie circulaire* ao longo de décadas. Karl Leonhard (1904–1988) foi um psiquiatra alemão, aluno e colaborador de Karl Kleist. Juntos criaram uma classificação complexa de doenças psicóticas chamada Nosologia. Dedicou-se ao estudo da psicologia, psicoterapia, psiquiatria biológica e psicologia biológica. Sobre a doença bipolar apoiava a dicotomia monopolar-bipolar e acreditava que os temperamentos afetivos promoviam a manifestação da doença - admitiu que os temperamentos poderiam representar parcialmente as formas latentes de doença e que existiria concordância entre temperamentos e o tipo de psicose.

**Traços de personalidade e temperamento de doentes com perturbação afetiva bipolar**
Na generalidade dos estudos atuais não demonstram diferenças significativas entre os sujeitos com doença e os controlos. Contudo, tendo em conta o modelo *Big Five,* ainda é possível apontar maior prevalência de traços de extroversão (Akiskal, 2006); abertura,

extroversão e neuroticismo (Barnett et al., 2011); menor consciensiosidade – maior impulsividade; instabilidade emocional, hostilidade e procura pela novidade em doentes com perturbação afetiva bipolar. Naqueles com curso de doença tendencialmente depressivo, encontrou-se elevado neuroticismo e diminuição da extroversão (Sparding, 2017). Verificou-se que a variação extrema do temperamento está associada a risco aumentado de descompensação da doença (Savitz et al. 2008).

**Conclusão**

Esta breve revisão histórica esboça a evolução dos conceitos de temperamento/personalidade na sua relação com as perturbações de humor ao longo de 2000 anos.

No século XIX, foram feitos progressos significativos em França e na Alemanha, tanto na classificação psiquiátrica como no reconhecimento de um continuum de perturbações de humor de diferentes gravidades. Atualmente aceita-se o conceito dimensional emergido no século XIX sobre a existência de um continuum a partir das características da personalidade até às perturbações do humor.

Um progresso indubitável do século XX reside no conceito de perturbação do humor, que se baseia em múltiplas descrições clínicas que vão desde a depressão unipolar, passando pelos subgrupos bipolares, até a episódios únicos de mania.

As questões sobre existência de uma personalidade pré-mórbida típica, se esta é um fator de vulnerabilidade ou se se trata de uma manifestação subclínica precoce permanecem em aberto.

**Referências**


Akiskal, H.S. (2006). Temperament, mood disorder and human nature: toward an integration of psychological medicine and evolutionary biology. Ann Gen Psychiatry 5, S51. https://doi.org/10.1186/1744-859X-5-S1-S51

Angst J, Clayton PJ. (1986) Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. Comprehensive Psychiatry. 27:511–32.

Angst J. (2011). Problems in the current concepts and definitions of bipolar disorders. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 10(3), 191–192. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00050.x

Angst J. (2013). Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. International journal of bipolar disorders, 1, 12. https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-12

Barnett, Tim & Pearson, Allison & Pearson, Rodney & Kellermanns, Franz. (2015). Five-factor model personality traits as predictors of perceived and actual usage of technology. European Journal of Information Systems. https://doi.org/24. 10.1057/ejis.2014.10.

Berrios GE, Porter R (Eds). (1995). A History of Clinical Psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders. London: Athlone Press.

Clayton PJ, Ernst C, Angst J. (1994) Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience. 243:340–6

Hecht H, Van Calker D, Spraul G et al. (1997). Premorbid personality patients with uni- and bipolar affective disorders and controls: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience. 247 23–30.

Marneros A.,Angst J (Eds). (2002). Bipolar Disorders - 100 years after manic-depressive insanity. University Zürich, Zürich, Switzerland.

O'Connell RA, Mayo JA, Sciutto MS. (1991). PDQ-R personality disorders in bipolar patients. J Affect Disord. 3:217–21.

Raad, B. d., & Perugini, M. (Eds.). (2002). Big five factor assessment: Introduction. In B. de Raad & M. Perugini (Eds.), Big five assessment (pp. 1–18). Hogrefe & Huber Publishers.
Savitz, J., Van Der Merwe, L. and Ramesar, R. (2008), Personality endophenotypes for bipolar affective disorder: a family-based genetic association analysis. Genes, Brain and Behavior, 7: 869-876. https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2008.00426.x
Sparding, T., Pålsson, E., Joas, E. et al. (2017). Personality traits in bipolar disorder and influence on outcome. BMC Psychiatry 17, 159 https://doi.org/10.1186/s12888-017-1332-0

# ESQUIZOFRENIA - DOS CLÁSSICOS À PRÁTICA CLÍNICA ATUAL

**Ana Lúcia Ramos*; Henrique Salgado****
Centro Hospitalar Universitário de São João
*Interna de Formação Específica de Psiquiatria; **Assistente de Psiquiatria
Email: analuciacr29@gmail.com

**Resumo**
A esquizofrenia é uma das mais severas e debilitantes patologias psiquiátricas, com múltiplos e complexos fatores envolvidos no curso da doença. Sendo uma entidade estudada há mais de um século, foram vários os autores clássicos que se debruçaram sobre as suas particularidades, delineando, ao longo dos tempos, vários pressupostos para o diagnóstico.
Apesar de permanecerem incertezas e imprecisões sobre a sua etiologia e mecanismos, é fundamental reconhecer pontos-chave característicos da esquizofrenia, com vista à melhor e mais célere orientação dos doentes. Tal implica uma visão longitudinal da história da doença e da forma como tem vindo a ser interpretada pelos seus mais dedicados pensadores.
Neste âmbito, pretendemos rever algumas das mais importantes descrições clássicas da esquizofrenia e a sua evolução até aos atuais critérios de diagnóstico. Este conhecimento amplo e evolutivo permitir-nos-á conjugar a incontornável subjetividade da esquizofrenia com o rigor necessário à sua abordagem.

**Palavras-chave**: Esquizofrenia; delírios; alucinações; sintomas negativos

**Abstract**
Schizophrenia is one of the most severe and debilitating psychiatric conditions, with multiple and complex factors involved in the course of the disease. The disorder has been studied for more than a century and several classic authors worked on its particularities, outlining various assumptions for the diagnosis.
Although uncertainties and inaccuracies about its etiology and mechanisms remain, it is essential to recognize hallmarks of schizophrenia, in order to a better guidance for patients. This implies a longitudinal vision of the history of the disease and an assessment of how it has been interpreted by its most dedicated thinkers.
In this context, we intend to review some of the most important classic descriptions of schizophrenia and its evolution up to the currently accepted diagnostic criteria. This broad and evolving knowledge will allow us to combine the unavoidable subjectivity of schizophrenia with the rigor necessary for its approach.

**Keywords**: Schizophrenia; delusions, hallucinations, negative symptoms

***

## Introdução

Ao longo dos anos, a esquizofrenia é, invariavelmente, um dos mais importantes e impactantes diagnósticos da psiquiatria. A par com a sua preponderância histórica e clínica, trata-se de uma entidade de enorme complexidade, cuja abordagem exige um conhecimento profundo daqueles que são os seus traços caracteriais fundamentais, bem como das inúmeras nuances e peculiaridades de que estes se podem revestir. Nesse sentido, este trabalho pretende revisitar, ainda que de forma breve, a evolução dos

conceitos, teorias e perspetivas que, de uma forma dinâmica e progressiva, permitiram consolidar o diagnóstico de esquizofrenia como hoje nos é apresentado.

**Discussão**

A esquizofrenia, pelas suas características complexas e peculiares, incompreensibilidade e alienação, foi, ao longo dos tempos (e podemos considerar que ainda é), alvo de várias especulações, mitos e bizarrias. Representa o paradigma do que classicamente se considerava como loucura e é, de facto, uma das mais severas e debilitantes patologias psiquiátricas, com múltiplos e desafiantes fatores envolvidos no curso da doença. Afeta cerca de 1% da população mundial, sendo mesmo a perturbação psicótica mais comum. Caracteriza-se fundamentalmente pela "perda de contacto com a realidade", com alterações ao nível do pensamento, perceção, afeto e comportamento, que se repercutem no funcionamento ocupacional e social do doente.

Sendo uma entidade estudada há mais de um século, foram vários os autores clássicos que se debruçaram sobre as suas particularidades, delineando, ao longo dos tempos, vários pressupostos para o diagnóstico.

Apesar de, ainda hoje, permanecerem incertezas e imprecisões sobre a sua etiologia e mecanismos, é fundamental reconhecer pontos-chave característicos da esquizofrenia, com vista à melhor e mais célere orientação dos doentes.

Neste âmbito, revemos algumas das mais importantes descrições clássicas da esquizofrenia e a respetiva evolução, que dá origem aos atuais critérios de diagnóstico.

Fazendo uma abordagem cronológica, séculos antes de Cristo, em textos hindus e gregos, podemos encontrar os primeiros registos de sintomas da doença que, entretanto, designamos de esquizofrenia. Durante muito tempo, a doença foi atribuída a um desequilíbrio de fluidos corporais e manifestações de cariz religioso ou cultural, sendo que, desde a Grécia Antiga, existem referências e descrições de casos clínicos nos quais hoje, com grande probabilidade, poderíamos fazer o diagnóstico de esquizofrenia.

Dando um grande salto temporal, avançamos para a época renascentista, em que o autor Thomas Willis, anatomista e neurologista britânico (1621-1675), descreveu, em 1667, a doença como uma espécie de "estupidez adquirida", que atingia indivíduos jovens, mentalmente sãos e que, ao fim de algum tempo de evolução, acabavam por vir a manifestar sintomas demenciais. Relatou efetivamente casos de alguns jovens que, por volta da puberdade, entravam em "estupidez", estado clínico que correspondia ou que veio ser designado por esquizofrenia. Para contextualizar, Thomas Willis foi ainda responsável pela descrição do Polígono de Willis, da paralisia geral (sífilis) e da miastenia. No entanto, apenas a partir do século XIX começaram a surgir descrições mais precisas das diferentes doenças mentais.

Morel, psiquiatra franco-austríaco (1809-1873), utiliza pela primeira vez a expressão *démence precoce,* em 1853, para se referir ao caso de um jovem que, progressivamente, se foi isolando e tornando apático, com bizarrias e uma insidiosa deterioração mental. Esta denominação foi justificada no seu livro *Traité des maladies mentales* do seguinte modo, que citamos, "Estes alienados jovens, ainda que se apresentem ao observador com todas as hipóteses de cura, após um exame atento, convencemo-nos de que o desenlace no idiotismo e na demência é o triste coroar da evolução".

Nos anos subsequentes, foram surgindo diferentes descrições, tidas como de entidades independentes, e não de uma mesma doença.

Karl Kahlbaum, psiquiatra alemão (1828-1899), descreve a catatonia em 1863. Ele elabora o conceito na sua monografia *"Die Katatonie oder das Spanungsiresein",* sublinhando que a catatonia é uma condição independente, associada a doença afetiva, incluindo depressão e mania, mas também a outras doenças - alcoolismo, epilepsia, malária, sífilis e tuberculose. Apesar de muitos dos doentes se virem a tornar "dementes", ele defende que

a catatonia não deve ser vista, por defeito, como uma condição mental degenerativa, havendo muitos casos com bom prognóstico de recuperação. O epónimo "síndrome de Kahlbaum" continua a referir-se a um síndrome psicomotor com sintomas motores, afetivos e comportamentais, tal como acinésia, catalepsia, mutismo, negativismo, perseveração, estereotipias, maneirismos, ecolalia e obediência automática.

Depois, Griesinger, neurologista e psiquiatra alemão (1817-1868), faz referência à "psicose única" e/ou "loucura primária", em 1867. Estabelece que a melancolia constitui a forma primária de doença mental, que depois passa para mania, terminando em demência. Em 1861, no seu texto *Mental Pathology and Therapeutics,* Griesinger propôs uma divisão classificativa das anomalias mentais, separando as que eram caracterizadas por distúrbios emocionais das que eram caracterizadas por perturbação das funções intelectuais e volitivas. Argumentou, com base na sua análise de casos, que os distúrbios emocionais precediam os distúrbios intelectuais, que apareceriam "apenas como consequências e terminações" no caso de "a aflição cerebral não ter sido curada". Para Griesinger, estas duas categorias constituíam "as diferentes formas e diferentes estadios de um processo mórbido", cujo curso vai no sentido de uma deterioração progressiva, que pode levar à completa destruição da vida mental, fundamentando a sua crença numa psicose única.

Ewald Hecker, psiquiatra alemão (1843-1909) com forte influência nos primórdios da psiquiatria moderna, apresenta, em 1871, numa extensa monografia, o conceito de "hebefrenia". Descreveu a hebefrenia como um distúrbio que começa na adolescência, com comportamento errático, seguido de um rápido declínio de todas as funções mentais e distúrbios cíclicos do humor. Caracteriza-a como um "'afeto tolo, pueril', que inclui "desvios graves do comportamento e desagregação progressiva do pensamento". Mais tarde, em 1890, descreve o grupo dos adolescentes hebóides ("jovens viciados, instáveis, caprichosos, sujeitos à cólera"). Ele torna-se essencialmente conhecido pela pesquisa feita com o seu mentor - Karl Kahlbaum.

Com relativa notoriedade, Emil Kraepelin, psiquiatra alemão (1856-1926), em 1893, designou por *dementia praecox* (demência precoce) o conjunto de situações até então designadas das mais diversas formas (demência precoce de Morel, catatonia de Kahlbaum, hebefrenia de Hecker e a demência paranoide referenciada por si no mesmo grupo nosológico – conceitos integrados na sexta edição do seu tratado de psiquiatria, em 1899). Em simultâneo, todas estas entidades apresentam uma progressiva e permanente deterioração do funcionamento cognitivo e relacional, com início na adolescência. Kraepelin referiu que esta patologia, com início no início da idade adulta, era precoce, porque afetava jovens, e apresentava características similares à demência, já que afetava severamente o comportamento e as capacidades cognitivas. Estas alterações tinham ainda a característica comum de destruírem as ligações internas da personalidade psíquica, resultando em várias perturbações da vida mental ao nível da esfera emocional e da vontade. Kraepelin procurou ainda traçar uma clara delimitação entre esta entidade nosológica e a psicose maníaco-depressiva, na qual não se prevê prejuízo das funções cognitivas.

Anos depois, num trabalho publicado em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1857-1939) assume grande destaque ao propor a substituição de *dementia praecox* pelo termo esquizofrenia (do grego, *schizo* = fendido, *phrén* = mente/pensamento). Mais recentemente, e face ao estigma associado à palavra esquizofrenia e à sua pouca especificidade, tem sido discutida a possibilidade de alterar o nome da doença, apesar de ainda não existirem indicações sólidas nesse sentido.

A discordância de Bleuler relativamente à anterior designação "demência precoce" assentava no facto de muitos doentes não apresentarem uma deterioração, pelo menos numa fase inicial da doença. Além disso, a doença foi assumida como sendo heterogénea

– contrastando com a visão unitária de Kraepelin -, chegando Bleuler a referir-se à patologia no plural "esquizofrenias". Este autor distinguia 2 tipos de sintomas nos diferentes quadros de esquizofrenia:

> -Sintomas fundamentais, que estariam presentes em todo e qualquer momento da doença – os 4 A's fundamentais de Bleuler – perturbação da Associação de ideias, perturbação do Afeto, Ambivalência, Autismo;
> -Sintomas acessórios, que apenas se manifestariam em certos períodos, podendo também ocorrer noutras perturbações mentais – delírios, alterações da sensoperceção (por exemplo, alucinações), sintomas catatónicos e alterações da memória e atenção.

De forma a contornar alguma subjetividade dos sintomas definidos por Bleuler, na década de 1950, Kurt Schneider. psiquiatra alemão (1887-1967), estabelece uma hierarquia de sintomas de acordo com a sua importância para o diagnóstico de esquizofrenia, tendo um contributo muito significativo no sentido de definir psicopatologicamente a doença. Categoriza os sintomas da seguinte forma:

> -Sintomas de primeira ordem, considerados como característicos e, assim, bastante sugestivos de esquizofrenia, depois de excluídas causas orgânicas. A ocorrência de, pelo menos, um destes sintomas seria suficiente para estabelecer o diagnóstico. Neste grupo de sintomas estão incluídos a perceção delirante primária, fenómenos de inserção, roubo ou difusão do pensamento, eco do pensamento, alucinações auditivas de vozes dialogadas e/ou comentadoras da atividade do sujeito, tratando-o normalmente na terceira pessoa, atos, impulsos e sentimentos induzidos por outrem e vivências de passividade somática.
> -Sintomas de segunda ordem, com um peso menor para o diagnóstico de esquizofrenia (são inespecíficos e não são considerados essenciais ao diagnóstico), destacando-se a perplexidade, intuição delirante, vivência de empobrecimento emocional, humor depressivo ou eufórico, outras alterações da sensoperceção ou outros sintomas.

Num período em que praticamente não se avançava sobre a etiopatogenia da doença, a psicopatologia, enquanto ciência que estuda os sintomas psiquiátricos, continuava a dar o seu contributo.
Conrad, neurologista e psiquiatra alemão (1905-1961), em meados de 1958 (a partir de estudos com soldados do exército alemão), acaba por, numa perspetiva dinâmica e sequencial, estabelecer uma ordenação estrutural do desenvolvimento do delírio na esquizofrenia, descrevendo as seguintes fases:

> -Trema (do grego - significa medo/ansiedade de entrar em palco), em que tem um papel central o aparecimento de humor delirante, com tensão geral, clima ameaçador mal definido e difuso, pairando ainda sem significações, e estreitamento do campo vivencial do doente sobre esta experiência.
> -Apofania (do grego – revelação), em que surgem a perceção e ocorrência delirantes. Esta pode ser dividida em apofania externa (quando são os objetos externos que adquirem novos significados) e apofania interna (quando são os objetos internos que adquirem novos significados).
> -*Anastrophé* (do grego – voltar atrás), em que o indivíduo passa a sentir-se como ocupando uma posição central no mundo – "tudo gira em torno de si".

-Apocalipse (do grego – descoberta), quando a esquizofrenia está instalada e existe uma desintegração do eu, com uma consequente desorganização do pensamento e desintegração da linguagem, acompanhado de perda da sensação de que há alguma continuidade de sentido no mundo.
-Consolidação, com estabilização após "idas e vindas" de desorganização/reorganização. O delírio tende a cristalizar-se, através de uma certa elaboração intelectual com fixação de elementos a partir da personalidade do sujeito e a sua circunstância.
-Resíduo, em que o delírio não remite *ad integrum*, deixando sequelas. Sobressai a perda do impulso e da afetividade, com a procura de um certo isolamento, concentrando-se o indivíduo no impessoal de uma vida deficitária, de certo modo sobreponível ao que descrevemos como sintomas negativos.

Curiosamente, foi na mesma década, mais precisamente em 1951, que surgiu o primeiro antipsicótico. Neste caso, foi com a descoberta da cloropromazina, por Laborit, que a esquizofrenia teve finalmente um medicamento realmente eficaz no tratamento dos sintomas. Laborit era um médico cirurgião francês (1914-1995) do hospital militar da marinha francesa e esta nova substância foi inicialmente sintetizada com o objetivo terapêutico de ser utilizada (como um anti-histamínico) na anestesia de doentes cirúrgicos. A introdução desta substância no tratamento de doentes com esquizofrenia foi efetuada pelos psiquiatras franceses Delay (1907-1987) e Deninker (1917-1998) em 1952, no hospital psiquiátrico Sainte-Anne. Estes constataram que os doentes psicóticos ficavam mais tranquilos e que os doentes com insónia total há semanas ou meses conseguiam dormir. O fármaco demonstrou particular importância na atividade alucinatória e na atividade delirante das formas paranoides da esquizofrenia, tornando-se um grande sucesso no tratamento desta doença. Foi a partir daqui que a psiquiatria ganhou um novo estatuto na Medicina e começou finalmente o movimento de "desinstitucionalização". Este acontecimento histórico permitiu que milhares de doentes com esquizofrenia pudessem ter alta dos hospitais psiquiátricos e regressassem às suas famílias, com alguma esperança de poder vir a integrar a sociedade.
Ainda numa perspetiva histórica, importa referir o contributo de Crow, psiquiatra britânico e investigador em Oxford, que, na década de 1980, subdivide a esquizofrenia em dois síndromes que podiam ocorrer simultaneamente, tipo I, em que predominam os sintomas positivos, e tipo II, caracterizado pelos sintomas negativos. Ao longo do tempo, os doentes tenderiam a evoluir de uma síndrome de tipo I para o tipo II.
Após os vários avanços descritos, importa realçar que, na atualidade, os critérios diagnósticos de Bleuler e de Kurt Schneider continuam a definir os polos sintomáticos da esquizofrenia, sendo os primeiros hoje, genericamente, considerados os sintomas negativos, e os segundos os sintomas positivos ou produtivos. As atuais classificações – CID-10 e DSM-5 – baseiam-se nos dois conjuntos de sintomas, associando também o critério evolutivo de Kraepelin.
A título de notas finais, reiteramos que a esquizofrenia prevalece, desde os seus primórdios, como um dos maiores desafios da Psiquiatria. Uma visão longitudinal da história da doença e da forma como tem vindo a ser interpretada pelos seus mais dedicados pensadores é fundamental ao seu estudo e compreensão. Este conhecimento amplo e evolutivo permitir-nos-á conjugar a incontornável subjetividade da doença com o rigor necessário à sua abordagem.

**Conclusões**

Conforme a história nos mostra, o processo de identificação e caracterização de uma entidade nosológica é uma tarefa árdua, na maioria das vezes longa, que exige uma

constante procura e uma análise séria e imparcial, indissociável de um espírito aberto e humilde, que nos permita aceitar erros e imprecisões e repensar, sem reservas, aquilo que previamente já tínhamos dado como certo. Numa doença como a esquizofrenia, intricada de tantas influências culturais e sociais, e sem podermos recorrer a meios complementares de diagnóstico com a precisão laboratorial ou imagiológica, tal é particularmente importante, tanto no passado como ainda hoje. Assim, a revisão realizada reforça a mutabilidade das definições e classificações em psiquiatria e, sobretudo, a indelével influência da sociedade na forma como abordamos um mesmo quadro ou sintoma. É, pois, essencial, relembrar que, também na medicina, é lícito não haver só o certo ou errado.

**Fontes**

Braz Saraiva C, Cerejeira J (2014). Psiquiatria Fundamental. 1ª edição. Lidel. Lisboa.
Figueira ML, Sampaio D, Afonso P (2014). Manual de Psiquiatria Clínica, 1ª edição. Lidel. Lisboa.
Teles Correia D (2013). Manual de Psicopatologia. 2ª edição. Lidel. Lisboa.
Oyebode F (2015). Sims Sintomas da Mente.5ª edição. Elsevier. Rio de Janeiro.
Barnes MP, Saunders M, Walls TJ, Saunders I, Kirk CA (1986). The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 49(9), 991–996. Doi: 10.1136/jnnp.49.9.99.
Adityanjee, Yekeen A, Theodoridis D, Victor W, Vieweg R (1999), Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 53(4), 437-448. https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1999.00584.x.
Hany M , Rehman B, Azhar Y, Chapman J (2021). Schizophrenia. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; PMID: 30969686.

# A ESQUIZOFRENIA PSEUDOPSICOPÁTICA – UM CONCEITO HISTÓRICO REVISITADO

**Jorge Loureiro[1]; Gustavo França[2]**
Hospital de Magalhães Lemos
[1]Médico, Interno de Formação Específica de Psiquiatria
[2]Médico, Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails:jorgemiguelloureiro@hmlemos.min-saude.pt;
gustavosantos@hmlemos.min-saude.pt

**Resumo**
A relação entre a esquizofrenia e a psicopatia é conhecida desde os primeiros tratados de psicopatologia, mas tem sido uma área relativamente negligenciada da psiquiatria forense nos últimos anos. A esquizofrenia pseudopsicopática como entidade nosológica foi descrita por Dunaif e Hoch (1955). Estes autores partiram do constructo de heboidofrenia de Kahlbaum (1890) e estudaram surtos psicóticos de reclusos, tendo identificado três subgrupos principais, com um perfil sintomático e traços de personalidade distintos.
Neste trabalho propomo-nos a fazer uma revisão histórica deste conceito de uma forma crítica. Avançamos também com a noção de um espectro "esquizo-psicopático" que permita compreender melhor numa perspectiva dimensional os traços de sociopatia presentes ao longo da evolução de doentes com esquizofrenia.

**Palavras-chave**: psicose, esquizofrenia; psicopatia; psicopatologia

**Abstract**
The relationship between schizophrenia and psychopathy has been known since the first treatises on psychopathology, but it has been a relatively neglected area of forensic psychiatry in recent years. Pseudopsychopathic schizophrenia as a nosological entity was described by Dunaif and Hoch (1955). These authors started from the Kahlbaum heboidophrenia construct (1890) and studied psychotic outbreaks of prisoners, having identified three main subgroups with a symptomatic profile and distinct personality traits.
In this work, we propose to make a historical review of this concept in a critical way. We are also proceeding with the notion of a "schizo-psychopathic" spectrum that allows us to better understand in a dimensional perspective the traits of sociopathy present throughout the evolution of patients with schizophrenia.

**Key words**: psychosis, schizophrenia; psychopathy; psychopathology

***

## Introdução

A relação entre a esquizofrenia e a psicopatia tem sido estudada nos últimos anos, existindo uma considerável literatura científica sobre o tema, sendo consistente a associação entre a psicopatia e o comportamento violento em doentes esquizofrénicos, o que do ponto de vista da psiquiatria forense assume uma particular relevância. Partindo do conceito de heboidofrenia descrito por Kahlbaum em 1890, Dunaif e Hoch introduziram pela primeira vez em 1955 o conceito de esquizofrenia pseudopsicopática, que engloba tanto aspectos clínicos da esquizofrenia como traços de psicopatia, sendo que segundo os autores corresponderia a uma entidade nosológica que poderia ser separada da esquizofrenia. Apesar de ter caído no esquecimento, uma revisão recente da literatura dos constructos heboidofrenia/esquizofrenia pseudopsicopática tentou definir

critérios operacionais comuns com o objectivo de facilitar a clínica e a investigação, e permitir consequentemente uma melhor abordagem em termos terapêuticos e legais/ forenses.

**Esquizofrenia e psicopatia**

A esquizofrenia é uma perturbação mental clinicamente muito heterogénea, sendo que do ponto de vista psicopatológico pode manifestar-se por vários sintomas: sintomas positivos, tais como alucinações, delírios, desorganização do discurso e do comportamento; sintomas negativos, tais como embotamento afectivo, anedonia, alogia, avolição ou isolamento social; sintomas cognitivos, tais como défices de atenção/concentração, da função executiva ou da abstracção; sintomas afectivos, como ansiedade ou depressão; entre outros. Uma das escalas psicométricas mais usadas actualmente para avaliar a severidade da sintomatologia da esquizofrenia é a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). (Kay, 1987) O diagnóstico de esquizofrenia de acordo com a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993) e *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5) (APA, 2013), dois dos sistemas nosológicos mais utilizados actualmente, é feito com base em critérios clínicos e um critério temporal (episódio com duração de 1 mês na CID-11 e 6 meses no DSM-5), sendo dado um enorme enfoque aos sintomas positivos em detrimento dos sintomas negativos e restantes sintomas.

Já a psicopatia é tradicionalmente considerada uma perturbação de personalidade, tendo existido no entanto alguma controvérsia quando à sua definição conceptual. Um dos modelos mais utilizados na literatura é a *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) (Hart, 1992), que considera 4 facetas: interpessoal, afectiva, estilo-de-vida e antissocial. A faceta interpessoal engloba o charme superficial, a grandiosidade, a mentira patológica e a manipulação; a faceta afectiva a ausência de remorso e culpa, a ausência de empatia, a superficialidade de afectos e a incapacidade para aceitar a responsabilidade pelas acções; a faceta do estilo-de-vida engloba a necessidade constante de estimulação, o parasitismo, a ausência de objectivos realistas a longo-prazo, a irresponsabilidade e a impulsividade; a faceta antissocial engloba o défice de controlo comportamental, a delinquência juvenil e a versatilidade para o crime. A presença deste constructo também se faz notar nos sistemas nosológicos actuais, embora com algumas diferenças: na CID-10 aparece como perturbação de personalidade dissocial; no DSM-5 aparece como perturbação de personalidade antissocial.

A associação entre esquizofrenia e psicopatia tem sido estudada na literatura no sentido de avaliar a existência ou não de uma relação causal com a violência. Nolan et al. (1999) realizaram um estudo transversal com 51 doentes esquizofrénicos (26 violentos e 25 não violentos) no qual aplicaram a PCL-R, sendo que doentes esquizofrénicos mais violentos apresentaram com scores mais elevados de psicopatia. Abushua et al. (2006) realizaram um estudo similar, com uma amostra de 35 doentes esquizofrénicos (19 violentos e 16 não violentos) e a aplicação da PCL-R, tendo chegado às mesmas conclusões. Mullen et al. (2006), numa revisão acerca da violência na esquizofrenia e possíveis estratégias preventivas, identificou alguns traços de personalidade como mediadores de criminalidade na esquizofrenia, particularmente traços psicopáticos tais como ausência de remorso e culpa, ausência de empatia, superficialidade/indiferença afectiva e impulsividade, especialmente se associados a uma deterioração da personalidade característica de estádios mais avançados da esquizofrenia. Rund (2018) publicou uma revisão sistemática sobre os factores associados à violência severa na esquizofrenia, tendo seleccionado 27 estudos realizados nos 20 anos anteriores à publicação e avaliado vários factores: abuso de substâncias, tratamento, sintomas positivos, insight, cognição, impulsividade e psicopatia. De todos, o factor com a evidência mais robusta foi o abuso de substâncias, mas este não

explica toda a variância em relação à violência quando se compara doentes esquizofrénicos violentos e doentes esquizofrénicos não violentos. Entre outros factores, o autor identificou uma associação entre psicopatia e violência na esquizofrenia, presente em praticamente todos os estudos seleccionados, à excepção de 1, mas no qual não foi utilizado um instrumento válido para mensurar a psicopatia. De facto a literatura tem sido consistente na relação entre a psicopatia e a violência nos doentes esquizofrénicos, sendo que existem mesmo alguns estudos que sugerem que a psicopatia pode ser isoladamente um factor de risco para o comportamento violento e criminoso, quer em doentes esquizofrénicos, quer em não doentes (Tengström, 2004; Jeandarme, 2017).

Para além desta associação da psicopatia à violência na esquizofrenia evidenciada consistentemente na literatura, existem estudos que tornam evidentes eventuais "benefícios" na associação da psicopatia à esquizofrenia. Gillespie et al. (2018) publicaram uma *letter* em que sugerem que a presença de traços psicopáticos em doentes esquizofrénicos está associada a um melhor funcionamento sociocognitivo em comparação com doentes esquizofrénicos sem estes traços, tendo-se observado habilidades metacognitivas relativamente intactas (Abu-Akel, 2015) e melhor performance numa tarefa relacionada com teoria da mente (Gillespie, 2017). Por outro lado, Sedgwick et al. (2017) publicaram uma revisão sistemática e meta análise sobre o processamento emocional em indivíduos violentos com esquizofrenia ou perturbação de personalidade antissocial, cujos resultados evidenciaram que estes indivíduos apresentam maiores défices em termos de quociente de inteligência (QI), memória, função executiva e reconhecimento da expressão facial das emoções em comparação com o grupo-controlo, especialmente os indivíduos com esquizofrenia e perturbação de personalidade antissocial co mórbidas. De facto, estes achados vêm reforçar a heterogeneidade existente nestas populações e a importância de considerar diferentes variáveis e dimensões no estudo destas.

**Uma perspectiva histórica**

Em 1890, o autor alemão Kahlbaum propôs o constructo de heboidofrenia (Kahlbaum, 2002), que descreveu como uma doença psicológica que afectava particularmente os mais jovens (adolescência tardia/idade adulta precoce) e em que se denotava uma tendência para o comportamento antissocial e para a criminalidade. Comparando-a com a hebefrenia, uma variante da esquizofrenia que se caracteriza por maior desorganização do discurso e do comportamento e em que os delírios e as alucinações não são tão proeminentes, Kahlbaum caracterizou a heboidofrenia como tendo um curso menos tempestuoso e com uma deterioração cognitiva mínima ou até ausente, o que lhe conferiria um melhor prognóstico em termos clínicos e terapêuticos. A proposta de Kahlbaum suscitou algum interesse na comunidade psiquiátrica, especialmente de alguns autores franceses, como Paul Guiraud, que em 1927 enfatizou a importância deste constructo nos casos atípicos de esquizofrenia em que predominavam os traços sociopáticos (Guiraud, 1927).

Entretanto em 1955, os autores americanos Dunaif e Hoch introduzem pela primeira vez o conceito de esquizofrenia pseudopsicopática (Dunaif, 1955). Baseando-se no estudo de uma população de reclusos com surtos psicóticos, estes autores identificaram algumas características clínicas específicas e que diferiam da descrição clínica mais tradicional da esquizofrenia: os surtos psicóticos surgiam de um processo esquizofrénico latente e contínuo; os surtos psicóticos remitiam mais rapidamente e com um retorno total ou quase total a um nível de funcionamento pré-mórbido; o comportamento antissocial não era totalmente compreendido apenas com base nas motivações/circunstâncias do crime. Neste estudo, identificaram três subgrupos principais: (1) doentes que aparentam ser o típico psicopata; (2) doentes que apresentam maior dependência emocional e

comportamento passivo-agressivo; (3) doentes mais isolados e retraídos, com características predominantemente obsessivas e hipocondríacas.
Na literatura encontram-se algumas publicações acerca deste conceito na adolescência. Lauretta Bender (1959) observou e descreveu numa perspectiva mais psicodinâmica alguns casos clínicos de adolescentes internados no Hospital de Bellevue. Krinsky et al. (1968) fizeram algumas considerações acerca da abordagem terapêutica de adolescentes com esquizofrenia pseudopsicopática.
Ainda assim, são poucas as publicações acerca da esquizofrenia pseudopsicopática, e apesar deste conceito estar presente na CID-10, na categoria Perturbação Esquizotípica (F21), acabou por cair em esquecimento na literatura.

**Uma revisão recente**
Em 2018, os autores belgas Page e Englebert (De Page, 2018) publicaram um artigo de revisão da literatura, em que apresentam uma descrição integrada da heboidofrenia e da esquizofrenia pseudopsicopática, defendendo que embora estes constructos tenham sido descritos em épocas diferentes, são semelhantes e não apresentam diferenças significativas. Realizaram uma extensa pesquisa bibliográfica com o intuito de identificar toda a literatura relacionada com estes dois constructos, tendo seleccionado 32 documentos, 21 relacionados com heboidofrenia e 12 relacionados com esquizofrenia pseudopsicopática; seguidamente formularam critérios operacionais que tiveram em conta a semiologia, o diagnóstico diferencial, as implicações terapêuticas e legais/forenses.

Semiologia
Do ponto de vista semiológico, descreveram estes constructos como uma forma mais leve e atenuada de esquizofrenia, em que a sintomatologia psicótica (delírios e alucinações) é mais rara e quando surge é por um período de tempo muito limitado, sendo que o que mais se destaca é a presença de um estado de ansiedade relativamente persistente e instável.
A cognição mantém-se globalmente intacta, não existindo uma deterioração tão marcada quanto na esquizofrenia mais tradicional, mas com diferenças que toca ao julgamento moral, em que se nota uma forma particular e idiossincrática de distinguir o bem e o mal.
O que mais se destaca nestes constructos são os comportamentos antissociais e tendências antagonistas/opositivas, que geralmente se iniciam na puberdade, sendo associados a perturbação de conduta, e que são considerados pelos autores como sendo consequência do processo esquizofrénico latente, visto estes comportamentos não terem um objectivo ou benefício evidentes (ao contrários dos psicopatas), sendo geralmente de carácter impulsivo e relacionado com o contexto em que os doentes se encontram; esta tendência para o comportamento antissocial pode passar despercebida na admissão ao hospital, acabando por se notar durante a estadia no internamento pelos membros da equipa técnica.
Associadamente, faz-se notar a presença de alguns traços psicopáticos, sendo os mais típicos a impulsividade, a raiva, a mentira patológica, o *bullying*, e a ausência de culpa e de remorso; por outro lado, traços como o charme superficial, a grandiosidade e o calculismo já não são característicos.
Em termos de relações interpessoais, estes doentes são descritos como isolados e associais, sendo também consequência das suas tendências mais antagonistas e opositivas.
Alguns autores fazem referência ao autismo como característica destes doentes, em que se destaca uma maior preferência pelo isolamento social por parte destes e o relativo desinteresse que demonstram pelas relações afectivas; alguns comportamentos estereotipados foram também descritos na literatura.

A perturbação do uso de álcool e de outras substâncias pode também estar presente, não sendo no entanto um aspecto específico destes doentes, já que cerca de 60% dos doentes esquizofrénicos e cerca de 52% dos indivíduos com perturbação de personalidade antissocial apresentam como co morbilidade a perturbação do uso de álcool e outras substâncias. (Volavka, 2008; Trull, 2010).
No que se refere aos comportamentos violentos e criminosos, estes doentes são mais predispostos para os concretizarem em comparação com os doentes esquizofrénicos, não estando a maioria das vezes associados ao seu estado clínico; no hospital estes doentes podem abusar dos outros doentes, sobressaindo mais a sua faceta antissocial que a sua faceta psicótica.

Diagnóstico diferencial
A esquizofrenia e a psicopatia (perturbação de personalidade dissocial segundo a CID-10) são as principais entidades nosológicas que se devem ter em conta no diagnóstico diferencial com a heboidofrenia/esquizofrenia pseudopsicopática. No que toca à esquizofrenia, a presença de sintomatologia psicótica (delírios e alucinações) é mais exuberante, e a deterioração cognitiva mais acentuada; o comportamento antissocial é incomum, podendo estar presente associado à sintomatologia psicótica, ao contrário da heboidofrenia/esquizofrenia pseudopsicopática, em que estes comportamentos são uma consequência do processo esquizofrénico latente. Quanto à psicopatia, as crianças com traços psicopáticas têm uma maior tendência para serem antagonistas e opositivas, e mostram ser menos empáticas, em comparação com as crianças com heboidofrenia/ esquizofrenia pseudopsicopática; nos indivíduos psicopáticos o comportamento criminoso é calculado e tem um objectivo identificável; relativamente às relações interpessoais, os psicopatas são mais sociais, fazendo uso do seu charme superficial para se aproximarem dos outros.

Implicações terapêuticas e legais/forenses
Apesar de o prognóstico ser melhor que na esquizofrenia, visto que a deterioração cognitiva é menos marcada, o benefício proveniente de uma intervenção psicoterapêutica pode ser mais limitado, devido à presença de traços psicopáticos. Relativamente à sintomatologia psicótica que possa aflorar, o enfoque é no tratamento psicofarmacológico com antipsicóticos; em relação aos traços psicopáticos, a abordagem é mais psicoterapêutica, mas a dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica com estes doentes dificulta bastante o processo terapêutico. Relativamente às implicações legais/forenses, a questão da intencionalidade relativamente aos comportamentos violentos e criminosos é central: os doentes esquizofrénicos geralmente são considerados inimputáveis, enquanto que os psicopatas não, sendo que os primeiros serão melhor tratados por instituições de saúde mental e aos segundos geralmente são aplicadas medidas comportamentais pelas autoridades legais. No caso da heboidofrenia/ esquizofrenia pseudopsicopática, estando entre a esquizofrenia e a psicopatia, é muitas vezes difícil decidir quanto à intencionalidade, sendo que em caso de dúvida se acaba por preferir pelas instituições de saúde mental.

**Um novo paradigma?**
Pela dificuldade em estabelecer uma fronteira rígida entre a esquizofrenia e a psicopatia, pode ser relevante compreendermos este fenómeno numa perspectiva dimensional. O desenvolvimento de um espectro "esquizo-psicopático" poderia ser útil, em que abrangeria formas mais ligeiras de doentes com maior aplanamento afectivo, diminuição da capacidade empática ou impulsividade e que poderiam ser mais responsivos a abordagens psicoterapêuticos, até formas mais severas de doentes com comportamentos

desviantes e predatórios, desinibição psicomotora ou agressividade e que poderiam ser mais responsivos a abordagens psicofarmacológicas como a clozapina.

**Conclusões**

A relação entre esquizofrenia e psicopatia tem sido estudada na literatura há vários anos. Os constructos de heboidofrenia e esquizofrenia pseudopsicopática referem-se a uma forma latente de esquizofrenia associada a traços psicopáticos, e apesar de terem sido descritos em épocas diferentes, são constructos similares. Sendo mais que uma mera co-ocorrência de esquizofrenia e psicopatia, estes constructos filtram um subgrupo específico de doentes esquizofrénicos, o que deverá ser tido em conta para uma adequada abordagem diagnóstica, terapêutica e eventualmente legal/forense. Devido às dificuldades em estabelecer uma fronteira entre esquizofrenia e psicopatia, propomos o desenvolvimento de um espectro "esquizo-psicopático", que abordaria este fenómeno numa perspectiva dimensional.

**Bibliografia**


Abu-Akel, A., Heinke, D., Gillespie, S.M., Mitchell, I.J., Bo, S. (2015). Metacognitive impairments in schizophrenia are arrested at extreme levels of psychopathy: the cut-off effect. *J. Abnorm. Psychol.* (124), 1102–1109.

Abushua'leh K, Abu-Akel A. (2006). Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 143(2-3), 205-11.

American Psychiatric Association (APA)(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). 2013.

Bender, L. (1959). The concept of pseudopsychopathic schizophrenia in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 29*(3), 491–512.

De Page L, Englebert J. (2018). Heboidophrenia and Pseudo-Psychopathic Schizophrenia: Current Knowledge and Critical Perspective. Psychopathology. 51(4), 227-233. doi: 10.1159/000488768. Epub 2018 Jun 26.

Dunaif, S.L. & Hoch, P.H. (1955). Pseudopsychopathic schizophrenia. Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc. 169-95.

Fazel, S., Gulati G., Linsell, L., Geddes, J.R. & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoSMed. 6(8):e1000120.

Gillespie, S.M., Abu-Akel, A.M. (2018). Evidence for benefits in comorbid psychopathy and schizophrenia. *Schizophr Res.* (193), 472-473.

Gillespie, S.M.,Mitchell, I.J., Abu-Akel, A.M. (2017). Autistic traits and positive psychotic experiences modulate the association of psychopathic tendencies with theory of mind in opposite directions. *Sci Rep* (7), 6485

Guiraud, P. (1927). Constitución perversa ou héboïdophrénie. *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, (15), 89-92.

Hart, S. D., Hare, R. D., & Harpur, T. J. (1992). The Psychopathy Checklist—Revised (PCL–R): An overview for researchers and clinicians. In J. C. Rosen & P. McReynolds (Eds.), *Advances in psychological assessment,* Vol. 8, pp. 103–130). Plenum Press.

Jeandarme, I., Pouls, C., Oei, T., Bogaerts, S. (2017). Forensic psychiatric patients with comorbid psychopathy: Double trouble? *IntJ Forensic MentHealth*. 16(2),149–60.

Kahlbaum, K., Berrios, G.E., Kraam, A. (2002). On Heboidophrenia. *History of Psychiatry*, 13(50), 197-201.

Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.,* 13(2), 261-76.

Krinsky, L. W., & Jennings, R. M. (1968). *The Management and Treatment of the Pseudopsychopathic Schizophrenic in an Adolescent Pavilion. Journal of Asthma Research, 5(3), 207–212.*
Mullen, P.E. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *AdvPsychiatrTreat*, 12(4), 239–48.
Nolan, K.A., Volavka J., Mohr, P. & Czobor, P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder (1999). *Psychiatr Serv.* 50(6), 787-92.
Rund, B. R. (2018). A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nord J Psychiatry.* 72(8), 561-571.
Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., L., ÅngstrÖm, N. & Kullgren, G. (2004). Schizophrenia and Criminal Offending The Role of Psychopathy and Substance Use Disorders. *Crim Justice Behav.* 31(4), 367–91.
Trull, T.J., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P.K. & Sher, K.J (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Personal Disord.* (24), 412–426.
Volavka, J. & Citrome, L (2008). Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract.* (62) 1237–1245. 32
World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.*

# "FOLIE À FAMILLE": HISTORIA Y UNA "STORIE" DE GALICIA-ESPAÑA (1953-1954)

**Sandra Rodríguez Ramos**; Cristina Pernas Pereiro**; Raquel Fraga Martínez **; David Simón Lorda***

Servicio de Psiquiatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España.Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO

*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatría.

Email: Sandra.rodriguez.ramos@sergas.es

**Resumen**

El término "Folie à deux" fue acuñado por Lasegue y Falret en 1877 para referirse a la situación psicopatológica en la que dos individuos comparten un sistema delirante. Esta patología se incluyó en los manuales DSM-III y IV bajo el termino trastorno psicótico compartido, para finalmente desaparecer en la quinta edición.

"Folie à famille" surge como una derivación del concepto "folie à deux" en la que el delirio extiende a todos los miembros que componen una entidad familiar.

Si bien la "folie à deux" o delirio compartido entre dos enfermos es una entidad de por sí poco prevalente, los casos registrados de delirio compartido entre todos los miembros de una familia son casi anecdóticos.

Uno de estos casos fue registrado en la prensa gallega del año 1953. En esta revisión, trataremos de ahondar en la historia de esta familia y revisaremos las características de dicho trastorno.

**Abstract**

The term "Folie a deux" was coined by Lasegue and Falret in 1877 to refer to the psychopathological situation in which two individuals share a delusional system. This pathology will be included in the DSM-III and IV manuals under the term shared psychotic disorder, to finally disappear in the fifth edition.

"Folie à famille" arises as a derivation of the concept "folie à deux" in which the delusion extends to all the members of the family entity.

Although "folie à deux" or shared delirium between two patients is an entity that is not very prevalent, registered cases of shared delirium between all members of a family are almost anecdotal.

One of these cases was recorded in the Galician press in 1953. In this review, we will try to delve into the history of this family and review the characteristics of this disorder.

***

## Introducción

El trastorno psicótico compartido es una patología que atrae el interés de los profesionales de la salud mental por sus particulares características y escasa prevalencia.

Este mismo trastorno puede incluir a más de dos personas, en cuyo caso puede recibir el nombre de "folie à trois", "folie à quatre", "folie à famille", o incluso "folie à plusieurs" ("locura de muchos"). Pero si la "folie à deux" es una entidad de por sí poco prevalente, los casos registrados de delirio compartido entre todos los miembros de una familia son casi anecdóticos.

A raíz de una noticia de 1953 sobre una familia que copó diferentes diarios de la prensa gallega, hemos viajado hasta la provincia de Lugo para recabar más información del caso

y revisar archivos clínicos de la época. Hemos realizado también una revisión bibliográfica exhaustiva entorno a dicha patología.

**Discusión**

"Folie à Deux" es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos similares, normalmente ideas delirantes, en dos o más individuos que comparten una estrecha relación entre sí. Se trata de una entidad relativamente rara, generalmente marcada por la transferencia de ideas delirantes de un individuo afectado de forma primaria a uno o más individuos secundarios. Dicha patología ha recibido diferentes denominaciones según la época y los autores que la han estudiado, incluyendo entre ellas los términos: locura compartida, locura doble, psicosis de asociación, insana comunicada, psicosis simbiótica, trastorno psicótico compartido y trastorno paranoide compartido, entre otros.

Clásicamente, se considera que en este trastorno hay una trasferencia de ideas delirantes desde un individuo afectado de forma primaria (el inductor o pareja dominante) a otro u otros secundarios, denominados en este caso receptores, inducidos o influenciados. En este entramado de ideas la sugestionabilidad desempeña un papel muy importante, incluso necesario, siendo preciso que exista una influencia por parte del polo primario, quien va armando su sistema delirante junto a la persona allegada. El allegado o secundario adquiere las creencias delirantes del primero como algo real y suele tratarse de alguien más sumiso, dominable, con mayor sugestionabilidad y dependencia o menor inteligencia, carácter o actividad.

Iniciador y receptor poseen muchos elementos en común, ambos han vivido estrechamente unidos en el mismo ambiente durante un largo periodo de tiempo, relativamente aislados del mundo exterior y comparten experiencias vitales, necesidades y esperanzas comunes, siendo lo más significativo la profunda relación emocional. Esta estrecha asociación parece ser lo que más contribuye al desarrollo del delirio compartido. Además, según algunos estudios, el abuso de drogas, el envejecimiento y el aislamiento social también son factores coadyuvantes en su desarrollo.

Los primeros registros del trastorno psicótico compartido datan del siglo XVI, de mano del Doctor William Harvey. Tras él, numerosos autores, en su mayoría ingleses, han descrito diferentes casos de "infectousness of insanity". Podemos señalar a Baillarger y su exposición de "folie communiquée" en el año 1869, así como la obra firmada por Legrand du Saulle en 1871. Sin embargo, son Lasègue y Falret a los que históricamente se les atribuye el estudio de esta entidad, puesto que acuñaron el conocido término "folie á deux" y publicaron en 1877 la descripción más compleja de esta patología junto a siete casos clínicos a modo ilustrativo. Otro autor destacable en el estudio del delirio compartido es Alexander Gralnik quien, en 1942, definió los cuatro subtipos del delirio de asociación: "folie imposée", "folie simultanée", "folie comuuniquée" y "folie induite".

Las conclusiones originales de los doctores Lasegue y Falret resumen acertadamente las características de la locura compartida. En primer lugar, los psiquiatras destacan la figura del paciente inicialmente psicótico, quien ejerce el rol activo en la inducción del delirio, siendo el creador del sistema delirante y el que, desde una posición de superioridad psicológica, lo impone al otro (u otros), al que se le asigna un rol pasivo. El sujeto secundario se encuentra, en la mayoría de los casos, menos afectado que el primario. Por otro lado, el sujeto o sujetos pasivos actúan a su vez sobre el primero remodelando el delirio, de forma que éste queda constituido como un sistema creencial común, asumido en todos sus detalles por la totalidad de los miembros. Para el desarrollo de este sistema, es necesario que los individuos se mantengan aislados de cualquier influencia exterior durante un tiempo prolongado, de forma que lleguen a compartir determinados temores, necesidades o sentimientos de forma estrecha. Asimismo, los escritos de los citados

autores señalan que el delirio debe resultar de cierto modo verosímil. La temática delirante ha de estar dentro de los límites de lo posible y su estructura ha de gozar de suficiente coherencia como para encuadrarse dentro de lo lógicamente aceptable. Lasegue y Falret aportaron también datos epidemiológicos, entre los que destacan un mayor índice de presentación en mujeres y la posibilidad de intervención de un factor hereditario en la génesis de los casos que ocurren entre los miembros de una misma familia, dichos factores siguen siendo considerados válidos en nuestros días. Los estudios de los franceses también profundizaron en el manejo terapéutico de la patología: para ellos, la indicación terapéutica básica consistía en separar a los dos miembros de la pareja, o bien a los diferentes individuos que compartían la entidad patológica. Según los casos analizados en su experiencia, dicho método conllevaba la remisión de los síntomas en los sujetos pasivos, no así en los inductores.

Actualmente, los criterios diagnósticos de esta patología en la clasificación de la CIE-10 coinciden en muchos sentidos con aquellos que apuntaron los primeros autores encargados de su descripción. El manual define esta entidad de la forma siguiente: el trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, es compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Solo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro (u los otros) las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra, son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes solo son trasmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, cultura o por factores geográficos. Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Las pautas para el diagnóstico son:

-Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.

-Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito más arriba.

-Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante).

Incluye: «Folie á deux». Trastorno paranoide inducido. Psicosis simbiótica. (F24).

Por el contrario, los americanos descartan en el DSM-V mantener una categoría diferenciada para la "folie à deux", de modo que incluyen la patología dentro de la condición de "otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico" a diferencia de la anterior edición, en la que sí se considera el trastorno psicótico compartido como una patología con entidad propia (DMS-IV, 297.3).

Desde el punto de vista de la epidemiología, la literatura es escasa, hecho que puede estar justificado por la infrecuente prevalencia del trastorno. Distintos estudios coinciden en un mayor número de psicosis compartida entre hermanos, padres e hijos y parejas sentimentales. En cuanto a la edad, parecen no existir diferencias en cuanto a prevalencia, aunque si es más frecuente que el inductor se trate del individuo de mayor edad. Entre géneros, aunque tradicionalmente se creía que afectaba más al femenino, en los estudios más recientes no hay claras diferencias demostradas. Las diversas investigaciones si que coinciden en las características del individuo o individuos inducidos, describiéndolos como sujetos de personalidad pasiva, frágiles, con baja autoestima y frecuentemente con déficits sensoriales y/o discapacidad intelectual de diferente gravedad.

Realizar el diagnóstico y abordaje de esta patología puede resultar difícil, siendo posible que sea este el motivo por el que se presupone infradiagnosticada. Los pacientes delirantes suelen rehusar consultar con el médico. Tampoco lo hacen sus familiares o parejas, pues forman parte del propio sistema delirante. Además, reconocer una psicosis es complejo cuando las creencias son confirmadas aparentemente por un familiar y se trata de un delirio no inverosímil en exceso. Al realizar la evaluación del cuadro, es fundamental tener en cuenta los factores clínicos y sociales que subyacen a los pacientes, pues resultan especialmente significativos para la configuración del entorno que conduce a compartir el delirio.

En cuanto a la psicopatología, habitualmente la temática delirante versa sobre persecución, grandeza (delirios megalómanos) e hipocondría. Por otra parte, refiriéndonos a las alteraciones sensoperceptivas, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes, seguidas por las de tipo cenestésico y, por último, las visuales. Estas alteraciones en general son de menor intensidad en los inducidos que en los inductores, pudiendo no existir siquiera en los individuos secundarios.

Por último, en cuanto al manejo terapéutico, si bien clásicamente los clínicos mantenían la actitud de separar a los diferentes miembros que conforman el delirio, actualmente se pretende tener en cuenta la condición psiquiátrica de cada una de las personas incluidas, evaluando cada caso de manera individual.

Si resulta complicado encontrarse en la práctica clínica con casos de delirio compartido entre dos individuos, los casos ampliados son todavía más insólitos. Es por ello que atrajo nuestra atención descubrir una noticia sobre una familia que precisó ser internada al completo en un establecimiento psiquiátrico. Este suceso tuvo lugar en la provincia de Lugo (Galicia-España) durante los años cincuenta del siglo XX. Tras ampliar nuestra búsqueda en la prensa local de la época, hallamos varios artículos relacionados con el caso, que apuntan a una posible muestra de "folie à famille". En las imágenes 1 y 2 adjuntas, encontramos el siguiente titular de "El Pueblo Gallego" del día 16 de junio de 1953": "En Monforte una madre y cuatro hijas ven frustrada una enigmática huelga de hambre". En las imágenes 3 y 4 plasmamos una de las páginas que en 1953 editó "El Progreso, Diario de Lugo", donde aparece el rótulo "Una mujer y sus cuatro hijas, vecinas de Baamorto, declaran la huelga de hambre. Presentan síntomas de enajenación". En la "Hoja oficial del lunes al servicio de España" de fecha de 15 de junio de 1953 consta "Una madre y cuatro hijas de histerismo", como se puede comprobar en las imágenes 4 y 5.

Dentro de estas comunicaciones se desglosa la historia de esta familia, que residía en el municipio rural de Baamorto, un lugar alejado del sur de Lugo y que en la actualidad cuenta con apenas 88 vecinos en todo el ayuntamiento. La madre y sus cuatro hijas, convivientes, se someten voluntariamente a una huelga de hambre desde el día 18 de mayo, permaneciendo encerradas en sus respectivas habitaciones desde entonces. Uno de los diarios apunta que las mujeres podrían estar "atacadas de histerismo y afectadas de perturbación mental". Los médicos acuden al domicilio sin conseguir que éstas ingieran alimentos más allá de una pequeña cantidad de sopa, insuficiente para garantizar su subsistencia. Para evitar complicaciones mayores derivadas de la inanición, resulta necesaria una intervención por parte de los facultativos y juzgados de la zona con el fin de trasladar a las cinco mujeres en una ambulancia al antiguo Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Lugo, en Castro Riberas de Lea. Dicho centro fue inaugurado por la Diputación de Lugo en el año 1953 y bajo la dirección del centro a cargo del neuropsiquiatra Usero Tiscar. El hospital permaneció activo durante aproximadamente medio siglo, hasta su clausura en 2012.

Persiguiendo esta fascinante historia, hemos viajado hasta la provincia de Lugo para recabar más información del suceso y revisar los archivos clínicos disponibles de la época (Arquivo Xeral da Deputación de Lugo). En los pocos documentos que se preservan del

antiguo hospital, encontramos los nombres de las hermanas en varios registros. Gracias a la conservación de estos sabemos que, para la mejoría de las pacientes, fue preciso un reingreso simultáneo de las cuatro hermanas en la fecha del 11 de noviembre del año 1953 (imagen 7). Posteriormente, una de ellas fue dada de alta del sanatorio en el mes de diciembre, más de seis meses después del primer ingreso (imagen 8). Por desgracia, no hemos podido localizar las historias clínicas individuales de ninguna de las integrantes de la familia, lo que hubiera permitido ampliar nuestro conocimiento acerca de la psicopatología del caso y descubrir el desenlace de estas hermanas. Siguiendo este objetivo, hemos establecido contacto con conocidos que residen en zonas próximas al municipio de Baamorto, pero ninguno recordaba la historia de las cinco mujeres, por lo cual esta vía tampoco nos ha aportado nueva información.

**Conclusiones**

El trastorno psicótico compartido entre los miembros de una familia o "folie à famille" es una patología de la que apenas se registran casos. Nuestro interés por esta patología comienza gracias al hallazgo de varias noticias de prensa de 1953 sobre cinco mujeres, miembros de una misma familia, que son ingresadas en un hospital psiquiátrico público de Lugo-Galicia-España tras una huelga de hambre voluntaria. Esta búsqueda nos ha llevado hasta Lugo, donde los antiguos archivos del hospital de Castro de Riberas de Lea (Lugo) confirman lo reflejado en los diarios y muestran cómo madre y hermanas tuvieron que ser ingresadas en dicho centro, en varias ocasiones, para recibir tratamiento.

**Fuentes y bibliografía**

Fuentes Documentales:

Archivo Xeral de Diputación de Lugo.

-Expedientes Archivos Clínicos Hospital Psiquiátrico Castro de Ribas de Lea.

Fuentes Hemerográficas:

Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.

-http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/Galiciana Dixital

Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional

-http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm

**Bibliografía**

Giménez, M. H., & Moreno, C. L. (2016). Delirio compartido o folie à deux. *Norte de Salud mental*, *14*(54), 1.

Torres, C. R., Yasno, M. A. H., Morales, M. C. R., Gutiérrez, Á. M. M., & Varela, Y. V. (2012). Trastorno psicótico compartido: a propósito de un caso entre dos hermanas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *41*(2), 444-455.

Morán, I., & de Concepción, A. (2008). Locura familiar: Revisión clínica ya propósito de un caso. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *46*(2), 129-133.

Gralnick, A. (1942). Folie à deux—the psychosis of association; a review of 103 cases and the entire English literature, with case presentations. *Psychiatric Quarterly*.

Srivastava, A., & Borkar, H. A. (2010). Folie à famille. *Indian journal of psychiatry*, *52*(1), 69.

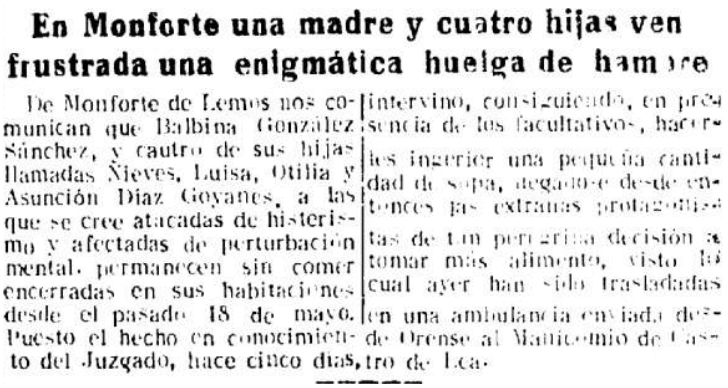
Oshodi, A., Bangaru, R., & Benbow, J. (2005). A paranoid migrant family - folie à famille. *Irish journal of psychological medicine*, *22*(1), 26–29. https://doi.org/10.1017/S0790966700008776

Glassman, J. N., Magulac, M., & Darko, D. F. (1987). Folie à famille: shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family. *The American journal of psychiatry*, *144*(5), 658–660. https://doi.org/10.1176/ajp.144.5.658

Catanesi, R., Punzi, G., Rodriguez, W. C., 3rd, Solarino, B., & Di Vella, G. (2014). Faith, folie à famille, and mummification: a brief review of the literature and a rare case report. *Journal of forensic sciences*, *59*(1), 274–280. https://doi.org/10.1111/1556-4029.12264



Imágen 1: Diario El Pueblo Gallego. Num. s.n. 16 junio 1953



**En Monforte una madre y cuatro hijas ven frustrada una enigmática huelga de hambre**

De Monforte de Lemos nos comunican que Balbina González Sánchez, y cautro de sus hijas llamadas Nieves, Luisa, Otilia y Asunción Diaz Goyanes, a las que se cree atacadas de histerismo y afectadas de perturbación mental, permanecen sin comer encerradas en sus habitaciones desde el pasado 18 de mayo. Puesto el hecho en conocimiento del Juzgado, hace cinco días, intervino, consiguiendo, en presencia de los facultativos, hacerles ingerir una pequeña cantidad de sopa, negándose desde entonces las extrañas protagonistas de tan peregrina decisión a tomar más alimento, visto lo cual ayer han sido trasladadas en una ambulancia enviada desde Orense al Manicomio de Castro de Lea.

Imágen 2: Diario El Pueblo Gallego. Num. s.n. 16 junio 1953



**Una mujer y sus cuatro hijas, vecinas de Baamorto, declaran la huelga del hambre**

SUCESOS

**Presentan síntomas de enajenación**

MONFORTE DE LEMOS, 13.—Balbina Goyanes Sánchez, acomodada propietaria de la parroquia de Baamorto, de este municipio y cuatro de sus hijas llamadas Nieves, Luisa, Otilia y Asunción Diaz Goyanes, atacadas de histerismo y con síntomas de perturbación mental, llevan sin comer, encerradas en sus habitaciones, desde el día 18 del mes de mayo. El Juzgado intervino en este caso habiendo conseguido, con la presencia de los facultativos, hacerles injerir una pequeña cantidad de sopa hace cuatro días, desde cuya fecha persisten en su actitud. Hoy ha llegado una ambulancia de la capital para trasladarlas al manicomio de Castro de Riberas de Lea.

**TRAGEDIA EN UN RIO**

DACCA (PAKISTAN), 13.—La lan- de veintiseis años de edad, resultó herido de alguna consideración. Se

Imágen 3: diario "El Progreso" Diario de Lugo. Junio 1953



# El Progreso

DIARIO DE LUGO

## Postales de la Feria del Campo

### LA MAQUINA CORTA-VERDURAS

V

En la corralita del Pazo del Conde, fue exhibida una máquina cortadora por un mecánico de Ferreira de Valle de Oro, que ha bautizado con el nombre de "Corta-Verduras" A. M. I. y que se patentizó.

El constructor, es un sabio artesano, don Amadeo Mosquera, está dedicando a la electricidad, que estos días nos ha deleitado con las tomadas de los salones registradores, que convierte todas las curvillas que han sacado a las muchachas de la Cátedra de Divulgación Pecuaria a nuestro cargo.

La máquina corta-verduras, fue presentada por su constructor en la Exposición de Avicultura celebrada en La Coruña con motivo de la VII Asamblea Nacional de Avicultores y vemos estado, llamando poderosamente la atención del grupo salado que salió a ella.

Por cierto que verduras en la Feria del Campo, no se pudo realizar ninguna demostración con la tan cacareada "Cortadora", que vienen diciendo destinaron por la corralita del Pazo, que algún día pasaron de verde mil, pero, sino estamos equivocados, tampoco alegría vía tanto solcito detalles del artefacto.

En la Feria del Campo, en el Concurso de ganado, que se celebró días ha, figuraban numerosos ejemplares de vacas de corral, exponiéndose también por un mecánico de Ferreira de Valle de Oro, que ha bautizado con el nombre de "Corta-Verduras" A. M. I. y que se patentizó.

El constructor, es un sabio artesano, don Amadeo Mosquera, está dedicando a la electricidad, que estos días nos ha deleitado con las tomadas de los salones registradores, que convierte todas las curvillas que han sacado a las muchachas de la Cátedra de Divulgación Pecuaria a nuestro cargo.

La máquina corta-verduras, fue presentada por su constructor en la Exposición de Avicultura celebrada en La Coruña con motivo de la VII Asamblea Nacional de Avicultores y vemos estado, llamando poderosamente la atención del grupo salado que salió a ella.

Por cierto que verduras en la Feria del Campo, no se pudo realizar ninguna demostración con la tan cacareada "Cortadora", que vienen diciendo destinaron por la corralita del Pazo, que algún día pasaron de verde mil, pero, sino estamos equivocados, tampoco alegría vía tanto solcito detalles del artefacto.

En la Feria del Campo, en el Concurso de ganado, que se celebró días ha, figuraban numerosos ejemplares de vacas de corral, exponiéndose también por un mecánico de Ferreira de Valle de Oro, que ha bautizado con el nombre de "Corta-Verduras" A. M. I. y que se patentizó.

El constructor, es un sabio artesano, don Amadeo Mosquera, está dedicando a la electricidad, que estos días nos ha deleitado con las tomadas de los salones registradores, que convierte todas las curvillas que han sacado a las muchachas de la Cátedra de Divulgación Pecuaria a nuestro cargo.

La máquina corta-verduras, fue presentada por su constructor en la Exposición de Avicultura celebrada en La Coruña con motivo de la VII Asamblea Nacional de Avicultores y vemos estado, llamando poderosamente la atención del grupo salado que salió a ella.

Por cierto que verduras en la Feria del Campo, no se pudo realizar ninguna demostración con la tan cacareada "Cortadora", que vienen diciendo destinaron por la corralita del Pazo, que algún día pasaron de verde mil, pero, sino estamos equivocados, tampoco alegría vía tanto solcito detalles del artefacto.

Juan ROF CODINA

## Una mujer y sus cuatro hijas, vecinas de Baamorto, declaran la huelga del hambre

SUCESOS

### Presentan síntomas de enajenación

MONFORTE DE LEMOS, 13.—Bolbina Goyanes Sánchez, acompañada procedente de la parroquia de Baamorto, con sus hijas llamadas Nieves, Lisa, Otilia y Asunción Díaz Goyanes, ataviadas de harapientos y con síntomas de perturbación mental, fueron encontradas en sus habitaciones, desde el día 18 del mes de mayo. El Juzgado intervino en este caso haciendo averiguaciones con la presencia de los facultativos, haciendo ingerir una pequeña cantidad de sopa hace cuatro días, desde cuya fecha permanecen en su actitud. Hoy ha llegado una ambulancia de la capital para trasladarlas al manicomio de Castro de Sibirán de Lea.

### TRAGEDIA EN UN RÍO

PUENTE PAKISTANA, 13.—La lancha a motor "Kune" se ha hundido en un río a pocos kilómetros de esta ciudad, ignorándose que hayan perecido en la misma parte de los 200 pasajeros que llevaba a bordo. Casi todos ellos se dirigían al mercado de Mariscuenca.—Efe.

### SALVAMENTO DE PERSONAS

HACHA, 13.—Hasta ahora, sólo ha sido salvadas diez personas, de las que un grupo a bordo de la barca pesquera que se hundió anoche.—Efe.

### ACCIDENTE FERROVIARIO

LEÓN, 13.—El tren de mercancías MR-529 al entrar en la estación de Begilore, descarriló y se volcaron de la vía nueve vagones, debido a la rotura de la manguera de uno de los vagones.

El guardavías Jaime Díaz López, de veintiséis años de edad, resultó herido de ligera consideración. Se registraron daños de alguna consideración en el material y algunas pérdidas en las mercancías. La vía quedó interrumpida desde la una y media de la madrugada hasta las diez y media de la mañana.—Cifra.

### UN INCENDIO EN ALMADÉN

ALMADÉN, 13.—En el almacén del Servicio Nacional del Trigo se produjo un incendio en el Departamento destinado a sacudir sacos y depósito de sacudido. En los primeros momentos, el fuego adquirió proporciones alarmantes, pero los rápidos trabajos realizados por los auxiliadores, Guardia civil y personal del servicio, lograron primero la propagación a otros locales donde había unos doscientos cincuenta vagones de trigo, y ingresos, después, la total extinción del siniestro.—Cifra.

### ROBO DE JOYAS EN LA PREFECTURA DE PARÍS

PARÍS, 13.—Dos individuos, haciéndose pasar por inspectores de Policía, han robado a un joyero, tratista, millones de francos en piezas, dentro de la misma Prefectura de Policía de París.

El joyero, un tratista de treinta años, llamado Noughanes Noujain, declaró más tarde a verdaderos agentes que al cumplimentar un encargo que le había sido hecho por un extranjero, de llevarle varias joyas al hotel donde se hospedaba, fue abordado en la calle por dos hombres que ensalzándole la plaza de Policía, le ordenaron acompañarles a la Prefectura. Una vez allí, subieron al mismo coche y entraron en una habitación donde los falsos policías le dijeron que les entregara la caja que llevaba y que esperase unos momentos. Después de esperar varias horas, sin que aparecieran nadie, Noujain se dió cuenta de que había sido robado.—Efe.

## Hoy, en San Cibrao, última tirada del campeonato de tiro

DEPORTES

### Se han inscrito un buen plantel de tiradores

Como habíamos previsto, el campeonato local de tiro organizado por la Representación de la Federación Española en Lugo está constituyendo por la participación y las marcas que se obtienen, un rotundo éxito.

Ayer se celebraron las tiradas con arma larga y corta de guerra. En esta larga prueba, el primer puesto del Modesto Prés Quiroga, seguido de los señores Bugallo Lois, Rodríguez Lodeiro, Nadia Gonzalez, Orol Fraga, Barcia Mafa, Gonzalez Bartolomé, Pérez Quiroga, Sobrino Rodríguez, Bugallo Lois, Nadia Gonzalez Pardo y Pardo (don Javier), Rebendo Lodeiro, Tuñas Bouzón (don Prudencio) y Quiroga Quiroga.

Todos los participantes hicieron gala de una buena precisión y habilidad. Los primeros puestos han sido muy disputados teniendo en cuenta la calidad tomada de los tiradores y todo hace prever que el en plazo todo o menos largo la Representación tuviese se desdiberan a organizar unas pruebas con participación regional, seria muy probable que los primeros puestos fuesen para los tiradores lucenses. Nosotros opinamos que una fecha verdaderamente indicada para este campeonato regional sería la de la gloriosa efeméride del 18 de Julio. Claro está que para ello son necesarios bastantes meses, pero ganamos seguro que la Representación lucense obtendría el máximo apoyo en todos los sectores de la población.

LAS TIRADAS DE HOY

Hace pocos días contrabamos una de nuestros comentarios sobre el alcalde que tenía la finca «Casa de jabalí» que se disputaba hoy en el Polígono de Tiro; y efectivamente hasta con fusil e incluso con pistola y ametralladora. Si las anteriores jornadas han tenido una numerosa y brillante representación, la de hoy ha de batir todas las marcas previstas en cuanto a número de asistentes que van a tomar parte. Claro que esto de asistentes es un decir, pues el jabalí puede decir participe los después —que ya

## La velada de la Cultural Atlética

El próximo martes, en el Central Cinema, se celebrará el anunciado festival atlético organizado por la Cultural Atlética Lucense, en el que colaboran diversas artistas por cuya actuación en otras ocasiones han despertado gran interés ante esta próxima ocasión.

Nosotros bien conocidos se interesan al programa, en el que, además de otros grupos y solistas, actúan las Coros y Danzas de la O. S. de Educación y Descanso.

## Balón-volea

Hoy domingo tendrá lugar a las once de la mañana y en el campo de deportes del Frente de juventudes un interesante competición entre atletas de Lugo.

Toda la calidad de los equipos y la actualidad de este deporte es de esperar que el encuentro se vea muy concurrido.

## Voisin, «padre» de la aviación, en Barcelona

### Si se pusiera todas sus condecoraciones parecería un payaso

BARCELONA, 13.—Llega en París, por vía aérea, Gabriel Voisin, uno de los "padres" de la Aviación, constructor del primer aparato que pasado que el aire que voló en Europa.

Viene ha recibido la Feria Internacional de Muestras, interesándose por los últimos avances logrados en la Aviación. Preguntado sobre su primer vuelo, dice que se efectuó el día 14 de marzo de 1906, vuelo que duró tres segundos y se realizó a una altura de cinco metros. Posteriormente ha batido varios records del mundo, hasta que Santos Dumont le quitó el cetro. Voisin también construyó aeroplanos militares, pero ha dejado de hacerlo desde hace varios años.

Voisin ha recibido la Legión de Honor, tres monumentos en Francia.—Cifra.

## Consejo de Ministros

(Viene de primera página.)

Acuerdo del Consejo de Ministros para que por los ministerios correspondientes se adopten las medidas precisas a la realización del plan de abastecimiento de aguas de Sevilla en un plazo de cuatro años.

Decreto por el que el primera Director General del Instituto Nacional de Estadística a don Luis Ugedo García-Saltiveros.

Ingresos de servicios.

Expedientes de tránsito.

ASUNTOS EXTERIORES.—Informe sobre los últimos acontecimientos internacionales.

Prórroga del convenio comercial y de pagos con los países Bajos.

JUSTICIA.—Decreto por el que se modifica el artículo 86 del Reglamento de la Escuela judicial.

Decretos de jubilación de la carrera fiscal.

Expedientes de indulto y de libertad condicional.

EJÉRCITO.—Expedientes de ingreso.

MARINA.—Decreto por el que se dispone quede a las órdenes del ministro de Marina el almirante don Ramón Gaskón y Lastra.

Decreto por el que se asciende al empleo de vicealmirante a don Guillermo Díez del Río.

Decreto por el que se asciende al empleo de vicealmirante al contralmirante don Pedro Fernández Martín.

Decreto por el que se nombra capitán general del Departamento Marítimo de Cádiz al almirante don Guillermo de Río.

Decreto por el que se nombra comandante general de la Flota al vicealmirante don Benigno González Aller.

Decreto por el que se nombra comandante general de la base Naval de Baleares, al vicealmirante don Pedro Fernández Martín.

Decreto por el que se nombra almirante jefe de la jurisdicción de Marina en Madrid, al vicealmirante don Jerónimo Bonfemante.

Decreto por el que se declara de urgencia una obra en la estación naval de Rías (Vigo).

Franquicias arancelarias.

HACIENDA.—Acuerdo por el que se cursa a las Cortes un proyecto de Ley, sobre protección a los seguros agrícolas, forestales y pecuarios.

Acuerdo por el que se pase a las Cortes un proyecto de Ley sobre reorganización del personal, servicios y plantillas del ministerio de Comercio.

Decreto por el que se autoriza al Banco Hipotecario de España para emitir cédulas libres de impuestos, en contraprestación de préstamos concedidos a finalidades especiales.

Decreto sobre concesión de pensión a don Manuel Castillejo y doña Feliciana Ortiz, como padres de don Manuel Castillejo Ortiz.

Expedientes de trámite.

GOBERNACIÓN.—Decreto por el que se pase en excención provisionalmente, a partir de primero de julio de 1953, al cuerpo y escalafón del Congreso de Bruselas de la Unión Postal Universal.

Decreto por el que se acuerda la concesión al municipio de Sollana (Valencia) el título de villazgo.

## El caso del niño secuestrado en la calle madrileña del Clavel

### Ha sido señalada la causa contra los acusados del delito

MADRID, 13. — Ha sido señalada la vista de la causa por el supuesto delito de parricidio y frustración del niño hallado descuidadamente atendido en la calle del Clavel, el 19 de noviembre de 1951. Como procesados figuran Elena Ortega de Rojas y Francisco Urrutia Acedo, quienes tuvieron un hijo natural, el cual encerraron en una casa de la citada calle.

Según las conclusiones del fiscal, ambas procesadas observaban una deficiente conducta manifestando con su hijo desde el nacimiento en la casa propiedad al cuidado especial de vecinos, abandonándolo en el pequeño con los mendigos que pasan, los cuales, al encontrarlo, en una casa de la citada calle.

Por denuncia de vecinos, fueron detenidas la madre y el niño, siendo ingresado en la Inclusa Provincial, por la que fallecía en el mismo establecimiento benéfico.

El fiscal considera que los padres tuvieron la intención de ocultar el nacimiento de su hijo, mientras subsistieran las causas de pérdida de trabajo y de vivienda, por lo que callan los hechos como constitutivos de un delito de parricidio en grado de frustración en la persona de su hijo y estima que debe imponerse a los responsables como autores de asesinato menor, con atenuante, a la pena de seis años y un día de prisión mayor y multa de cien a cinco mil pesetas.

También se ha pedido, privadamente a los procesados de la pena de multa. Los abogados defensores niegan los hechos, y sostienen que existe ningún delito y piden la libertad de sus respectivas defendidas.

La vista está señalada para los días 18 y 19 del actual y han sido citados 30 testigos y tres peritos médicos. — Cifra.

## COROS Y DANZAS ACTUARON CON ÉXITO ROTUNDO EN CLEVELAND

CLEVELAND (Ohio), 13. — Anoche tuvo brillantísimo en el Teatro Hanna, de esta ciudad, el grupo de Coros y Danzas de España que visita Estados Unidos y que está ofreciendo repetirá en el pequeño número de sus programas, para luego trasladarse a Los Angeles, donde estará

## Disminuye el volumen de agua embalsada

MADRID, 13.—En siete millones de metros cúbicos disminuye el volumen total de agua embalsada en relación con el sábado 6 de junio, de poco más de 4.000 millones que representa el 53 por ciento de la capacidad total de los pantanos. La reserva de energía eléctrica disponible ha aumentado en siete millones de kilovatios-hora. Existen 1.100 millones, equivalentes al 43 por ciento de su capacidad total. El tanto por ciento de los saltos actualmente funcionando.

Por cuencas, hay disponibles: Ebro, 847 millones de metros cúbicos, 68,3 por ciento de su capacidad total; Júcar, 205, 212 por ciento; Segura, 28, 33 por ciento; Sur de España, 26, 4 por ciento; Guadiana, 68, 22,1 por ciento; Tajo, 470, 51 por ciento; Duero, 1.416, 82 por ciento; y Norte de España, 210, 79,7 por ciento.—Cifra.

## Aplazado el partido «Teresa Herrera»

### No hay rival para el Firs

LA CORUÑA, 13. — El partido internacional de fútbol «Teresa Herrera», que se juega anualmente en el estadio de Riazor, entre un equipo español y otro extranjero, a beneficio de los hospitales coruñeses, tendrá que ser aplazado este año en vista de que no se ha podido traer contrario para el día 21 de junio, como se había organizado. Hoy se supo un telegrama con el presidente de la Federación Española, cuyo contenido daría: que se encuentra ilocalizado, pero comunicará que la selección B, se enfrentará al once coruñés, pero no ha dado contesta a Alfi.

## Juventud Antoniana

Ayer, festividad de San Antonio de Padua dió comienzo su novena en la iglesia de los PP. Franciscanos a las ocho de la tarde.

A las nueve se celebró la misa de Comunión en la que predicó la Sagrada Forma por primera vez 30 niños y niñas de la Guardería. Al terminar renovaron las promesas del Bautismo. Antes de recibir a Jesús Sacramentado el sacerdote, P. Antonio pronunció unas breves y conmovidas palabras alusivas al acto que se celebraba. Posteriormente fueron obsequiados con un desayuno servido por las señoritas catequistas.

Las jóvenes pasealinas y femeninas de la Juventud Antoniana acompañadas del P. Director y don José Vicente Sánchez, a las doce de la mañana dieron una comida extraordinaria a los pequeños de la Prensión.

Todos los infantiles mostraron su regocijo ante la visita que les era muy grata esperada con gran agrado. Sus caras reflejaban la felicidad del día de hoy, alegres.

Hoy un predicado que dice: "Odia el delito, compadece al delincuente" y con fué lo que la Juventud Antoniana hizo ayer: compadecerse del delincuente, y pasto, que llegó al extremo de dar a los pequeños multitud de golosinas que entre todos les habían comprado. Se hicieron unos concursos y se repartieron algunos premios entre los mismos que fueron muy celebrados y festejados por todos los asistentes.

Verticales.—1: Calle dura y pequeña. 2: El que lava con la lengua. 3: Nombre de mujer. 4: Contiene los nidales de ingenio. 5: Símbolo del cobre. 6: Al revés: Tejido. 7: Nombre de mujer. 8: Pueblo de Lugo. 9: Al revés: Lo contrario de bueno. 10: Al revés: Lo que comen los conejos. 11: Al revés: Nombre de mujer. 12: Al revés: Apócope de cierto. 13: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 14: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 15: Al revés: Nombre de mujer. 16: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 17: Al revés: Nombre de mujer. 18: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 19: Al revés: Nombre de mujer. 20: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 21: Al revés: Nombre de mujer. 22: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 23: Al revés: Nombre de mujer. 24: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 25: Al revés: Nombre de mujer. 26: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 27: Al revés: Nombre de mujer. 28: Al revés: Lugar donde se cría el ganado. 29: Al revés: Nombre de mujer. 30: Al revés: Lugar donde se cría el ganado.

## CRUCIGRAMA

NÚMERO 665



SOLUCIÓN AL NÚMERO 664

Horizontales.—1: Ramón. 2: Ser. 3: Ocelote. 4: Ir. 5: Ala. 6: Ala. 7: Ala. 8: Ala. 9: Ala. 10: Ala. 11: Ala. 12: Ala. 13: Ala. 14: Ala. 15: Ala. 16: Ala. 17: Ala. 18: Ala. 19: Ala. 20: Ala. 21: Ala. 22: Ala. 23: Ala. 24: Ala. 25: Ala. 26: Ala. 27: Ala. 28: Ala. 29: Ala. 30: Ala.

Verticales.—1: Ramón. 2: Ser. 3: Ocelote. 4: Ir. 5: Ala. 6: Ala. 7: Ala. 8: Ala. 9: Ala. 10: Ala. 11: Ala. 12: Ala. 13: Ala. 14: Ala. 15: Ala. 16: Ala. 17: Ala. 18: Ala. 19: Ala. 20: Ala. 21: Ala. 22: Ala. 23: Ala. 24: Ala. 25: Ala. 26: Ala. 27: Ala. 28: Ala. 29: Ala. 30: Ala.

## LA PROVINCIA





NECROLOGÍA. — Ha fallecido en su casa las Mondadas, doña Dolores Fernández Otero, viuda de Paredeiro, del comercio de esta plaza. Su entierro y funerales celebrados hoy constituyeron, asistiendo numerosas personalidades de la Sección de Viveiro, Ospello, Abadín y Ferreira del Valle de Oro.

A su familia, en especial a su hijo, don José, nuestro sentido pésame.

VIAJES. — De regreso de nuestra Capital, y después una temporada con su familia, don Nicanor González Bello.

—De La Habana, ha llegado también nuestro convecino, don Ramón Gesán García.

—Regresa saludad. el director de "La Voz de Galicia", don Pedro de Lima, que ha realizado una visita a esta ciudad.

—Para París, ha salido doña Concepción Cendán, acompañada de su sobrino César Rivas Cendán.

NATALICIO. — Ha dado a luz el número 2º su hija varones, doña Remedios Cendán, esposa del presidente don Manuel Mazón Treshorras

EXÁMENES. — En el Instituto de Enseñanza Media de Lugar, y en distintas convocatorias, han aprobado el segundo curso de Bachillerato, los niños César Cimadevila González-Seco, y Manuel Cabanela González-Seco, Echarrolanza.

## Juzgado Militar Eventual

SECRETARÍA

RODRÍGUEZ PARDO MANUEL, hijo de Manuel y de María, natural de Mañente, Arzobispado de Lugo, Monforte, de estado soltero, profesión agricultor, de veintitrés años de edad. Encontrándose declarado en rebeldía en Mañente, Pardón. Comparecerá en el término de quince días a partir de la fecha de su publicación, ante el comandante de infantería don José Gonzalo Gonzalo, jefe instructor del Juzgado Militar eventual número 2, de la Plaza de Lugo, bajo apercibimiento de ser declarado en rebeldía, si no hacerlo.

Lugo, 12 de junio de 1953.—El comandante de infantería, juez instructor.

## Hoy, exhibición de aeromodelismo

Hoy, domingo día 14, se celebrará una exhibición de aeromodelismo en la que participarán las Escuelas del Frente de Juventudes de Coruña, Orense, Pontevedra, Ferrol, Santiago y Lugo.

Desde las diez en Rosas vuelo a vela y para la tarde, a las cuatro en punto, en el campo de la Feria, exhibición de motores.

## LA VIDA ES ASÍ



LOS POBRECITOS HOMBRES

BIRMINGHAM (Alabama), 13. — Una huelga de brazos caídos, de maridos, para protestar contra sus esposas, que las hacen trabajar demasiado duro en las casas, se ha extendido a lo largo de la semana 42; pero las mujeres han contestado ya contra la indisciplina, y dicen que, en vista de tal actitud, harán que sus maridos sigan la huelga de los jardines, como castigo.

Los planes secretos para hacer que 115 maridos volvieran a los trabajos caseros, fueron adoptados en una concentración de esposas, celebrada misteriosa, los esposos estaban fuera de los hogares.

Las reivindicaciones de los hombres casados en esa edad de la huelga, al arreglar puertas al mismo tiempo, en este tiempo calurosos». Los mujeres los han amenazado con no lavarles la ropa si no hacerles la comida.—Efe.

TURISMO ORIGINAL

MADRID, 13. — En corto han hecho el viaje de Estella a Madrid, tres industriales de aquella localidad que tienen establecido en la capital de España a una distancia de cuatro mil metros por hora.

Se llaman los viajeros Jaolete Martín, Jesús Echavarri e Ignacio Egaña. Con muy buen humor nos han explicado el origen del viaje y sus incidencias.

Estábamos en el Casino Español, de Estella, nos dice Jaolete Martín y se me ocurrió decirle a Manuel Sadaba, amigo nuestro: «A Madrid en dos días». Aquello había de hacer el viaje en el coche de Sadaba pero ya replicó: «En burro iría yo». Me acogió la idea España y pusimos manos a la obra. Pedimos prestado un carro y también nos dejaron a la «chata», una yegua que según se dueña tiene seis años, pero que en opinión de muy entendidos en la materia que hemos visto en el camino no tiene menos de veinticinco primaveras.—Cifra.

MISERIA VOLUNTARIA

SPRINGFIELD (Illinois), 12. — Un tal Juan de Dastep, de unos 70 años de edad, vivía de la caridad pública, a pesar de muy acaudalado, pues en su testamento ha dejado la cantidad de 250.000 dólares, que ha de saborear que ha dejado la no despreciable fortuna de doscientos cincuenta mil dólares.

## Varios decretos de Educación Nacional

MADRID, 13. — Del Ministerio de Educación Nacional publicamos hoy en el "Boletín Oficial del Estado", los siguientes Decretos:

Por el que se concede la condición de preferentes a plazas de Institutos de Enseñanza Media, con título de Bachiller, a los huérfanos de Caballeros de Compostela. Otro por el que se crea una escuela de Puericultura y Profesorado en la Universidad de Madrid. Otro por el que se restablece la denominación de "Veterinaria" al colegio antiguo que actualmente funciona con la de "Veterinaria" y de Sanitarios", de la Universidad de Madrid.



# VIGO

Editado por la Asociación de la Prensa

(INTEGRADO EN EL SINDICATO VERTICAL DEL PAPEL, PRENSA Y ARTES GRÁFICAS)

AÑO II - NUM. 39 o Vigo, 15 de Junio de 1953 o PRECIO: 70 CTS | Admon.: C. Carreró, 1 - Tel. 1869 — Talleres: V. Moreno, 16 (Gráficas Núñez) - Tel. 4447

## Golpe de estado en Colombia

### Fué depuesto el presidente Laureano Gómez, asumiendo la Jefatura del país el general Gustavo Rojas Pinilla

### El movimiento se realizó sin un solo disparo

Bogotá, 14.—Según los informes llegados últimamente el expresidente Laureano Gómez está detenido en su domicilio.

Oficialmente se anuncia que «reina completa calma en todo el territorio nacional».

El golpe de estado tuvo lugar pocas horas después de que el doctor Gómez se reintegrara a la presidencia que por razones de salud abandonó el 31 de octubre de 1951 y que había confiado al presidente interino Roberto Urdaneta.

El primer acto oficial fué destituir al general Rojas Pinilla. Casi al mismo tiempo que esta destitución comenzó la maniobra de las fuerzas del Ejército para adueñarse de los puntos clave de la capital.

El golpe de estado se realizó de manera [illegible] y

[illegible] (Efe).

POSESIÓN DEL NUEVO PRESIDENTE

Bogotá, 14.—El nuevo presidente de la República de Colombia, general Gustavo Rojas Pinilla, ha tomado posesión de la alta magistratura en presencia del ex presidente de la República, Mariano Ospina Pérez y Roberto Urdaneta así como de varias personalidades del partido conservador. (Efe).

CONTRA LAS ACTIVIDADES COMUNISTAS

Bogotá, 14.—El teniente general Rojas ha declarado por radio que ha tomado el poder para poner fin a las actividades comunistas del expresidente destituido Laureano Gómez.

Ha añadido que el golpe no implica cambios en la política exterior de Colombia. En cuanto al interior se trataba de pacificar el país, evitando las guerrillas que han venido actuando fuertemente durante [illegible] años.

Añadió que había derribado a Laureano Gómez por la grave situación moral creada por su política, que «no tenía en cuenta los procedimientos constitucionales». (Efe).

INFORME OFICIAL POR RADIO

Bogotá, 14.—El anuncio oficial radiado por la emisora colombiana dice: «Para la paz de la nación y el futuro de Colombia informamos que el teniente general Gustavo Rojas acaba de asumir la presidencia de la República con el apoyo unánime de las fuerzas armadas, la Policía nacional. El Directorio nacional del partido Conservador, Dr. Mariano Ospina Pérez, Roberto Urdaneta Arbeláez y Lucio Pavón Núñez, por representar a ambos partidos políticos. (Efe).

EL EJERCITO DUEÑO DE LA SITUACION

Bogotá, 14.—La capital de Colombia está totalmente en manos del Ejército que patrulla por las calles.

Los alrededores del Palacio presidencial donde se ha instalado el nuevo presidente teniente general Gustavo Rojas Pinilla se hallan muy vigilados.

La población observa con tranquilidad el desarrollo de los acontecimientos y los soldados invitan pacíficamente a la población a que evacuen las arterias principales. (Efe)

NUEVO GABINETE

Bogotá, 14.—Otras informaciones anuncian que el presidente de la República teniente general Gustavo Rojas ha constituído esta mañana nuevo Gabinete que está formado por tres altos jefes del Ejército y diez personas civiles de tendencia conservadora.

El nuevo ministro de Asuntos Exteriores es Evaristo Sourtos; Lucio Pavón Núñez, ministro del Interior; y el general de Brigada Gustavo Berrio, ministro de la Guerra.

Cinco de los nuevos ministros formaban parte del antiguo gabinete de Urdaneta Arbeláez y tres del de Ospina Pérez. (Efe)

x x x

Bogotá, 14.—Se conocen nuevos detalles del golpe de Estado. Mientras el general Rojas Pinilla se encontraba en el palacio presidencial conversando con altos jefes de las fuerzas armadas, se celebraba una reunión en casa del expresidente Ospina Pérez entre miembros del partido conservador de Gómez, que recientemente se enfrentaron a éste. Grupos de soldados acordonaron la residencia de Laureano Gómez y aconsejaron a los ciudadanos que se reintegraran a sus hogares. (Efe).

## Un donativo del Caudillo

DE 10.000 PESETAS A JOSE FERNANDEZ

Sama de Langreo, 14.—Su Excelencia el Jefe del Estado, Generalísimo Franco, ha enviado un donativo de 10.000 pesetas a José Fernández Vigil, esposo y padre de las tres víctimas que se registraron la semana anterior a causa de las inundaciones y el desprendimiento de tierras y piedras. (Mencheta).

## Una madre y cuatro hijas atacadas de histerismo

### Llevan sin comer desde el 18 de mayo

Montoro de Lemos, 14.—Balbina Goyanes Sánchez, acomodada propietaria de la parroquia de Bolmoro, de este municipio y cuatro de sus hijas llamadas Nieves, Luisa, Otilia y Asunción Díaz Goyanes, atacadas de histerismo y con síntomas de perturbación mental, llevan sin comer, encerradas en sus habitaciones, desde el día 18 del mes de Mayo.

El Juzgado intervino en este caso habiendo conseguido, con la presencia de los facultativos, hacerles ingerir una pequeña cantidad de sopa hace cuatro días, desde cuya fecha persisten en su actitud. Hoy ha llegado, una ambulancia de la capital para trasladarlas al manicomio de Castro de Lea. (Mencheta).

## La Agrupación Coral de Cámara de Bilbao

### DARA VARIOS CONCIERTOS EN ANDALUCIA

Bilbao, 14.—La Agrupación coral de Cámara de Bilbao saldrá el martes para Sevilla y Granada a fin de dar varios conciertos. De regreso actuará en el conservatorio madrileño y volverá a Bilbao. Después de unos días de descanso marchará a Escocia a fin de participar en el gran certamen internacional de coros y bailes regionales que anualmente se celebra en Llangollen, localidad que cuenta solo con dos mil habitantes y que se ha hecho internacionalmente famosa por estos concursos. Se dará el caso de que se reunirán en Llangollen ciento ochenta coros de veintiocho naciones, con un total de diez mil cantantes.

Como el pueblo es tan pequeño, los participantes tienen que alojarse en los pueblos vecinos y en Liverpool, que distan cuarenta kilómetros. El festival se desarrollará entre los días 7 al 12 de Julio.

El día 10 se dará un recital en honor de la reina Isabel II, de Inglaterra, que asistirá. Entre los pocos coros escogidos para actuar ante la soberana figura el de Bilbao.—(Mencheta).

## Crisis política en Finlandia

Helsinki, 14. — Se espera que el primer ministro Urho Rekkonen presente el lunes la dimisión de su gobierno a causa de que los tres partidos políticos que forman parte de la coalición gubernamental no han podido ponerse de acuerdo sobre la política económica a seguir. (Efe).

## Ha sido disuelto el Parlamento canadiense

### Las nuevas elecciones se celebrarán el 10 de agosto

OTTAWA, 14.—EL GOBERNADOR GENERAL, VICENTE MASSEY HA DISUELTO EL 21 PARLAMENTO CANADIENSE Y CON ELLO ABRE LA CAMPAÑA ELECTORAL PARA LA DESIGNACIÓN DE UNA NUEVA CÁMARA DE LOS COMUNES, QUE SE LLEVARÁ A CABO EL 10 DE AGOSTO PRÓXIMO. (Efe).

## A un joyero parisino le robaron 30 millones de francos en joyas

### La audaz usurpación tuvo lugar en la propia Prefectura de Policía de París

París, 14.—Dos individuos, haciéndose pasar por inspectores de policía, han robado a un joyero, 30.000.000 de francos en joyas, dentro de la misma Prefectura de Policía, [illegible] París.

El joyero, un libanés de 35 años, llamado Noughanes Noujaim, declaró más tarde a verdaderos agentes que al cumplimentar un encargo que le había sido hecho por un extranjero, de llevarle varias joyas al hotel donde se hospedaba, fué abordado en la calle por dos hombres que enseñándole la placa de policía, le ordenaron acompañarles a la Prefectura. Una vez allí, subieron al quinto piso y entraron en una habitación donde los falsos policías le dijeron que les entregara la caja que llevaba y que esperase unos momentos. Después de esperar varias horas, sin que apareciera nadie, Noujaim se dió cuenta de que había sido robado. (Efe).

ANTE LAS FIESTAS DE VIGO

## La Semana Grande comprenderá del 24 de julio al 2 de agosto

### Habrá corridas de toros, novilladas, cabalgatas y otros festejos sumamente atractivos

Bajo la presidencia de don Luis Elvira Guzmán celebró su última reunión en los salones del Mercantil, la Comisión de festejos de Vigo.

Primeramente se dió cuenta de haber llegado desde Barcelona, por ferrocarril, en diez vagones completos, todo el material para la instalación del coso taurino que, en forma definitiva, quedará radicado en la explanada posterior al campo de deportes del Instituto «Santa Irene», adyacente a la Gran Vía y dando frente a las «Casas Pernas», lugar que reúne amplitud suficiente para el fin deseado y en el que concurren facilidades de medios de locomoción para el desplazamiento de los aficionados.

En dicho coso se celebrará, dentro de la «Semana Grande», una corrida de toros a base de tres primeras figuras de la torería actual—posiblemente uno de la terna será de nacionalidad portuguesa—una novillada con caballos, también a cargo de diestros de renombre, y otra sin picadores, siendo, asimismo, de acreditada fama las divisas de las ganaderías concurrentes. Además, anterior y posteriormente a estos acontecimientos taurinos, tendrá lugar en dicha plaza alguna novillada.

La llamada Semana Grande se compone de diez días, pues abarca desde el 24 de julio al 2 de agosto, inclusive. En todos estos días habrá conciertos de música, por la mañana, alternando la banda municipal con otras.

Comenzarán las fiestas en la tarde del día 24, viernes, con verbenas, retreta militar y el «Pregón de la Cabalgata»; el 25, festividad de Santiago Apóstol y «Día de Galicia», recorrerán las calles por la mañana las bandas de música, los gigantes y cabezudos y gaitas del país, con disparos de bombas y cohetes, dando paso a un concurso de gaitas y grupos folklóricos de la región, teniendo lugar por la tarde la corrida de toros.

En la mañana del domingo, día 26, como número principal, se celebrará un desfile de carros típicos con frutos del país, otorgándose premios en metálico a los mejores grupos; y por la tarde la novillada con picadores, siguiendo por la noche las verbenas de barrios, que, lo mismo que las sesiones de fuegos de artificio, acuáticos, fijos y voladores, están señalados para otros días festeros; el 27, concursos de hockey sobre patines y de natación; el 28, concurso comarcal agro-pecuario y exposición; 28, teatro clásico al aire libre; 30 novillada sin picadores y verbena con audición de coros; 31, festival cultural; 1 de agosto, desfile de bandas y cabalgata representativa de la Corte de Felipe II, para culminar el domingo día 2, festividad del Santísimo Cristo de la Victoria, en el que quedarán cerradas las fiestas.



Imágenes 5: Hoja oficial del lunes al servicio de España. Num. 39. 15 junio 1953



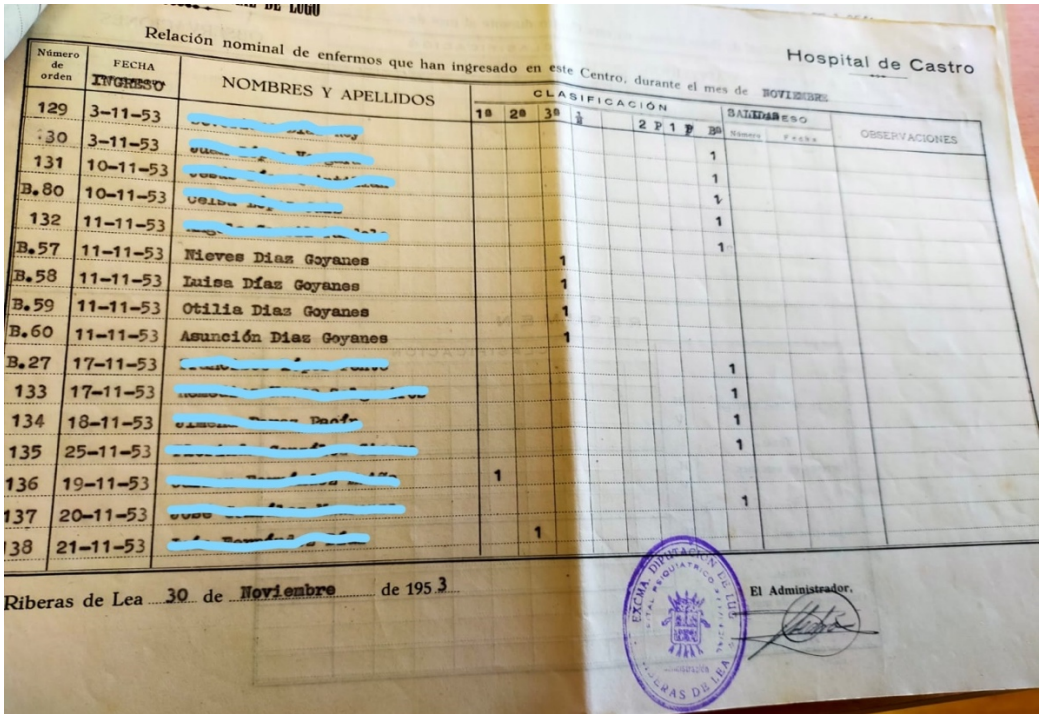
# Una madre y cuatro hijas atacadas de histerismo

## Llevan sin comer desde el 18 de mayo

Monforte de Lemos, 14.— Balbina Goyanes Sánchez, acomodada propietataria de la parroquia de Bolmorto, de este municipio y cuatro de sus hijas llamadas Nieves, Luisa, Otilia y Asunción Díaz Goyanes, atacadas de histerismo y con síntomas de perturbación mental, llevan sin comer, encerradas en sus habitaciones, desde el día 18 del mes de Mayo.

El Juzgado intervino en este caso habiendo conseguido, con la presencia de los facultativos, hacerles ingerir una pequeña cantidad de sopa hace cuatro días, desde cuya fecha persisten en su actitud. Hoy ha llegado, una ambulancia de la capital para trasladarlas al manicomio de Castro de Lea. (Mencheta).

Imágen 6: Hoja oficial del lunes al servicio de España. Num. 39. 15 junio 1953



Relación nominal de enfermos que han ingresado en este Centro, durante el mes de NOVIEMBRE

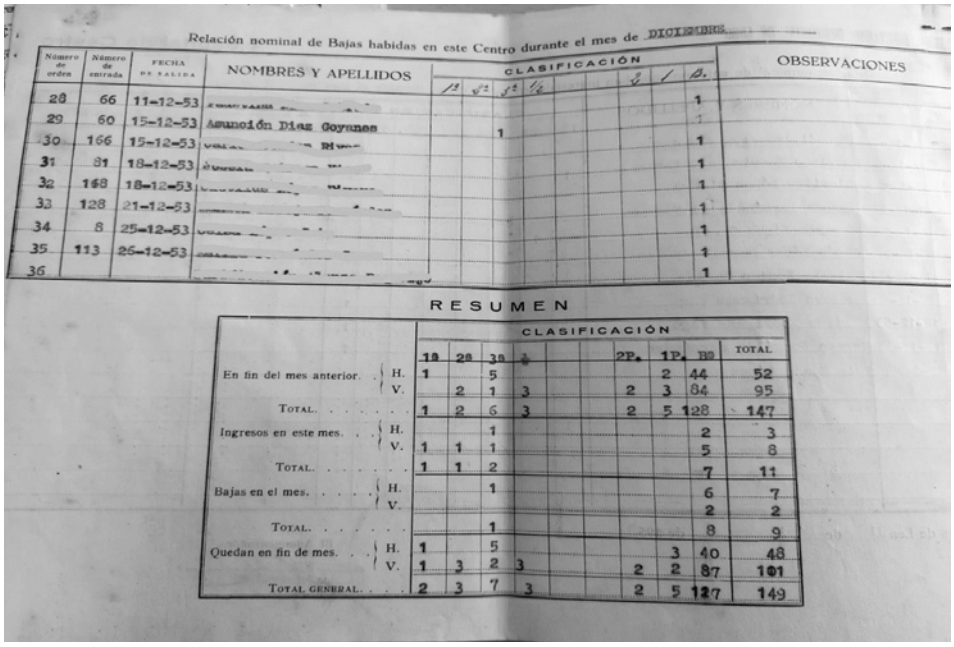
Hospital de Castro

| Número de orden | FECHA Ingreso | NOMBRES Y APELLIDOS | CLASIFICACIÓN 1ª | 2ª | 3ª | SALIDA/ESO Número | Fecha | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 129 | 3-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 130 | 3-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 131 | 10-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| B.80 | 10-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 132 | 11-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| B.57 | 11-11-53 | Nieves Diaz Goyanes | | | 1 | | | |
| B.58 | 11-11-53 | Luisa Díaz Goyanes | | | 1 | | | |
| B.59 | 11-11-53 | Otilia Diaz Goyanes | | | 1 | | | |
| B.60 | 11-11-53 | Asunción Diaz Goyanes | | | 1 | | | |
| B.27 | 17-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 133 | 17-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 134 | 18-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 135 | 25-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 136 | 19-11-53 | [illegible] | 1 | | | | | |
| 137 | 20-11-53 | [illegible] | | | | | | |
| 138 | 21-11-53 | [illegible] | | 1 | | | | |

Riberas de Lea 30 de Noviembre de 1953

El Administrador.

Imagen 7 - Registro ingresos Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Lugo, en Castro Riberas de Lea, 30 de noviembre 1953 . Archivo de la Diputación Provincial de Lugo



Relación nominal de Bajas habidas en este Centro durante el mes de DICIEMBRE

| Número de orden | Número de entrada | FECHA DE SALIDA | NOMBRES Y APELLIDOS | CLASIFICACIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| 28 | 66 | 11-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 29 | 60 | 15-12-53 | Asunción Díaz Goyanes | 1 | |
| 30 | 166 | 15-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 31 | 81 | 18-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 32 | 168 | 18-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 33 | 128 | 21-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 34 | 8 | 25-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 35 | 113 | 26-12-53 | [illegible] | 1 | |
| 36 | | | [illegible] | 1 | |

RESUMEN

| | | CLASIFICACIÓN | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1ª | 2ª | 3ª | 3 | 2P. | 1P. | B2 | |
| En fin del mes anterior. | H. | 1 | | 5 | | | 2 | 44 | 52 |
| | V. | | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 84 | 95 |
| TOTAL. | | 1 | 2 | 6 | 3 | 2 | 5 | 128 | 147 |
| Ingresos en este mes. | H. | | | 1 | | | | 2 | 3 |
| | V. | 1 | 1 | 1 | | | | 5 | 8 |
| TOTAL. | | 1 | 1 | 2 | | | | 7 | 11 |
| Bajas en el mes. | H. | | | 1 | | | | 6 | 7 |
| | V. | | | | | | | 2 | 2 |
| TOTAL. | | | | 1 | | | | 8 | 9 |
| Quedan en fin de mes. | H. | 1 | | 5 | | | 3 | 40 | 48 |
| | V. | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 87 | 101 |
| TOTAL GENERAL. | | 2 | 3 | 7 | 3 | 2 | 5 | 127 | 149 |

Imagen 8 - Registro altas Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Lugo, en Castro Riberas de Lea, diciembre 1953. Archivo de la Diputación Provincial de Lugo

# STENDHAL SYNDROME: INTOXICATED BY BEAUTY

**Joana Miranda*; Mafalda Barbosa*; Luís Santos Silva*; Carolina Almeida*; Inês do Carmo Figueiredo**; Andreia Tarelho*****

*Médica/o Interna/o de Formação Específica em Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Leiria; **Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal; *** Médica Psiquiatra, Assistente Hospitalar no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Leiria.
Email:joanaitmiranda@gmail.com;

**Abstract**

One of the few unifying qualities all human beings share is the ability to appreciate beauty in different pieces of art. While the object of beauty may change from one person to another, the awe and the feelings that we experience are very similar. But what if you were so overwhelmed by the beauty of a work of art that it made you physically and mentally unwell?

Stendhal Syndrome is an acute and transient mental state disturbance, which typically follows exposure to captivating works of art. Individuals experience prominent anxiety symptoms including tachycardia, dizziness and syncope, with affective or psychotic symptoms also commonly observed.

We intend to present an historical and clinical review of this condition and others related to it.

**Keywords**: Stendhal Syndrome; Florence Syndrome; Hyperkulturemia; Psychiatry

***

## Introdução

A Síndrome de Stendhal (também denominada de S. Florença ou Hiperculturemia) é definida como um estado agudo e transitório de alteração mental, normalmente seguido de contacto com grandiosos trabalhos de arte, com sintomas semelhantes a um ataque de pânico, incluindo taquicardia, tontura, sincope e que poderá incluir sintomas afectivos ou psicóticos. Tal como esta, também outras síndromes semelhantes foram descritas. O nosso objectivo com este trabalho é apresentar uma revisão histórica e clínica destas condições.

Em 2017, a banda Idles, lançava o seu single chamado *Stendhal Syndrome*. Esta música tinha como papel principal ir contra a rejeição da arte pelos mal informados e por aqueles que se acham donos da razão. Foi baseada numa experiência vivida pelo vocalista da banda: numa galeria de arte ficou bastante impressionado ao observar certas obras de arte, tendo iniciado queixas de náuseas e tonturas. Mais tarde descobriu que esse fenómeno já tinha sido descrito e nomeado pela Medicina como S. Stendhal.

***Stendhal Syndrome***

*Did you see that painting what Rothko did?*
*Looks like it was painted by a two year old kid*
*Hot air*
*Hot air*
*Ignorance is bliss, yeah?*
*Well I'm not pleased*

*Because you spread your opinion like a wretched disease*
*Hot air*
*Hot air*
*Did you see that photo what Billingham took?*
*He needs to take a leaf out the screensaver book*
*Hot air*
*Hot air*
*If all photos were as you wanted them to be*
*There would be page three as far as the eye could see*
*Hot air*
*Hot air*
*Forgive me you sound stupid*
*Here lies the one I love*
*Forgive me you sound stupid*
*Here lies the one I love*
*Did you see that selfie what Francis Bacon did?*
*Don't look nothing like him, what a fucking div*
*Hot air*
*Hot air*
*Did you see that pink thing what Basquiat done?*
*Looks like it was drawn by my four year-old son*
*Hot air*
*Hot air*
*Forgive me you sound stupid*
*Here lies the one I love*
*Forgive me you sound stupid*
*Here lies the one I love*
*Here he is somehow*
*Oh, here he is somehow*
*Hey!*

**Origem do nome**

Marie-Henri Beyle nasceu em França em 1783, era um homem considerado de uma sensibilidade extrema. Em 1800 ele iniciou a sua carreira militar na marinha e foi direccionado para várias actividades em Itália. Acaba por se apaixonar pelo país e autointitular-se como milanês. Após o seu serviço na marinha, teve que abandonar o país para se dedicar a outro tipo de trabalhos, mas logo que possível voltou, estabeleceu-se em Milão e decidiu fazer uma grande viagem por todo o território italiano.

O seu amor por Itália, cultura e povo cresciam dia apos dia, até que em 1817 publicou o primeiro trabalho com o pseudónimo de Stendhal. Este nome foi escolhido por ser o nome de uma cidade situada na fronteira Este do império francês durante a expansão alemã, na idade media.

Em Janeiro de 1817, Beyle fazia uma visita à Capela de Santa Cruz, em Florença, uma capela composta por vários frescos, pinturas belíssimas e que guarda também túmulos de pessoas de relevo como Galileo Galilei. Este relata a visita como uma experiência extasiante, durante a qual experienciou taquicardia e dificuldades na marcha, escrevendo sobre este episódio da seguinte forma: *"I had reached that point of emotion that meets the heavenly sensations given by the Fine Arts and passionate feelings. Leaving Santa Croce, I had an irregular heartbeat, life was ebbing out of me, I walked with the fear of falling."*

Beyle morreu em Paris, 1842, após um acidente vascular cerebral.

**Uma Síndrome?**

A psiquiatra italiana Graziella Magherini baptizou a presente condição de Síndrome de Stendhal em homenagem ao pseudónimo de Marie-Henri Beyle. Magherini fez um estudo com mais de 100 turistas observados entre 1977-1986, que, depois de visitarem a famosa Galeria Uffizi, referiam sintomas semelhantes aos descritos por Stendhal após a sua visita à Capela de Santa Cruz.

Cerca de metade da amostra tinha história psiquiátrica, pelo que Magherini concluiu que poderia existir uma associação com uma perturbação psiquiátrica "latente" que se manifestaria também nesta reação à arte. Sugeriu também que esta síndrome seria mais comum em europeus relativamente aos norte-americanos, asiáticos ou latino-americanos.

A psiquiatra concluiu que a síndrome podia ocorrer não só na presença de obras de arte, mas também em locais de relevante importância histórica. Magherini descreveu os principais sintomas: taquicardia, sudorese, dor torácica, alucinações, desorientação, despersonalização, exaustão profunda e, curiosamente, tentativa de destruição da obra de arte. Esta sintomatologia aparecia repentinamente e remitia ao fim de 2 a 8 dias.

Magherini propôs ainda três tipos diferentes de apresentação clínica desta condição:

-66% dos pacientes reportavam maioritariamente sintomas neuropsiquiátricos;

-29% alterações de humor severas;

-5% apresentavam ataques de pânico e sintomas de disautonomia, semelhantes a enfarte agudo do miocárdio, ou dor abdominal aguda.

Neste trabalho foi ainda sugerida uma variante desta síndrome, à qual a psiquiatra chamou de Síndrome de David. Na presença da escultura de David (Miguel Ângelo), algumas pessoas descreviam sentimentos de prazer sexual, mas em simultâneo uma profunda inveja da perfeição física presente. Margherini descreveu esta obra como *"a fusion of libido and art",* acrescentando ainda que *"Michelangelo himself destroyed some of his own works or parts of them"*.

Os factores de risco estão relacionados com o nível de educação, o estado civil, idade e, principalmente, stress da viagem. É altamente recomendado que os turistas descansem, se alimentem e hidratem. Viajar sozinho e chegar ao fim de uma jornada, principalmente se for uma peregrinação religiosa, são factores de risco major.

Não existe tratamento específico para esta síndrome, sendo que o mais importante é descartar outro tipo de patologia orgânica que cursa com a mesma sintomatologia. Os sintomas são agudos e autolimitados, porém podem ocorrer várias vezes na vida da mesma pessoa. Alguém que vivenciou um episódio relacionado com esta condição deve tentar diminuir a probabilidade de voltar a ocorrer, alterando os factores de risco passiveis de serem modificados.

Guerrero e os seus colaboradores desenharam um inquérito direccionado a neurologistas que atenderam um curso de História e Neurologia que teve lugar em Itália em Fevereiro de 2008. O objectivo deste inquérito era pesquisar a presença de sintomas relacionados com Síndrome de Stendhal durante o período do curso. Foram aplicados 48 inquéritos: 17% dos médicos apresentaram-se melancólicos, enquanto 13% reportaram queixas de ansiedade. Oitenta e três por cento referiram sensações de prazer estético, 62% excitação e 33% euforia. Dez por cento reportaram alterações da percepção, seis por cento desconforto relacionado com sintomas somáticos e 4% um profundo sentimento de culpa.

A Síndrome de Stendhal não surge na DSM-5 (Diagnostic and Stasticial Manual of Mental Disorders), não sendo oficialmente reconhecida como um quadro psiquiátrico.

**Personalidades com sintomas compatíveis com Síndrome de Stendhal**

Várias personalidades ilustres vivenciaram sintomas descritos no estudo de Magherini:

-A visita de Gustav Jung a Pompeii teve um impacto emocional tão grande para si, que este a descreveu como sendo assoberbante e difícil de assimilar. Toda a sua vida quis visitar Roma, mas acabou por não o fazer com receio de vivenciar novamente emoções tão intensas;

-Sigmund Freud descreveu uma sensação de despersonalização quando visitou a Acrópole de Atenas;

-Fyodor Dostoevsky experienciou paralisia (de causa funcional) quando viu à sua frente o *Le Christ mort au tombeau in Basel*, de Hans Holbein, na Suíça;

-Marcel Proust teve vários ataques de asma enquanto escrevia a obra *In Search of Lost Time;*

-Immanuel Kant formulou a hipótese de que objectos estimulantes do ponto de vista estético podem produzir nas pessoas, de forma rápida e alternada, atração e repulsa (pelo mesmo objecto);

No entanto, a Síndrome de Stendhal não é a única condição descrita quando turistas visitam certos locais.

**Síndrome de Paris**

Descrita pelo psiquiatra japonês Hiroaki Ota em 1986. Ota observou vários pacientes japoneses que, após visitarem Paris pela primeira vez, reportaram queixas de tontura, taquicardia, palpitações, dispneia (semelhante aos sintomas da Síndrome de Stendhal), mas também sintomas psiquiátricos como alucinações, auditivas e visuais, ideação delirante persecutória e despersonalização.

Concluiu que esta resposta era causada por um choque cultural que ocorria quando os turistas japoneses visitavam esta cidade francesa pela primeira vez, e que resultava do impacto de vivenciar uma cultura tão diferente enquanto viajavam.

**Síndrome de Jerusálem**

A síndrome foi descrita clinicamente pela primeira vez na década de 1930 por Heinz Herman, psiquiatra em Jerusalém, mas foi mais profundamente estudada por Dr. Bar-El e os seus investigadores, que defendem esta condição como um estado psicótico agudo único.

A Síndrome de Jerusalém ocorre exclusivamente na cidade considerada *the holy land* de três religiões e refere-se a estado psicótico agudo observado em turistas e peregrinos, envolvendo a presença de ideias delirantes de temática religiosa e messiânica. Pode afectar várias religiões diferentes.

Existiam dúvidas, no entanto, se esta condição surgia de novo após os turistas chegarem a esta cidade, se os indivíduos estariam já psicóticos quando iniciaram a sua viagem ou se sofriam de um quadro psicótico crónico, que, entretanto, agudizava por diversas condições decorrentes da viagem.

Tendo isto em conta, Bar-El *et al.*, no seu artigo de 2018, classificam a síndrome em três tipos principais:

Tipo I - Síndrome de Jerusalém relacionada com um quadro psicótico prévio: refere-se a indivíduos que já haviam sido diagnosticados como tendo uma doença psicótica antes de visitarem Jerusalém. Tipicamente, foram para a cidade pela influência de ideias religiosas delirantes pré-existentes, frequentemente com um objetivo ou missão em mente, que acreditam que só será atingida na chegada ou durante a estadia na cidade.

-A maior parte das vezes os indivíduos deste tipo fazem a viagem sozinhos.

-Bar-El dividiu ainda este tipo em alguns sub-tipos: identificação com uma figura religiosa histórica, identificação com ideias políticas ou religiosas, ideias mágicas relacionadas com saúde e locais sagrados, psicose com relação com problemas familiares culminando em Jerusalém;

Tipo II - Síndrome de Jerusalém sobreposta e complicada por ideias idiossincráticas: envolve pessoas com antecedentes psiquiátricos como Perturbações de Personalidade ou quadros obsessivos, mas que não têm antecedentes de quadros psicóticos. A motivação para a vinda a Jerusalém baseia-se em ideias difíceis de entender, mas que não têm características psicóticas.
-Tipicamente estes indivíduos apresentam-se em grupos (apesar de não ser critério de exclusão) são bastante visíveis, porque têm comportamentos chamativos em locais públicos. Frequentemente surgem nos media por esse motivo, mas raramente necessitam de ajuda psiquiátrica nem se deslocam aos hospitais.

Tipo III - Síndrome de Jerusalém como uma forma discreta, sem doença mental preexistente: provavelmente o tipo mais fascinante e mais bem conhecido, onde uma pessoa sem antecedentes psiquiátricos apresenta sintomatologia psicótica depois de chegar em Jerusalém. O quadro é caracterizado por um carácter intensamente religioso e tipicamente remite espontaneamente por completo após poucas semanas ou quando o indivíduo é removido da localidade. Compartilha algumas características com a categoria de diagnóstico de um breve episódio psicótico, mas são descritas as seguintes 7 etapas clínicas:

1.Ansiedade, agitação, nervosismo e tensão, mais outras reações não-especificadas.
2.Declaração do desejo de separar-se do grupo ou da família e viajar sozinho para Jerusalém. Guias turísticos conscientes da síndrome de Jerusalém e da importância de tais declarações podem, neste ponto, encaminhar o turista para uma instituição hospitalar para avaliação psiquiátrica, numa tentativa de se antecipar aos estágios subsequentes da síndrome. Se negligenciados, estes estágios são geralmente inevitáveis.
3.Necessidade de estar limpo e puro: obsessão por tomar banhos e compulsão por aparar as unhas das mãos e pés.
4.Preparação, frequentemente usando roupa de cama do hotel, de uma longa vestimenta que chega aos tornozelos, no estilo cerimonial, invariavelmente branca.
5.Necessidade de gritar salmos ou versículos da Bíblia, ou cantar hinos religiosos em tom alto. Manifestações deste tipo servem como um alerta para os trabalhadores de hotelaria e guias turísticos, que então sempre tentam levar o turista para tratamento profissional. Caso não sejam bem-sucedidos, os dois últimos estados desenvolver-se-ão.
6.Uma procissão ou marcha para um dos lugares sagrados de Jerusalém.
7.Proferir um "sermão" num lugar sagrado. O sermão é geralmente muito confuso e baseado no argumento de que a humanidade adopte um modo de vida mais íntegro, moral e simples.

Bar-El et al. sugeriram que, com a chegada do ano 2000, grandes quantidades de visitantes poderiam ser afectados pela combinação de sua presença em Jerusalém e o significado religioso do milênio, acarretando um incremento monumental nas entradas em hospitais motivadas pela síndrome de Jerusalém. Todavia, apesar de um ligeiro aumento nas hospitalizações de turistas provocada pelo aumento no número de visitantes de Jerusalém durante o ano 2000, a temida epidemia da síndrome de Jerusalém jamais se materializou.

**Conclusão**

A Síndrome de Stendhal é uma entidade clínica polimórfica, que ocorre após o contacto com grandiosos trabalhos de arte. No entanto, esta não é a única condição descrita quando turistas visitam certos locais. A Síndrome de Paris e a Síndrome de Jerusalém foram também descritas e relacionam a visita de turistas a estas cidades.

Pouco se sabe ainda sobre os factores de risco para desenvolver estas síndromes, mas parece existir claramente uma dificuldade em processar todos estes estímulos e beleza dos locais. Ainda assim, não nos podemos deixar intimidar pelo medo de vir a desenvolver estas síndromes e devemos continuar a expormo-nos a diversas formas de arte até porque, citando o próprio Stendhal, *"Beauty is no other thing than a promise of happiness"*.

**Fontes e bibliografia selecionadas**

Palacios-Sánchez, L., Botero-Meneses, J., Pachón, R., Hernández, L., Triana-Melo, J., & Ramírez-Rodríguez, S. (2018). Stendhal syndrome: a clinical and historical overview. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, *76*(2), 120-123. https://doi.org/10.1590/0004-282x20170189

Bamforth, I. (2010). Stendhal's Syndrome. *British Journal Of General Practice*, *60*(581), 945-946. https://doi.org/10.3399/bjgp10x544780

Woods, G. (2017). Idles: 'Stendhal Syndrome'. *British Journal Of Psychiatry*, *211*(6), 333-333. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.200006

Bar-El, Y., Durst, R., Katz, G., Zislin, J., Strauss, Z., & Knobler, H. (2000). Jerusalem syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 176(1), 86-90. doi:10.1192/bjp.176.1.86

# EFEITO DE WERTHER - UM FIM TRÁGICO

**Maria T.D. Viseu; Filipa Gomes Tavares; Mónica Barbosa Pinto**
Serviço de Psiquiatria 1 - Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal
Interno de Formação Específica de Psiquiatria
Email:mariatdvc@gmail.com

**Resumo**
Em 1774, Johann Wolfgang Von Goethe publicou o livro *Die Leiden des jungen Werthers*. Neste romance, a personagem principal relata a sua paixão crescente por Charlotte, uma jovem que se encontrava prometida a outro homem. Ao se aperceber que a sua história de amor jamais seria possível, Werther, num momento de desespero, acaba por pôr termo à própria vida. Após a publicação do livro, verificou-se um aumento no número de suicídios, tendo este fenómeno adquirido o nome de efeito de Werther.
Desde então foram vários os relatos deste fenómeno, principalmente, após o suicídio de uma pessoa de renome. O impacto na população parece estar relacionado com a forma como a informação é transmitida pelos meios de comunicação social, existindo na atualidade regras que devem ser seguidas quando se divulga um suicídio.

**Palavras Chave:** *Johann Goethe; Die Leiden des jungen Werthers;* Efeito Werther; suicidio

**Abstract**
In 1774, *Johann Wolfgang von Goethe* published the book *Die Leiden des jungen Werthers*. In this novel, the main character recounts her growing passion for Charlotte, a young woman who was betrothed to another man. Realizing that their love story would never be possible, Werther, in a moment of despair, ends up taking his own life. After the book's release, there was an increase in the number of suicides, this phenomenon having acquired the Werther effect.
Since there have been several reports of this phenomenon, mainly after the suicide of a famous person. The impact on the population seems to be related to the form of social communication, which currently exists, rules that must be followed when reporting a suicide.

**Keywords**: *Johann Goethe; Die Leiden des Jung Werthers*; Werther Effect; suicide

***

**Introdução**:
Em 1994, o sociólogo David Philips, utilizou o termo Efeito de Werther para descrever o aumento do número de suicídios após e como consequência de um suicídio amplamente divulgado. O termo foi utilizado pela primeira vez numa das suas pesquisas, onde demonstrou existir uma relação entre a publicação de notícias no jornal sobre suicídios não-ficcionais e o consequente aumento do número de suicídios, principalmente pelo mesmo método.
Para cunhar o termo, Phillips inspirou-se no livro *Die Leiden des jungen Werthers* (tradução portuguesa: os sofrimentos do jovem Werther), publicado em 1774 por Johann Goethe. Na época, esta publicação causou um grande impacto e assume-se que tenha sido responsável por um pico de suicídios, tendo a sua venda sido proibida em alguns países.
Neste capítulo são revistas algumas das características principais deste romance e aborda-se a literatura mais recente sobre o Efeito de Werther.

**Sobre o Livro**

Traduzido do Alemão *Die Leiden des jungen Werthers*, o livro "os sofrimentos do jovem Werther" é um clássico da literatura alemã, muito inovador para a época, que foi escrito por *Johann Wolfgang von Goethe* e publicado em 1774. Trata-se de um romance epistolar, em que a narrativa é feita na primeira pessoa, sendo o livro composto por cartas que o protagonista envia a um amigo, sem que nunca tenhamos acesso às respostas. A narrativa centra-se e descreve o conflito interno do protagonista, quando se encontra perante um amor impossível. Desde o início é possível compreender e ter acesso ao caracter autobiográfico e não ficcional do livro, já que, por várias vezes em nota de rodapé os leitores são informados que os nomes e locais foram alterados de forma a não ser possível identificar as pessoas.

O livro é então composto por cartas que começam a ser enviadas por Werther, após este ter sido obrigado a ir viver para longe da família e amigos, devido ao seu trabalho. Através destas cartas o protagonista continua a comunicar com um amigo a quem conta e descreve as suas peripécias na nova cidade. A narrativa inicialmente descreve um quotidiano típico para a época, mas rapidamente o tema central passa a ser Charlotte, uma jovem por quem Werther se apaixona, mas que já está prometida a um noivo (Albert), também amigo do protagonista. As cartas passam então a descrever e relatar de forma exaustiva este triangulo amoroso, dando grande enfase aos sentimentos de Werther por Charlotte, tendo o leitor acesso a esta paixão intensa que vai contrastando com o sofrimento do jovem por não poder vivenciar e concretizar este amor. Ao fim de algum tempo e abalado pela culpa, o protagonista opta por mudar de cidade na tentativa de se afastar de Charlotte, mas pela tristeza e por sentir não ser capaz de estar longe dela, acaba por regressar. Numa noite os dois encontram-se e protagonizam o que muitos consideram ser o beijo mais intenso da literatura. Depois disso, Charlotte pede a Werther para se afastar dela e para a esquecer, porque apesar de também ter sentimentos por ele, este era um amor impossível. Assim e não vendo outro desfecho, Werther comete suicídio usando uma pistola de Albert.

<u>-Caracter autobiográfico:</u>

Apesar de ser notória a influencia que Goethe teve para a personagem de Werther e o caracter autobiográfico ao longo de "os sofrimentos do jovem Werther", principalmente para quem conhecia o percurso de vida e as vivencias afetivas do Autor. Johann Goethe só assumiu a influencia que a sua vida pessoal teve para a escrita do livro, vários anos após este ter sido publicado. Sendo que muitos defendem que Goethe utilizou Werther para expressar os seus sentimentos em relação a uma jovem por quem esteve apaixonado.

Cerca de 2 anos antes da publicação do livro, em 1772, o próprio Autor esteve envolvido num triangulo amoroso semelhante ao descrito, com Charlotte e o seu noivo Christian. Mas, ao contrário do livro, este triangulo amoroso terminou quando Goethe se mudou para outra cidade e se afastou definitivamente do casal. Até 1774, aquando a publicação do livro, altura em que Goethe terá enviado uma carta a Charlotte a apresentar-lhe "o seu amigo Werther".

> "Adeus, querida Charlotte, mando-vos um amigo o mais cedo possível. Ele tem muitas semelhanças comigo e espero que o recebais bem... ele se chama Werther..."
>
> Goethe para Charlotte, 16 de junho de 1774

O final do livro, também foi inspirado por factos reais, baseado na história de Karl Jerusalém, um amigo do autor que morreu por suicido, tal como a personagem com um

tiro autoinfligido (utilizando a arma de Christian, marido de Charlotte) enquanto estava sentado na escrivaninha, vestido de casaco azul e colete amarelo, tal como Werther.
É, portanto, possível encontrar bastantes semelhanças e parecenças entre eventos de vida do Autor e a personagem que criou posteriormente. A primeira parte da história parece ter sido inspirada em amores e desamores envolvendo o próprio Goethe, já a parte final e o desfecho parecem ter sido influenciados e inspirados no seu amigo Jerusalém.

Neste excerto do diário de Christian, este desabafa sobre a relação da sua noiva Charlotte com Goethe. Apura-se que conhecia a paixão que Goethe tinha por Charlotte e que este ficou "pálido e completamente abatido" quando soube que não era um amor correspondido.

> Diário de Christian, 1772:
> "Assim que havia terminado meu trabalho, vou à casa de minha menina e lá encontro o Dr. Goethe... Ele a ama e, embora seja um filósofo e sempre se mostre amável para comigo, não vê com bons olhos a minha chegada. E eu, embora seja de todo bom para com ele, também não vejo com bons olhos o fato de ele ficar só com minha menina e conversar com ela por tanto tempo."
> "Goethe levou um sermão de Charlotte. Ela declarou-lhe que não deveria esperar dela mais do que amizade; ele estava pálido e completamente abatido..."
> "Trouxe o bilhete de Goethe a Carlota. Ela estava desolada com sua partida e lágrimas vieram-lhe aos olhos durante a leitura. Em todo caso, gostou que ele partisse, porque sabia não poder lhe dar o que ele desejava

Também há registo da carta que Christian enviou a Goethe a contar sobre o falecimento de Jerusalém, um amigo em comum. Havendo vários detalhes e pormenores detalhes que serviram de inspiração para a personagem Werther, nomeadamente o método, local e vestuário aquando do falecimento.

> Carta de Christian a Goethe, sobre o falecimento de Jerusalém:
> "Durante todo o tempo em que permaneceu por aqui, Jerusalém esteve aborrecido, … estar apaixonado pela mulher do Secretário … esse amor tinha de acabar dando um golpe definitivo em sua paz e seu sossego ... Ele se retirou de todo, abandonando a companhia humana. … Ele almoçou em casa e, há uma hora, mandou-me um bilhete: "Poderia eu ter a honra de pedir obedientemente vossas pistolas à Vossa Excelência para uma viagem que conto fazer? J.", não tive a menor dúvida em lhe mandar as pistolas … E quando enfim Jerusalém passou a estar só, parece ter arranjado tudo para levar a cabo sua terrível decisão ... Por volta da uma da madrugada, atravessou a cabeça, sobre o olho direito, com um tiro…tudo parece ter acontecido com ele sentado à cadeira, em frente à escrivaninha. Estava completamente vestido, de botas, casaca azul e colete amarelo"

<u>-Marco inicial do romantismo:</u>

Além do caracter autobiográfico, existem outras características que influenciaram o reconhecimento e impacto que o livro teve, salientando-se aqui o modo como o livro foi escrito.

Considerado um clássico da literatura e um marco inicial do romantismo, em "os sofrimentos do jovem Werther", Goethe surge inspirado, com liberdade de escrita e de produção. O livro está preenchido com comparações e metáforas, algo inovador para a

época. Ao longo de toda a narrativa é dado enfase aos sentimentos e emoções e não á razão e todo o enredo está envolto de dramatismo e paixão. Existe uma idealização e valorização da figura feminina, sendo o principal objetivo e objeto de valor a alcançar pela personagem. É possível assistir a uma grande ligação entre as personagens, a natureza e todo o meio envolvente, o cenário vai mudando de forma a acompanhar a história, inicialmente a primavera e verão, onde as flores crescem juntamente com a paixão do jovem, posteriormente surge o outono e inverno que preparam em crescendo o leitor para o desfecho.

A forma como o livro está escrito, com todas estas características já descritas, permite ao leitor entrar no enredo e colocar-se subjetivamente no lugar do protagonista. Tornando-se fácil cair de amores por Charlotte e sofrer em conjunto com Werther, não sendo de estranhar, que muitos tenham visto, tal como o protagonista, no suicídio o único o desfecho possível.

Uma das principais críticas feitas ao livro, vai exatamente ao encontro a esta dramatização e romantização por vezes excessiva, no sentido em que, Goethe acaba por glorificar e poetizar a decisão tomada pelo protagonista e o próprio suicido.

De forma a ser mais claro e compreender estes detalhes da escrita que foram descritos, deixam-se a alguns excertos do livro onde é notória a ligação com a natureza, o uso abundante de metáforas e as comparações que envolvem o leitor na narrativa.

> Excertos do livro "os sofrimentos do jovem Werther", traduzido para português:
> - "Montanhas ingentes me rodeavam, abismos profundos estendiam-se a meus pés, as torrentes despenhavam-se para baixo, os rios fluíam sob meus olhos, mata e montanha troavam; e eu as via, todas essas forças inescrutáveis, atuarem e criarem-se mutuamente, uma dentro da outra, nas profundezas da terra; e logo, por cima da terra e debaixo do céu, formigavam as inumeráveis raças dos seres vivos;"
> - "Não quero mais ser guiado, animado e afogueado... Este coração já fermenta o bastante por si próprio. Tu sabes que não existe no mundo nada tão instável, tão inquieto quanto o meu coração."
> - "Quando o médico chegou, achou-o prostrado ao chão, sem salvação… Pelo sangue no espaldar da poltrona podia-se deduzir que efetivou o ato sentado à escrivaninha, deslizando ao chão em seguida e rolando convulsivamente em volta da cadeira. Estava estendido perto da janela, imóvel e de costas, todo vestido e calçado, de casaca azul e colete amarelo"
> - "Está decidido, quero morrer, e escrevo-lhe sem nenhuma exaltação romanesca, sossegado, na manhã do dia em que te verei pela última vez. Quando leres esta carta, o túmulo gelado já estará cobrindo os despojos rijos do inquieto, do desgraçado que não conheceu prazer mais doce para os derradeiros momentos da sua vida do que se ocupar contigo"

**Após a publicação do livro**

Numa época em que os livros eram o principal veículo de transmissão de informação e conhecimentos, a publicação de "os sofrimentos do jovem Werther" na Europa foi um ponto de mudança. Vários jovens, influenciados pela personagem principal, começaram a vestir-se da mesma forma (com fato azul e colete amarelo) e foi inclusivamente criado um disfarce inspirado nesta personagem.

Concomitantemente, houve um aumento do número de suicídios. Estão descritos e relatados vários suicídios em jovens, em situações semelhantes às publicadas no livro (roupa, local e método) ou com o livro nas redondezas. Apesar de, na época, não ter sido cientificamente comprovado existir uma relação entre o pico de suicídios e o livro, a

verdade é que este fenómeno atingiu uma dimensão suficientemente grande para preocupar as autoridades e o livro foi queimado em praça publica e a sua venda proibida em alguns países. Fazendo com que o "sofrimento do jovem Werther" é uma das associações mais antigas e mais conhecidas entre publicações dos media e suicídio.
Cerca de dois séculos após a publicação do livro, David Philips lembrou-se de Werther, quando nas suas pesquisas relatou um aumento de suicídios após a publicitação de um evento semelhante, ao que denominou Efeito de Werther.

**Efeito de Werther na atualidade**

Desde os primeiros relatos de Philips em 1994, até á atualidade, tem havido publicações que vão de encontro ás mesmas conclusões, ou seja, a existência de um "suicídio por contágio" após a divulgação de um suicídio.
É sabido que nem todos os suicídios têm o mesmo impacto e que este efeito está mais associado á morte de pessoas reconhecidas ou importantes para a região, por exemplo: jornalistas locais, cantores, celebridades e atores. As pessoas nos extremos de idade (jovens e idosos) parecem ser os mais suscetíveis, assim como indivíduos do mesmo género, idade ou com uma situação vivencial semelhante à de quem comete suicídio.
Este efeito de "contágio" é mais notório nas primeiras duas semanas após a divulgação do suicídio e pode persistir até 1 ano, dependendo das características do suicídio e da forma como o evento é publicitado. Quanto mais pormenores forem dados, maior vai ser a probabilidade de imitação. Deve-se evitar descrições romantizadas, exaustivas e altamente descritivas, metáforas e comparações, não se deve publicar fotografias do falecido nem tampouco do local ou método utilizado, assim como não se deve despendido muito "tempo de antena" nesta temática.
Tendo em conta a evidencia científica e a responsabilidade inerente à comunicação de um suicídio, foram criadas regras direcionadas para os media sobre como expor este tema. Sendo que quando estas normas são cumpridas, podem ter um efeito protetor (Efeito Papageno), ao salientarem as alternativas e locais onde pessoas em situações semelhantes podem e devem procurar ajuda, assim como, ao expor problemáticas e incentivar debates sobre saúde mental.

**Conclusão**

O Efeito de Werther está amplamente associado ao livro de Goethe, "os Sofrimentos do jovem de Werther". Apesar de nunca ter sido cientificamente comprovada a associação entre a publicação do livro e a onda de suicídios que houve posteriormente, ao revisitar e explorar este romance, consegue-se entender, em parte o impacto que teve para a época.
Mais recentemente, o Efeito de Werther tem sido estudado e relatado em suicídios de celebridades, sendo que se reconhece na atualidade que os media têm um duplo efeito, ao incentivar ou prevenir o suicídio, dependendo principalmente da forma como o mesmo é exposto à população.

**Referências**

Moretto, M. L. T., Svartman, B. P., Freller, C. C., Massola, G. M., Crochík, J. L., & Silva, P. F. d. (2017). O suicídio e a morte do narrador. Psicologia USP, 28(2), 159–164. https://doi.org/10.1590/0103-656420172802
Silva, O. A. R. d., & Bodnar, R. (Eds.). (2021). Goethe revisitado: (re)leituras da obra Os sofrimentos do Jovem Werther. Editora Fi. https://doi.org/10.22350/9786559171996
Marcelo Backes (2010). Os sofrimentos do jovem Werther/ Johann Wolfgang Goethe-tradução, organização, prefácio, comentários e notas de M. Backes. Editora Porto Alegre: L&PM.

Jack, B. (2014). Goethe's Werther and its effects. In The Lancet Psychiatry. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70229-9
Almeida, A. F. (2012). Efeito de Werther. Análise Psicológica. https://doi.org/10.14417/ap.420
Domaradzki, J. (2021). The werther effect, the papageno effect or no effect? A literature review. In International Journal of Environmental Research and Public Health. https://doi.org/10.3390/ijerph18052396
Lutter, M., Roex, K. L. A., & Tisch, D. (2020). Anomie or imitation? The Werther effect of celebrity suicides on suicide rates in 34 OECD countries, 1960–2014. Social Science and Medicine. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112755
Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. British Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633

# UM OLHAR SOBRE OS EFEITOS DE *WERTHER* E DE *PAPAGENO*, UM MITO OU UMA VERDADE?

**Bianca Jesus[1]; Sara Ramos[1]; Isabel Soares[1]; Salomé Mouta[1]; Diana Cruz e Sousa[2]**
Departamento de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
[1] Interno de Formação Específica de Psiquiatria; [2]Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails:bianca_rtj@hotmail.com;sararamos.psiquiatria@gmail.com;
isasoares20@hotmail.com; salomemouta@gmail.com;
dianamendoncacruzesousa@gmail.com

**Resumo**
No século XVIII, *Johann Wolfgang Von Goethe* publicou *Die Lieden des jungen Werther*, um romance que narra a estória de uma paixão que resulta em suicídio. Esta obra foi um sucesso internacional e adquiriu a reputação que inspirava os seus leitores a se suicidarem. Mais tarde este fenómeno foi nomeado de efeito *Werther*. Têm sido realizados estudos com o objetivo de analisar a existência deste efeito, do seu oposto, o efeito de *Papageno*, e de uma correlação entre os vários formatos dos média e flutuações nas taxas de suicídio. Estudos até há data apontam a existência de uma correlação entre a apresentação de suicídios pelos *media* e um aumento localizado dos mesmos, sobretudo quando estes relatam casos reais.
Neste trabalho pretende-se dar uma perspetiva histórica dos efeitos de *Werther* e *Papageno* e fazer uma revisão da evidência científica existente sobre a relação destes efeitos com as taxas de suicídio.

**Palavras-chave**: suicídio, meios de comunicação social, efeito de imitação, efeito de *Werther*, efeito de *Papageno,*

**Abstract**
In the 18th century, Johann Wolfgang Von Goethe published Die Lieden des jungen Werther, a romance telling the story of a passion that ends in suicide. This work was an international success and acquired a reputation for inspiring its' readers into committing suicide. Later, this phenomenon was baptized as Werther effect. Studies have been conducted with the goal of analysing the existence of this effect and its' opposing effect, the Papageno effect, and whether there is a correlation between the multiple forms of media and changes in cooccurring suicide rates. This correlation has been hypothesized by recent studies, more so in cases of media reports of real suicides.
In this work we aim to provide a historic perspective of the Werther and Papageno effects and to review the existing scientific evidence about the relation of these effects and the suicide rates.

***

## Introdução

O suicídio é um fenómeno complexo e multideterminado. Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2019 (World Health Organization, 2019), morrem anualmente cerca de 800,000 pessoas por suicídio e por cada suicídio, ocorrem aproximadamente mais de 20 tentativas de suicídio. Por este motivo o suicídio é considerado um problema de saúde pública global e a redução da mortalidade por suicídio tem sido priorizada pela OMS;

Os média têm um papel essencial na sociedade e na manutenção e promoção da saúde mental.(Pedro, Silva, Barbosa, & Pires, 2020) Uma área importante de investigação em suicidologia consiste no impacto das publicações dos média sobre ficção ou casos reais nos comportamentos suicidas.
Neste trabalho pretende-se dar uma perspetiva histórica dos efeitos de *Werther* e *Papageno* e fazer uma revisão da evidência científica existente sobre a relação destes efeitos com as taxas de suicídio.

**Suicídio e a Obra de *Von Goethe***

O suicídio é um grave problema de saúde pública com impacto negativo forte na vida dos indivíduos, das suas famílias e comunidades. (Saraiva et al., 2014) De acordo com a definição da OMS, o suicídio resulta "de um ato deliberado iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal" (World Health Organization, 2019).É um fenómeno multideterminado e complexo para o qual contribuem fatores biológicos, psicossociais e culturais de cada indivíduo.(Barbosa, Silva, Madeira, & Pires, 2020)(Saraiva et al., 2014).
Os meios de comunicação social são vetores de influência entre o comportamento desenvolvido por um determinado indivíduo ou grupo de indivíduos e a população em que este(s) está(o) inserido(s). O suicídio pode ser transmitido de forma contagiosa quando o comportamento surge posteriormente à ação de um modelo e pode ser atribuído à sua imitação por se caracterizar por um ato comportamental similar. Nestes casos, podemos encontrar uma relação causal entre o suicídio do modelo e o suicida que o copia.(Roque, 2014)
A preocupação pela imitação do comportamento suicida remonta ao século XVII com a publicação em 1774 do romance epistolar de *Wolfgang von Goethe*, *The Sorrows of Young Werther*. Este foi o primeiro romance epistolar alemão e foi a primeira obra alemã a fazer um grande sucesso internacional, que tornou o autor e a literatura alemã conhecidos internacionalmente. A sua publicação originou um dos primeiros casos de *merchandising* intensivo na Alemanha, envolvendo a reprodução de cenas do romance em porcelana e em leques, foi criado um perfume (*eau Wertther),* figuras a representar Charlotte e a roupa que vestia o jovem *Werther*. Para melhor compreensão deste fenómeno, é importante recordar que nesta época os livros constituíam o meio de comunicação emocionalmente mais impactante, numa época em que existiam poucos média. (Jack, 2014)
Neste romance o jovem herói, face a um amor não correspondido e impossível pela sua amada *Lotte*, encontrou a resposta na sua própria morte e tirou a sua vida dando um tiro em si mesmo. Trata-se de um romance trágico em que nos anos posteriores à sua publicação, muitos jovens se embrenharam na fatalidade amorosa do jovem *Werther* e, à semelhança desde personagem fictício e em imitação do seu ato autodestrutivo, suicidaram-se com recurso ao mesmo método, de forma em tudo similar ao descrito por Goethe no seu livro. Ou seja, sentados a uma secretária com um livro aberta e vestindo trajes nas cores azul e amarelo. O receio das autoridades de uma proliferação de suicídios juvenis resultara na proibição desta obra em alguns países como a Itália, Alemanha e Dinamarca. (Roque, 2014)(Jack, 2014)
A possibilidade deste romance ter precipitado uma epidemia de suicídios nunca foi estabelecida de forma confiável. No entanto, dois séculos depois da publicação desta obra, em 1974, o sociólogo americano *David Phillips* cunhou a expressão "efeito *Werther*" para descrever comportamento suicidas imitativos, como referência a este incidente histórico e o termo passou a ser genericamente utilizado. (Roque, 2014)(D. Wasserman, 2021)

**Efeito de *Werther* - Fenómeno de suicídio por contágio**

Os fenómenos de agrupamentos de suicídios, que corresponde ao número de suicídios que ocorrem em estreita proximidade temporal ou geográfica, com ou sem qualquer ligação direta, e os mecanismos de sugestão de suicídio, têm sido alvo de estudo sociológicos há mais de 4 décadas.

Este assunto começou a ser alvo de debates nos finais do séc. XVIII, aquando da publicação do romance de *Goethe, Die Leiden des Jungen Werther* (Os Sofrimentos do Jovem *Werther*) (1774), que precedeu a uma vaga de suicídios na Europa como descrito anteriormente. No entanto, o levantamento da hipótese na literatura médica de que os relatos mediáticos sobre suicídios pudessem conduzir a fenómenos de suicídio por contágio ocorreu mais tarde, só pelo séc. XIX. Inicialmente a proposta da existência desta relação não foi bem aceite pela comunidade científica da altura, existindo autores como *Émilie Durkheim* (1897), um importante sociólogo pioneiro no estudo do suicídio, combinando a pesquisa empírica com a teoria sociológica.

Relativamente ao fenómeno de imitação no suicídio, na sua obra "*Suicide",* este autor refere que "(…) a imitação pode ocorrer entre indivíduos que não estejam unidos por nenhum vínculo social (…)". "Um homem pode imitar o outro sem que sejam solidários um do outro ou de um mesmo grupo do qual dependem igualmente, e a propagação imitativa não tem, por si, só, o poder de os solidarizar" (Durkhein, 2000). Além disso refere ainda que não acreditava que o fenómeno da "transmissão" do suicídio de indivíduo a indivíduo ocorresse vezes suficientes ao ponto de influenciar as taxas de suicídio na sociedade. (Durkhein, 2000) (Roque, 2014)

Desde esta fase inicial até há década de 60's, o debate social desta temática era apenas baseado em impressões e foi apenas mais tarde, nos últimos 50 anos, que o efeito das histórias dos média em comportamentos de suicídio por contágio foi reconhecido como um problema de saúde pública e como um alvo de interesse de pesquisa científica.

Em 1974, *David Philips,* um sociólogo, na sequência de um estudo, apresentou a primeira evidência da existência do efeito da sugestão do suicídio após uma publicitação ampla da história do suicídio. Verificou o aumento significativo do número de suicídios, após a publicação de histórias sobre suicídios no jornal *New York Times*. Para demonstrar a influência negativa dos média na notificação dos suicídios, denominou o termo de "suicídio por imitação" por "*Werther effect"* ou efeito de *Werther*, uma metáfora ao efeito de suicídio de imitação influenciado pelos média. (Y. Chen, Yan, He, & Yan, 2020)(Domaradzki, 2021)

O efeito de *Werther*, poderá ser explicado através de algumas teorias, entres as quais a teoria da aprendizagem social, a teoria das massas e a teoria do contágio social.

De acordo com a teoria da aprendizagem social, proposta por *Albert Bandura* (psicólogo social), uma forma de aprendizagem de comportamentos é através da imitação, observação e reprodução dos comportamentos dos outros, denominados por modelos. Segundo este psicólogo, um indivíduo pode aprender um comportamento de um modelo sempre que esse comportamento conduza a alguma forma de recompensa. (Notredame et al., 2017)(Niederkrotenthaler & Stack, 2017)(Y. Chen et al., 2020) No caso do efeito de *Werther,* esse processo pró-social é considerado desadaptativo, uma vez que em vez dos comportamentos letais serem considerados como aversivos, poderão ser interpretados como uma via para aliviar a dor ou trazer fama, principalmente quando o comportamento recebe cobertura mediática de um estilo sensacionalista ou romântico. Este tipo de comportamento é subjetivamente entendido como um ganho e o resultado do suicídio retratado nos *media* atua como um reforço e aumenta a probabilidade de imitação. (Notredame et al., 2017)

O efeito de *Wether* à luz desta teoria é explicado da seguinte maneira: um indivíduo forma uma ideia de como novos comportamentos são executados, através da observação dos

outros observa comportamentos modelo que eventualmente servem como desinibidor e em situações posteriores esta informação codificada poderá servir como uma linha orientadora para a ação. Portanto, indivíduos vulneráveis podem aprender que, através dos média, os seus problemas podem ser resolvidos via suicídio e, consequentemente, adotar comportamentos suicidas. (Roque, 2014)(Notredame et al., 2017)

Um princípio central da teoria da aprendizagem social é que o indivíduo imitador deve identificar-se com o modelo. Os indivíduos mais vulneráveis que estejam a passar por estados emocionais negativos, problemas e crises semelhantes a estes modelos, vítimas de suicídio apresentados nos *media*, podem desenvolver uma "espécie" de ligação com estes que os encoraja a imitar os mesmos comportamentos suicidas. (D. Wasserman, 2021) (Ferreira & Reis, 2020). A confirmação do papel da identificação nos média foi confirmada através de um estudo experimental realizado por *Till et al.* (2015) (Till, Strauss, Sonneck, & Niederkrotenthaler, 2015)(D. Wasserman, 2021) A identificação tem sido frequentemente apresentada como um pré-requisito necessário para que a aprendizagem leve à imitação do comportamento. Poderão ser identificadas duas dimensões de identificação, uma vertical e outra horizontal. A vertical prevê que a identificação ficará mais forte na medida em que o modelo é desejado, admirado ou percebido como socialmente superior, ajudando assim a perceber a associação de celebridades socialmente aprovadas com efeitos de *Werther* mais evidentes. A dimensão horizontal postula que as semelhanças entre o modelo e audiência facilitam a imitação, por meio do viés de semelhança. Ou seja, indivíduos copiam preferencialmente o comportamento de modelos que lhes são semelhantes e que os marcadores de identidade com maior impacto são a idade e o género. No entanto, os indivíduos também podem partilhar com estes modelos patologias mentais ou alterações emocionais semelhantes, situação de vida ou características sociodemográficas. (Notredame et al., 2017) *Westerlund* e *Niederkrotenthaler* referem que tem existido um esforço no sentido de caracterizar a pessoa imitadora, o modelo e a interação entre eles. Referem que os estudos que incluem esta caracterização verificaram que os relatos dos média sobre suicídios de celebridades apresentam um maior risco de imitação. (I. M. Wasserman, 1984)(Steven Stack, 1990)(D. Wasserman, 2021) Isto poderá estar relacionado com a hipótese proposta pela teoria de aprendizagem social relativamente à identificação vertical e horizontal referidas anteriormente. Os indivíduos denominados como vulneráveis são indivíduos em maior risco para comportamentos suicidas.

**Evidências entre os *media* e suicídio**

A interação entre os *media* e o suicídio pode ser nociva, enquanto facilitadora de comportamentos suicidas em indivíduos expostos a estes estímulos. Os *media* são considerados o meio mais potente para um comportamento suicida se tornar reconhecido na comunidade e potencialmente transformar -se em modelo.

O potencial dos média é tão mais deletério, quanto a especificidade e grafismo com que são retratados os métodos de suicídio e da forma pormenorizada e dramática, com fotos dos falecidos e cabeçalhos chamativos e sensacionalistas, que é comum caso se trate de celebridades. Atualmente é aceite, de uma forma generalizada, que a difusão de histórias sobre suicídio pela comunicação social está relacionada com o acréscimo do número de comportamentos suicidas na população exposta a esses relatos, que o fenómeno de contágio do suicídio é real e que a influencia dos *media* neste tipo de fenómeno, nomeadamente através dos jornais, televisão, filmes e da literatura foi comprovada pelos múltiplos estudos realizados nesta área. (Roque, 2014) (Niederkrotenthaler & Stack, 2017)(D. Wasserman, 2021)

A investigação sobre o efeito de *Werther* tem-se focado sobretudo nos fenómenos relacionados com os média nos quais o suicídio ocorre dentro de uma determinada janela

temporal após a publicação de relatos de suicídio tanto factuais como fictícios. (Y. Chen et al., 2020)(Domaradzki, 2021). Alguns autores estudaram os efeitos da divulgação da morte por suicídio em histórias reais e de ficção. *Domaradzky* (2021), num artigo de revisão, verificou que estudos sugerem que tanto as histórias reais como fictícias têm influência nas taxas de suicídio. No entanto, vários estudos sugerem que as histórias de suicídios reais são mais prováveis de influenciar comportamento suicida do que as histórias fictícias – series, novelas ou filmes. (Domaradzki, 2021) *Stack* (2005), numa revisão, verificou que as histórias reais têm uma probabilidade de 4.03 vezes maior de prever o efeito de imitação do que histórias fictícias; *Stack* verificou também que em reportagens televisivas o efeito imitativo era 79% inferior a reportagens na imprensa; e que histórias relativas a celebridades têm 14.3 vezes maior probabilidade de provocar o efeito de *Werther.*(Steven Stack, 2005)(Y. Chen et al., 2020)(Domaradzki, 2021). No entanto existem estudos que verificaram um aumento das taxas de suicídio após exposição a estórias fictícias de suicídios em filmes. (Steven Stack, 2000).

*Niederkrotenthaler et. al.* sugerem que o estatuto de celebridade de uma vítima de suicídio é o principal preditor de um aumento no número total de suicídios após a sua notificação nos média. Sugerem que pessoas famosas e socialmente admiradas, por poderem desempenhar um papel de modelo a seguir, podem dar alguma legitimidade ao comportamento suicída. (Niederkrotenthaler et al., 2010)(Domaradzki, 2021)

*Fink et al.* (2018) e *Pirkis et al* (2020), autores que avaliaram a existência de alterações nas taxas de suicídio após a notícia da morte por suicídio do actor *Robin William,* referem que a taxa de suicídio dos EUA aumentou 10%, especialmente em homens, com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos, tendo muitos deles recorrido ao mesmo método. *Ladwig et al.* demonstrou que o suicídio do famoso guarda-rede *Robert Enke,* numa linha ferroviária, conduziu a um aumento de 117,2% da percentagem total de suicídios.(Ladwig, Kunrath, Lukaschek, & Baumert, 2012) *Ueda et al* investigaram o impacto das reportagens da média relativamente a 109 suicídios de celebridades no Japão no período compreendido entre 1989 a 2010 e descobriram que este tipo de notícias resultara num aumento imediato de 4,7% do número de suicídios na população em geral.(Ueda, Mori, & Matsubayashi, 2014)

Sob determinadas condições pessoas não famosas podem também se tornar em modelos de imitação. Nestes casos, o principal denominador comum é a ampla divulgação e sensacionalismo das reportagens do *media.* (Gundlach & Stack, 1990)(Steven Stack, 2005)

Portanto, a evidência sugere que o potencial para o efeito de *Werther* não se deve unicamente ao estatuto de celebridade da vítima, poderá depender sobretudo da duração, quantidade e notoriedade dada pelos média ao acontecimento em si. Além disso, o efeito de imitação é mais provável quando o suicídio noticiado por múltiplos meios de comunicação. (Fu & Yip, 2009)(Yang et al., 2013) (Domaradzki, 2021)

Relativamente à duração do efeito de *Werther*, não existe consenso entre os autores. Uns referem que o efeito pode ter uma duração mais curta, logo após a notificação até 10 dias (Y.-Y. Chen, Chen, & Yip, 2011)(Suh, Chang, & Kim, 2015), outros sugerem uma duração mais longa entre 2 a 9 semanas. (Niederkrotenthaler et al., 2012)(Ladwig et al., 2012)(Fink, Santaella-Tenorio, & Keyes, 2018)(Domaradzki, 2021)

Além dos média poderem influenciar o número total de suicídios, também poderão aumentar a probabilidade da utilização do mesmo método utilizado pela vítima. Esta probabilidade é especialmente elevada quando este método usado é reportado de uma forma detalhada, descrito como indolor ou como sendo um método novo aos habitualmente usados. (S Stack, 2003)(Fu & Chan, 2013)(Niederkrotenthaler et al., 2012)(Domaradzki, 2021)

**Efeito de *Papageno* e o efeito protetor dos *media***

Inicialmente, os investigadores demonstravam algum ceticismo em relação ao possível efeito preventivo dos média ao reportar um suicídio. *Jerome Motto* foi quem demonstrou, pela primeira vez, que a taxa de suicídio poderia ser reduzida através da diminuição da quantidade de informação reportada, alteração do estilo como esta é realizada, e através da omissão dos comportamentos suicidários em causa. Outros autores, como *Blumenthal* e *Bergner* também verificaram os mesmos resultados, num estudo direcionado à publicação de histórias de suicídio em jornais. (Domaradzki, 2021)(Niederkrotenthaler & Stack, 2017)

Este efeito potencialmente protetor foi denominado de "efeito de *Papageno"*, por *Niederkrotenthaler* e seus colaboradores, como tributo a um dos personagens da ópera de *Mozart, "*A Flauta Mágica". Nesta estória um dos protagonistas, *Papageno*, ao temer ter perdido a sua amada, *Papagena*, planou a sua morte. Mas superou este momento de crise, após ter conversado com três espíritos que lhe deram uma sugestão de como poderia reaver a sua *Papagena*. Evitando assim um fim trágico deste personagem.

*Niederkrotenthaler* e seus colaboradores, num estudo publicado em 2010, demonstrou que a publicação de reportagens nos média, sobre como certos indivíduos ultrapassaram circunstâncias adversas de vida, estaria associada a uma redução no número de suicídios.(Niederkrotenthaler et al., 2010)(Niederkrotenthaler & Stack, 2017) Desde então, tem sido discutido a hipótese que os média ao transmitirem informações sobre estratégias de *coping* construtivas para a gestão da ideação suicida, ou ao dar enfase a outro tipo de soluções para a resolução de problemas de vida negativos, poderiam exercer um efeito preventivo.

Estudos recentemente realizados que avaliam o impacto da exposição aos *media,* em variáveis como ideação suicida e outros fatores de risco para suicídio, indicaram que o efeito *Papageno* pode ocorrer em vários tipos de média, incluindo filmes, jornais e sites educativos de prevenção do suicídio. (Niederkrotenthaler & Stack, 2017) *Till et al.* realizaram um estudo onde os participantes foram divididos em grupos e expostos a filmes: um grupo foi exposto a um filme onde o protagonista se suicidava e o outro grupo foi exposto a um filme em que o protagonista com ideação suicida acaba por não se suicidar, por se ter apaixonado. Neste estudo os autores verificaram que neste último houve uma redução dos fatores de risco na audiência. Estas evidências sugerem que os indivíduos mais vulneráveis podem beneficiar de mensagens positivas com foco na gestão da crise. (Till et al., 2015) Um estudo recente demonstrou que a intensão de ler material sobre prevenção do suicídio aumenta quando há uma identificação de partilha de características da audiência e do modelo em relação aos fatores sociais e experiências de depressão. Consequentemente, quando não existe esta identificação poderá haver uma diminuição da vontade de consumir produtos dos *media* relacionados com a prevenção do suicídio. (Niederkrotenthaler, Arendt, & Till, 2015)

As evidências recentes indicam que os *media* podem contribuir de forma relevante para a prevenção do suicídio, ao destacar que um momento de crise não representa uma situação irreversível sem opções de mudança positiva e de esperança, mas sim uma fase temporária de desespero e que perante esta situação deverá procurar meios de suporte e de ajuda em cuidados de saúde especializados, como forma de aliviar o seu sofrimento e se necessário de realizar tratamento. A partilha de experiências vividas por outros indivíduos de como lidar com os pensamentos suicidas e as circunstâncias adversas pode constituir uma ferramenta poderosa e eficaz para a prevenção do suicídio. (Niederkrotenthaler & Stack, 2017)

Relativamente ao recurso de sites como meio de educação e de prevenção do suicídio, um estudo recente investigou o efeito de componentes educativos de sites profissionais de prevenção ao suicídio numa amostra da população geral. Os resultados indicaram que os sites de prevenção para o suicídio tiveram algum impacto na redução da ideação suicida e

esse efeito estava presente imediatamente após a navegação nos sites de prevenção, mantendo-se durante uma semana. Houve também um aumento no conhecimento sobre o suicídio. Este estudo sugere que há benefício na utilização de sites educativos de organizações de saúde direcionadas para prevenção do suicídio, podendo desta forma contribuir para a prevenção do suicídio.

**Conclusão**

Atualmente há cada vez mais evidências da influência dos *media* nos comportamentos suicidas. Embora, até há data, os mecanismos subjacentes não estejam totalmente compreendidos, geralmente supõe-se que, as contribuições dos *media* que apresentam o suicídio como a única consequência possível ou provável de circunstâncias negativas aumentam as tendências suicidas em grupos vulneráveis e podem, em última análise, desencadear o comportamento suicida. Inversamente, também foi demonstrado que os *media* podem contribuir para a prevenção do suicídio.

A investigação nesta área tem vindo a crescer de uma forma global e tem sido crucial na área da prevenção do suicídio. Uma das principais áreas de intervenção dos programas de prevenção do suicídio são os *media*. Embora, nos últimos anos tenha havido aqui algum progresso, são necessários mais estudos nos diferentes países para melhor compreender e utilizar os potenciais dos *media* como meio de prevenção do suicídio.

**Bibliografia**


Barbosa, P., Silva, S. F., Madeira, N., & Pires, A. M. (2020). *Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde*.

Chen, Y.-Y., Chen, F., & Yip, P. S. F. (2011). The impact of media reporting of suicide on actual suicides in Taiwan, 2002-05. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *65*(10), 934–940. https://doi.org/10.1136/jech.2010.117903

Chen, Y., Yan, F., He, G., & Yan, W. (2020). The werther effect revisited: Do suicides in books predict actual suicides? *Poetics*, *81*(May 2019), 101441. https://doi.org/10.1016/j.poetic.2020.101441

Domaradzki, J. (2021). The werther effect, the papageno effect or no effect? A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 1–21. https://doi.org/10.3390/ijerph18052396

Durkhein, É. (2000). *O Suicídio - Estudo de Sociologia* (1st ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.

Ferreira, R. C., & Reis, K. A. S. (2020). Evidências entre mídia e suicídio: efeito contágio das produções jornalísticas e ficcionais. *RECIIS (Online)*, *14*(3), 633–643.

Fink, D. S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K. M. (2018). Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. *PLOS ONE*, *13*(2), e0191405. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191405

Fu, K., & Chan, C. H. (2013). A Study of the Impact of Thirteen Celebrity Suicides on Subsequent Suicide Rates in South Korea from 2005 to 2009. *PLoS ONE*, *8*(1), e53870. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053870

Fu, K., & Yip, P. S. F. (2009). Estimating the Risk for Suicide Following the Suicide Deaths of 3 Asian Entertainment Celebrities. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(6), 869–878. https://doi.org/10.4088/JCP.08m04240

Gundlach, J., & Stack, S. (1990). The Impact of Hyper Media Coverage on Suicide: New York City, 1910-1920. *Social Science Quarterly*, *71*(3), 619–627.

Jack, B. (2014). Goethe's Werther and its effects. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 18–19. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70229-9

Ladwig, K.-H., Kunrath, S., Lukaschek, K., & Baumert, J. (2012). The railway suicide death of a famous German football player: Impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. *Journal of Affective Disorders*, *136*(1–2), 194–198.

https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.044
Niederkrotenthaler, T., Arendt, F., & Till, B. (2015). Predicting Intentions to Read Suicide Awareness Stories. The Role of Depression and Characteristics of the Suicidal Role Model. *Crisis*, *36*(6), 399–406. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000344
Niederkrotenthaler, T., Fu, K., Yip, P. S. F., Fong, D. Y. T., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(11), 1037–1042. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200707
Niederkrotenthaler, T., & Stack, S. (Eds.). (2017). *Media and Suicide - International Perspectives on Research, Theory, and Policy* (1st ed.). New York: Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351295246
Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., … Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, *197*(3), 234–243. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633
Notredame, C.-E., Pauwels, N., Walter, M., Danel, T., Nandrino, J.-L., & Vaiva, G. (2017). Why Media Coverage of Suicide May Increase Suicide Rates: An Epistemological Review. In T. Niederkrotenthaler & S. Stack (Eds.), *Media and Suicide - International Perspectives on Research, Theory, and Policy* (1st ed., p. 29). New York: Routledge.
Pedro, J. C., Silva, S. F., Barbosa, P., & Pires, A. M. (2020). *Prevenção do Suicídio: manual para jornalistas*.
Roque, M. (2014). Comunicação Social. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - dos conceitos à prática clínica* (1st ed., pp. 503–513). Lisboa: Lidel.
Saraiva, C. B., Peixoto, B., Sampaio, D., Alburqueque, E., Alves, É., & Amaro, F. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - dos conceitos à prática clínica* (1st ed.). Lisboa: Lindel.
Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *57*(4), 238–240. https://doi.org/10.1136/jech.57.4.238
Stack, Steven. (1990). Audience receptiveness, the media, and aged suicide, 1968–1980. *Journal of Aging Studies*, *4*(2), 195–209. https://doi.org/10.1016/0890-4065(90)90014-Y
Stack, Steven. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, *81*(4), 957–971.
Stack, Steven. (2005). Suicide in the Media: A Quantitative Review of Studies Based on Nonfictional Stories. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(2), 121–133. https://doi.org/10.1521/suli.35.2.121.62877
Suh, S., Chang, Y., & Kim, N. (2015). Quantitative exponential modelling of copycat suicides: association with mass media effect in South Korea. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *24*(2), 150–157. https://doi.org/10.1017/S204579601400002X
Till, B., Strauss, M., Sonneck, G., & Niederkrotenthaler, T. (2015). Determining the effects of films with suicidal content: A laboratory experiment. *British Journal of Psychiatry*, *207*(1), 72–78. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152827
Ueda, M., Mori, K., & Matsubayashi, T. (2014). The effects of media reports of suicides by well-known figures between 1989 and 2010 in Japan. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 623–629. https://doi.org/10.1093/ije/dyu056
Wasserman, D. (Ed.). (2021). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.001.0001
Wasserman, I. M. (1984). Imitation and Suicide: A re-examination of the Werther Effect. *American Sociological Review*, *49*(3), 427. https://doi.org/10.2307/2095285
World Health Organization. Suicide in the World: Global Health Estimates; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2019; Available online: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948.

Yang, A. C., Tsai, S.-J., Yang, C.-H., Shia, B.-C., Fuh, J.-L., Wang, S.-J., … Huang, N. E. (2013). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 427–435. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0562-1

# PERSPETIVA HISTÓRICA DAS PARAFILIAS

**Melissa Alfafar; Rafaela Farinha; Filipa Pontes**
Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Médio Tejo
Médicas Internas de Formação Específica de Psiquiatria
Email: melissa.marques@chmt.min-saude.pt

**Resumo**
Descritas no DSM-I como desvios sexuais, o termo parafilia foi introduzido no início do século XX como uma forma de descrever um "instinto erótico invertido". Foi apenas em 1980 que foi introduzido no DSM-III com o objetivo de substituir o termo "perversão". O termo parafilia é atualmente reconhecido como excitação sexual recorrente e intensa para estímulos eróticos não convencionais, manifestados por fantasias, impulsos ou comportamentos. Para além do impacto e estigma social associado, a maioria das parafilias acarreta um comportamento sexual problemático que frequentemente pode levar a envolvimentos não consensuais com outros indivíduos, o que torna os atos de natureza criminosa.
Ao longo das décadas, o conceito e a visão clínica e social destas problemáticas teve implicações, não só na abordagem legal, mas também terapêutica destes indivíduos.
Este trabalho apresenta uma revisão da evolução histórica e classificativa do conceito, das preferências sexuais, e do enquadramento legal das perturbações parafílicas

Palavras-chave: Parafilia, história, perversão sexual, desvio sexual, psiquiatria

**Abstract**
Described in DSM-I as sexual deviations, the term paraphilia was introduced in the beginning of the XX century to describe a "inverted erotic instinct". It was introduced in DSM-III in 1980 with the purpose to replace the term "pervasion". The term paraphilia is now recognized as intense and recurrent sexual arousal in response to non-conventional erotic stimuli, manifested as fantasies, urges or behaviours. Besides the impact and social stigma enlaced, the majority of the paraphilias carries out a problematic sexual behaviour, that frequently can lead to non-consented sexual involvement with others, which makes illicit in nature.
Through the decades, the social and clinical concept and vision of these problems had implications, not only in a legal approach but as well in a therapeutic enrolment.
This article presents a narrative review of the historical evolution and classification of the concept, the sexual preferences, and the legal requirements of the paraphilic disorders.

**Key words:** paraphilia, history, sexual perversion, sexual deviation, psychiatry

***

## Introdução

O comportamento sexual é a expressão de um impulso básico, cujo objetivo primário é a preservação de espécie. Nos seres humanos, o comportamento sexual é muito mais complexo, e, para além da vertente biológica, inclui a vertente social e emocional.
Um número relativamente pequeno de indivíduos tem comportamento sexual que se desvia significativamente da norma. Frequentemente estes comportamentos são problemáticos e envolvem indivíduos que não consentem, tornando-os de natureza criminosa.

O termo parafilia tem servido como um termo amplo para uma gama de pensamentos e comportamentos sexuais e como uma alternativa para termos depreciativos. Uma vez que a linha tênue entre normal e a sexualidade anormal é amplamente influenciada pela perceção social e cultura existentes, a ideia exata do que constitui a parafilia tem sido uma questão de significativo debate que merece uma breve discussão dos aspetos históricos e evolutivos.

---

**Desenvolvimento do Tema**

O termo *"parafilia"* foi usado pela primeira vez pelo etnólogo austríaco Friedrich Solomon Krauss em 1903 como *"instinto erótico anormal"*, mas surgiu no domínio psiquiátrico no livro *"Aberrações sexuais"*, de Wilhelm Stekel, publicado em 1930, onde se separou a parafilia das outras categorias de perturbações (Giami, 2015). Apesar disso, foi John Money, que o popularizou defendendo a mudança da palavra perversões para parafilias (Ehrhardt, 2007).

No entanto, antes de serem classificadas como perturbações mentais, as parafilias eram vistas como pecados ou crimes (Bullough & Bullough, 1977, citado em Moser & Kleinplatz, 2020). Antes da adoção do termo parafilia pela *American Psychiatric Association* (APA), vários outros termos foram usados para descrever os fenómenos que abrangia (por exemplo, desvio sexual, desvio sexual, perversão sexual, variação sexual). Algumas das menções mais antigas são encontradas na Bíblia (Metzl, 2004). O Antigo Testamento contém muitas proibições e advertências contra várias práticas sexuais, incluindo sexualidade entre pessoas do mesmo sexo, masturbação, sexo anal, travestismo e sexo com animais (Gordon, 2008, citado em De Block & Adriaens, 2013).

Não é frequente encontrar parafilias descritas de forma evidente nas obras de arte antiga. Algumas exceções verificam-se na arte erótica egípcia, grega e romana, onde se encontram algumas imagens de bestialidade, pederastia (não envolvendo parceiros pré-púberes) e grandes falos. Também há representações de sexo oral, sexo em grupo e contatos do mesmo sexo. Apenas a partir dessas representações, não temos como saber como essas obras de arte eram compreendidas à época.

No entanto, muito antes de o conceito receber um nome, já havia indivíduos que apresentavam excitação sexual intensa e recorrente a estímulos não convencionais. Se descobertos, muitas vezes corriam o risco de perder status, sofrer chantagem, prisão e morte. Sanções contra aqueles que agiram na excitação sexual recorrente e intensa para estímulos convencionais também existiam (por exemplo, estigma e tratamentos nocivos para ninfomania e masturbação). Na verdade, mesmo as fantasias, desejos e pensamentos sexuais recorrentes e intensos eram estigmatizados.

Atos como voyeurismo, bestialidade, necrofilia e exibicionismo são descritos como socialmente inaceitáveis ou proibidos. Já a pedofilia e a hebefilia eram praticadas pelos antigos gregos e romanos como parte das relações pregador-aluno para uma orientação supostamente benéfica (Balon, 2016).

Até 1850, a definição de desvio sexual baseava-se principalmente em considerações morais, legais e teológicas. É consensual entre os historiadores que a segunda metade do século XIX, e especialmente a publicação de *Psychopathia Sexualis*, de Richard von Krafft-Ebing, em 1886, marcou uma verdadeira viragem na compreensão e medicalização do desvio sexual.

De seguida, analisamos algumas referências na literatura clássica e resenhas históricas sobre as várias modalidades parafílicas e de estímulos considerados não-convencionais.

**Voyeurismo**

Tendo origem na palavra francesa *"voir"*, que significa "ver", este comportamento é abordado na lenda inglesa de *Lady Godiva*, (c.1066-86), que cavalgava se cobrindo apenas com seus longos cabelos, protestando contra a tributação opressiva de seu marido, Conde da Mércia, quando um homem chamado Thomas ficou cego (ou morto) por vê-la cavalgar em privado (Janssen, 2018).

Em 1857, existia um hábito de pagar, e bem, para olhar através dos "olhos mágicos", em bordéis parisienses. O seu reconhecimento formal apareceu na década de 1890 (Janssen, 2018), e em 1945, o psicanalista Otto Fenichel descreveu o caso de um "voyeur" que alugou um quarto num bordel para ver pela fechadura outro casal a ter relações sexuais (Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019). Embora inicialmente considerado puramente criminoso, apareceu no *Guia do Leitor de Literatura Periódica*, em 1979, e no *The New York Times* de 1950 a 1980, e gradualmente passou a ser visto mais como uma doença mental do que apenas como um ato ilegal (Hugh -Jones, Gough, & Littlewood, 2005).

**Exibicionismo**

O exibicionismo é referido na Bíblia, onde é feita referência a um David jubiloso, engajado em tal comportamento (Aggrawal, 2009). Com o desenvolvimento de conceitos como "civilização", atos de despir-se em público eram vistos como inaceitáveis e muitas vezes ligados à loucura (Hugh-Jones, Gough, & Littlewood, 2005).

O exibicionismo foi descrito pela primeira vez como uma desordem por Charles Lasègue em 1877 e foi amplamente compreendido a partir de estudos sobre exibicionistas que foram penalizados criminalmente (Dandescu & Wolfe, 2003, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

***Frotteurismo***

Esta perturbação envolve um comportamento denominado "*frottage*", que provem do verbo francês *"frotter"*, que significa "esfregar", ou seja, toques e atritos recorrentes em indivíduos que não consentem para obter prazer sexual (Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

Em 1887 e mais tarde em 1890, no *Estudo dos Três Atos de Frottage*, de Valentin Magnan, esses atos foram considerados sinais de uma perturbação mental. Foi Clifford Allen, que em 1969, cunhou o termo *"frotteurismo"* em seu *Livro Didático de Distúrbios Sexuais* (Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019). Eventualmente, a palavra foi incorporada em *Psychopathia Sexualis*.

**Sadismo sexual**

O termo *sadismo*, embora atribuído por Krafft-Ebing (Balon, 2016), teve origem na literatura ficcional, com o comportamento sexual "desviante" praticado e descrito pelo marquês Donatien Alphonse François de Sade, um nobre francês:

> "How delightful are the pleasures of the imagination! In those delectable moments, the whole world is ours; not a single creature resists us, we devastate the world, we repopulate it with new objects which, in turn, we immolate.
> The means to every crime is ours, and we employ them all, we multiply the horror a hundredfold"
> (Excerto de Les Prospérités du vice, de Sade, 1797, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019)

**Masoquismo sexual**

O termo masoquismo tem origem no nome do barão austríaco Leopold von Sacher-Masoch que se envolveu num comportamento parafílico e descreveu o masoquismo em sua história de *"Vénus em Peles":*

> "Shiny, shiny, shiny boots of leather, Whiplash girl child in the dark, Sever in, your servant comes in bells, please don't forsake him, Strike, dear mistress, and cure his heart".
> (Excerto de Venus in Furs, 1967, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

Krafft-Ebing, novamente, em *Psychopathia Sexualis* (1922), é creditado por trazer o termo para a linguagem médica. A primeira teoria do masoquismo foi dada pelo médico alemão Johann Heinrich Meibom, que em seu *"Treatise on the Use of Flogging in Medicine and Venery"* afirmou que:

> "flogging a man's back increases sexual arousal by making semen flow down into his testicles"
> (Excerto de Treatise on the Use of Flogging in Medicine and Venery, 1639, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019)

No entanto, Ellis (1936), salienta que o primeiro exemplo inequívoco de masoquismo sexual apareceu no final do século XV – reportado por Pico della Mirandola, que descreveu um homem que só conseguia gostar de sexo se fosse espancado até sangrar com um chicote mergulhado em vinagre.
Jean-Jacques Rousseau falou do seu caso pessoal, ao referir o prazer sexual masoquista que obtinha ao ser espancado na infância em suas *"Confessions"* (1782).

**O caso do Sadomasoquismo**

Sigmund Freud, em 1905, na sua obra *"Three Papers on Sexual Theory",* referiu que ambos ocorrem frequentemente juntos, e, portanto, combinou os termos como sadomasoquismo (The Psychology of Sadomasochism, 2014, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019). Referindo-se a esta como a mais comum e importante de todas as "perversões", Freud também teorizou que:

> "sadism is a distortion of the aggressive component of the male sexual instinct, and masochism is a form of sadism against the self-and a graver aberration than simple sadism"

Em *"Studies in the Psychology of Sex"* (1936), o médico britânico Havelock Ellis argumentou que não existia uma clara distinção entre sadismo e masoquismo, restringindo a esfera do sadomasoquismo ao erotismo, quebrando a sua ligação histórica a abusos e crueldade.
Por sua vez, o filósofo francês Gilles Deleuze, no ensaio *"Coldness and Cruelty"* (1967), discutiu que o termo sadomasoquismo era um termo artificial, considerando que se trata de fenómenos separados.
Apesar de os termos terem sido cunhados nos últimos séculos, práticas compatíveis com sadomasoquismo são descritas desde os tempos mais antigos. Antigos escritos cuneiformes descrevem práticas de espancamento associados à adoração da Deusa Inanna (Nomis, 2013). No século IX aC, os espartanos praticavam o chicoteamento de jovens e sacerdotes. Na cultura indiana, apesar das menções no Kamasutra (que descreve quatro

tipos diferentes de golpes) e nas pinturas murais, não há dados significativos disponíveis (Mallanaga, 2002, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

**Pedofilia**

Acredita-se que as incidências definidas hoje como pedofilia tenham ocorrido ao longo da história, mas o reconhecimento formal foi adiado até o século XIX.

Os gregos antigos são frequentemente retratados consagrando a pedofilia, na tentativa de estabelecer uma relação de mentoria com os jovens estudantes (Pedophilia, 2019, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019). A sociedade ficou naturalmente descontente e Sólon aprovou leis rígidas contra crianças serem tomadas como amantes. Platão alegou a proibição da pedofilia em *"As Leis"* (século IV aC). Os lares europeus de elite nos séculos XV e XVI às vezes tratavam as crianças pequenas como brinquedos sexuais, um exemplo envolvendo o na altura futuro rei de França, Luís XIII (Kinsey, *et al.*,1998).

Krafft-Ebing elucidou sobre o comportamento ao cunhar o termo *pedophilia erotica* num artigo em 1886, mas a inclusão em *"Psychopathia Sexualis"* foi feita apenas na sua 10ª edição alemã (Krafft-Ebing, 1922). Sigmund Freud, em 1905, na sua obra *"Three Papers on Sexual Theory",* descreveu o mesmo numa seção intitulada *"Os sexualmente imaturos e os animais como objetos sexuais"* (Pedophilia, 2019, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019). Em 1908, o psiquiatra suíço Auguste Forel descreveu o comportamento como *pederose*, descrevendo o apetite sexual para crianças. Em seu estudo histórico sobre o comportamento sexual feminino, publicado em 1953, Alfred Kinsey relatou o abuso sexual desenfreado de crianças menores de 14 anos (Pedophilia, 2019, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

O termo pedofilia teve ampla adoção na medicina no século 20, aparecendo na 5ª edição do *Stedman's Medical Dictionary* em 1918.

**Fetichismo**

O termo fetichismo origina-se da palavra portuguesa "feitiço". Partes não genitais do corpo também podem ser excitantes para alguns, sem que seja motivo de preocupação. Um fetiche é considerado anormal apenas quando a função social e sexual é prejudicada por ele, ou quando se torna uma necessidade absoluta para a excitação sexual (Sexual Fetishism, 2019, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

*Fétichisme* (fetichismo) como termo foi trazido a considerações eróticas por Alfred Binet em 1887. Ele apresentou uma teoria onde o apego residual permanece após uma experiência possivelmente estimulante emocionalmente ligada ao objeto fetiche na infância. Krafft-Ebing e Havelock Ellis também concordaram com essa teoria das associações, mas sem especificações.

Em 1920, Magnus Hirschfeld apontou que todos podem ter um nível saudável de fetichismo. Em 1951, Donald Winnicott apresentou outra teoria de objetos e fenómenos transicionais, em que um objeto intimamente associado à criança em crescimento eventualmente se torna sexualizado (Sexual Fetishism, 2019, citado em Basu, Bhardwaj & Chatterjee, 2019).

**Travestismo**

O travestismo refere-se a vestir-se que, no acordo geral da sociedade, está em consonância próxima com o sexo oposto. O travesti é visto em vários graus nas parafilias, como travestismo de dupla função, fetichismo e transsexualismo. O travestismo foi proibido na Bíblia; Deuteronómio, o Quinto Livro de Moisés diz (citado em Aggrawal, 2009):

> "A mulher não vestirá o que pertence ao homem, nem o homem vestirá uma vestimenta de mulher."

Mais tarde, no século XX, o travestismo foi diferenciado de acordo com o objetivo, tendo sido reconhecido como perturbação de travestismo quando ocorre com o objetivo de estimulação sexual.

**Evolução Classificativa**

No diagnóstico psiquiátrico da anomalia sexual, a mudança coincidiu com uma abordagem mais sintomática e menos teórica, abordagem que é especialmente prevalente nas edições mais recentes do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM).

Na primeira edição do DSM, o que viriam a ser as parafilias era anteriormente denominado desvios sexuais:

> "OOO-x63 Sexual deviation
> This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions. The term includes most of the cases formerly classed as "psychopathic personality with pathologic sexuality." The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation)."

Havia cinco parafilias nomeadas no DSM-I (APA, 1952): homossexualidade, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual (incluindo violação, agressão sexual e mutilação).

Na sua segunda edição, a descrição implicava que esses interesses sexuais tinham de ser "bizarros" (sem definição) e anormais e afirmava que os indivíduos com parafilias eram incapazes de responder a estímulos não bizarros. Oito diferentes desvios sexuais eram listados: homossexualidade, fetichismo, pedofilia, travestismo, exibicionismo, voyeurismo, sadismo e masoquismo. As categorias de outros desvios sexuais e desvios sexuais não especificados também foram incluídas. Observe-se que tanto o exibicionismo quanto o voyeurismo foram adicionados, mas a associação a violação foi removida. O desvio sexual foi considerado um transtorno de personalidade.

O DSM-III (APA, 1980) foi a primeira edição a incluir critérios diagnósticos para parafilias. Também confirmou que *"atos incomuns ou bizarros são necessários para a excitação sexual. Tais imagens e atos tendem a ser insistente e involuntariamente repetitivos"* (APA, 1980). A zoofilia foi adicionada, mas a homossexualidade foi removida da lista de parafilias. A homossexualidade ego-distónica continuou a ser listada como uma perturbação mental, mas não como uma parafilia. No DSM III-R, para além do referido anteriormente, essas imagens e atos eram persistentes e involuntariamente repetitivos e envolviam preferência pelo uso de objetos não humanos; atividade sexual repetitiva com humanos envolvendo sofrimento ou humilhação real ou simulada; ou atividade sexual repetitiva com parceiros que não consentiram. O que também não era claramente definido é que muitos indivíduos que têm um problema de desvio sexual também têm um comportamento sexual completamente normal, significando que ambos podem existir em qualquer indivíduo. Além disso, "crianças" foi especificamente adicionado à lista de pessoas que não consentiram, e o *frotteurismo* foi adicionado à lista das parafilias. Zoofilia e seis outras parafilias foram listadas como exemplos de parafilia não especificada de outra forma (NOS).

No DSM-IV (APA, 1994), os critérios diagnósticos parafílicos incluíram a seguinte declaração: *"As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento*" (APA, 1994). No DSM-IV-TR (APA, 2000), os critérios diagnósticos para

as parafilias não criminais (ou seja, fetichismo, sadismo sexual, masoquismo sexual e fetichismo travesti) eram idênticos aos do DSM-IV (APA, 1994). Para as parafilias criminais (ou seja, exibicionismo, *frotteurismo*, pedofilia e *voyeurismo*), os critérios de diagnóstico foram alterados para o seguinte*: "A pessoa agiu com base nesses impulsos sexuais, ou os impulsos ou fantasias sexuais causam acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal"* (APA, 2000).

Um cuidado foi adicionado ao texto: "uma parafilia deve ser distinguida do uso não patológico de fantasias, comportamentos ou objetos sexuais como um estímulo para a excitação sexual em indivíduos sem parafilia" (APA, 1994).

O DSM-5 (APA, 2013) consagrou uma distinção entre as parafilias e perturbações parafílicas – uma parafilia é enquadrada como uma condição necessária, mas não suficiente para diagnosticar uma perturbação parafílica, o clínico agora deve avaliar a existência de uma parafilia, mas diagnosticar uma perturbação apenas na presença de sofrimento e/ou disfunção do paciente. Os critérios diagnósticos para as parafilias não criminais permanecem inalterados. Os critérios para as parafilias criminais (exceto na perturbação pedofílica) incluem uma nova frase: *"O indivíduo agiu de acordo com esses impulsos com uma pessoa que não consentiu"* (APA, 2013). Para a perturbação pedofílica, a formulação do critério foi mantida no estilo DSM-IV-TR (APA, 2000): *"A pessoa agiu com base nesses impulsos sexuais, ou os impulsos ou fantasias sexuais causam acentuado sofrimento ou interpessoal dificuldade"*. Ao contrário dos critérios de diagnóstico para as outras parafilias, o interesse nas crianças não precisa ser maior do que os desejos normofílicos do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde listou pela primeira vez na sexta edição da CID (OMS, 1948) o "Desvio sexual" (320.6). Na CID-8 (OMS, 1965), o desvio sexual (302; observe a mudança no número do código) foi subdividido em oito categorias (homossexualidade, fetichismo, pedofilia, travestismo, exibicionismo, *voyeurismo*, sadismo e masoquismo), bem como "outros e categorias não especificadas". O *frotteurismo* não foi incluído, mas a homossexualidade ainda foi listada como uma perturbação mental. Na CID-9 (OMS, 1975), a categoria diagnóstica de desvios e distúrbios sexuais foi expandida para incluir transexualismo, disfunções sexuais, distúrbios de identidade psicossexual (por exemplo, distúrbio de função de género) e homossexualidade ego-distónica. Os desvios sexuais incluíam zoofilia, pedofilia, travestismo, exibicionismo, fetichismo, *voyeurismo*, masoquismo sexual e sadismo sexual. Nesta edição, a homossexualidade foi retirada da lista de desvios sexuais. A CID-10 (OMS, 1990) renomeou a categoria de perturbação psicossexual como perturbação de preferência sexual. Esta categoria incluía travestismo de duplo papel (ou seja, travestismo sem excitação sexual ou desejo de transição), além de travestismo fetichista. Combinou sadismo sexual e masoquismo sexual em uma única nova categoria, o sadomasoquismo. Em contraste com a edição do DSM que estava em vigor na época (APA, 1987), o *frotteurismo* não estava listado na CID-10

O ativismo político levou à remoção das parafilias não criminais da CID, primeiro nos países nórdicos e depois pela OMS internacionalmente (Krueger *et al.*, 2017).

**Conclusões**

Por definição, em qualquer sociedade, haverá pessoas que aceitam e pessoas que desprezam as normas sexuais. É essencial perceber e valorizar que o que é moral em relação à sexualidade normal depende fortemente e é tão transitório quanto a cultura e a opinião pública da época.

As parafilias, no entanto, são uma construção psiquiátrica com sérias implicações sociais e jurídicas.

A história forma a base para o entendimento da parafilia e sua evolução conceptual. As parafilias transcenderam séculos e são descritas direta ou indiretamente nas escrituras, mitologias, manuscritos, inscrições e murais, cavernas pré-históricas e monumentos. A

história da nosologia das várias versões do DSM e da CID, com suas interessantes vicissitudes de acréscimos e remoções de diagnósticos sexuais iluminam a fragilidade desses diagnósticos.
Não foi encontrada documentação extensa devido à estigmatização associada a estes quadros e as implicações médico-legais que lhes estão subjacentes.

**Fontes e Bibliografia selecionada**


Aggrawal, A. (2009). References to the paraphilias and sexual crimes in the Bible. Journal of Forensic and Legal Medicine, 16(3), 109-114.
American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.).
American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.).
American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.).
American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.).
American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).
American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., rev.).
American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
Balon, R. (2016). Practical guide to paraphilia and paraphilic disorders. Springer.
Basu, Shreeya & Bhardwaj, Y. Ashutosh & Chatterjee, Surobhi. (2019). Portrayal of Paraphilia in History 1 2 3. Indian Journal of Health, Sexuality & Culture, 5(2)
Bradford, J. M., & Ahmed, A. G. (2014). The natural history of the paraphilias. *The Psychiatric clinics of North America*, *37*(2), xi–xv. https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.010.
De Block, A., & Adriaens, P. R. (2013). Pathologizing sexual deviance: a history. *Journal of sex research*, *50*(3-4), 276–298. https://doi.org/10.1080/00224499.2012.738259.
Ehrhardt, A.A. (2007) John Money, Ph.D, The Journal of Sex Research, 44:3, 223-224. https://doi.org/10.1080/00224490701580741
Ellis, H. H. (1936). Studies in the psychology of sex. New York: Random House
Giami, A. (2015). Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Archives of sexual behavior*, *44*(5), 1127–1138. https://doi.org/10.1007/s10508-015-0549-6
Hugh-Jones, S., Gough, B., & Littlewood, A. (2005). Sexual exhibitionism as 'sexuality and individuality': A critique of psycho-medical discourse from the perspectives of women who exhibit. Sexualities, 8(3), 259-281.
Janssen D. F. (2018). "Voyeuristic Disorder": Etymological and Historical Note. *Archives of sexual behavior*, *47*(5), 1307–1311. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1199-2
Janssen, D. F. (2020). From *Libidines nefandæ* to sexual perversions. *History of psychiatry*, *31*(4), 421–439. https://doi.org/10.1177/0957154X20937254
Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1998). Sexual behavior in the human female. Indiana University Press.
Krafft-Ebing, R. von. (1922). Psychopathia Sexualis, Repr. Brooklyn: Physicians & Surgeons.
Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., & Briken, P. (2017). Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and

Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Archives of sexual behavior*, *46*(5), 1529–1545. https://doi.org/10.1007/s10508-017-0944-2
Metzl J. M. (2004). Voyeur nation? Changing definitions of voyeurism, 1950-2004. *Harvard review of psychiatry*, *12*(2), 127–131. https://doi.org/10.1080/10673220490447245
Moser, C., & Kleinplatz, P. J. (2020). Conceptualization, History, and Future of the Paraphilias. *Annual review of clinical psychology*, *16*, 379–399. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095548
Nomis, A. O. (2013). The History & Arts of the Dominatrix. Anna Nomis Ltd.
Shorter, E. (2007). About the history of sexuality. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesulet lapja = official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, *9*(1), 31–33.
World Health Organization. (1948). *International Statistical Classification of Diseases*. Geneva: WHO. 6th rev.
World Health Organization. (1955). *International Statistical Classification of Diseases*. Geneva: WHO. 7th rev.
World Health Organization. (1965). *International Statistical Classification of Diseases*. Geneva: WHO. 8th rev.
World Health Organization. (1975). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: WHO. 9th rev.
World Health Organization. (1990). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: WHO. 10th rev.

# EU SOU O QUE SOU: A FICÇÃO DA IDENTIDADE NA PSIQUIATRIA

**Cátia Guerra*; Berta Ramos**; Filipa Santos Martins****
* Centro Hospitalar Universitário São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Assistente hospitalar de psiquiatria
** Centro Hospitalar Universitário São João, Interna de psiquiatria
*** Centro Hospitalar Universitário São João, Interna de psiquiatria
Emails: catiaguerra07@gmail.com; bertamramos@gmail.com; afilipasantosmartins@gmail.com

**Resumo**
A existência de uma identidade definida é considerada um indicador de saúde e a sua perturbação está presente em diferentes patologias mentais.
A partir de uma abordagem crítica de autores como Alasdair MacIntyre e Paul Ricoeur, propomo-nos analisar a evolução conceito de identidade e o seu adoecimento, assim como a importância da identidade narrativa no tratamento psicoterapêutico. Por fim, procuramos ensaiar respostas à pergunta: precisamos mesmo de uma identidade?
A ausência de uma identidade estável é frequentemente sentida como fonte de sofrimento e incapacidade. Desta forma, a narrativa de si cria um sentido de estabilidade, unicidade e continuidade ética. Porém, a existência de uma identidade una e definida é questionada, nomeadamente por diferentes contextos culturais, perspectivas críticas e não narrativas e não é isenta de riscos. Frequentemente, o diagnóstico psiquiátrico pode surgir como projecto discursivo no qual a identidade é (re)construída.

**Palavras-chave**: identidade narrativa, perturbação mental, psicoterapia

**Abstract**
The existence of a defined identity is considered a signal of health and identity is troubled in several mental disorders.
Based on a critical approach of authors such as Alasdair MacIntyre and Paul Ricoeur, we analyse the evolution of the concept of identity and its pathology, as well as the significance of identity narrative in the psychotherapeutic treatment. Finally, we suggest answers to the question: do we really need an identity?
The absence of a stable identity often causes suffering and incapacity. As a consequence, self-narrative creates a sense of stability, unicity and ethical continuity. However, the existence of a unified and defined identity is questioned by different cultural contexts, critical and non-narrative perspectives and is not risk-free. The diagnosis can emerge as a discursive project in which identity is (re)constructed.

**Key-words**: narrative identity, mental disorder, psychotherapy

***

## Introdução

No conto "Adams" de George Saunders (2006), Roger encontra Adams, o vizinho, em sua casa de roupa interior e Adams diz-lhe "eu sou o que sou". As ruminações de Roger sobre esta afirmação fazem-no acreditar que o vizinho é pedófilo, logo um abusador de crianças, e a desenvolver uma paranóia contra ele. Se somos o que somos, não podemos ser outro(s). A ideia de identidade tem sido essencial na prática psiquiátrica, na consciência e governo de si, na forma como nos definimos e experienciamos, com pontos em comum com outros conceitos, tais como self. Mas de que falamos quando falamos de identidade?

Neste trabalho, a partir das obras filosóficas de Alasdair MacIntyre e Paul Ricoeur e clínicas de Michael White, analisam-se diferentes perspectivas sobre o conceito de identidade, particularmente de identidade narrativa, e aborda-se o seu uso no tratamento psicoterapêutico. Finalmente, ensaiam-se respostas à pergunta: precisamos mesmo de uma identidade?

**A consciência de si**

Ser sujeito, pessoa ou indivíduo são palavras usadas frequentemente de forma idêntica ou com diferenças que dependem do autor o do campo em que são usadas (Butler, 1997). De acordo com Michel Foucault (2000), ser sujeito implica uma construção através de diferentes agenciamentos que são simultaneamente uma forma de governo e de autoconsciência, de dominação e de autoconhecimento. Frequentemente, o sujeito define-se através de discursos que não sendo exclusivamente psiquiátricas são características desse campo. Desta forma, um sujeito tem emoções, pensamentos, vontade e também uma personalidade, uma identidade e um self. Estes são conceitos que permitem objectivar e definir aquilo que cada um é.

Self e identidade são ideias que atravessaram diferentes usos e definições e que podem ser categorizadas em cinco perspectivas com vários desdobramentos. Nomeadamente, a perspectiva transcendental, fenomenológica, hermenêutica, integrativa ou de predomínio materialista[1]. Se certos autores equivalem a identidade ao self, outros, como Karl Jaspers (2007), defendem a identidade como um dos aspectos da autoconsciência. A autoconsciência incluiria a demarcação (ser diferente do que me rodeia e dos outros), a actividade (ser aquele que pensa e age), a unidade (ser apenas um em cada momento) e a identidade (ser o mesmo ao longo do tempo).

A ideia de identidade como continuidade psíquica continua a ser comum na prática clínica e pode desdobrar-se na continuidade da memória, de carácter, de existência de alma ou substancia espiritual, na posse e consciência das diferentes experiencias (Parfit, 1984). No mesmo âmbito, a identidade, considerada estável e gradualmente produzida, relaciona-se com as ideias de normalidade e saúde mental, considerando-se que as pessoas com "uma perturbação da identidade, um sentido do self e uma auto-imagem marcadamente e persistentemente instáveis" (American Psychiatric Association, 2013) tendem a apresentar sofrimento e a desenvolver perturbações mentais tais como Esquizofrenia, Perturbação *Borderline* da Personalidade e a Perturbação Dissociativa da Identidade. A unidade perdida deve ser restaurada na terapia. Pelo contrário, a ausência de identidade, ou a presença de uma identidade instável, pode ser considerada normal ou mesmo valorizada, nomeadamente em diferentes contextos culturais (Morris, 1984) e perspectivas filosóficas (Metzinger, 2011).

Regressando às diferentes conceptualizações sobre identidade, na perspectiva hermenêutica, a identidade narrativa, segundo a qual a identidade é contruída através de histórias, procura conciliar a ideia cartesiana do self como principio da identidade e da identidade como mera ilusão (Zahavi, 2011). Segundo esta teoria, a identidade é simultaneamente permanente e mutável, resultante de um processo em construção durante o qual o sujeito constrói o seu sentido de si e os seus valores. Deste processo, resultaria uma "identidade boa", o que, aplicada ao campo psiquiátrico, corresponderia a uma identidade saudável. Contudo, esta ideia mantém velhas e gera novas questões, nomeadamente: o que é uma identidade boa ou saudável e a que forças obedece.

[1] baseado em (Zahavi, 2005)

**Identidade como uma história**

A ideia de identidade narrativa foi formulada por diferentes autores, nomeadamente por Alasdair MacIntyre, Charles Taylor e Paul Ricoeur. Apesar das diferenças, estes autores defendem que a identidade é construída através de histórias e existe um entrelaçamento entre a experiência vivida e as histórias que a configuram (Schechtman, 2011).

Para Alasdair MacIntyre (2011) ,o sujeito é um contador de histórias integradas numa tradição e numa prática, e da sua narração e avaliação surge uma racionalidade que lhe permite fazer escolhas e ter uma vida boa, ou seja virtuosa, voltada para o cuidado do outro, por oposição ao individualismo e ao emotivismo. Por seu lado, Paul Ricoeur (1990) distinguiu a idem-identidade, ou seja a identidade numérica (a singularidade) e qualitativa (a semelhança externa), ininterrupta ao longo do desenvolvimento e ligada à ideia de carácter (o conjunto de disposições duráveis pelas quais uma pessoa é conhecida), da ipse-identidade, ou seja da fidelidade a si mesmo no cumprimento da palavra dada, que se inscreve na dimensão ética e na promessa. Assim sendo, a ipse-identidade é uma forma de permanência no tempo que inclui mutabilidade e alteridade e cuja coerência ética resulta das histórias que se contam. Ambas as perspectivas de identidade narrativa colocam o seu enfase nos valores e na agência do sujeito e partilham entre si uma dimensão cultural e histórica, nomeadamente a importância de a narrativa incluir e ser construída através de mitos, tradições e narrativas comuns), e uma dimensão normativa, ou seja, é o narrar da experiência que permite a criação de sentido e valores.

No campo psiquiátrico, a prática confessional, inicialmente impondo a "verdade" psiquiátrica ao sujeito, foi-se modificando. A psicanálise introduziu a importância da interpretação e do diálogo, a emergência de narrativas alternativas e a construção de uma identidade que considera as idiossincrasias de cada sujeito. Se o referencial de normalidade a partir do qual a doença se afere, remete para a forma saudável como o sujeito deve sentir pensar e agir, a relação com estas tecnologias não é apenas de submissão, mas o sujeito modifica-as, adere-lhes ou rejeita-as, recriando-se e recriando-as através da sua incorporação (Hacking, 1995). Hoje, o diálogo é o fundamento da prática clínica e dele emergem histórias repletas significados. A exegese da história biográfica, o uso da autobiografia, a procura do significado dos acontecimentos numa história de vida e, consoante os objectivos diagnósticos ou terapêuticos, o recontar de histórias que validem ou desconstruam o discurso associado à doença, são práticas comuns no campo psiquiátrico. Assim, a reflexão sobre si e a interpretação feita à luz de teorias biomédicas ou outras, a separação ou união da doença e identidade, conduz a uma modificação da consciência de si. A (re)construção de histórias nas quais surge e se modifica a identidade do sujeito é frequentemente associada a uma redução do sofrimento, pretende dar sentido ao passado (Bruner, 1990) e criar um "projecto de vida". Contudo, persiste a pergunta: o que faz uma história boa?

**Some stories are better than others**

Este é o título de um livro ((Hoyt, 2000)) baseado na canção dos Smiths: "Some girls are bigger than others"[1]. Se um conjunto de histórias está subjacente à construção da identidade, será importante contar a melhor história para ter a melhor identidade. O uso da narrativa na terapia foi impulsionado pela Psicanálise (Rorty, 1989), é transversal a várias psicoterapias e usado de forma explícita na Terapia narrativa, segundo a qual uma história saudável é uma história que realça a autoria do sujeito, destaca as excepções à história da doença e as inscreve numa narrativa coerente, reescrita pelo próprio com a colaboração de outros (Michel White, 2007). Para Paul Ricoeur e Alasdair MacIntyre, uma história boa é uma história em que o sujeito constrói os seus valores, integrados na

[1] The Smiths, The Queen is Death (1986)

dimensão ética de uma comunidade. Assim sendo, a melhor história da identidade seria uma história em construção, aberta, criadora de sentido(s) e de autoria partilhada.
Contudo uma história boa depende também das tecnologias através das quais se afere. Se em certos contextos é valorizada uma história de cooperação e resistência ao padrão dominante, contada através da comunidade em que o individuo se insere, outros valorizam o empreendedorismo de si e o expandir das suas capacidades (Sugarman, 2015). Enquanto isso, ambos apontam para uma ideia de sujeito ideal e contêm em si as técnicas adequadas para governá-lo (Guerra, 2021). A ideia de que as psicoterapias devem promover práticas de subjetivação vinculadas à resistência está presente na Terapia Narrativa, e também noutras práticas psiquiátricas, como os métodos da Psiquiatria Comunitária e do Diálogo Aberto (Seikkula & Trimble, 2005). No seu livro *Narrative Practice - Continuing the Conversations*, Michael White (2011) pergunta "como podemos fazer para subverter as hierarquias de conhecimentos que privilegiam as afirmações de conhecimento profissional e abrir novas possibilidades para a dissidência?"
Os riscos da identidade narrativa prendem-se com o que torna a história boa ou saudável, única e excepcional. Sabendo que todas as histórias são determinadas por discursos e práticas, também as histórias que compõem a identidade resultam de processos de adaptação e dominação (Foucault, 2000) relacionados com dispositivos de moralidade e normalidade. Considerando que a falta de adaptação e o desvio à norma estão presentes no conceito de doença mental, essas "novas possibilidades em suas vidas" seriam possibilidades mais saudáveis o que também poderia significar que os sujeitos estariam mais adaptados às racionalidades políticas e às tecnologias de poder. Em segundo lugar, a narração dos acontecimentos como um todo coerente pode ocultar outras narrativas, fragmentadas e incompletas, "desajustadas", inclusivamente desvalorizando a possibilidade de não narrar ou a impossibilidade de contar. Na prática psiquiátrica, o paciente pode incorporar a narrativa associada ao diagnóstico ou a narrativa da pessoa em tratamento, vulnerável ou especial. Frequentemente, a autonarrativa é também uma narrativa da doença, quase mimetizando a narrativa médica, o que pode ser deletério ou funcionar como um recurso autoconstituinte (Guerra, 2016). Há ainda as questões do que é relevante para a história e de quem conta a história. Para Mikhail Bakhtin (1984), o self é polifónico, necessariamente construído por várias vozes e histórias. Assim sendo, pode-se concluir que uma história dialogada e polifónica originaria uma "melhor identidade" do que uma história contada a uma só voz. Mas de que vozes se fala? A voz da psiquiatria, do pai agressor ou vozes alucinatórias? A análise dos autos de prisão do século XIX em França, realizada por Michel Foucault (2017), é um bom exemplo de que não há respostas dicotómicas. Nesse caso, os únicos registos que existem sobre a identidade das pessoas detidas são contados através do poder que as prendeu.

**A identidade é necessária?**

Nas manifestações do tempo da Troika, um dos pregões era "E um governo para quê? Para quê? Para quê?". Apesar de ser dirigido ao governo da altura pode-se aplicar a mesma questão ao governo de si e da identidade, precisamos mesmo deles? Qualquer defensor da identidade narrativa diria que a identidade é necessária porque permite ter um sentimento de continuidade e uma normatividade ética. Outros autores defendem a identidade como algo que não se consegue negar pois, não havendo provas de que existe, é intuitivamente experienciada (Metzinger, 2011).
No seu artigo "Contra a narratividade", Galen Strawson (2004) argumenta contra a tese descritiva, segundo a qual a experiência da identidade é narrativa, e a tese normativa, segundo a qual a narrativa é essencial para uma vida moralmente boa, defendendo que existem pessoas que têm uma vida sincrónica, vivendo-a por acontecimentos sem organização entre si, e que mantém comportamentos éticos. Também o Budismo

reduccionista (Sidderts, 2011), usado como fundamento teórico de várias psicoterapias, defende a inexistência do self e que a ideia de pessoa é uma concepção ficcional que só é útil até certo ponto. Quando o sujeito é confrontado com a sua impermanência, a ideia de identidade origina sentimentos de alienação, frustração e desespero. Talvez a identidade não seja assim importante, pois apenas consiste num conjunto de certos factos e estes sim, a sua escolha e as razões dela, são relevantes (Parfit, 2011) Contudo, comummente a crítica à identidade normativa parece configurar um regresso à identidade como uma escolha do que o sujeito deve ser, centrada nos seus compromissos éticos e morais, também ela normativa e que não faz mais do que reproduzir conceptualizações prévias. presente por exemplo em certos movimentos de utentes que defendem a afirmação da loucura ou da reconfiguração de um diagnóstico psiquiátrico como uma forma de identidade (Rashed, 2019). Qualquer perspectiva identitária pode ser considerado um instrumento de subjectivação, por um lado um recurso autoconstituinte, por outro uma constrição da liberdade forçando o sujeito a identificar-se como identidade. Do ponto de vista pragmático, na prática psiquiátrica, continua a ser útil a divisão de Karl Jaspers na caracterização psicopatológica dos sintomas e o uso das histórias que em terapia se questionam, modificam e acrescentam. Frequentemente, a narrativa que emerge da prática dialógica na psiquiatria pode surgir como projecto discursivo no qual a identidade é (re)construída. Se a vocação última da psiquiatria for a redução do sofrimento, e a identidade, ou a ideia dela, servir este propósito, então, poderíamos dizer, tal como Daniel Dennettt (1992), que a identidade é uma ficção útil. Contudo, sem deixar de considerar que nem a incoerência da narrativa identitária é sinónimo de doença, nem a qualidade de uma história é independente dos critérios pelos quais é avaliada.

**Conclusão**

A ideia de identidade boa e saudável são dois lados do mesmo fenómeno (Cavel, 2011), e é mediante os discursos e práticas possíveis, aceites e condicionados, que se seleccionam certas histórias, contadas e agrupadas de determinada forma. Se o resultado destas histórias resultar numa identidade conveniente, importa perguntar que forças definem essa conveniência e a sua finalidade. É melhor ser uno do que ser múltiplo? Melhor para quê?

A pergunta seguinte poderia não ser se a identidade existe ou se precisamos dela, mas o que fazer com ela.

Não existindo uma definição consensual de identidade é a plasticidade do conceito que permite a sua operatividade a qual oscila entre considerar a identidade como uma fatalidade ou uma escolha, resultado de determinação ou resistência, compatível com uma engenharia identitária da criação de si. Voltando à frase do conto de George Saunders: eu sou o que sou e também posso ser outro.

**Bibliografia**

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.

Butler, J. (1997). *The psychic life of power*. California: Stanford University press.

Cavel, M. (2011). The self: growth, integrity, and coming apart. In S. Gallagher (Ed.), *The oxford handbook of the self* (pp. 592-608). Oxford: Oxford University Press.

Dennett, D. (1992). The Self as a Center of Narrative Gravity In P. C. a. D. J. Frank Kessel (Ed.), *Self and Consciousness: Multiple Perspectives*. New York: Psychology Press.

Foucault, M. (2000). The Subject and the Power (R. Hurley, Trans.). In J. Faubion (Ed.), *Power. Essential Works of Foucault. 1954-1984* (pp. pp. 326-348). New York: The New Press.
Foucault, M. (2017). La vie des hommes infâmes. In *Dits et Ecrits, tome 2 1976 - 1988* (pp. pp. 237-253). Paris: Gallimard
Guerra, C. (2016). *Só longe daqui acharás o que falta da tua identidade. Perturbação borderline da personalidade: a construção do diagnóstico e as marcas da identidade no corpo* (Vol. Tese de Mestrado): Universidade de Coimbra.
Guerra, C. (2021). A critical approach to subjectivation processes in psychiatry and their correlation with distinct political ideas. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences, 14*(1), 1-8.
Hacking, I. (1995). The looping effects of human kind. In D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.), *Symposia of the Fyssen Foundation. Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351-394). New York: Clarendon Press/Oxford University Press.
Hoyt, M. (2000). *Some Stories are Better than Others: Doing What Works in Brief Therapy and Managed Care*. New York: Routledge.
Jaspers, K. (2007). *Psychopathologie générale*. Paris: Bibliotheque des introuvables.
MacIntyre, A. (2011). *After virtue*. London: Bloomsbury.
Metzinger, T. (2011). The no-self alternative. In S. Gallagher (Ed.), *The oxford handbook of the self* (pp. 279-296). Oxford: Oxford University Press.
Morris, B. (1984). *Anthropology of the self: the individual in cultural perspective*. Colorado: Pluto Press.
Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.
Parfit, D. (2011). The unimportance of identity. In S. Gallagher (Ed.), *The oxford handbook of the self* (pp. 419-441). Oxford: Oxford University Press.
Rashed, M. A. (2019). *Madness and the Demand for Recognition - A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil.
Rorty, R. (1989). *Contingency, irony, and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press.
Saunders, G. (2006). *In persuasion nation*. London: Bloomsbury.
Schechtman, M. (2011). The narrative self. In S. Gallagher (Ed.), *The oxford handbook of the self* (pp. 394-418). Oxford: Oxford University Press.
Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process, 44*(4), 461-475.
Sidderts, M. (2011). Buddhist no-self: the no owner's manual. In S. Gallagher (Ed.), *The oxford handbook of the self* (pp. 297-315). Oxford: Oxford University Press.
Strawson, G. (2004). Against narrativity. *Ratio (new series), XVII*(4), 428-452.
Sugarman, J. (2015). Neoliberalism and Psychological Ethics. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 35*(2), 103-116.
White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton & Company.
White, M. (2011). *Narrative Practice: Continuing the Conversations*. London/ New York: Norton.
Zahavi, D. (2005). *Subjectivity and Selfhood: Investigating the first-person perspective*. Massachusetts: MIT Press.
Zahavi, D. (2011). Unity of Consciousness and the problem of the self. In S. Gallagher (Ed.), *The oxford handbook of the self* (pp. 316–338). Oxford: Oxford University Press.

# MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY

**Bárbara Moura*; Raquel Ribeiro Silva**; Jorge Bouça*****
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
* Interna de Formação Especializada em Psiquiatria
** Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria
*** Assistente Hospitalar Graduado Sénior em Psiquiatria
E-mail: barbararmoura@gmail.com

**Abstract**
Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP), also known as Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA), is a disorder characterised by feigning or inducing, in another person, either medical, psychological, or behavioural signs and symptoms. It has been more commonly described in mother-child dyads. MSBP was first described and named in 1977 by Roy Meadow, in relation to the name already used for the Factitious Disorder Imposed on Self.
This work aims to explore historical and current representations, epidemiology, clinical features, and explanatory theories for this condition, as well as a reflection on the role of mental health professionals in its management.

**Keywords**: Síndrome de Munchausen por Procuração, Perturbações Factícias, Abuso Infantil, Mecanismos Psicológicos, História da Psiquiatria

***

## Introduction

Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP), also known as Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA)(1, 2), designates a disorder characterised by feigning or inducing, in another person, either medical, psychological, or behavioural signs and symptoms, or, alternatively, intentionally aggravating or feigning symptoms of a pre-existing condition, for which the individual procures medical attention and treatment. The diagnosis is assigned to the individual who is feigning the symptoms, rather than the victim.
The terminology used to describe these situations is varied. Terms such as Factitious Disorder by Proxy (FDBP), Fabricated or Induced Illness (FII) and Medical Child Abuse (MCA) have been used(3). Besides the terms designating the condition itself, more descriptive terminology has been used for the behaviours themselves, such as MSBP abuse. The individual who feigns or induces the symptoms is commonly referred to as "perpetrator" or "abuser", while the person being subjected to these behaviours is referred to as the "victim", which illustrates the fundamental abusive nature of the disorder. It takes place within care-taking relationships with uneven power dynamics, being classically described and most thoroughly studied in parent-child relationships.

## Definition and History

The first use of the expression "*Munchausen's syndrome by proxy*" in literature is attributed to John Money and June Werlwas, who in 1976 published "*Folie à Deux in the Parents of Psychosocial Dwarfs: Two Cases*", a report of two cases of failure to thrive which were found to be attributable to physical and emotional child abuse(4). However, in these cases the parents did not aim to cause symptoms to elicit medical attention, which wasn't intentionally sought, thusly not meeting criteria for FDIA. In both cases, the parents exhibited denial of the abusive nature of their behaviours, instead affirming the existence

of pathology in the children that justified their actions, to a degree that lead the authors to designate the belief as a shared "*delusion of righteous parenthood*".

The description of the disorder as presently established is attributed to Roy Meadow, a British paediatrician, who in 1977 described two cases of non-accidental injury to children induced by parents, stating that "*the long-running saga of hospital care was reminiscent of the Munchausen syndrome, in these cases by proxy*"(5).
Meadow reported on the case of a girl who had been admitted to hospital multiple times and been submitted to several invasive procedures, from ages 3 to 6, with repetition urinary infections. Reference is made to the child having been born after fertility treatments, and she had an older brother who was healthy. The child's mother was described as having been "*concerned and loving in her relationship with [the child], and yet sometimes not quite as worried about the possible cause of the illness as were the doctors*". The serial emergence of several types of pathogens in the child's urine and the mother's behaviour led physicians to suspect of intentional symptom falsification. This theory was affirmed after several urine specimens collected and analysed under staff supervision showed no changes, only for the ones left in the mother's presence without supervision to contain blood and debris. Further evidence was obtained by administering xylose to the child, to certify if the urine samples came from here by testing for its presence. The mother was suspected to have history of altering her own urine samples. She was referred to a psychiatrist, after which the child stopped having medical issues.
A second case of a boy showing symptoms due to hyponatraemia from 6 weeks of age was also described. He came to be hospitalised at least monthly due to vomiting, drowsiness, and excessive sodium urinary excretion, with increasing frequency and severity. All tests performed showed no abnormality while in hospital. Physicians came to the conclusion that the most likely cause was excessive sodium ingestion, hypothesising that the mother, who was a nurse, might have been administering it through the use of feeding tubes and suppositories. Regrettably, the child passed away before arrangements being made by social services were put in place. The mother later attempted suicide, leaving a note "*thanking the doctors for their care*".
Meadow describes both mothers as having been "very pleasant people to deal with, cooperative, and appreciative of good medical care", who "*flourished [on the ward] as if they belonged, and thrived on the attention that staff gave to them*". It came to be known in both cases that both mothers had a history of falsifying their own medical records and treatment, and had been labelled as having "hysterical personalities". He concludes that such cases represent child abuse.
FDIA behaviour may range from active inducement of symptoms (which may or may not be life threatening) to beliefs that the child is ill and in need of care despite all evidence and reassur- ance to the contrary(6).
Libow and Schreier (1986) differentiate between three types of presentations of this disorder(7), which might have different underlying psychological mechanisms. They designate these individuals as either "Help seekers", "Doctor addicts", or "Active inducers". In the first case, the mother presents the ill child in lieu of her own psychological distress, trying to soothe fears of parental incompetence resulting from these stresses. This category falls less under the umbrella of MSBP than the latter two. "Doctor addicts" might not directly provoke harm to the child, bringing them to medical attention under false pretences, and may have a genuine, almost delusional conviction that the child is ill. Carers that purposefully induce symptoms in the child fall under the category of "Active inducers".

**Classification**

In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)(8), Factitious Disorders are included in the section pertaining to Somatic Symptom and Related Disorders. The code 300.19 encompasses Factitious Disorder Imposed on Self and Factitious Disorder Imposed on Another (previously designated Factitious Disorder by Proxy). Diagnostic criteria are identical, namely, there is falsification of physical or psychological signs or symptoms, or induction of injury, with the difference that in the second condition this falsification is imposed on another person (named the "victim"), who is the one presented to others as ill, impaired, or injured. In both cases, the deceptive behaviour must be evident even in the absence of obvious external rewards (which differentiates it from Malingering), and not better explained by another mental disorder, such as psychotic disorders.

In the World Health Organisation's International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10)(1), Factitious Disorders (or Intentional production or feigning of symptoms or disabilities, either physical or psychological, F68.1), fall under the section of Disorders of adult personality and behaviour. The category of Factitious disorder imposed on another (F68.A) was only added to the classification in its 2019 version. The 11th revision of the ICD is more similar to the DSM-5, having established a separate category for Factitious Disorders, with separate codes for disorders imposed on self (6D50) or imposed on another (6D51).

**Clinical Features and Epidemiology**

Due to the deception aspect of this disorder, accurate statistics are difficult to establish. Based on observational, population-based studies of reported cases of MCA, the estimated annual incidence is 0.4 to 1.2 per 100,000 in children younger than 16 years of age(3).

MSBP is more frequent in parent-child dyads, but it may affect carers of people with intellectual disability, dementia, or other mental illness(9, 10) or even pets(11, 12).

The carer was the mother, or a female caregiver(9), in 76-93% of cases(3, 13-15). Fathers or male caregivers are the perpetrators in 7% of cases(13), and in these instances the victim is three times more likely to be male. Otherwise, no differences have been found regarding the gender of the victim(13). Perpetrators have often been characterised in the literature as having professional training or a strong interest in health care, and frequently having a health-related profession(3, 13, 15). Reports regarding caretaker internet blogs in cases of MSBP have found that, while it is not uncommon for parents of chronically ill children to blog about their child's medical course, differences were noted in the case of parents suspected of medically abusing their children were noted, such as gross distortions of the information received from medical providers, describing an escalation of the severity of their children's illnesses(16).

Victims' average age at time of diagnosis is 4 years old, and in more than half the cases the diagnosis was made before 24 months of age(13). Despite this, cases involving adolescents have been reported(17, 18). The diagnosis occurred, in average, from 1 to 2 years after symptom onset(13). In terms of outcomes, 7,3% of victims suffered long-term or permanent disability, and 6% died as a result of their maltreatment. Not only can this type of abuse in childhood cause comorbid emotional and behaviour problems, cases have been reported of victims corroborating and participating in the perpetrator's deception, or even developing factitious disorder imposed on self(19).

The carer may incorrectly report, exaggerate or feign symptoms(18), manipulate laboratory findings(17, 20) of purposefully poison, with medication(21-26) or other substances(27, 28), or physically injure the victim(29-31), sometimes preventing lesions from healing(32).

Common complaints include respiratory symptoms(33), gastrointestinal and feeding issues(20, 22), urinary symptoms such as haematuria(17, 20, 26, 29), seizures and other neurological issues(25-27), pain(20), fever(22, 34), and bleeding(18, 30, 32, 33). Some victims present with multiple symptoms mimicking complex conditions, such as systemic autoimmune disorders(26, 34). A case of purposeful overfeeding with the objective of causing obesity has been reported(35).

Common red flags and general features that might help identify MSBP include caregiver dissatisfaction with treatment, not expressing relief when victim's symptoms or condition improves, symptoms arising in the presence of the caregiver (and/or clinical improvement occurring when they are separated), symptoms that are atypical or do not correlate with medical observation, illness that is recurrent, unexplained, unusual, or prolonged and does not respond to treatment as expected, inconsistent patient histories, and siblings of victim also presenting with similar or unusual symptoms(3, 36). Attempts have been made to develop a screening instrument for MCA, using common characteristics found in the caregivers, case presentation and laboratory findings(37).

The course of factitious disorders is usually intermittent, with single episodes or persistent and unremitting presence of symptoms being less frequent(8). Specifically in the case of MSBP, the disorder may begin after hospitalisation of the individual's child or other dependent(8).

MSBP presents with different degrees of severity(3), ranging from mild cases of excessive medical visits for a similar complaint; moderate severity, in which significant disruption in the life of the child is caused, but would not be expected to be life-threatening; to severe, potentially fatal cases.

**Differential Diagnosis**

MSBP requires differentiation from an undiagnosed medical condition, and in moderate to severe cases, demands a high index of suspicion and a coordinated approach by all members of the healthcare team(3).

Other forms of abuse, such child neglect, are often comorbid with MCA. However, the harm to the child in other forms of abuse does not come from unnecessary and potentially harmful medical care(3).

Both in malingering and in factitious disorders, symptoms are feigned consciously, in an intentional, deliberate, controlled manner. However, in the latter, the incentive for the behaviour is an internal one, and of a non-reflective and unaware nature, resulting in primary gain. The attainance of health care and the patient role are central, aiming to obtain comfort and protection from others, with clinicians placed in the caregiving role(38). In the second, there is secondary gain, usually of a material kind, and actions are cognisant and self-reflected(10). Malingering by proxy has been described(12).

Nonetheless, distinction between the two (and with other cases of medically unexplained symptoms) isn't always linear(39), and both can be comprehended as expressions of interpersonal behaviour(38). Kozlowska also questions the possibility to establish a clear distinction between volitional and non-volitional processes, since the use of dissimulation and deception develops early in life as an adaptive mechanism in disruptive environments, before language and explicit cognitive processes arise, resulting in increasingly complex behavioural patterns further distorted by subsequent losses and traumas(38). While factitious disorder is mostly discussed in the context of patient care, most studies on malingering centre on forensic or medicolegal contexts(10).

**Psychological Mechanisms**

Individuals diagnosed with FDIA are often found to also suffer from depression, Personality Disorders, Somatic Symptom Disorders, including Factitious Disorder

Imposed on Self, as well as have insecure attachments, unresolved trauma/loss and PTSD and reported past experiences of child abuse and mental health issues as a child(3, 13, 15, 19, 40-43).

Early disturbed attachment and difficulties in the separation-individuation stage might cause these individuals to fail in constructing a stable and coherent sense of self(42). Particularly in cases of physical and sexual abuse in childhood, the physical body might be the only constant in the midst of this instability, and become a tool of self-expression and determination — the domain of control and of the sense of self are placed entirely on the body. The sense of powerlessness brought on by those early experiences and aggression felt towards inadequate carers are turned against the self. Self-harm and eating disorders, other care-eliciting behaviours frequent in individuals with insecure attachment, are common in women with FDIA(6, 42).

In mother-child dyads, this disorder has been suggested to represent an abnormality in the attachment system(19), and an enmeshed, fused relationship(42). Women with a fragmented sense of self might struggle to mentalise the mind of the child, to view them as a subjective creature with desires and feelings separate from her. The child becomes a part-object, a narcissistic extension of the mother's own body, and subject to the same inwards aggressive impulses(42).

In the same right, the abuser limits the authonomisation of the "sick" child, thus perpetuating the cycle of disturbed separation-individuation.

This behaviour can also be understood in regards to its communicative and care-seeking functions(42, 44). Women who feel powerless and without legitimate claim for help and respect in their own right might turn to their socially determined role as mothers or carers for a sense of identity and external approval. Anthropologist Nancy Scheper-Hughes has described somatisation and FDIA as "*the weapon of the weak*".

FDIA might also be conceptualised as a learned behaviour(40). Reinforcing children's sick role behaviour may lay the groundwork for the later dysfunctional utilisation of factitious behaviour. Individuals with positive experiences with legitimate medical care or hospitalisation may in turn fabricate illness to receive that attention and care, particularly when deprived of other positive relationships(40). This need might be obtained through FDIS or FDIA, with the behaviours often occurring in cycles.

Rand attempts to formulate an explanatory model for MSBP with three factors that lead to the behaviour and reinforce one other, creating habit strength(40):

1.Drive — discharge of dysphoric affect, which can cause distortions in perception and judgment ;

2.Breakdown in Internal Inhibitions — the child is depersonalised, either by virtue of a primary lack of empathy and attachment or by mechanisms that undermine and override such feelings;

3.Neutralization of External Inhibitions — others who might act as external inhibitors of the abusive behavior (such as the other parent or physician) are chosen for their vulnerability to manipulation or deception; social isolation of the perpetrator may also contribute to the absence of external inhibitions.

**Management**

Evidence on formal treatment outcomes for those diagnosed with Factitious Disorders is largely unavailable, due to the rarity of these diagnoses and difficulties in establishing them. Also, most treatment is court-ordered(43).

Factors conferring better prognosis include(3):

1.Presence of an identifiable stressor at the time of the abuse;

2.Admission of false reporting and/or induction of illness by the perpetrator;

3.Cooperation by the perpetrator with child protection, pediatric, and psychiatric services;
4.Long-term multidisciplinary child protection, social work, medical, and psychiatric follow-up is in place for the victim and perpetrator.

Cases studies and clinical experience show that treatment can be beneficial in MSBP cases when abusers are able to acknowledge the abuse, experience remorse and empathy for their victim, and when there is effective family support. A treatment protocol targeting the families affected by MSbP has been developed by Mary Sanders and Brenda Bursch, the ACCEPTS treatment model (43). The acronym comprises its five components:

1.*ACcknowledge* (recognition and ownership by the abuser of the inappropriate behaviours that harmed or could have harmed the victim);
2.*Coping* (development of a wider range of alternative effective coping strategies to manage personal emotional needs);
3.*Empathy* (development of the ability to empathise with the victim);
4.*Parenting* (development of appropriate parenting skills);
5.*Taking charge* (recognition of their power by the abuser and how to utilise it appropriately); and
6.*Support* (maintenance of support and monitoring systems such as supportive family and professional services).

This model includes individual therapy plans for alleged abusing parents/caretakers, victims, and other family members, as well as co-parenting and family therapy.
The issue of disclosing the induced nature of the symptoms to children may pose ethical challenges to clinicians. Cardona and Asnes have proposed that staged disclosure is a necessary condition for effective patient–physician partnerships in a medical setting, supported by ethical principles of psychological and medical care(45).
MSBP is identified by some as a particularly disturbing form of child abuse, especially in the case of women, for the use of the what is seen as the ostensibly caring role of "mother" to inflict harm on the child.(42) Previous studies found that female perpetrators usually seen as affable and caring by professionals and are more likely to be valued in the child's medical care, while men, on the other hand, are more often perceived as hard to deal with, overly demanding, overbearing, unreasonable, and litigious(40). However, a study that looked at anonymous online opinions on cases of MSbP found that individuals viewed female perpetrators as "worse" than male counterparts(46).
Motz theorises that professionals' blind spots in recognising female violence, particularly when it involves maternal abuse, and the idealisation of the maternal role, may delay the detection of MSBP.(42, 44)
While MSBP might be initially identified by healthcare professionals treating the victim, significant psychiatric history is common among perpetrators, increasing the likelihood that they have had previous contact with mental health services. A history of insecure attachment is a consistent finding in MSBP perpetrators. This seems to be in line with literature on transgenerational transmission of attachment, which indicates that insecure attachment in one generation is likely to be seen in the next generation, unless some intervening variable or event takes place which reduces the risk or improves resilience(6). The finding that many FDIA perpetrators have health or care-related professions or interests is also consistent with Bowlby's argument that insecure attachment may manifest itself as 'compulsive care giving'(6).
However, while psychological theories provide a framework for comprehending the development of FDIA, evidence indicates that motivations offered by perpetrators are varied and that their acknowledgement isn't necessary to determine if a child has

experienced harm(3), and shouldn't limit interventions of healthcare professionals. Victims of FDIA abuse are at risk of not only direct physical injury, caused by the perpetrator or for needless medical procedures, but also psychological consequences, from insecure attachment to developmental delays and learning problems induced by unnecessary isolation at home, hospitalization, and treatment procedures(47).

**Conclusion**

Despite it being a relatively rare condition, mental health professionals should be familiarised with MSBP evaluation, clinical features, prognosis, and management, as they might be called upon to evaluate MSBP perpetrators from a forensic standpoint, or to have a role in the assessment and treatment of both perpetrators and victims.

**References**

1.World Health O. ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision. 2nd ed ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
2.Organization WH. ICD-11: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2020 Version ed. Geneva: World Health Organization; 2018.
3.Roesler TA, Jenny C. Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). In: Lindberg DM, Drutz JE, Wiley JF, editors. UpToDate: UpToDate, Waltham, MA (Accessed May, 2021); 2020.
4.Money J, Werlwas J. Folie a deux in the parents of psychosocial dwarfs: two cases. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1976;4(4):351-62.
5.Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet. 1977;2(8033):343-5.
6.Adshead G, Bluglass K. A vicious circle: transgenerational attachment representations in a case of factitious illness by proxy. Attach Hum Dev. 2001;3(1):77-95.
7.Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? Am J Orthopsychiatry. 1986;56(4):602-11.
8.Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Publishing; 2013.
9.Burton MC, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. J Hosp Med. 2015;10(1):32-5.
10.Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. New Oxford Textbook of Psychiatry: Oxford University Press; 2020.
11.Tucker HS, Finlay F, Guiton S. Munchausen syndrome involving pets by proxies. Arch Dis Child. 2002;87(3):263.
12.Amlani A, Grewal GS, Feldman MD. Malingering by Proxy: A Literature Review and Current Perspectives. J Forensic Sci. 2016;61 Suppl 1:S171-6.
13.Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse Negl. 2003;27(4):431-51.
14.Schreier H. Munchausen by proxy. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2004;34(3):126-43.
15.Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. Child Abuse Negl. 2017;72:45-53.
16.Brown AN, Gonzalez GR, Wiester RT, Kelley MC, Feldman KW. Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: a window on the caretaker's thinking? Child Abuse Negl. 2014;38(3):488-97.
17.Aksoy GK, Koyun M, Çomak E, Mutlu C, Akman S. An adolescent presenting with acquired acute renal damage: Answers. Pediatr Nephrol. 2018;33(10):1687-8.

18.Kelley DM, Curran KA. Medical Child Abuse: An Unusual "Source" of Vaginal Bleeding. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019;32(3):334-6.
19.Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. Lancet. 2014;383(9926):1412-21.
20.Mantan M, Dhingra D, Gupta A, Sethi GR. Acute kidney injury in a child: A case of Munchausen syndrome by proxy. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2015;26(6):1279-81.
21.Bright R, Eisendrath S, Damon L. A case of factitious aplastic anemia. Int J Psychiatry Med. 2001;31(4):433-41.
22.Koetting C. Caregiver-fabricated illness in a child. J Forensic Nurs. 2015;11(2):114-7.
23.Rabbone I, Galderisi A, Tinti D, Ignaccolo MG, Barbetti F, Cerutti F. Case Report: When an Induced Illness Looks Like a Rare Disease. Pediatrics. 2015;136(5):e1361-5.
24.Akın O, Yeşilkaya E, Sari E, Akar Ç, Başbozkurt G, Macit E, et al. A Rare Reason of Hyperinsulinism: Munchausen Syndrome by Proxy. Horm Res Paediatr. 2016;86(6):416-9.
25.Gomila I, López-Corominas V, Pellegrini M, Quesada L, Miravet E, Pichini S, et al. Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report. Forensic Sci Int. 2016;266:e18-e22.
26.Kuhne ACA, Pitta AC, Galassi SC, Gonçalves AMF, Cardoso ACA, Paz JA, et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking childhood-onset systemic lupus erythematosus. Lupus. 2019;28(2):249-52.
27.Braham MY, Jedidi M, Chkirbene Y, Hmila I, ElKhal MC, Souguir MK, et al. Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Case Report of Three Siblings. J Forensic Nurs. 2017;13(1):39-42.
28.Dyer C. Parents gave baby alcohol and antihistamines in case of induced illness. Bmj. 2017;356:j1451.
29.Ali SN, Ali AN, Ali MN. MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY: THE OVERLOOKED DIAGNOSIS. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2015;27(2):489-91.
30.Moon LM, Childress KJ, Isaac R, Adeyemi-Fowode O. Medical Child Abuse: A Case Presenting as Anogenital Bleeding of Unknown Origin in an Older Child. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2018;31(6):637-9.
31.Houas Y, Fitouri F, Hamzaoui M. Fabricated or induced illness in twins associated with insertion of trocar needles into their bodies. Paediatr Int Child Health. 2019;39(3):227-9.
32.Swonke ML, Smith SA, Ohlstein JF, Siddiqui F, Szeremeta W, Pine HS. Unexplained destructive nasal lesions in half-brothers: A possible case of Munchausen syndrome by proxy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019;123:75-8.
33.Yalndağ-Öztürk N, Erkek N, Şirinoğlu MB. Think Again: First Do No Harm: A Case of Munchausen Syndrome by Proxy. Pediatr Emerg Care. 2015;31(10):720-1.
34.Wittkowski H, Hinze C, Häfner-Harms S, Oji V, Masjosthusmann K, Monninger M, et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: case report and review of the literature. Pediatr Rheumatol Online J. 2017;15(1):19.
35.Nogueira-de-Almeida CA, de Almeida C, Pereira NI, de Souza Filho NA, de Oliveira VA. Obesity as a Presentation of Munchausen Syndrome by Proxy. J Trop Pediatr. 2018;64(1):78-81.
36.Abeln B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. Nurs Clin North Am. 2018;53(3):375-84.
37.Greiner MV, Palusci VJ, Keeshin BR, Kearns SC, Sinal SH. A preliminary screening instrument for early detection of medical child abuse. Hosp Pediatr. 2013;3(1):39-44.
38.Kozlowska K. Abnormal illness behaviours: a developmental perspective. Lancet. 2014;383(9926):1368-9.

39.Chafetz M, Dufrene M. Malingering-by-proxy: need for child protection and guidance for reporting. Child Abuse Negl. 2014;38(11):1755-65.
40.Rand DC, Feldman MD. An explanatory model for Munchausen by proxy abuse. Int J Psychiatry Med. 2001;31(2):113-26.
41.Adshead G, Bluglass K. Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. Br J Psychiatry. 2005;187:328-33.
42.Motz A. The Psychology of Female Violence: Crimes Against the Body2008.
43.Sanders MJ, Bursch B. Psychological Treatment of Factitious Disorder Imposed on Another/Munchausen by Proxy Abuse. J Clin Psychol Med Settings. 2020;27(1):139-49.
44.Scheper-Hughes N. Disease or deception: Munchausen by Proxy as a weapon of the weak. Anthropol Med. 2002;9(2):153-73.
45.Cardona L, Asnes AG. Disclosure of caregiver-fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. Clin Child Psychol Psychiatry. 2019;24(3):494-502.
46.Anderson APA, Feldman MD, Bryce J. Munchausen by Proxy: A Qualitative Investigation into Online Perceptions of Medical Child Abuse. J Forensic Sci. 2018;63(3):771-5.
47.Heubrock D. Münchhausen by proxy syndrome in clinical child neuropsychology: a case presenting with neuropsychological symptoms. Child Neuropsychol. 2001;7(4):273-85.
48.Criddle L. Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy. Crit Care Nurse. 2010;30(6):46-55; quiz 6.

# SNEZHNEVSKY, ESQUIZOFRENIA PROGRESSIVA E O ABUSO POLÍTICO DA PSIQUIATRIA NA UNIÃO SOVIÉTICA

**Vera Barata*; João Bastos*; Daniela Magalhães***
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
*Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria
Email: vera.barata@hff.min-saude.pt

**Resumo**
Na União Soviética, desde finais dos anos 50, assistiu-se ao uso sistemático da psiquiatria como instrumento de repressão política. Neste período, o regime totalitário de ideologia comunista vigente na URSS promoveu o abuso político crescente da psiquiatria, classificando comportamentos de dissidência política como manifestação de doença mental. O conceito de esquizofrenia progressiva, desenvolvido por Andrei Snezhnevsky, surgiu assim como um diagnóstico conveniente. De acordo com este, a esquizofrenia progressiva designaria um subtipo de esquizofrenia lentamente progressiva que afetaria indivíduos assintomáticos ou com sintomas ligeiros, nos quais poderiam surgir ideias grandiosas de instituição de reformas na sociedade. Este diagnóstico foi aplicado a oponentes ao estado soviético, com o propósito de desacreditar as suas ideias e de deter milhares destes em hospitais psiquiátricos. Neste trabalho, os autores propõem-se a explorar este diagnóstico à luz do clima histórico-cultural da época.

**Palavras-chave**: Snezhnevsky; Esquizofrenia Progressiva; União Soviética; Abuso Político da Psiquiatria

**Abstract**
In the Soviet Union, since the late 1950s, psychiatry has been used as an instrument of political repression. During that period, the totalitarian regime of communist ideology prevailing in the USSR promoted the growing political abuse of psychiatry, by classifying behaviours of political dissent as a manifestation of mental illness. The concept of sluggish schizophrenia would designate a slow progressive subtype of schizophrenia affecting individuals with no symptoms or with mild ones, in whom grandiose ideas of establishing reforms in society could emerge. This diagnosis was applied to opponents of the soviet state, with the purpose of discrediting their ideas and detain thousands of them in psychiatric hospitals. In this work, the authors propose to explore this diagnosis according to the historical-cultural atmosphere of the time.

***

## Introdução

Desde finais da década de 1950, assistiu-se, na União Soviética, ao abuso político da psiquiatria de modo sistemático. Previamente a este período, durante a era stalinista (entre 1927 e 1953), os dissidentes políticos eram afastados da sociedade através do sistema Gulag. Este sistema consistia num conjunto de campos de trabalhos forçados para criminosos e presos políticos e de execuções em massa. Como tal, durante esta época, a psiquiatria assumia ainda pouca importância no controlo da dissidência (Tobin, 2013). É após a morte de Josef Stalin, em 1953, com o subsequente governo de Nikita Khrushchev, que o Partido Comunista tenta restabelecer uma imagem menos repressiva. Por conseguinte, ocorre o desmantelamento dos Gulag, que termina definitivamente em 1960. Neste contexto, a psiquiatria surge como uma alternativa mais dissimulada e útil na

repressão de comportamentos de dissidência política que estavam em crescendo no país (Tobin, 2013).

**A abordagem soviética da doença mental**

Nos anos 60, já sob o governo de Nikita Khruschev e após o desmantelamento dos Gulag, cada vez mais pessoas começavam a expressar dúvidas acerca da ideologia marxista-leninista e do exercício de poder autoritário por parte do estado, colocando o regime em perigo. Assim, declarar uma pessoa como doente mental e encaminhá-la para um tratamento involuntário nos hospitais psiquiátricos, inacessíveis ao controlo público, por tempo indefinido, era, para as autoridades, uma alternativa perfeita às atrocidades de Stalin, e conveniente, dada a falta de legislação no país no que se referia à regulamentação da prática psiquiátrica.

Em 1959, o jornal estatal Pravda publicou um discurso de Khruschev sobre saúde mental, no qual este afirmava: "Um crime é um desvio das normas de comportamento comummente reconhecidas, frequentemente causado por perturbações mentais. Pode haver doenças, perturbações nervosas entre certas pessoas numa sociedade comunista? Evidentemente que sim. Se assim for, então também haverá infrações, que são características de pessoas com mentes anormais. Sobre os que podem começar a apelar à oposição ao comunismo nesta base, podemos dizer que claramente o seu estado mental não é normal" (Van Voren, 2015).

A perspetiva soviética da doença mental, ilustrada aqui através da citação de Khruschev, terá contado com duas influências determinantes na sua génese: por um lado, a ideologia marxista-leninista, por outro, o modelo do condicionamento clássico de Pavlov.

-A influência da ideologia marxista-leninista

A União Soviética, constituindo um estado de ideologia marxista-leninista, era naturalmente influenciada por esta mesma ideologia no que se refere à abordagem soviética da doença mental.

Na viragem do século XIX para o século XX e até à Revolução Bolchevique em 1917, as práticas psiquiátricas russas e ocidentais eram bastante semelhantes na sua orientação. As teorias de Freud, por exemplo, eram seguidas por vários psiquiatras soviéticos nos primeiros anos do período bolchevique. Contudo, na década de 1930, sob o governo de Stalin, deu-se o isolamento da medicina soviética das influências ocidentais e, com ele, a erradicação das teorias de Freud. A psicanálise foi oficialmente categorizada como uma "pseudociência burguesa", a tradução das obras de Freud cessou e o material anteriormente traduzido tornou-se quase inacessível. Os psiquiatras soviéticos desconfiavam do ênfase da psicologia ocidental na individualidade, que se opunha ao ênfase da ideologia soviética no coletivo, não podendo tolerar a ideia de o comportamento do ser humano ser governado por instintos irracionais e egoístas que partiam do inconsciente. Aderiram, por sua vez, ao modelo marxista-leninista de que o comportamento era maioritariamente determinado por fatores sociais e objetivos (Bloch, 1978).

Karl Marx compreendia o Homem como uma soma da suas relações sociais, afirmando que quaisquer manifestações da vida individual eram "uma manifestação e afirmação da vida social" (Segal, 1977). Lenin reproduziu o entendimento de Marx na sua teoria do reflexo, na qual ele afirma que "a consciência humana não só reflete o mundo objetivo, como também o cria", defendendo assim que o pensamento e o comportamento individual surgem como produto da experiência social (Katvan, 1978).

Neste sentido, à luz do entendimento marxista-leninista, a saúde mental surgiria como um reflexo da estrutura social, pelo que, segundo este raciocínio, a doença mental surgiria

como consequência de um sistema capitalista e de exploração, devendo esta desaparecer aquando da implementação de um sistema comunista (Tobin, 2013).

O entendimento marxista-leninista da consciência permitiu à psiquiatria soviética adotar a visão de que um cidadão mentalmente são era um cidadão que vivia de acordo com as expectativas e as normas da sociedade, pelo que comportamentos antissoviéticos eram vistos como sintomáticos de doença mental, podendo esta ser curada através da reeducação ideológica, de correção comportamental e de uma relação reconstruída com o estado. Assim, os psiquiatras soviéticos assumiam um papel ativo no tratamento dos doentes ao encorajá-los a incorporar um comportamento e uma ideologia concordantes com a sociedade soviética, sendo o objetivo principal do tratamento a reintegração do doente na comunidade e a adoção de uma atitude de responsabilidade social, na qual as necessidades do coletivo tinham prioridade sobre as do indivíduo (Bloch, 1978).

- A influência do modelo do condicionamento clássico de Pavlov

Ivan Pavlov, fisiologista russo, enunciou o modelo do condicionamento clássico, popularizado no início do século XX. Entre as suas múltiplas experiências com cães, surge a sua famosa experiência em que toca o sino cada vez que os alimenta, sendo que, após repetir este padrão por diversas vezes, o toque do sino por si só desencadeia o reflexo salivar dos cães. Esta experiência levou-o a propor uma distinção entre reflexos incondicionados (inatos) e reflexos condicionados (adquiridos, com base na experiência – por exemplo a associação entre o toque do sino como estímulo e a salivação como resposta). Com base nestas observações, enunciou a teoria do condicionamento clássico, focando-se no papel do condicionamento na psicologia do comportamento (Bloche, 1986).

Este modelo de aprendizagem, com a sua implicação otimista de que as ligações naturais estímulo-resposta podiam ser remodeladas sem limites através do reflexo condicionado, tornou-se o fundamento para a abordagem soviética da saúde mental. Ao representar uma promessa de infinita plasticidade comportamental, a teoria de Pavlov concedeu uma força intelectual substancial ao desenvolvimento de uma abordagem psiquiátrica da dissidência, nomeadamente ao promover o papel ativo dos psiquiatras na tarefa de construção socialista, através da reeducação ideológica e da correção comportamental dos dissidentes. Para os psiquiatras soviéticos, os princípios de Pavlov apresentavam um apelo científico genuíno, não sendo interpretados como instrumento de repressão (Bloche, 1986). Em 1950, numa reunião conjunta da *All-Union Neurological and Psychiatric Association* e da *Academy of Medical Sciences*, o modelo do condicionamento clássico de Pavlov foi declarado como a única doutrina aceitável para a prática e investigação de saúde mental na União Soviética (Van Voren, 2015).

**A psiquiatria como ferramenta de repressão política**

A psiquiatria adquire utilidade como ferramenta de repressão política, na medida em que, tal como afirmou o dissidente e físico Andrei Sakharov, "o diagnóstico de doença mental é nebuloso e isto aumenta a probabilidade de ações erradas, arbitrárias ou criminosas" (Sakharov, 1990). Além disso, a hospitalização de pessoas incómodas ao regime é um método particularmente conveniente, porque o internamento não tem um término definido, pelo que, se necessário, as pessoas podem ser mantidas internadas enquanto continuarem a ter ideias contrárias ao regime. Adicionalmente, designar uma pessoa como doente mental proporciona uma oportunidade perfeita para rejeitar crenças políticas ou religiosas incómodas, uma vez que estas passam a ser encaradas como produto de uma mente doente, não devendo ser levadas a sério, permitindo assim perpetuar a ilusão de

que não há oposição ao regime e de que este tem o apoio total da população (Van Voren, 2015).

Relativamente ao modo como decorria esta utilização da psiquiatria como instrumento de repressão na União Soviética, há que ter em conta que o Partido Comunista se infiltrava na vida do psiquiatra comum de diversas formas.
Ao nível da formação médica, é de referir que 25% do currículo do estudante de medicina era dedicado ao estudo de temas políticos como Marxismo-Leninismo, economia política, materialismo dialético, materialismo histórico, história do Partido Comunista, e ateísmo científico (Bloch, 1978). Já quando finalizavam o curso de Medicina, ao contrário dos médicos ocidentais que faziam o Juramento de Hipócrates, os médicos soviéticos juravam o Juramento do Médico Soviético que, como argumenta o historiador Robert Van Voren, "deixava claro que a responsabilidade última do Médico Soviético era para com o Partido Comunista, não para com a ética médica" (Van Voren, 2013).
Há ainda que ter em conta as relações de dependência que se estabeleciam entre os psiquiatras soviéticos e o estado. Esta dependência envolvia o âmbito científico, na medida em que existia uma hierarquia rígida e uma organização altamente centralizada de instituições de saúde mental, o que facilitava a imposição do abuso político da psiquiatria sobre a comunidade psiquiátrica. Isto acontecia na medida em que, tanto as linhas científicas orientadoras da prática clínica e de investigação como os diagnósticos estabelecidos por uma "instituição superior", eram obrigatórios de seguir por uma "instituição inferior", pelo que os dissidentes internados tinham o seu falso diagnóstico reforçado durante anos. Além disso, a literatura psiquiátrica ocidental tornou-se rara e pouco acessível. Esta dependência envolvia ainda o âmbito económico, uma vez que a prática privada não existia e todos os médicos psiquiatras tinham que trabalhar como funcionários do estado (Van Voren, 2015).
A verdade é que muitos psiquiatras acreditavam que aqueles que ousavam virar-se contra um estado omnipotente e uma ideologia omnipresente deveriam realmente padecer de uma doença mental. Contudo, embora provavelmente a maioria dos psiquiatras soviéticos não soubesse que se tinha tornado parte de um sistema de repressão política, a maioria dos peritos concorda que Snezhnevsky e o seu grupo nuclear de psiquiatras desenvolveram o conceito de esquizofrenia progressiva a pedido do Partido Comunista e do KGB (Van Voren, 2015).

**Andrei Snezhnevsky e a esquizofrenia progressiva**

De modo a facilitar o abuso político da psiquiatria, era necessário expandir a sistema de classificação psiquiátrica para incluir uma nova categoria de diagnóstico passível de ser atribuída aos dissidentes políticos. Isto foi facilitado por Andrei Snezhnevsky, médico psiquiatra principal responsável pela criação do diagnóstico de esquizofrenia progressiva (Tobin, 2013).
Andrei Snezhnevsky trabalhou em estreita colaboração com altos funcionários soviéticos, tais como o Presidente do KGB Yuri Andropov, e foi premiado com posições de prestígio nas instituições académicas e de investigação mais influentes da União Soviética, onde exerceu uma influência significativa sobre o desenvolvimento e a prática da psiquiatria, tendo os seus pontos de vista sido adotados como posições científicas oficiais. Em 1962, Snezhnevsky foi nomeado para o cargo mais elevado da psiquiatria soviética, a direção do Instituto de Psiquiatria da Academia de Ciências Médicas. Snezhnevsky usou a sua influência para promulgar uma teoria do espectro genético da esquizofrenia e para assegurar a sua aplicação em todo o país, pelo que, em meados da década de 1970, o

sistema Snezhnevsky tinha-se tornado a abordagem soviética padrão para o diagnóstico de esquizofrenia (Bloche, 1986).

A classificação Snezhnevsky reconhecia três formas distintas de esquizofrenia, com base no seu curso clínico: forma contínua, *shift-like*, e periódica. Destas três formas, a forma contínua lenta, isto é, a esquizofrenia progressiva, era o diagnóstico mais frequentemente atribuído aos dissidentes políticos (Bloche, 1986).

A noção de esquizofrenia progressiva aumentou a amplitude do diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que, de acordo com Snezhnevsky, os doentes com este diagnóstico mantinham capacidade quase total de funcionar socialmente, apresentando-se inicialmente com sintomas frustes (Holland & Shakhmatova Pavlova, 1977). Como resultado, a esquizofrenia era muito mais diagnosticada em Moscovo do que noutros centros de outros países, tal como sugerido num estudo da Organização Mundial de Saúde de 1972. Esta discrepância devia-se principalmente ao facto de os clínicos de Moscovo terem maior tendência para atribuir o diagnóstico de esquizofrenia a doentes não psicóticos (Bloche, 1986). Estatísticas relativas à incidência de esquizofrenia progressiva na população da URSS variam entre 1.44:1000 e 5:1000 (Smulevich, 1989).

Historicamente, o estudo de formas de esquizofrenia latentes teve origem na investigação de Eugen Bleuler, e foi posteriormente desenvolvido por várias escolas psiquiátricas. Na psiquiatria soviética há uma longa tradição de estudo de formas "suaves" de esquizofrenia (Smulevich, 1989).

A esquizofrenia progressiva apresentaria um curso lentamente progressivo, caracterizado por manifestações subclínicas no período latente, sintomas psicopatológicos evidentes no período ativo e, depois, uma redução gradual dos sintomas positivos, com os sintomas negativos a assumir uma posição predominante no quadro clínico durante o período de estabilização, determinando um prognóstico reservado (Smulevich, 1989).

A esquizofrenia progressiva podia ser vista como uma forma relativamente independente, intermédia entre as psicoses esquizofrénicas e as perturbações de personalidade. Estudos clínicos definiram variantes nas quais ou sintomas pseudopsicopáticos ou pseudoneuróticos predominavam (asténicos, histéricos, obsessivo-fóbicos, despersonalizantes, ou cenesto-hipocondríacos), assim como variantes caracterizadas por sintomas paranóides ou sintomas negativos (esquizofrenia progressiva "simples") (Smulevich, 1989). Considerava-se que os doentes com sintomas paranóides sobrevalorizavam a sua própria importância na sociedade e poderiam apresentar ideias grandiosas nomeadamente de instituição de reformas na sociedade, apresentando como sintomas "delírio de reforma" e "luta pela verdade" (Van Voren, 2010). Quanto à presença de sintomas negativos, certos autores referem que o diagnóstico de esquizofrenia progressiva só podia ser estabelecido na presença de sintomas definitivos de um estado deficitário (Smulevich, 1989). Levit (1977) observou que uma proporção inespecífica de 200 pacientes com esquizofrenia progressiva na URSS assemelhava-se à esquizofrenia simples em curso e desfecho (Serra-Mestres et al., 2000).

Em 1986, o psiquiatra canadiano Harold Merskey, juntamente com a interna de neurologia Bronislava Shafran, analisaram uma série de artigos científicos publicados na principal revista psiquiátrica soviética, o *Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*. Desta análise, concluíram que "a noção de esquizofrenia lentamente progressiva é claramente amplamente extensível e é muito mais variável e inclusiva do que as nossas próprias ideias de esquizofrenia simples ou de estados deficitários residuais. Muitas doenças que seriam provavelmente diagnosticadas noutros locais como perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade ou hipocondria, parecem passíveis de ficar sob a designação de esquizofrenia lentamente progressiva no sistema de Snezhnevsky"(Van Voren, 2015).

**Consequências do abuso político da psiquiatria na URSS**

Em 1983, tendo em conta a uso sistemático da psiquiatria como ferramenta de repressão política, a União Soviética retirou-se da *World Psychiatry Association*, quando se tornou evidente a sua expulsão da mesma. Mais tarde, em 1989, foi autorizada a regressar, uma vez que os prisioneiros políticos estavam a ser libertados e os soviéticos afirmavam que os abusos tinham chegado ao fim. Pouco depois, a URSS desintegrou-se, as antigas repúblicas soviéticas tornaram-se independentes e em todas elas surgiram novas associações psiquiátricas. O abuso político da psiquiatria parecia ser uma questão do passado (Tobin, 2013).

Contudo, nos últimos anos, um crescente número de denúncias referentes ao internamento de ativistas políticos nas passadas repúblicas soviéticas (como a Bielorrússia, Cazaquistão e Rússia) levou a retomar o interesse no problema do abuso da psiquiatria para fins políticos, o que torna este assunto um tema bastante atual e para o qual a comunidade psiquiátrica deve manter-se atenta de forma a prevenir a sua recorrência (Van Voren, 2015).

O abuso político soviético da psiquiatria teve um impacto duradouro na psiquiatria mundial, nomeadamente pelo facto de ter desencadeado discussões sobre ética médica, resultando na Declaração do Havai da *WPA* (Van Voren, 2015), na qual é referido "O psiquiatra nunca deve usar as suas possibilidades profissionais para violar a dignidade ou os direitos humanos de qualquer indivíduo ou grupo e nunca deve deixar que desejos ou sentimentos pessoais impróprios, preconceitos ou crenças interfiram com o tratamento. O psiquiatra não deve em caso algum utilizar os instrumentos da sua profissão uma vez que a ausência de doença psiquiátrica tenha sido estabelecida. Se um paciente ou alguma terceira parte exigir contrariamente ao conhecimento científico ou princípio ético, o psiquiatra deve recusar-se a cooperar" (Tobin, 2013).

**Conclusões**

Desde finais dos anos 50, o regime totalitário vigente na URSS promoveu o uso da psiquiatria como instrumento de repressão política, ao classificar comportamentos de dissidência política como manifestação de doença mental. O diagnóstico de esquizofrenia progressiva, criado por Andrei Snezhnevsky neste período, surgiu como conveniente, tendo sido aplicado a oponentes ao estado soviético, com o propósito de desacreditar as suas ideias e de deter milhares destes em hospitais psiquiátricos. O término destes eventos desencadeou um período de maior reflexão e discussão acerca de ética médica, sendo crucial que a comunidade psiquiátrica se mantenha atenta, de forma a prevenir a recorrência do uso da psiquiatria para fins políticos.

**Bibliografia**

Bloch, S. (1978). Psychiatry as ideology in the USSR. *Journal of Medical Ethics*, *4*(3), 126–131.

Bloche, M. G. (1986). Law , Theory , and Politics : The Dilemma of Soviet Psychiatry. *The Yale Journal of International Law*, *11*(2), 297-361.

Holland, J., & Shakhmatova Pavlova, I. V. (1977). Concept and classification of schizophrenia in the Soviet Union. *Schizophrenia Bulletin*, *3*(2), 277–287.

Katvan, Z. (1978). Reflection theory and the identity of thinking and being. *Studies in Soviet Thought*, *18*(2).

Sakharov, A. (1990). *Memoirs*. Alfred A. Knopf.

Segal, B. M. (1977). Soviet psychotherapy: The tasks and methodological problems.

*Psychiatric Quarterly*, *49*(1).
Serra-Mestres, J., Gregory, C. A., Tandon, S., Stansfield, A. J., Kemp, P. M., & McKenna, P. J. (2000). Simple schizophrenia revisited: A clinical, neuropsychological, and neuroimaging analysis of nine cases. *Schizophrenia Bulletin*, *26*(2), 479–493.
Smulevich, A. B. (1989). Sluggish schizophrenia in the modern classification of mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(4), 533–539.
Tobin, J. P. (2013). Editorial: Political abuse of psychiatry in authoritarian systems. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *30*(2), 97–102.
Van Voren, R. (2015). Fifty years of political abuse of psychiatry - no end in sight. *Ethics, Medicine and Public Health*, *1*(1), 44–51.
Van Voren, R. (2010). Political abuse of psychiatry - An historical overview. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 33–35.
Van Voren, R. (2013). Psychiatry As a Tool for Coercion in Post-Soviet Countries. Retrieved from http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN

# JACOB DE CASTRO SARMENTO (1691-1762) E A ÁGUA DE INGLATERRA NO TRATAMENTO DA HISTERIA

**Maria Guilherme Semedo*; João Rui Pita****
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX
*Doutoranda em Ciências Farmacêuticas; ** Professor Universitário
Emails: maria.guilherme@gmail.com; jrpita@ci.uc.pt

**Resumo**
A água de Inglaterra, um vinho medicinal preparado com quina (uma casca sul-americana com ação antimalárica), foi um medicamento famoso comercializado em Portugal entre o século XVII e o século XIX. Jacob de Castro Sarmento (1691-1762), médico português radicado em Inglaterra, foi um dos seus principais fabricantes.
A água de Inglaterra foi recomendada no tratamento de diversas febres, patologias como a gota ou a disenteria e também no tratamento da histeria. Este artigo visa apresentar e analisar as recomendações do uso da água de Inglaterra no tratamento da histeria na obra *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra* (Sarmento,1756). Nesta obra, Sarmento descreve a sintomatologia dos casos de histeria em que a água de Inglaterra seria eficaz (tristeza, dores de cabeça...) bem como as suas causas (sustos, violentas paixões da alma, entre outros). O tratamento, que Sarmento explica detalhadamente, incluía a água de Inglaterra e outras preparações farmacêuticas.

**Palavras-chave**: histeria, água de Inglaterra, quina, história da psiquiatria, Jacob de Castro Sarmento (1691-1762)

**Abstract**
*Água de Inglaterra*, a medicinal wine with cinchona bark (a South American bark with antimalarial activity), was a famous medicine, marketed in Portugal between the 17th and 19th centuries. Jacob de Castro Sarmento (1691-1762), a Portuguese physician based in England, was one of its main manufacturers. *Água de Inglaterra* was recommended for treating various fevers, diseases such as gout or dysentery and in the treatment of hysteria. This paper aims to present and analyze the recommendations for the use of *Água de Inglaterra* in the treatment of hysteria in the book *Do Uso e Abuso das minha Agoas de Inglaterra* (Sarmento, 1756). In this work, Sarmento describes the hysteria symptoms in which the *Água de Inglaterra* would be effective (sadness, headaches...) as well as their causes (scares, violent passions of the soul, among others). The treatment, which Sarmento explains in detail, included *Água de Inglaterra* and other pharmaceutical preparations.

***

## Introdução
A água de Inglaterra foi um medicamento famoso em Portugal. Era um vinho medicinal produzido com quina, uma casca de propriedades antimaláricas originária da América do Sul. Um dos seus fabricantes mais conhecidos foi o médico português Jacob de Castro Sarmento (1691-1762). Sarmento publicou diversas obras em que promoveu e referiu as aplicações terapêuticas da sua água de Inglaterra. Uma dessas obras foi o livro *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra.*
Este artigo tem como objetivos apresentar e analisar as indicações terapêuticas da água de Inglaterra no tratamento da histeria, apresentadas na obra *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra* (Sarmento, 1756).

**Jacob de Castro Sarmento**

Jacob de Castro Sarmento (1691-1762) foi um médico português judeu e um dos principais fabricantes da água de Inglaterra.

Henrique de Castro (que adotaria mais tarde o nome de Jacob de Castro Sarmento) nasceu em Bragança em 1691, filho de cristãos-novos (Dias, 2012). Ainda criança, muda-se para a cidade de Mértola, iniciando aí os seus estudos (Barnett, 1978; Pinto, 2015). Estuda na Universidade de Évora, tornando-se Mestre em Artes em 1710. Depois ingressa na Universidade de Coimbra, aí obtendo o grau de Bacharel em Artes em 1714 e de Doutor em Medicina em 1717 (Pinto, 2015). Exerceu medicina em Portugal durante alguns anos, nas regiões do Algarve, Alentejo e em Lisboa (Pinto, 2015). Emigra para Inglaterra em 1721, provavelmente por recear ser preso pela Inquisição devido às suas raízes judaicas (Pinto, 2015). Passa a viver em Londres, onde fez parte da comunidade sefardita de Bevis Marks (Pinto, 2015). A admissão no Royal College of Physicians em 1725, permitiu-lhe então exercer medicina em Inglaterra. Em 1730 é eleito sócio da Royal Society. Em 1738 tornou-se médico da delegação portuguesa em Londres (Pinto, 2015). Em 1739 obtém o grau de doutor em medicina na Universidade de Aberdeen (Pinto, 2015), sendo o primeiro judeu no Reino Unido a conseguir esse grau (Barnett, 1978; Dias, 2012). Em 1748 afasta-se da comunidade judaica de Bevis Marks, e ter-se-á depois convertido ao Anglicanismo em 1758 (Pinto, 2015).

Sarmento alcançou sucesso profissional enquanto médico bem como amplo reconhecimento científico. Publicou numerosas obras científicas, promovendo designadamente as teorias de Isaac Newton (1643-1727). Outros temas abordados nas suas obras incluem por exemplo a inoculação das bexigas em *A Dissertation on the Method of Innoculating the Small-Pox with Critical Remarks on the Several Authors who have treated this Disease* (1721), que teve edições subsequentes em latim; ou as propriedades e aplicações terapêuticas de águas minerais, focada designadamente na obra *Syderohydrologia ou Discurso Practico Das Agoas Mineraes Espadanas ou Chalybeadas; Em que se mostra Sua Natureza, compoziçao, Methido de as beber, e os Achaques em que sao̜ Convenientes* (1726) ou no *Appendix ao que se acha escrito na Materia Medica, do Dr. J. de Castro Sarmento, sobre a Natureza, Contentos, Effeytos, e Uso pratico, em forma de bebida, e banhos, das agoas das Caldas da Rainha, partecipado ao Publico em huma Carta escrita ao Dr. J. M. Sachetti Barboza, Socio da Sociedade Real de Londres, & c. A que se ajunta o novo Methodo de fazer uzo da Agoa do Mar, na Cura de muitas Enfermidades Chronicas, em especial noas Achaques das Glandulas* (1ª edição 1753; 2ª edição 1757).

De entre as suas obras destaca-se particularmente a *Materia Medica Physico-Historico-Mechanica* (cuja primeira parte foi editada em 1735 e reeditada em 1758 juntamente com a segunda parte, e que teve um *Appendix* publicado em 1753 e reeditado em 1757) e a *Theorica Verdadeira das Mares Conforme à Philosophia do incomparavel cavalhero Isaac Newton* (1737). Foi também autor da *Pharmacopea Contracta* (1749) com Phelipe de la Cour (Dias, 2012). Publicou ainda obras religiosas (Pinto, 2015). Esteve igualmente envolvido numa tentativa de reforma do ensino médico em Portugal e foi um importante difusor de ideias científicas em Portugal (Pinto, 2015). O comércio da água de Inglaterra fabricada por Jacob de Castro Sarmento ter-se-á iniciado entre 1730 e 1733 (Dias, 2012). Para comercializar a água de Inglaterra que produzia, Sarmento estabeleceu uma extensa rede de "correspondentes" em território português, de Norte a Sul do país (Dias, 2012).

Morre em 1762, sendo enterrado no cemitério anglicano de St. Andrew's em Holborn, Londres. A receita para a preparação da sua água de Inglaterra é deixada à sua mulher e filhos (Barnett, 1978). Mas seria o seu sobrinho-neto André Lopes de Castro que iria reclamar para si o fabrico da água de Inglaterra de Castro Sarmento, alegando que o Jacob de Castro Sarmento lhe cedera a fórmula (Dias, 2012).

## A *Água de Inglaterra*

A água de Inglaterra era um medicamento com quina e vinho. A sua comercialização inicia-se no século XVII e mantém-se até ao século XIX (Dias, 2012). Fazia parte de um grupo de medicamentos designados *remédios secretos*, medicamentos preparados em série cuja fórmula não era conhecida, "na sua maioria, produzidos por estranhos aos grupos profissionais que exerciam tradicionalmente actividades no âmbito da saúde, para serem consumidos a longa distância do local de produção" (Dias, 2012, p. 12-13). A quina, que conferia a este medicamento a sua atividade terapêutica, é uma casca medicinal com diversas substâncias antimaláricas como a quinina. A água de Inglaterra era frequentemente utilizada no tratamento das febres intermitentes, que incluíam as febres terçãs (febres de padrão intermitente com acessos de três em três dias) e as febres quartãs (febres de padrão intermitente que surgem de quatro em quatro dias) também chamadas sezões em Portugal. Estas febres são normalmente associadas pela historiografia da medicina à malária (Oaks Jr., Mitchell, Pearson, & Carpenter, 1991). Hoje em dia, as febres intermitentes causadas pela malária só raramente se observam, desde que se inicie rapidamente uma terapêutica antimalárica adequada. A malária ou paludismo é uma doença grave, capaz de causar a morte, e atualmente existe sobretudo em regiões tropicais (White & Ashley, 2018). No entanto, na época em que a água de Inglaterra foi comercializada, a incidência da malária em Portugal seria ainda significativa (Dias, 2012). Até 1973, a malária foi endémica em Portugal (Gomes, Capinha, Rocha, & Sousa, 2016).
A água de Inglaterra terá sido introduzida em Portugal por Fernando Mendes (1645-1724), médico português da rainha Catarina de Inglaterra (1638 –1705), esposa de Charles II de Inglaterra (1630 –1685) (Dias, 2012). A água de Inglaterra foi fabricada e comercializada por inúmeros indivíduos: médicos, boticários, e pessoas sem formação no âmbito da saúde. Jacob de Castro Sarmento foi um dos fabricantes mais destacados da água de Inglaterra (Dias, 2012).
A água de Inglaterra foi recomendada não só no tratamento de diversas febres, mas também em patologias como a gota e a disenteria, e no tratamento da histeria (Sarmento, 1756; Tavares, 1802; Paiva, 1816).

## A obra *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra* (1756)

O livro *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra*, publicado em 1756 por Jacob de Castro Sarmento resulta de observações do próprio autor, e de relatos de observações e experiências vindos de médicos em vários países. Os leitores poderiam ser médicos, cirurgiões ou o público em geral pois, segundo o autor, mesmo alguém sem conhecimentos médicos poderia utilizar a água de Inglaterra.
A obra *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra* tinha como objetivos indicar as aplicações terapêuticas da água de Inglaterra – em doenças agudas e crónicas e "queixas propriamente de Cirurgia" (Sarmento, 1756, p. 269)– , a "dose, e ocaziam, em que se deve administrar" (Sarmento, 1756, p. 269), apresentar medicamentos de ação complementar ao uso da água de Inglaterra e medidas não farmacológicas (dieta, realização de sangrias, passeios ao ar livre, etc.); e descrever os casos em que a água de Inglaterra não devia ser utilizada.
Neste livro a água de Inglaterra é recomendada para diferentes patologias e sintomas. Sarmento recomenda a água de Inglaterra em diversas febres, que eram então consideradas doenças *per si*, designadamente nas chamadas febres intermitentes, nas "Febres Nervozas, Commumente Chamadas malignas" (Sarmento, 1756, p. 115), nas febres "ardentes" (Sarmento, 1756, p. 99), e nas "Febres Quotidianas" (Sarmento, 1756, p. 133), entre outras. A água de Inglaterra era também recomendada para as bexigas (a

doença que atualmente conhecemos como varíola, ou as marcas que provoca na pele); em hemorragias "de todas as sortes de feridas, na dos narizes, e nas scorbuticas" (Sarmento, 1756, p. xxxiii); na gangrena; e em "affectos hystericos" (Sarmento, 1756, p. 191). Sarmento indicava também a utilidade da água de Inglaterra em "affectos hypocondriacos" (Sarmento, 1756, p. 203); chagas; nas "operaçoens e amputaçoens, ou mutilaçoens de Cirurgia, em que todos os Cirurgioens expertos, e prudentes, depois da execuçam dellas, temem naõ sò huma fatal hemorrhagia, mas as consequencias de huma violenta inflamaçam" (Sarmento, 1756, p. 228-229); feridas devido a "tiros de bala" (Sarmento, 1756, p. 248); prevenção do aborto; para o tratamento de mulheres grávidas com desmaios, vertigens, "pulsos intercadentes, e mui debiles, com hum fastio inexplicavel" (Sarmento, 1756, p. 200); e no pós-parto, para o restabelecimento de forças.

## O tratamento da histeria na obra *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra* (1756)

Segundo Jacob de Castro Sarmento "Nos affectos hystericos, he tambem de admiravel effeito o uso das minhas Agoas, em certos casos, e tempos proprios" (Sarmento, 1756, p. 191). Sarmento indica a existência de 2 tipos ("sortes") conhecidos de "affectos hystericos" (Sarmento, 1756, p. 192) e descreve a etiologia de ambos. Não obstante, segundo ele, a água de Inglaterra apenas era apropriada no tratamento da 2ª "sorte" de "affectos hystericos".

A "Primeira sorte" afetava as senhoras bem constituídas e vigorosas, mas sem ocupação ou trabalho, e curava-se com evacuação do sangue, medicamentos "attemperantes" (Sarmento, 1756, p. 192), banhos com água tépida, "exercicio moderado, e principalmente, sobre tudo, pello matrimonio" (Sarmento, 1756, p. 193).

De acordo com Sarmento, a "Segunda sorte" de "queixas hystericas" tinha causas "totalmente contrarias das da primeira": "grandes evacuaçoens de sangue naturaes, ou arteficiaes" (Sarmento, 1756, p. 193); "aborsos repetidos" (Sarmento, 1756, p. 193-194); "reliquias dos sobre partos"; "violentas paixoens da alma"; sustos; jejuns; "abstinencias continuadas" (Sarmento, 1756, p. 194); e o facto de "o sangue, e mais liquidos, (...) se acha[re]m tam tenues, fracos, e ligeiros, que naõ podem comprimir as arterias, e que faltando esta compressam aos nervos, ficam estes dezordenados, em huma parte produzindo convulsoens, e em outras mostrando a sua summa laxidam, e debilidade" (Sarmento, 1756, p. 196).

O segundo tipo de "affectos hystericos" tinha diversos sinais, indicados no seguinte excerto:

> A cor da cara a tem desmayada, o pulso molle, pequeno, e tardo, a digestam do estomago viciada, humas vezes o sintem azedo, outras com o gosto de ovos podres, cheo de flatos depois de comer, principialmente depois de alguma paixam, tem por vezes nelle dores, de repente lhe vem huma constricçam ou aperto na garganta, como se tivessem hum globo nella, e entam se desmayam, perdem a falla, eo pulso de sorte, que se naõ percebe, dissipasse, e se termina este insulto por arrotos, mas sempre ficam pezadas, e tristes: tem as ourinas geralmente pallidas, no tempo do insulto brancas; sentem vertigens com qualquer movimento extraordinario, palpitaçoens do coraçam, dores de cabeça, e enxaquecas, e algumas vezes dores nos olhos, e de dentes, sem os terem podres, e com tanta violencia, que sam insoportaveis; padecem por vezes tosse secca, e convulsiva, sem excreçam alguma, nauseas, vomitos seccos, tem o animo triste, agitado pellas varias paixoens do medo, ira, sospeitas, odio, amor extremoso, e zellos; em todas as suas acçoens inconstancia, sempre dezejando cousas novas, e sempre desistindo das mesmas que tem dezejado (Sarmento, 1756, p. 194-196)

As pessoas mais facilmente afetadas por esta 2ª "sorte" de "affectos hystericos" eram geralmente "as tenras, debiles, e delicadas" (Sarmento, 1756, p. 194).
Para o segundo tipo de "affectos hystericos", Jacob de Castro Sarmento apresenta os remédios adequados para prevenir o "insulto, ou paroxysmo hysterico" e "para curar regularmente esta enfadonha queixa, ate levala ao estado em que a minha Agoa de Inglaterra, esteja indicada, e possa concluir, e assegurar a sua cura" (Sarmento, 1756, p. 197). O protocolo terapêutico proposto por Castro Sarmento para a cura deste segundo tipo de "affectos hystericos" incluía vários passos: em primeiro lugar fricções no ventre com a mão quente ou com uma baeta, de manhã; depois umas "pirolas" com Russo, xarope de açafrão ou com xarope de Bálsamo do Peru (Sarmento, 1756, p. 197) por 5 a 6 manhãs; em terceiro lugar aplicar nas plantas dos pés uns emplastros de meliloto e alcanfor que "no progresso da cura, se iram renovando de tempo a tempo, e logo que o corpo se julgue lentamente evacuado, por meyo do uso das pirolas precedentes" (Sarmento, 1756, p. 198); deveriam utilizar-se outras "pirolas" com extrato de ruda, de alcanfor, bálsamo do Peru, castóreo da Rússia, assafétida e tintura de alambre (Sarmento, 1756, p. 199) "pello espaço de seis semanas, duas vezes por dia" 3 de manhã e 3 à tarde, 4 horas depois do jantar, "bebendo sobre ellas tres onças das minhas Agoas [de Inglaterra]" (Sarmento, 1756, p. 198). A doente deveria ainda consumir alimentos de fácil digestão, tomar um copo de vinho depois do jantar e da ceia e usufruir do "ar do campo", de "passeos, toda a sorte de divertimentos modestos, e o exercicio, especialmente de andar a cavallo" (Sarmento, 1756, p. 199) que contribuiriam "em grande maneira para o bom successo da cura" (Sarmento, 1756, p. 200).

**Conclusões**

Em conclusão verificamos que Jacob de Castro Sarmento, na obra *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra* (1756) recomenda a aplicação da água de Inglaterra, que fabricava e comercializava, no tratamento de um dos tipos de "affectos hystericos" existentes na prática clínica. Descreve a sintomatologia dos "affectos hystericos" em que a água de Inglaterra seria eficaz, sintomatologia essa que incluía a tristeza, dores de cabeça, palpitações, etc., bem como as suas causas – sustos, violentas paixões da alma, entre outros. O tratamento, que o médico português explica em detalhe, incluía a água de Inglaterra, outras preparações farmacêuticas (como "pirolas" com diversos componentes como o bálsamo do Perú) e medidas não farmacológicas tais como passeios, exercício físico, divertimentos "modestos", dieta com alimentos de fácil digestão e um copo de vinho depois do jantar e da ceia.

**Fontes e bibliografia**

Barnett, R. (1978). Dr Jacob de Castro Sarmento and Sephardim in Medical Practice in 18th-Century London. *Transactions & Miscellanies (Jewish Historical Society of England)*, 27, 84–114. http://www.jstor.org/stable/29778899
Dias, J.P.S. (2012). *A água de Inglaterra. Paludismo e Terapêutica em Portugal no século XVIII*. Casal de Cambra: Caleidoscópio.
Gomes, E., Capinha, C., Rocha, J., & Sousa, C. (2016). Mapping Risk of Malaria Transmission in Mainland Portugal Using a Mathematical Modelling Approach. *PLoS ONE*, 11(11), 1–17. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164788
Oaks Jr., S.C., Mitchell, V.S., Pearson, G.W., & Carpenter, C.C.J. (1991). *Malaria: Obstacles and Opportunities*. Washington, D.C.: National Academy Press.
Pinto, H. de J.F. de O. (2015). *Jacob de Castro Sarmento e o Conhecimento Médico e Científico do século XVIII*. Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
P[aiva], M.J.H. de (1816). *Memoria sobre a excellencia, virtudes, e uso medicinal da verdadeira Agua*

*de Inglaterra da invenção do Dr. Jacob de Castro Sarmento, Membro do Real Collegio dos Medicos de Londres, e Socio da Sociedade Real. &c. actualmente preparada por José Joaquim de C.* Lisboa: Impressão Regia.
Sarmento, J. de C. (1756). *Do Uso e Abuso das minhas Agoas de Inglaterra, ou Directorio, e Instruccam, para Se saber seguramente, quando se deve, ou não, usar dellas, assim nas enfermidades agudas; como em algumas chronicas; e em casos propriamente de Cirurgia.* Londres: Caza de Guilherme Strahan.
Tavares, F. (1802). *Observacões, e reflexões sobre o uso proveitoso, e saudavel da quina na gota.* Lisboa: Regia Officina Typografica.
White, N. J. & Ashley, E. A. (2018). Malaria. In J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. Loscalzo (Ed.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* [Em linha]. (20th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education. Disponível em WWW:URL: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=192280354&bookid=2129&Resultclick=2

# A HIPNOSE AO LONGO DOS TEMPOS

**Ana Almeida*; João Magalhães****
Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto
* Mestre, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
** Mestre em Ciências da Educação, Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Emails: aprcca@gmail.com; jpamag@gmail.com

**Resumo**
A hipnose apresenta-se como um estado de consciência livre e expandido, através do qual, o uso da sugestão e atenção focalizada com base num relacionamento terapêutico, permite que o indivíduo modifique a perceção/emoção/comportamento. Conhecida desde os primórdios da humanidade, foi prática corrente ao longo da história, tendo sofrido alterações na forma como foi perspetivada e aplicada. Atualmente é uma ferramenta terapêutica que permite restabelecer o equilíbrio interno, a harmonia e o bem-estar.

**Palavras-chave**: Erickson; Hipnose; História

**Abstract**
Hypnosis presents itself as a free and expanded state of consciousness, through which the use of suggestion and focused attention based on a therapeutic relationship, allows the individual to modify perception/emotion/behavior. Known since the dawn of humanity, it has been a common practice throughout history, having undergone changes in the way it was envisaged and applied. It is currently a therapeutic tool that allows you to restore internal balance, harmony and well-being.

***

## Introdução
Desde os primórdios dos tempos, que investigadores, cientistas, filósofos e religiosos, procuraram compreender a extraordinária complexidade das emoções e pensamentos, ou seja, a mente humana. Conhecer os diversos fenómenos da hipnose e dos seus estados de transe, é um meio de abordar mais profundamente, o mistério dos nossos pensamentos, contribuindo para o melhor estado possível de equilíbrio pessoal. Com recurso à pesquisa bibliográfica, definiram-se como objetivos, refletir sobre a evolução da hipnose/ conhecer as bases da hipnose moderna de Milton/refletir sobre as aplicações da hipnose moderna em contexto de saúde.

## Discussão
Ao ser considerada o 4º estado de consciência, a hipnose apresenta-se como um estado de consciência livre e expandido, através do qual, o recurso à sugestão e atenção focalizada, permite um relacionamento terapêutico, desencadeando no indivíduo alterações ao nível da perceção, emoção e comportamento (Ferreira, 2013).
A hipnose esteve sempre associada a mistério e superstições, com os seus praticantes associados a instrumentos do demoníaco ou do divino, e as suas curas vistas como milagres…
Sendo considerada uma técnica tão antiga como a própria humanidade, podemos reconhecer os nossos antepassados como hipnólogos, sendo um facto, que civilizações como os Maias, Persas e Astecas, usaram a hipnose como um processo de cura. Os

sacerdotes, feiticeiros, bruxos, xamãs e outros, provocavam um estado de "sono mágico", pelo recurso a rituais com cânticos e danças com ritmos monótonos, que desencadeavam estados de transe hipnótico.

No Antigo Egito, os sacerdotes usavam o poder hipnótico para tratar guerreiros feridos, peregrinos e doentes com vários males, sendo que a indução hipnótica recorria a orações com sugestões terapêuticas. Esta descrição é aludida no manuscrito Papiro Ebers, que revela um caso de trepanação, no qual a anestesia terá sido feita com recurso a uma indução hipnótica. Também esta teoria é comprovada por obras arqueológicas como vasos de cerâmica, onde aparecem figuras de médicos fazendo intervenções cirúrgicas.

Na Grécia existiam os clássicos "Templos de sono ou Templos de sonhos", locais onde os sacerdotes usavam o poder hipnótico para tratar os crentes, através dos seus sermões, fazendo-os adormecer suavemente através de palavras mágicas e despertando- depois já curados.

O declínio aparece com a expansão do Cristianismo, que associa a hipnose a bruxaria. Aos olhos da igreja, a utilização de práticas ou curas que envolvessem algo fora da compreensão humana, era considerado heresia. No entanto, em 1770 e por ironia do destino, é um padre, Joseph Gassner, que faz ressurgir a hipnose com as suas sessões exorcistas. Para Gassner, febres, convulsões, dores e outras moléstias eram causadas por espíritos maus, podendo estas possessões demoníacas ser expurgadas pela hipnose, devolvendo-se o estado de saúde aos pacientes. Com recurso a palavras e frases em latim, orava, gesticulava, gritava ordens, apontava crucifixos de metal, levando o doente a estados de agitação e posterior acalmia, sendo considerado curado (Ferreira, 2013)

Pela mesma altura, o médico Franz Mesmer desenvolve o mesmerismo, teoria pela qual defende a influencia dos astros no aparecimento e cura de doenças. Segundo Mesmer, tal como a Lua influenciava a Terra e o mar, também influenciaria os fluidos corporais, considerando nesta base, que através do magnetismo animal com metais, que propagariam ondas magnéticas, um homem poderia influenciar outro, causando desequilíbrios. Quando a "harmonia magnética" era restabelecida, as enfermidades sumiriam.

Descrições de casos de sucesso atribuídos a Mesmer são relatados, como o exemplo de uma jovem com convulsões, espasmos, vômitos, inflamações intestinais, alucinações, cegueira temporária, sensação de sufocamento, paralisias, dor nos dentes e nos ouvidos. Mesmer acreditando que ela tinha uma "febre histérica causada por desequilíbrio magnético", fez a paciente beber uma solução de água com ferro, colocando de seguida íman no seu corpo. Mais tarde abandona a ideia do magnetismo pelos metais e coloca ênfase no poder das mãos.

Se por um lado, Mesmer foi desacreditado pela comunidade científica da época, foi também apoiado por Puységur que retira a importância dos metais, mas associa o poder da palavra à influência magnética (Ferreira, 2013).

A hipnose avança grandemente com James Braid (1842). Ao afirmar que o fenómeno mesmérico, nada mais era do que o estado decorrente do cansaço muscular e fadiga sensorial, retira a influência do magnetismo animal e assume-o como consequente do poder da sugestão. Defendendo que o estado hipnótico resultava do cansaço muscular dos olhos, provocado pela fixação do olhar num ponto e com sugestão direta, surgiria uma indução de relaxamento e espécie de sono artificial. Introduz assim a palavra hipnose, em alusão ao deus do sono Hypnos. Mais tarde, e após reconhecer que este estado de sono artificial ou transe, seria diferente do estado de sono biológico, Braid tenta mudar o nome da hipnose, propondo a renomeação com Monodeísmo, que significaria concentração sobre uma ideia em detrimento de outras. Isto revelou-se tarde demais, uma vez que o termo hipnose já estava enraizado (Ferreira, 2013).

No século XIX o cirurgião James Esdaile realiza cirurgias e extração de órgãos, com o auxílio da hipnose, catalogando os seus procedimentos para a comunidade científica. O

avanço da farmacologia no campo dos anestésicos químicos, fez com que esta prática começasse a esmorecer.
Anos mais tarde surgem em França duas escolas de pensamento, que assentavam em teorias diferentes: Salpêtrière e Nancy.
Com a escola de Salpêtrière liderada pelo neurologista Charcot, a hipnose é associada a um estado patológico de dissociação, comparando-se o estado de transe à histeria e a anormalidades do sistema nervoso. Baseando-se ainda na influência do magnetismo animal, as suas sessões apresentavam pacientes em transe após crises convulsivas violentas.
Já com a escola de Nancy, liderada por Liébeaut e Benheim, seguidores de Braid, cresce a ideia de que todos os fenómenos hipnóticos, eram de origem subjetiva e essencialmente psicológica, valorizando-se a sugestão e concentração, como ações importantes na indução hipnótica.
É com Sigmund Freud, um entusiasta de Charcot, que se desenvolve o uso da hipnose para tratamento de doentes com histeria, obtendo-se resultados satisfatórios, o que comprovava na altura, que a histeria era um problema de causa psicológica e não somática. De igual forma, bons resultados foram obtidos em doentes com traumas. No entanto, a constatação da dificuldade em induzir a hipnose em alguns doentes, causada pelas resistências que estes ofereciam ao método, levou ao declínio da hipnose, a favor do crescimento da psicanálise, associação livre de ideias e da psicoterapia.
É já durante a 1ª guerra mundial (1914-1918), que o interesse pela hipnose ressurge, talvez influenciado pela crescente necessidade de tratamento, das neuroses existentes na altura.
Nos anos 1900, surge Milton Erickson, pai da hipnose moderna, que ao desenvolver o Modelo Milton, apresenta uma linha que concentra a capacidade de hipnotizar um indivíduo, com base numa conversa: "transe conversacional", trabalhando mecanismos e padrões de linguagem únicos, com recurso a metáforas, pistas verbais e não verbais, indutoras de um estado hipnótico. Para Milton Erickson, o transe hipnótico é despoletado por processos naturais e pela intervenção de um facilitador, que produz o estado de transe através de uma simples conversa e aparentemente informal. O processo assenta num estado temporário de atenção modificada, acompanhada de uma sugestibilidade indireta, aumentada e com mudanças sensoriais, permitindo inerentemente, um estado de relaxamento progressivo. Ao desenvolver um método exclusivo e inovador, pelo qual hipnotizava os pacientes, através de uma simples conversa, o transe conversacional, renovou todas as teorias e técnicas atrás descritas. A sua grande inovação consistiu em utilizar tudo o que o paciente trazia para a consulta, como uma forma de iniciar e provocar o estado de transe, o princípio da utilização, assim como as orientações que são dadas e que podem ou não ser assumidas pelo paciente, o que raramente provoca resistências (Lopes e Amorim, 2012).
Mais tarde, autores ligados à programação neurolinguística, reconhecem o poder da hipnose Eriksoniana ou naturalista e da sua linguagem, sendo muitas vazes apelidada de "Estrutura da magia". Baseando-se na perspetiva de que o hipnoterapeuta é um facilitador, que juntamente com o paciente constrói uma cooperação, com o objetivo final de induzir um estado de bem-estar da pessoa, esta abordagem considera as características, particularidades e subjetividades de cada um.
O principal objetivo do transe hipnótico, é através do recurso ao inconsciente, produzir mudanças. Desta forma, recorrendo à linguagem não verbal e a sensações, fantasias e imaginação, trabalham-se áreas cerebrais como o hemisfério direito, responsável pelo nosso inconsciente, sem, no entanto, se menosprezar o hemisfério esquerdo e que corresponde ao nosso consciente.
Considerada por muitos como uma terapia não convencional, centra-se numa abordagem focada na resolução de problemas do paciente, sendo uma ferramenta útil para se aceder

à mente mais profunda da pessoa, permitindo que os seus problemas aflorem à superfície, onde poderão ser filtrados e libertados de carga negativa, ocorrendo uma transformação em focos e perspetivas positivas (Lopes e Amorim, 2012).

Ao provocar um estado hipnótico, cria-se uma condição mental na qual o cérebro tem um aumento de atividade psíquica. Aumentando a irrigação cerebral, o aporte do fluxo sanguíneo origina reações importantes, crescendo a quantidade de substâncias químicas que inibem a dor e produzem estados de bem-estar, como a serotonina, a dopamina e as beta endorfinas, sendo esta a explicação sumária do fenómeno no qual se baseia a hipnose. Desde então, a sua utilização em áreas como a medicina, psicologia e outras profissões ligadas à saúde, tem sido variada e crescente sendo reconhecida pela comunidade científica. Situações odontológicas, alívio da dor, tratamento de patologias dermatológicas e gastrointestinais, tratamento de fobias, ansiedade e stress pós-traumático, gestão de conflitos, coadjuvante de tratamentos para a depressão, luto patológico e outras, têm obtido resultados bastante satisfatórios, trazendo um grande contributo para o mundo atual (Ferreira, 2013).

Com a máxima de que a hipnose não é tudo, mas o princípio de tudo, verifica-se que existiram sempre muitos sobrenomes para falar de hipnose. No entanto um denominador comum persiste, e que é o facto de todas as teorias e modelos pretenderem o acesso ao inconsciente, através da filtragem das defesas do consciente (Lopes e Amorim, 2012).

De facto, cada vez que ao longo do dia o indivíduo se concentra em algo, de alguma forma está a ocorrer hipnose natural, uma vez que a atenção está orientada para um foco, afunilada, o que provoca a desatenção para outros estímulos periféricos. Na hipnose, acontece a ultrapassagem do nível da mente consciente para a mente inconsciente, e esta ocorre quando existe a confusão dos mecanismos mentais, lógicos e analíticos da mente consciente, com um afunilamento da atenção e concentração, que são desviadas para um pensamento, uma sensação ou um sentimento e tudo isto com base na permissão do indivíduo, aquando da indução da hipnose. Quando um indivíduo está tão concentrado em algo, que se esquece de tudo à sua volta, corresponde a um estado, um processo de hiperfoco, hiperconcentração, concentração focada, ou seja, um estado de hipnose…

As fases ou etapas mais aplicadas do modelo de hipnose moderna, estruturam o caminho a seguir, por forma a induzir um estado de transe no beneficiário. São elas: o pré talk, a absorção, a ratificação, a aliciação, a dissociação e a fase do acordar.

O pré talk ou fase da semeadura corresponde ao momento no qual se cria e desenvolve no sujeito, o interesse e curiosidade pela hipnose, preparando-se inconscientemente o sujeito para a mudança.

Na fase da absorção, o objetivo é proporcionar ao sujeito, um estado de calma e tranquilidade, sugerindo a atenção num foco. Pelo afunilamento da atenção, promove-se a dissociação do estado de vigília e atenção para um estado de transe e descontração.

A fase seguinte corresponde à ratificação, ou seja, o hipnoterapeuta reconhece no indivíduo, a ocorrência de mudanças ao nível da respiração, tónus muscular e fisionomia. Ao demonstrar-lhe estas alterações, está naturalmente a aprofundar o seu estado de transe.

É na fase da aliciação que ocorre a momento chave, pelo qual o sujeito sente em si que mudanças estão a ocorrer.

Na fase seguinte, da dissociação, a mente consciente assume uma posição externa de observador objetivo, permitindo sugestões e criação de locais seguros para a mente inconsciente.

De seguida e na fase da intervenção, o hipnoterapeuta consegue trabalhar com o sujeito em transe, eliminando por exemplo causas de sintomas, fobias, medos e ansiedades.

Finalmente e na fase do acordar, ocorre a reorientação para o presente. Corresponde ao final da intervenção e ao final do estado de transe, antecedendo o despertar. Ao conduzir

para o aqui e agora, para a realidade, podem ser usadas metáforas que simulem a transformação e sugestões positivas de bem-estar, equilíbrio e serenidade.
Concluindo-se que, se todos os tipos de sugestões que o facilitador/ hipnoterapeuta dá ao inconsciente, são aceites pelo próprio e por ele elegíveis, percebe-se que num processo de indução de hipnose, têm de estar reunidas condições como, a existência de um facilitador que domine a linguagem dos padrões hipnóticos e um sujeito recetor e disponível para se concentrar num ponto, ideia, sensação, foco ou sentimento, ou seja disponível para entrar em transe.

**Conclusões**

Conhecida como prática corrente ao longo da história, a evolução da hipnose tem permitido passar do mito à prática clínica.
Assumindo-se como uma metodologia natural, permite formas de intervenção terapêutica e complementar, contribuindo para que o indivíduo atinja o equilíbrio físico/ emocional / pessoal.
Sendo a hipnose, a ciência e arte de perceber e desenvolver estados psicológicos eficazes, através de métodos/ processos/recursos terapêuticos, percebe-se a sua importância na realidade atual e nos contextos de saúde.

**Bibliografia**

Ferreira, M. V. C. (2013). *Hipnos na prática clínica.* Atheneu.
Lopes, A., & Amorim, P. (2012). *Efeito da Hipnose versus analgesia opioide sobre a dor e potenciais evocados em voluntários.* Hospital Geral de Santo António.

# MESMERISMO: DO MAGNETISMO ANIMAL AO ESPIRITISMO E À HIPNOSE

**Ilda Vaz[1]; João Camilo[1]; Dulce Maia[2]**
Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
[1] Interna(o) de Formação Específica em Psiquiatria;
[2]Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria
Email: ildavaz25@gmail.com; jpedrocamilo@hotmail.com

**Resumo**
Franz Anton Mesmer (1734-1815) foi um médico alemão, fundador da teoria do Magnetismo Animal, também conhecida por Mesmerismo, que se baseia em princípios como influência, imaginação e subjetividade. Mesmer acreditava que uma pessoa poderia curar outra ao emanar uma energia fluida chamada "magnetismo animal"; através dos movimentos das mãos ou do recurso por exemplo a ímans, levava os pacientes ao transe e consequentemente promovia as suas curas.
A primeira paciente a ser tratada por esta técnica foi Franziska Esterlina, em 1773, em França; em 1777, "curou" a cegueira da famosa pianista Maria Theresia von Paradis. Contudo, o rei Louis XVI criou uma comissão científica para avaliar a pertinência deste método, tendo concluído tratar-se de uma doutrina irracional, não científica.
Apesar de na sua época não ter sido reconhecido, Mesmer foi considerado posteriormente um visionário, tendo criado um sistema que ainda hoje está na base do Espiritismo e da Hipnose.

**Palavras-chave:** Mesmerismo; Magnetismo Animal; Espiritismo; Hipnose

**Abstract**
Franz Anton Mesmer (1734-1815) was a German physician, founder of the theory of Animal Magnetism, also known as Mesmerism, which was based on principles such as influence, imagination and subjectivity. Mesmer believed that one person could heal another by emanating a fluid energy called "animal magnetism"; through hands movements or, for example, using magnets, he put the patients into a trance state and consequently promoted their cures.
The first patient to be treated by this technique was Franziska Sterlina, in 1773, in France; in 1777, Mesmer "healed" the blindness of the famous pianist Maria Theresia von Paradis. However, King Louis XVI created a scientific commission to assess the relevance of this method, concluding that it was an irrational and non-scientific doctrine.
Although he was not recognized at that time, Mesmer was later considered a visionary, having created a system that nowadays is still the foundations of Spiritism and Hypnosis.

**Keywords:** Mesmerism; Animal Magnetism; Spiritism; Hypnosis

***

## Introdução

A teoria do Magnetismo Animal ou Mesmerismo surge no final do século XVIII criada por Franz Mesmer, Esta teoria baseava-se em princípios como a influência, a imaginação e a subjetividade, pelo que nunca foi considerada uma verdadeira teoria científica, uma vez que estas deveriam obedecer a critérios de explicação, predição, controlo e isomorfismo.

Por este motivo, Mesmer não foi devidamente reconhecido no seu tempo, tendo sido obrigado a abdicar da sua teoria e tendo ficado visto como um mentiroso ou um charlatão. Contudo, hoje em dia sabemos que as suas ideias visionárias estão na base de várias áreas distintas ainda hoje em voga, como é o caso do Espiritismo e da Hipnose.
Assim, o objetivo deste trabalho é descrever os princípios gerais da teoria do Magnetismo Animal ou Mesmerismo, assim como as suas principais relações com o Espiritimo e com a Hipnose.

**Dados biográficos**

Franciscus Antonius Mesmer, mais conhecido por Franz Anton Mesmer, nasceu a 23 de maio de 1734 em Iznang, uma aldeia próxima de Constança, na região da antiga Suábia (hoje em dia pertencente à Alemanha) e faleceu a 5 de março de 1815 em Meersburg, na Alemanha.
Sendo proveniente de uma importante família católica da região, em 1743 integrou um seminário em Constança onde estudou línguas, música e literatura clássica durante 6 anos. Em 1750, Mesmer entrou na Universidade de Dillingen, na Baviera, onde estudou Filosofia durante 4 anos. Posteriormente, em 1754, frequentou e completou o curso de Teologia na Universidade de Ingolstadt, também na Baviera. Em 1759, Mesmer muda-se para a Universidade de Viena, na Áustria, tendo iniciado inicialmente o curso de Direito. Contudo, no ano seguinte, optou pela transferência para o curso de Medicina, igualmente na Universidade de Viena, na Áustria, que era considerada naquela altura uma das melhores faculdades de Medicina a nível europeu.
Em 1766, Mesmer concluiu o curso de Medicina, tendo apresentado a sua dissertação final em latim, intitulada "*Dissertatio physico-medica de planetarum influxu*", onde aborda a influência dos planetas sobre o corpo humano e fala pela primeira vez no conceito de um fluido universal. Contudo, apenas alguns anos mais tarde é que se tornou publicamente conhecido como o fundador da teoria do Magnetismo Animal, que se passou a designar posteriormente Mesmerismo em sua homenagem.

**Mesmerismo ou Magnetismo Animal**

Para Mesmer, o corpo humano era percorrido livremente por um fluido e a presença de um obstáculo ou bloqueio à livre circulação do fluido no organismo traduzia-se em doença. Esse fluido, por vezes também chamado de força energética, não era exclusivo do ser humano e podia ser encontrada em todos os corpos presentes na natureza, daí o conceito de magnetismo animal. Portanto, a circulação dos fluidos no corpo humano correspondia a um estado normal de saúde, enquanto o seu bloqueio correspondia ao desequilíbrio somático ou à doença.
Assim, o principal objetivo das diferentes práticas de cura, também designadas Mesmerização, era desbloquear a obstrução desse fluido universal assim como controlar e reforçar a ação dessa força energética nos pacientes. Para tal, recorriam sobretudo à cura pelo toque (os chamados passes magnéticos), à aplicação de massagens ou a ainda recorria ao uso de cubas ou de banheiras magnéticas.
Inicialmente, Mesmer começou por aplicar diretamente ímans sobre as partes do corpo afetadas dos pacientes, enquanto noutros casos mais complexos colocava os ímans em bolsinhas de couro, para que estes pudessem andar sempre com eles junto ao corpo. Mais tarde, começou a magnetizar taças, instrumentos musicais, roupas e outros objetos através da fricção; para esse efeito, muitas vezes utilizava uma espécie de "vara de ferro" (ou varinha) para direcionar o magnetismo. Mais tarde, Mesmer considerou que as suas próprias mãos seriam capazes de emitir a tal força magnética que *"curaria os males orgânicos e impregnaria objetos"*.

Contudo, um dos momentos mais importantes da sua carreira foi a criação das chamadas cubas ou banheiras magnéticas, que mais tarde passaram a ser conhecidas também como tina das convulsões. Tratavam-se de grandes tanques de água em que *"duas garrafas cheias de água magnetizada correm convergentes para uma barra provida de pontas condutoras móveis, das quais os pacientes podem aplicar algumas nas regiões doentes"*.
Mesmer tinha três destas cubas na sua clínica e durante os tratamentos, além das pessoas que se encontravam nas cubas, conseguia abordar e curar também outros pacientes dispersos pela sala, pelo que conseguia realizar vários tratamentos em simultâneo. Há vários relatos que demonstram que as reações dos pacientes submetidos ao Magnetismo Animal eram muito distintas de paciente para paciente:

> *"…uns se mostram tranquilos, quietos e como enlevados… outros tossem, cospem, experimentam imensas dores, calor em todo o corpo e têm acessos de suor… outros são presas de convulsões extraordinárias em número, duração e força…. tais convulsões caraterizam-se por irreprimíveis e repentinos movimentos dos membros e de todo o corpo, contrações na garganta, tremores na região abdominal (hipocôndrio) e na do estômago (epigástrio), perturbações e fixidez do olhar, gritos agudos, eructações, choros e acessos selvagens de riso… seguem-se logo prolongados estados de cansaço e abatimento, languidez e prostração…"*

Em 1773, Francisca Oesterline foi a primeira paciente famosa a ser tratada através da técnica do Mesmerismo. Tratava-se de uma jovem de 29 anos, amiga da família de Mesmer, que também era conhecida de Mozart:

> *"…há vários anos sofria de uma doença convulsiva, cujo sintoma mais preocupante era quando o fluxo sanguíneo ia para sua cabeça e lá desencadeava os mais cruéis sintomas de dor de dente, dor de ouvido, seguidos por delirium, raiva, vómitos e síncope…A paciente, muitas vezes, tinha uma crise benéfica, seguida de marcado alívio; entretanto, a alegria era sempre momentânea e imperfeita…. eu apliquei três peças magnetizadas no estômago e nas pernas. Pouco tempo depois isto era acompanhado por sensações extraordinárias; ela sentiu dentro de si a corrente de um leve fluído que, após várias tentativas de se direcionar, achou o caminho para as partes mais baixas e fez com que cessassem os ataques por seis horas."*

Em 1776, Mesmer aceitou tratar a famosa pianista austríaca, Maria Theresia von Paradis, que alegadamente sofria de cegueira desde os 5 anos de idade, tendo conseguido "curá-la" de forma temporária. Contudo, o seu tratamento acabou por ser suspenso, porque além de polémico, iria levar à perda da sua pensão de invalidez:

> *"Senhorita Paradis, com a idade de 18 anos, cujos pais eram bem conhecidos; ela mesma era conhecida por Sua Majestade a Rainha (Queen-Empress), de cujo patrimônio recebia pensão, desde os quatro anos por ser praticamente cega…. Era uma perfeita amaurosis, com convulsões nos olhos. Além disso sofria de melancolia, acompanhada por paralisias no fígado e baço, que muitas vezes resultavam em delirium e raiva que a deixavam convencida que estava louca…"*

A fama de Mesmer e dos seus tratamentos inovadores espalhou-se mais rapidamente quando este se mudou para Paris, em 1778. Nessa altura, começou a aplicar as suas técnicas em sessões públicas onde médicos e outros curiosos podiam assistir e testemunhar as suas curas.
Além de divulgar a sua teoria junto da comunidade médica e científica, Mesmer também tentava publicitá-la na sociedade em geral, através da publicação de anúncios em jornais e da distribuição de panfletos.

Em 1779, Mesmer publicou a sua primeira obra intitulada *"Memória sobre a descoberta do Magnetismo Animal"*, onde descrevia a sua teoria, que relatava como uma "nova ciência", assim como abordava as principais técnicas utilizadas e os resultados obtidos.
Contudo, tendo em conta o seu crescente sucesso e ao mesmo tempo a polémica que foi sendo criada em volta da sua técnica de cura inovadora, em 1784, o Rei da França Louis XVI mandou criar duas Comissões para avaliar a pertinência científica do Magnetismo Animal. Uma comissão era composta por membros da Academia de Ciências de Paris, onde se incluíam nomes sonantes como Jean-Sylvain Bailly (1736-1793), Joseph-Ignace Guillotin (1738-1814), Benjamin Franklin (1706-1790) e Antoine-Laurent Lavoiser (1743-1794); a outra comissão era formada essencialmente por médicos da Sociedade Real de Medicina, onde se destacou Jussieu, por ter divergido na altura da opinião geral dos seus colegas e ter admitido a possibilidade da existência de um fluido universal a que chamou calor animal.
Durante cerca de quatro meses, foram realizadas pelas duas Comissões mais de 17 experiências, algumas das quais ditas cegas ou duplamente cegas, com resultados distintos:
- numa experiência foi dito a uma jovem habituada ao magnetismo, mas que estava de olhos vendados, que iria ser magnetizada por um especialista no assunto, o que não aconteceu na verdade. Ainda assim, ao fim de alguns minutos, a jovem referiu sentir as sensações "típicas" da influência do fluido no seu corpo, que habitualmente sentia quando era magnetizada, e entrou em crise;
- noutra sessão foi pedido a outro especialista que magnetizasse uma árvore num pomar e um jovem, também já ele habituado a ser submetido às técnicas do magnetismo, teria que identificar qual das árvores teria recebido a influência do fluido identifica-la. O jovem escolheu outra árvore que não a que tinha sido magnetizada mas ao tocar-lhe, entrou também em crise.
Assim, ambas as Comissões acabaram por rejeitar a teoria de Mesmer e por a considerar uma teoria irracional e não científica, acabando por negar a existência do fluido magnético; concluíram também que as curas ocorriam devido à sugestionabilidade e à imaginação dos pacientes. Perante esta conclusão, muitos professores e apoiantes do Mesmerismo foram ameaçados ou até mesmo expulsos das sociedades de Ciências, assim como quem tivesse o seu nome associado a tal prática poderia estar sujeito a sofrer sérias retaliações no meio social. Além disso, o Magnetismo Animal foi considerado ainda uma prática perigosa na qual um médico inescrupuloso poderia facilmente aproveitar-se da fragilidade dos pacientes (na sua grande maioria mulheres) e pervertê-las de forma sexual.
Apenas algum tempo mais tarde foi possível perceber que a rejeição desta teoria esteve também relacionada com questões de ordem política e social. De facto, muitos dos seus apoiantes tinham relações estreitas com a maçonaria, criticavam o colonialismo europeu ou estavam associados a doutrinas espiritualistas; por outro lado, os seus opositores eram pessoas com elevada condição social (geralmente nobres e membros da alta burguesia), o que lhes conferia privilégios junto a variados setores importantes da sociedade.
Mesmer viu-se então obrigado a afastar-se da ribalta e a abdicar dos seus tratamentos. Ainda assim, em 1799 publicou aquela que é considerada a sua principal obra, intitulada *"Memória de F. A. Mesmer";* nela expõe todo o modelo teórico da terapia do Magnetismo Animal, assim como inclui o relato de vários casos de sucesso de curas de pacientes tratados por si.
Nos últimos anos da sua vida, Mesmer acabou por cair no esquecimento e chegou inclusivamente a ser preso em Viena, em 1793, onde estava a ser investigado por questões políticas, acabando por falecer na miséria em 1815.
No entanto, vários outros seguidores deram continuidade à teoria e aos trabalhos desenvolvidos por Mesmer. Dentro destes, destaca-se Charles D'Eslon, um dos primeiros e mais reputados discípulos de Mesmer, mas que também foi duramente criticado,

acabando por ser suspenso e mais tarde expulso da Faculdade de Medicina. Puységur considerava ter poderes mesmeristas e ao longo das suas curas explorou o estado de sonambulismo, a que chamou posteriormente sonambulismo magnético. Esdaile utilizou o Mesmerismo como técnica anestésica para realizar operações cirúrgicas a tumores de grandes dimensões na Índia.
Além disso, o entusiasmo em torno do Magnetismo Animal foi-se alastrando lentamente um pouco por toda a Europa, incluindo Portugal, onde se tornou bastante popular por volta do ano de 1845, sobretudo nas regiões do Porto e de Coimbra. Posteriormente, outros autores retomaram as suas teorias, podendo hoje considerar-se que o Mesmerismo levou ao desenvolvimento de várias escolas, onde se destacam aquelas que viriam a ser as percursoras do Espiritismo e da Hipnose.

**Mesmerismo e Espiritismo**
A teoria de Mesmer influenciou largamente a Doutrina Espírita, quer em termos de terminologia quer nos princípios teóricos em que se baseia.
Na verdade, Allan Kardec (1804-1869), considerado o fundador do Espiritismo, desde cedo se interessou pelo Magnetismo. Segundo este autor, "*o Magnetismo preparou o caminho do Espiritismo e os rápidos progressos desta última doutrina são devidos, incontestavelmente, à vulgarização dos conhecimentos sobre a primeira… o Espiritismo liga-se ao Magnetismo por laços íntimos, como ciências solidárias.*".
De facto, Kardec redefiniu muitos dos termos utilizados na teoria do Magnetismo Animal. Por exemplo, para o Mesmerismo, médium é qualquer pessoa que se coloca sob a ação do magnetizado; já para Kardec, médium é todo aquele que sente, em qualquer grau, a influência dos espíritos e serve como seus intérpretes ou intermediários.
Nas suas obras, nomeadamente em "O Livro dos Espíritos" e em "A Génese", Kardec admite a existência de um fluido universal ou fluido cósmico e aborda ainda conceitos como "sonambulismo", que são comuns ao Mesmerismo.
Por fim, também Kardec incorporou os "passes magnéticos" e a "água magnetizada" ao Movimento Espírita, mas não apenas como uma mera transposição de práticas; Kardec estudou e propôs a ação e intervenção dos espíritos no tratamento magnético, ampliando assim a noção de fluido.

**Mesmerismo e Hipnose**
As origens da Hipnose remontam a papiros egípcios: textos com mais de 4500 anos de existência descrevem como sacerdotes da antiga Mesopotâmia deixavam os doentes em "transe" para poder fazer diagnósticos e alcançar as suas curas. Contudo, a partir do século X, quando o Cristianismo se consolidou na Europa, os transes hipnóticos foram proibidos, uma vez que a Igreja Católica condenava tal prática.
Franz Mesmer, no século XVIII, foi o autor da primeira teoria sobre o que mais tarde viria a ser reconhecido como um processo hipnótico; por meio de movimentos das mãos e de outras técnicas, levava os pacientes a um estado de transe e com isso promovia suas curas.
James Braid (1795-1860), que criou os termos Hipnose e Hipnotismo, foi fortemente influenciado pelas teorias de Mesmer. Braid estudou a insensibilidade à dor induzida pelo Magnetismo, dando credibilidade à técnica ao constatar que as pupilas dos pacientes em estado de transe continuavam dilatadas, mesmo após forçar a abertura dos olhos. No entanto,
Braid acabou por discordar de Mesmer ao afirmar que o transe surgia pela sugestionabilidade do paciente e não pelo suposto fluido que era manipulado pelo magnetizador.

Também o abade Faria, que influenciou a criação da escola francesa de Nancy, no final do século XIX, foi influenciado pelo Mesmerismo. Contudo, este afirmava que as manobras ritualísticas do Magnetismo eram desnecessárias para induzir o transe. Faria introduziu uma inovação no processo hipnótico ao pedir aos seus pacientes que fechassem os olhos e focassem a sua atenção no sono; em determinado momento ele pronunciava a palavra "durma" e então os pacientes atingiam o estado de transe.
Foi ainda na sede da escola de Nancy que Charcot afirmou que somente quem sofria de sintomas psicogénicos era capaz de ser hipnotizável e apenas esses poderiam ser curados. Freud, um dos seus seguidores, também chegou a interessar-se por este método, contudo, como não obteve grandes resultados nesta área, optou por aprofundar os seus estudos na psicanálise, recorrendo ao uso de outras técnicas.

**Mesmerismo e Literatura**

Naquela época, o Mesmerismo suscitava a curiosidade e o interesse não apenas a médicos e à comunidade científica, mas também a artistas e a escritores, onde teve uma importante influência sobretudo na área literatura. De facto, foram vários os autores que abordaram o tema do Magnetismo Animal nas suas obras. Dentro destes, podemos destacar Edgar Allan Poe com as obras "A Tale of the Ragged Mountains (1844), "Mesmeric Revelation"(1844) e "The Facts in the case of M. Valdemar" (1845); Alexander Dumas, com a publicação de "The Mesmerism's Victim" (1852); Arthur Conan Doyle, com o livro "The Great Keinplatz Experiment" (1885); e George du Maurier com "Trilby" (1894). Contudo, muitas outras obras poderiam aqui ser citadas.

**Conclusões**

Em suma, apesar de não ter sido devidamente reconhecido e valorizado na sua época, é hoje em dia indubitável que Mesmer foi um visionário que fundou uma teoria que ainda hoje está na base de muitas outras teorias e até mesmo de práticas clínicas.
A obra de Mesmer foi sem dúvida um marco crucial ao demonstrar que a imposição das mãos (ou de outros objetos) podia servir de alívio a vários sintomas, tal como faziam os primeiros cristãos antigamente e tal como ainda fazem os espíritas atualmente. Também a indução ao estado sonambúlico, seja por meio do Magnetismo, do Espiritismo ou da Hipnose, pode ser uma ferramenta útil no tratamento de alguns sintomas e/ou patologias. É, portanto, inegável que existe uma interligação entre o Magnetismo, o Espiritismo e a Hipnose, embora ainda sejam necessários estudos mais aprofundados no que diz respeito a esses temas e sobretudo às suas interligações.

**Bibliografia**

Neubern, M (2008). Reflexões sobre o Magnetismo Animal: contribuições para revisão da história da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 439-448.
Barreiros, B (2020). Pluralismo e dissensão animal em debate no Portugal de meados de Oitocentos. *História, Ciências, Saúde*, 27 (2), 503-521.
Leskowitz, E (2019). Mesmer Reconsidered: from Animal Magnetism to the Biofield. *Explore*, 15 (2), 95-97.
Willmarth, EK (2014). The Philosophy of Animal Magnetism: Together with the System of Manipulating Adapted to Produce Ecstasy and Somnabulism – The Effects and the Rationale by a Gentleman from Philadelphia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57 (2), 196-198.
Stanbury, P (2012). Reflections of mesmerism in literature. *Anaesthesia and Intensive Care*, 40 (1), 10-17.

Donaldson, IML (2017). Antoine de Lavoisier's role in designing a single-blind trial to assess whether Animal Magnetism exists. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110 (4), 163-167.

# ELETROCONVULSIVOTERAPIA: DA HISTÓRIA ÀS INDICAÇÕES ATUAIS

**Joana Freitas[1]*; Filipa Caetano[1]*; Margarida Barros[1]*; Catarina Cunha[1]*; Mafalda Corvacho[1]**; Catarina Fonseca[2]***

* Hospital de Magalhães Lemos; **Hospital de Faro

[1]Médica, Interna de Formação Específica em Psiquiatria;

[2]Médica, Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Email:joanafreitas_755@hotmail.com

**Resumo**

Apesar de ser um dos tratamentos psiquiátricos mais antigos e do seu mecanismo de ação ainda não estar totalmente esclarecido, a eletroconvulsivoterapia (ECT) é usada em todo o mundo no tratamento de algumas doenças psiquiátricas graves ou resistentes à terapia farmacológica, com eficácia comprovada. O reconhecimento das limitações e efeitos secundários dos psicofármacos e a segurança do procedimento com a utilização de dispositivos e técnicas modernas têm ajudado a ultrapassar o estigma associado à sua utilização nas últimas décadas. Atualmente, a ECT é uma técnica rápida, eficaz e segura e, com anestesia, é totalmente indolor. Com este trabalho pretende-se rever a história da ECT, os preconceitos associados à sua utilização, os avanços mais recentes e as indicações formais para a sua utilização.

**Palavras-chave:** eletroconvulsivoterapia, história, indicações.

**Abstract**

Despite being one of the oldest psychiatric treatments and its mechanism of action is still not completely understood, electroconvulsive therapy (ECT) is used around the world in the treatment of some serious psychiatric illnesses or those resistant to pharmacological therapy, with proven efficacy. The recognition of the limitations and side effects of psychotropic drugs and the safety of the procedure with the use of modern devices and techniques have helped to overcome the stigma associated with its use in recent decades. Currently, ECT is a fast, effective and safe technique and it´s completely painless with anesthesia. This work intends to review the history of ECT, the prejudices associated, the most recent advances and formal indications for its use.

**Key words**: electroconvulsive therapy, history, indications.

***

## Introdução

Das opções terapêuticas de que dispomos na atualidade em psiquiatria, a ECT é a mais antiga, tendo sido desenvolvida há mais de 80 anos. Sobretudo até à década de 1980, várias foram as resistências à sua utilização, especialmente durante a segunda metade o século XX, em que se expandiu o movimento antipsiquiatria. No entanto, com a modernização dos aparelhos, o aperfeiçoamento da técnica e a evidência de eficácia terapêutica, tem-se assistido à crescente utilização da ECT, com diversas associações internacionais de psiquiatria a publicarem normas de orientação que incentivam a sua utilização. É um tratamento inequivocamente seguro e eficaz, que permite o alívio rápido de alguns sintomas psiquiátricos. Em Portugal existem, em alguns serviços de Saúde Mental Hospitalares, unidades dedicadas à aplicação desta técnica.

## Contextualização histórica

### Eletroterapia

A história da eletricidade teve o seu início no século VI a.C. na Grécia Antiga (quando o filósofo Thales de Mileto, esfregando uma barra de âmbar com lã e constatando que aquela adquiria a propriedade de atrair objetos muito leves, descobriu a "eletricidade estática") e desde cedo os seus efeitos terapêuticos começaram a ser aproveitados. Por exemplo, na Antiguidade Clássica (século VIII a.C. – V d.C.), sabendo que os peixes-gato (ou raias-torpedo) possuíam células eletrogeradoras, utilizava-se a terapia torpedinal: eram colocadas raias-torpedo na testa para alívio da cefaleia, pela anestesia nervosa provocada pela descarga elétrica. Na área do Nilo, durante séculos, a carne de raia-torpedo era consumida "para assimilar a sua energia" e havia o costume de colocar as crianças em poças de água com raias-torpedo para que a descarga elétrica as tonificasse. Mais tarde, no século XVI, quando os missionários jesuítas portugueses chegaram à Etiópia, perceberam que se usavam choques elétricos dos peixes-gato para "expulsar demónios do corpo". No século XVIII, com o advento das primeiras pilhas e geradores, vários cientistas se dedicaram ao estudo da eletricidade. Pequenas experiências foram permitindo perceber o potencial da eletroterapia: por exemplo, em 1744, de forma acidental, um choque na mão fez com que um homem tivesse recuperado a mobilidade de um dedo que estava paralisado. Começaram então a aparecer os primeiros "eletricistas médicos" e, querendo tirar proveitos em benefício próprio, alguns charlatões (utilizavam-se banheiras magnéticas para ajudar os casais a conceberem filhos, colocavam-se magnetos no pescoço das pessoas e ligavam-se a correntes elétricas com a promessa de que isso potenciaria o fluxo de energia ao cérebro, etc). Nessa altura, Jan Ingenhousz (um físico holandês) terá sofrido um choque elétrico acidental com aparente melhoria do seu estado de humor. Com este conhecimento, em 1748, Benjamin Franklin (um dos fundadores dos EUA), tornou-se o primeiro a advogar o uso da eletricidade no tratamento de doenças mentais. John Wesley, padre, via a doença mental como manifestação do pecado e acreditava que a eletricidade era uma criação de Deus e a sua capacidade curativa era prova de misericórdia divina. Ao ter tratado um homem com evidente sucesso, este desenvolveu uma máquina de eletroterapia portátil e barata que ofereceu a Wesley e que lhe permitiu que começasse a usar a eletricidade de forma sistemática com finalidades médicas em Londres e nos arredores. A sociedade começou a deixar de olhar para a eletricidade como um divertimento e a acreditar na sua utilidade. Foi ainda no final do século XVIII que técnica foi aceite pela comunidade científica, com abertura de várias clinicas privadas de eletroterapia para uso generalizado. O primeiro serviço hospitalar de eletroterapia foi criado por John Birch, cirurgião no hospital St. Thomas, em Londres. Há relatos de 3 casos de "melancolia" tratados com choques elétricos na cabeça, neste hospital.

### Convulsivoterapia

Ainda no século XVI, Paracelsus (alquimista e físico alemão) utilizou pela primeira vez a cânfora oral para induzir convulsões e curar a "insanidade". Também Melchior Adam Weikardt (médico da corte imperial russa no século XVIII) reportou ter curado 8 casos de mania com convulsões induzidas por cânfora.

No início do século XX, Von Meduna (neuropsiquiatra húngaro) postulou a teoria do antagonismo biológico ao verificar que existiam alterações microscópicas contrárias no cérebro dos doentes psicóticos e epiléticos (redução versus excesso de células gliais), tendo-se interessado pela ideia de provocar convulsões tónico-clónico generalizadas para tratar psicoses. Sabendo de antemão que a cânfora em doses altas poderia ter efeito

convulsivante e após testes bemsucedidos em animais e num doente com esturpor catatónico (após 5 injeções espaçadas entre si por alguns dias, a catatonia e os sintomas psicóticos foram totalmente revertidos) começou a utilizá-la por via intramuscular em vários doentes num hospital de budapeste. No entanto, as injeções eram dolorosas e havia mal-estar e ansiedade antes da convulsão, que só se desenvolvia após vários minutos. Assim, a cânfora foi substituída pelo pentilenotetrazol (também conhecido por metrazol ou cardiazol) endovenoso, que provocava uma convulsão imediata mas de mais difícil controlo e bastante desconfortável. Mesmo assim, a terapia convulsiva farmacológica permaneceu como a modalidade preferida de tratamento da esquizofrenia até ao advento da ECT, tendo sido reproduzida em vários países.

**Eletroconvulsivoterapia**

Foi em 1937, em Roma, que Hugo Cerletti e Lucio Bini (neuropsiquiatras italianos) utilizaram pela primeira vez a eletricidade como agente indutor de uma convulsão para fins terapêuticos. Procurando dar continuidade à investigação desenvolvida por Meduna, encontraram no eletrochoque transcraniano uma forma mais estável, menos prejudicial e mais eficaz de convulsivoterapia. Face a resultados tão convincentes, em abril de 1938 de imediato comunicaram o sucesso do tratamento à Real Academia de Medicina de Roma, tendo sido recebidos com entusiasmo pela comunidade psiquiátrica. Nos meses seguintes chegaram doentes de toda a Itália e, em agosto de 1939, Lucio Bini já tinha realizado 3000 eletrochoques sem complicações e fez uma comunicação no 3º Congresso Internacional de Neurologia, em Copenhaga. Em outubro, encomendaram a primeira máquina *Arcioni*. Seguiram-se anos de expansão mundial acompanhados da aclamação pela crítica jornalística e pelo público geral. Lothar Kalinowsky, refugiado de guerra que trabalhava com Cerlett, em muito contribuiu para a divulgação mundial da ECT quando, nesse mesmo ano, deixou Roma e percorreu diversos países europeus onde deu a conhecer a técnica. Renato Almansi, que também trabalhava com Cerletti, tomou a iniciativa de levar a máquina até aos EUA em 1940 e, com a colaboração de David Impastato, realizou lá o primeiro tratamento, acontecimento divulgado pelo New York Times. Escusado será dizer que houve uma explosão mediática mundial em 1940/1941, com consequente abertura de "lojas de choque" em Chicago (a quem quisesse, era administrado o tratamento na via pública). Até à década de 1950 a ECT estabeleceu-se como terapêutica de primeira linha em algumas patologias psiquiátricas e foi amplamente utilizada nos EUA e na Europa.

Entre 1960-1980 houve uma evidente descredibilização da ECT, que muito se deveu à conotação negativa e estigmatização promovida pelos media (por exemplo, nos filmes "The Caretakers" e "One Flew Over the Cuckoo's Nest", este último que veio a angariar 5 óscares) e ao movimento antipsiquiatria. Nesta altura, o tratamento era ainda realizado sem recurso a anestésicos nem relaxantes musculares, tornando-se aflitivo para os doentes e por vezes chocante para os profissionais de saúde. Entre as complicações e efeitos adversos mais frequentes estavam as fraturas, o sofrimento psíquico e as alterações cognitivas. Com o conhecimento dos horrores do nazismo, a ECT começou a ser associada a uma forma de tortura e muitos profissionais de saúde começaram a boicotar o tratamento, que era visto como uma prática desumana, punitiva, cruel e de tortura. O movimento antipsiquiatria (termo empregue em 1967 pelo psicanalista sul-africano David Cooper e promovido internacionalmente), produto de ideias filosóficas populares que defendiam uma visão negativa e desvalorizante das doenças psiquiátricas, foi o grande opositor da ECT, virando a opinião pública contra o tratamento. Em acréscimo, o aparecimento dos primeiros psicofármacos (cloropromazina, primeiro antipsicótico, 1952; imipramina, primeiro antidepressivo tricíclico, 1957) também contribuiu para o declínio significativo do recurso à ECT, que praticamente acabou por desaparecer.

Com o passar do tempo constatou-se que, para além da utilização dos medicamentos psicotrópicos não resultar numa taxa de cura tão elevada quanto o que se esperava, estes também estavam associados a efeitos adversos consideráveis. Deste modo, desde meados da década de 1980, a comunidade médica foi voltando a recorrer gradualmente à utilização dos eletrochoques, técnica que entretanto tinha vindo a ser aperfeiçoada. Nos anos 90, por exemplo, o aperfeiçoamento das máquinas permitiu que se conseguissem induzir convulsões terapêuticas com estímulos menos intensos e mais longos, que se testassem os estímulos antes da sua aplicação, que se titulassem os limiares convulsivos e que se fizesse monitorização eletrocardiográfica e eletroencefalográfica. A esta vantagem acrescenta-se ainda a possibilidade de utilização de fármacos anestésicos. Tudo isto permitiu que não só fosse garantida uma maior segurança e eficácia da ECT, mas também se expandisse a sua aplicabilidade para além dos quadros psicóticos. Com este interesse renovado surgiram mais estudos e normas de orientação, passando a haver critérios de consenso para a sua aplicação e o estigma foi minimizado. Também os órgãos de comunicação social passaram a divulgar o elevado impacto da ECT na melhoria da qualidade de vida dos doentes psiquiátricos.

**Eletroconvulsivoterapia na atualidade**

De grosso modo, o princípio fundamental da ECT é a passagem de uma corrente elétrica através da aplicação de elétrodos no crânio do doente, para indução da convulsão. No século XXI, esta técnica é amplamente utilizada no tratamento de algumas doenças psiquiátricas graves ou resistentes à terapia farmacológica, com eficácia e segurança comprovadas e indolor. Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 1 milhão de pessoas sejam submetidas a este tratamento anualmente. O mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido. Em Portugal existem, em alguns serviços de Saúde Mental Hospitalares, unidades dedicadas à aplicação desta técnica, onde a presença de uma equipa multidisciplinar experiente é obrigatória e onde se utilizam máquinas aperfeiçoadas.

**O estímulo elétrico**

Os aparelhos modernos utilizam corrente elétrica constante e emitem ondas de pulsos breves (0,5 - 2,0 ms) ou ultra breves (<0,5 ms) que permitem uma convulsão adequada com uma carga elétrica menor, quando comparados com as ondas sinusoidais. Estas últimas, usadas antigamente por Cerletti e Bini, representavam estímulos contínuos e menos eficientes, provocando mais efeitos secundários cognitivos. As máquinas atuais permitem o controlo de 4 parâmetros, tornado possível a modificação da frequência, do comprimento de onda e da amplitude dos pulsos, assim como o tempo total do estímulo, de forma a obter a carga elétrica pretendida, personalizada para cada doente. A resistência, criada pelas várias estruturas do crânio e cérebro, varia entre doentes e no mesmo doente de sessão para sessão. Estes aparelhos monitorizam a amperagem no momento da aplicação do estímulo e alteram a voltagem de forma a permitir uma amplitude constante e a carga elétrica desejada.

**Avaliação do limiar convulsivo**

Na primeira sessão é feita a titulação do limiar convulsivo, definido como a menor carga elétrica necessária para induzir atividade ictal inequívoca. Por convenção, deve haver uma convulsão tónico-clónica generalizada com o mínimo de 15 segundos de atividade motora e 25 segundos no registo de eletroencefalografia. Entre os fatores que se associam a um limiar convulsivo mais elevado destacam-se: idade mais avançada, sexo masculino, tecido adiposo subcutâneo, anestesia com propofol, colocação dos elétrodos em posição bitemporal, comprimento do pulso e tratamento recente com ECT. As cargas usadas durante a titulação são definidas segundo protocolos estabelecidos.

**Posicionamento dos elétrodos**
São os elétrodos que permitem a transmissão da energia elétrica para o crânio. As colocações mais frequentes são a bilateral (BL) e a unilateral direita (ULD), utilizando-se mais raramente a colocação bifrontal. Na colocação bilateral, os elétrodos são posicionados nas têmporas e o estímulo utilizado deve ter uma carga elétrica 2.5 vezes superior ao limiar convulsivo do doente. A colocação unilateral pode ser realizada do lado esquerdo ou direito, embora seja mais frequente colocada à direita pois sabe-se que causa menos dismnésia. Assim, um elétrodo fica sobre a têmpora direita e o outro no lobo parietal, à direita do vértice. Com a aplicação do estímulo unilateral deve usar-se uma carga elétrica 6 vezes superior ao limiar convulsivo, uma vez que o estímulo unilateral de baixa dose mostrou menos eficácia. A eficácia das colocações BL ou ULD de alta dose é semelhante, sendo que a segunda se associa a um menor prejuízo da função cognitiva a curto prazo. Sempre que por algum motivo haja alteração da posição do colocação dos elétrodos, deve-se voltar a avaliar o limiar convulsivo.

**Preparação para o procedimento**
Deve ser realizada uma avaliação clínica antes do início do procedimento, que deve incluir: história psiquiátrica completa, com referência a realização de cursos prévios e sua eficácia; antecedentes médicos; medicação habitual (por exemplo, as benzodiazepinas diminuem a duração e qualidade da convulsão, pelo que se devem preferir as de curta duração de ação e omitir a toma 8 horas antes do tratamento); exame objetivo (especialmente avaliação da região oral); análises e eletrocardiograma para avaliar o risco anestésico. É determinado o número de tratamentos a realizar e o doente deve preencher o consentimento informado. A sala deve estar equipada com material de entubação orotraqueal e cardiodesfibrilhador e o procedimento é realizado sob anestesia geral com agentes intravenosos de curta duração de ação (anestésico, relaxante muscular e anticolinérgico) e ventilação não invasiva (O2 a 100%). Devem vigiar-se os sinais vitais e o fazer os registos eletroencefalográfico e eletrocardiográfico.

**Consentimento informado**
Apesar da sua eficácia e segurança, a ECT ainda é proibida em vários países. Em Portugal, a Lei da Saúde Mental (Art. 5º, nº1 e Art. 11º, nº3 da Lei nº 36/98, de 24 de Julho) prevê que o doente assine o consentimento informado antes da realização do tratamento, mesmo que se encontre em regime de internamento compulsivo.

**Duração do tratamento**
Normalmente fazem-se 6-12 sessões de tratamentos agudos, em dias alternados, até 3 tratamentos por semana. Deve ser efetuada uma avaliação clinica entre cada sessão e os tratamentos são cessados se os efeitos adversos forem importantes ou se for atingida a remissão clínica. É improvável que haja remissão se não houver resposta ao fim de 12 sessões. Se não houver resposta ao fim de 4 sessões com colocação unilateral direita dos elétrodos, deve-se alterar para colocação bilateral.
Apesar da eficácia, há altas taxas de recorrência após o término do ciclo de tratamentos agudos, pelo que muitas vezes se opta pelo tratamento de continuação (até 6 meses após o ciclo de agudos) e de manutenção (após 6 meses). Principalmente quando combinado com psicofármacos, vários estudos indicam que a continuação previne eficazmente a recorrência dos sintomas.

**Indicações**

A depressão é a patologia para a qual mais frequentemente se recorre à ECT, sabendo-se que é o tratamento mais eficaz, a curto prazo, no tratamento da Depressão Major, com taxas de resposta de 70-80% e de remissão de 40-50%. Está também associado ao aumento da funcionalidade e da qualidade de vida. Por este motivo, a ECT é proposta em várias recomendações internacionais como tratamento de segunda linha pelos efeitos adversos associados. No entanto, pela sua elevada eficácia e rapidez de ação, é preconizada com primeira linha em situações particulares. A ECT está especialmente indicada na depressão resistente ao tratamento farmacológico, quando há risco de vida (risco de suicídio iminente, recusa alimentar e inanição), história prévia de boa resposta, sintomas psicóticos ou melancólicos graves e na gravidez. São preditores de boa resposta ao tratamento: episódios depressivos de maior gravidade, idade avançada e duração do episódio inferior a 1 ano. Uma perturbação da personalidade concomitante, sintomas somáticos ou ansiedade marcada são fatores preditores de pior resposta.

A segunda indicação mais comum é a esquizofrenia refratária, em combinação com antipsicóticos. O nível de eficácia é menos claro, havendo grande heterogeneidade de resultados entre estudos. Na catatonia, a ECT pode ser considerada uma excelente opção terapêutica, sendo por alguns autores considerada a terapêutica gold standard. A catatonia caracterizada por graves alterações da atividade motora, que pode ocorrer em perturbações de humor e na esquizofrenia, é uma emergência psiquiátrica. Embora algumas intervenções farmacológicas possam ser eficientes, a ECT deve ser considerada no plano do tratamento inicial.

Na PAB, a utilização de ECT tem sido reconsiderada especialmente em doentes com mania delirante, cicladores rápidos e resistentes à farmacoterapia, quando há exaustão física ameaçadora da vida ou na gravidez, com eficácia de 70-80%. Nos episódios depressivos, o risco de viragem é menor do que com o tratamento com antidepressivos.

Na gravidez, a eficácia da ECT é comparável à observada na população geral, não parecendo haver maior prevalência de efeitos secundários graves. É segura em todos os trimestres da gravidez. Depois das 20 semanas de gestação, apenas se deve realizar em hospitais com apoio de obstetrícia.

Os idosos normalmente têm mais comorbilidades e maior risco de delirium durante a ECT. No entanto, é segura, bem tolerada e associa-se a maior taxa de resposta. O status cognitivo não deve ser impedimento ao tratamento.

Tem-se vindo a falar também da utilização da ECT no tratamento de comportamentos autolesivos severos e repetitivos no autismo, da agitação e agressividade em doentes com demência, do parkinsonismo severo não responsivo à medicação e da epilepsia do lobo temporal intratável.

**Contraindicações**

Não existem contraindicações absolutas. Existem alguns fatores que elevam o risco de complicações graves: condições que provoquem aumento da pressão intracraniana (por exemplo, lesões ocupantes de espaço); acidente vascular cerebral recente; malformações vasculares; patologia cardiovascular grave ou descompensada (enfarte agudo do miocárdio recente, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada, doença valvular severa, algumas arritmias cardíacas); patologia pulmonar grave ou instável (DPOC, asma, pneumonia); descolamento da retina; glaucoma de ângulo fechado; feocromocitoma; doentes ASA IV e V (escala de risco anestésico). Todas as comorbilidades médicas devem ser estabilizadas dentro do possível antes da realização do tratamento.

**Efeitos adversos**

O aperfeiçoamento da técnica e dos cuidados pré-anestésicos tem garantido a diminuição dos efeitos secundários em frequência e gravidade. Geralmente o tratamento é bem tolerado e os efeitos secundários são ligeiros e auto limitados. No entanto, quando existem, podem ser atribuídos à anestesia, ao estímulo elétrico ou à convulsão. A mortalidade é idêntica à da anestesia geral isolada (1/80.000 tratamentos), muito baixa. Assinalamos apenas os efeitos adversos mais comuns: 1) cognitivos: são comuns (51-79%) mas transitórios e geralmente de curta duração. Os mais frequentes são a amnésia anterógrada e retrógrada e o défice de funções executivas. Costumam aparecer no período pós ictal e apresentam resolução em dias ou semanas. Após esse período, a função cognitiva é comparativamente superior à observada antes do tratamento. Não há evidência de disfunção permanente nem de efeito comulativo. Os inibidores da acetilcolinesterase podem prevenir estes efeitos cognitivos. Estudos controlados de neuroimagem e neuroquímicos não apresentam qualquer evidência de que a ECT possa causar danos cerebrais. 2) lesões da cavidade oral. É recomendado o uso de goteira e deve ficar assegurado que o doente não usa prótese dentária ou objetos estranhos que possam comprometer a via aérea. 3) cefaleias ocorrem em 1/3 dos doentes no período pós ictal, mas normalmente são ligeiras e auto limitadas (2-24h). 4) mialgias, que vão reduzindo de intensidade ao longo do tratamento.

**Conclusão**

Apesar dos recentes avanços na área psicofarmacológica, as patologias psiquiátricas refratárias são comuns. A ECT permanece como a modalidade terapêutica mais potente disponível para o tratamento das perturbações depressivas, assim como da mania e algumas psicoses. Tem sido utilizada há várias décadas e provou a sua eficácia e segurança, mesmo em doentes com comorbilidades médicas importantes. Apesar destes aspetos e das grandes modificações na sua administração, a ECT está ainda estigmatizada como um tratamento de última linha, sobretudo pelos efeitos na memória e por preconceitos históricos. A investigação emergente tornou clara que a ECT deve ser oferecida aos doentes como um tratamento viável em todos os estádios da doença psiquiátrica. Espera-se que o estigma diminua e que a sua utilização seja mais frequente.

**Bibliografia**

Mota, J; Oliveira, C; Caetano, F; Caldas, F; Barros, M; Pinho, M; Martins, P; Gonçalves, P; Valido, R; Pereira, R; Araújo, S. (2021). Tratamentos Somáticos em Psiquiatria. 1ªed.

Mota, J. (2019). Um Pouco Mais de Luz – Explicando o Eletrochoque. U. Porto Edições, 1ª ed.

Mota, P; Gonçalves-Pinho, M; Ribeiro, J.P; Macedo, S; Freitas, A; Mota, J. (2021). Electroconvulsive Therapy Use in Psychiatric Hospitalizations in Portugal - A Nationwide Descriptive Study. *Journal of ECT*, 00: 00–00. DOI: 10.1097/YCT.0000000000000754

Vilaverde, D; Morgado, P. (2020). Consentimento Informado na Eletroconvulsivoterapia: Reflexões sobre o Impedimento de Consentir. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental;* 6(2): 91-93

Kaliora, S.C; Zervas, I.M; Papadimitriou, G.N. (2018). Electroconvulsive therapy: 80 years of use in psychiatry**.** *Psychiatriki*, 29(4):291-302. doi: 10.22365/jpsych.2018.294.291.

Jenses, H.M; Bolwig, T. Electoconvulsive therapy. *Ugeskr Laeger,* 180(32):V11170893

Weiss, A; Hussain, S; Ng, B; Sarma, S; Tiller, J; Waite, S; Loo, C. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists professional practice guidelines for the administration of electroconvulsive therapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1–15. Doi: 10.1177/0004867419839139

Rzesnitzek, l; Lang, S. (2016). A material history of electroshock therapy. *NTM International Journal of History and Ethics of Natural Sciences, Technology and Medicine,* 24:3, 251–277. doi: 10.1007/s00048-016-0152-5

Pandurangi, A; Fernicola-Bledowski, C; Bledowski, J. (2012). Brain stimulation therapies for psychiatric disorders: The first decade of the new Millennium - A review. *Asian journal of psychiatry*. Vol. 5, n.º1, 3-10. doi:10.1016/j.ajp.2011.11.009

Payne, A; Prudic, J. (2009). Electroconvulsive therapy: Part I - A perspective on the evolution and current practice of ECT. *Journal of psychiatric practice*. Vol. 15, n.º5, 346-68. doi.org/10.1097/01.pra.0000361277.65468.ef

Coentre, R; Barrocas, D; Chendo, I; Abreu, M; Levy, P; Maltez, J; Figueira, M.L. (2009). Eletroconvulsivoterapia – Mitos e Evidências. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 275-28

Fink, M. (2001). Convulsive therapy: A review of the first 55 years. *Journal of Affective Disorders*, 63:1–3, 1–15. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00367-0

Fink, M. (1984). Meduna and the origins of convulsive therapy. *American Journal of Psychiatry*. 141:9, 1034–1041. doi: 10.1176/ajp.141.9.1034

Cerletti, U. (1950). Old and new information about electroshock. *The American journal of psychiatry*. 107:2, 87–94. doi: 10.1176/ajp.107.2.87

# PSIQUIATRIA: UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DOS TRATAMENTOS

**Daniela Oliveira Martins[1]; Mauro Pinho[2]; Sara Rodrigues[3]; Ricardo Gil Faria[4]**
[1,2,4] Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.; [3] Centro Hospitalar Universitário do Porto
[1,2]Médico(a) Interno(a) de Formação Especifica de Psiquiatria; [3]Médico(a)Interno(a) de Formação Especifica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência,
[4]Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails:danielaoliveiramartins@hmlemos.min-saude.pt;
mauropinho@hmlemos.min-saude.pt;
u12999@chporto.min-saude.pt;ricardogilfaria@hmlemos.min-saude.pt

**Resumo**
Antigamente a doença mental grave era entendida como resultado de pecado ou possessão demoníaca e a solução era a morte ou o exílio. Indivíduos com comportamentos considerados socialmente incómodos ou excessivamente perigosos, com frequência eram reclusos em cadeias públicas, ou em enfermarias dos hospitais de caridade. Movidos pela compaixão e pelo desespero, os médicos nesta era dos manicómios inventaram uma serie de audaciosos tratamentos que hoje causam sentimentos de revolta e escândalo.

**Palavras-chave:** psiquiatria, história, tratamento, loucura, manicómios

**Abstract**
In the past, severe mental illness was understood as a result of sin or demonic possession and the solution was death or exile. Individuals with behavior considered socially uncomfortable or excessively dangerous were often incarcerated in public jails, or in the wards of charity hospitals. Moved by compassion and despair, doctors in this age of asylums invented a series of audacious treatments that today cause feelings of outrage and scandal.

***

## Introdução
Antes da psicoterapia moderna, dos psicofármacos, ou da estimulação cerebral profunda, o único regime de tratamento para a doença mental grave consistia no internamento completo e na institucionalização do doente.
Em 1794, a loucura recebe o *status* de doença e os doentes passaram a ser recolhidos em locais próprios (asilos), onde recebiam auxílio humanitário e médico.
De um modo geral, as condições de vida dos doentes melhoraram e o conhecimento científico e médico foi progredindo. Assim sendo, o objetivo deste trabalho consiste em refletir acerca dos tratamentos prestados aos doentes mentais ao longo do tempo e a sua evolução e humanização até à data.

## Discussão
Na época pré-histórica, tanto a saúde física como a mental do homem primitivo, responsabilizava os deuses, os bruxos ou os demónios pelas doenças que padeciam. Estas doenças eram consideradas castigo pelos pecados cometidos e só podiam ser curadas por sacerdotes ou feiticeiros. Nas pessoas com doença mental, a única forma de cura era sujeitarem-se a rituais tribais, no qual, se fossem mal sucedidos, eram abandonados à sua própria sorte.

Durante a Idade Média, na Europa, mantinha-se a crença de que as doenças mentais estavam relacionadas com a bruxaria e o tratamento baseava-se em exorcismos. Se mantinham a psicopatologia ficavam em isolamento ou eram até mesmo mortos.
Só nos finais do primeiro milénio é que surgiram na Europa os primeiros asilos ou hospitais e os doentes mentais, abandonados pelas famílias passaram a ser recolhidos nestas instituições que também albergavam criminosos. Nestas instalações podiam ser submetidos a abstinência alimentar, flagelação corporal e os doentes mais agitados ou violentos eram acorrentados às paredes ou ao chão.
Com Philippe Pinel, em 1793 surgiu a visão médica da mente, uma faculdade humana que pode estar saudável ou não e ser objeto de tratamento para restabelecer sua funcionalidade. Pinel instaurou a transformação dos manicómios em instituições de tratamento e não meramente de isolamento como eram tidas até então. Para tal, legitimou a loucura como entidade patológica, caracterizada como distúrbio "no âmbito das paixões" e fundou os primeiros hospitais psiquiátricos europeus.
Foram muitos os médicos que investigaram várias doenças consideradas mentais, os seus fatores etiológicos ou de manutenção e meios de tratamento mais eficazes, que incluíram tentativas de tratamentos para a esquizofrenia pela utilização da malarioterapia, insulinoterapia, entre outros, que os autores irão abordar alguns exemplos mais à frente.
Foi somente na primeira metade do século XX que essa situação começou a mudar, com o advento da psicofarmacologia.

**Benjamin Rush**
É considerado por muitos como o pai da psiquiatria americana. Foi o primeiro a publicar um manual sobre a doença mental chamado de "*Medical inquiries and observations upon the diseases of mind*" em 1812 e, para a realização deste manual não realizou qualquer tipo de experimento ou recolha de provas em apoio às teorias que descrevia. Rush foi um pioneiro no combate à melhoria de assistência aos doentes mentais e liderou uma campanha bem-sucedida, em 1792, para que a Pensilvânia construísse um centro psiquiátrico separado onde os doentes pudessem ser mantidos em condições mais humanas. Rush defendia a ideia de que pessoas com doenças mentais são pessoas que têm uma doença, e não animais desumanos *"terror acts powerfully upon the body, through the medium of the mind, and should be employed in the cure of madness"*.
Rush também é considerado um pioneiro da terapia ocupacional, especialmente no que diz respeito aos institucionalizados. No livro que escreveu refere "*It has been remarked that the maniacs of the male sex in all hospitals, who assist in cutting wood, making fires, and digging in a garden, and the females who are employed in washing, ironing, and scrubbing floors, often recover, while persons, whose rank exempts them from performing such services, languish away their lives within the walls of the hospital*".
Para ele, a origem de muitas doenças mentais eram provocadas por alterações na circulação sanguínea ou por sobrecargas emocionais. Então como forma de melhorar a circulação sanguínea, tratou os doentes com um dispositivo especial, que ele próprio inventou; chamada de cadeira giratória. A base da cadeira estava ligada a um eixo de ferro que podia ser rodado rapidamente através de uma manivela. O doente ficava bem amarrado à cadeira e depois faziam-nos andar à roda como se fosse um carrossel. Consideravam que a cadeira era eficaz quando os sintomas psicóticos eram expulsos pelas tonturas, desorientação e vómitos.
Rush também acreditava que outra origem da doença mental era pela sobrecarga sensorial excessiva e que demasiada estimulação visual e auditiva, fazia descarrilar a mente e assim provocar doença mental. Para combater este descarrilamento, inventou outra cadeira, apelidada de cadeira tranquilizadora. Neste invento, o doente era amarrado a uma cadeira

sólida, depois uma caixa de madeira era colocada na cabeça, privando-o de luz e som. Esta privação sensorial resultava na cura da doença mental.

**Julius Wagner-Jauregg**

Jauregg foi um médico austríaco, que trabalhou numa clínica psiquiátrica com doentes que padeciam de uma forma peculiar de psicose que eles denominavam de "paralesia geral do insano", e que era causada pela sífilis avançada e na época considerada uma doença terminal. Os sintomas principais eram os delírios, a paralisia e a demência.

Certo dia observou a remissão dos sintomas psicóticos quando uma doente que ele tratava apresentou febre derivada de uma infeção respiratória, o que despertou o seu interesse para a investigação dos efeitos de doenças febris nas psicoses. Inicialmente induzia nos doentes estados febris oferecendo água contendo bactérias estreptocócicas e depois experimentou a inoculação da tuberculina. Em 1917, após insucesso desses métodos de tratamento, tentou a inoculação de parasitas da malária, obtendo uma remissão favorável dos sintomas psicóticas da demência paralítica. A esta técnica apelidou-se de piroterapia.

A febre induzida pela inoculação de um dos agentes etiológicos da malária foi rapidamente adotada internacionalmente, particularmente porque a quinina estava disponível e era publicitada como uma cura eficaz para a malária. Estima-se que com a prática desta técnica tenham morrido cerca de 15% dos doentes infetados. O trabalho de Jauregg não foi uma descoberta casual, mas sim, uma interação de inúmeras ideias e trabalhos realizados por diversos outros pesquisadores em diferentes épocas da história, que, somados aos acontecimentos da época e às pesquisas de Jauregg, tanto observacionais e experimentais, culminaram na descoberta de um procedimento inovador para as doenças mentais. Por este invento, foi-lhe atribuído o Prémio Nobel da Medicina em 1927, o primeiro no campo da psiquiatria. A sua principal publicação foi um livro intitulado *"Verhütung und Behandlung der progressiven Paralyse durch Impfmalaria* (Prevenção e tratamento da paralisia progressiva através da inoculação de malária) no *Memorial do Handbuch der experimentellen therapie* no ano de 1931.

**Manfred Sakel**

Sakel foi um psiquiatra austríaco que desenvolveu uma técnica ainda mais perturbadora que a piroterapia. Na década após a descoberta da insulina, em 1922, começou a utilizá-la para tratar os sintomas de abstinência de opiáceos. Sakel reparou que, quando administradas acidentalmente doses mais elevadas de insulina, induzia um coma hipoglicémico que podia durar horas, mas quando os doentes despertavam do coma estavam mais calmos e menos agitados. Então começou a induzir comas artificialmente para o tratamento da esquizofrenia. A teoria de Sakel baseava-se que a insulina antagonizava os efeitos neuronais do sistema adrenal, sendo estes a base fisiológica da doença mental. Ele dava aos doentes esquizofrénicos doses excessivas de insulina, que os colocava em coma e posteriormente administrava glucose intravenosa. Os doentes recuperavam a consciência e Sakel repetia novamente o procedimento. Chegou a induzir coma durante cerca de 6 dias seguidos. Este procedimento, implicava muitos riscos, tais como obesidade, dano cerebral e morte mas, para Sakel os danos cerebrais provocados eram vistos como um benefício, já que havia uma "perda de tensão e hostilidade". Os índices de mortalidade variaram de 1% a 10%. Esta técnica ganhou popularidade nos Estados Unidos na década de 1930 e entre novembro de 1934 e fevereiro de 1935 publicou cerca de 13 artigos afirmando que até 88% dos seus doentes melhoraram com a terapia insulínica.

Dois grandes estudos realizados nos EUA em 1939 e 1942 deram-lhe fama e ajudaram a sua técnica a se espalhar rapidamente pelo mundo. De acordo com o estudo de 1939, publicado para a *American Psychiatric Association* por John R. Ross e Benjamin Malzberg,

entre 1757 casos de esquizofrenia tratados com terapia de choque insulínico, 11% tiveram recuperação imediata e total, 26,5% melhoraram muito e 26% tiveram alguma melhoria. O segundo estudo, realizado no Hospital da Pensilvânia, teve uma taxa de melhoria de 63%, com 42% dos doentes sem história de descompensação psicopatológica após dois anos de acompanhamento. Assim, o seu método passou a ser amplamente aplicado e adotado pelas mais respeitadas instituições académicas norte-americanas, bem como pelas Forças Armadas durante a Segunda Guerra Mundial, com cada instituição a desenvolver o seu próprio protocolo para a administração da terapia do coma por choque insulínico. Aliás, esta terapia era considerada o único tratamento específico para a esquizofrenia desde o final dos anos 1930, até que foi desacreditada no final dos anos 1950 com a introdução da clorpromazina.

**Egas Moniz**

Em 1933, um médico neurologista português, Egas Moniz partilhava a mesma convicção dos psiquiatras biológicos de que a doença mental era uma condição neurológica e que, portanto deveria ser tratável através de uma intervenção direta no cérebro. Ele inferiu que danificando uma zona apropriada do cérebro, os comportamentos e emoções afetados poderiam ser retificados, então estudou cuidadosamente todas as regiões do cérebro humano para determinar quais as estruturas neurais que poderiam ser as candidatas mais promissoras para a cirurgia. Em 1935, impulsionou-se a realizar a sua primeira psicocirurgia aos lobos frontais, após assistir a uma conferência médica em Londres. Como não tinha nenhuma formação em neurocirurgia recrutou um neurocirurgião, Pedro Almeida Lima.

O plano de intervenção consistia em infligir danos cerebrais permanentes, nos lobos frontais, nos doentes com perturbações mentais graves. A esse procedimento designou-se leucotomia. A primeira leucotomia foi realizada no dia 12 de novembro de 1935, no Hospital de Santa Marta. Foi realizada numa mulher de 63 anos conhecida pelas iniciais "M.C.", com diagnóstico de "melancolia involutiva, ansiosa e paranóide" e que tinha sido admitida no Hospital dos Alienados em 1910.

Para a realização do procedimento era dado aos doentes anestesia geral, e eram então perfurados com dois buracos na frente do crânio por cima dos globos oculares. Depois era inserida uma haste com uma ansa na ponta, para cortar e puxar o pedaço de tecido cerebral a remover. Para uma maior precisão do corte, ele inventou um instrumento, a que designou de leucótomo.

Em 1936 publicaram os resultados das suas primeiras 20 leucotomias que foram realizadas em 9 doentes com o diagnóstico de depressão, 7 doentes com esquizofrenia, 2 doentes com perturbação de ansiedade e 2 com perturbação afetiva bipolar. Segundo os autores, 7 doentes apresentaram melhorias significativas, 7 doentes manifestaram melhorias ligeiras e 6 não apresentarem qualquer alteração, não havendo um único doente que tivesse piorado da sintomatologia. As leucotomias espalharam-se pela Europa e América e Egas Moniz recebeu o Prémio Nobel da Medicina em 1949, constituindo o segundo Prémio Nobel atribuído ao tratamento da doença mental. No site do Prémio Nobel podemos ver: "*The Nobel prize (1949) to: Antonio Caetano De Abreu Freire Egas Moniz for his discovery of the therapeutic value of leucotomy in certain psychoses*".

**Walter Freeman**

A leucotomia foi depois transformada e desenvolvida pelo neurologista americano Walter Freeman, cujo método ficou conhecido por lobotomia. Ele era um admirador de Egas Moniz e achava que muitos doentes poderiam beneficiar do procedimento, bastando que fosse mais acessível e barato. Então adaptou

engenhosamente a técnica de Egas Moniz para que pudesse ser realizada em clinicas ou consultórios médicos e para esse efeito, começou a utilizar um picador de gelo.
Em janeiro de 1946, realizou a "lobotomia transorbital" numa mulher de 27 anos chamada Sallie Ellen Ionesco que era era descrita como severamente deprimida e suicida. A filha descreveu a mudança comportamental da mãe após o procedimento *"absolutely violently suicidal before and… After the transorbital lobotomy there was nothing… it stopped immediately. It was just peace. I don't know how to explain it to you, it was like turning a coin over. That quick. So whatever he did, he did something right"*.
O procedimento envolvia levantar a pálpebra superior e colocar sob esta e contra o topo da órbita ocular, a ponta de um fino instrumento cirúrgico. Em seguida, era usado um bloco para fazer com que a ponta atravessasse a camada de osso e entrasse no cérebro, depois a ponta do picador era rodada para criar uma lesão no lobo frontal.
A mais famosa doente de Freeman foi Rosemary Kennedy, irmã de John F. Kennedy, que ficou com sequelas aos 23 anos como resultado do procedimento. Outro dos seus doentes, Howard Dully escreveu um livro *My Lobotomy,* no qual conta a sua experiência com Freeman e a sua lenta recuperação de uma lobotomia realizada quando tinha apenas 12 anos de idade.
Freeman realizou no mínimo 2500 lobotomias em 23 estados norte-americanos e iniciou então uma campanha nacional numa carrinha que apelidou de "Lobotomóvel" demonstrando a sua técnica aos médicos que trabalhavam nos hospitais.
A sua licença médica foi revogada quando um dos seus doentes faleceu durante a realização deste procedimento. No entanto, ele continuou a conduzir o seu "Lobotomóvel" e a visitar os seus antigos doentes até à sua morte.
Com o advento dos fármacos antipsicóticos, a lobotomia foi sendo gradualmente abandonada e substituída e Freeman viu a sua reputação cair rapidamente.

**Conclusões**

Os tratamentos em psiquiatria evoluíram muito nas últimas décadas. Com o desenvolvimento da psicofarmacologia verificou-se, a partir da primeira metade do século passado, a prática de melhores tratamentos através da conjugação da psicoterapia e de psicofármacos. Nos dias de hoje, a maioria dos doentes é atendida em ambulatório e se a hospitalização é necessária, geralmente é de curta duração (dias a semanas). Em Portugal, a "renovação psiquiátrica" iniciou-se nos anos 60, após a introdução da Lei de Saúde Mental (LSM n.º 2118) com o objetivo de des-hospitalizar a psiquiatria e levá-la às comunidades.

**Fontes e bibliografia final**

Lieberman, J. A.(2015). *Shrinks: The untold story of psychiatry*. New York: Little Brown and Company.
Jara, J.M. (2007*). Contribuição para um livro branco da psiquiatria e da saúde mental em Portugal*. Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos,pp. 1-26.
Pichot, P. e Fernandes, B. (1984). *Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche.
Whitaker, R.. e Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence*. New York: Palgrave MacMillan.
Pereira, J.M.M.(2016). *A Psiquiatria em Portugal : protagonistas e história conceptual (1884 -1924)*. Tese de doutoramento, Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras – Universidade de Coimbra, Portugal.
Fuentenebro, F., Huertas, R.,Valiente, C.(2003).*Historia de la Psiquiatria en Europa: Temas y Tendencias*. Madrid: Frenia.

# ANFETAMINAS – UMA HISTÓRIA COM UM FINAL FELIZ?

**Rita Diniz Gomes*, Cátia Santos*, Nelson Descalço*, Ana Beatriz Medeiros*, Filipa Martins*, Pedro Casimiro*, Teresa Mendonça*, Ana Margarida Mota****

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
*Interno de formação específica de Psiquiatria
**Assistente Hospitalar em Psiquiatria
Emails:rita.diniz@hotmail.com; catiafersantos@gmail.com; ndescalco@gmail.com; anabcmedeiros@gmail.com; filipa.martins05@gmail.com; pedrotomecasimiro@gmail.com; mteresacmcm@gmail.com; ana.margarida.mota@hgo.min-saude.pt

**Resumo**

As anfetaminas foram sintetizadas em 1927 e comercializadas em 1932, como "benzedrina®", na forma de descongestionante nasal inalatório. Os efeitos colaterais na vigília, atenção, desempenho cognitivo, elevação do humor e supressão do apetite tornaram-se desejáveis tendo conduzido ao seu uso na narcolepsia, depressão e perda de peso, respetivamente.

Durante a Segunda Guerra Mundial, Guerra da Coreia e do Vietname, as anfetaminas foram utilizadas pelos soldados no combate à fadiga, manutenção do estado de alerta e da "moral". O seu consumo expandiu-se pela população levando a uso indevido e abuso. Por volta de 1970, devido à reputação conquistada, as anfetaminas foram sujeitas a controlo internacional com restrições severas ao seu uso.

Resultante dos trabalhos de *Bradley* e ensaios clínicos na década de 1970, atualmente, as anfetaminas (ex.desanfetamina) são de primeira linha no tratamento da Perturbação de hiperatividade e défice de atenção, tendo sido recentemente desenvolvida a lisdesanfetamina, um pró-fármaco da anfetamina.

**Palavras-chave**: história; anfetaminas; abuso; hiperatividade; défice de atenção

**Abstract**

Amphetamines were synthesized in 1927 and marketed in 1932 as "benzedrine®", in the form of an inhaled nasal decongestant. Side effects on wakefulness, attention, cognitive performance, mood elevation, and appetite suppression have become desirable and have led to their use in narcolepsy, depression, and weight loss, respectively.

During World War II, the Korean and Vietnam War, amphetamines were used by soldiers to combat fatigue, maintain alertness and "morale". Its consumption has expanded through the population leading to misuse and abuse. By the 1970s, due to the reputation gained, amphetamines were subject to international control with severe restrictions on their use.

Resulting from Bradley's work and clinical trials in the 1970s, amphetamines are currently the first line in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, with lisdesamfetamine, a prodrug of amphetamine, having been recently developed.

***

## Introdução

O objetivo deste trabalho é o de um olhar retrospetivo pela história das anfetaminas. Este artigo revisita a história das anfetaminas, fazendo um relato de como as anfetaminas foram

descobertas como agentes farmacológicos e a forma como as suas várias ações foram exploradas pela medicina, pela indústria farmacêutica, pelo ramo militar e por usuários recreativos até por volta de 1970, altura em que, pela má reputação conquistada, foram alvo de controlo internacional e o seu uso médico severamente restringido. Faz-se ainda uma descrição do ponto da situação nos dias de hoje.

**Discussão**

A *ephedra* é um extrato botânico de *ephedra sínica*, planta relativamente abundante no Mediterrâneo, usada na medicina tradicional chinesa há mais de 5000 anos. Em 1885, a efedrina foi extraída desta planta e estudada, tendo sido reconhecida como semelhante, mas vantajosa face à epinefrina.

A descoberta das anfetaminas remonta ao ano de 1887, quando o químico romeno *Lazar Edeleano* as sintetizou pela primeira vez. Como a maioria dos químicos orgânicos da sua época, *Lazar Edeleano* não fazia menção a nenhuma atividade farmacológica.

Um evento contemporâneo mais significativo na história das anfetaminas deriva do trabalho de químicos japoneses sobre os componentes ativos do medicamento fitoterápico chinês *ephedra*. Em 1919, o químico japonês *Akira Ogata*, no seu esforço para provar a estrutura da efedrina, relatou a síntese de um composto intimamente relacionado que hoje chamamos de metanfetamina.

Posteriormente, em 1929, as anfetaminas foram, pela primeira vez, sintetizadas em laboratório, por *Gordon Alles*, no contexto da procura por compostos semelhantes à epinefrina mas superiores à efedrina em casos de asma e alergia, com os objetivos farmacêuticos de estimulação do sistema nervoso central, broncodilatação e vasoconstrição nasal, e que fossem uma alternativa sintética a esta. *Alles* conduziu o primeiro teste em humanos, em 1929, em si próprio, descrevendo que sentiu "nariz limpo e seco", "sensação de bem-estar" e "noite pouco descansada. A mente parecia correr de um assunto para outro".

Em 1932, *Gordon Alles* recebeu a patente da anfetamina, especificando o seu uso como medicamento, e em 1933 começou a estender os testes clínicos além da área da alergologia.

Em 1934, a patente das anfetaminas foi entregue à empresa farmacêutica *Smith, Kline e French laboratories* (SKF) que supervisionou o seu posterior desenvolvimento clínico e garantiu forte proteção deste composto, sobretudo na Europa. Foi nesta altura que, em França, foi comercializada a primeira versão da anfetamina, o inalador de anfetamina benzedrine®, para uso em asma e congestão nasal. Este inalador encontrava-se disponível mesmo sem receita médica, tendo posteriormente, sido também comercializado sob a forma de comprimidos. Sob a orientação da SKF, as anfetaminas alcançaram sucesso de mercado, especialmente em Psiquiatria. Com a sua introdução no mercado, foram surgindo desejáveis "efeitos colaterais" ao nível da vigília, atenção e desempenho cognitivo, elevação do humor e supressão do apetite. Estes foram exaustivamente explorados nas décadas de 1930 e 1940, resultando na expansão das indicações das anfetaminas para as mais variadíssimas condições, como: doenças mentais como a Esquizofrenia; doenças neurológicas como Doença de *Parkinson*, Epilepsia e *Miastenia gravis*; doenças cardiovasculares como hipotensão e bloqueios cardíacos; doenças respiratórias como a asma; e ainda como tratamento para dependência de algumas substâncias, nomeadamente álcool e opióides.

Face a este sucesso, no final dos anos de 1920, as empresas concorrentes investiram na produção de metanfetaminas, pelos efeitos semelhantes, e pelo facto de não estarem protegidas por patente, uma vez que a sua síntese e a descrição das suas características farmacológicas tinham sido publicadas antes de 1920.

Muitos utilizadores das anfetaminas começaram a relatar uma sensação de melhoria nas habilidades cognitivas e de trabalho. Os efeitos na vigília, atenção e desempenho cognitivo sugeriram o seu valor no tratamento da narcolepsia e condições de hipersonolência ou exaustão. Um ensaio clínico do Hospital *Maudsley*, em Londres, relatava mesmo melhores pontuações em testes padronizados de inteligência.

Para estudar estes efeitos, a SKF diligenciou um estudo particularmente extenso e rigoroso sobre os efeitos das anfetaminas sobre a personalidade, comportamento e desempenho de trabalho. Vinte e cinco medidas e testes foram aplicados a 150 adultos, maioritariamente mulheres enfermeiras. Avaliaram os efeitos na aprendizagem, índices primários de inteligência, tarefas verbais e matemáticas, tarefas "mão-olho", "tom emocional" e "outros estados mentais". Os resultados do estudo foram publicados em três grandes jornais da época, ocupando cerca de 200 páginas destes jornais. Os resultados apoiavam as seguintes conclusões principais: doses baixas a moderadas de anfetaminas aumentam a produção psicomotora (mão-olho) em tarefas simples sem alterar a precisão, enquanto doses mais altas prejudicam ambos; memória e desempenho de tarefas aritméticas e verbais não são muito afetados por doses baixas a moderadas (mas, novamente, prejudicados por doses mais altas); a substância não tem efeito nas medidas de inteligência; as medidas de afeto e atitude mostraram um efeito pronunciado, mesmo em doses baixas com elevação acentuada do humor e também um padrão de maior assertividade e iniciativa.

Em 1937, *Charles Bradley*, relatou pela primeira vez os efeitos benéficos da benzedrine® no tratamento de crianças com problemas comportamentais, evento historicamente conhecido como a descoberta da Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção (PHDA). Na altura foram realizados testes, também apoiados pela SKF, com crianças com dificuldades de aprendizagem, verificando-se que o desempenho escolar de alguns alunos beneficiava com a utilização de anfetaminas, tendo surgido um efeito relaxante "paradoxal". Nessa altura, foi sugerindo que o mecanismo de ação das anfetaminas não era cognitivo, mas sim emocional, por aumento da confiança durante o teste, tendo ganho fama como "a droga da confiança".

Em 1940, os efeitos na elevação do humor levaram a aclamação médica e a vendas rapidamente crescentes como antidepressivo, tendo sido indicado para formas mais ligeiras da doença. Na Alemanha, a empresa farmacêutica *Temmler*, tentando competir com a SKF, comercializou comprimidos de metanfetamina sob a marca Pervitin®, alegando que restaurava a "alegria no trabalho" em casos de depressão ligeira.

Em 1947, um estudo mostrava que a anfetamina reduzia o peso ao afetar os centros cerebrais responsáveis pelo apetite, e não por meio de efeitos metabólicos ou tóxicos, levando à utilização das anfetaminas para situações em que se pretendia a perda de peso.

O uso militar foi também marcante na história das anfetaminas. Quando se deu início a Segunda Guerra Mundial, as anfetaminas tinham acabado de ser introduzidas na Medicina, e as impressões subjetivas de que as anfetaminas aumentavam o desempenho no trabalho ainda não tinham sido submetidas a ensaios clínicos estruturados. Com base nessas impressões, os militares alemães conduziram os seus próprios "ensaios clínicos" em instalações de medicina militar utilizando como provas, tarefas de escrita e marcha. Com base nestes estudos a *Wehrmacht*, força armada da Alemanha Nazi, deu indicação para uso desta substância contra a fadiga. Rapidamente as anfetaminas foram adotadas nos campos de batalha para combater a fadiga, reforçar a resistência, manter o estado de alerta, e segundo os mesmos, promover o "comportamento militar" e elevar o "moral". Era ainda utilizado como antidepressivo na "fadiga de combate". As anfetaminas eram dispensadas por oficiais médicos e estavam também disponíveis em *kits* de emergência. Há descrições da altura, sobre as anfetaminas, relatando que: "aumenta a determinação em circunstâncias de ansiedade aguda".

Devido ao abuso generalizado entre as tropas e pela crescente crença de que as anfetaminas prejudicavam a eficiência e o julgamento, sobretudo com o uso prolongado, o entusiasmo inicial foi se perdendo.
Curiosamente, no momento em que os militares alemães concluíram que as suas primeiras avaliações otimistas, acerca das anfetaminas, baseadas em impressões subjetivas de desempenho melhorado, estariam seriamente equivocadas, foi na altura em que as tropas aliadas começaram a adotar a substância. Mas, da mesma forma, à medida que os efeitos menos favoráveis das anfetaminas se tornaram mais evidentes com a experiência (como julgamento prejudicado e impulsividade, especialmente sob exaustão), também os militares britânicos reduziram o consumo de anfetaminas, da mesma forma que os militares alemães haviam feito. Surgiram alguns relatos destes efeitos indesejáveis, como descrito no manual médico do Ministério da Aeronáutica de 1943, com a seguinte frase: "A benzedrina tem o efeito de fazer com que se sinta em cima e seja capaz de realizar as suas funções sem descanso: sente que está a ir bem, quando na verdade está a fazer todo o tipo de erros."
Os militares americanos, por outro lado, continuaram a consumir grandes quantidades de anfetaminas até ao final da guerra, alicerçados sobretudo nos seus efeitos a nível do humor. A certa altura, os militares norte-americanos, em missão no Japão e na Coreia, começaram mesmo a utilizar uma mistura injetável de anfetaminas e heroína, à qual se chamou *speedball*.
O uso generalizado durante a guerra parece ter levado a abusos em grande escala no pós-guerra que se disseminaram pela população. Nas décadas de 60 a 70, o uso das anfetaminas tornou-se popular tendo-se estendido a um amplo segmento da população por variadíssimos motivos. Aos operários fabris para melhorar as habilidades de trabalho por turnos, às donas de casa, motoristas, etc. Começaram também a ser muito procuradas pelos estudantes no sentido de ficarem mais tempo acordados e aumentarem o seu rendimento escolar. Nessa altura, surgem os chamados *speed-freeks*, jovens que ficavam vários dias acordados sob o efeito de anfetaminas, mas com um aspeto debilitado devido à redução de apetite.
No final da década de 1960, a perda de peso tornou-se, de facto, a indicação mais comum para as anfetaminas, à medida que o seu uso como antidepressivo diminuiu gradualmente devido ao surgimento dos tricíclicos e dos inibidores da monoaminoxidase.
Apesar de terem começado a surgir alguns relatos de casos de dependência e de sintomas psicóticos entre indivíduos a quem lhes eram prescritas doses habituais de anfetaminas, desde a década de 1930, foi apenas no final dos anos de 1950 que *Connell*, psiquiatra britânico, conseguiu alertar para a prevalência da psicose anfetamínica. E a primeira evidência significativa, que quantificou o abuso e a dependência do uso de anfetaminas medicinais, veio da Grã-Bretanha por volta de 1960.
As anfetaminas começaram a ser combinadas com substâncias ilícitas, assistindo-se ao desenvolvimento uso indevido, abuso e de tolerância. Verificaram-se casos de extração do fármaco dos inaladores para administração injetável endovenosa; relatos de assaltos, assassinatos e outros atos violentos relacionados com o uso indevido destes inaladores. As populações prisionais também abusavam destes inaladores, tendo estes sido retirados do mercado em 1971.
Um conjunto abrangente de estudos sobre anfetaminas, prescritas na prática clínica geral, na cidade de *Newcastle*, descobriu que, entre esta população, predominantemente de mulheres de meia-idade, que recebeu a substância em proporções aproximadamente iguais para perda de peso, depressão e para outras indicações, principalmente por doença psiquiátrica, cerca de 10 % eram dependentes e um terço destes eram mesmo fisicamente dependentes.

Em 1970, as anfetaminas foram estabelecidas como ameaça à saúde pública, tendo sido sujeitas a controlo internacional com restrições severas ao seu uso o que levou inevitavelmente à redução do seu uso médico. A Convenção de Viena, em 1971, foi um marco histórico na instauração de regras de controlo das anfetaminas, tendo sido retirados do mercado, nessa altura, os produtos farmacêuticos que continham anfetaminas.

A situação atual das anfetaminas resulta dos trabalhos de *Charles Bradley*, que em 1937, relatou pela primeira vez os efeitos benéficos da benzedrine® no tratamento de crianças com problemas comportamentais e dos ensaios clínicos realizados na década de 1970 que demonstraram que os isómeros das anfetaminas eram clinicamente eficazes no tratamento da PHDA. É difícil, olhando para trás na história, compreender o motivo pelo qual as conclusões de *Charles Bradley* não foram levadas a diante na altura. Acredita-se que estas conclusões tenham surgido numa fase em que a benzedrine® estava a ganhar algum descrédito e a perder popularidade, e por esse motivo a SKF não terá comercializado o produto para melhoria do desempenho cognitivo em adultos e crianças.

Muitos dos psicoestimulantes amplamente usados hoje em dia são derivados das anfetaminas, desenvolvidos num esforço para maximizar especificamente um dos ramos de ação da substância fundadora.

Atualmente, os psicoestimulantes são utilizados no tratamento da narcolepsia e são a primeira linha no tratamento da PHDA, permitindo uma melhoria do desempenho cognitivo, com eficácia e segurança comprovados. Entre eles, incluem-se a dexanfetamina e novas formulações, como a lisdexanfetamina. A lisdexanfetamina é um pro-fármaco, decomposto nos eritrócitos, convertido em d-anfetamina que é gradualmente libertada, numa fórmula de libertação prolongada, tornando improvável o seu uso para fins recreativos e eliminando os riscos de dependência.

Nos dias de hoje, curiosamente, uma das indicações para a qual mais entusiasmo e posterior desapontamento houve, a melhoria do desempenho cognitivo, foi a que tornou as anfetaminas num fármaco de sucesso nas duas últimas décadas. Inesperadamente, em 2013, os Estados Unidos da América atingiram aproximadamente a mesma taxa de consumo *per capita* de anfetaminas, que se tinha verificado no auge da primeira epidemia de anfetaminas, por volta de 1969.

Apesar de todo o controlo, nos dias de hoje, ainda ocorrem situações de uso indevido e abusivo que se tenta evitar, sendo fármacos de uso controlado, prescritos apenas em situações clínicas muito concretas e em quantidade controlada.

**Conclusões**

Na história das anfetaminas, as três ações farmacológicas exaustivamente exploradas foram os seus efeitos na atenção e no desempenho cognitivo, os efeitos supressores do apetite e na elevação do humor. Os seus usos oficiais, prescritos por médicos nunca conseguiram ser totalmente separados do lado mais obscuro das anfetaminas: o seu uso deliberado para obtenção de prazer e as suas propriedades aditivas, que foi o responsável pela sua retirada do mercado, tendo-se abdicado das suas propriedades úteis.

Nas últimas duas décadas com o acentuado aumento dos casos diagnosticados de PHDA e as provas de eficácia, as anfetaminas voltaram a ser fármacos de sucesso.

Histórias como esta, devem-nos fazer relembrar a importância de uma prática clínica baseada em princípios científicos sólidos, respeitando estritamente as indicações para a nossa atuação, por forma a garantir os benefícios de determinado fármaco e evitar que propiciemos situações de dependência.

**Bibliografia**

Rasmussen N. (2015). Amphetamine-Type Stimulants: The Early History of Their Medical and Non-Medical Uses. *International review of neurobiology*, *120*, 9–25.

Berman, S. M., Kuczenski, R., McCracken, J. T., & London, E. D. (2009). Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: a review. *Molecular psychiatry*, *14*(2), 123–142.
Vearrier, D., Greenberg, M. I., Miller, S. N., Okaneku, J. T., & Haggerty, D. A (2012). Methamphetamine: history, pathophysiology, adverse health effects, current trends, and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine. *Disease-a-month: DM*, 58(2), 38–89.
Heal, D. J., Smith, S. L., Gosden, J., & Nutt, D. J. (2013). Amphetamine, past and present--a pharmacological and clinical perspective. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, *27*(6), 479–496.
Belo, M. (2015). Anfetaminas: da saúde à ilicitude. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
SICAD (2021). Substâncias Psicoativas - Anfetaminas. *Substâncias Psicoativas*. Acedido a 8 de maio de 2021, em http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=2.

# LÍTIO, UMA HISTÓRIA PARA CONTAR

**Eliana Almeida[1], Joana Abreu[1], Joana Martins[1], Rui Vaz[1], João Brás[1], Rui Sousa[1], Ana Lúcia Costa[1], Alberto Marques[1], David Teixeira[1], Elsa Monteiro[2]**
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro-Hospitalar Tondela-Viseu
[1]Médico(a) Interno(a) de Formação Específica de Psiquiatria;
[2]Assistente Graduada de Psiquiatria
E-mails: eliana_almeida13@hotmail.com; joana.abreu88@gmail.com; joanaritamartins@msn.com; ruipedrovaz11@gmail.com; joao.bras.1993@gmail.com; ruimoreirasousa@icloud.com; analuciacosta_2012@hotmail.com; davidlfteixeira@gmail.com; ajmarques.lz@gmail.com; elsa70psiq07@gmail.com

**Resumo**
O lítio é um metal alcalino, isolado pela primeira vez em 1817. Os efeitos antimaníacos dos sais de lítio foram confirmados em 1950 por John Cade, contudo só 20 anos mais tarde houve aprovação do seu uso no tratamento da fase maníaca da perturbação afetiva bipolar, após a realização de estudos controlados contribuindo assim para a revolução psicofarmacológica. Para além disto, o lítio, juntamente com os antipsicóticos de 1ª geração, contribuiu para o fenómeno de desinstitucionalização. Durante muito tempo foi o único fármaco disponível para o tratamento da fase manica, até à descoberta e demostração da eficácia do ácido valpróico e ainda hoje continua a ser um fármaco de primeira linha no tratamento destes episódios. Assim, este trabalho pretende abordar a implicações da descoberta e utilização do lítio no tratamento da doença psiquiátrica ao longo dos tempos, do ponto de vista científico, clínico e social.

**Palavras-Chave:** lítio, psicofarmacologia, implicações históricas

**Abstract**
Lithium is an alkaline metal, isolated for the first time in 1817. The antimanic effects of lithium salts were confirmed in 1950 by John Cade, however, only 20 years later was given the approval for its use in the treatment of the manic phase of bipolar affective disorder, after conducting controlled studies, what contributed to the "psychopharmacological revolution". Furthermore, lithium, together with 1st generation antipsychotics, contributed to the phenomenon of deinstitutionalization. For a long time it was the only drug available for the treatment of the manic phase, until the discovery and demonstration of the efficacy of valproic acid, and even today it remains a first-line drug in the treatment of these episodes. Thus, this work aims to address the implications of the discovery and use of lithium in the treatment of psychiatric illness over time, from a scientific, clinical and social perspective.

***

## Introdução
O lítio é um dos elementos mais antigos do universo. O seu nome deriva do grego "*lithos*", que significa "pedra". O seu nome foi atribuído por Swedes Arfwedson e Jöns Berzelius que o isolaram pela primeira vez em 1817, enquanto um sal, de um mineral chamado petalina. (1,2) É o terceiro elemento da tabela periódica, e é um metal alcalino que pode ser encontrado na natureza em pequenas quantidades em águas, rios, plantas, planton, em órgãos de animais e até em meteoritos. (1)
Em Psiquiatria é usado principalmente como estabilizador de humor, e é um dos psicofármacos mais simples.

**Discussão**

Desde a sua descoberta, o lítio foi utilizado para o tratamento de diferentes patologias, tal como a gota, cancro ou doenças neurológicas, como é exemplo a epilepsia. Apesar de não ser especificado o nome do lítio, sabe-se que o uso de águas alcalinas para o tratamento de doença mental conhecida como "mania" data do tempo de Caelius Aurelianus, no século V. Após a sua descoberta no século XIX, foi havendo ao longo dos anos, uma crescente popularidade na ingestão de águas que continham lítio, e que eram comercializadas e publicitadas como eficazes no tratamento de vários problemas médicos, incluindo de "todos os tipos de doenças do sistema nervoso". (1)

A primeira utilização da do lítio em doenças psiquiátricas é atribuída a Sir John Floyer, em 1722, um médico inglês, que no seu livro "*History of Cold Bathing*" descreveu o sucesso alcançado em casos de mania, com tratamentos à base de lítio. Mais tarde em 1870, o neurologista Silas Weis Mitchell recomenda o brometo de lítio como anticonvulsivo e hipnótico. (1) Em 1871, William Hammond, professor no Bellevue Hospital Medical College em Nova York, foi o primeiro médico a prescrever lítio para a mania. (3) Carl G. Lange (Universidade de Copenhaga) estabeleceu em 1886 que o uso de uma mistura que continha lítio era capaz de prevenir a então chamada "depressão periódica". Apesar de tudo estes dados foram desconhecidos durante vários anos.

O reviver moderno do lítio começou em 1949 com John Cade, psiquiatra australiano. Este colocou a hipótese de que algumas condições associadas ao aumento do ácido úrico poderiam estar na origem da "excitação psicótica" apresentada pelos doentes maníacos. Graças às suas observações e estudos, concluiu que o lítio tratava eficazmente doentes com mania e que a descontinuação, em determinados casos, resultava em recaídas e rehospitalizações. (3,4) Os resultados foram publicados no *The Medical Journal of Australia*, intitulado "*Lithium salts in the treatment of psycotic excitement*". (5) Esta publicação tornou-se um clássico, sendo considerada por muitos autores como o ponto de partida da chamada "Revolução Psicofarmacológica". (1) Apesar destes achados, os sais de lítio não foram usados em larga escala até meados de 1960, devido a uma série de eventos que coincidiram no tempo, tais como o surgimento e introdução de neurolépticos, a ocorrência de vários envenenamentos fatais em finais dos anos de 1940 nos Estados Unidos da América (EUA), quando os sais de lítio foram utilizados como substitutos dos sais de sódio e administrados a doentes com patologia cardíaca. De salientar também o papel dos media, que rapidamente contribuíram para o descrédito da utilização do lítio. Outros aspetos que terão contribuído, segundo Kline, foram a fraca confiança por parte dos psiquiatras, em como uma substância tão simples poderia tratar uma doença tão complexa; a falta de compreensão de como a mesma substância poderia ser eficaz na mania e depressão e a pouca atratividade para as farmacêuticas, devido ao fraco potencial financeiro, visto que um elemento químico não pode ser patenteado. (1,2) A falta de interesse foi tão grande, que em 1960, Goodman e Gilman escreveram que "O ião de lítio não tem aplicações terapêuticas…o único interesse do lítio está no facto de que é um ião tóxico..." (1)

Contudo, a comunicação de John Cade atraiu a atenção de outros investigadores, nomeadamente o dinamarquês Mogens Schou, que curiosamente tinha membros da família com perturbação maníaco-depressiva. Mogens Schou e a sua equipa, começaram os primeiros ensaios clínicos randomizados na história da psiquiatria usando o lítio. O primeiro estudo foi um estudo cruzado, duplamente cego, controlado com placebo, publicado em 1954, que confirmou os achados de Cade. Este estudo verificou que, entre os doentes com mania típica incluídos no estudo, cerca de 40% mostraram resposta clínica ao lítio e um agravamento dos sintomas com o placebo. (1,2)

Depois dos estudos de Mogens Schou, seguira-se outros estudos duplamente cegos, controlados, conduzidos por Ronal Maggs no Hospital Hillingly, na Inglaterra em 1963, Ronald Fieve no Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York em 1968, e William

Bunney do NIMH (*National Institute of Mental Health*) em 1968. Estes estudos constituem uma parte importante da base para o uso terapêutico do lítio. (2) John Cade chamou a este fenómeno de "reabilitação farmacológica do lítio". (1) Muito do sucesso da reabilitação farmacológica do lítio é creditada a Samuel Gershon, da Univerdade de Merbourne, na Austrália, ele que trabalhou com John Cade antes de emigrar para os EUA. Lá, trabalhou com vários psiquiatras, no sentido de convencê-los da eficácia terapêutica do lítio. Foi ele quem publicou o primeiro artigo do lítio e mania nos EUA. Mais tarde, em colaboração com Baron Shopsin, publicou outro trabalho em 1973, intitulado "*Lithium: its role in psychiatric research and treatment*", que com o tempo viria a tornar-se numa importante referência do tratamento farmacológico com os sais de lítio. Apesar destes e outros estudos, nos EUA, a *Food and Drugs Administration* (FDA) foi resistente à autorização da utilização do lítio com indicação antimaníaca, tendo a aprovação chegado apenas em 1970, cerca de 21 anos após as publicações de John Cade. (1)

Na segunda metade de 1960, também foram estudados os efeitos profiláticos do lítio. (1,3) Vários autores verificaram, não só que o lítio diminuía o número de episódios maníacos e a sua duração, mas também aumentava o período entre os episódios. Verificaram também que os episódios eram menos severos e que, em caso de recaída, os tempos de hospitalização eram menores. Mogens Schou também confirmou os efeitos profiláticos do lítio, num artigo de 1970, num estudo feito sob uma metodologia rigorosa, um estudo controlado com placebo e randomizado. Estes estudos foram importantes não só porque demonstraram a eficácia do lítio nos episódios maníaco-depressivos, mas também pela metodologia inovadora nos ensaios clínicos psiquiátricos. A aprovação do lítio, pela FDA, com indicação na profilaxia de episodio maníaco-depressivos só ocorreu mais tarde, em 1978. (1) Para alguns autores, este é o "o verdadeiro milagre do lítio", a sua eficácia na prevenção da recaída, visto que na altura, o tratamento da mania aguda podia ser feito de forma eficaz com neurolépticos e benzodiazepinas em altas doses são eficazes(3)
Ainda hoje, cerca de setenta anos após os trabalhos de John Cade, o lítio é um dos tratamentos de 1ª linha de fases maníacas da perturbação bipolar, e é indispensável na profilaxia, para prevenção de episódios cíclicos.

**Implicações científicas, clínicas e sociais da descoberta do lítio**
A importância da descoberta do lítio, não se restringe apenas ao seu uso clínico. A sua descoberta nos anos 50, bem como a descoberta de outros psicofármacos, contribuiu para a chamada Revolução Psicofarmacológica. Este termo refere-se ao rápido aparecimento e crescimento do uso de fármacos para tratar perturbações psiquiátricas. Para além do lítio, foram descobertos outros fármacos psicotrópicos tais como os antidepressivos tricíclicos (ADTs) e inibidores da monoamino-oxidase (iMAOS) para a depressão, as fenotiazidas (como a cloropromazina), butirofenonas e os tioxantenos para a esquizofrenia e as até mesmo as benzodiazepinas para a depressão e distúrbios do sono. (6) Uma nota para salientar que desde este rápido aparecimento na década de 50, a verdade é que a taxa de crescimento de psicofármacos tem diminuído desde 2001, principalmente devido à saturação de mercado, diminuição do preço dos medicamentos e perta da proteção da patente, que provocou um do número de genéricos. (7)
Com a Revolução Psicofarmacológica, e consequente aparecimento destes psicofármacos, houve um grande interesse na investigação dos mecanismos bioquímicos associados a estes fármacos, a fim de se entender as possíveis alterações subjacentes à doença psiquiátrica. (8,9) Os psiquiatras mais interessados na vertente fisiológica, que já tentavam encontrar uma explicação biológica para a eficácia das psicoterapias, começaram a investigar possíveis mecanismos fisiopatológicos para a doença mental. Um dos exemplos

é o de Arvid Carlsson, que no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, provou o papel central da dopamina no mecanismo de ação das fenotiazinas, que se tornou a base para a hipótese da dopaminérgica na esquizofrenia, segundo a qual um excesso de dopamina estaria na origem da esquizofrenia. Outro exemplo é o défice de noradrenalina e serotonina, que foram citadas como a causa da depressão. A descoberta da reserpina também foi de grande importância para o desenvolvimento da teoria monoaminérgica da depressão. (9) Ou seja, a descoberta destes psicofármacos contribuiu para aparecimentos das primeiras hipóteses biológicas na fisiopatologia da doença mental, contribuindo para a então chamada psiquiatria biológica.

Também ao nível da metodologia de investigação clínica, houve uma grande evolução, principalmente com o lítio, com o emergir de estudos randomizados e controlados (*randomised control trial* - RCT). O lítio, a reserpina e a cloropromazina foram os primeiros psicofármacos a serem estudados através de RCT. Houve um crescimento dos ensaios clínicos multicêntricos, duplamente cegos, cruzados, randomizados, etc. na área da psiquiatria. Como previamente mencionado, foi *Schou et al.* (1954) quem publicou o primeiro RCT na história da psiquiatria, com um design cruzado, em que comparou o lítio com um placebo, em doentes com mania. Contudo, também aqui houve críticas, principalmente por parte de psiquiatras psicodinâmicos, que defendiam que os RCT ignoravam muitos fatores importantes, tal como a relação médico-paciente. (7) Num artigo escrito por Joseph Barsa em 1963, este defende que "É erróneo acreditar que o tratamento com determinado fármaco irá ter o mesmo resultado, independentemente do terapeuta…"; acrescenta ainda que "Em vez de trazer clareza, o duplamente cego teve sucesso apenas em aumentar a confusão com muitas "meias-verdades" e conclusões não garantidas…". (7) Apesar destas críticas, mais tarde, em 1970, a FDA, sob pressão política para definir um padrão para testar a eficácia dos medicamentos, declarou, que os RCTs seriam o método mais eficaz e importante no que toca à evidência científica. (7)

O surgimento dos primeiros RCTs no estudo de psicofármacos revestiu-se de grande importância, tanto pela sua validade científica, como também porque ajudou a categorizar as principais doenças. (9) Para que houvesse um tratamento eficaz, era necessário que as intervenções podessem ser avaliadas. Para isso era fundamental a existência de critérios de diagnóstico, que permitissem avaliar melhorias ou agravamentos associados ao tratamento a ser avaliado. Houve também um grande desenvolvimento de testes para avaliação de alterações psicopatológicas. Assim, o lítio teve um papel decisivo neste processo, contribuindo para critérios diagnóstico muito mais descritivos, caracterizados, em larga parte, por uma resposta previsível e homogénea ao tratamento instituído. Estas descobertas levaram a um maior rigor no diagnóstico e avaliação longitudinal das perturbações mentais. (1,7,9)

A descoberta e introdução clínica do lítio e de outros antipsicóticos de primeira geração também teve importantes contribuições ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente através do aumento progressivo do fenómeno de desinstitucionalização. (8,9) Durante cerca de 100 anos, o número de doentes institucionalizados, nos Estados Unidos da América (EUA) foram aumentando cerca de 2% ano, atingindo um pico em 1995 de cerca de 559.000 pessoas. (8) Pela primeira vez, em 1956, altura em que o lítio e antipsicóticos de primeira geração já eram já usados em grande escala, o número de doentes a ter alta das instituições, foi mais elevado que o número de admissões. De 1960 a 1969, a população de residentes em hospitais estaduais diminuiu 31%. Em 1974, a população residente era de 215.573, uma queda de 61% em relação a 1955 (558.922). (1,7)

É verdade que muitos dos doentes que abandonaram hospitais não se encontravam totalmente livres de sintomas psiquiátricos, e muitos tiveram de manter um tratamento psicofarmacológico. Contudo muitos conseguiriam restabelecer relações familiares, encontrar trabalho e ser presentes na comunidade.

Infelizmente estes psicofármacos não contribuíram para a resolução dos problemas causados pela desinstitucionalização. Um dos aspetos menos favoráveis deveu-se ao facto de pessoas com doenças mentais graves enfrentaram dificuldades quando deixaram que estar em institucionalizadas. Inclusive verificou-se um crescimento da população de pessoas com doença mental encarcerada ou sem abrigo. (7)
Outro aspeto, prende-se com o facto de ter provocado um aumento das hospitalizações por mais curtas, levando ao aumento das taxas de admissão para internamentos. Consequentemente os psiquiatras começaram a ter menos tempo para orientar os seus doentes no internamento, e assim o tratamento começou a ser mais focado na melhoria rápida dos sintomas, a fim de poderem conseguir dar alta aos doentes e ter tempo para orientar os tantos doentes que seguem em ambulatório. (7) Foi também causa de descontentamento o facto de se ter verificado que, apesar de eficazes no controlo sintomático, estes psicofármacos não eram curativos. (7)
Outra contribuição importante foram os benefícios económicos que o lítio trouxe para a comunidade. Estima-se que nos EUA os benefícios económicos tenham sido de cerca de 145 mil milhões de dólares, desde a aprovação da FDA em 1970 até 1994, principalmente graças à poupança em custos de hospitalização. (1)

**Conclusão**

O lítio é hoje, cerca de 70 anos após os trabalhos de Cade, um tratamento de primeira linha na fase maníaca da perturbação bipolar, bem como é indispensável na profilaxia, para prevenção de episódios cíclicos na Doença Afetiva Bipolar.
A descoberta do lítio foi importante, não só pelo seu uso clínico, mas também pelas contribuições para a revolução psicofarmacológica, que permitiu pela primeira vez na história, o tratamento psicofarmacológico racional de perturbações mentais, com a introdução dos primeiros RCTs na Psiquiatria. Com a necessidade de avaliar a eficácia dos tratamentos farmacológicos, houve também grande contribuição para o uso de critérios melhor definidores das perturbações psiquiátricas
Houve também um grande contributo da descoberta do lítio e de outros psicofármacos, para o surgimento da psiquiatria biológica, com busca no entendimento dos mecanismos biológicos subjacentes às doenças mentais. De destacar ainda para o fenómeno de desinstitucionalização, que permitiu uma grande diminuição dos doentes mentais institucionalizados.

**Fontes e bibliografia final:**

1.López-Muñoz, F., Shen, W. W., D'Ocon, P., Romero, A., & Álamo, C. (2018). A History of the Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder. *International journal of molecular sciences*, *19*(7), 2143.
2.Moriarty, K.M., Alagna, S.W., Lake C.R. (1984 ). Psychopharmacology. An historical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(3):411-33.
3.Shorter, E. (2009). The history of lithium therapy. *Bipolar Disorders*,11(SUPPL. 2):4–9.
4.Robinson E. (2018) Psychopharmacology: From serendipitous discoveries to rationale design, but what next?. *Brain and Neuroscience Advances*, 2(1–11).
5.Cade, J.F.C. (1949). Lithium salts in the treatment of psycjotic excitment. *The Medical Journal of Australia,* 2.
6.Green, A.R., Aronson, J.K., Haddad, P.M. (2018). Examining the 'psychopharmacology revolution' (1950–1980) through the advertising of psychoactive drugs in the British Medical Journal. *Journal of Psychopharmacology*. 32(10):1056-1066.
7.Braslow, J.T., Marder, S.R. (2019). History of Psychopharmacology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(25–50).

8.Berger, P.A. (1978). Medical Treatment of Mental Illness Pharmacotherapies revolutionize psychiatric care and present scientific and ethical challenges to society. *Science,* 200.
9.Kirschner, M.W., Marincola, E., Teisberg, E.O. (1994). The Role of Biomedical Research in Health Care Reform. *Science,* 266(5182):49-51.

# O MILAGRE DE FÁTIMA – PREVISÃO OU INDUÇÃO

**João Pedro Camilo**[1]**; Ilda Vaz**[2]**; Mauro Ribeiro**[3]
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental,
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
[1]Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria; [2]Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria;[3]Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria.
Emails:jpedrocamilo@hotmail.com;ildavaz25@gmail.com;mhfcribeiro@gmail.com

**Resumo**
No chuvoso dia 13 de outubro de 1917, na Cova da Iria, cerca de 70 mil pessoas testemunham um evento que viria a ter repercussões importantes na devoção católica em Portugal, levando à construção de um dos maiores santuários europeus. Com base nos múltiplos registos de depoimentos, o Sol é descrito ter-se movimentado súbita e rapidamente durante cerca de dez minutos, rodopiando e aproximando-se da superfície terrestre em zig-zag, irradiando um crescente calor e múltiplas cores brilhantes. Por entre crentes que se ajoelhavam em oração e outros que corriam por receio apocalíptico, outros se levantam e reiniciam a marcha anteriormente limitada por paralisia. Os eventos descritos são interpretados à luz de múltiplas perspectivas. É oficialmente aceite como milagre pela Igreja Católica. Cientificamente não existe consenso, lançando-se hipóteses como histeria colectiva ou mesmo um fenómeno óptico atmosférico – parélio.

**Palavras-chave**: Fátima, milagre, Sol, catolicismo, histeria.

**Abstract**
On the rainy October 13, 1917, in Cova da Iria, about 70 thousand people witnessed an event that would have significant repercussions on Catholic devotion in Portugal, leading to the construction of one of the largest European shrines. Based on multiple testimonial records, the Sun started moving suddenly and rapidly for about ten minutes, whirling and approaching the Earth's surface in a zig-zag pattern, radiating increasing heat and multiple bright colors. Among believers who knelt in prayer and others who ran out of apocalyptic fear, others got up and began to walk previously limited by paralysis. The events described are interpreted in light of multiple perspectives. It is officially accepted as a miracle by the Catholic Church. Scientifically, there is no consensus, with hypotheses such as mass hysteria or even an atmospheric optical phenomenon – parhelion.

**Keywords**: Fatima, miracle, Sun, Catholicism, hysteria.

***

## Introdução

Decorria a Primeira Guerra Mundial, e tal como descrito na edição número 462 da Ilustração Portuguesa, de 28 de Dezembro de 1914, o desejo da população portuguesa de *"Que a Paz volte com 1915!"* Graça J. J. (1914) não evitou o envolvimento português no conflito.

Foi nesse contexto conturbado que na vila de Aljustrel em Fátima que : Lúcia dos Santos, Francisco Marto e Jacinta Marto, também conhecidos por "Pastorinhos de Fátima" com respectivamente 10, 8 e 7 anos de idade, se tornaram conhecidos por alegadamente terem presenciado as aparições do Anjo da Paz e da Virgem Maria entre 1916 e 1917. Com base nos depoimentos da irmã Lúcia redigidos no seu livro de memórias compilado pelo P.e

Luís Kondor, SVD, consta que os pastorinhos terão não só tido contacto com as ditas aparições ao longo, como também advertidos da eminência de um milagre.

**Antes dos três pastorinhos**

De acordo com as Memórias da Irmã Lúcia publicadas em 1937, Lúcia e outras três crianças (Teresa Matias, Maria Rosa Matias, sua irmã, e Maria Justino) já teriam descrito a experiência de presenciar uma aparição, apesar de tal evento não ter sido categorizado no ciclo das três aparições do Anjo da Paz.

Lúcia relata o seguinte:

> "*Pelo aspecto do tempo, penso que se deveram dar nos meses de Abril até Outubro de 1915 (…) Subimos, com os nossos rebanhos, até quase ao cimo do monte. (…) Um pouco mais ou menos aí pelo meio-dia, comemos a nossa merenda e, depois dela, convidei as minhas companheiras [Teresa Matias, Maria Rosa Matias, sua irmã, e Maria Justino] para rezarem comigo o Terço, ao que elas anuíram com gosto. Mal tínhamos começado, quando, diante de nossos olhos, vemos, como que suspensa no ar, sobre o arvoredo, uma figura como se fosse uma estátua de neve que os raios do Sol tornavam algo transparente. (…) Continuámos a nossa reza, sempre com os olhos fitos na dita figura que, assim que terminámos, desapareceu. " (…) e um dia, quando chego a casa, interroga-me minha mãe: – Ouve lá: dizem que viste para aí não sei o quê. O que é que tu viste? (…) – Parecia uma pessoa embrulhada em um lençol (…) Não se Ihe conheciam olhos nem mãos. Minha mãe rematou tudo com um gesto de desprezo, dizendo: – Tolices de crianças!"* (KONDOR, 2007).

**Ciclo de aparições angélicas**

Só no ano seguinte, em 1916, Lúcia, na companhia dos seus primos maternos Jacinta e Francisco, descreve o que viria a ser então conhecida como a primeira aparição do Anjo da Paz:

> "*Terminada a nossa reza, começámos a jogar as pedrinhas. Alguns momentos havia que jogávamos, e eis que um vento forte sacode as árvores e faz-nos levantar a vista para ver o que (se) passava, pois o dia estava sereno. Vemos, então, que sobre o olival se encaminha para nós a tal figura (…) A Jacinta e o Francisco ainda nunca a tinham visto, nem eu Ihes havia falado nela (…) um jovem dos seus 14 a 15 anos, mais branco que se fora de neve, que o sol tornava transparente como se fora de cristal e duma grande beleza. Ao chegar junto de nós, disse: «– Não temais! Sou o Anjo da Paz. Orai comigo.» E ajoelhando em terra, curvou a fronte até ao chão e fez-nos repetir três vezes estas palavras: «– Meu Deus! Eu creio, adoro, espero e amo-Vos. Peço-Vos perdão para os que não crêem, não adoram, não esperam e Vos não amam.» Depois, erguendo-se, disse: «– Orai assim. Os Corações de Jesus e Maria estão atentos à voz das vossas súplicas.»"* (KONDOR, 2007).

Mais tarde, nesse mesmo ano, descreve nas mesmas memórias, a segunda aparição, que segundo os registos apelava à prece pelos pecados de terceiros e à resignação para com o sofrimento futuro:

> "*Passado bastante tempo em um dia de verão, em que havíamos ido passar a sesta a casa, brincávamos em cima dum poço (…) De repente, vemos junto de nós a mesma figura ou Anjo, como me parece que era, e diz: «– Que fazeis? Orai, orai muito. Os Corações Santíssimos de Jesus e Maria têm sobre vós desígnios de misericórdia. Oferecei constantemente, ao Altíssimo, orações e sacrifícios.» – Como nos havemos de sacrificar? – perguntei. «– De tudo que puderdes, oferecei a Deus sacrifício em acto de reparação pelos pecados com que Ele é ofendido e súplica pela conversão*

*dos pecadores. Atraí assim, sobre a vossa Pátria, a paz. Eu sou o Anjo da sua guarda, o Anjo de Portugal. Sobretudo, aceitai e suportai, com submissão, o sofrimento que o Senhor vos enviar.*»". (KONDOR, 2007).

Por fim descreve uma terceira aparição do Anjo da Paz (Anjo de Portugal) evocando a Santíssima Trindade e a continuidade da oração pelos pecadores:

"*Logo que aí chegámos, de joelhos, com os rostos em terra, começámos a repetir a oração do Anjo: Meu Deus! Eu creio, adoro, espero e amo-Vos, etc. Não sei quantas vezes tínhamos repetido esta oração, quando vemos que sobre nós brilha uma luz desconhecida. Erguemo-nos para ver o que se passava e vemos o Anjo, tendo em a mão esquerda um Cálix, sobre o qual está suspensa uma Hóstia, da qual caem algumas gotas de Sangue dentro do Cálix. O Anjo deixa suspenso no ar o Cálix, ajoelha junto de nós, e faz-nos repetir três vezes: «– Santíssima Trindade, Padre, Filho, Espírito Santo, (adoro-Vos profundamente e) ofereço-Vos o preciosíssimo Corpo, Sangue, Alma e Divindade de Jesus Cristo, presente em todos os Sacrários da terra, em reparação dos ultrajes, sacrilégios e indiferenças com que Ele mesmo é ofendido. E pelos méritos infinitos do Seu Santíssimo Coração e do Coração Imaculado de Maria, peço-Vos a conversão dos pobres pecadores». Depois levanta-se, toma em suas mãos o Cálix e a Hóstia. Dá-me a Sagrada Hóstia a mim e o Sangue do Cálix divide-O pela Jacinta e o Francisco, dizendo ao mesmo tempo: «– Tomai e bebei o Corpo e Sangue de Jesus Cristo, horrivelmente ultrajado pelos homens ingratos. Reparai os seus crimes e consolai o vosso Deus». E prostrando-se de novo em terra, repetiu connosco outras três vezes a mesma oração: Santíssima Trindade... etc., e desapareceu. Nós permanecemos na mesma atitude, repetindo sempre as mesmas palavras; e quando nos erguemos, vimos que era noite e, por isso, horas de virmos para casa.*" (KONDOR, 2007).

**Ciclo de aparições marianas**

Depois das descritas aparições do Anjo da Paz, a irmã Lúcia relata um novo ciclo de eventos com a alegada visão e comunicação com "Nossa Senhora de Fátima" entre maio e outubro de 1917. É de notar o grau de detalhe e complexidade das alterações perceptivas visuais descritas. A primeira aparição de Nossa Senhora ocorre a 13 de Maio de 1917:

*"era uma Senhora vestida de branco e mais brilhante que o Sol, espargindo luz mais clara e intensa que um copo de cristal cheio de água cristalina, atravessado pelos raios do sol mais ardente (…) A sua face, indescritivelmente bela não era nem triste, nem alegre, mas séria, com ar de suave censura. As mãos juntas, como a rezar, apoiadas no peito e voltadas para cima. Da mão direita pendia um rosário. As vestes pareciam feitas só de luz. A túnica era branca e branco o manto, orlado de ouro que cobria a cabeça da Virgem e lhe descia até aos pés. Não se Lhe viam os cabelos nem as orelhas. (…) «– Não tenhais medo. Eu não vos faço mal. – De onde é Vossemecê? – Sou do Céu…Vim para vos pedir que venhais aqui seis meses seguidos, no dia 13 a esta mesma hora. Depois, vos direi quem sou e o que quero… Rezem o Terço todos os dias, para alcançarem a paz para o mundo e o fim da guerra»"* (KONDOR, 2007).

O boato da alegada visão não tardou a espalhar-se e no dia 13 do mês seguinte, a segunda "aparição" ocorre, já na presença de

*"mais pessoas que estavam presentes, vimos de novo o reflexo da luz que se aproximava (…) e, em seguida, Nossa Senhora sobre a carrasqueira, em tudo igual a Maio. « – Vossemecê que me quer? – Quero que venhais aqui no dia 13 do mês que vem, que rezeis o terço todos os dias e que aprendam a ler. Depois direi o que quero. (…) – Queria pedir-Lhe para nos levar para o Céu. – Sim; a Jacinta e o Francisco levo-os em breve. Mas tu ficas cá mais algum tempo. Jesus quer servir-Se de ti para Me fazer conhecer e amar. Ele quer estabelecer no mundo a devoção a Meu*

*Imaculado Coração (…) Não desânimes. Eu nunca te deixarei. O meu Imaculado Coração será o teu refúgio e o caminho que te conduzirá até Deus. Foi no momento em que disse estas últimas palavras que abriu as mãos e nos comunicou, pela segunda vez, o reflexo dessa luz imensa. Nela nos víamos como que submergidos em Deus. A Jacinta e o Francisco pareciam estar na parte dessa luz que se elevava para o céu e eu na que se espargia sobre a terra. À frente da palma da mão direita de Nossa Senhora estava um coração cercado de espinhos que parecia estarem-lhe cravados. (…). Quando se desvaneceu esta visão, a Senhora, envolta ainda na luz que d'Ela irradiava, elevou-se da arvorezinha sem esforço, suavemente na direção do leste até desaparecer de todo. Algumas pessoas mais próximas notaram que os rebentos do topo da azinheira estavam tombados na mesma direção, como se as vestes da Senhora os tivessem arrastado. Só algumas horas mais tarde retomaram a posição natural.*" (KONDOR, 2007).

A 13 de Julho de 1917 é relatada uma terceira aparição pelos pastorinhos na presença de uma multidão curiosa crescente. Nessa altura, a irmã Lúcia faz referência pela primeira vez à ocorrência futura de um milagre em outubro desse mesmo ano com o propósito de que o descrito ciclo de aparições fosse tomado como verdadeiro pela população. De notar que a ocorrência do dito milagre teria sido "solicitada" pela própria Lúcia:

*"entre a numerosa multidão de povo, estando a rezar o terço, vimos o reflexo da costumada luz e, em seguida, Nossa Senhora sobre a carrasqueira. «-Vossemecê que me quer? - Quero que venhais aqui no dia 13 do mês que vem, que continuem a rezar o terço todos os dias, em honra de Nossa Senhora do Rosário para obter a paz do mundo e o fim da guerra, porque só Ela lhes poderá valer. - Queria pedir-lhe para nos dizer quem é; para fazer um milagre com que todos acreditem que Vossemeçê nos aparece - Continuem a vir aqui todos os meses. Em Outubro direi quem sou, o que quero e farei um milagre que todos hão-de ver para acreditar.» (…) ao lado esquerdo de Nossa Senhora um pouco mais alto um Anjo com uma espada de fogo na mão esquerda; (…) abriu de novo as mãos, como nos dois meses passados. O reflexo de luz que delas expediam pareceu penetrar a terra e mostrou-nos um grande mar de fogo que parecia estar debaixo da terra."* (KONDOR, 2007).

A 13 de Agosto de 1917, dia em que ocorreria a quarta aparição, os pastorinhos não puderam ir à Cova da Iria, pois foram feitos prisioneiros pelo então administrador do concelho de Vila Nova de Ourém para interrogatório. Somente no domingo dia 19 de agosto de 1917, pelas 16h que:

*"sentindo que alguma coisa de sobrenatural se aproximava e nos envolvia (…) um instante depois, vimos Nossa Senhora sobre uma carrasqueira. (…) «- Quero que continueis a ir à Cova da Iria no dia 13, que continueis a rezar o terço todos os dias. No último mês, farei o milagre, para que todos acreditem. - Que é que Vossemecê quer que se faça ao dinheiro que o povo deixa na Cova da Iria? - Façam dois andores... O dinheiro dos andores é para a festa da Nossa Senhora do Rosário e o que sobrar é para a ajuda duma capela que hão-de mandar fazer. (…) - Rezai, rezai muito e fazei sacrifícios por os pecadores, que vão muitas almas para o inferno por não haver quem se sacrifique e peça por elas*». (KONDOR, 2007).

A quinta aparição é relatada a 13 de setembro de 1917. A irmã Lúcia descreve:

"*Ao aproximar-se a hora, lá fui, com a Jacinta e o Francisco, entre numerosas pessoas que a custo nos deixavam andar. As estradas estavam apinhadas de gente. Todos nos queriam ver e falar. Ali não havia respeito humano. Numerosas pessoas, e até senhoras e cavalheiros, conseguindo romper por entre a multidão que à nossa volta se apinhava, vinham prostrar-se, de joelhos, diante de nós, pedindo que apresentássemos a Nossa Senhora as suas necessidades. (…) Ali apareciam todas*

*(as) misérias da pobre humanidade. E alguns gritavam até do cimo das árvores e paredes, para onde subiam, com o fim de nos ver passar (…) Quando agora leio, no Novo Testamento, essas cenas tão encantadoras da passagem de Nosso Senhor pela Palestina, recordo estas que, tão criança ainda, Nosso Senhor me fez presenciar. (…) Chegámos, por fim, à Cova de Iria, junto da carrasqueira e começamos a rezar o terço com o povo. Pouco depois, vimos o reflexo da luz e a seguir Nossa Senhora sobre a azinheira. « – Continuem a rezar o terço, para alcançarem o fim da guerra. Em Outubro virá também Nosso Senhor, Nossa Senhora das Dores e do Carmo, S. José com o Menino Jesus para abençoarem o Mundo. Deus está contente com os vossos sacrifícios.» (…) « - Em Outubro farão o milagre, para que todos acreditem.» E começando a elevar-se, desapareceu como de costume."* (KONDOR, 2007).

**13 de outubro de 1917 – O dia esperado**

O dia era esperado e o número crescente de curiosos que se deslocava ao local foi aumentando "*a ponto de se juntarem na charneca de Fátima umas cincoenta mil pessoas (…) como elevados n'um sonho dirigirem-se, de véspera, para o sítio famoso cantando hinos sacros e cantando descalços ao ritmo d'eles"* (ALMEIDA, 1917).

Nas suas memórias, Lúcia refere:

*"Saímos de casa bastante cedo, contando com as demoras do caminho. O povo era em massa. A chuva, torrencial. Pelo caminho, as cenas do mês passado, mais numerosas e comovedoras. Nem a lamaceira dos caminhos (…) impedia essa gente de se ajoelhar na atitude mais humilde (…) levada por um movimento interior, pedi ao povo que fechasse os guarda-chuvas para rezarmos o terço. Pouco depois, vimos o reflexo da luz e, em seguida, Nossa Senhora sobre a carrasqueira.*" (KONDOR, 2007).

**O Milagre de Fátima e a sexta aparição do Ciclo Mariano**

Por entre a multidão que seguia o apelo de poder testemunhar um milagre, encontrava-se Avelino de Almeida, jornalista d' O Século que escreve o seguinte:

"*E quando já não imaginava que via alguma coisa mais impressionante do que essa rumorosa mas pacífica multidão animada pela mesma obcessiva idea e movida pelo mesmo poderoso anceio (…) a chuva á hora prenunciada deixar de cair; a densa massa de nuvens romper-se e o astro-rei – disco de parta fosca – em pleno zenith aparecer e começar dançando n'um bailado violento e convulso (…) uma dança serpentina, tão belas e rutilantes cores revestiu sucessivamente a superfície solar…Milagre como gritava o povo (…) os nossos olhos e os nossos ouvidos não viram nem ouviram coisas diversas, e que raros foram os que ficaram insensíveis à grandeza de semelhante espectáculo, único entre nós e de todo o ponto digno de meditação e de estudo."* (ALMEIDA, 1917).

Também Joaquim Lourenço uma testemunha presente no local refere:

*"Sinto-me incapaz de descrever o que vi. Olhei fixamente para o sol, que parecia pálido e não magoava os meus olhos. Parecia uma bola de neve, girando sobre si mesma, de repente parecia descer em ziguezague, ameaçando a terra. Aterrorizado, corri e escondi-me no meio do povo, que chorava e esperava o fim do mundo a qualquer momento".* (DE MARCHI, 1952)

## Hipóteses explicativas

### Exposição da retina ao Sol

Considerar ter sido um fenómeno óptico induzido pela exposição da retina à fixação no Sol, seria bastante redutor como teoria explicativa isolada para o fenómeno na presença de letrados naquela época. Ainda assim MEESEN, A. (2003) refere que muitos eventos considerados milagres foram testemunhados por "*peregrinos religiosos encorajados a olhar para o Sol*".

### Parélio

Trata-se de um fenómeno metereológico causados pela refração horizontal e dispersão de luz de cristais de gelo em suspensão na atmosfera. O efeito criado pode ser colorido. Opticamente é plausível a ocorrência deste fenómeno, contudo destacá-lo como hipótese sabendo que a sua ocorrência estaria na dependência de factores extrínsecos ao controlo humano, só levantaria ainda mais questões pelo facto de ter coincidido com a hora prevista pelos três pastorinhos.

### Sugestibilidade psicológica

Face ao actual paradigma científico, um fenómeno de histeria colectiva é considerado uma hipótese ainda que o evento tenha sido testemunhado por milhares de pessoas. O contexto de elevada expectativa potenciado pelo rumor crescente de que nos dias 13 de cada mês algo de milagroso aconteceria poderia ter sido um elemento facilitador. Com efeito, NICKELL, J. (1993) refere que *"(…) espectadores devotos muitas vezes chegam a locais onde as aparições marianas foram relatadas na expectativa de presenciar um evento milagroso"* e McCLURE, K. (1983) acrescenta "*a multidão na Cova da Iria pode estar à espera de ver sinais no Sol, uma vez que fenómenos semelhantes foram relatados nas semanas que antecederam o milagre (…) a multidão viu o que queria ver.".* Também

Ainda assim, segundo (DE MARCHI, 1952) a existência de relatos dos movimentos solar por pessoas a 18 quilómetros de distância do local elimina a possibilidade da teoria da alucinação ou da histeria em massa.

## Conclusões

O Santuário de Fátima é atualmente local de profunda devoção católica. A ciência de hoje, necessariamente restrita ao método que aplica no estudo fenomenológico, esforça-se por explicar acontecimentos que fazem emergir ainda mais interrogações.

## Bibliografia


Almeida A. (1917) O Milagre de Fátima. *Ilustração Portuguesa* N.º 610, 29 de outubro de 1917, *353-356*.

De Marchi, J. (1952). *The Immaculate Heart, the true story of Our Lady of Fatima*; New York: Farrar, Straus and Young.

Graça J. J. (1914) *Ilustração Portuguesa* 2.ª série, n.º 462, 28 de Dezembro de 1914. Acedido a 6 de Fevereiro de 2022, em http://hemerotecadigital.cm-lisboa.pt/OBRAS/IlustracaoPort/1914/N462/N462_item1/index.html

Kondor L. (2007). *Memórias da Irmã Lúcia I* (13ª edição) Fátima – Portugal

McClure, K. (1983). *The Evidence for Visions of the Virgin Mary*. Aquarian Press

Meessen, A. (2003) *Apparitions and Miracles of the Sun*. International Forum in Porto "Science, Religion and Conscience" October 23–25.

Nickell, J. (1993). *Looking for a Miracle: Weeping Icons, Relics, Stigmata, Visions, and Healing Cures*. Prometheus.

# EL PRESIDIO PANÓPTICO DE LA ISLA DE PINOS: DE LA CÁRCEL DEL CUERPO, A LA CÁRCEL DEL ALMA

**Francisco Pérez-Fernández; Francisco López-Muñoz***
Facultad de Ciencias de la Salud - *Universidad Camilo José Cela*
*Vicerrector de Investigación
Email: fperez@ucjc.edu

**Resumen**
La teoría carcelaria del panóptico, desarrollada por el británico Jeremy Bentham (1748-1832), resultó muy inspiradora para los reformadores de prisiones de su tiempo, pero en la práctica tuvo escasa aplicación real. Pocas cárceles en todo el mundo se construyeron siguiendo al pie de la letra su planteamiento que, en el fondo, tenía disfuncionalidades prácticas e incluso resultaba psicológicamente monstruoso. El panóptico, que Bentham concibió como el modelo económico y custodial perfecto y más humanitario, en la realidad era disfuncional. Posiblemente, el único panóptico perfecto -en forma y fondo- fuera el erigido en la *Isla de Pinos*, hoy llamada Isla de la Juventud- (Cuba) por el dictador Gerardo Machado y Morales (1871-1939) en la década de 1920. Hoy reconvertido, fue una aberración tecnocrática y un modelo perfecto de control mental.

**Palabras clave:** Panoptico, Prisiones, Reeducación, Rehabilitación, *Isla de Pinos*.

**Abstract**
The prison theory of the Panopticon, developed by the British Jeremy Bentham (1748-1832), was inspiring for the prison reformers of his time, but in practice it had little real application. Few prisons in the world were built following his principles, which had practical dysfunctionalities and was even psychologically monstrous. The panopticon, which Bentham envisioned as the perfect and most humane economic and custodial model, was ineffective. Possibly, the only perfect panopticon -in essence- was the one erected on the *Isle of Pines*, today called Isla de la Juventud- (Cuba) by the dictator Gerardo Machado y Morales (1871-1939) in the 1920s. Today reconverted, it was a technocratic aberration and a perfect model of mind control.

**Key-Words:** Panopticon, Prisons, Re-education, Rehabilitation, *Isla de Pinos*

***

## Introducción

La vinculación entre la reforma humanitaria del modelo carcelario y su replanteamiento arquitectónico no es casual. Durante los siglos XVIII y XIX el asunto se deslizó desde una penalidad no científica, basada en el castigo, hacia otra cifrada en el principio de la detención y la corrección. Es decir, en la transformación del delincuente en un sujeto dócil y útil a la sociedad por la vía de un trabajo preciso sobre su cuerpo. Ello no solo era posible por la acción sancionadora de la pena, sino también mediante el paso previo por una institución "reeducativa" y "humanitaria". Nació así entre los siglos XIX y XX el debate científico-tecnológico sobre la cárcel, así como la cuestión de la "reforma penitenciaria". Los nuevos presidios, teóricamente, facilitarían el acceso de la justicia penal a la "humanidad". La administración de justicia sería, pues, un aparato científico-técnico destinado a la transformación del individuo (Foucault, 2009).

**Discusión**

En este contexto Louis Mathurin Moreau-Christophe (1779-1881) inspector general de prisiones de Francia, ya aseveró en 1838 que "el primer ejecutor de la pena es el arquitecto". Es cierto que la arquitectura no ejerció funciones de justicia, pero sí adquirió a lo largo del Proyecto Ilustrado un papel importante, pues vino a establecer el canon a partir del cual el cumplimiento de la pena se hacía posible en términos "modernos". De hecho, la arquitectura es el fundamento sobre el cual fue posible la filosofía liberal en torno a la penalidad, al punto de que durante el siglo XIX se tornó imposible hablar de una "ciencia penitenciaria" sin echar mano de lápiz, papel, escuadra y cartabón (Oliver Olmo, Gargallo Vaamonde & Urda Lozano, 2013). La prisión preindustrial no es fin, sino medio. Un ecosistema diseñado para la reeducación. La historia de la arquitectura había hecho hasta el siglo XVIII poca o nula referencia al diseño de las cárceles, no solo por la tendencia natural del clasicismo a obviar los lugares que representaban la miseria humana, sino también porque el presidio, como espacio ideado para la sanción y destinado al castigo, no necesitaba de especiales artificios técnicos o artísticos.

Solo cuando la Ilustración abrió el debate acerca del irracionalismo de esa penalidad atroz que había sido constante histórica, ocurrió que la cárcel, al igual que la pena de muerte, la tortura o la función del verdugo, se convirtieron en tema para los humanistas (Pérez-Fernández, 2013). En este contexto emergerá la figura de John Howard (1726-1790). No obstante, pese ser nombrado Inspector General de Prisiones en 1780, los tiempos no estaban aún "maduros" para su discurso, por lo que tuvo más éxito a la hora de remover conciencias que triunfos materiales (Scott, 1964). Lo cierto es que inspiraría a un nutrido grupo de intelectuales liberales británicos entre los que se encontraba Jeremy Bentham.

Bentham se concentró en el establecimiento y consolidación en el ideario ético-político de Gran Bretaña de su idea más conocida, expuesta en su *Fragmento sobre el gobierno* de 1776: la felicidad de la mayoría debiera ser la piedra de toque y el propósito de todas las instituciones. También de las prisiones. Con relación a éstas su más influyente aportación fue la del conocido "panóptico", una de esas célebres "invenciones morales" de las que un empirista convencido como Bentham era muy partidario en tanto que artificios tecnológicos de amplia repercusión sociocultural (Renduelles, 2011).

Foucault (2009) atribuyó la expresión originaria del panóptico al arquitecto Louis le Vau (1612-1670), diseñador de la Casa Real de Fieras que Luis XIV integró en el Palacio de Versalles y que desapareció durante la Revolución Francesa. Otros detectan en el modelo de prisión panóptica de Bentham resonancias del proyecto circular que Antoine Petit (s.f.), médico y profesor de anatomía y cirugía de la Universidad de París, presentó para la reconstrucción del Hôtel-Dieu en 1774, dos años después de que el viejo edificio se incendiara. El modelo de Petit se constituía de un trazado radial de seis corredores o crujías que arrancaban desde un círculo central a intervalos regulares. Ello no solo permitía una exhaustiva clasificación de los enfermos por pabellones, sino que también la torre central, cubierta con una bóveda en forma de cono invertido que permitía la circulación del aire, facilitaba que los servicios religiosos oficiados en la capilla aquí dispuesta fueran accesibles a todos los pacientes, a la par que se hacía posible que las enfermeras ubicadas bajo este embudo pudieran escuchar cuanto sucedía en las diferentes salas (García Melero, 2000).

Jeremy nunca reflejó estos antecedentes y atribuyó la idea a su hermano menor, Samuel Bentham (1757-1831), al que estaba muy unido. Empleado como ingeniero naval por el Conde Grigori Potemkin (1739-1791) para la modernización de la industria naval rusa, Samuel se encontraba desplazado a Krichev -Mogilev, Bielorrusia-, donde recibió la visita de Jeremy en 1786 (Renduelles, 2011; Valencia Grajales & Marín Galeano, 2017). La mentalidad "práctica" de Jeremy apreció con rapidez la utilidad de la organización laboral

de su hermano –el panóptico- y pensó de inmediato en su aplicación a otros usos: escuelas, hospitales, prisiones, fábricas, asilos, casas de caridad, y etcétera. Si bien advirtió su valor como proyecto especialmente apto para la organización de los presidios y no es casual, por ello, que fuera este precisamente el modelo utilizado para su exposición. Bentham puso el proyecto por escrito en forma epistolar bajo el título de *El panóptico, o la casa de inspección*, constando la primera edición, aparecida en Dublín en 1791, de veintiún cartas dirigidas un interlocutor anónimo. Posteriormente vería la luz en Londres con un añadido de detalles técnicos. El problema resultó ser que en las Islas Británicas no se mostró demasiado interés en la obra, al punto de que ni tan siquiera se distribuyó comercialmente (Renduelles, 2011; Valencia Grajales & Marín Galeano, 2017).

La filosofía del panóptico se apoya sobre un principio elemental de la tecnología de la conducta: disponer las condiciones ambientales de tal modo que sea el sujeto quien desarrolle el hábito de controlarse a sí mismo, con un mínimo de supervisión externa y, en consecuencia, con muy bajo coste material y humano (Bentham, 2011). Para conseguir esta finalidad, basta con disponer un edificio de planta circular en la que las personas a vigilar ocupen celdas individuales dispuestas a lo largo de la circunferencia. Los vigilantes o guardias deben ocupar un torreón dispuesto en el centro del círculo, al que se accede desde el exterior por un sistema de pasillos oculto. Este torreón debe cumplir la sencilla condición de que, mediante cualquier suerte de equipamiento técnico –celosías, diferentes alturas, juegos de luces, cortinas y etcétera-, los guardias han de poder observar la actividad de los prisioneros sin ser vistos (Valencia Grajales & Marín Galeano, 2017). El reo, que no sabe cuando está siendo vigilado, desarrollará por sí mismo el hábito de comportarse bien, de modo que, sometido a ciertas condiciones vitales, termina por reeducarse.

En línea con sus intereses tecnocráticos, Bentham ha ideado una auténtica máquina penitenciaria que, además, cumple con un requisito central en consonancia con el capitalismo emergente: la lógica del coste-beneficio se torna positiva en la misma medida que el mantenimiento del sistema –que no su construcción- es barato y, por otra parte, puede autofinanciarse con el trabajo de los reos que, retroactivamente, supondría una inversión en su propia rehabilitación (Foucault, 2009). Se trata de una especie de Tierra Media reducida en la que todos se sienten vigilados por un imaginario Señor Oscuro al que nunca ven, y que ni tan siquiera saben si les observa, pero que siempre podría estar vigilándolos desde su torre en Mordor, que le permite "verlo todo". Es obvio, de dónde extrajo J.R.R. Tolkien (1892-1973) la inspiración básica para su ficción pseudo-mitológica.

La propuesta de Bentham fue muy apreciada por algunas autoridades políticas británicas, pero no llegó muy lejos. La legislación del Reino Unido era singularmente dura en el castigo al encontrarse en vigor un conjunto de brutales medidas legislativas posteriormente conocidas como *Bloody Code*. Un sistema que no comenzó a deconstruirse sino hasta 1815 y que aplicaba la pena de muerte a alrededor de doscientos tipos delictivos (Handler, 2005). No ocurriría lo mismo en la Francia postrevolucionaria, gracias a la gran difusión que las ideas de Bentham encontraron de la mano de Pierre Étienne Louis Dumont (1759-1829), y donde el gobierno encontraría sus propuestas muy interesantes. Las prisiones, sin embargo, comenzaron a evolucionar hacia la forma de falsos panópticos que combinaban el modelo celular y el modelo radial (Renduelles, 2011).

El modelo celular por antonomasia se basó en el esquema estructural implementado para el Ospizio de San Michele a Ripa (Roma). Comenzó a construirse en 1686 y se terminó en 1834. Obra, sucesivamente, de Mattia de Rossi (1637-1695), Carlo Fontana (1638-1714) y Ferdinando Fuga (1699-1782). Empezó siendo orfanato, y luego se fueron añadiendo en forma de sucesivas ampliaciones un asilo, una cárcel de mujeres, una prisión de menores, una escuela de arte y un cuartel para funcionarios de aduanas. La ventaja de este modelo era que favorecía el aislamiento, facilitaba la clasificación de los internos, y mejoraba la iluminación y la ventilación (García Melero, 2000). Con respecto al modelo

radial, que tuvo múltiples antecedentes, el cánon resultó ser la prisión de Gante, levantada entre 1772 y 1775 en Ackerghem, a instancias del Conde Jean-Jacques Philippe Villain XIII (1712-1777) (Buxton, 2009). Bautizada como *Maison de Force*, recibiría la visita de un Howard que, pese a no verla terminada, la referenció como modelo ejemplar en su obra clásica de 1777. Se ha sugerido con acierto que el modelo radial de Gante fue una traspolación de los prototipos que se habían puesto de moda a la hora de pensar los espacios hospitalarios (Pevsner, 1979; Fraile & Bonastra, 2017).

Así, la continuidad en la evolución de los espacios destinados al control público es completa y perfectamente correlativa: del nuevo orden social que emerge de la caída del Antiguo Régimen, pasando por el nuevo orden sanitario, hacia el nuevo orden jurídico. Y, en efecto, pronto quedó manifiestamente claro que Gante, con su arquitectura ajustada al ideal de control propuesto por el sistema jurídico-sancionador, incorporando los últimos avances en higiene material y moral, y basándose en un modelo de gestión reeducativa y productiva construido sobre el trato correcto y el fomento de la actividad laboral de los internos, era el modelo a seguir. No será por consiguiente el panóptico de Bentham, sino la cárcel de Gante, la que establecerá el modelo arquitectónico penitenciario del momento. Así aparecerán múlitples diseños penitenciarios de corte radial-celular que tratarán de implementar en alguna medida los criterios del panoptismo, muchos inspirados por el ideado por John Haviland (1752-1852) para la Eastern State Penitentiary -o "Cherry Hill"-, ubicada en Filadelfia (EE. UU.) e inaugurada en 1829 (Valencia Grajales & Marín Galeano, 2017).

Está claro que Bentham no inventa la cárcel moderna, pero a él –junto a John Howard- ha de atribuirse el mérito de hacer comprender a los primeros reformistas europeos que el problema de la prisión moderna es tecnológico y tecnocrático. Una cuestión de proyecto y de gestión. Ese es el handicap que ha de resolver cualquier tipología carcelaria que no sea mero depósito de criminales y pretenda revestirse de Ilustración y humanitarismo. Pero lo mismo podrá decirse con idéntico rigor de cualquier hospital, casa de dementes, asilo, trazado urbano, o utopía –tal cual los falansterios de Charles Fourier (1772-1837)-. Nace así la "tecnología del presidio" y, en consecuencia, la "ciencia penitenciaria", ámbitos que a menudo van a entrar en confrontación por cuanto el primero responde a un proyecto arquitectónico, entretanto el segundo pondrá el enfasis en el reglamento (García Melero, 2000; Oliver Olmo *et al.*, 2013).

De hecho, todos los edificios públicos, especialmente aquellos destinados a la acumulación humana, enfrentaron esta dificultad: de qué modo la tecnología constructiva podría servir al bien público, respetar ciertas exigencias artísticas y cumplir funciones pedagógicas, sanitarias, y/o sancionadoras. Desde las primeras inspiraciones de Howard, pasando por el panóptico de Bentham, y llegando a los planes lineales ideados por Thomas Story Kirkbride (1809-1883) para los manicomios estadounidenses, el edificio debía aislar al sujeto de la sociedad en determinadas condiciones especiales para poder devolverlo a ella restablecido. O bien reproducir en su estructura interna determinadas condiciones socioculturales que contribuyeran a la producción de personas útiles al colectivo (Pérez-Fernández & López-Muñoz, 2019). El edificio era sanitario, educativo, psicológico y moral.

El panóptico benthamiano no convenció a los reformadores porque no tenía en cuenta variables importantes. Así, por ejemplo, en España resultó inspirador, pero no aceptado (Harris, 1999). El gran reformador de los presidios españoles, el coronel Manuel Montesinos y Molina (1796-1862), enfatizó la importancia del reglamento interno de los presidios, el control de las actividades de los guardianes, la clasificación rigurosa de los penados -modelo celular-, una adecuada iluminación y ventilación, el trato digno al reo y la reducción de los costes como piedras angulares de un nuevo modelo penitenciario, imbuido del criterio de la beneficencia (Sanz Delgado, 2002).

El panóptico es una tecnología de la observación, una maquinaria para el control, una filosofía instrumental, pero raramente una realidad edificable y útil al sistema de justicia, por cuanto en su interés por humanizar la prisión incurría en una instrumentalización de esos mismos principios humanitarios que trataba de defender. Allí el sujeto no era bien tratado por ser titular de derechos, sino porque de ese respeto había de surgir una felicidad colectiva que adoptaba la forma de una transacción económica, de una maximización del beneficio. (Beytía Reyes, 2017). Los reos no son bien tratados porque tengan derecho inalienable a serlo, sino porque el maltrato interfiere con el buen orden lógico de la prisión y se torna en mal negocio. Así, la persona ni se ilustra, ni aprende nada. No mejora moralmente. No crece en su grado de reinserción y no se rehabilita porque queda supeditada al funcionamiento de esa maquinaria penitenciaria que se le impone, y que se ve incapacitada para observar cualquier cosa que no sea su propio interés inserto en el juego de intereses colectivo del sistema (García Melero, 2009).

Estados Unidos, sin embargo, construyó el primer panóptico completo como si se tratara de una radical novedad penitenciaria: el Stateville Correctional Center (Crest Hill, IL). Se inauguró en 1925, siendo famoso por la llamada "F-House" o "casa circular" de estricta inspiración benthamiana. Ésta funcionó, de suerte irregular, hasta bien entrado el siglo XXI (García Melero, 2000; Elduab, 2016). En él se inspiró el presidio cubano de *Isla de Pinos*, que se proyectó tras una visita informativa de las Autoridades cubanas de la década de 1920.

Actualmente llamada Isla de la Juventud, la *Isla de Pinos* fue tradicional centro de reclusión por su aislamiento con respecto a la isla principal (se sitúa 100 Km. al sur del puerto de Batabanó), por lo que también se llamó durante un tiempo *Isla de los Deportados*. Además, era ideal para la gestión de los trabajos forzados, pues poseía canteras de mármol. El penal, proyectado por el arquitecto César Guerra Massaguer (s.f.), se levantó durante el gobierno de Gerardo Machado y Morales, presidente de Cuba entre 1925 y 1933. Comenzaría a construirse el 1 de febrero de 1926, abriéndose su primera galería circular el 17 de febrero de 1928. Se publicitó de pomposamente como una "gran innovación penitenciaria", y por ello recibió el nombre de *Presidio Modelo*. Su finalidad era contribuir al "saneamiento de la sociedad cubana" aplicando la política de meter a todas las manzanas podridas en el mismo cesto, asumiendo a todos los penados de las 24 prisiones cubanas que tuvieran condenas superiores a los 6 meses (Cairo, 2000; Ortiz Durán, 2013). Véanse ahora sus características generales (Torriente Brau, 2000):

> -4 bloques prisión circulares de 6 pisos.
> -93 celdas sin barrotes por piso (465). 2 reclusos por celda.
> -Piso 6º: 15 celdas de castigo.
> -Guardias invisibles. Llegaban a las torres por un corredor oculto de 30 metros.
> -Edificio de ingreso: 240 celdas.
> -Edificio de "buena conducta": 240 celdas.
> -El comedor, dividido en 32 sectores de 16 mesas c/u, se inauguró en 1932.
> -Existía una biblioteca que raramente se utilizó. Las jornadas de trabajo en canteras y campos eran tan duras que los reos caían presa del abatimiento.

Dirigido por el comandante Pedro Abraham Castells (s.f.) entre 1928 y 1933, año en el que sería encausado por los crímenes cometidos bajo su mando, el *Presidio Modelo* no solo incurría en todos los defectos psicológicos y morales atribuibles al panoptismo benthamiano, cuyo empleo, posiblemente, se concibió como un elemento de castigo más, sino que también contaba con un reglamento interno brutal que condujo a la muerte de unos 500 reclusos en apenas 6 años. La mayoría de los decesos se justificaron como "suicidios" en los informes oficiales (González Laureiro & García González, 2001). No

obstante, se publicitó como uno de los grandes logros de la "reforma social" cubana, imprimiéndose un delirante folleto propagandístico para turistas, atribuido al propio Castells, que alababa las cualidades inherentes al presidio. Baste una cita del mismo para comprender la dimensión del despropósito:

> "La vida del recluso del PRESIDIO MODELO, se concreta en este hermoso emblema: TRABAJO, INSTRUCCIÓN, DEPORTE, que como una magnífica bandera de triunfo, ondea sobre el alma de la población penal, que se depura en la lucha del TRABAJO; que se eleva y dignifica en la ESCUELA, y, que se alegra y vigoriza en el DEPORTE. Viene a ser como el Jordán maravilloso donde el hombre caído encuentra el bautismo saludable que ha de lavarlo de toda culpa rehabilitándolo en su desgracia y mejorándolo en su condición [...] Tal es, en síntesis, la descripción de la vida y régimen del recluso en el PRESIDIO MODELO, esa obra gigantesca que hará perdurable una época en la historia penitenciaria del mundo, y cuyo ejemplo vivo sirve para destacar a un pueblo entero del mundo civilizado. Porque los pueblos donde se vela tanto por la reforma moral del delincuente, como del desamparo del anciano y la desgracia de la mujer y la niñez desvalida, tienen que engrandecerse en virtud de sus propios esfuerzos, que son como exponentes de grandeza que hablarán a las generaciones venideras" (cit. en Torriente Brau, 2000: 172)[1].

Más importante, sin embargo y contradicción con esta propaganda, es lo que nunca se construyó del proyecto original, pues explica en buena medida el fracaso del centro penitenciario, así como la utilidad real hacia la que estaba destinado (González Laureiro & García González, 2001):

-Edificio Auditorio con aulario, capilla, teatro y cine. Fue lo primero que se eliminó cuando comenzó a escasear el presupuesto, pues se consideró "innecesario".
-Barrotes en las celdas. La presión psicológica del panóptico era más que suficiente para controlar a los internos. Un solo vigilante armado controlaba a todos los internos del bloque.
-Locutorio. Los internos, dado el aislamiento del lugar y el coste del desplazamiento, raramente recibían visitas. Se consideró un gasto inútil y se suprimió.
-Muro perimetral de las instalaciones. Se reemplazó por un vallado de alambre más económico. Tampoco había lugar alguno al que escapar.
-Había proyectados otros 4 bloques circulares que nunca se levantaron. Las obras cesaron en 1932 por "falta de presupuesto".

A partir de 1938, cuando el desastre del *Presidio Modelo* ya había sido harto publicitado, con los gobiernos sucesivos de Federico Laredo Bru (1875-1946) y Fulgencio Batista Zaldívar (1901-1973), se intentó "lavar" la imagen de la institución, que pasó a llamarse *Reclusorio Nacional de Varones*, pero nada cambió en la práctica (Cairo, 2000). Posteriormente, durante la II Guerra Mundial, dos de los edificios albergaron prisioneros de guerra alemanes y japoneses en lo que podría considerarse una anticipación del episodio de la cárcel de Guantánamo. El centro se cerró a finales en la década de 1960, siendo museo nacional, escuela y centro de investigación desde 1976 (Ortiz Durán, 2013).

**Conclusiones**

El debate entre reglamento, estructura y función, ha sido históricamente el caballo de batalla de la gestión y la reforma penitenciaria (Pérez-Fernñandez & López Muñoz, 2020). En este sentido, el *Presidio Modelo*, en tanto que aplicación radical del panoptismo y con

[1] Las mayúsculas son del original.

un reglamento interno disfuncional, fue un fracaso manifiesto en materia psicológica y rehabilitadora desde sus mismos inicios. Los internos llegaron a calificar su arquitectura de colofón perfecto de un régimen de tortura (Torriente Brau, 2000). De hecho, la controvertida historia de la reforma penitenciaria ha mostrado que lo arquitectónico ocupa un papel secundario en lo relativo al potencial rehabilitador de las instituciones (Pérez-Fernández & López-Muñoz, 2020). Así, más importante para tal finalidad que el edificio en sí mismo, toda vez que se lo ha dotado de los elementos funcionales necesarios, es la calidad del reglamento que se aplica a los internos, así como el trato que se les profesa.

**Referencias**


Bentham, J. (2011) *Panóptico* (trad. David Cruz Acevedo). Madrid (España): Círculo de Bellas Artes.

Beytía Reyes, P. (2017). El Panóptico de Bentham y la instrumentalización de los Derechos Humanos. *Universitas Philosophica, 68*, Año 34, 173-196.

Buxton, T. (2009). *An Inquiry, whether Crime and Misery are Produced or Prevented, by our Present System of Prison Discipline* (Cambridge Library Collection - British and Irish History, 19th Century). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511703669

Cairo, A. (2000). Introducción. En: Torriente Brau, P. de la (2000). *Presidio modelo*. La Habana (Cuba): Centro Cultural Pablo de la Torriente Brau.

Elduab, D. (2016). Stateville's controversial "Roundhouse" prison area shuttered. *Chicago Tribune* [en Internet: https://www.chicagotribune.com/news/breaking/ct-stateville-roundhouse-closed-met-20161201-story.html, recogido en mayo de 2021].

Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid (España): Siglo XXI.

García Melero, J.E. (2000). El panóptico de Bentham en los proyectos de la Academia (1814-1844). *Espacio, Tiempo y forma (Serie VII), Historia del Arte, 13*, 293-328.

González Laureiro, J.C. & García González, F. (2001): *Presidio Modelo: temas escondidos*. La Habana y Nueva Gerona (Cuba): Centro Cultural Pablo de la Torriente Brau y Ediciones El Abra.

Handler, P. (2005). Forgery and the end of the "Bloody Code" in early Nineteenth-Century England. *The Historical Journal, 48*(3), 683-702.

Harris, J. (1999). Los escritos de codificación de Jeremy Bentham y su recepción en el primer Liberalismo Español. *Telos. Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas, VIII*, 1: 9-29.

Oliver Olmo, P., Gargallo Vaamonde, L & Urda Lozano, J.C. (2013). Panoptismo sin panóptico. La arquitectura penitenciaria en la España contemporánea. Carmen Ortiz García (coord.). *Lugares de represión, paisajes de la memoria. Aspectos materiales y simbólicos de la Cárcel de Carabanchel*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 122-140.

Ortiz Durán, J. (2013): *Presidio Modelo: preguntas y respuestas*. Nueva Gerona (Cuba): Ediciones El Abra.

Pérez-Fernández, F. (2013). La figura institucional del verdugo como espejo público (siglos XVIII-XX). *Revista de Historia de la Psicología, 34*, 3, 57-80.

Pérez-Fernández, F. & López-Muñoz, D. (2019). The Kirkbride buildings in contemporary culture (1850-2015): From 'moral management' to horror films. *History of Psychiatry*, 30(3): 336-351. doi: 10.1177/0957154X19839912

Pérez-Fernández, F. & López-Muñoz, F. (2020). El panóptico que nunca fue: El fracaso de la "reforma" de las prisiones en la España decimonónica. *V Anuario Internacional de Criminología y Ciencias Forenses*. Valladolid (España): Sociedad Española de Criminología y Ciencias Forenses: 187-198.

Pevsner, N. (1979). *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona: Gustavo Gili.

Renduelles, C. (2011). Prólogo. En: Bentham, J. (2011) *Panóptico* (trad. David Cruz Acevedo). Madrid (España): Círculo de Bellas Artes.

Sanz Delgado, E. (2002). Disciplina y reclusión en el siglo XIX: Criterios humanizadores y control de la custodia. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales, 55*(1): 109-201.
Scott, H. (1964). *Enciclopedia del crimen y de los criminales*. Barcelona: Editorial Ferma.
Torriente Brau, P. de la (2000). *Presidio modelo*. La Habana (Cuba): Centro Cultural Pablo de la Torriente Brau.
Valencia Grajales, J.F. & Marín Galeano, M.S. (2017). El panóptico más allá de vigilar y castigar. *V9, 2* (jun-dic), 321-574.

# A COLEÇÃO CIENTÍFICA DO NÚCLEO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA COMO FONTE PARA UMA ABORDAGEM ÀS PRÁTICAS MÉDICAS NO ÂMBITO DAS DOENÇAS MENTAIS ENTRE FINAIS DO SEC. XIX E PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

**C. Figueiredo[1] ; N. Camarneiro[2]; C. Bottaini[3]; A. Canhota[4]; R. Bordalo[2,3]; E. Vieira [2]**

[1] Universidade Católica Portuguesa, Escola das Artes, Porto, Portugal
[2] Universidade Católica Portuguesa, Escola das Artes, Centro de Investigação em Ciência e tecnologia das Artes, Porto, Portugal
[3] Laboratório HERCULES, Universidade de Évora, Évora, Portugal
[4] Museu da Misericórdia do Porto, Porto, Portugal
Emails:catarinacostafigueiredo@gmail.com; ncamarneiro@ucp.pt; carlo@uevora.pt; armanda.canhota@scmp.pt; rbordalo@ucp.pt; evieira@ucp.pt

**Resumo**

Até aos finais do século XIX, os únicos estabelecimentos que tratavam dos alienados em Portugal eram hospitais generalistas, cadeias, casas de saúde e o Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, conhecido depois por Hospital Miguel Bombarda. No Porto, só em 1883 se estabeleceu o Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF) com algum atraso legal e terapêutico. Este trabalho propõe, partindo do estudo de uma fração da coleção científica de psiquiatria desta instituição hospitalar, estabelecer uma abordagem histórico-científica às práticas médicas aí realizadas, contribuindo assim para um conhecimento preliminar dos métodos de tratamento dos problemas do foro neurológico e psiquiátrico naquele período.

Para o efeito, foi consultada diversa documentação do arquivo do CHCF e da Casa da Prelada no Porto, seguindo-se o tratamento conservativo de seis instrumentos e equipamentos que, para além da sua salvaguarda como fonte material, possibilitou a compreensão dos seus mecanismos e funções contribuindo para o estudo da saúde mental da época.

**Palavras-Chave**: Centro Hospitalar Conde de Ferreira; coleção científica; conservação; inventário; psiquiatria

**Abstract**

Until the end of the 19th century, the only establishments that treated the alienated in Portugal were general hospitals, jails, health houses and the Rilhafoles Hospital, later known as Miguel Bombarda Hospital. In Oporto, the Conde de Ferreira Hospital (CHCF) only opened in 1883 with a legal and therapeutic delay. This study aims to, based on the preservation of the psychiatry scientific collection of this hospital, at analyzing the approach to the medical practices carried out there, thus contributing to a preliminary knowledge of the approach to neurological and psychiatric problems in that period.

For this purpose, were consulted numerous documents in the CHCF and Casa da Prelada archives in Oporto, followed by the conservation treatment of six instruments and equipment which, in addition to their safeguard as a material source, allowed to understand their mechanisms and functions, contributing to the study of mental health at that period.

**Keywords:** Conde de Ferreira Hospital Center; scientific collection; conservation; inventory; psychiatry

***

## Introdução

A coleção de objetos médicos do CHCF é constituída por um património hospitalar notável na área da psiquiatria e outras áreas da medicina, reunido desde a sua abertura até aos dias de hoje. Através do seu estudo, inventariação e conservação foi possível compreender melhor não só os materiais de que são constituídos, a história e a evolução do instrumento médico, mas, sobretudo, as práticas médicas da época. Este projeto parte de um mestrado da Universidade Católica Portuguesa em conjunto com o Museu da Misericórdia do Porto, especificamente o processo de inventariação e investigação de parte da coleção de instrumentos científicos do CHCF. Assim como o estudo efetuado durante a conservação de seis instrumentos hospitalares (datação, função e contexto histórico-científico) dessa mesma coleção.

> *"Em pathologia denomina-se delírio a perversão geral ou parcial das faculdades intellectuaes e affectivas. E mais larga a significação etymologica do termo; pois que fazem derival-o das palavras—de—e—lira, exprimindo esta ultima sulco em linha recta. E assim etymo- logicamente delirio significaria — desvio do recto caminho".*
>
> Senna,1876, p.13

## A coleção científica e médica do Centro Hospitalar Conde de Ferreira

A coleção científica do Museu da Misericórdia do Porto (MMIPO) encontra-se em reserva ou em fase de estudo/inventariação no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHPORTO) e no CHCF. Para este estudo abordamos uma fração da coleção do CHCF, anteriormente designado por *Hospital do Conde de Ferreira para Alienados* (Sena, 2003). A parte da coleção, à qual houve acesso, é formada por mais de 100 artefactos de várias áreas da medicina, datados dos finais do século XIX até meados do século XX. Estes artefactos além de serem importantes heranças museológicas, são também, um recurso valioso para o ensino académico. Similarmente, estabelecem uma síntese evolutiva do instrumento/equipamento médico para a história da ciência e da medicina em Portugal dos finais do século XIX e no decorrer do século XX.

A relevância do próprio edifício CHCF, advém de um percurso institucional pioneiro a nível nacional, uma vez que foi a primeiro estabelecimento hospitalar projetado com o propósito de tratar os alienados. Desde meados do século XVIII os alienados eram colocados em hospitais generalistas, como o Hospital de S. José, e depois transferidos para o Hospital de Rilhafoles a partir de 1848, tornando-se este o primeiro hospital para alienados em território português. No norte do país, estes eram instalados no subsolo (porão) do Hospital de Santo António até à abertura do CHCF em 24 de Março em 1883. É, também, de sublinhar a diferença entre as diferentes classes sociais, os doentes mais pobres ou indigentes que não tinham possibilidades de tratamento hospitalar eram depositados nas cadeias. Nas classes sociais altas os doentes que não procuravam tratamento em instituições para o efeito, permaneciam enclausurados e/ou algemados em casa, fruto da vergonha social em assumir a sua condição (A. Pereira, 1986; P. Pereira *et al.* 2018).

Segundo Pereira (1986), durante a segunda metade do século XIX, os tratamentos dos alienados eram realizados maioritariamente em duas instituições o Hospital de Rilhafoles e o CHCF. Ao tornar-se uma instituição de progresso no tratamento psiquiátrico, o

CHCF arrecadou, ao longo do tempo, um património histórico médico e científico notável. Dessa forma, o objeto médico constitui uma importante fonte de estudo na história da sociedade, da medicina e da cultura material e imaterial.

## 1.Inventário

A coleção científica do CHCF[1] é constituída por diferentes equipamentos/instrumentos médicos entre outros utensílios hospitalares. Apesar da sua importância histórico-científica, a coleção nunca foi alvo de estudo nem se conhecem registos de intervenções de conservação. Dado que a coleção nunca ter sido estudada carece de contextualização histórica. Assim, foi necessário realizar a sua caracterização de forma a restituir a sua conjuntura social, científico e funcional.

Procedeu-se à realização do inventário de raiz. Para a realização do processo, o acesso e a consulta de arquivos/inventários em instituições museológicas que estivessem na posse de coleções semelhantes é imprescindível. Contudo, dado a circunstância pandémica do período em que o estudo foi realizado, tais consultas não foram possíveis, sendo apenas exequível a consulta em plataformas online de instituições museológicas e das suas coleções, consulta de livros, tratados e catálogos disponíveis. Dado o curto espaço de tempo para a sua realização e os períodos intercalares de confinamento, só foi possível a inventariação de cinquenta objetos.

O inventário consiste na recolha e identificação de objetos inseridos em coleções de um determinado acervo institucional, e possuem como principal objetivo orientar os profissionais e as respetivas instituições, servindo como ferramenta de salvaguarda na organização do património (Freitas & Pinho, 2000). A classificação dos objetos da coleção científica do CHCF foi regida por critérios determinados, especificamente, para cada tipologia, reunindo toda a informação de forma organizada e o mais concreta possível, adaptando esses critérios à instituição museológica de origem (MMIPO).

Primeiramente, foi acordado entre as instituições e os profissionais intervenientes, os termos, assim como outros critérios, para a elaboração do processo de inventariação: o modelo de inventário e a realização do mesmo. Até à data não se conhecem estudos, ou registos da coleção científica do CHCF. Dessa forma, e uma vez que esse trabalho nunca foi executado, a realização do inventário foi fundamentada segundo os princípios das *Normas gerais de inventário – Artes Plásticas e Artes decorativas* (Freitas, S.C., & Pinho, E.G, 2000), e as *Normas de inventário Ciência e Técnica – Normas gerais* (Costa, P. F., & Costa, M, 2010). Face à inexistência de informação, do conteúdo histórico dos objetos, e também, desconhecendo-se as suas funções e áreas de atuação, não foi possível proceder à inventariação segundo uma ordem específica. Para a sua realização foi aplicada a ficha modelo de inventário de Ciência e Técnica[2].

O processo de inventariação foi iniciado com a atribuição de um número de inventário, de acordo com os parâmetros das normas de inventário já anteriormente referidas e das medidas adotadas pela instituição tutelar. O mesmo consistiu na atribuição de um sistema alfanumérico, correspondendo ao acrónimo da instituição (MMIPO) e a correspondente

[1] De acordo com o Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de dezembro e posteriormente o Decreto-Lei nº 232/95 de 12 de Setembro, Decreto-Lei nº 126/97, de 23 de Maio e o Decreto-Lei nº 131/98, de 13 de Maio, o hospital foi nacionalizado em 1976 pelo estado português tendo sido essa tutela transferida em 2002 para a Santa Casa da Misericórdia do Porto. Posicionando o património móvel, dispersamente em todo o complexo hospitalar.

[2] Pormenores em detalhe sobre os parâmetros da ficha de inventário de Ciência e técnica podem ser consultados no site www.matriznet.dgpc.pt, normas de inventário, Normas de inventário Ciência e Técnica – Normas Gerais, Anexos. Disponível em: http://www.matriznet.dgpc.pt/matriznet/NormasInventario.aspx.

numeração sequencial (000), por exemplo: MMIPO.0001. Foi acordado entre as instituições que o acrónimo CHCF seria atribuído, uma que vez que existe a possibilidade da deslocação da coleção para a instituição hospitalar: CHCF.0001. Na identificação de pares/conjuntos, foi atribuído um número de inventário e de identificação alfanumérica, por exemplo para um conjunto de algemas: CHCF. 0006. a.
Após a inventariação de cinquenta objetos, foi possível identificar dezanove instrumentos/equipamentos da área de psiquiatria/neurologia, e os restantes trinta e um foram identificadas nas seguintes áreas:

-Dentária
-Genecologia
-Urologia
-Terapia
-Cirurgia e clínica médica
-Anestesia
-Diagnóstico
-Farmácia
-Material de laboratório e análises

Para além da diversidade de áreas médicas, é de salientar que os diferentes fabricantes, do que foi possível inventariar, são, na sua grande maioria estrangeiros. Na tabela 1 estão representados os diferentes fabricantes, país de origem, tipologias de instrumentos/equipamentos que fabricavam, e data de início de atividade e encerramento de atividade:

| **Fabricante** | **Local** | **Área de atuação** | **Abertura/a** | **Encerramento/a** |
|---|---|---|---|---|
| CHARLES CHARDIN | Paris | Eletroterapia | Século XIX | N/A |
| CREUZAN & SOULARD | França - Bordeaux | Instrumentos de cirurgia, ortopedia, aparelhos de higiene, instrumentos de anatomia e fisiologia | Século XIX-XX | N/A |
| POLYCARPO | Portugal - Lisboa | Cutelaria, incluindo material médico | 1822/1825 | Até ao presente |
| FAVRE | N/A | Instrumentos de cirurgia | Século XIX | N/A |
| HERMAN KATSCH MUENCHEN | Alemanha - Munique | Instrumentos de cirurgia | 1837 | N/A |
| GAIFFE – GALLOT et PILON | França- Paris | Eletroterapia e radiologia | 1919 | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| BOULITTE | França-Paris | Instrumentos médicos e de cirurgia | Século XIX | N/A |
| Collin | França - Bagneux | Instrumentos de cirurgia | 1820 | Até ao presente |

Tabela 1 - Fabricantes e o seu local de origem, área de atuação, abertura de atividade e encerramento de atividade

Ainda que condicionada aos meios disponíveis, a investigação incidiu na identificação e estudo dos objetos, tipologia de materiais constituintes, função e mecanismos, visando a recolha das características identificativas do objeto.

Para a realização desse trabalho multidisciplinar foram realizadas consulta em literatura técnica variada, incluindo a história da ciência, história do instrumento técnico e científico, história do instrumento médico, conjuntamente com livros da história da psiquiatria e do estudo de práticas hospitalares.

Uma das fontes relevantes para o estudo dos objetos médicos incluiu a pesquisa/análise de fabricantes. A partir destas fontes foi possível encontrar alguns catálogos e traçar um esboço cronológico. Veja-se o caso de um acumulador portátil de lumière – cautàre (CHCF.0002), que, através da mudança do nome do fabricante CREUZAN & SOULARD, sucessor de G. CREUZAN nos finais do século XIX e inícios do século XX, permitiu datar o objeto no início do século XX, facto verificado na consulta de um dos catálogos do fabricante antecessor, de 1900 (Creuzan, 1900).

Para além do estudo dos fabricantes, o estudo da evolução de determinados tratamentos e/ou equipamentos, torna-se também uma fonte de datação. Tal é o caso de um aparelho do fabricante GAIFFE – GALLOT et PILON (CHCF.0013), que contém a seguinte inscrição numa das partes metálicas: *Ergersimètre Nº12 de Mª Le Professeur Strohl.* Ora, sabe-se que a neuroestimulação, ou seja, o método de rastreamento de nervos periféricos e plexos através da electroestimulação foi descrita em 1912 pelo cirurgião Georg von Perthes (Goerig & Agarwal, 2000). O tratamento consistia na utilização de uma agulha de níquel ligada a uma corrente elétrica, que, quando aplicada, provocava contrações musculares. Contudo, o método não era completamente preciso, e em 1920 o professor Strohl apresentou pela primeira vez um método de neuroestimulação designado *Egersimètre,* o primeiro estimulador portátil. Só em 1962 é que o método foi melhorado por Greenblatt and Denson, através da construção de um aparelho portátil de electroestimulação com corrente variável, entre outros instrumentos (Mejía-Terrazas, 2007; Vasilevskis, E *et al* 2008).

Após a análise dos processos evolutivos dos aparelhos electroestimuladores acima descritos podemos concluir que o objeto poderá ser datado entre 1920 e 1960.

## 2.Instrumentos/equipamentos do CHCF: Preservação e investigação para as práticas médicas do século XIX e XX

A preservação do património científico apresenta-se desafiante e a interpretação que este património polissémico sugere, nos seus diversos contextos, carrega mais do que a sua própria materialidade, assim é necessário explorar o seu contexto histórico, tecnológico e científico. Segundo Lourenço e Wilson (2013) o estudo do património científico é um dos métodos mais importantes para a sua preservação, mais do que o instrumento enquanto objeto físico, o seu significado ultrapassa a sua materialidade. Sendo necessário, de forma a obter a sua múltipla caracterização, o estudo e documentação das suas funções,

aplicabilidades e o traço cronológico, tecnológico e científico. No caso do instrumento médico, o seu valor enquanto património vai além dos seus materiais constituintes, e não devemos de forma alguma atribuir um caracter meramente estático. A sua verdadeira caracterização ocorre quando lhe é devolvido o seu percurso hospitalar ou a sua aplicação outrora em pacientes.

Como foi referido, a coleção do CHCF carece de qualquer contexto histórico, como tal foram realizadas extensas consultas em dois arquivos considerados fundamentais para a investigação das suas características materiais e imateriais, o arquivo histórico da Casa da Prelada e o aquivo histórico do CHCF. Neste segundo arquivo, foram consultados os livros dos processos de admissão de doentes e as respetivas informações, os registros integrais das atas de conferência médica semestral, de reuniões e conferência do corpo clínico, os boletins diários dos movimentos dos doentes, contas correntes com fornecedores, contas correntes com pensionistas, inventários dos registos anuais dos bens existentes nas enfermarias e nos vários departamentos do hospital e, por fim, os registos de análises, exames e tratamentos, perfazendo um total de 364 u.i (unidades de instalação). Após a triagem dos dezanove objetos selecionados da área da psiquiatria e neurologia e dado o tempo previsto para a realização do projeto, optou-se pela seleção de seis instrumentos e/ou equipamentos. Para a sua seleção seguiram-se os princípios de unidade temporal, material e funcional. A partir da pré-seleção foi possível classificá-los em três categorias: instrumentos de faradização e cauterização, electroestimulação e de repressão.

### 2.1.Instrumento de faradização (CHCF.0001)

O artefacto em questão (**figura.1**) é um instrumento portátil modelo "à charlot portaif" de indução de corrente para tratamento de eletroterapia, constituído por diferentes materiais (madeira, cerâmica, metal, papel e têxtil). Além do nome do fabricante e da datação com a seguinte inscrição: "CHARLES CHARDIN – 1879" é, também, possível observar, no canto esquerdo, uma placa de metal com a inscrição "Hospital dos alienados do Conde Ferreira -1891", o que nos indica que só terá sido adquirido para o hospital a partir de 1891, oito anos após a abertura do CHCF. O interior é constituído por diferentes elementos: um recipiente de cerâmica, uma bobina indutora fixa e duas bobinas indutoras movíveis. Um fato curioso foi o material presente nas bobinas de cobre; sob os fios de cobre está presente um material de cor verde, que mais tarde, durante a intervenção de conservação e através de análises foi possível apurar que se tratava de um material têxtil, mais concretamente seda. Esse fato foi reforçado durante a consulta de um manual de eletroterapia em que especificava a aplicação de fios de seda em fios de cobre para melhorar a condutividade (Semeleder, 1878).



Figura 5 - Vista geral do instrumento de faradização (esq) com placa da data de aquisição e placa do fabricante. À direita, vista do interior e respetivos componentes. Catarina Figueiredo ©.

## 2.2.Instrumento de galvano – cauterização (CHCF.0002)

Instrumento portátil de "galvano – cautère" do fabricante CREUZAN & SOULARD, constituído por madeira, metal, plástico, cerâmica e têxtil (**figura.2**). Tal como já foi referido anteriormente, na secção 2 – inventário, estima-se que o artefacto esteja datado entre 1905 e 1940. O aparelho é constituído por dois reóstatos e quatro reóforos para a conexão de fios elétricos. Para além do catálogo referido no ponto 2, foi possível encontrar outra referência do aparelho no catálogo ilustrado de instrumentos de cirurgia e aparelhos de medicina de ortopedia (Guillot, 1934).




Figura 6 - Vista geral do instrumento galvano - cauterização (esq) e vista do interior do instrumento e dos seus componentes (dirt) com pormenor da placa de fabricante. Catarina Figueiredo ©.

## 2.3.Gerador eletromagnético (CHCF.0049)

Este gerador eletromagnético é constituído por madeira e metal e é composto por uma bobine, engrenagens, um carretel, quatro ímanes de ferro, dois reóforos, duas escovas de arame e um comutador (**figura 3**). Quanto ao seu funcionamento, rege-se pelo princípio de Faraday que consiste na conversão de energia mecânica em energia elétrica através de indução eletromagnética (Saslow, 2002). Estima-se que poderá ter sido utilizado como gerador de energia e/ou no auxílio dos tratamentos de eletroterapia até 1922, antes da instalação da eletricidade no edifício do hospital (Pereira *et al*, 2018).

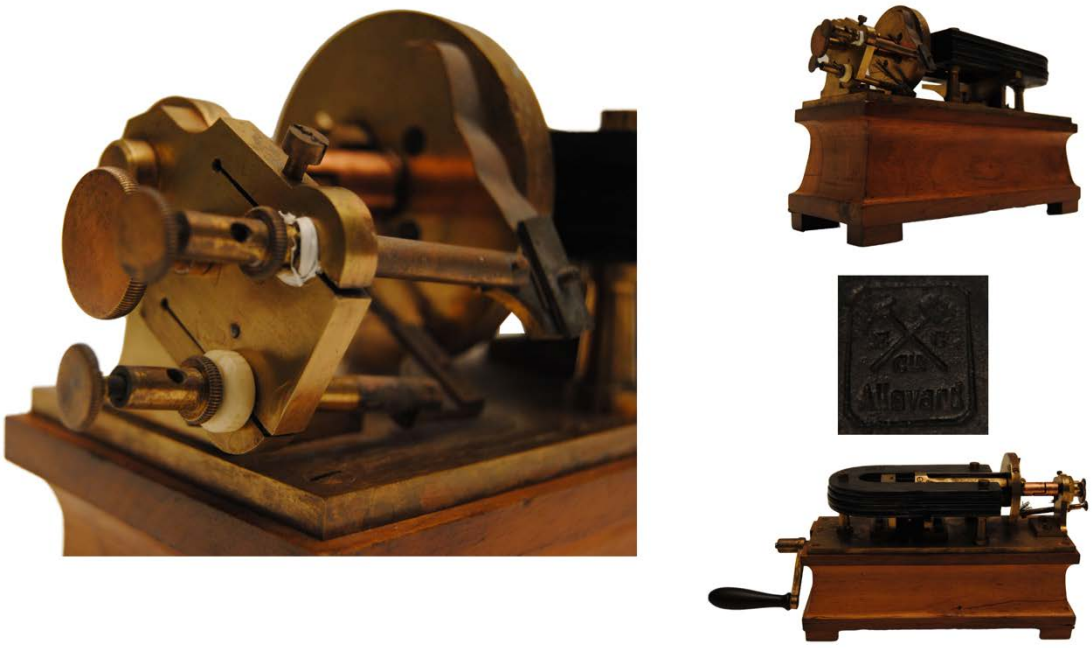


Figura 7 - Vistas gerais do gerador eletromagnético (dir) com marca de contrastaria ao centro e pormenor dos vários componentes (esq). Catarina Figueiredo ©

## 2.4.Instrumento de electroestimulação (CHCF.0013)

Instrumento de electroestimulação de grandes dimensões e suporte de mesa do fabricante GAIFFE-GALLOT et PILON, com aparelho portátil de electroestimulador do Professor Strohl (**figura.4**), constituído por madeira, suporte pétreo, metal, plástico, vidro e tecido. O instrumento era utilizado nos tratamentos de eletroterapia. Durante a consulta ao arquivo do CHCF não foram encontrados catálogos, mas foi possível obter duas informações relevantes e que podem fornecer, contribuir para o contexto histórico e clínico. Apesar da instalação da energia elétrica no edifício em 1922, só em 1929 foi realizada a abertura do gabinete de eletroterapia, fato coincidente com a datação do aparelho electroestimulação, já referido na secção 2- inventário. Na ata de conferencia clínica de 28/12/1925 discutem-se as habilitações para a instalação do gabinete de eletrodiagnóstico e eletroterapia - *Hospital de alienados do Conde de Ferreira, Atas das conferencias clínicas*, 1900 – 1963. Na mesma ata são discutidas as encomendas de material para esse mesmo gabinete, mais especificamente a falta de catálogos e preços da casa de lisboa representante da casa Gaiffe- Gallot et Pilon de Paris. Dessa forma, poderá concluir-se que o instrumento em questão terá sido adquirido entre 1925 e 1929.




Figura 8 - Vista geral do Instrumento de eletroterapia (esq) com electroestimulador do professor Strohl (dir) e pormenor ao centro da placa do fabricante Gaiffe-Gallot et Pilon. Catarina Figueiredo ©.

**2.5.Instrumento de retenção – Conjunto de algemas (CHCF. 0006.a)**

Conjunto de quatro algemas de ferro com tecido, cadeados e chaves inserido numa moldura de madeira e vidro (**figura.5**). Junto destes, encontram-se dois documentos com os respetivos nomes dos pacientes que as utilizaram e as datas de admissão no CHCF (**figura.6**). As algemas não continham qualquer informação acerca da sua construção e/ou fabricante, porém, através da consulta nos registos de admissão de doentes no arquivo histórico do hospital, foi possível recuperar o contexto histórico e significado imaterial dos artefactos. As algemas pertenceram a três doentes:

-José Pinto da Silva, de Rezende admitido no hospital no dia 28 de novembro de 1885;
-António Ribeiro, da Carregosa admitido no hospital no dia 28 de novembro de 1887;
-José Ribeiro, de Amarante admitido no hospital no dia 2 de março de 1928.

Durante a investigação foram consultados os registos de admissão de doentes de 1883 a 1945 sendo possível encontrar o registo de dois dos três pacientes, José Pinto da Silva, de Rezende - *Hospital de alienados do Conde de Ferreira, livro de admissão provisória I - colocação ex-officio H,* 1883 e António Ribeiro, da Carregosa - *Hospital de alienados do Conde de Ferreira, livro de admissão definitiva II – colocação voluntaria H*, 1884. Ambos tinham idades entre os 30 e os 38 anos e foram admitidos na 3ºclasse indigente. Segundo o atestado do médico Francisco Eduardo Peixoto, o paciente António Ribeiro sofria de "delírio religioso" e terá sofrido o primeiro episódio aos 15 anos de idade. José Pinto da Silva terá recebido o atestado pelo médico Dr. Manuel Pereira Dias que considerou o diagnóstico por determinar. Contudo, especifica os episódios que o doente sofria, que neste caso constava "em querer comprar tudo e dar tudo o que compra", o mesmo acrescenta que a "afeição erótica é uma das suas formas de delírio".



Figura 9. Conjunto de algemas, chaves e cadeados e respetiva moldura. Catarina Figueiredo ©



Figura 10 - Documentação referente aos 3 pacientes portadores das algemas
e as datas de admissão no CHCF. Catarina Figueiredo ©.

## 2.6.Instrumento de repressão – camisa de repressão (CHCF.0050)

Camisa de repressão de tecido em tafetá em linho branco para adulto (**figura.7**). A camisa não exibe etiqueta ou qualquer outro meio de identificação do fabricante ou data de execução. Durante a descrição do estado de conservação foi possível observar alguns sinais de uso, como resíduos de sangue e de suor, assim como rasgões e remendos. Durante a consulta do inventário e dos registos anuais dos bens existentes nas enfermarias dos vários departamentos do hospital constatou-se que as camisas de repressão[1] eram adquiridas com alguma regularidade.

[1] O termo camisa de repressão é descrito nos registos de inventário do arquivo histórico do CHCF. Não tendo sido encontrada outra designação, por exemplo camisa de força, os autores decidiram adotar o termo *camisa de repressão* para a sua caracterização.



Figura 11 - Vista Geral do reverso (esq) e verso (dir) da camisa de repressão. Catarina Figueiredo **©.**

**Conclusão**

A coleção científica do CHCF possui um património de valor inestimável não só para a psiquiatria, mas também para o contexto da medicina nacional. O cruzamento de informações obtidas nas consultas dos arquivos históricos, juntamente com as características dos objetos (materiais, área de atuação e fabricantes) permitiu contribuir para a contextualização histórica e científica dos objetos. A consulta de documentação, mesmo que por vezes não ligada diretamente ao artefacto, foi essencial para coadjuvar a carga histórica contribuindo para a conjuntura médica da época.

Apesar do estudo histórico-científico e das ações de intervenção de conservação terem incidido em seis objetos, uma avaliação mais detalhada dos restantes elementos da coleção deverá ser levada a cabo a fim de incorporar os restantes tesouros científicos no mapa do património científico português.

**Referências bibliográficas**


**Fontes impressas**

*Hospital de alienados do Conde de Ferreira, Atas das conferencias clínicas, 1900 – 1963. Porto.*

*Hospital de alienados do Conde de Ferreira, livro de admissão definitiva II – colocação voluntaria,*1883. Porto: Imprensa real, p.76.

*Hospital de alienados do Conde de Ferreira, livro de admissão provisória I, colocação ex-officio,* 1883 Porto: Imprensa real, p.52.

Sena, A. M. (2003) - *Os Alienados em Portugal, I – História e Estatística, II - Hospital do Conde de Ferreira.* Lisboa: Ulmeiro. (Original publicado em 1884).

**Fontes eletrónicas**

Goerig, M., & Agarwal, K. (2000). Georg Perthes—the man behind the technique of nerve-tracer technology. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, *25*(3), 296-301.

Lourenço, M. C., & Wilson, L. (2013). Scientific heritage: Reflections on its nature and new approaches to preservation, study, and access. *Studies in History and Philosophy of Science Part A*, *44*(4), 744-753.

Mejía-Terrazas, G. E. (2007). Neuroestimulación y anestesia regional. *Revista Mexicana de Anestesiología,* 30(S1), 261-264.

Pereira, A.L. (1986). Institucionalização da Loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. nº.21, 85-100.
Pereira, P. T., Gomes, E., & Martins, O. (2018). A alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *História: revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 6, 99-128.
Semeleder, F. (1878) *Manual de eletroterapia.* Imprenta de Ignacio Escalante.
Sena, A. M. (1876). *Delicio nas Molestias agudas* [Dissertação de Concurso, faculdade de medicina – Universidade de Coimbra] Repositório da Universidade de Coimbra. Impressão da universidade.
Vasiļevskis, E., Miščuks, A., & Vanags, I. (2008). Special Devices for Regional Anaesthesia. In Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. *Natural, Exact, and Applied Sciences*. (Vol. 62, No. 4-5, pp. 148-155).

**Catálogos**

Chardin, C., & de Courmelles, F. V. F. (1896). *Précis d'électricité médicale, théories, appareils, définitions, terminologie*: Technique opératoire des applications médicales. O. Berthier.
Guillot, Fernand (1934). *Catalogue illustré d'instruments de chirurgie, d'appareils de médecine et d'orthopédie*.
G. Creuzan (1900). Catalogue illustrée. G. Creuzan, 47, cours de l'intendance (ci-devant: 60-62, rue sainte-catherine), Bordeaux. Disponível: https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?22130.

**Legislação**

Decreto lei nº 704/74 de 7 de Dezembro. *Diário do Governo n.º 285/1974, 1º suplemento, série I de 1974-12-07*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.
Decreto lei nº 232/95 de 12 de Setembro. *Diário da República nº 211/1995 – Série I-A de 1995-09-12*. Ministério da Saúde. Lisboa.
Decreto lei nº 126/97 de 23 de Maio. *Diário da República nº 119/1997 – Série I-A de 1997-05-23*. Ministério da Saúde. Lisboa.
Decreto lei nº 131/98 de 13 de Maio. *Diário da República nº 110/1998 – Série I-A de 1998-05-13*. Ministério da Saúde. Lisboa.

**Normas de Inventário**

Costa, P. F., & Costa, M. S. (2010). *Normas de inventário: Ciência e Técnica–normas gerais.* (1º ed.). Instituto dos Museus e da Conservação.
Freitas, I. C., & Pinho, E. G. (2000). *Normas de Inventário. Normas Gerais: Artes Plásticas e Artes Decorativas* (2º ed.). Instituto Português de Museus.

# NA RESIDÊNCIA DE UM PSIQUIATRA: A CASA-MUSEU ELYSIO DE MOURA – COIMBRA

**Milton Pedro Dias Pacheco**
Casa-Museu Elysio de Moura
Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; CHAM – Centro de Humanidades da Universidade NOVA de Lisboa/ Universidade dos Açores; Centro Interuniversitário de Estudos Camonianos da Universidade de Coimbra
Historiador de Arte/ Diretor de Museu
Email:miltondpacheco@yahoo.com.br;miltonpacheco@fcsh.unl.pt

**Resumo**
Reputado docente universitário e médico psiquiatra, Elysio de Azevedo e Moura repartiu a sua atividade profissional entre a docência académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a prática clínica no Hospital da Universidade de Coimbra.
Entre os incontáveis pacientes alvo de tratamento médico e acompanhamento clínico muitos foram os que beneficiaram do seu humanitarismo. Enquanto os de baixos rendimentos ficaram isentos de qualquer pagamento, os mais abastados foram impelidos a contribuírem financeiramente para o Asylo da Infância Desvalida de Coimbra – a atual Casa da Infância Doutor Elysio de Moura. A partir do momento em que assumiu a presidência da instituição assistencial, nos inícios da década de 1920, Elysio de Moura não só empregou os rendimentos pessoais e familiares, como procurou obter apoios financeiros junto de colegas, alunos, pacientes e demais cidadãos.
As principais linhas de investigação a apresentar focar-se-ão na figura de Elysio de Azevedo e Moura, o médico e o docente de psiquiatria, com o propósito de contextualizar os registos históricos associados à longa carreira profissional no campo da saúde mental que foram dispostos em contexto museológico na Casa-Museu Elysio de Moura.

**Palavras-chave:** Elysio de Azevedo de Moura; Médico psiquiatra; Casa-Museu; Coleção médico-científica; Espólio documental, bibliográfico e fotográfico

**Abstract**
Reputed professor and psychiatrist, Elysio de Azevedo e Moura divided his professional activity between the academic education at the Faculty of Medicine of the University of Coimbra and the clinical practice in the Hospital of the University of Coimbra. Among the countless patients that received medical treatment and clinical support, many benefited from his humanitarianism. While those with low income were exempt from any taxes, the wealthier were compelled to contribute financially to the Asylum for the Destitute Infancy – the current *Casa da Infância Doutor Elysio de Moura*. From the moment that he took over the assistance institution presidency, in the early 1920's, Elysio de Moura not only invested his personal and family wealth in the institution, but also sought to obtain financial support from colleagues, students, patients and other citizens.
The research main lines to be presented will focus on Elysio de Azevedo e Moura's personal traits, as a psychiatrist doctor and professor, with the purpose of contextualizing the historical records associated with the long professional career in the field of mental health that were organised in a museum context at the House-Museum of Elysio de Moura.

**Keywords:** Elysio de Azevedo de Moura; Psychiatrist; House-Museum; Medical-scientific collection; Documentary, bibliographical and photographic heritage

***

**Justificação do estudo**

Informados da organização do *XI Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* e do *III Simpósio Internacional: Mulheres e Loucura*, a decorrer na Universidade de Coimbra em outubro de 2020, decidimos entrar em contacto com as respetivas comissões científicas organizadoras com o intuito de nos associarmos ao evento científico. Respondeu-nos o Senhor Professor Doutor João Rui Pita, a quem expusemos a proposta de incluir no programa dos dois congressos uma componente cultural com a visita orientada à Casa-Museu Elysio de Moura a todos os participantes, oradores e assistentes, que manifestassem interesse.

Perante a impossibilidade de realizar a visita, em virtude do surto epidemiológico, optámos por submeter uma proposta de comunicação dedicada ao percurso biográfico de Elysio de Azevedo e Moura a partir da sua antiga residência em Coimbra.

## 1.Elysio de Azevedo e Moura e o Asylo da Infância desvalida de Coimbra/ Casa da Infância Doutor Elysio de Moura

### 1.1.Percurso profissional do médico filantropo

Reputado docente universitário e conceituado médico psiquiatra, Elysio de Azevedo e Moura [1877-1977] exerceu a sua atividade profissional ao longo de quarenta e seis anos. Entre 1902 e 1947, Elysio de Moura dedicou-se à docência académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e à prática médica nos então denominados Hospitais da Universidade de Coimbra[1].

O interesse crescente por um ramo da medicina ainda muito incipiente no ensino superior português nos inícios do século XX levá-lo-ia a introduzir na Faculdade de Medicina o primeiro curso de formação especializada em Neurologia, em 1907, e que, no decurso da reforma do ensino superior de 22 de dezembro de 1911[2], deu origem à cadeira de Clínica Neurológica em 1912[3]. Os procedimentos implementados foram considerados pioneiros em Portugal. Com o falecimento de António de Pádua [??-1914], lente de Fisiologia entre 1907 e 1911 e de Psiquiatria Clínica e Forense entre 1911 e 1913, Elysio de Moura assumiu a regência das cadeiras de Clínica Psiquiátrica a partir de 1914, de Neurologia em 1912, de Psiquiatria Forense em 1918, e ocupou a cátedra de Psiquiatria em 1943[4].

Com a passagem administrativa dos então denominados Hospitais da Universidade de Coimbra para a Faculdade de Medicina, ocorrida em 27 de abril de 1911, Elysio de Moura foi nomeado para a direção dos serviços da Clínica Neurológica e do Laboratório de

---

[1] Após a obtenção do grau de bacharel em filosofia na Universidade de Coimbra em 1895, Elysio de Azevedo de Moura inscreveu-se na Faculdade de Medicina no mesmo ano, vindo a obter os graus académicos de bacharel em 1900, licenciado em 1901 e doutor em 1902, ano em que prestou provas de concurso público e foi nomeado professor substituto. Rodrigues, M. A. (1992), "Moura, Elísio de Azevedo e", *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 219; Serra, A. V. (2005), "Elysio de Moura. Biografia", *Anorexia Mental. 1947-2005*. Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar, v-ix.

[2] Elysio de Moura e Daniel de Matos tiveram um papel preponderante para evitar a extinção da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra após a reforma nacional de 1911. Rodrigues, M. A., "Moura, Elísio de Azevedo e", 219.

[3] Pereira, J. M. M. (2015). *A Psiquiatria em Portugal. Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Coimbra: Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Pereira e pelo Professor Doutor João Rui Pita e apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 43.

[4] Rodrigues, M. A., "Moura, Elísio de Azevedo e", "Pádua, António de", 219, 221.

Radiologia e Electroterapia, onde procurou criar as condições adequadas ao internamento dos doentes alienados. Mais tarde, em 1919, passou a integrar o Conselho Médico-Legal de Coimbra, o qual presidiu a partir de 1935, e, em 1926, ocupou o cargo de diretor do Serviço da Clínica Neurológica e do Serviço de Clínica Infantil. Em 1937, foi-lhe confiada a direção da Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra[1].

Apesar da reputação almejada na área da neuropsiquiatria[2], somente nas vésperas da jubilação assistiu à inauguração do Manicómio Sena, uma unidade clínica acoplada aos Hospitais da Universidade de Coimbra destinada ao internamento dos pacientes com doenças do foro psiquiátrico, o qual dirigiu entre 1943 e 1947[3].

Concluído o processo de reestruturação da Associação dos Médicos Portugueses, com a criação a atual Ordem dos Médicos em 1938, Elysio de Moura foi eleito para o cargo de bastonário do Conselho Geral em 1939 e seu presidente honorário em 1977, a poucos dias de falecer[4]. O seu primeiro e único mandato ficou marcado pela "visão perfeita dos problemas de que procurou sempre justa e imparcial resolução"[5].

Seguidor das escolas francesas de psiquiatria e neurologia de Salpêtrière e de Nancy, distinguiu-se no estudo e no tratamento das doenças do foro mental[6], cujos resultados foram parcialmente divulgados em reuniões académicas e em publicações científicas, nacionais[7] e estrangeiras[8] (**Fig. 1**). Além do Reino Unido e Hungria, Elysio de Moura participou num elevado número de conferências promovidas por associações e sociedades de psiquiatria e neurologia em França, Bélgica, Suíça, Holanda, Espanha e Marrocos[9].

A sua obra mais conhecida e que mais fama lhe granjeou entre a classe médica e académica nacional foi a *Anorexia Mental*, estudo dedicado ao diagnóstico e ao tratamento de distúrbios mentais manifestados através da recusa de consumo de alimentos, apresentado pela primeira vez em 1944 (**Fig. 2**), publicado em 1947 e reeditado em 1966 e em 2005 em duas edições.

---

[1] Rodrigues, M. A., "Moura, Elísio de Azevedo e", 219; Pereira, J. M. M., *A Psiquiatria em Portugal*, 47.

[2] Saldanha, A. (1978-1979). "O Professor Elysio de Moura e o século em que viveu", *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa. Classe das Ciências*. Lisboa, XXII, 137-138.

[3] Este foi o primeiro serviço de saúde mental estabelecido na zona centro do país. Serra. "Elysio de Moura", xvi, xviii; Serra, A. V., (1987). "Editorial", *Psiquiatria Clínica*. Coimbra, 8, 1, 5-6.

[4] Serra, A. V. "Elysio de Moura", ix; Serra, A. V. (1978). "Elysio de Moura. Primeiro bastonário da Ordem dos Médicos", *Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos*. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio De Moura, 97.

[5] Saldanha, A., "O Professor Elysio de Moura e o século em que viveu", 140-141.

[6] Samouco, A. I., Matos, A. H., Araújo, M. & Caetano, M. (2021). "Anorexia *Mirabilis*: o culto da fome", Pereira, A. L. & Pita, J. R. (Dir.), *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 123.

[7] Como as revistas *Coimbra Médica*, *Movimento Médico* e *Boletim da Ordem dos Médicos*.

[8] As *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Simón-Lorda, D., Rodríguez Ramos, S. & Fraga Martínez, R. (2021). "La "Revolución de la psicofarmacología" (1959-1975) en España del Franquismo. Un estudio a través de la publicidad en revistas professionales", Pereira, A. L. & Pita, J. R. (Dir.), *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 333.

[9] Integrou, como membro associado, a Association des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, a Société Médico-Psychologique de Paris, a Académie Internationale pour le Progrès dos Sciences Médicales, ou a Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Soziale Medizin und Kriminalistik. Foi ainda membro da Comissão de Honra da Union Médicale Latine e sócio-honorário da Société de Médecine Mentale de Belgique. Rodrigues, M. A., "Moura, Elísio de Azevedo e", 219; Nobre, C. (1948). *Prof. Elysio de Moura. Reportagem da sua última lição*. Coimbra: s.e., 16, 31-32.



Figura 1 – Participação de Elysio de Azevedo e Moura no *XXXIV Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et de Pays de langue française* realizado em Lille, França
Autor desconhecido | 1930, 21-26 de julho | Fotografia
Proveniência: Coleção de Elysio de Azevedo e Moura e Celestina Salgado Zenha | Casa-Museu Elysio de Moura – Casa da Infância Doutor Elysio de Moura



Figura 2 – Última lição de Elysio de Azevedo e Moura
Autor desconhecido | 1947, 17 de maio | Fotografia
Proveniência: Coleção de Elysio de Azevedo e Moura e Celestina Salgado Zenha | Casa-Museu Elysio de Moura – Casa da Infância Doutor Elysio de Moura

Cumpriu de forma escrupulosa e sempre generosa os preceitos de Hipócrates. Muitos foram os pacientes que beneficiaram de tratamento médico e acompanhamento clínico de forma gratuita, porém, aos detentores de posses solicitava um donativo para o Asylo da Infância Desvalida, em Coimbra. A sua dedicação ao próximo incluiu ainda muitos dos seus colegas de profissão. No programa do seu mandato à frente do Conselho Geral da Ordem dos Médicos incluiu a integração das antigas Casa da Previdência dos Médicos Portugueses e Lutuosa da Associação dos Médicos Portugueses e a criação da Casa do Médico para acolhimento de médicos inválidos e/ou sem recursos financeiros no fim de carreira[1].

**1.2.A obra assistencial do médico filantropo**

Após o falecimento do presidente do Asylo da Infância Desvalida, Manuel da Costa Alemão [1833-1922], docente da Faculdade de Medicina, Elysio de Moura assegurou a direção interina entre 7 de novembro de 1922 e 12 de julho de 1923, data última na qual foi eleito presidente na sessão da Assembleia Geral[2]. Como o próprio afirmou anos mais tarde, este terá sido o único cargo de representatividade institucional que aceitou com especial agrado[3].

Após a constituição da Sociedade promotora da Eschola d'Asylo da primeira infância nos Paços da Reitoria da Universidade de Coimbra, em 9 de julho de 1835, entraria em funcionamento a pequena unidade escolar, em 10 de abril de 1836[4]. Mas a instituição logo ampliou as funções assistenciais[5], passando a "recolher, alimentar, vestir, educar e instruir crianças pobres de ambos os sexos desde a primeira idade até aos dezaseis anos."[6]. Perante "a falta de comodidade e de suficiente capacidade" no Colégio de Santo António da Estrela, após denúncia registada em 3 de maio de 1837, o recém-criado Asylo da Infância transitou para o devoluto edifício do Colégio de Santo António da Pedreira, junto ao Paço das Escolas da Universidade de Coimbra, em 29 de outubro de 1837[7], onde ainda hoje se mantém.

Entretanto, com a chegada de Elysio de Moura e sua esposa, D. Celestina de Araújo Salgado Zenha [1882-1945], nos inícios da década 1920, o Asylo da Infância Desvalida foi alvo de uma enérgica remodelação institucional, com diretas repercussões no número de crianças institucionalizadas – de cerca de uma dezena em 1922 para mais de duas centenas em 1941[8] (**Fig. 3**). –, e de uma eclética beneficiação material, marcada por múltiplas campanhas de obras destinadas a dotar e a adaptar o edifício colegial a melhores condições de habitabilidade.

Na sessão realizada na Academia das Ciências de Lisboa em 20 de julho de 1978, Aleu Saldanha [1897-1979], catedrático de Radiologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e secretário do Conselho Geral da Ordem dos Médicos no

---

[1] Moura, E. A. (1940). "O primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos", *Boletim da Ordem dos Médicos*. Lisboa, I, 27.

[2] CIDEM, "Atas", 1922, 15 de agosto, 7 de novembro, 1923, 7 de julho, *Livro de Actas do Asylo da Infancia Desvalida de Coimbra*, 1875-1950, 189r-191r, 194v.

[3] Moura., E. A. (1940). "O primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos", 5.

[4] CIDEM, "Atas", 1835, 9 e 12 de julho, *Livro de Actas da Sociedade de Benificencia para a Eschola d'Asylo da primeira infância*, 1836-1849, Coimbra, liv. 1, 1v-r, 2v-r.

[5] CIDEM, "Atas", 1835, 12 de julho, 1836, 14 e 23 de janeiro, *Livro de Actas da Sociedade de Benificencia para a Eschola d'Asylo da primeira infância*, 1836-1849, Coimbra, liv. 1, 2v-r, 5r, 6v.

[6] A partir de 22 de agosto de 1912, a instituição passou a acolher somente crianças do sexo feminino, muito embora fosse facultado aos alunos do sexo masculino a frequência das aulas do magistério primário. *Estatuto da Sociedade de Beneficência Protectora da Infância Desvalida de Coimbra.* Coimbra: Tipografia Moderna, 1, 7-10.

[7] CIDEM, "Atas", 1837, 3 e 14 de maio, 22 de outubro, 27 de dezembro, *Livro de Actas da Sociedade de Benificencia para a Eschola d'Asylo da Primeira Infância*, 1836-1849, coimbra, liv. 1, 10v-r, 12v, 15v-r, 16v.

[8] Serra, A. V., "Elysio de Moura. Biografia", XIX; Nobre, C., *Prof. Elysio de Moura,* 44-45.

mandato de Elysio de Moura[1], prestou um depoimento revelador do apreço que o médico de Coimbra gozava entre a classe médica nacional pela dedicação a esta obra assistencial:

> "Elysio de Moura, coração bondoso, escolheu em grande parte da sua longa vida como objectivo de trabalho, dedicação e ternura, a parte da humanidade ainda não poluída pela ambição, competição e agressividade voluntária. Escolheu como único refúgio das almas boas o sector mais protegido: a infância. E entre estas o seu carinhoso interesse debruçou-se sobre os mais infelizes que não encontraram na vida, na natureza, na sociedade, a protecção que mereciam e lhes era devida. A infância desvalida, aquela que a humanidade, em louca carreira, atropela indiferente sem olhar e sem remorsos. A Medicina é uma bela profissão cujo brilho apenas é embaciado por ser modo de ganhar a vida, mas a dedicação de Elysio de Moura ao seu Asilo, não visou qualquer lucro que não fosse satisfazer a sua natural bondade."[2].

Algumas décadas antes, durante o discurso proferido na sessão da última lição académica de Elysio de Moura em 17 de maio de 1947, Álvaro de Novais e Sousa [1886-1962], diretor da Faculdade de Medicina, chegou mesmo a apelidar publicamente a instituição assistencial de "mealheiro de todas as suas economias, de todo o seu exaustivo trabalho". Aliás, nesta mesma intervenção não sabemos até que ponto a resolução testamentária de Elysio de Moura em legar a sua residência de Coimbra à instituição era já do domínio público: "E ele tudo tem dado, até a casa em que vive, recebendo apenas como compensação algumas carícias dessas três centenas de crianças que desvelada e paternalmente cuida"[3].
Com o intuito de o homenagear por toda a dedicação votada ao longo de mais de cinco décadas, os membros da direção avançaram com a proposta, entretanto discutida na Assembleia da República e homologada com o despacho ministerial de 11 de agosto de 1967, de alterar a designação da Sociedade de Beneficência Protectora do Asylo da Infância Desvalida de Coimbra para Casa da Infância Doutor Elysio de Moura[4].

[1] Saldanha, A., "O Professor Elysio de Moura e o século em que viveu", 139-141.
[2] Saldanha, A., "O Professor Elysio de Moura e o século em que viveu", 139.
[3] Nobre, C., *Prof. Elysio de Moura,* 44-45.
[4] "Despacho do Ministério da Saúde e Assistência" (1967, 8 de setembro). *Diário da República*, III série, n.º 210, 3174.

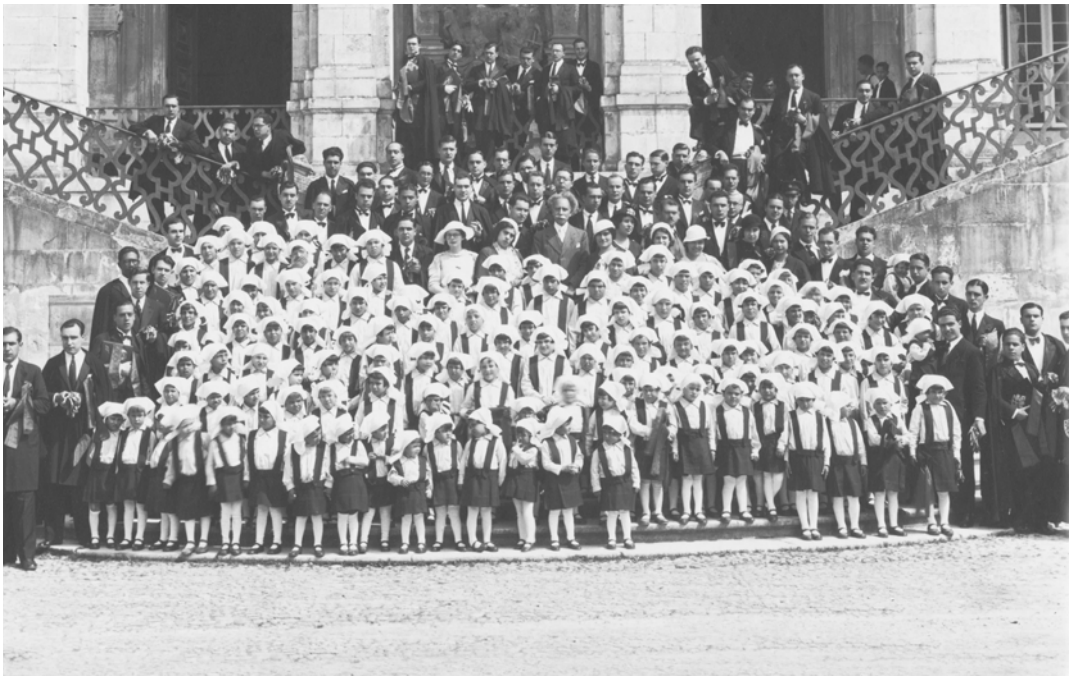


Figura 3 – Elysio de Azevedo e Moura – ao centro – com as Meninas do Asylo da Infância Desvalida e os quintanistas da Universidade de Coimbra (durante a campanha de angariação de fundos denominada "Venda da Pasta"?)
Autor desconhecido | década de 1940? | Fotografia
Proveniência: Coleção de Elysio de Azevedo e Moura e Celestina Salgado Zenha | Casa-Museu Elysio de Moura – Casa da Infância Doutor Elysio de Moura

## 2.Elysio de Azevedo e Moura e a sua residência de Coimbra (a Casa-Museu Elysio de Moura)

### 2.2.residência do médico filantropo unida ao Asylo

Elysio de Moura estabeleceu morada na principal cidade do Mondego pela primeira vez a partir de 15 de outubro de 1892, data do ingresso na Universidade de Coimbra[1]. Nos princípios da década de 1910, parecia já habitar na casa com o n.º 11 da Couraça de Lisboa, no prédio contíguo às Escadas da Pedreira, a nascente, e ao edifício do Asylo, a norte.
Nos finais da década de 1920, Elysio de Moura e D. Celestina decidiram avançar com a construção de uma nova residência habitacional nos terrenos devolutos do Asylo da Infância Desvalida, coincidentes com parte da antiga cerca do edifício colegial no quadrante poente/norte, junto da Rua Doutor Guilherme Moreira. A explicação

[1] Serra, A. V., "Elysio de oura", vi.

subjacente à sua construção neste setor é de fácil justificação e claro entendimento: ambos pretendiam "estar em contacto directo e diário com a sua admirável obra social"[1].
Apresentada e votada a proposta junto da direção, em 7 de abril de 1929[2], Elysio de Moura solicitou as devidas as autorizações ao Ministério do Interior, concedidas por despacho ministerial de 6 de fevereiro de 1930:

> "Tendo a direcção do Asilo da Infância Desvalida de Coimbra pedido autorização para acceitar a proposta que lhe foi feita pelo Ex.mo Sr. Dr. Elísio de Moura para a construção, a expensas suas, em terreno do Asilo, de uma casa de habitação que, com reserva do usufruto para o proponente e para sua espôsa, ficaria pertencendo ao Asilo"[3].

A partir de então o Asylo da Infância Desvalida tornar-se-ia no principal herdeiro universal e representante legal de Elysio de Azevedo e Moura e de D. Celestina Salgado Zenha. As cláusulas testamentárias, celebradas em comum acordo entre o casal e os restantes membros da direção, deliberavam que à data do falecimento de ambos a habitação, com todo o recheio nela contida, revertessem para a instituição assistencial, o que só veio a acontecer em 18 de junho de 1977, com o óbito de Elysio de Moura, trinta e um anos após o de sua esposa em 1 de novembro de 1945.

### 2.2.O projeto de musealização e museografia

Durante a presidência de Aníbal Pinto de Castro [1938-2010], professor catedrático da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, surgiu o primeiro intento em adaptar a antiga residência de Elysio de Moura e de D. Celestina Salgado Zenha numa unidade museológica destinada a enaltecer e honrar a memória dos dedicados patronos da instituição. Contudo, e apesar dos trabalhos ainda encetados, o projeto não vingou.
Entretanto, nos finais de 2015 fomos convidados pelo atual presidente da Direção da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura, o Professor Doutor Manuel Ferro [1959], docente da Faculdade de Letras, para discutir a possibilidade de retomar o projeto de constituição da Casa-Museu Elysio de Moura. O desafio foi aceite de imediato no decurso da reunião, mesmo antes de visitar o edifício e conhecer as coleções nele depositadas. Trabalhar com o património pessoal do ilustre médico de Coimbra, apesar da consciente responsabilidade que acarretava, era uma proposta irrecusável.
O projeto posto em curso nos primeiros dias de janeiro de 2016 assentava em duas linhas patrimoniais: a beneficiação física e material do edifício; e o tratamento do espólio pessoal do casal, portanto preservar todo o património legado à Casa da Infância em 1977. Complementarmente, mas sem nunca esquecer os verdadeiros motivos que movem a instituição, definiu-se a angariação de fundos monetários obtidos com as receitas auferidas na bilhética de modo a garantir a manutenção do edifício, salvaguardar as coleções e divulgar o compromisso dos dois mais dedicados benfeitores da Casa da Infância.
Situada no número de polícia n.º 24 da Rua Doutor Guilherme Moreira, contiguamente ao edifício do Colégio de Santo António da Pedreira – a sede da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura –, a antiga residência de Elysio de Azevedo e Moura e de D. Celestina Salgado Zenha é composta por dois pisos. O andar térreo, onde está instalada a Casa-Museu Elysio de Moura, possui nove divisões interiores, algumas delas intercomunicantes entre si, um pequeno *hall* de entrada com acesso ao exterior, dois respetivos corredores de circulação, interna e externa, e uma caixa de escadas de ligação vertical ao piso superior. Neste primeiro andar os antigos quartos de dormir e divisões de arrumos foram adaptados

[1] Nobre, C., *Prof. Elysio de Moura,* 95.
[2] CIDEM, "Ata", 1929, 7 de abril, *Livro de Actas do Asylo da Infancia Desvalida de Coimbra*, 1875-1950, 205v-r.
[3] "Despacho do Ministério do Interior" (1930, 10 de fevereiro). *Diário da República*, II série, n.º 33, 430.

para acomodar a Unidade de Autonomia de Vida da instituição, constituído por um grupo de educandas que prosseguem estudos superiores após terem atingido a maioridade[1].
No âmbito do projeto de conversão da antiga habitação em casa-museu procedeu-se a uma campanha de obras destinadas a beneficiar o edifício residencial, mantendo todas as infraestruturas arquitetónicas e os elementos ornamentais originais. No decurso das obras pintaram-se tetos e paredes, consolidaram-se as madeiras de portas e janelas, anularam-se canalizações, substituíram-se cabos e fios elétricos, colocaram-se novos conjuntos de papéis de parede executados com base nos originais que ainda se encontravam na residência. Enquanto decorreram as obras de consolidação e beneficiação procedeu-se, paralelamente, à estabilização, preservação e conservação do muito espólio móvel depositado. Enfim, depois das obras na casa, procedeu-se à sua arrumação com base nos registos fotográficos disponíveis, nos elementos documentais existentes e nos testemunhos transmitidos pessoalmente pelos mais antigos funcionários e colaboradores.
O projeto museográfico e o programa museológico submetido e aprovado pela atual Direção da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura consistiu essencialmente na recuperação dos espaços da vivência histórica dos patronos e na criação uma narrativa histórico-biográfica através da contextualização expositiva dos objetos pertencentes aos proprietários. Além dos muitos bens móveis vendidos pelo próprio Elysio de Moura ainda em vida com o propósito de angariar dinheiro para garantir o sustento das suas Meninas, como algum mobiliário e muita ourivesaria, é sabido que algum outro mobiliário doméstico foi reutilizado na instituição sempre que necessário. Ainda assim, e apesar da dispersão de alguns bens, fica comprovada, de forma inequívoca, o elevado valor patrimonial do espólio ainda hoje conservado, em virtude da sua antiguidade cronológica, originalidade histórica e integridade material.
Devidamente estudado no papel e analisado no local, o percurso expositivo dos visitantes foi delineado de acordo com as acessibilidades das divisões habitacionais interiores, para que dessa forma se mantivesse a disposição espacial original da habitação musealizada. Com efeito, introduzidas as devidas contextualizações históricas da instituição e apresentados os seus dois residentes – os mais dedicados benfeitores da instituição –, o discurso narrativo segue, obrigatoriamente, um percurso compartimentado espacialmente por cada uma das divisões, e acompanha os múltiplos conjuntos de objetos expostos. Independentemente dos compartimentos procura-se, nos mais diferentes momentos, manter uma continuidade narrativa na sucessão dos eventos históricos relacionados com os residentes, explorando em cada divisão aspetos do quotidiano vivencial de ambos, as ligações profissionais de Elysio de Moura com a Universidade e os Hospitais de Coimbra e os vínculos institucionais com a Ordem dos Médicos e, sobretudo, com o Asylo da Infância Desvalida (Esq. 1).
As coleções integradas na Casa-Museu Elysio de Moura são compostas por um numeroso conjunto de mobiliário, requerido para os mais variados aspetos do quotidiano do casal (datado dos séculos XIX-XX); de utensílios de higiene, cozinha e investigação científica e intervenção médico-cirúrgica (séculos XIX-XX); um volumoso arquivo e biblioteca pessoais. A casa alberga ainda uma diminuta embora muito interessante coleção de arte, constituída maioritariamente por pintura e desenho (séculos XVIII-XX) e alguma imaginária escultórica devocional e ornamental (séculos XVII-XX).

[1] Dadas as funções adstritas o piso superior está de momento excluído do percurso museológico. Contudo, após a transferência desta unidade está prevista a reconstituição de um quarto de visitas e a organização do arquivo e bibliotecas pessoais de Elysio de Azevedo e Moura.

| Divisão | | Patronos | | Contexto expositivo |
|---|---|---|---|---|
| Laboratório | | **Elysio** | | Académico + Clínico<br>(e.g.: Universidade e Hospitais da Universidade de Coimbra) |
| Cozinha | | **Celestina** | | Doméstico |
| Sala de Costura | | **Celestina** | | Doméstico + Devocional |
| Sala de Refeições | | **Elysio + Celestina** | | Doméstico |
| Escritório | | **Elysio** | | Académico + Institucional<br>(e.g.: Universidade de Coimbra + Ordem dos Médicos) |
| Quarto de dormir | | **Elysio + Celestina** | | Familiar + Doméstico + Devocional |
| Quarto de banho | | **Elysio + Celestina** | | Doméstico |
| Sala de Estar | | **Elysio + Celestina** | | Familiar + Doméstico + Académico |
| Sala de Visitas | | **Elysio** | | Doméstico + Institucional<br>(e.g.: Casa da Infância) |
| Corredor principal | | **Elysio + Celestina** | | Colecionismo + Comemorações |
| Corredores secundários | | **Elysio + Celestina** | | Doméstico + Colecionismo |
| Escadas interiores | | **Elysio + Celestina** | | Doméstico |

Esquema 1- Programa museográfico

Na coleção existente ganha destaque, naturalmente, o conjunto de pintura e desenho de temática muito variada – desde a representação de paisagens marinhas e campestres até à iconografia religiosa mariana, passando ainda por alguns monumentos antigos de Coimbra –, da autoria de vários artistas nacionais, alguns com formação no estrangeiro. Porém, é o abundante fundo de fotografia antiga que melhor permite apresentar a personalidade de Elysio de Moura ao longo da sua profícua e longa vida, desde os bancos de faculdade até às múltiplas condecorações com que foi agraciado no final da sua vida, passando ainda, naturalmente, pelas décadas dedicadas à Universidade de Coimbra, aos Hospitais da Universidade de Coimbra e à sua muito estimada Casa da Infância (**Fig. 4**)



Figura 4 – Inauguração do busto escultórico de Elysio de Azevedo e Moura, da autoria de Francisco Franco, em 8 de maio de 1961, na Clínica Psiquiátrica (destinada ao Manicómio Sena em 29 de junho de 1947) e hoje no hospital central de Coimbra (junto ao serviço de consultas externas de Psiquiatria)
Autor desconhecido | 1961, 8 de maio | Fotografia
Proveniência: Coleção de Elysio de Azevedo e Moura e Celestina Salgado Zenha | Casa-Museu Elysio de Moura – Casa da Infância Doutor Elysio de Moura

## Considerações finais

Com este breve texto pretendeu-se aprofundar as relações de compromisso do eminente Elysio de Azevedo e Moura com o Asylo da Infância Desvalida de Coimbra, instituição que acabaria por lhe prestar a justa e devida homenagem ao assumir a designação de Casa da Infância Doutor Elysio de Moura. Porém, falta ainda o merecido reconhecimento da sua Esposa, D. Celestina Salgado Zenha, a responsável pela administração direta e imediata da instituição assistencial enquanto ele repartia o seu pouco tempo entre as muitas salas de aulas da Faculdade de Medicina e as inúmeras enfermarias dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

A partir do espólio histórico devidamente disposto em contexto museológico na sua mais longa e última residência é possível conhecer as múltiplas relações cultivadas pelo médico e professor reconhecido por dezenas de colegas, com quem trabalhou e privou, apreciado por centenas de alunos, a quem muito ensinou e estimulou, e acarinhado por milhares de Meninas a quem acolheu, alimentou e vestiu.

## Bibliografia

### Fontes manuscritas

Casa da Infância Doutor Elysio de Moura [CIDEM] – Arquivo:
*Livro de Actas da Sociedade de Benificencia para a Eschola d'Asylo da primeira infância*, 1836-1849, Coimbra, Livro 1.

*Livro de Actas do Asylo da Infancia Desvalida de Coimbra*, 1875-1950, Coimbra, Livro 1.

**Legislação**

"Resolução do Ministério do Interior" (1930, 10 de fevereiro). *Diário da República*, II série, n.º 33, 430.
"Despacho do Ministério da Saúde e Assistência" (1967, 8 de setembro). *Diário da República*, IiI série, n.º 210, 3174.

**Obras e estudos gerais**

*Estatuto da Sociedade de Beneficência Protectora da Infância Desvalida de Coimbra*, Coimbra, Tipografia Moderna, s.d..
*Estatutos da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura*, Coimbra, [Casa da Infância Doutor Elysio de Moura], 1980.
Moura, E. A. (1947). *Anorexia mental*. [Coimbra]: Por Ordem da Universidade.
Moura, E. A. (2005). *Anorexia Mental (1947)*, (Apres. Sousa, B. A.). Coimbra: Imprensa da Universidade.
Moura, E. A. (2005). *Anorexia Mental. 1947-2005*, (Preâmb. Bouça, D. e ests. e notas de Serra, A. V., Carmo, I., Torres, A. R. & Santos, A. M.). Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar.
(1966). *Anorexia Mental. Anorexia Mental Juvenil e estados afins*. Braga: s.e., I.
*Anotações a um parecer médico-legal*, Braga, s.e., 1969.
Moura, E. A. (1940). "O primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos", *Boletim da Ordem dos Médicos*. Lisboa, I, 3-44.
Moura, E. A. (s.d.). "Seance inaugurale. Allocution du Professeur Elysio de Moura". *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie*: Braga: s.e..
Moura, E. A. (1902). *Theses de Medicina Theorica e Pratica que se propõe defender na Universidade de Coimbra Elysio de Azevedo e Moura*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
Moura, E. A. (1902). *A Toxidez da Urina. Dissertação Inaugural para o Acto de Conclusões Magnas na Faculdade de Medicina*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2 volumes.
Nobre, C. (1948). *Prof. Elysio de Moura. Reportagem da sua última lição*. Coimbra: s.e..
Pereira, J. M. M. (2015). *A Psiquiatria em Portugal. Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Coimbra: Tese de Doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Pereira e pelo Professor Doutor João Rui Pita e apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
Rodrigues, M. A. (1992). "Moura, Elísio de Azevedo e", "Pádua, António de", *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis. 1772-1937*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 219, 221.
Saldanha, A. (1978-1979). "O Professor Elysio de Moura e o século em que viveu", *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa. Classe das Ciências*, Lisboa, XXII, 131-141.
Samouco, A. I., Matos, A. H., Araújo, M. & Caetano, M. (2021). "Anorexia *Mirabilis*: o culto da fome", Pereira, A. L. & Pita, J. R. (Dir.) *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 119-125.
Serra, A. S. V. (1987, janeiro-março). "Editorial", *Psiquiatria Clínica*, Coimbra, 8, 1, 5-6.
Serra, A. S. V. (2005). "Elysio de Moura. Biografia", *Anorexia Mental. 1947-2005*, (Preâmb. Bouça, D. e ests. e notas de Serra, A. V., Carmo, I., Torres, A. R. & Santos, A. M.). Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar), V-XXII.
Serra, A. S. V. (1978). "Elysio de Moura. Primeiro bastonário da Ordem dos Médicos", *Elísio de Moura. Vida e Obra. Testemunhos*. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 93-99.

Simón-Lorda, D., Rodríguez Ramos, S: & Fraga Martínez, R. (2021). "La "Revolución de la psicofarmacología" (1959-1975) en España del Franquismo. Un estudio a través de la publicidad en revistas professionales", Pereira, A. L. & Pita, J. R. (Dir.) *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 329-335.

# FOTOGRAFIA DE DIEZ AÑOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA HOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE VIGO

**Miguel Angel Miguelez Silva*; Adrián Gramary Cancelas**; Raimundo Mateos Alvarez*****

EOXI VIGO – SERGAS*, Centro Hospitalar Conde de Ferreira**, EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA - SERGAS; Profesor Programa de Doctorado de Neurociencia y Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela***

Médico Psiquiatra*, Médico Psiquiatra**, Médico Psiquiatra***, Médico Psiquiatra****

Emails:miguelang333@hotmail.com*, adrian.gramary@gmail.com**, raimundo.mateos@usc.es ****

**Resumen**

En la ciudad de Vigo, en la actualidad, la rehabilitación psiquiátrica hospitalaria es realizada en el Hospital Nicolás Peña.

Previamente, y desde el año 1975, los cuidados para pacientes psiquiátricos eran llevados a cabo en el Hospital Rebullón, con una organización asistencial basada en la Psiquiatría de Sector francesa.

Proponemos estudiar la historia del Hospital Rebullón, su filosofía asistencial y el diseño del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrico, que desde enero del año 2016 se trasladó al Hospital Nicolás Peña.

Finalmente, analizaremos los datos del Servicio de Rehabilitación de Psiquiatría de Vigo desde el año 2008 al 2018, que suman un total de 377 pacientes. Podremos conocer su diagnóstico, motivo de alta, dispositivo asistencial posterior al alta, entre otros datos, para de esta manera conocer más en profundidad la labor de este servicio de rehabilitación.

**Key words**: Rehabilitación psiquiátrica, trastorno mental grave, rehabilitación psiquiátrica hospitalaria, psiquiatría de sector, rehab

**Abstract**

In the city of Vigo, hospital psychiatric rehabilitation is currently carried out at the Nicolás Peña Hospital.

Previously, and since 1975, care for psychiatric patients was carried out at the Rebullón Hospital, with a care organization based on the French Sector Psychiatry.

We propose to study the history of the Rebullón Hospital, its care philosophy and the design of the Psychiatric Rehabilitation Service, which since January 2016 moved to the Nicolás Peña Hospital.

Finally, we will analyze the data from the Vigo Psychiatry Rehabilitation Service from 2008 to 2018, which adds up to a total of 377 patients. We will be able to know your diagnosis, reason for discharge, care device after discharge, among other data, in order to learn more in depth about the work of this rehabilitation service.

***

## Introducción

Los pacientes con Trastorno Mental Grave, van a ser personas que van a presentar discapacidades y déficits en su funcionamiento psicosocial (autocuidado, relaciones sociales, ocio, etc.). Estos pacientes suelen estar diagnosticados de enfermedades crónicas y graves como la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, entre otros. (1)

Las necesidades de los pacientes con Trastorno Mental Grave van a ser "múltiples y complejas"(1), ya que se observará en ellos una merma en el funcionamiento psicosocial y en su desempeño social que se van a traducir en un mayor desempleo, aislamiento social, menor acceso a vivienda digna, entre otros aspectos. Evaluar estas necesidades "múltiples y complejas" va a ser fundamental para plantear un proceso rehabilitador.
Esta evaluación de los pacientes con Trastorno Mental Grave deberá ser "minucioso, sistematizado y exhaustivo tanto de aquellas áreas más deficitarias y que necesitan una mayor atención, como de las potencialidades del paciente".(1) Para poder hacer este análisis riguroso se usarán las técnicas de evaluación de rehabilitación que tenemos a nuestra disposición. La evaluación de los pacientes permitirá diseñar programas de Rehabilitación Psiquiátrica más adaptados a sus verdaderas necesidades.
Los pacientes que ingresan en el servicio de Rehabilitación Psiquiátrica Hospitalaria de la Ciudad de Vigo , van a ser fundamentalmente pacientes con Trastorno Mental Grave, del espectro psicótico, que se mostraron refractarios a tratamientos integrales en otros dispositivos con los que contamos en la ciudad de Vigo: Unidad de Agudos de Psiquiatría, Hospital de Día de Psiquiatría, Unidad de Salud Mental, Equipo de Continuidad de Cuidados de Psiquiatría y apoyo por parte de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la provincia de Pontevedra.
A continuación, pasaremos a contar la historia de la Rehabilitación Psiquiátrica Hospitalaria de la Ciudad de Vigo, el como se analizaron los pacientes para diseñar un dispositivo adaptado a sus necesidades concretas, para finalmente analizar los datos de 10 años de Rehabilitación Psiquiátrica de Vigo, desde el año 2008 al 2018 contabilizándose un total de 377 pacientes.

**Historia de la Rehabilitación Psiquiátrica de Vigo**

La historia de la Rehabilitación Psiquiátrica en la ciudad de Vigo empezó con la inauguración del Hospital Rebullón en el año 1975. Nació a partir de la remodelación de un hospital para tratar enfermos de tuberculosis en la periferia de Vigo, remodelación que fue impulsada por la Diputación de Pontevedra.
El objetivo era el de crear un Hospital Psiquiátrico en Vigo, donde albergar a los pacientes psiquiátricos de la provincia de Pontevedra que estaban en aquel entonces ingresados en otras instituciones psiquiátricas tales como Conxo (Santiago de Compostela) o Toén (Orense). (2)
En una fase inicial, la idea era crear un hospital que pudiese dar cabida a todos los pacientes de la provincia de Pontevedra, para lo que contratarían cinco psiquiatras. Estos profesionales vivirían dentro de la propia institución psiquiátrica, para lo que se construyeron cinco viviendas en el recinto hospitalario.
El proceso se inició con la contratación de tres psiquiatras, que habían completado su formación en el extranjero. Estos psiquiatras consiguieron convencer a la Diputación de la necesidad de orientar el Rebullón hacia un hospital moderno, de puertas abiertas, de orientación comunitaria que no se dedicase simplemente a albergar pacientes psiquiátricos crónicos. (2)
Será en enero del año 1976, cuando se va a ingresar el primer paciente agudo en el Hospital Rebullón. A continuación, se trasladó un grupo de pacientes más crónicos desde el Hospital Psiquiátrico de Conxo que eran naturales de la provincia de Pontevedra. En el verano del año 1976, un incendio que hubo en el Hospital Psiquiátrico de Conxo hizo que se precipitase un nuevo traslado masivo de pacientes que eran de la provincia de Pontevedra, por lo que a finales de este mismo año se podría afirmar que la mayoría de los pacientes de Pontevedra ya estaban en el Hospital Rebullón. Finalmente, en cuanto a los traslados, unos años más tarde se realizó de una forma más escalonada el traslado de

los pacientes de la provincia de Pontevedra que estaban en el Hospital Psiquiátrico de Tóen. (2)
Durante el año 1977 se contrataron tres psiquiatras a mayores, para que el conjunto de psiquiatras del Hospital Rebullón se hiciesen cargo de la sala de Psiquiatría del Hospital Provincial de Pontevedra. En esta época, también se empezó con los programas de formación, con becas, para médicos internos residentes, psicólogos internos residentes y auxiliares psiquiátricos. De destacar que el Hospital Rebullón fue de los primeros hospitales psiquiátricos en estar acreditado para dar formación MIR en Psiquiatría, puesto que hasta esa época la formación en Psiquiatría se realizaba en las cátedras de Psiquiatría.(2)
A nivel asistencial, el Hospital Rebullón va a basarse en la Psiquiatría de Sector francesa. Un equipo del hospital realizaba una "toma a cargo" de toda la evolución del paciente de una población determinada, independientemente de si está en hospitalización, tratamiento ambulatorio, visitas domiciliarias, rehabilitación, etc. Estos equipos del Hospital Rebullón acudían a los dispensarios locales de la provincia de Pontevedra para dar tratamiento ambulatorio a los pacientes, intercalándose las propias visitas a domicilio.
Destacable la creación en el año 1986 del primer piso protegido y la creación del servicio de Rehabilitación Psiquiátrica hospitalaria a partir del año 1990.(2)
La rehabilitación psiquiátrica se iniciaba prácticamente desde el primer día que el paciente ingresaba en el Hospital Rebullón, con el claro objetivo de la reinserción social. Se establecían lazos con familiares de los pacientes, y personalidades importantes de las diferentes localidades de Pontevedra para tratar de ofrecer al enfermo la mayor cobertura posible en su propia comunidad.
El Hospital Rebullón funcionó con esta filosofía asistencial hasta el año 1992, donde se abandonó la Psiquiatría de sector para dar lugar a la actual organización: Unidad de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Equipo de Continuidad de Cuidados, Rehabilitación Psiquiátrica Hospitalaria, Hospital de Día y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
A partir del año 2001, el Hospital Psiquiátrico Rebullón se empezará a dedicar exclusivamente a la Rehabilitación Psiquiátrica hospitalaria, pasando los pacientes agudos a estar ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Nicolás Peña.
Hasta enero del año 2016, la rehabilitación psiquiátrica hospitalaria se haría en el Hospital Rebullón, pasando a partir de esa fecha al Hospital Nicolás Peña. Se aprovechó para realizar este cambio después de que la Unidad de Agudos de Psiquiatría había pasado del Hospital Nicolás Peña al Hospital Alvaro Cunqueiro.
Con el cambio de ubicación del Hospital Rebullón al Hospital Nicolás Peña se pasó de albergar a los pacientes en un recurso hospitalario en las afueras de Vigo, a contar con un hospital en el centro de la ciudad. De esta manera, los planes de rehabilitación del paciente y su consiguiente externalización se podrían ensayar de una forma mucho más sencilla y efectiva.
En el siguiente apartado, explicaremos las diferentes unidades de las que consta el Hospital Nicolás Peña y el sentido terapéutico de cada Unidad.
Para finalizar el apartado de la historia de la Rehabilitación Psiquiátrica Hospitalaria, creemos importante resaltar que "el Hospital Psiquiátrico Rebullón fue un hospital abierto con espíritus abiertos de los que allí trabajaban. De vocación comunitaria, con predominio del trabajo en equipo multidisciplinar, y con organización asistencial basada en la Psiquiatría de Sector Francesa. Con una gran preocupación por los derechos humanos de los pacientes. Debió ser el último Hospital Psiquiátrico, como tal, que se construyó en España ya que unos años después se inició la transformación de la asistencia psiquiátrica y se empezaron a hospitalizar los enfermos mentales en Hospitales generales, tal como se hace actualmente en Vigo".(2) En la actualidad, en el Hospital Nicolás Peña, se sigue

haciendo el esfuerzo por mantener un hospital abierto, con vocación comunitaria donde se realiza un abordaje al paciente integral.

**Desarrollo de la Rehabilitación Psiquiátrica en Vigo y su metodología**

El paso inicial para plantear la rehabilitación psiquiátrica hospitalaria en Vigo fue evaluar los pacientes que había en el Hospital Rebullón, evaluación que se hizo en el año 1996. El objetivo sería clasificar a los pacientes para de esa manera conseguir tener grupos más homogéneos de enfermos que permitiesen una labor rehabilitadora más eficaz y adaptada a esos grupos de pacientes.

Para evaluar a los pacientes se usó en concreto la escala REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall and Backer), conjuntamente con la evaluación clínica, social y de cuidados, permitiendo de esa manera:

-Medir nivel de minusvalía de cada paciente, que permitiese desarrollar programas rehabilitadores específicos adaptado a cada grupo de enfermos

-Conocer áreas más importantes de intervención para cada enfermo, desarrollando el programa de rehabilitación en función de esos factores

-Conocer la línea basal conductual de los pacientes, para de esa manera poder evaluar la eficacia de los distintos programas implementados

Con los resultados de la evaluación realizada, se procedió a diseñar las distintas unidades que iba a tener el Hospital Rebullón, que después se mantuvieron después del traslado al Hospital Nicolás Peña de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.

Se consideraba que el diseñar un sistema de áreas de intervención y de niveles de rehabilitación, permitiría diseñar programas que serían más eficaces y cercanos a las reales necesidades de los pacientes.

En líneas generales, los pacientes que presentasen un mayor grado de discapacidad estarán abocados a una vida en la institución, y los pacientes con mayor nivel más adaptativo podrán ser dados de alta una vez terminado el plan rehabilitador.

En definitiva, con la evaluación realizada, se encontraron tres perfiles de pacientes diferentes que serían:

1.Pacientes con buena puntuación en las escalas de autonomía y socialización, y con puntuación baja para las conductas problemáticas (fugas, heteroagresividad, etc.).

Serían pacientes con potencial rehabilitador, en los que se espera que puedan integrarse a la comunidad en un futuro. Estos pacientes estarían en la Unidad RII del Hospital Rebullón, y en el Hospital Nicolás Peña.

2.Pacientes que obtienen puntuaciones muy elevadas en la escala de autonomía y socialización, lo que supone un elevado grado de deterioro y discapacidad.

Estos pacientes estarían divididos en dos unidades, una llamada R1 (para pacientes más añosos, con mayor deterioro y concurrencia de patología somática), y en la Unidad Residencial (pacientes más jóvenes, que requieren ingresos largos y con elevado grado de dependencia). En estos pacientes se podría tratar de alcanzar un plan de externalización a más largo plazo cuando comparados con RII, o se podría pensar en una salida a un dispositivo residencial como una Residencia de tercera edad o de Salud Mental.

3.Pacientes, que independientemente de los resultados obtenidos en escalas de autonomía y socialización, predominan en un elevado número de conductas problemáticas (heteroagresividad, autoagresividad, intentos de fugas, falta de adherencia terapéutica, etc.).

En este grupo tendríamos pacientes jóvenes en general, con psicopatología activa y mal respondedora al tratamiento farmacológico, con importante riesgo de acting. Se observaría en este grupo de pacientes importantes conductas problema, con alta

expresividad emocional que impediría realizar proyectos ambiciosos rehabilitadores hasta alcanzar una estabilización del enfermo.

Estos pacientes, estarían incluidos en la Unidad de Cuidados Especiales, que es la única unidad permanentemente cerrada del Hospital (tanto Rebullón como Nicolás Peña), que permite un grado muy elevado de contención de los pacientes.

**Características y programas de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Vigo**

Teniendo en cuenta la evaluación realizada a los pacientes del Hospital Rebullón, se obtenían tres grupos para los que se crearon cuatro unidades con programas adaptados a las características de los pacientes.(1)

-Programas de la Unidad de Cuidados de Rehabilitación: se estaría hablando de una rehabilitación "muy activa". Se buscaría la autonomía gradual del paciente, con exigencias crecientes en torno al enfermo que permitiesen una normalización y autonomía social futura. En este grupo de pacientes primarían los programas individualizados frente a los grupales. Este programa se lleva a cabo en la Unidad RII.

-Programas de la Unidad de Cuidados Residenciales: programa de rehabilitación "menos activo", teniendo como propósito evitar la progresión del deterioro. Prima el mantener o mejorar los autocuidados, así como actividades más ocupacionales. En este grupo estarían los pacientes de RI y Unidad Residencial.

-Programas de la Unidad de Cuidados Especiales: Programas orientados a tratar de reducir déficits, acompañados de programas conductuales intensivos que permitan establecer normas y límites muy claros. En definitiva, intervenciones que buscan reducir las conductas disruptivas.

Cuando el paciente alcanzase una estabilización en la Unidad de Cuidados Especiales, podría ser trasladado a cualquiera de los otros dos programas para iniciar un programa rehabilitador más ambicioso. El modelo que se diseñó para la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica hospitalaria de Vigo es dinámico y activo, que tendrá siempre en cuenta el estado clínico de los pacientes.

En la actualidad, gran parte de los pacientes que ingresan en el Hospital Nicolás Peña ingresan primero por la Unidad de Cuidados Especiales, de modo a tratar de alcanzar una estabilización psicopatológica en el menor tiempo posible, minimizando riesgos. Debemos recordar como se transmitió al inicio de este trabajo, que los pacientes que llegan a la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica hospitalaria son pacientes con graves alteraciones conductuales secundarias a cuadros psicopatológicos graves, que fueron refractarios a variados tratamientos.

Finalmente, antes de pasar a conocer los datos sociodemográficos de los pacientes que pasaron por estas Unidades que acabamos de describir desde el año 2008 al 2018, creemos importante conocer los datos del hospital:

-Unidad de Cuidados Especiales: 15 camas, todas son habitaciones individuales
-Unidad Residencial: 17 camas, 3 habitaciones individuales, resto compartidas.
-Unidad RI: 17 camas,, 3 habitaciones individuales
-Unidad RII: 19 camas, 7 habitaciones individuales

Cuenta en la actualidad con tres psiquiatras a tiempo completo, una psicóloga clínica a tiempo completo, una terapeuta ocupacional a tiempo completo, además del personal de enfermería consistente dependiendo de la Unidad en enfermera especialista en Salud Mental acompañado de técnicos auxiliares de enfermería.

Tanto el Hospital Nicolás Peña, como antes el Hospital Rebullón, es referencia en materia de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria para el área sanitaria de Vigo y Pontevedra. Siempre existe una ocupación del 100%. Son ingresos programados, nunca de carácter

urgente, mayormente desde las Unidades de Agudos de Psiquiatría de Vigo y Pontevedra en una fase de mayor estabilidad conductual del paciente. Existe una lista de espera de cerca de 15 pacientes de media, que puede traducirse en una serie de meses de espera hasta realizarse el ingreso hospitalario.

Existe el proyecto relacionado con el Nuevo Plan de Saúde Mental periodo 2020-2024 (3) de la ampliación en 20 camas en el Hospital Nicolás Peña, para favorecer la recuperación de las personas con Trastorno Mental Grave. Esta ampliación sería para el año 2022, acompañado de un aumento de plantilla: 1 psiquiatra a tiempo completo, 1 psicólogo clínico, 1 terapeuta ocupacional, 3 enfermeras y 9 técnicos auxiliares de enfermería. (4)

**Resultados**

Se realizó una recogida de datos desde el año 2008 al 2018, de todos los pacientes que fueron dados de alta desde el dispositivo de Rehabilitación Psiquiátrica de Vigo.
Por años, fueron dados de alta los siguientes pacientes:

2008 : 45 pacientes
2009: 45 pacientes
2010: 49 pacientes
2011: 33 pacientes
2012: 33 pacientes
2013: 31 pacientes
2014: 23 pacientes
2015: 28 pacientes
2016: 28 pacientes
2017: 33 pacientes
2018: 29 pacientes
Conforman en total 377 pacientes.

La edad media de los pacientes al ser dados de alta era de 45,95 años. Del total, 68,97 % eran varones y 31,03% eran mujeres.
En cuanto al diagnóstico de los pacientes que se fueron de alta, el diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia con un 69,49%. El segundo diagnóstico más frecuente será el de trastorno esquizoafectivo con un 11,14%. Con una frecuencia cerca del 5% del total tendríamos trastorno bipolar con 5,83%, trastorno de personalidad con 5,03% y trastorno delirante con 4,51%. Ya de forma más residual tendríamos trastorno orgánico de personalidad con 1,32%, retraso mental con síntomas psicóticos graves 1,32%, trastorno psicótico residual 1,06% y episodio depresivo 0,27%.
El tiempo de estancia en el hospital era de 22,12 meses.
En relación al tratamiento que los pacientes llevaban al alta, es destacable que un 44,56% de los pacientes no recibían tratamiento inyectable. En relación al tipo de inyectable, del total 36,07% recibían antipsicóticos depot clásicos (zuclopentixol depot, flufenacina depot y haloperidol depot). Finalmente, un 8,22% recibían risperidona en formulación consta, 6,90% recibían paliperidona 1M y 2,65 recibían aripiprazol 1M. Más residual era el papel de la paliperidona 3M (0,53%), y olanzapina 1M (0,26%).
En relación al uso de clozapina es sorprendente que sólo un 34,48% fuesen tratados con este agente farmacológico.
En relación al destino de alta, los dispositivos a los que fueron dados de alta:

-CRPL: 14,59% CRPL más domicilio y 18,3% CRPL más Equipo de Continuidad de Cuidados

-Hospital de Día: 9,19%
-Domicilio más Equipo de Continuidad de Cuidados: 4,50%
-Unidad de Salud Mental: 22,16%
Dispositivo Sociosanitario: 17,24%

Tasa de reingreso:
-Reingreso en Unidad de agudos: 21,75%
-No reingreso: 49,60%
-Reingreso en Hospital de Rehabilitación: 28,65%

Por último, el estado clínico al alta:
-Rehabilitado: 51,46%
-Estable psicopatológicamente: 34,48%
-Causa somática: 9,28%
-Fuga: 2,39%
-Alta voluntaria: 1,86%
-Exitus: 0,53%

**Conclusiones**

1.Hospital abierto, con vocación comunitaria donde se realiza un abordaje al paciente integral.
2.Necesidad de evaluar muestra de pacientes, para obtener grupos más homogéneos de enfermos, para lograr una rehabilitación psiquiátrica del paciente más efectiva.
3.Importancia de contar con Unidades de perfiles diferentes de Rehabilitación Psiquiátrica con Programas de trabajo diferentes.
4.Diagnóstico más frecuente esquizofrenia, siendo los trastornos psicóticos la patología más frecuentemente tratada en este dispositivo.
5.Más de un 50% de los pacientes saldrán de alta con antipsicóticos inyectables. Sin embargo, es llamativo el uso reducido de clozapina.
6.Más de un 30% de los pacientes que se van de alta del hospital, serán derivados a CRPL, lo que recalca la importancia de estos dispositivos comunitarios.
7.Casi un 50% de los pacientes no volverán a tener que ser reingresados en ningún tipo de dispositivo.

**Bibliografía**

1.Veiga Candán MJ (1997). El diseño de un servicio de rehabilitación. In: Santiago Lamas Crego, David Simón Lorda, editors. La esquizofrenia hoy. Ourense: Asociación Galega de Saude Mental, p. 309–17.
2.Miguélez Silva MA, Piñeiro Fraga M, Rial Maciel A, Louzao Martínez MJ, Angosto Saura T. (2013). Historia de los cuidados de enfermeria destinados a los enfermos psiquiátricos de la ciudad de Vigo: desde el hospital Rebullón hasta nuestros días. Historia Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatría e Saúde Mental III. Coimbra: SHIS.
3.Blanco Durán S, Nuñez Arias D, Peleteiro Pensado L, Sandá Barbazán S, Taje Alonso M. (2020). Plan de Saúde Mental de Galicia PosCovid 19. Período 2020-2024. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria Servizo Galego de Saúde, p.36
4.Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria Servizo Galego de Saude, editor (2020). Plan de Saúde Mental de Galicia PosCovid 19 Periodo 2020-2024. In: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saude. Santiago de Compostela, p. 31.

# SODOMIA OU "PECADO NEFANDO", HOMOSSEXUALIDADE -A CONSTRUÇÃO DUMA IDENTIDADE MARGINAL (SÉCULOS XVIII-XX)

**Ana Paula Azevedo Duarte de Araújo**
Universidade do Minho
Investigadora do Lab2PT (Laboratório de Paisagens, Património e Território)
Email:anapaaraujo@sapo.pt

**Resumo**
Em Portugal, a sodomia ou "pecado nefando" foi sempre apontado e fortemente penalizado tanto pelo Direito Civil como pelo Canónico. Os regimentos inquisitoriais e as Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas invocavam penas fortemente penalizadoras, nomeadamente para o homoerotismo. No entanto, o termo "homossexualidade" teve a sua origem no século XIX. Desde essa altura, até o primeiro quartel do século XX, a sua conotação foi-se alterando, com a equiparação a vadios, criminosos e por fim degenerados e doentes. Todo este processo foi ocorrendo ao longo de séculos, culminando com a marginalização e prisão correcional. Neste artigo, foi nossa intenção fazer uma breve análise da intolerância social para com o homoerotismo e do papel desempenhado pela ciência médica e psiquiátrica na validação do grau de perigosidade dum individuo homossexual.

**Palavras-chave**: Séculos (XVIII-XX), Portugal, homossexualidade, ciência médica, Psiquiatria

**Abstract**
In Portugal, sodomy or "nefarious sin" was always pointed out and strongly penalized both by civil and canon law. The inquisitorial regiments and the Afonsine, Manueline and Philippine Ordinances invoked heavily penalizing penalties, namely for homoeroticism. However, the term "homosexuality" had its origin in the 19 th century. From that time, until the first quarteto of the 20th century, its connotation changed, with the assimilation of vagrants, criminals and, finally, degenerates and sick people. This entire process took place over centuries, culminating in marginalization and corretional imprisonment. In this article, it was our intention to make a brief analysis of social intolerance towards homoeroticism and the role plated by medical and psychiatric science in validating the degreeof danger of a homossexual individual.

***

## Introdução

Nos dois últimos séculos têm vindo a proliferar em Portugal vários estudos respeitantes à temática da sexualidade dissidente, nomeadamente o homoerotismo. A documentação legislativa, as constituições sinodais (dos arcebispados de Évora 1534, de Lisboa 1588, Braga 1697) os arquivos do Santo ofício, os arquivos das autoridades de segurança pública e até os próprios relatos orais de testemunhos têm vindo a possibilitar criar uma memória de grande rigor histórico. No entanto, escasseiam estudos sobre o papel das ciências médicas na legitimação do homoerotismo como degeneração. No estudo aqui representado pretendemos fazer uma breve análise do que é a perceção social e jurídica da sodomia desde o século XVIII até à homossexualidade no século XX. Desejamos igualmente, observar o papel das ciências médicas como legitimadoras da classificação da homossexualidade como patologia passível de pôr em causa a saúde social.

*A homossexualidade apareceu como uma figura da sexualidade quando foi abatida à prática da sodomia,*
*passando a uma espécie de androginia interior, um hermafroditismo da alma. O sodomita era um relapso, o homossexual é agora uma espécie.*

Michel Foucault, História da sexualidade

**Homoerotismo - do pecado até ao enquadramento como crime**

O discurso sobre o homoerotismo deve ser entendido na perspetiva religiosa, político social e jurídica. Este debate que deve ser efetivamente construtivista e existencialista foi tendo ao longo dos séculos um cariz muito variado.

Na época grega e romana o homoerotismo tinha a ver com uma questão de papeis, ativo e passivo, do ponto de vista de controlo social e militar. Este tipo comportamento era social e culturalmente admitido[1].

É o cristianismo que introduz a noção de sodomia, inicialmente associa-a ao episódio bíblico da destruição por Deus de Sodoma e Gomorra. Na altura as correntes de opinião interpretam o pecado como estando relacionando com a falta de hospitalidade, ou com outros tipos de comportamento social menos aceites[2]. No entanto, não é feita uma doutrinação relativa ao carater sexual propriamente dito

Entretanto, com o crescente poder da Igreja ao longo da Idade Média as medidas por parte das autoridades seculares e religiosas dos países de religião Católica Cristã tendem a ser cada vez mais agressivas relativamente a comportamentos sexuais divergentes das normativas estabelecidas. Nas culturas europeias e anglo-saxónicas inicia-se o desenhar de um enquadramento que caminha para a criminalização dos comportamentos sexuais considerados à margem das convenções sociais da época. Paulatinamente constrói-se uma arquitetura de pensamento jurídico que vai oscilando entre códigos penais mais ou menos severos consoante os países, mas a dinâmica da criminalização impõe-se, segundo Paulo Drumond, a partir do século XVI-XIX[3].

O exemplo português está documentado nas Ordenações Afonsinas (1476/1477). Esta legislação foi revista e incorporada nas "Ordenações Filipinas" que vigoraram até ao século XIX e onde pode ler-se, …*porem mandamos, e poemos por ley geeral, que todo o homem, que tal pecado fezer, per qualquer guisa que seer possa, seja queimado, e feito por fogo em poo, por tal que já nunca de seu corpo, e sepultura possa seer ouvida memoria*[4]. O arquivo da Inquisição portuguesa (1536-1821) tem interessantes processos sobre sodomia, com recurso à aplicação das leis portuguesas, que nos permitem percecionar o modo como os comportamentos sexuais desviantes eram tratados, antes mesmo do surgimento do conceito de homossexualidade. Nestes acervos documentais podemos observar que os processos de condenação a atos sexuais não se centravam apenas nos ocorridos entre pessoas do mesmo sexo, mas eram também relativos às demais práticas para além das realizadas pelo falo. Referimo-nos à prática de autoerotismo, sexo oral ou outros comportamentos sexuais equiparados a *molícies*.

O discurso critico e condenatório em torno do homoerotismo tem como justificação um outro, que é o discurso construtivista social que vinha sendo construído e que se continua pela Idade Moderna. E é nessa perspetiva que o pecado nefando passa a ter lugar por

---

[1] Foucault, M. (1998). *História da Sexualidade: O Uso dos Prazeres.* Rio de Janeiro: Graal. P. 167.

[2] Blutheau, R. (1720). *Dicionário Portuguez e Latino.* Lisboa: Oficina de Pascual da Silva. P. 688.

[3] A prepósito deste assunto leia-se a breve resenha histórica de Correia, A.C. (2014). Corpo de Delito: A Repressão Policial à Homossexualidade na Primeira Década do Estado Novo – Arquivos da Polícia de Investigação Criminal de Lisboa, Lisboa, tese de mestrado, ISTEC-IUL p. 9.

[4] Livro V, Título XVII, *Ordenações Afonsinas.* Coimbra: Universidade de Coimbra.

excelência nos dogmas comportamentais da sociedade. À época, estão em causa questões sociais, demográficas e religiosas porque se atribui ao homoerotismo o caracter estéril e anti vida. Neste período a sodomia vem associada "ao anti criador", ou seja, em termos sociais e religiosos existe a ideia de que o comportamento sodomita é contra a vida. Tal facto cria, ao nível dos decisores das políticas económicas e sociais, um pretexto para fortes diligências no sentido de desencorajar estes comportamentos.

Em Portugal as oscilações populacionais sempre tiveram grande relevância para as entidades governativas, as frequentes pestilências e as epidemias são uma enorme preocupação dos governos de então. As autoridades governativas que ambicionam dinamizar os setores de produção agrícola e industrial são pressionados pelas quedas demográficas resultantes do caótico quadro sanitário, as enormes perdas de vida nos conflitos bélico e as maciças cifras de jovens adultos que emigram. As preocupações com a falta de mão de obra num período em que a industrialização tendia a emergir são argumentos cada vez mais fortes contra o sexo sem procriação. Do ponto de vista social o poder central teme também a anarquia resultante dos grupos com comportamentos que se desviam do perfil de unidade.

Contudo, os teóricos da sodomia teorizam que o prazer sodomítico é tão sublime que furta a alma. Embora este argumento *per si* seja suscetível de justificar a prática deste tipo de relações, a Igreja, no entanto, encontra neste fundamento a argumentação irrefutável da sodomia como pecado máximo. A Igreja lembra perentoriamente que no dia do juízo final o sodomita ao perder a alma, segundo a tradição aristotélica, se animaliza não tendo lugar no reino dos céus.

Em síntese a visão da coroa e do tribunal eclesiástico convergem. A igreja encontra no poder secular o conluio necessário para progredir com ações disciplinadoras. Em relação aos fiéis a religião legitima as penas atribuídas aos pecadores, com esta retórica alusiva à animalização da pessoa e a necessidade de ações enfreadoras e profiláticas relativamente ao *sodomita* ou *relapso*. Os procedimentos destes párias da sociedade, tal como todos os que tinham condutas desviantes das normas proclamadas, são sujeitos a fortes penalizações. As pessoas em causa são tratadas como hereges e como indivíduos subjugados pelo poder do Demo[1]. Apesar dos sentimentos dos indivíduos em causa, os poderes seculares tal como a Igreja veem nas condutas divergentes um sobranceiro perigo para os planos políticos, económicos e religiosos em curso.

**Homossexualidade como comportamento patológico**

Em 1891 surge pela primeira vez o termo "homossexualidade" na Inglaterra. De acordo com Foucault o homossexual surge como *uma espécie de androginia interior, um hermafroditismo da alma*, alguém que tem uma essência tenebrosa, o que se encaixa na psicologia das perversões do século XIX. Não obstante, o sodomita não desaparece simplesmente e aparece o homossexual pois não estamos a falar de uma espécie, mas da conduta do cidadão. O modo como é percecionado pela sociedade é que se redimensiona e a condenação passa a centrar-se cada vez mais na relação sexual entre pessoas do mesmo sexo. A influencia da revolução francesa cria nas sociedades da época *a utopia de uma sociedade universal e publicamente punitiva*[2] e o discurso médico torna-se apologético das teorias de comportamentos disfuncionais e de perversão.

No final do século XIX e no século subsequente, a retorica altera-se e a homossexualidade além de sujeita ao escrutínio da lei passa a ser questionada como doença ou como fator desestabilizador da saúde das comunidades. A Igreja deixa de fazer parte deste debate, já

[1] Gomes, V. (2010). *Vicio dos Clérigos: a sodomia nas malhas do tribunal do santo ofício de Lisboa.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, Brazil.

[2] Foucault, M. (2020). *Vigiar e Punir- Nascimento da Prisão.* Lisboa: Edições 70. P 314.

que a laicização dos Estados impõe um distanciamento desta instituição nas resoluções político sociais, mas a ideia de um comportamento contranatura permanece

O próprio termo heterossexualidade, que hoje se contrapõe a homossexualidade, não tem na sua génese o significado freudiano de "orientação sexual" que hoje lhe atribuímos. Primitivamente ele é usado para descrever uma parafilia, ou seja, padrões de comportamento sexual nem sempre associados à cópula. Já no século XX Egas Moniz utiliza este conceito na psiquiatria para descrever uma parafilia ou praticas sexuais entre pessoas de diferentes sexos em que a fonte predominante de prazer não é encontrada na cópula, mas noutras atividades

Na centúria de novecentos, o contexto europeu e anglo saxónico estabelece enquadramentos jurídicos variados para as relações entre pessoas do mesmo sexo. Nos países mais influenciados pelo código napoleónico, no início do século, a repressão é menos intensa. Na França, Itália, Espanha e Portugal os códigos das primeiras décadas não criminalizam o homoerotismo, no entanto a sua prática serve de agravante de outras infrações.

Em Itália a lei oscila entre períodos de criminalização da homossexualidade (1933; 1936-1939), e de descriminalização. Durante o regime fascista promoveu-se a ideia de que o homossexual e o individuo solteiro eram indivíduos inimigos da perpetuação da vida, da família, do sistema. O regime respondeu a essa preocupação com ações legislativas como o imposto para os solteiros[1].

O resto da Europa variava, mas foi a partir de meados do século que o clima persecutório se adensou de uma forma geral. Em Berlim "capital homossexual da Europa" havia uma tradição ou uma subcultura homossexual, em que a comunidade homossexual tinha locais de encontro e de vida noturna próprios, mas ao mesmo tempo convivia de forma discreta com o resto da sociedade sem que esses comportamentos implicassem constrangimentos. Por toda a Alemanha no período que decorreu entre as duas Guerras Mundiais surge uma aceitação tácita das comunidades homossexuais. Em 1919, e na sequência do aparecimento de vozes que vão surgindo contra a repressão da homossexualidade, o médico judeu Magnus Hierschfeld (1868-1935) funda um Instituto para Investigação Sexual e inicia um movimento de defesa da emancipação dos homossexuais. Todavia, com a ascensão do Nacionalismo Socialista, a liderança de Hitler e a instrumentalização do seu ministro do interior Hermann Goering, a comunidade homossexual é perseguida, encarcerada e morta. O regime justifica a ação em nome de ideologias promotoras da reprodução sustentada e de uma campanha de pureza da raça. Aqueles que conseguem fogem para a capital francesa onde recuperam durante algum tempo a serenidade

Mais a norte da Europa, a nação soviética após a revolução bolchevique passa por um período de transição relativamente calmo no que respeita a estes assuntos sustentando, no entanto, a ideia das relações homossexuais como doença. Entretanto, na década de trinta há uma mudança de paradigma e algumas correntes ideológicas argumentam que o surgimento do fascismo se deve aos homossexuais. Por sua vez, os fascistas advogam o contrário e associam este tipo de comportamento a vícios relacionados ao proletariado e ao comunismo. O resultado é a prisão e o envio dos prevaricadores para os campos russos de trabalho forçado. Os veredictos são crimes contra o Estado. Identicamente no Reino Unido, tal como os soviéticos, existiu uma lei que vigorou até 1967 e submetia os indivíduos com este comportamento a períodos de dois anos de trabalhos forçados, ou a castração química. Estas questões (que são essencialmente de ordem política) seguem, no entanto, mantendo uma base estruturalmente teológica e a ideia de contaminação moral.

[1] Confirme-se A.C. Correia, (2014). *Corpo de Delito: A Repressão Policial à Homossexualidade na Primeira Década do Estado Novo – Arquivos da Polícia de Investigação Criminal de Lisboa*. Tese de Mestrado, ISTEC-IUL, Lisboa:, Portugal. P. 29.

Daí as medidas tomadas pelas autoridades por forma a afastar indivíduos, de comportamentos ditos desviantes, de zonas de grande convívio ou aglomeração de pessoas.

Na Península Ibérica o comportamento homossexual começa por ser enquadrado em termos legais por leis que associam estes comportamentos como atentados ao pudor[1]. A tradição higienista vai trazer novas leis de defesa social que aparecem em 1912, entre elas o controlo da prostituição, e de práticas desviantes ou contranaturais. Daí as medidas tomadas pelas autoridades por forma a afastar indivíduos, de comportamentos ditos desviantes, de zonas de grande convívio ou aglomeração de pessoas.

Na nação lusa e ainda durante a Monarquia Constitucional é emanada a lei de 1952- onde a homossexualidade passa a estar associada à figura jurídica de "atentado ao pudor". A repressão face à lei anterior de 1912- Lei da Mendicidade - acentua-se[2]. A partir de 1954 as perseguições passam a ser sistemáticas e passa a criminalizar-se estes comportamentos. Mendigos, loucos e homossexuais são encarcerados em albergue como o da Mitra[3].

Por altura do Estado Novo (1933-1974) assiste-se ao enquadramento legal, político, ideológico e agora médico da vigilância policial. As condutas sexuais desviantes apresentam-se como temas sensíveis já que são transversais a toda a sociedade e como tal o governo vê por bem procurar fundamentos científicos e médicos que justifiquem aos olhos da população atitudes "musculadas" que resolvam estes constrangimentos. A aliança jurídica e médico-legal que surge durante este período acaba por legitimar esta repressão, com os clínicos a associar aos homossexuais problemas de personalidade e quadros de debilidade psicológica.

Esta nova forma de encarar este "problema" por parte dos governantes não ocorreu só em Portugal. Catarina Cunha destaca os debates iniciados já no século anterior, em países como a Alemanha em torno da "Teoria da Patologização" em que os médicos descrevem este comportamento como patológico e como condição degenerativa incluindo estas condutas sexuais não convencionais como fazendo parte de quadros clínicos compatíveis com psicopatologias. Ainda a mesma autora refere uma teoria de corrente psicanalítica – Teoria da Imaturidade- que defende que a homossexualidade resulta da imaturidade do desenvolvimento psicossexual, ou dizendo de outra forma, uma perturbação de desenvolvimento do humano. A questão genética também não foi deixada fora da discussão tendo sido avançadas teorias baseadas na influência hormonal e na ideia hipotética da existência de cromossomas femininos nos homens homossexuais. [4] Em teoria essas supostas anomalias cromossómicas justificariam os distúrbios psicossexuais. Estas teses foram, no entanto, desmentidas pela citogenética. Mas a controvérsia em torno destes grupos sociais minoritários ultrapassou fronteiras continentais chegando a ser integrada no grupo de "perturbações de personalidade sociopática" em 1952 pela Associação Psiquiátrica Americana. O estigma associado a este diagnóstico, fortemente

---

[1] Relativo aos contextos da homossexualidade nos regimes fascistas dos países ibéricos consulte-se Altaloytia, F. (2015). *Estgma, Diagnosis e Interacción:Un Análisis Epistemológico y Axiológico de Los Discursos Bioomédicos Sobre la Homossexualidade en los Autoritarismos Ibéricos del Siglo XX*. Espanha: Faculdade de Filosofia (tese de doutoramento). P. 95-97.

[2] Cascais, F. (2016). A homossexualidade nas malhas da lei no Portugal dos séculos XIX e XX. *Internaational Journal of Iberian Studies,* v. 29, (nº2), p. 102.

[3] Situado no palácio da Mitra em Marvila ou também designado de Albergue de Mendicidade de Lisboa estava sob a tutela da Polícia de Segurança Pública. Durante o consulado salazarista foi local de acolhimento de desvalidos (mendigos, doentes mentais e idosos), excluídos (prostitutas e homossexuais) e marginais (proxenetas, vadios e sem abrigo).

[4] A respeito de algumas teorias etiológicas da homossexualidade e do papel médico-científico consulte-se Cunha, C.; Desport, C.; Silva, J. (2021). HOMOSSEXUALIDADE E TERAPIAS DE CONVERSÃO: SEUS LUGARES NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE. In A. Pereira; J. Pita. (Ed.), *HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL XI (303-308)*. Coimbra: SHIS. p. 304

penalizador como se pode imaginar, só viria a ser banido e requalificado como "desvio sexual" em 1968 [1].

Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista e psiquiatra assume uma posição tolerante, embora ambígua, defendendo o homoerotismo como sendo uma variação da função sexual. Porém, em geral, os discursos médicos da época são apologéticos das teorias de disfuncionalíssimo e perversão. No fim prevalece a corrente recriminatória como afirma Michel Foucault a *homossexualidade apareceu como uma figura da sexualidade quando foi abatida à prática da sodomia*.

**Conclusão**

No século XX, em Portugal a comunidade científica toma o lugar ocupado durante séculos pela religião e assume-se como agente mediador entre o poder político e judicial. Este facto vai ter influência na legitimação científica da ação jurídica e subsequentemente na ação que promove o tratamento do distúrbio psiquiátrico e a erradicação destes comportamentos. A premissa da homossexualidade como patologia do foro mental ganha preponderância e os homossexuais caídos nas malhas da lei são retirados da convivência social "encarcerados" em hospícios, hospitais ou albergues. Nestes locais os utentes diagnosticados como safistas passam a ser submetidos a procedimentos terapêuticos de aversão, com recurso a choques elétricos, terapia hormonal, hipnoterapia e intervenções cirúrgicas como a Leucotomia. Esta última prática envolvendo a remoção da matéria branca que une os lobos frontais do cérebro e na qual o proeminente médico português Egas Moniz foi pioneiro. No final e olhando em retrospetiva pode afirmar-se que, a repressão foi o elo de ligação entre o poder, o saber e a sexualidade.

**Bibliografia**


Correia, A.C. (2014). *Corpo de Delito: A Repressão Policial à Homossexualidade na Primeira Década do Estado Novo – Arquivos da Polícia de Investigação Criminal de Lisboa.* Tese de Mestrado, ISTEC-IUL, Lisboa: Portugal.

Cunha, C.; Desport, C.; Silva, J. (2021). Homossexualidade e terapias de conversão: seus lugares na história da humanidade. In A. Pereira; J. Pita. (Ed.), *História Interdisciplinar Da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental XI (303-308)*. Coimbra: SHIS.

Cascais, F. (2016). A homossexualidade nas malhas da lei no Portugal dos séculos XIX e XX. *Internaational Journal of Iberian Studies,* v. 29, (nº2), p. 95-103.

Gomes, V. (2010). *Vicio dos Clérigos: a sodomia nas malhas do tribunal do santo ofício de Lisboa.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, Brazil.© 2016

Raphael, B. *Dicionário Portuguez e Latino.* Oficina de Pascual da Silva, 1720, p. 688.

Foucault, M. (2020). *Vigiar e Punir- Nascimento da Prisão.* Lisboa: Edições 70. P. 314.

Foucault, M. (1998). *História da Sexualidade: O Uso dos Prazeres.* Rio de Janeiro: Graal

Altaloytia, F. (2015). *Estgma, Diagnosis e Interacción:Un Análisis Epistemológico y Axiológico de Los Discursos Bioomédicos Sobre la Homossexualidade en los Autoritarismos Ibéricos del Siglo XX.* Tese de Doutoramento, Faculdade de Filosofia, Espanha.


[1] Ibidem

# FROM OLD TESTAMENT TO MODERN DAYS: IS MENTAL ILLNESS STIGMA OMNIPRESENT?

**Espada-Santos, P.*: Facucho-Oliveira, J.*; Albuquerque, M.*; Fraga, M.*; Mesquita, B.*; Cintra, P. **; Marinho, M.****
Hospital de Cascais, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
* Médicos Internos de Formação Específica em Psiquiatria do Hospital de Cascais.
** Médicos especialista em Psiquiatria do Hospital de Cascais.
Emails: pdsantos@campus.ul.pt; jmfacuchoo@hotmail.com; amcrs.albuquerque@gmail.com; ana.margarida.fraga@gmail.com, barbara.bras.mesquita@hospitaldecascais.pt; pedro.claudino.cintra@hospitaldecascais.pt; amonicamarinho@gmail.com.

**Resumo**
Nos tempos bíblicos, a doença mental é referida como "loucura" ou "insanidade". Estas duas palavras aparecem 27 vezes na Bíblia. Os antigos Hebreus acreditavam que Deus usava a loucura como um castigo divino, mas tinham dificuldade em diferenciar a loucura como resultado de uma punição, da loucura de causas naturais. Sendo assim, os indivíduos considerados loucos ou insanos eram geralmente vistos como culpados, sofrendo sob punição divina. Nos tempos de Jesus Cristo, a insanidade continuava a ter uma causa de natureza espiritual, mas estava mais associada à ação de demónios do que à punição divina. Diversos exemplos mostram que os doentes mentais nos tempos bíblicos eram estigmatizados devido à sua doença mental, semelhantemente ao que ocorre na atualidade. Apesar das diferenças enormes entre os tempos bíblicos e os tempos modernos, a visão que as pessoas têm hoje em dia dos doentes mentais é muito análoga.

**Palavras-chave**: Velho Testamento, Novo Testamento, Tempos Modernos, Estigma de Doença Mental

**Abstract**
Mental illness was referred to as "madness" or "insanity" in biblical times. These two words appear twenty-seven times in the Bible. The ancient Hebrews believe that God use madness as one of the possible divine punishments, but they struggle with differentiating madness as a result of divine punishment and madness as a result of natural causes. So, individuals deemed mad or insane were generally seen as unrighteous and suffering under divine punishment.
In Jesus' time, insanity was still thought to be primarily spiritual in nature but was more closely associated with the work of demons than divine punishment. Several examples show that the mentally ill of biblical times were shamed and stigmatized because of their illnesses much like they are today. Despite the enormous differences between biblical times and today, the view of modern persons toward those with mental illness are quite similar to their biblical counterparts.

***

## Introdução
A Bíblia pode ser usada como um documento histórico, na qual encontramos não só referências teológicas, mas também relatos que descrevem diferentes povos, culturas e costumes. Este livro, que está dividido em dois grandes blocos; o Antigo Testamento (AT) composto por 39 ou 46 livros, conforme a tradução usada, e pelo Novo Testamento

(NT) composto por 27 livros, descreve não só a história do povo hebraico, mas também de povos contemporâneos, abarcando um longo período da história da humanidade. São também frequentes textos com aspetos relacionados com a saúde, com a doença e com os cuidados de saúde.
Será que existem referências relativas à doença mental na Bíblia? Existiria doença mental nos tempos do AT e do NT? Se sim, seriam estes doentes alvo do estigma da doença mental? E no tempo de Jesus Cristo? O que se alterou desde então em relação à forma como a sociedade vê a doença mental? Ao longo deste artigo vamos tentar responder a estas perguntas.

**Referências Bíblicas à Loucura**
Procurando nos textos originais, escritos em hebraico, aramaico e grego, encontramos 34 referências às palavras cujo significado são "loucura" ou "insanidade", 27 vezes nos livros do AT e NT e sete vezes nos livros deuterocanónicos. No AT, são duas as palavras hebraicas que têm este significado: שִׁגָּעוֹן – *Sigâ* e הָלַל - *Hâlal*. A palavra *Sigâ* também é usada com o significado de demente ou em sentido figurativo de "pânico selvagem e desesperado".
No grego encontramos a palavra μαίνομαι: *Mainomai*, a qual viria a dar também origem às palavras mania/maníaco.
A primeira vez que surge a palavra loucura (*sigâ*) é no livro de Deuteronómio, um dos livros do AT que relata a história do povo Hebreu e os termos (normas e regras) da aliança efetuada entre este povo e o seu Deus. Em Deuteronómio 28:15,28 encontramos o seguinte:

> "Mas se não obedeceres às ordens do Senhor, teu Deus, pondo em prática os seus mandamentos e as suas leis, que hoje te comunico, então cairão sobre ti todas estas maldições em abundância (...) Há de mandar-te loucura (*sigâ*), cegueira e demência (...)"[1].

Este texto descreve uma clara alusão à loucura como sendo uma punição divina, resultado da desobediência aos mandamentos e leis de Deus. Esta relação entre a doença mental e o castigo divino permaneceria no pensamento hebraico até ao período do NT e a mesma ideia é encontrada noutras civilizações contemporâneas.
Mais tarde, na vida do Rei David, um dos mais importantes patriarcas da história do povo Judeu, encontramos um episódio curioso, no qual o rei David finge estar doido para que o rei Aquis (rei Filisteu)[2] o não mandasse matar. O primeiro livro de Samuel 21:12-15 relata desta forma esse episódio:

> "Os servidores de Aquis disseram-lhe: «Ó rei! Não é este David aquele homem em louvor de quem as mulheres dançam e cantam que Saul matou mil homens, mas David matou dez mil? David tomou a sério estes comentários e ficou com muito medo de Aquis, rei de Gat. Por isso, fingiu que estava doido (*hâlal*) e comportava-se como tal no meio deles, escrevendo garatujas nas portas e deixando que a saliva lhe escorresse pela barba. Então Aquis disse aos seus servidores: «Bem veem que este homem está louco (*sigâ*). Porque é que mo trouxeram? Porventura tenho cá falta de doidos (*sigâ*)? Porque é que me trouxeram mais um para fazer as suas loucuras (*sigâ*) na minha própria casa?"

[1] Bíblia para Todos 09. Versão portuguesa. Todas as referências a textos bíblicos têm por base esta versão da bíblia. https://www.bible.com/pt-PT/bible/432/ZEC.12.BPT09.
[2] O povo Filisteu era o principal inimigo do povo Hebreu nos tempos do Antigo Testamento.

Nesta descrição vemos que o Rei David finge estar louco, e que ao fazer-se passar por um doente mental, encontrou uma forma eficaz de salvar a sua vida. O rei Aquis identificou prontamente as caraterísticas de alguém com uma eventual doença mental, (esgravatava nas portas e deixava que a saliva escorresse pela barba) e por esse motivo não o considerou como sendo uma ameaça e por isso, o rei David conseguiu fugir. Vemos também que pelo menos o conceito de doença mental seria algo comum, pois o rei Aquis afirma "porventura tenho cá falta de doidos?".
Deste modo, será relativamente seguro presumir que a doença mental seria comum nesta época e que a mesma seria identificada com relativa facilidade. É também de referir que neste texto não há alusão a causas divinas ou sobrenaturais como causadoras de loucura.
Outro exemplo, encontrado no livro de Oseas, 9:7, vemos o uso da palavra loucura no contexto de ser uma consequência do afastamento do povo Hebreu do seu Deus:

> "Chegou o dia do castigo, o dia do ajuste de contas. Israel tem que o saber. Dizem que o profeta está louco (*sigâ*), que o homem inspirado delira. Mas é por causa dos teus muitos pecados e da tua enorme rebeldia."

Em suma, no AT e na cultura hebraica, a loucura é associada ou a uma punição divina ou como uma consequência do afastamento do povo do seu Deus, estando subjacente por vezes uma causa sobrenatural.

**No tempo de Jesus Cristo**
Na época em que Jesus Cristo viveu, a loucura era vista como tendo uma natureza espiritual, associada mais a fenómenos demoníacos do que a castigo divino, embora neste período, as autoridades religiosas defendessem que qualquer doença era, no mínimo, uma manifestação do desagrado de Deus e que resultaria de uma vida de pecado (no sentido de transgressão da lei de Deus). No entanto, aparentemente Jesus Cristo não partilhava desta perspetiva, manifestando a sua opinião por diversas vezes, dizendo que a doença seria uma oportunidade para que "a glória de Deus se pudesse manifestar". Provavelmente terá sido por esta razão que passou grande parte da sua vida "curando os enfermos".
No texto que se encontra no livro descrito pelo apóstolo João, podemos ver um exemplo de como a loucura era associada à influência de forças sobrenaturais, João 10:19-21:

> "Os judeus voltaram a desentender-se por causa destas palavras de Jesus. Muitos comentavam: «Ele tem demónio e está louco (*mainomai*). Porque é que vocês fazem caso dele? Mas outros diziam: «Estas palavras não podem vir de um possesso do demónio! E como é que um demónio podia dar vista a cegos?"

Neste texto, Jesus é acusado de estar sob a influencia de um demónio e de ser louco, o que corrobora a perspetiva de que a doença mental teria, pelo menos em parte, uma causa sobrenatural.
De igual modo, encontramos referências pejorativas em relação à doença mental, no NT. O texto que encontramos no livro Actos dos Apóstolos 26: 24-25 refere o seguinte:

> "Ao chegar a este ponto da sua defesa, Festo disse em voz alta: «Estás doido (*mainomai*), Paulo! Os teus muitos estudos fizeram-te perder o juízo! (...)."

Um outro exemplo, relatado no mesmo livro, descreve um episódio em que o apóstolo Pedro estava preso e foi miraculosamente liberto por um anjo. Após sair da prisão, Pedro dirige-se para a casa de Maria, mãe de Marcos e é recebido por uma empregada da família, conforme lemos em Actos dos Apóstolos 12:13-15:

> "Pedro bateu à porta da frente e a empregada, que se chamava Rosa, foi ver quem era. Quando reconheceu a voz de Pedro, ficou tão contente que em vez de abrir a porta correu para dentro e disse que Pedro estava à porta. Eles disseram-lhe: «Estás louca! (*mainomai*)». Mas ela afirmava que era verdade. Então eles replicaram: «Não é ele; é o seu anjo.»".

Estes e outros textos do NT, revelam que a doença mental tinha uma conotação negativa, e que os indivíduos com doença mental, seriam provavelmente marginalizados e colocados à parte da restante comunidade, tal como era feito com os leprosos.

**O Tratamento da Doença Mental**

Na época abrangida pelos livros do AT, não existiam tratamentos efetivos para a doença mental e os indivíduos afetados por estas perturbações eram frequentemente contidos fisicamente, evitando dessa forma que o mesmo pudesse agredir outros ou a si próprio. No entanto, é razoável especular que essas medidas de contenção se manteriam para além dos episódios de agressividade. No livro de Jeremias 29:26 lemos o seguinte:

> "O Senhor nomeou-te sacerdote em lugar de Joiadá, e agora és o responsável do templo, para que cada louco (*sigâ*) que pretende ser um profeta, seja preso com uma coleira de ferro à volta do pescoço."

De igual modo no NT, a falta de tratamentos efetivos e o medo da doença mental, fariam também com que estes indivíduos fossem frequentemente amarrados e acorrentados, de forma a evitar o seu contacto com a sociedade.

No livro de Marcos 5:1-20 encontramos a seguinte descrição:

> "Jesus e os discípulos chegaram à outra margem do lago, na região de Gerasa. Logo que Jesus saiu do barco, um homem possuído dum espírito mau foi ao seu encontro. Vivia nos sepulcros e ninguém conseguia prendê-lo, nem mesmo com correntes. Já muitas vezes o tinham apanhado e ligado com cadeias de ferro nos pés e nas mãos, mas ele rebentava tudo e ninguém conseguia dominá-lo. Continuamente, dia e noite, gritava pelos montes e por entre os túmulos, ferindo-se com pedras (...)".

A falta de conhecimento científico sobre o funcionamento do cérebro contribuiria para a associação da doença mental a fenómenos sobrenaturais e as dificuldades na compreensão dos fenómenos psíquicos neste período da história da humanidade, contribuíam para a estigmatização destes doentes, isolando-os frequentemente das suas familias e da sua comunidade.

Podemos então, de forma segura, afirmar que a doença mental nos tempos Bíblicos era vista como um castigo divino ou um fenómeno sobrenatural (possessão demoníaca), esporadicamente também teria causas naturais, mas desconhecidas, e tinha invariavelmente uma conotação pejorativa. A forma como se lidava com estes doentes era muitas vezes desumana sem respeito pelos mais elementares direitos humanos (aos olhos da ética atual), isolando estas pessoas do contacto com a sociedade.

Convém relembrar que, embora a associação da doença mental a fenómenos sobrenaturais tenha vindo a desvanecer progressivamente ao longo do tempo, é algo que ainda persiste em algumas sociedades. O estigma e preconceito em relação à doença mental também se verificava de forma global e o mesmo também se manifestava nas instituições de saúde. Tal facto torna-se evidente quando vemos que a primeira unidade

de Psiquiatria, integrada num hospital geral, o *Albany Hospital* em Nova Iorque, surge apenas em 1902 e foi apenas na década de 50 do século XX, que a institucionalização dos doentes com patologia mental começou a ser questionada e surgiram as primeiras abordagens centradas na comunidade.

**E 2000 anos depois?**

Hoje em dia temos um conhecimento científico vasto sobre o funcionamento do cérebro, temos tratamentos eficazes (farmacológicos e não farmacológicos), mas apesar das enormes diferenças entre os tempos Bíblicos e a atualidade, o receio, o preconceito e o desconhecimento sobre a doença mental continua a prevalecer na sociedade. Será que os indivíduos com doença mental no século XXI também são vítimas de estigmatização? E se sim, será que essa estigmatização é semelhante à dos tempos do AT e NT?

No presente, a discriminação e o estigma da doença mental continuam a ser uma preocupação, para doentes, famílias e profissionais de saúde.

Segundo a *American Psychiatric Association*, mais de metade dos doentes psiquiátricos não recebe ajuda para a sua doença por medo de ser tratado de maneira diferente, por medo de perder o seu trabalho ou por ter medo de ser marginalizado[1].

Nos nossos "tempos modernos", o estigma da doença mental tem um forte impacto na opinião pública, nos próprios doentes e nas instituições, gerando consequências negativas para os doentes, entre as quais se destacam: sentimentos de desesperança, baixa autoestima, intensificação dos sintomas psiquiátricos, dificuldades no relacionamento social, probabilidade reduzida de aderir aos tratamentos e dificuldades laborais, entre outras.

Apesar do enorme desenvolvimento tecnológico ocorrido no século XX, será que nos libertámos das "correntes" que prendem estes doentes e os isolam da sociedade?

**#BreakTheChains**

A iniciativa #BreakTheChains é um movimento que reúne organizações de todo o mundo com o objetivo de terminar com o acorrentamento (literal) das pessoas com doença mental, promovendo um tratamento digno a estes indivíduos[2].

No seu relatório, datado de 2020, "*Living in Chains: Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide*," esta organização descreve que em vários países do mundo, existem doentes mentais que são acorrentados, quer nas suas casas, quer em instituições, devido ao estigma da doença mental e há inexistência de instituições de saúde mental adequadas. Muitos são forçados a passar fome e sofrem violência física e sexual. Existem relatos desta prática em mais de 60 países e ao contrário do que seria espectável, não ocorre somente em países em desenvolvimento.

Em janeiro de 2011 foi noticiado o caso de um jovem de 18 anos, residente nos Países Baixos, que vivia acorrentado a uma parede, num hospital psiquiátrico desde 2005.

Estima-se que em todo o mundo cerca de 800 milhões de pessoas, ou seja, um em cada 10, incluindo uma em cada cinco crianças, tenha algum problema de saúde mental. No entanto,

os governos gastam em média, menos de 2% dos seus orçamentos para a saúde em despesas de saúde mental. Para além disso, em mais de dois terços dos países do mundo, as seguradoras não reembolsam despesas de saúde mental.

Infelizmente o estigma da doença mental parece ser omnipresente e as suas "correntes" também!

[1] https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination

[2] https://www.hrw.org/BreakTheChains?promo=campaign

**Conclusões**

Perante a evidência de que a doença mental continua a ser estigmatizada, que estratégias podemos implementar de forma a contrariar este cenário? Ficam aqui algumas sugestões: falar abertamente sobre saúde mental, fazendo uso, por exemplo, das redes sociais; obter informação fidedigna sobre a doença mental e partilhá-la com outros; ter consciência da forma como falamos da doença mental (as palavras que dizemos têm impacto); promover a igualdade entre a doença física e a doença mental, comparando mecanismos e formas de tratamento comuns e mostrar compaixão pelas pessoas com doença mental.

Apesar do conhecimento que temos atualmente sobre o funcionamento do cérebro, dos meios que temos para tratar e prevenir a doença mental ainda nos falta percorrer um longo caminho para que, na nossa "aldeia global", a doença mental não esteja "acorrentada" a um estigma que teima em ser ubíqua.

**Fontes e Bibliografia Final**

Strong, J. 2019. *Strong's dictionary of Biblical Greek and Hebrew*. Tyndale House Publishers.

A Bíblia para Todos versão online. https://www.bible.com/pt-PT/versions/432-bpt09-a-biblia-para-todos-edicao-comum.

Stanford, M. S. 2017. *Grace for the Afflicted. A clinical and biblical perspective on mental illness*. Second Edition. InterVarsity Press.

American Psychiatric Association. 2020. *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*. APA.

Human Rights Watch. 2020. #BreakTheChains. HRW. https://www.hrw.org.

**Agradecimentos:**

Ao Teólogo João Macedo, pela ajuda na leitura e interpretação dos textos bíblicos.

# VENCER OU MORRER: OS SUICÍDIOS POR CONTÁGIO NA ALEMANHA NAZI

**Andreia Salgado Gonçalves*; Francesco Monteleone*;**
**Eduarda Machado*; Miguel Esteves Pereira****
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães
* Médicos Internos de Formação Específica em Psiquiatria; ** Médico Assistente de Psiquiatra e Coordenador do Departamento de Psiquiatria Forense
Emails:andreiamarisagoncalves@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt;
francescomonteleone@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt;
mariaeduardamachado@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt; ;
miguelestevespereira@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt;

**Resumo**
No ano de 1945, com a antecipação da derrota do Terceiro Reich, milhares de alemães cometeram suicídio. Entre estes foram identificadas diversas figuras de grande relevo, nomeadamente oficiais do governo, mas também militares e civis, incluindo mulheres e crianças. O suicídio foi incentivado publicamente como melhor alternativa à derrota e ocorreram movimentos de suicídio em massa em algumas comunidades alemãs. Este é apontado como o maior movimento pró-suicidário de sempre na história da Europa. Este trabalho apresenta uma contextualização histórica destes eventos, assim como uma revisão dos fatores sociais que podem influenciar o suicídio e determinar que este ocorra até em indivíduos sem psicopatologia. É apresentada a perspetiva macrossocial de Durkheim e uma revisão do fenómeno de Werther, do fenómeno Papageno e da potencial influência que os meios de comunicação social podem ter na propagação ou prevenção do suicídio.

**Abstract**
In 1945, with the anticipation of the defeat of the Third Reich, thousands of Germans committed suicide. Among these, were identified government officials, but also military and civilians, including women and children. Suicide was publicly encouraged as the best alternative to defeat, and mass suicide movements occurred in some German communities. This is considered the biggest pro-suicide movement ever in European history. This work presents a historical contextualization of these events, as well as a review of the social factors that can influence suicide and determine its occurrence even in individuals without psychopathology. Are presented as well, Durkheim's macrosocial perspective on suicide, a review of the Werther Effect, the Papageno Effect, and the potential influence that the mass media can have on the propagation or prevention of suicide.

**Keywords**: Suicide; Werther Effect; World War II; Nazism; Psychiatry

***

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um problema complexo que resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Considera-se que a maioria dos suicídios podem ser prevenidos.

Partindo da análise do maior movimento pró-suicidário ocorrido na história da Europa, aquando da derrota da Alemanha na Segunda Guerra Mundial e no contexto do qual ocorreram milhares de suicídios de alemães, este trabalho tem como objetivos a análise e reflexão sobre o fenómeno de suicídio por contágio e as determinantes socioculturais do fenómeno de suicídio, nomeadamente em momentos de grande adversidade contextual, como no caso de grandes derrotas políticas.

**Contextualização Histórica**

A Segunda Guerra Mundial, ocorrida entre 1939 e 1945, envolveu a maioria das nações do mundo organizadas em duas alianças opostas: os Aliados e o Eixo. Desta última fazia parte a Alemanha governada por Adolf Hitler, conhecida como o Terceiro Reich.

À medida que a Guerra se aproximava do fim, foi-se tornando progressivamente mais claro que a vitória seria conseguida pelos Aliados e que o Terceiro Reich cairia. (Catherwood, 2014)

Dezembro de 1944 destaca-se como a última grande tentativa de contra-ataque aos Aliados pelas forças alemãs na Frente Ocidental, tendo sido usadas a maior parte das suas últimas reservas militares para tentar uma contraofensiva nas Ardenas, que culminou em mais uma derrota para o Reich. (Catherwood, 2014)Nos meses seguintes somaram-se várias derrotas sucessivas e a rendição foi assinada pela primeirOs Suicídios

No ano de 1945 milhares de alemães cometeram suicídio. O pico ocorreu entre janeiro e maio desse ano. (Goeschel, 2009)

O número exato de suicídios é desconhecido, mas estima-se que ultrapasse os 15.000. Aliás, apenas na cidade de Berlim existem mais de 7.000 suicídios de cidadãos alemães documentados no ano de 1945. De facto, em Abril de 1945 os registos apontam para uma taxa de suicídio na Alemanha (242,7 por 1000 habitantes) aproximadamente cinco vezes superior àquela registada nos anos anteriores. (Goeschel, 2009)

Em relação aos métodos, há descrições da utilização tendencial de meios mais violentos pelos membros das forças militares, nomeadamente com arma de fogo ou detonação de explosivos, embora alguns militares também tenham usado cápsulas de cianeto. Na restante comunidade terá sido mais frequente o envenenamento com cianeto, enforcamento ou afogamento. (Huber, 2020)

Alguns destes suicídios ocorreram sob a forma de suicídios coletivos de comunidades, de forma planeada e organizada. Um exemplo paradigmático ocorreu na cidade de Demmin, na região de Meclemburgo-Pomerânia Ocidental. Esta cidade tinha habitualmente entre 15.000 e 16.000 habitantes, tendo este número duplicado com a chegada de refugiados de leste nos primeiros meses de 1945. Em abril desse ano, na iminência da invasão pelas tropas aliadas, registaram-se 1.000 suicídios em três dias. Segundo os registos, os suicídios ocorreram em forma de movimentos coletivos organizados em comunidade (por exemplo, em clusters de habitantes que se dirigiam juntos para a margem do rio, atavam pedras aos seus membros e se atiravam para as águas), e em duas vagas temporais: A primeira vaga imediatamente antes da chegada dos soviéticos, no dia 30 de abril, e a segunda vaga imediatamente após a chegada dos russos, que iniciaram saques, execuções e violações em massa, nos dias 1 e 2 de maio. (Goeschel, 2009)

Existem também registos de um grande número de suicídios familiares e homicídios-suicídios, principalmente em contexto de suicídio de progenitores após homicídio dos filhos. Um dos casos emblemáticos de suicídio-homicídio terá ocorrido na família de Goebbels. O Ministro da Propaganda e a sua esposa terão terminado com a vida dos seus seis filhos injetando-os com morfina e envenenando-os com cianeto imediatamente antes de se suicidarem. (Goeschel, 2006)

Entre as figuras de grande relevo político e social que terminaram com a própria vida destacam-se, para além de Adolf Hitler e Goebbels, Hermann Göring, Martin Bormann, Philipp Bouhler, entre muitos outros.

**O Movimento Pró-suicidário prévio à Derrota**

Ao longo do percurso político do NSDAP, foi sendo incutida aos alemães a doutrina da lealdade inquestionável ao partido e a ideologia cultural de preferir a morte do que viver na derrota esteve patente nos discursos de Hitler desde muito cedo, tendo este feito várias referências nesse sentido nos seus discurso em momentos prévios à possibilidade de se prever a derrota do Terceiro Reich, por exemplo, no ano de 1939 ele proferiu publicamente: *" Ich werde es nicht wieder ausziehen, bis der Sieg unser ist, oder ich werde den Tag nicht erleben"* (Eu não a tirarei novamente [a farda] até que a vitória seja nossa, ou eu não viverei para ver o dia) (Goeschel, 2009).

No entanto, com as derrotas sucessivas dos alemães e à medida que a vitória se tornava menos provável, foi sendo fomentada pelo governo, de uma forma mais concreta, a ideia de que o desfecho mais favorável seria o suicídio. (Huber, 2020)

Assim, no final de 1944 e primeiros quatro meses de 1945 existiu propaganda governamental pró-suicidária. Vários discursos de líderes políticos apelavam ao suicídio como "morte heroica" daqueles que não aceitariam subjugar-se na derrota; foram impressos e amplamente distribuídos panfletos com instruções detalhadas sobre como se enforcar e suicidar-se com o mínimo de dor e de sofrimento; foram distribuídas cápsulas de cianeto em eventos e congressos. (Goeschel, 2006)

Para além disso, os suicídios foram amplamente divulgados nos meios de comunicação social, incluindo, nomeadamente, imagens dos corpos e detalhadas explicações sobre os métodos utilizados. (Goeschel, 2009).

Para este clima pró-suicidário contribuiu também o receio dos alemães das punições que sofreriam aquando da ocupação do território pelos aliados. Antes da derrota oficial, era também amplamente divulgado na comunicação social que a razão pela qual não se deviam render era a proteção da população, uma vez que os Aliados iriam executar, torturar e violar a população alemã. Estes receios foram ainda exacerbados pelo conteúdo assinado em 1943 por soviéticos, americanos e britânicos, na Declaração de Moscovo, na qual estava ficaria bem claro que "todos aqueles considerados criminosos de guerra serão julgados". (Huber, 2020)

**O Suicídio na Ausência de Psicopatologia**

Todos os anos 703.000 pessoas cometem suicídio no mundo e muitas mais tentam fazê-lo (Valadas et al., 2020). Embora haja uma relação bem estabelecida entre maior risco de suicídio na presença de psicopatologia, principalmente patologia afetiva e patologia aditiva relacionada com álcool, muitos suicídios ocorrem na ausência de qualquer patologia psiquiátrica prévia, particularmente em momentos de crise e de forma impulsiva (Valadas et al., 2020). As estimativas apontam para que aproximadamente 10% dos suicídios ocorram em indivíduos sem qualquer antecedente psiquiátrico (Ernst et al., 2004).

A relação com o aumento deste risco em contexto de conflito, desastre, violência, abuso ou perda, associada a um sentimento de isolamento e desesperança, também está estabelecida na literatura. (Valadas et al., 2020)

Erich Menninger-Lerchenthal (1898 -1966), psiquiatra austríaco, escreveu, a propósito dos suicídios ocorridos na Alemanha em 1945, que estes não estavam relacionados com a doença mental, mas predominantemente com a derrota política e o medo de ser responsabilizado (Goeschel, 2009).

A Visão Macrossocial de Durkheim

Émile Durkheim (1858-1917), de nacionalidade francesa, era filósofo de formação académica, tendo-se notabilizado pelas suas teorias da coesão social e pela sua obra "*Le suicide*" (1897). Para muitos, é considerado o pai da sociologia. (Almeida, 2019)

Na sua obra, Durkheim teoriza sobre o suicídio como fruto de fatores sociais como o progresso, a industrialização, a instrução e a civilização, afastando este fenómeno, nas suas teorias, de um resultado direto de patologia psiquiátrica. Para o filósofo, todo o comportamento humano, desde o sentir, o pensar e o agir, seria determinado pela sociedade onde ele se insere. (Saraiva, 2010)

Ele definiu suicídio como a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo (por exemplo, um enforcamento) ou negativo (por exemplo, uma greve de fome) praticado pelo indivíduo, ato esse que a vítima sabia dever produzir este resultado. (Almeida, 2019)

Durkheim propôs a classificação do suicídio em quatro tipos distintos (egoísta, altruísta, anómico ou fatalista), baseando-se no grau de desequilíbrio entre duas forças sociais distintas: a integração social e a regulação moral.

O suicídio egoísta de Durkheim diz respeito àquele que acontece quando um indivíduo se encontra pouco integrado na sociedade e que já não encontra razões para estar vivo. No seu entender, "o homem não pode viver a não ser que se ligue a um objeto que o ultrapasse e que lhe sobreviva". Exemplifica com o suicídio de um indivíduo deprimido e estabelece três proposições complementares, coerentes com a sua perspetiva sociológica: o suicídio varia de forma inversamente proporcional ao grau de integração na sociedade religiosa, ao grau de integração na sociedade doméstica e ao grau de integração na sociedade política. (Almeida, 2019; Saraiva, 2010)

O segundo tipo de suicídio que propõe é o altruísta, que diz respeito àquele que acontece quando um indivíduo se encontra muito integrado na sociedade ao ponto de pensar que "a razão para a sua morte parece estar fora da sua própria vida". Isto é, quando uma morte voluntária acontece com a motivação de favorecer alguém, ou de favorecer a própria sociedade onde se insere o indivíduo, sendo muitas vezes esse ato interpretado pelo próprio como objeto de louvor. Dá como exemplo o *kamikaze* que coloca término à sua própria vida por patriotismo. (Almeida, 2019; Saraiva, 2010)

Em relação ao suicídio anómico, Durkheim definiu como aquele que acontece num indivíduo com baixa regulação da sociedade. Aliás, foi o filósofo que introduziu o conceito de *Anomia* como a perda de normas, segurança, estabilidade e amparo, consequência de um estado patológico da sociedade. Associou este tipo de suicídio a grandes alterações de paradigma social, com alterações bruscas na distribuição de riqueza ou evento cataclísmico súbito. Assim, este ocorre num indivíduo que sente uma desregulamentação brusca da rotina que rege a sua vida e que perde a noção de regras impostas pela sociedade, pelo que deixa de reconhecer a sociedade onde está inserido. (Almeida, 2019; Saraiva, 2010)

O suicídio fatalista, pelo contrário, diz respeito a situações de alta regulação pela sociedade. Ou seja, o individuo está inserido num contexto de regras e normas rígidas que prevê que se mantenham. Portanto, vê no suicídio o único modo de pôr fim à vida, a sua única saída percebida. Como exemplo temos o caso do suicídio de escravos, prisioneiros ou indivíduos cercados. (Almeida, 2019; Saraiva, 2010)

O Efeito Werther e o Efeito Papageno

Em 1774 foi publicado o romance de Goethe, "*Die Leiden des Jungen Werther*" (Os Sofrimentos do Jovem Werther), na qual, o protagonista vive um amor impossível e acaba por se suicidar com arma de fogo. No livro, o método de suicídio e a cena envolvente é descrita de forma detalhada e rica em pormenores. Após a publicação do romance, terá

ocorrido uma onda de suicídios na Europa com contornos semelhantes aos descritos na obra, sendo que alguns desses indivíduos estariam mesmo vestidos com trajes semelhantes ao do jovem Werther, e, em muitos casos, o livro terá sido encontrado ao lado das vítimas. (Almeida, 2000; Domaradzki, 2021)
Desta forma, "Efeito Werther" começou a ser utilizado em linguagem técnica para designar o fenómeno de suicídio por imitação, isto é, o processo pelo qual um suicídio divulgado exerce um efeito modelador em suicídios subsequentes.
O efeito Papageno, por outro lado, refere-se à prevenção de um potencial suicídio pela divulgação de meios alternativos de superação de crise e faz referência à personagem da ópera de Mozart "*Die Zauberflöte"* (A Flauta Mágica") chamada Papageno, que consegue superar a sua ideação suicida após falar com três espíritos que lhe apontam outras formas de resolver os seus problemas. (Domaradzki, 2021)

O Suicídio e os Meios de Comunicação Social
Os meios de comunicação social desempenham um papel de importância na sociedade atual. Proporcionam uma ampla gama de informações ao público e permitem uma disseminação rápida dessa mesma informação. Mas, inevitavelmente, os factos são apresentados através da lente de quem os comunica, e, por isso mesmo, têm em si o potencial de influenciar atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e de moldar a opinião das massas.
A literatura tem demonstrado evidência de associação entre o aumento estatisticamente significativo do número de suicídios numa comunidade após algumas formas de cobertura mediática de um suicídio (Bollen & Phillips, 1982; Pirkis & Blood, 2001; Stack, 2000, 2005), com ainda maior impacto aparente no caso de se tratar de uma celebridade (Fu & Yip, 2007). O impacto parece ser maior em idades jovens ou pessoas vulneráveis, nomeadamente indivíduos deprimidos. Aliás, está descrito que a maioria das pessoas que consideram a possibilidade de cometer suicídio são ambivalentes em relação a essa ideação (Valadas et al., 2020). A divulgação mediática e sensacionalista de suicídios pode, neste caso, ser determinante para causar impacto negativo e aumentar a probabilidade de suicídio em indivíduos vulneráveis (Efeito Werther), ou, pelo contrário, se a informação for apresentada da forma mais correta e acompanhada da divulgação de meios de ajuda, pode diminuir a probabilidade de suicídio (Efeito Papageno).
De facto, os números parecem demonstrar um pico de incidência de suicídios cerca de 3 dias após a divulgação sensacionalista de um suicídio, com atenuação cerca de 2 semanas depois (Stack, 2000), podendo prolongar-se em caso de suicídios muito mediáticos (Fu & Yip, 2007). Philips demonstrou um aumento do número de suicídios até 10 dias após uma notícia ser amplamente divulgada por canais televisivos (Philips, 1982). No caso da transmissão televisiva, histórias mediáticas, noticiadas em múltiplos programas e diversos canais parecem ser aquelas com maior impacto (Fu & Yip, 2007).
A Organização Mundial de Saúde elaborou um documento intitulado "*Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*", integrante do programa SUPRE (Suicide Prevention Program), como forma de informar e orientar os profissionais que trabalham em meios de comunicação social sobre as possíveis implicações do seu trabalho e sobre as boas práticas na divulgação de informação sobre suicídio.
Destacam-se como medidas recomendadas: Trabalhar em conjunto com autoridades de saúde na apresentação dos factos; Utilização de expressões como suicídio "consumado" em vez de suicídio "bem sucedido"; Apresentar apenas dados relevantes; Destacar as alternativas ao suicídio; Fornecer informações sobre números de telefone, grupos de apoio e serviços nos quais se pode obter ajuda; Alertar sobre fatores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicidário (World Health Organization, 2000).

Como procedimentos a ser evitados, são colocados em destaque: Não publicar fotografias nem cartas suicidas; Não explicitar detalhes sobre o método utilizado; Não fornecer explicações simplistas; Não glorificar o suicídio ou fazer sensacionalismo sobre o caso; Não usar estereótipos religiosos ou culturais; Não atribuir culpas (World Health Organization, 2000).

**Conclusões**

O suicídio é um fenómeno complexo que tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas ao longo dos séculos. É uma causa de morte potencialmente prevenível e um grave problema de saúde pública que requer a nossa atenção, no entanto, evitá-lo não é simples. Por depender da interação de fatores individuais, familiares, comunitários e sociais, as campanhas de prevenção de suicídio devem ser coordenadas e envolver esforços integrados de vários setores da sociedade, incluindo o setor da saúde, mas também da educação, emprego, justiça, política e meios de comunicação social. Como profissionais de saúde não devemos esquecer que, ao determinar o risco de suicídio de alguém, é importante avaliar o indivíduo de forma holística no seu contexto biopsicossocial.

**Referências**


Almeida, A. F. (2000). Efeito de Werther. Análise Psicológica, 1, 37–51.

Almeida, F. M. (2019). O Suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenómeno na contemporaneidade. Secção Miscelânea, 11(1), 119–138.

Bollen, K. A., & Phillips, D. P. (1982). Imitative suicides: A national study of the effects of television news stories. American Sociological Review, 47(6), 802–809.

Catherwood, C. (2014). World War II: A Beginner's Guide. Oneworld Publications.

Domaradzki, J. (2021). The werther effect, the papageno effect or no effect? A literature review. In International Journal of Environmental Research and Public Health (Vol. 18, Issue 5, pp. 1–21). https://doi.org/10.3390/ijerph18052396

Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology. BMC Psychiatry.

Fu, K. W., & Yip, P. S. F. (2007). Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation: Results from a population-based study. Journal of Epidemiology and Community Health, 61(6), 540–546.

Goeschel, C. (2006). Suicide at the End of the Third Reich. Journal of Contemporary History, 41(1), 153–173.

Goeschel, C. (2009). Suicide in Nazi Germany (O. U. Press, Ed.).

Huber, F. (2020). Promise Me You'll Shoot Yourself: The Downfall of Ordinary Germans in 1945. Penguin Books.

Philips, D. P. (1982). The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. American Journal of Sociology, 87, 1340–1359.

Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Reportage in non- fictional media. Crisis, 22(4), 957–972.

Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. Psiquiatria Clínica, 31(3), 185–205.

Shirer, W. L. (2011). The Rise and Fall of the Third Reich (R. Books, Ed.). RosettaBooks.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. Social Science Quarterly, 81(4), 957–972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. Suicide and Life Threatening Behavior, 35(2), 121–133.

Valadas, M. T., Barbosa, P., Freitas, R. M., & Silva, S. F. (2020). Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde.
World Health Organization. (2000). Preventing Suicide: A Resourse for Media Professionals.

# MIDSOMMAR (2019): A LOUCURA RETRATADA CINEMATOGRAFICAMENTE NUM FESTIVAL DE SOLSTÍCIO DE VERÃO

**Rui M. Salgado*; Ângela Ribeiro****
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Penafiel, Portugal
*Médico interno de formação específica de Psiquiatria
**Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Email:ruimfsalgado@gmail.com

**Resumo**
*Midsommar* (2019), filme de Ari Aster, gira em torno de Dani (Florence Pugh) que descobre que a sua irmã, com o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar, cometeu homicídio dos pais e suicídio. Dani entra num processo de luto, com parco apoio por parte do seu namorado, tentando ao máximo não entrar em contacto com o trauma exposto. Dani acaba por acompanhar o seu namorado e seus amigos até à Suécia rural para participar num festival de solstício de verão, que posteriormente se afigura como um culto. Na introdução a um novo meio projetado como de extrema beleza e pureza, associado posteriormente a agitação e mudança através do consumo substâncias psicotrópicas e rituais bizarros, alguns com consequências fatais, Dani encontra conforto no sentimento de pertença a uma comunidade, conseguindo expressar e partilhar os seus sentimentos, o seu luto e a quiçá a sua loucura.

**Palavras-chave**: cinema; luto; culto; cultura; psiquiatria

**Abstract**
*Midsommar* (2019), a film by Ari Aster, revolves around Dani (Florence Pugh) who discovers that her sister, diagnosed with bipolar disorder, committed parental murder and suicide. Dani dives into a grieving process, with little support from her boyfriend, trying her best not to face with the exposed trauma. Dani ends up going with her boyfriend and his friends to rural Sweden to attend a midsummer festival, which later appears to represent a cult. In the introduction to a new environment designed as of extreme beauty and purity, later associated with agitation and change through the consumption of psychotropic substances and bizarre rituals, some with fatal consequences, Dani finds comfort in the feeling of belonging to a community, being able to express and share her feelings, her grief and maybe even her madness.

***

## Introdução

*Midsommar* é um filme de 2019, realizado e escrito por Ari Aster, onde Florence Pugh interpreta a personagem principal Dani. O género cinematográfico atribuído é o de terror. O filme foi premiado com mais de 20 vitórias e contou com mais de 70 nomeações em variadas categorias de festivais de cinema.

*Midsommar* é um filme sobre o qual se podem abordar vários aspetos relacionados com a psiquiatria e a saúde mental, como a exposição da patologia psiquiátrica no cinema, no retrato de uma personagem com perturbação afetiva bipolar como suicida e homicida, a influência de substâncias psicotrópicas no comportamento das personagens, ou a associação do género cinematográfico terror com a Psiquiatria. No entanto, o aspeto que

consideramos mais importante e o tema sobre o qual discorreremos neste trabalho é o luto, em particular o luto não realizado, e o papel do culto.

**Sinopse do filme**

O filme inicia com o momento em que Dani Ardor, estudante de psicologia, recebe uma mensagem através das redes sociais da sua irmã Terri na qual se pode ler "*Dear Dani, I can't anymore – everything's black – mom and dad are coming too. Goodbye*". A irmã de Dani terá sido diagnosticada com perturbação afetiva bipolar e pelo que se depreende é comum contactar Dani quando se encontra em descompensação psicopatológica. Neste contexto, e como a irmã não estaria a responder à mensagem enviada por Dani e nem os pais estariam a atender o telefone de casa, procura conforto no seu namorado, Christian, que desvaloriza a situação tendo em conta comportamentos prévios semelhantes por parte da irmã, referindo aos amigos estar farto desta situação e vontade de terminar a relação amorosa. Posteriormente, e através de uma chamada de telefone, Dani descobre que a sua irmã cometeu homicídio dos pais e suicídio. Este capítulo inicial do filme termina com imagens de Christian a confortar Dani, deitada no seu colo a chorar.

Na passagem para o capítulo do filme seguinte, a cinematografia transforma-se com a passagem do tempo do inverno, retratado com a neve e o frio a que remetem as roupas pesadas, ao início do verão, com dias solarengos. Vê-se Dani a viver juntamente com o seu namorado num estado em que não sai da cama e não procura realizar atividades fora de casa. Nesta sequência do filme não são transmitidas imagens que retratem funerais ou rituais de ajuntamento com família ou amigos, nem procura de ajuda junto dos serviços médicos por parte de Dani.

Dani aceita ir com Christian a um jantar com os seus amigos, estudantes de doutoramento de antropologia, no qual descobre que estes se estão a preparar para uma viagem dentro de suas semanas à Suécia rural para participarem num festival de Solstício de Verão organizado pela família do amigo sueco Pelle. Dani decide juntar-se à viagem, apesar de tentativas de ser demovida desta decisão pelo seu namorado.

Chegam todos à Suécia no dia de aniversário de Dani, evento que Christian se esquece. À chegada ao local das festividades, em *Halsingland*, e após uma experiência com cogumelos alucinogénios, são recebidos por uma pequena comunidade, retratada num ambiente rural *folk*, com vestimentas brancas e leves, ao som de instrumentos de sopro, num ambiente que transmite pureza, natureza e hospitalidade. Pelle não se esquece do aniversário de Dani e oferece-lhe um retrato, como presente.

Pelle explica que esta comunidade, à qual pertence, é a sua família, e que a mesma vê a vida como as estações do ano, sendo que à primavera é atribuída a infância, até aos 18 anos; o verão está ligado ao período do jovem adulto que sai da vida em comunidade e peregrina na sociedade exterior, até aos 36 anos, estadio no qual Pelle se insere; o outono está associado à idade de trabalhar nas tarefas da comunidade, até aos 54 anos; e o inverno está relacionado com os mentores, responsáveis pelo conhecimento e organização da comunidade, até aos 72 anos. O que acontece depois? Acontece a primeira cerimónia deste festival – *Attestupa* – em que os mentores com 72 anos, numa cerimónia vista como de ressurreição, cometem suicídio de uma forma gráfica atirando-se de um penhasco, enquanto os restantes elementos da comunidade e convidados do festival assistem no fundo do penhasco. Neste contexto, Dani é confrontada diretamente com a morte, tendo um ataque de pânico ao tornar-se consciente da morte dos seus familiares, algo que até então estaria a não entrar em contacto, em negação.

Dani é confortada por Pelle, explicando que percebe a sua dor porque os seus pais também faleceram e explica que, apesar disso, nunca se sentiu sozinho pois sente que sempre teve uma família – a comunidade, explicando que Dani também merece uma família:

*– I know what you're going through, Dani.*
*– What am I going through?*
*– Because I lost my parents too.*
*(…)*
*– That is not what I'm talking about. I'm not talking about my family.*
*– I lost my parents when I was a little boy. They burned up in a fire.*
*– No, I wasn't talking about that.*
*– My parents, they burned up in a fire and I became, technically, an orphan. So, believe me when I tell you that I know what it's like. Because I do, I really, really do. Yet my difference is I never got the chance to feel lost because I had a family here, where everyone embraced me and swept me up and I was raised by a community that doesn't bicker over what's theirs and what's not theirs. That's what you were given. But I have always felt held by a family, a real family, which everyone deserves, and you deserve.*"

(Excerto de diálogo entre Dani e Pelle)

Ao longo do filme, apercebe-se que Dani se vai sentido melhor à medida que vai sendo integrada na comunidade, na forma como é convidada e bem recebida para participar nos rituais das festividades e na realização de tarefas comunitárias. Participa num dos rituais, num concurso de dança, o qual vence e é coroada com uma coroa de flores passando a ser designada como a "Rainha de Maio". É muito acarinhada pela comunidade e estes referem-se a ela como integrante da mesma.
Enquanto isso, os amigos e o namorado, guiados por objetivos egoístas como, entre outros, obterem informação para a realização da tese de doutoramento de Antropologia baseada em festivais de solstício de verão, acabam por ser usados pela comunidade para satisfazer objetivos da mesma e posteriormente sofrer finais trágicos. Christian é usado pela comunidade para ter relações sexuais com uma jovem, membro da comunidade, com o objetivo de criar nova descendência para a comunidade. Dani ao ser confrontada com a traição, expressa tristeza e raiva, sendo confortada por um grupo de mulheres jovens integrantes da comunidade que gritam e choram um uníssono com Dani, validando e partilhando a sua dor, aos olhos da personagem principal.
No final do filme existe uma grande ambivalência de expressões na face de Dani, espelhando a desorganização psíquica da mesma. O filme termina com uma cena em que Dani se encontra a sorrir, após ter sentenciado o namorado à morte, expressão que pode levar a várias interpretações.

**Luto**
O luto pode ser definindo como uma resposta subjetiva a uma perda importante, envolvendo um conjunto de reações emocionais, físicas, cognitivas, comportamentais, sociais, culturais e espirituais do indivíduo. É um processo de transição que exige esforços adaptativos e que tem o potencial de promover o crescimento pessoal ou, por outro lado, de dar origem a várias complicações.
No luto dito normal, a pessoa cria uma nova relação com o que perdeu e reintegra-o no seu sentido de vida, aprendendo a viver sob novas condições. No entanto, pode-se verificar luto complicado, sendo que dois dos tipos mais frequentes são o luto traumático em resposta a uma perda súbita e inesperada ou luto inibido ou adiado, quando o sofrimento causado pela perda ultrapassa a capacidade de elaboração do trabalho de luto.
Tendo em conta as classificações de patologias em Psiquiatria, encontramos a Perturbação do Luto Prolongado e a Perturbação do Luto Complexo Persistente, caracterizadas por sentimentos de tristeza intensa, raiva, culpa, negação, reprovação, dificuldade em aceitar a morte, sensação de ter perdido parte de si mesmo, sensação de que a vida não tem

sentido e dificuldade em envolver-se em atividades, como por exemplo atividades sociais, com impacto no funcionamento do indivíduo durante um período superior a 6 a 12 meses. A morte de um ente querido por causas violentas também pode estar associada à perturbação do stress pós-traumático, caracterizada por memórias intrusivas, tentativas de evitar essas memórias, pensamentos negativos e reatividade aumentada. Nestes casos, é importante recorrer a apoio médico especializado, a nível da psicologia e psiquiatria, e o tratamento passa essencialmente por psicoterapia, muitas vezes associada a farmacoterapia com, por exemplo, fármacos antidepressivos.

**Culto**

Culto tem origem etimológica no termo latino *Cultus*, que significa "cultivar". É um conceito de difícil definição, mas "os cultos podem ser vistos como um grupo organizado ou um indivíduo cujo objetivo é de dominar os membros do culto através de manipulação psicológica e estratégias de pressão".

Existem várias características associadas ao surgimento e desenvolvimento de um culto e dos seus integrantes como: a vulnerabilidade dos membros integrantes; o alívio psicológico inicial dos membros; o distanciamento de influências externas; a criação de uma doutrina e a atribuição de responsabilidades relacionadas com o progresso no ensinamento da doutrina; a pressão de grupo; a dependência no grupo ou no líder do culto; a sensação de vazio fora da comunidade, entre outros. Estes fatores contribuem para a formação de um ciclo que se autossustenta, levando à persistência dos membros na comunidade apesar de posteriores malefícios. Estas características podem promover a desorganização psíquica do indivíduo, no confronto de ideias relacionadas com a individualidade e a comunidade.

**Luto e Culto**

Em sociedades coletivistas, o indivíduo mal existe fora do grupo, pois o foco está no conjunto e não na dimensão individual. O luto é vivido em comunidade e implica o cumprimento de responsabilidades para com os mortos. Com a morte, a relação com o falecido transforma-se através de rituais, muitas vezes com atribuição de um novo significado à figura da pessoa falecida – torna-se um ancestral.

Sabe-se que a reação à perda é vivenciada internamente uniformemente em todas as culturas. No entanto, o luto enquanto expressão social voluntária da perda, varia de cultura para cultura. Rituais em torno do luto e da morte têm sido praticados desde os primórdios da cultura e fornecem um modo padronizado de comportamento, que ajuda a aliviar a sensação de incerteza e perda. Neste sentido, os rituais atuam como encenações culturais de construção de significado. Existem vários tipos de rituais com objetivos diferentes como o de homenagear o ente querido falecido com a manutenção de um vínculo simbólico; rituais de despedida e rituais que envolvem a transformação do próprio.

Os rituais oferecem um espaço emocionalmente seguro para sentir emoções dolorosas, contribuindo para a regulação de emoções e o fortalecimento de relações sociais na criação de um senso de coesão e solidariedade.

De salientar que rituais relacionados com o luto e a morte presentes em várias religiões e culturas desempenham um papel importante no luto e no tratamento de perturbações associadas ao luto.

**Luto e Culto em *Midsommar***

Existem vários aspetos relacionados com os conceitos supramencionados relativos ao luto e ao culto, enquanto comunidade com rituais inerentes, presentes no filme *Midsommar*. Dani, no filme, sofre uma perda traumática de ambos os pais e da sua irmã. Na sequência

inicial do filme não são transmitidas imagens relacionadas com a forma como a mesma lida com o luto. Ao longo do filme pode-se depreender que Dani está a passar por um luto complicado com características ligadas ao luto traumático e inibido ou adiado. Dani acaba por entrar em contacto com as suas perdas durante a altura em que se encontra no festival de solstício de verão, através da forma como contacta diretamente com a morte, como com o apoio por parte dos elementos da comunidade, em particular Pelle, promovendo o seu trabalho de luto.

Analisando excertos de recensões críticas como: "*When viewed from the perspective of a ritualistic grieving, Dani's grief isn't necessarily diminished, but she is allowed to publicly express her grief, something that she struggles*", depreende-se a importância da comunidade e rituais associados no contacto de Dani com o seu luto e promoção do seu trabalho, até então inibido ou adiado. Igualmente com "*The pagan cult in Midsommar depends on many rituals that emphasize community, shared emotions and especially the shared ritual of grief. It is a community that sees life and nature as cyclical (the sacrificed bringing new births), of individuals being a part of something bigger than themselves*" deduz-se o valor dos rituais coletivos na partilha da experiência de luto. É importante igualmente destacar as doutrinas da comunidade como a da visão da vida como um ciclo e na atribuição de um valor de família à comunidade, destacados no excerto do diálogo entre Pelle e Dani. Esta ligação à comunidade é posteriormente amplificada com a integração em atividades e rituais da comunidade e igualmente na cena em que Dani é confortada pelo grupo de jovens mulheres que gritam e choram em articulação com Dani. Por outro lado, e em paralelo a este trabalho de luto de Dani, deve-se salientar os vários objetivos da comunidade com os convidados que ao longo do filme foram mortos pelas mãos do culto, fatores que contribuíram para uma maior desorganização psíquica de Dani com aumento da vulnerabilidade da mesma e maior dependência e ligação à comunidade. Em relação à última cena do filme e analisando o seguinte excerto de uma recensão crítica:

> "*This last scene can be interpreted in two ways: one, as Dani having completely lost her mind (smiling while her boyfriend is being burned alive), or Dani's realization that she has finally found a community that helps her carry her emotional burden (…). Personally, I don't think that either of these interpretations necessarily excludes the other. Rather, the ambivalence between both sheds more light on the situation: Dani believes that she has found a family, even though this family is rather psychotic by usual standard*"

descreve a desorganização psíquica de Dani no final do festival que culmina na cena final do filme com a ambivalência de expressões na face de Dani acabando, no entanto, por sorrir mesmo antes do fim. Apesar do culto não se afigurar como o melhor ambiente, promovendo a desorganização psíquica de Dani, a personagem nutre um sentimento de pertença a uma comunidade, a uma família, na qual encontra conforto e na qual consegue expressar as suas emoções.

**Conclusões**

Em jeito de conclusão e através de um excerto de uma recensão crítica: "*as disturbing as it is deeply polarizing, Midsommar is a thoughtful and profound portrait of how grief, trauma, heartbreak and mental illness can affect someone, with a clear message of how important it is to have others to lean on*", destaca-se a importância do papel dos outros, amigos, família e comunidade no processo do luto. De salientar igualmente a importância de rituais relacionados com a morte e com o luto, que promovem o senso de coesão e solidariedade em comunidade, no trabalho de luto e no tratamento de perturbações associadas ao luto.

**Bibliografia**
1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). Arlington (2013).
2.World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO (2018).
3.Rousselet, M., Duretete, O., Hardouin, J. B., & Grall-Bronnec, M. (2017). Cult membership: What factors contribute to joining or leaving?. Psychiatry Research, 257, 27-33.
4.Walter, T. (2010). Grief and culture: A checklist. Bereavement Care, 29(2), 5-9.
5.Wojtkowiak, J., Lind, J., & Smid, G. E. (2021). Ritual in Therapy for Prolonged Grief: A Scoping Review of Ritual Elements in Evidence-Informed Grief Interventions. Frontiers in psychiatry, 1655.
6.Ng, B. Y. (2005). Grief revisited. Annals-Academy of Medicine Singapore, 34(5), 352.
7.Wang, E. (2020). The performance of grief in 'Midsommar'. *The Stanford Daily*. Acedido a 2 de fevereiro de 2022, em https://www.stanforddaily.com/2020/11/17/the-performance-of-grief-in-midsommar/.
8.Nawara, R. (2019). 'Midsommar': Study of grief in psychedelic folk horror story. *The Jakarta Post*. Acedido a 2 de fevereiro de 2022, em https://www.thejakartapost.com/life/2019/09/16/midsommar-study-of-grief-in-psychedelic-folk-horror-story.html.

**Agradecimentos**
Os autores agradecem ao Professor Orlando Von Doellinger pela ajuda na estruturação do trabalho realizado.



# ASSOCIAÇÃO ENTRE LOUCURA E CRIATIVIDADE: O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS

**Sérgio P. J. Rodrigues**
Universidade de Coimbra, CQC, Departamento de Química,
Professor auxiliar
Email:spjrodrigues@ci.uc.pt

**Resumo**
A hipótese de relação entre loucura e criatividade é das mais comuns na ciência e na arte. Mas a ciência necessita de evidências, sendo nas ideias que se tomam como garantidas que os preconceitos mais existem e são difíceis de mudar. E esta hipótese, baseada em ideias de senso comum, tem sido apoiada por estudos e observações. Para além disso, ao longo do tempo, esta questão tem sido reforçada por anedotas e exemplos, assim como por mecanismos plausíveis que os estudos anteriores parecem confirmar. Mas, como a correlação não garante causalidade, precisamos também de perceber os mecanismos envolvidos. Evoca-se por vezes o pensamento lateral, a atividade obsessiva, entre outros aspetos, para explicar o que já se pensa saber e os mecanismos propostos acabam por reforçar o preconceito em vez de o explicar. Entretanto, os estudos e meta-estudos mais recentes sugerem que a relação é demasiado vaga ou negativa.

**Palavras-chave**: senso comum, estudos de caso, estudos observacionais, meta-análises, doença mental e criatividade

**Abstract**
The hypothesis of a relationship between madness and creativity is most common in science and art. But science needs evidence, and it is in the ideas taken for granted that prejudices exist and are difficult to change. And this hypothesis, based on common sense ideas, has been supported by studies and observations. Furthermore, over time, this issue has been reinforced by anecdotes and examples, as well as plausible mechanisms that previous studies seem to confirm. But since correlation does not guarantee causality, we also need to understand the mechanisms involved. Lateral thinking, obsessive activity, among other aspects, are sometimes evoked to explain what is already thought to be known, and the proposed mechanisms end up reinforcing prejudice instead of explaining it. However, more recent studies and meta-analysis studies suggest that the relationship is too vague or negative.

***

## Introdução

A presente comunicação faz uma revisão e discussão da ligação entre a criatividade e a loucura, procurando fazer uma síntese dos vários trabalhos e ideias existentes na literatura, em particular analisando anedotas e exemplos. É obviamente uma abordagem limitada que deve ser complementada com a bibliografia. Devemos notar que a maioria das pessoas e autores toma esta relação como garantida e assim são relativamente poucos os autores que estudaram de forma crítica esta hipótese. Alguns exemplos são KAUFMAN e os seus colaboradores (e.g. SILVIA & KAUFMAN, 2010), KAIGA (2015) e SIMONTON (e.g, 1999, 2000, 2003, 2014). Ver ainda (JASPERS, 1997; ROTHENBERG, 1994; APPEL et al., 2018; WEINBERG, 2020). Além de vários autores sugerirem que a criatividade associada à loucura possa ser mais elevada nas pessoas que sofrem de doenças mentais, é,

por vezes, também evocado que algumas doenças mentais resultariam de excesso de criatividade, mas também essa hipótese é contestável.

**Desenvolvimento**

Os exemplos e as anedotas que evocam a hipótese de que há uma relação entre criatividade e loucura são imensos. Vamos aqui referir de forma crítica vários deles, ligados às letras, às ciências e às artes. Mas indicamos, desde já, que pretendemos mostrar que essa relação é ilusória, que se trata de um erro de perspetiva, e que, para além disso, consideramos que os exemplos e anedotas não são demonstração suficiente em ciência.

Um exemplo paradigmático é o de Fernando Pessoa (1888-1935). Embora haja bastantes trabalhos que o descrevem com desdobramento de personalidade, maníaco, alcoólico, doente e com fracas habilidades sociais, entre outras características tidas como "loucas", fazendo eco da imagem tradicional do "génio torturado", a análise das suas obras (que vão desde as mais conhecidas a manuais de autoajuda para trabalhadores do comércio), o testemunho de quem o conheceu pessoalmente (PESSOA, 2018), e da sua família, não corresponde a essa imagem. Isto está de acordo com um trabalho de Joana Amaral DIAS (2010, pp. 227-282), que chega a conclusões semelhantes, referido que a loucura de Pessoa seria uma "pseudo-loucura". Por outro lado, existiram personalidades verdadeiramente "torturadas" como a de Antero de Quental (1842-1891), o qual acabou por se suicidar (uma análise recente foi também apresentada por DIAS, 2010, pp. 149-195). Mas, tudo isto aconteceu ao mesmo tempo que Quental era uma personalidade carismática e importante entre os estudantes e os intelectuais. Entretanto, outra pessoa considerada criativa e genial, normalmente referida como tendo uma personalidade "torturada," é Jim Morrison (1943-1971). Mas, analisando com cuidado a sua biografia, fica-se com a impressão que este era criativo apesar dos excessos (HOLM-HADULLA & BERTOLINO, 2014). De Virgínia Woolf (1882-1941), que acabou também por se suicidar, sabemos que era muito criativa quando não estava deprimida e que a doença mental era incapacitante e não criativa. No grupo dos escritores diagnosticados com doenças mentais e que passaram por hospitais psiquiátricos, temos também Sylvia Plath (1932-1963), a qual também acabou por se suicidar (COOPER, 2003). Mário de Sá-Carneiro (1890-1916), suicidou-se em Paris, mas antes disso consultou Egas Moniz que, supostamente, já o teria diagnosticado com base num poema que este havia escrito (COELHO, 2001). Artur Portela (1901-1959), que esteve internado num hospital psiquiátrico e foi submetido a uma leucotomia, terá escrito que não melhorou com esses tratamentos, considerando que a liberdade e o contacto com a Natureza seriam mais úteis para as sua doença (CORREIA, 2012). Tomaz de Figueiredo (1902-1970) é um caso peculiar pois, embora tenha estado internado num hospital psiquiátrico, pensa-se que esse internamento terá sido, de alguma forma, orquestrado para este não pagar por um desfalque de que seria acusado (MOURÃO, 2015). Um poeta que esteve também internado num hospital psiquiátrico quase toda a vida, tendo lá morrido, foi Ângelo de Lima (1872-1921). Vemos que são todos muito diferentes. E, se há artistas que sejam mesmo "loucos" ou que cultivem, ou tenham essa imagem, a maioria não a procura. Por exemplo, na poesia portuguesa atual, por cada artista que parece cultivar essa imagem, há dezenas de outros que não o fazem (Vasco Graça Moura, por exemplo).

Há um outro aspeto que deveremos considerar também, e que tem envolvido muitos artistas do século XX: a apropriação da doença mental pelos artistas (WILTSHIRE, 2020), tanto de forma consciente como inconsciente. Mas esta apropriação não só feita pelos artistas. Quando em 1958, Pauli enunciou a teoria do campo unificado de Heisenberg-Pauli, Bohr, que estava entre o público, terá dito: "Nós aqui atrás estamos convencidos de que a sua teoria é uma loucura. O que nos divide é saber se será loucura suficiente" (KAKU, 2021). Poderia ser uma figura de estilo, mas de ser tão repetida esta acaba por

fazer parte do cânone. Aliás, as anedotas da associação entre loucura e criatividade são bastante exploradas na ciência, em particular na Física. Isto está de acordo com Karl JASPERS (1997b) que refere que a genialidade pode estar ligada à loucura, faltando descobrir o mecanismo. JASPERS (1997b) refere ainda que parece consensual que, em vários períodos da história, a humanidade seguiu pessoas doentes, mas refere também que outras pessoas, muito semelhantes foram desprezadas como tolos ou foram ignoradas.

Paul Dirac é um dos físicos mais famosos pelo seu suposto comportamento excêntrico, sendo classificado muitas vezes como "autista." Ora, talvez não seja bem assim (ver, e.g, FARMELO, 2000). Aliás, este cientista é muito aberto e empático em entrevistas e palestras que deu sobre a sua formação como físico (SALAM et al., 1968) e isso não é sinal tradicional de autismo.

A ideia mítica do "cientista louco" (e.g. PICKOVER, 1998), que parece servir a Paul Dirac (ver, e.g, PAIS et al. 1998; FARMELO, 2000), podendo ser estendida a Albert Einstein (há muitas biografias deste, e.g, PAIS, 1993, SMITH, 2005, SEKSIK, 2010; ISAACSON, 2017; ver também OVERBYE, 2000), Wolfgang Pauli (ver, e.g., ENZ, 2002; MILLER, 2009) e Erwin Schrodinger (ver, e.g., MOORE, 1989), entre outros, pode, como já referimos, ser um erro de perspetiva. Um erro que só se torna plausível com base nas anedotas que pretende explicar (ver também RODRIGUES, 2019a, 2019b, 2020). E, na verdade, deste grupo de cientistas, o único que se sabe com certeza ter consultado regularmente um psicanalista e que foi seguido por problemas relacionados com a sua saúde mental foi Pauli (MILLER, 2009). Pode ser aliciante como mito fundador dos avanços da ciência, mas a ideia de "génio louco" tem sido desmentida pela estatística. Se virmos bem, a percentagem cientistas classificados como génios excêntricos é relativamente baixa. A maioria dos cientistas é tida como "normal." E a percentagem daqueles a que podemos associar garantidamente qualquer tipo de doença mental é ainda mais baixa. Não quer isto dizer que os ditos "génios" não tenham quaisquer características que os tornem diferentes. Claro que têm, mas, como escreveu, Stephen J. Gould, a ciência abarca tantas vertentes da ação humana que há lugar para quase todo o tipo de personalidades e de capacidades (CHANG, 2000). Seguindo Gould, aqueles que acabam por originar desenvolvimentos geniais, têm algumas características comuns: são, em geral, persistentes e obsessivos, com uma capacidade de trabalho nos problemas (que lhes interessam) muito acima da média, são brilhantes a analisar as questões sob novas perspetivas e conseguem manter uma espécie de curiosidade infantil. No entanto, isso não os torna muito diferentes das outras pessoas. Podemos encontrar, obviamente, personalidades *borderline*, ou mesmo pessoas com doenças mentais, mas, se em alguns casos, isso poderia contribuir para os resultados (tanto pela forma de pensar como pela escolha dos temas), na maioria das vezes os resultados aparecem, apesar da doença mental e com grande sofrimento por parte dos cientistas. (Mais referências podem ser encontradas em KLEIN, 2007).

Karl JASPERS (1997b) discute a questão de a criatividade poder surgir *apesar da doença mental* ou ser *reforçada pela doença mental*. Analisando os casos conhecidos, muitos deles apresentados aqui, são muito mais os que parecem seguir o primeiro caso que os que parecem seguir o segundo. Enquanto que no primeiro caso se encontra a esmagadora maioria dos exemplos que analisámos, no segundo caso estariam August Strindberg (1849-1912), Frida Kahlo (1907-1954) e Sylvia Plath (já referida), que conseguiram transformar aspetos dos seus problemas mentais em obras de arte e poucos mais.

Como temos podido ver nesta lista de exemplos, as nossas impressões sobre as relações entre a criatividade e a doença mental são baseadas em anedotas e teorias justificativas tautológicas, tomando como certo que já existe uma relação entre a loucura e a criatividade. Referi vários casos das letras e das ciências, mas, há muitos mais. Um dos exemplos mais célebres é o do pintor surrealista Salvador Dali, cujas atitudes se encaixam

em quase todas os diagnósticos de loucura do Manual Estatístico de Diagnóstico (DSM) de desordens mentais (MURPHY, 2009). Mas Salvador Dali pode ser precisamente uma das chaves da questão, sendo-lhe a atribuída a frase "a diferença entre um louco e eu é que eu não sou louco".

Mas se Salvador Dali encenava a sua loucura, Vincent van Gogh (1853-1890) é muitas vezes apresentado como o paradigma do "artista louco", embora haja várias nuances a considerar (RUNYAN, 1981; SIMENTON, 1999; GRAMARY, 2015). Por outro lado, Antonio Ligabue (1899–1965), considerado um dos expoentes da arte bruta, conhecido como "o louco", tem um grande historial de doenças psiquiátricas, sendo muitas vezes apresentado como exemplo da relação entre a criatividade e a loucura (PERCIACCANTE et al. 2017). Em Portugal, Jaime Fernandes (1899-1969), sobre o qual foi feito o documentário Jaime (REIS, CORDEIRO, 1974), esteve internado quase toda a vida, diagnosticado com esquizofrenia, tendo dado origem a uma coleção de desenhos, considerandos também importantes na história da arte bruta. Estes dois últimos, tal como Ângelo de Lima, já referido acima, são alguns dos exemplos de doentes mentais que foram artistas, mas, na nossa opinião as suas obras, embora sendo interessantes, não são "prova" suficiente da relação entre a criatividade e a loucura. Antes pelo contrário: mostram muitos dos limites dessa relação (a saber: a raridade desta característica entre os doentes mentais, os limites temáticos e a rigidez das obras). Isto está bastante de acordo com Karl JASPERS (1997a) que dedica algumas linhas à arte produzida por doentes mentais, só a considerando criativa dentro de quadros muito específicos. É claro que será sempre possível argumentar, mas parece bastante óbvio. Por outro lado, a terapia pela arte é considerada efetiva e útil (VAN LITH, 2016; CHIANG, REID-VARLEY, & FAN, 2019). Faz sentido estimular os doentes mentais a procurarem a cura ou o equilíbrio através da arte. Não faz sentido considerar que isso é feito por poderem ser geniais. Poderíamos continuar com uma lista de exemplos, mas, como referi, pode notar-se claramente que todos são muito diferentes, tendo em comum a característica de deixarem obras. De fora ficam os exemplos da música, de que Ludwig van Beethoven (1770-1827) seria paradigmático. Vários outros casos são referidos por GRAMARY (2015) e SIMONTON (1993, 2000).

Se a ideia de criatividade ligada à loucura sempre existiu na sociedade, tornou-se mais importante com os Românticos, como já referi noutro trabalho (RODRIGUES, 2020). FOUCAULT (1978), na sua muito influente história da loucura, faz eco dessa ideia (a da criação ligada à loucura) especialmente naquelas obras que violam os cânones, rejeitando a loucura como castigo divino (como era considerada no cristianismo e noutras religiões). E refere ainda um outro aspeto a tomar em conta e que muitas vezes era esquecido: havendo obra deixa de haver loucura. Em qualquer dos casos, em Foucault a loucura também está implícita como força motriz da criatividade.

Com todo este consenso social que rodeia a questão da ligação entre a criatividade e a loucura, os estudos observacionais, revisões e meta-análises são fundamentais. Um grande estudo observacional mostrou que havia uma maior prevalência de doença mental entre as profissões criativas (KAIGA et al., 2013) mas isso, por si só, não demonstra a questão pois não é claro qual é o nexo de causalidade. Podem os doentes mentais aproximarem-se das profissões criativas por várias razões, mesmo fazendo eco dos preconceitos relativos a isso, como, por outro lado, serem as profissões criativas que estão na origem de um maior número de doenças mentais. KAIGA (2015) analisou a questão mais detalhadamente, fazendo nas suas conclusões eco de alguns "clichés" sobre o pensamento lateral e divergente, mas concluindo que há evidências razoáveis de haver alguma associação entre as desordens bipolares e maníacas com alguns aspetos da criatividade. E que isso é importante para tirar a doença mental do "armário" onde está e acabar com alguma vergonha, dando esperança e otimismo a estes doentes e às suas famílias. É

simpático e otimista mas não demonstra de modo nenhum a relação. Quando muito acaba por contribuir para reforçar a ideia de haver relação entre loucura e a criatividade com base em conclusões circulares.

Por outro lado, há bastantes estudos que fazem eco da ideia de relação entre a doença mental e a criatividade, com base em aspetos culturais, freudianos ou junguianos (e.g. ULANOV, 2013; BRENNER, 2019), explicando, como nos outros casos, o que já se sabia à partida (falácia de demonstrar a questão).

Convém referir que nos, muito usados e conhecidos, manuais de diagnóstico de doenças mentais não há qualquer referência ao assunto (e.g, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006). Para além disso, bastantes psiquiatras (e.g. ABREU, 2001) referem que os doentes mentais são muito parecidos entre si e que as doenças são muito rígidas e semelhantes, contrariando a ideia "popular" de criatividade e de liberdade. Isto está de acordo com JASPERS (1997a) e uma carta recente de PICKERING, SMILLIE & DEYOUNG (2016).

É impossível fazer a demonstração de uma negação, ou seja, nunca se demonstrará que não há relação entre a loucura e a criatividade, mas a falácia da falsa dicotomia lembra-nos que, por não conseguirmos demonstrar que não há relação entre a loucura e a criatividade, não quer dizer que esta exista.

Há tentativas mais profundas de explicar o mecanismo (e.g. WANG, et al., 2018) com base nas neurociências ou a promessa de que este será explicado (e.g, ABRAHAM, 2019). Mas, quando há um grande consenso sobre algo, sendo os mecanismos propostos múltiplos e nenhum deles muito significativo ou fácil de explicar, é muito provável que esse consenso seja uma ilusão.

Finalmente, não sendo o perfecionismo uma característica distintiva de doença mental, está relacionado com algumas manias. OGURLU (2020) não encontrou a característica do perfecionismo entre os alunos mais dotados. E isso leva-nos a outros aspeto que poderemos encontrar nas pessoas criativas que têm sucesso: ambição acima da média, focagem nos objetivos, trabalho continuado, e, claro, alguma sorte.

Há várias revisões sistemáticas e meta-estudos sobre a doença mental e a criatividade (ACAR, 2018, 2020; TAYLOR, 2017). ACAR (2018, 2020) conclui que há uma relação negativa entre a esquizofrenia e a criatividade. TAYLOR (2017) fez uma revisão sistemática e meta-estudo e conclui que a pergunta é muito geral e muito dependente da situação concreta para se obter uma resposta que não seja um "talvez."

## Conclusões

A ideia de haver uma relação entre loucura e criatividade é comum nas áreas que envolvam profissões criativas. Neste trabalho foi analisada uma lista de exemplos de várias áreas, tendo-se verificado que estes mostravam que a criatividade tinha muitas facetas, incluindo a exploração desta ideia. Verificou-se também haver poucos exemplos de artistas para os quais a sua doença mental originou objetos artísticos, sendo mais comum o artista, que podendo ter doenças mentais, estas doenças não dominam todo o seu real. Que estes podem ser criativos, apesar das suas doenças, mas que não são criativos por serem doentes. Isto está de acordo com as revisões sistemáticas e os meta-estudos sobre o assunto, que mostram que a pergunta é demasiado vasta e que os exemplos são diversificados, podendo haver uns poucos casos em que as doenças mentais ajudam a ser criativo, mas muitos outros em que não.

## Bibliografia

Abraham, A. (2019). The neuropsychology of creativity. *Current Opinion in Behavioral Sciences* , 27, 71–76.

Appel, J., Kim-Appel, D., Snapp, E., Whiteman, C., Cassidy, M. & Stanic, R. (2018). Creativity and 'Madness': Myths, Constructions and Realities. In Santos, M., Pelletier, J.-F. (Eds.) (2018). *The Social Constructions and Experiences of Madness* (95-118) Brill.
Abreu, J. L. P. (2019). *Como Tornar-se Doente Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
Acar, S., Chen, X. & Cayirdag, N. (2018). Schizophrenia and creativity: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research* , (195) 23–31.
Acar, S., Adik, H., Myers, D., Van Der Sman, C. & Uysal, R. (2020). Creativity and Well-being: A Meta-analysis. *Journal of Creative Behavior,* (0) 1–14.
American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (2006). Lisboa: Climepsi.
Brenner, L.S. (2019). Creative Hyper-Activation in Depression. *Creativity Research Journal*, 31, 359-370.
Chang, L. (ed.) (2000). *Scientists at work–Profiles of Today's Groundbreaking Scientists from Science Times*. New York: McGraw-Hill.
Chiang, M., Reid-Varley, W. B. & Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129–136.
Coelho, E. M. (2001). Da Medicina e das Belas Letras. Mário de Sá-Carneiro: o Poeta, Ele e o Outro. *Acta Médica Portuguesa* ,14 (2001) 33-42.
Cooper, B. (2003). Sylvia Plath and the depression continuum. *J. Royal Soc. Med.* 96; 296–301.
Correia, M. (2012). Proença no Hospital Conde Ferreira. In A. Gramary (Ed); *Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal (201-214)*. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012.
Dias, J.A. (2010). *Maníacos de Qualidade*. Lisboa: Esfera dos Livros.
Enz, C. P. (2002). *No time to be brief, a scientific biography of Wolfgang Pauli*. Oxford: Oxford University Press.
Farmelo, G. (2009). *The Strangest Man–The Hidden Life of Paul Dirac, Quantum Genius*. London: Faber & Faber.
Foucault. M. (1978). *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
Gramary, A. (2015). *Palcos da Loucura*. Porto: Idioteque.
Gramary, A. (2016). Stefan Zweig e Joseph Roth: uma análise psiquiátrica da reação dos intelectuais judeus ao *finis austriae*. In Ana Leonor Pereira & João Rui Pita (Coords.) *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: SHIS / CEIS20, 2016.
Holm-Hadulla, R. M. & Bertolino, A. (2014). Creativity, Alcohol and Drug Abuse: The Pop Icon Jim Morrison. *Psychopathology* , 47, 2014.
Isaacson, W. (2017). *Einstein : a sua vida e universo*. Alfragide: Casa das Letras.
Jaspers, K. (1997). General Psychopathology (Volume 1). Johns Hopkins University Press.
Jaspers, K. (1997). General Psychopathology (Volume 2). Johns Hopkins University Press.
Kaiga, S. (2015). *Creativity and Mental Illness. The Mad Genius in Question*. Hampshile: Palgrave Macmillan.
Kaku, M. (2021). *A equação divina*. Lisboa: Bertrand.
Klein, É. (2007). *Einstein+6: a revolução*. Lisboa: Caleidoscópio.
Kyaga, S., Landén, M, Boman, M., Hultman, C. M.,
Långström, N. & Lichtenstein, P. (2013). Mental illness, suicide and creativity: 40-Year prospective total population study. *Journal of Psychiatric Research,* 47, 83-90.
Miller, A. I. (2009). *137–Jung, Pauli and the Pursuit of a Scientific Obsession*. New York: Norton & Company.

Moore, W. (1989). *Schrödinger: Life and Taughts*. Cambridge: Cambridge University Press.
Mourão, C. (2015). *A Toca do Lobo* [documentário]. Laranja Azul.
Murphy, C. (2009). The link between artistic creativity and psychopathology: Salvador Dalí. *Personality and Individual Differences* , 46, 765–774.
Ogurlu, U. (2020). Are Gifted Students Perfectionistic? A Meta-Analysis. *Journal for the Education of the Gifted*, 43, 227-251.
Overbye, D. (2000). *Einstein in love – a scientific romance*. London: Penguin books.
Pais, A. (1993). *Subtil é o Senhor : vida e pensamento de Albert Einstein*. Lisboa: Gradiva.
Pais, A., Jacob, M. Olive, D. I., Atiyah, M. F. & Goddard, P. (ed.), Hawking, S. (Memorial address). P*aul Dirac – The Man and His Work*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
Perciaccante, A., Coralli, A., Deo, S. & Appenzeller, O. (2017). Antonio Ligabue: "the Madman". *Medical Hypotheses* , 109, 174–175.
Pessoa, F. (2018). *Um retrato fora da caixa*. Lisboa: Antígona.
Pickering, A. D., Smillie, L. D. & Deyoung, C. G. (2016). Neurotic Individuals are not Creative Thinkers. *Trends in Cognitive Sciences*, 20, 1-2.
Pickover, C. A. (1998). *Strange Brains and Genius: The Secret Lives Of Eccentric Scientists And Madmen*. New York: Plenum Press.
Power, R. A. et al. (2015). Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder predict creativity. *Nature Neuroscience*, 18, 953-955.
Rodrigues, S. P. J. (2019) Moléculas psicotrópicas e literatura: uma visão química. In Ana Leonor Pereira & J.R. Pita (Coords.). *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental* — IX. Coimbra: SHIS-GHSCT-CEIS20.
Reis, A. & Cordeiro, M. (1974). *Jaime* [documentário]. Animatógrafo.
Rodrigues, S. (2019). What can Chemists and the Public Learn from Biographies of Chemists? In P. Morris & I. Malaquias *Perspectives on Chemical Biography in the 21st Century*. Cambridge Scholars..
Rodrigues, S. P. J. (2019). Some notes on the pedagogical value of historical pathological science examples from Chemistry and Physics, and related sciences. H*istória da Ciência e Ensino: Construindo Interfaces*. 20, 747-760.
Rodrigues, S. P. J. (2020). Apontamentos historiográficos e prosopográficos sobre a personagem do "cientista louco". Em *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental* — X. A.L. Pereira & J.R. Pita (Coords.) Coimbra: SHIS/ GHSCT-CEIS20.
Rothenberg, A. (1994) *Creativity and Madness: New Findings and Old Stereotypes*. JHUP.
Runyan, W. M. (1981). Why did Van Gogh cut off his ear? The problem of alternative explanations in psychobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40; 1070–1077.
Silvia, P. J. & Kaufman, J. C. (2010). Creativity and mental illness. In J. C. Kaufman & R. J. Sternberg (Eds.) - *Cambridge handbook of creativity* (381–394). New York, Cambridge University Press.
Simonton, D.K. (1999). Significant Samples: The Psychological Study of Eminent Individuals. *Psychological Methods* , 4, 25-151
Simonton, D.K. (2000). Creativity: Cognitive, Personal, Developmental, and Social Aspects. *American Psychologist* 55, 151-158.
Simonton, D.K. (2003). Qualitative ond Quantitative Analyses of Historical Data. *Annu. Rev. Psychol.* 54, 617–40.
Simonton, D.K. (2014). Can creative productivity be both positively and negatively correlated with psychopathology? Yes! *Frontiers Psychology* , 5 , 455-456.
Smith, P. D. (2005). *Einstein, Vida e Época*. Vila Nova de Gaia: Asa
Salam, A., Bethe, Hans, A., Dirac, P. A. M., Heisenberg, W., Wigner, E. P., Klein, O. & Lifshit,. E. M. (1968). *From a life of Physics. Evening lectures at the International Centre for Theoretical Physics. Trieste, Italy*. Vienna: International Atomic Energy Agency.

Seksik, L. (2010). *Albert Einstein: biografia*. Lisboa: Bertrand.
Sussman, A. (2007). Mental Illness and Creativity: A Neurological View of the "Tortured Artist". *Stanford Journal of Neuroscience*, 1, 21-24.
Taylor, C. L. (2017). Creativity and Mood Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. P*erspectives on Psychological Science*, 12, 1040-1076.
Ulanov, A.B. (2013). *Madness and Creativity*. Texas A&M University Press.
Wang, L., Long, H., Plucker, J.A., Wang, Q, Xu, X. & Pang, W. (2018). High Schizotypal Individuals Are More Creative? The Mediation Roles of Overinclusive Thinking and Cognitive Inhibition. *Frontiers in Psychology*, 21 article 01766. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01766.
Van Lith, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy* 47, 9–22.
Weisberg, R. W. (2020) *Rethinking Creativity*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Agradecimentos**
Agradeço as conversas e discussões com Antonio Riganelli sobre o tema e sobre o manuscrito. O Centro de Química de Coimbra (CQC) é apoiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Projetos UIDB/00313/2020 e UIDP/00313/2020).

# OUTSIDER – A ARTE EM PORTUGAL

**Ana Lourenço* ; Marta Ribeiro* ; Joana Romão***
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
*Médico Interno de Psiquiatria
Email:lourenco.act@gmail.com

**Resumo**
A arte ou *artis* (em latim) pode ser interpretada como habilidade ou como forma de expressão. Desta perspectiva, pode haver a comunicação de ideias, sentimentos, emoções e experiências pela arte. A *Art Brut* (arte Bruta), criada por Jean Dubuffet em 1945, inclui a arte que não abraça nenhuma corrente, que não segue uma regra, na qual os artistas centram-se "no seu sentir profundo e não nas convenções". Esta corrente inclui, entre outros, os artistas que têm doença mental. A designação usada em Portugal é Arte *Outsider*, que tem origem com Roger Cardinal em 1972, por se aproximar mais do sentido francês de "cru" e não "bruto". No nosso país, Jaime Fernandes foi, e é, um dos artistas mais importantes da Arte *Outsider*, que viveu mais de três décadas no Hospital Miguel Bombarda, e que traduz esta ponte criada entre a Arte e a Psiquiatria.

**Palavras-chave:** Arte Outsider, Jaime Fernandes, Psiquiatria

**Abstract**
Art or *artis* (in Latin) is a skill or a form of expression. From this perspective, there can be the communication of ideas, feelings, emotions, and experiences through art. Art Brut (Art Brut), created by Jean Dubuffet in 1945, includes art that does not embrace any trend, that does not follow a rule, in which artists focus "on their deep feelings and not on conventions".
This movement includes, among others, artists with mental illness. Outsider Art is the definition used in Portugal, which began with Roger Cardinal in 1972, closer to the French meaning of raw.
In our country, Jaime Fernandes was, and is, one of the c artists of Outsider Art, who lived more than three decades in Hospital Miguel Bombarda, and who translates this bridge created between Art and Psychiatry.

**Key-words:** Outsider Art, Jaime Fernandes, Psychiatry

***

## Introdução
A arte pode ser um veículo que permite chegar ou entrar no mundo do artista, daquele que dá corpo, forma, que dá realidade ao seu imaginário, criando uma peça única. Por este meio, Jaime Fernandes, doente psiquiátrico que viveu longos anos entre as paredes de um hospital, se expressou e por este se tornou num dos maiores artistas portugueses da *Art Brut* ou *Outsider*. Pretende-se, com este trabalho, partilhar um pouco da história da *Art Brut* e dar a conhecer um dos maiores nomes em Portugal, Jaime Fernandes.

## Desenvolvimento
Fernando Pessoa disse: *A ciência descreve as coisas como são; a arte, como são sentidas, como se sente que são. O essencial na arte é exprimir; o que se exprime não tem importância.* O que é a arte? Uma forma de expressão, uma maneira de ser ou de agir, um talento, habilidade, ser mestre de um saber, de uma ciência, de um ofício, uma forma de comunicar ideias, sentimentos,

emoções e experiências. Compreende-se que a arte pode espelhar os pensamentos, crenças, ideias, valores e emoções do artista (Rustin, 2008), percebe-se assim, que de forma mais ou menos consciente, o artista pode representar o que sente, mesmo que sem treino formal artístico.

Com esta noção abrangente e global de arte, de comunicar e de chegar ao outro, torna-se claro o interesse que foi crescendo sobre a arte dos doentes psiquiátricos, principalmente, no seio de quem os estudava de perto, de quem acompanhava a sua vida, tão intrinsecamente associada à doença.

Este reconhecimento artístico entre os doentes mentais, surgiu no séc.XIX. Em 1880, Cesare Lambroso, diretor do hospital da Universidade de Turim (Itália), realizou uma exposição com os trabalhos dos seus pacientes, com o título "A arte dos insanos" (*L'Art Nei Pazzi*). Já no início do séc.XX, Emil Kreaplin, conhecido psiquiatra, fundador da psiquiatria biológica, começou a colecionar desenhos e pinturas dos seus doentes com patologia psicótica, no hospital da Universidade de Heidelberg (Alemanha), o seu sucessor, Hans Prinzhorn, deu continuação a este acervo, tendo exposto o colecionado em 1922, com o título "Arte dos doentes mentais" (*Bildnerei der Geisteskranken*). Prinzhorn, médico psiquiatra e crítico de arte, desenvolveu a ideia do "mestre esquizofrénico", na qual defendia haver um "instinto de criação na imaginação esquizofrénica" (Franco, 2020), este instinto, que era observado em doentes asilados, fazia crer que a sua criação artística era produzida com base em princípios e valores particulares, conceitos e significados construídos pelo doente-artista; estas produções podem ser forma de acesso ao conteúdo do pensar, criando características estéticas únicas, que se repetem na obra do artista. A coleção de Kreaplin e Prinzhorn contará com mais de 5000 obras. Esta ideia de "mestre esquizofrénico" poderá ser relacionada à Art Brut defendida por Jean Dubuffet anos mais tarde. Contemporaneamente, em 1921, Walter Morgenthaler, médico na Wladau Clinic, Berna (Suíça), escreveu a primeira publicação sobre a arte de um dos seus pacientes com doença mental, Adolf Wölfli (nome grande da *Art Brut*), "Um doente psiquiátrico como artista" (*Geisteskranker als Künstler*).

Em 1945, a arte dos doentes psiquiátricos ultrapassa a fronteira dos clínicos que os seguem, pela mão de Jean Dubuffet, pintor e escultor francês, que se começa a interessar pelas produções destes doentes. Dubuffet coleciona e expõe algumas obras destes artistas desconhecedores da arte, socialmente marginalizados e emocionalmente perturbados; em 1949, em Paris, realiza a primeira exposição da então nomeada *Art Brut* - "Arte Bruta preferida à Arte Cultural" (*L'Art Brut Préféré aux Arts Culturels*). Os críticos apontam-nas como "produções técnicas" em lugar de obras de arte, ao que Dubuffet responde afirmando que a arte existe por si, tal como nas obras de artistas treinados, mas que, a destes artistas, não segue as tradições Ocidentais, a influência da sociedade, nem o interesse económico.

Dubuffet, citado por Rustin (2008), referiu:

> "*Os criadores de Art Brut são indivíduos marginalizados que são resistentes às normas educacionais e estrutura cultural, que mantêm uma atitude independente, apesar das normas e valores sociais. Não querem nada da cultura dominante e não têm interesse em envolver-se nela. Não desejam discutir os seus trabalhos, não procuram publicidade e não querem ter nada que ver com os aspectos comerciais da arte.*"

> "*Nós entendemos por esse termo (Art Brut) as obras executadas por pessoas intocadas pela cultura artística, nas quais, portanto, o mimetismo, contrariamente ao que sucede com os intelectuais, desempenha pouco ou nenhum papel, de modo que os seus autores obtêm tudo (temas, escolha de materiais utilizados, meios de transposição, ritmo, maneiras de escrever, …) do seu sentir profundo e não das convenções da arte clássica ou da arte em moda. Assistimos a uma operação artística*

> *inteiramente pura, crua, reinventada no conjunto de todas as suas fases pelo seu autor, somente a partir dos seus próprios impulsos.*"

Torna-se clara a ideia de Dubuffet, os artistas da *Art Brut* são puros na sua essência, não têm qualquer influência artística ou social, vivem e criam da sua genuinidade, para além do estipulado pelas regras culturais, ultrapassam a pertença a uma corrente, não seguem as suas normas, não imitam os seus traços, as suas cores, as suas perspectivas, os seus materiais, toda a criação começa e termina em si próprio, no artista único.
Em 1972, Roger Cardinal, historiador inglês, descreve a *Outsider Art* como uma expressão artística que inclui as obras criadas à margem do sistema artístico; nesta incluía: obras espontâneas de expressão de pensamentos, sentimentos e crenças, não incluindo apenas doentes mentais e englobando a *Art Brut*, a arte popular, primitiva e obras fora de correntes convencionais. A maioria destes criadores não conhece nem estudou arte, não tem formação artística, descobre a arte a cada obra realizada, segue o caminho do seu interesse e não a linha estipulada por uma formação estruturada. Apesar de atualmente não haver grande diferença entre a definição de *Art Brut* ou *Outsider*, o nome mais consensual é *Outsider* por ser mais inclusivo; em Portugal, a par dos restantes, é mais utilizada a expressão Arte *Outsider*, por se aproximar mais da descrição de "cru" e "bruto" (de intocado) feita por Dubuffet.

> *"With painting in general, the biography of the artist does not contribute to the understanding of the work, except in rare cases. For Outsider artists, it is the opposite. Each artists imposes his or her particular emotional past on the forms and colors. One might say that each artist has a special symbolic language, a unique handwriting."* (Schreiner, 1988, citado por Franco, 2020)

Muitos artistas com doença mental são reconhecidos, e em Portugal encontramos um destes criadores, Jaime Fernandes, de quem pouco se sabe, quer da sua vida fora do hospital, quer da sua vivência no Hospital Miguel Bombarda, a sua segunda casa.
Jaime Simões Fernandes, filho de Joaquim Fernandes e Maria de Jesus, terá nascido a 8 de Maio de 1899, numa pequena aldeia chamada Barco, no concelho da Covilhã. Foi o primeiro filho de uma fratria de três irmãos, de uma família de agricultores; casou em 1923, com Evangelina Delgado, com quem teve cinco filhos. Os primeiros 39 anos de vida são pouco conhecidos, passados no anonimato de uma aldeia do interior de um país em que a arte, a cultura e o ensino não chegavam a todos.
Em 1938, foi internado no Hospital, na altura manicómio, Miguel Bombarda, com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Terá falecido em Março de 1969, em Lisboa, do hospital de onde nunca saiu. Durante a sua vida passada no antigo Hospital Miguel Bombarda, escreveu cartas à sua esposa, com uma "caligrafia visualmente agradável, mas desprovida de qualquer sentido" (Fróis, 2016) e recebia visitas que lhe levavam tabaco, fósforos, fruta, canetas e papel.
Apesar de ser mais um dos inúmeros alienados que passaram longos anos no Hospital Miguel Bombarda, Jaime Fernandes é atualmente um dos mais conhecidos artistas que viveram naquele local. Começou a pintar quatro anos antes da sua morte, de forma espontânea e inesperada; recorria, para concretizar as suas obras, a qualquer material, esferográficas, mercúrio cromo, lápis e qualquer tipo de papel. Segundo as descrições da sua técnica, Jaime desenhava de forma rápida e com qualquer tipo de material, sem assinar ou datar as produções (das que estão em catálogos ou em coleções particulares).
Na curta-metragem de António Reis e Margarida Cordeiro "Jaime" de 1974, um antigo colega de internamento do artista, partilha:

> *"… a vontade com que ele desenhava aquilo tudo, e rápido! Não era moroso, era uma coisa rápida, da ideia dele… Aqueles abutres de focagem que ele fazia, das figuras, é esquisito. Eu digo: é muito esquisito. Ele respondia "Oh Manuel, você compreenda, há fotografias de nitidez, estas são obscuras, são feitas por mim, conforme a minha vontade…".*

Jaime produziu um conjunto homogéneo de obras, recorrendo sempre à mesma técnica e desenhando os mesmos temas, nas quais se pode perceber uma "narrativa estética" que acompanha as criações; segundo Fróis (2016), há uma disposição em se conformar a uma "ordem formal", acrescentando rostos às suas figuras, criando figuras humanas em junção com animais. Na observação da sua obra, fica expressa o corte com a realidade que esta retrata, o que Fróis descreve como "conhecimento ingénuo da realidade", mas que é a marca artística, original e única das suas produções. Na curta-metragem de Reis e Cordeiro, são mostrados, para além dos trabalhos gráficos, excertos de pequenas composições escritas, de forma repetida, por Jaime, onde se lia "8 vezes Jaime morreu já cá" e "animais como retratos de príncipes".

> *"…saltam aos olhos as cabeças unidas a corpos de animais, formando um só ser, feitas com um emaranhado de riscos, como uma teia que dá forma às figuras. Seus desenhos, colocados lado a lado, parecem seguir uma única narrativa."* (Franco, 2020)

> *"Os seus desenhos, para usar as suas próprias palavras "animais como retratos de príncipes" , parecem ser hieróglifos, signos artísticos puros que criam conteúdo, linhas, cores e texturas, sem imitar nenhum modelo que pudesse ter atuado como exemplo, além de que recorreu à sua própria memória autoral. Ao ser conscientemente retratado, as suas figuras observam-nos e questionam-nos."* (Fróis, 2016)

A sua arte é descrita como uma "filigrana" dentro e fora das figuras, trabalhada de forma maestral, com sinceridade, as linhas entrecruzadas criam uma rede no interior dos desenhos, a técnica original e única de Jaime; as suas criaturas, criadas pela união entre "príncipes" e "animais", conferem vida às suas obras, onde o pormenor dos olhos delineados e deixados em branco parecem fitar o observador.
A maioria do seu trabalho foi oferecido aos profissionais que trabalham no hospital, que se tornou a sua casa, aos médicos, enfermeiros, assistentes sociais, bem como, como forma de agradecimento a quem o visitava.
A sua vida foi dada a conhecer principalmente através da curta-metragem ("*Jaime*" de 1974), já abordada, de António Reis e Margarida Cordeiro, onde a vida do artista é apresentada de uma forma não linear, onde Jaime, pela sua obra, é apresentado entre as paisagens da zona beirã e o edifício do pavilhão de segurança do Hospital Miguel Bombarda, por esta dicotomia entre a natureza livre e o cárcere em que passou metade da sua vida. Acompanha a narrativa com desenhos do autor, com leitura das suas repetidas frases escritas em papel; com voz de Evangelina, esposa que ficou na Covilhã e pouco contacto foi mantendo, pelos quilómetros que os separavam, e Manuel, colega que acompanhou a sua vida artística.
Na sequência deste dar a conhecer, em 1980, é realizada a primeira exposição com trabalhos do artista, organizada pela Fundação Calouste Gulbenkian, onde foram expostas setenta e quatro obras do autor com o título "*Jaime*", com curadoria do diretor do Departamento de Exposições e Museografia da Fundação, José Sommer Ribeiro, e do diretor António Reis. Em 1981, na 16ª Bienal de São Paulo, são expostos cinquenta trabalhos do autor, numa exposição intitulada "*Arte Incomum*". Schreiner, que adquiriu várias obras na sequência da exposição da Fundação Calouste Gulbenkian (1980), publicou um catálogo com o título "*Outsiders: An Exhibition of Art Brut*".

Atualmente, podemos aceder à arte de Jaime Fernandes por meio da *Collection de L'Art Brut* (Lausanne, Suíça), *Eternod–Mermod Collection* (Lausanne, Bègles, França), *Hannah Rieger Collection* (Viena, Áustria), *The Art Brut abcd Collection by Bruno De Charme* (Montreuil, França), *Fréderic Ledure Collection* (Montreuil-Sous-Bois, França) e da *Karin and Gerhard Dammann Collection* (Tägerwilen, Suíça). No nosso país, para além das coleções particulares e exposições no antigo Hospital Miguel Bombarda, o Centro de Arte Oliva, sediado em S.João da Madeira, que tem como objetivo possibilitar o "conhecimento e interpretação das artes visuais dos séculos XX e XXI", sendo a "única instituição do país a trabalhar regularmente com arte contemporânea e arte bruta/outsider", desenvolveu em 2021 o projeto "*À procura de Jaime Fernandes"*, de forma a apresentar a vida e trabalho artístico do nome maior da *Art Brut* em Portugal, pelo que desenvolveu o levantamento e procura do maior número de obras possível, tendo originado a atual exposição - *Jaime: "vi uma cadela minha com lobos"*.

**Conclusão**

Compreendendo a arte como uma forma de expressão, esta poderá ser uma ponte de comunicação entre o profissional e o doente; estando, por seu lado, a *Art Brut* intrinsecamente associada aos doentes mentais, que criam de forma livre a sua arte, sem correntes que os prendem ao estipulado, sem responderem a uma definição ou a uma pressão cultural, social e económica.

Jaime Fernandes foi, e é, uma figura incontornável da Arte *Outsider* em Portugal, pouco conhecida pelo público, mas que traduz esta ponte criada entre a Arte e a Psiquiatria, que este trabalho ajude a descobrir outros artistas que dividem a sua vida com a Psiquiatria.

**Bibliografia**

Franco, S. (2020). Jaime Fernandes Simões e a construção de narrativas sobre a art brut em Portugal. *Revista de História da Arte*, 4(3), 15-30.

Fróis, J.P. (2016). Animals portrayed as princes': the ballpoint-pen drawings of Jaime Fernandes. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 211-213

Fróis, J.P. (2016). The Bestiary Art of Jaime Fernandes. *Raw Vision*, 30-34.

Rustin, T. (2008) *Using artwork to understand the experience of mental illness: Mainstream artists and Outsider artists*. GMS Psycho-Social-Medicine.

Reis, A. (1974). *Jaime.* Centro Português de Cinema - Curta-metragem.
Retirado de: https://www.youtube.com/watch?v=rvw_VkJoMHo&t=1578s

Centro de Arte Oliva: À procura de Jaime Fernandes. Acedido a 15 de Janeiro de 2022, em:
https://centrodearteoliva.pt/atividade/a-procura-de-jaime-fernandes/

Associação Portuguesa de Arte Outsider. Acedido a 15 de Janeiro de 2022, em:
http://aparteoutsider.org/

# UMA INQUIETANTE SENSAÇÃO DE ESTRANHEZA: BREVE HISTÓRIA SOBRE A ARTE DOS DOENTES MENTAIS

**Laura Albergaria Borges [1]; Alejandro Iñarra Navarro [2]; Daniela Magalhães [3]; Rita Facão [4]**

[1, 4] Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão

[2] Hospital Universitário Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares

[3] Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

[1,2,3,4] Interno/a de formação específica de Psiquiatria

Emails:laura.borges@chalgarve.min-saude.pt; alejandro.in.rr@gmail.com; daniela.magalhaes@hff.min-saude.pt; ana.facao@chalgarve.min-saude.pt

**Resumo**

Diferentes atitudes e pensamentos perante a arte dos doentes mentais são descritas por vários psiquiatras, artistas e historiadores ao longo da história. Vários movimentos contribuíram para estas mudanças, nomeadamente no séc. XIX a difusão do romantismo e o crescimento dos asilos psiquiátricos; no séc. XX a procura de novos modos de expressão artística, as correntes surrealistas e a conceptualização da Arte Bruta por Jean Dubuffet e na era pós-modernista a mudança de foco para os chamados grupos marginalizados.

Passando por Lombroso, Morgenthaler, Prinzhorn, Dubuffet, Cardinal, entre outros, os autores pretendem abordar as diferentes visões entre arte e loucura desde o século XIX, através duma revisão bibliográfica, debatendo os conceitos de arte bruta e arte *outsider,* ilustrando os mesmos com vários artistas *outsiders* e levantando questões sobre a forma como pensamos a relação arte e doença mental.

**Palavras-chave**: Arte Bruta; Arte Outsider; Prinzhorn; Dubuffet

***

## Introdução

Quando pensamos na relação arte e doença mental e na arte dos doentes mentais surgem-nos várias questões em mente.

Por um lado, poderá a arte revelar o estado mental de uma pessoa? Haverá algo de distintivo na arte criada pelos doentes mentais? É possível reconhecê-la, possui características próprias? Por outro lado, porque é que a arte produzida nos asilos psiquiátricos se tornou um foco de interesse? Como evolui a relação arte e doença mental ao longo da história? Por fim, pode a arte ser terapêutica?

Com este trabalho pretende-se tentar responder a algumas destas questões, através duma revisão bibliográfica sobre a relação arte e loucura, abordando as diferentes visões de vários autores desde o século XIX e ilustrando as mesmas com obras de alguns artistas.

## Discussão

No início do séc. XIX começou a surgir um interesse na arte dos doentes mentais, que se se deveu, essencialmente, a dois factores: por um lado a influência do romantismo, adoptando a arte do sonho e fantasia, com o elogia da loucura, subjetividade e individualismo, que se opunha à arte equilibrada e racional do classicismo. A loucura era vista como uma condição privilegiada, o louco tinha acesso a verdades profundas e era um herói, um génio; por outro lado, a proliferação dos asilos psiquiátricos, onde se concentravam populações de doentes mentais, providenciava o local de produção para

este tipo de arte e também o local onde os psiquiatras do asilo, os alienistas, começavam a manifestar interesse pela arte dos seus doentes.

No século XIX, Philippe Pinel (1745-1926) foi o primeiro alienista a escrever sobre a arte dos doentes mentais, no seu livro *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie* (1801), onde descreve dois pacientes que desenhavam e pintavam. Um pouco mais tarde, o americano Benjamin Rush (1746- 1813), escreve que a insanidade poderia desenterrar talentos artísticos escondidos, ou seja, que a loucura carregava a promessa da realização artística (*Medical Enquiries and Observations upon the Disease of the Mind*, 1812).
Posteriormente, em 1810, John Haslam (1764–1844) torna-se provavelmente o primeiro clínico a reproduzir os trabalhos dos seus pacientes na sua obra *Illustration of Madness* (1810), tendo, porém, o intuito de mostrar com estas obras que os seus pacientes eram loucos. Uma das ilustrações apresentadas no livro é o *Air Loom,* do paciente James Tilly Matthews, ex-ativista pacifista das Guerras Napoleónicas, que foi confinado no asilo de Bedlam, em Londres, em 1797. Este acreditava que a sua mente estava sob o controlo do "Air Loom" ou tear aéreo, uma máquina que tecia raios mesméricos (através do fluido magnético, baseada nas teorias do mesmerismo com voga na época) e gases misteriosos direccionados para as suas vítimas, que fazia lavagens cerebrais em políticos numa Europa que se encontrava em guerra toal.
No século XX, Willliam Browne (1805–1885) escreveu o artigo *Mad Artists*, onde considerava que a arte dos doentes mentais não era diferente daquela dos indivíduos saudáveis. No entanto selecionou as obras que seriam consideradas mais convencionais e ignorou as criações mais estranhas.
Césare Lombroso (1835-1909), psiquiatra italiano, colecionou uma grande quantidade de produções artísticas dos seus pacientes. Baseado na teoria da degeneração, Lombroso via a genialidade e a insanidade como muito próximas, e considerava que a genialidade era um tipo de insanidade. Assim, numa perspectiva oposta à do romantismo, considerava que ambos génios e loucos eram tipos de degenerados.
Lombroso colecionou artefactos de 108 doentes que reuniu na sua obra *L'uomo di* genio (1888) e procurou examinar aqueles trabalhos de forma a encontrar particularidades específicas, concluindo que existiam algumas características reconhecíveis como arte dos insanos. Estas eram baseadas na forma, conteúdo dos desenhos e comportamento dos doentes. Algumas destas características eram a originalidade, caracterizada pelo uso de materiais ou métodos inventados pelo autor; inutilidade, dada a falta de adequação ao mundo; uniformidade, ou o que também pode ser identificado como "repetição" de temas, motivos ou símbolos; imitação, muitos desenhos analisados eram cópias de outros, sem originalidade; minuciosidades; compulsividade que se manifesta através de detalhes; absurdo, segundo Lombroso, a maior parte dos desenhos, textos e pinturas dos loucos são esteticamente incoerentes, seja nas proporções, nas cores ou mesmo nos assuntos; atavismo, como uma regressão a elementos, conteúdos e formas do passado, como estados mentais primitivos; arabescos, formas abstractas não figurativas tais como traços circulares, ornamentais e sem sentido; simbolismo, entre outras.
O método de classificação de Lombroso estava intrinsecamente ligado à teoria da degeneração e, portanto ele considerava que a hereditariedade e as características pessoais dos pacientes eram as principais chaves para a compreensão das obras. Lombroso compreendia que nenhum indivíduo insano poderia produzir uma obra que não fosse a representação interna do seu estado degenerativo.
Posteriormente, no início do séc. XX, começaram a surgir linhas de pensamento diferentes das de Lombroso. Vivia-se nesta altura num contexto em que surgiam as ideias psicanalistas, os movimentos dadaístas e surrealistas. Artistas como Marcel Duchamp,

André Breton e Picasso, Kandinsky e Klee, procuravam novas formas de arte que não fossem tão tradicionais, indo de encontro às artes mais primitivas ou outras formas de arte não convencionais.

Se as vanguardas modernistas expandiam o campo da Arte a estéticas não canónicas, na psiquiatria também havia quem abrisse novas portas.

Em França, Paul Meunier (1873-1957) é um dos pioneiros de uma nova forma de pensar as criações artísticas feitas pelos alienistas, escrevendo o primeiro livro sobre arte dos doentes mentais dum ponto de vista estético e não clínico, com o pseudónimo de Marcel Reja (*L'Art chez les Fous*, 1907). Nesta obra, não via os trabalhos dos doentes como patológicos, nem como chaves diagnósticas para grupos de patologias mentais. Reconhecia, no entanto algumas características próprias dos mesmos: repetição, presença de formas geométricas, ornamentação, texto, perspetiva exagerada, perversão das formas e impulso para criar.

Duas das figuras mais importantes para o desenvolvimento da arte *outsider* e mesmo da arte terapia foram Walter Morgenthaler (1882 – 1965) e Hans Prinzhorn (1886 – 1933). Cada um destes psiquiatras abordou os trabalhos dos seus pacientes a partir duma posição de respeito e apreciação, sendo dos primeiros psiquiatras a fazê-lo.

Morgenthaler focou-se no trabalho de Adolf Wolfli (1864-1930), um dos primeiros artistas reconhecidos pela sua arte outsider. Wolfli, que sofria de psicose, esteve internado num asilo suíço desde 1895, onde passaria o resto da sua vida e onde iniciaria o seu interesse pelo desenho.

Morgenthaler reconhecia-o, primeiro, como artista e só depois como paciente, de tal forma que utilizou o seu nome verdadeiro, e não as suas inicias ou pseudónimos, de maneira a elevar Wolfli ao estatuto de artista. Descreve que o processo criativo de Wolfli era uma espécie de auto-terapia, uma forma de Wolfli regular as suas emoções e sentimentos intensos e de organizar o seu caos interno (*A Mental Patient as Artist,* 1921).

Uma das características mais proeminentes na obra de Wolfli é o *horror vacui,* termo latim que significa medo do espaço vazio, observando-se na obra do artista o desejo compulsivo de preencher qualquer espaço vazio, saturando-o com imagens ou palavras.

Um ano depois da obra de Morgenthaler, Hans Prinzhorn escreve, 1922 na Alemanha, a famosa obra que serviu de inspiração para numerosos autores, artistas (tais como Dubbufet, Breton, Picasso, entre outros) e arte-terapeutas, *Artistry of the Mentally Ill.*

Prinzhorn, que tinha estudado História de Arte antes da sua carreira médica, foi nomeado diretor da Clínica de Heidelberg, onde continuou a coleção de obras de pacientes inicialmente criada por Emil Krapelin, quando este era diretor da clínica.

Prinzhorn tenta no seu livro evitar ter uma perspetiva apenas clínica ou apenas estética do trabalho dos seus pacientes, referindo que o trabalho destes não deveria ser visto como um sinal de insanidade e que o instinto e necessidade de criar eram comuns a todas os seres humanos. Rejeitava também as conclusões dos seus antecessores como Lombroso, não concordando com a associação génio/louco e criticando as chaves diagnósticas nas criações dos loucos, alertando para a excessiva patologização dos trabalhos dos artistas.

Rejeitou ainda características que poderiam unificar a arte dos doentes mentais. Admitia, no entanto, que o trabalho dos "mestres esquizofrénicos" suscitava "uma inquietante sensação de estranheza".

Como exemplos notáveis constantes na colecção de Prinzhorn destacamos o *Casaco Autobiográfico* de Agnes Ritcher, criado antes de 1919, bordado com a história da sua vida; e a *Carta ao Marido*, escrita por Emma Hauck em 1909, cujo texto, jamais enviado, consiste em frases repetidas e sobrepostas até estas serem quase ilegíveis.

O psiquiatra austríaco Leo Navatril (1921-2006), por sua vez, dizia que a expressão artística era um sintoma de esquizofrenia e que a sua expressão poderia trazer benefícios terapêuticos (*Schizophrenia and Art,* 1976).

O artista plástico Jean Dubuffet (1901-1985), influenciado pela leitura de Hans Prinzhorn, define o termo de *art brut* (arte bruta), referindo-se a obras originadas de meios não artísticos, livres da influência do mundo da Arte. O artista começou a colecionar trabalhos artísticos de populações marginalizadas, tais como doentes mentais (tendo inclusivé obras de Adolf Wolfli), presidiários, mendigos, assim como de povos tribais de África, Oceânica e América do Norte. Fundou a *Compagnie de l'Art Brut,* juntamente com outros artistas, entre os quais o surrealista André Breton. Segundo o mesmo esta arte seria livre de influências dos meios artísticos e portanto mais autêntica, espontânea e "crua".

O termo arte marginal ou *outsider art* foi cunhado pelo crítico de arte Roger Cardinal em 1972, adaptado para o inglês de *art brut,* para descrever toda a arte fora dos limites da cultura oficial. Enquanto que o termo criado por Dubuffet teve uma utilização bastante específica, dirigindo-se especialmente às criações artísticas levadas a cabo por pacientes em hospitais psiquiátricos, o termo *outsider art*, foi, com o tempo, estendido para todas as obras realizadas fora do contexto artístico oficial, não só dos doentes dos hospitais psiquiátricos, mas também dos artistas autodidatas ou *naïve.*

Sublinha-se no século XX o surgimento da Arte Terapia enquanto disciplina, em 1942, termo cunhado pelo artista e terapeuta britânico Adrian Hill. Hill esteve internado num hospital com tuberculose, durante a Segunda Guerra Mundial e durante o seu tempo de internamento pintava e desenhava. Com o tempo apercebeu-se que a prática artística poderia auxiliar na recuperação da doença. Nesse hospital cria um atelier e recebe soldados feridos que voltavam na guerra, dando-lhes a oportunidade de expressarem os horrores e traumas vivenciados nesse período. A arte seria então um veículo para se manifestar e trabalhar as emoções e aliviar ou sublimar o sofrimento dos pacientes.

A arte terapia surge assim como uma forma de explorar a psique humana através dos seus meios visuais e artísticos e pela expressão artística, utilizados como elementos terapêuticos. Neste tipo de terapia acrescenta-se, pois, um terceiro elemento à dinâmica da terapeuta-paciente: a criação artística.

A psicanálise vai ganhando importância na compreensão da arte e dos processos criativos ao longo do século XX. Nas suas obras, Sigmund Freud (1856, 1939) manifesta interesse na análise de algumas peças artísticas e desenvolve estudos sobre artistas, nomeadamente sobre a vida e obra de Leonardo da Vinci.

Carl Jung (1875 - 1961), discípulo de Freud, reúne a psicanálise com o simbolismo de ascendência romântica, dando grande importância ao valor espiritual das imagens, estudando-as nas mais diversas culturas e religiões.

Os conceitos de inconsciente, a análise do sonho, o simbolismo, a associação livre de ideias e a sublimação (mecanismo de defesa que se baseia na transformação de impulsos indesejados em comportamentos mais adequados e aceitáveis) tornam-se importantes contributos da psicanálise para uma melhor compreensão da arte e estética da época. Os artistas surrealistas adotaram inclusivamente várias destas técnicas, desde a associação livre de ideias até à interpretação dos sonhos.

Entretanto em Portugal, o interesse nas expressões artísticas dos alienados parte provavelmente do doutor Miguel Bombarda (1851-1910), que inicia uma coleção de desenhos, pinturas e escritos de pacientes do Hospital de Rilhafoles (posteriormente denominado Hospital Miguel Bombarda) em Lisboa. Júlio Dantas (1876-1962) publica *Pintores e Poetas de Rilhafoles* (1900), onde apresenta e analisa os desenhos, pinturas e escritos dos alienados do Hospital de Rilhafoles, fazendo associações entre as obras e os estado psicopatológicos dos doente, não reconhecendo o seu valor estético, mas ressalvando um valor diagnóstico dos mesmos.

O Museu Miguel Bombarda, em Lisboa, abria ao público em 2004, tendo-se mantido após o encerramento do Hospital em 2011. Exibindo parte da mais antiga coleção de Arte Outsider/Arte de Doentes de Portugal, a coleção do Museu reúne cerca de 5.000 obras,

datadas do século XX, incluindo autores como Jaime Fernandes, José Gomes, Joaquim Demétrio e o poeta-pintor Ângelo de Lima, publicado na Orpheu por Fernando Pessoa.

Não poderíamos deixar de mencionar Jaime, um dos mais reconhecidos artistas outsider portugueses. Jaime Fernandes (1899-1969) foi diagnosticado com esquizofrenia aos 39 anos, tendo estado internado mais de três décadas no Hospital Miguel Bombarda, onde viria a morrer em 1969. Jaime começou a desenhar inesperadamente aos 66 anos, quatro anos antes da sua morte. A sua obra é constituída por desenhos, não datados, feitos principalmente com esferográficas coloridas sobre diversos tipos de papel, e que contemplam animais imaginários, figuras humanas ou antropomórficas, desenhadas numa densa trama de linhas. As cartas, outros escritos e os desenhos do artista foram filmados depois da sua morte por António Reis e Margarida Cordeiro, no filme "Jaime" (1974).

**Conclusões**

O interesse pela arte dos doentes mentais surge no século XIX. Vários autores, artistas e psiquiatras debruçaram-se sobre a relação arte e loucura, partindo desde a perspetiva lombrosiana, que considerava a arte dos alienados como um tipo de insanidade mental, até ao início do séc XX, quando se começa a rejeitar a psiquiatrização das obras e seus artistas e se adopta a receção estética das mesmas, partindo da influência de Réja, Morgenthlaer e Prinzhorn. Em meados do século XX, os conceitos de arte bruta e arte *outsider* procuraram definir a arte praticada pelos doentes mentais e outros marginalizados. Nasce também a arte terapia enquanto disciplina formal, que procura explorar aspectos da *psique* da pessoa por meio da expressão artística.

Assim, a relação entre arte e loucura foi evoluindo desde o caráter romantizado inicial até ao actual caráter terapêutico, desprovido de implicações clínico-diagnósticas, mantendo-se em constante mudança.

**Bibliografia**

Cohen, R. (2017) Outsider Art and Art Therapy: Shared Histories, Current Issues & Future Identities. London, Philadelphia: Jessica Kingsley

Franco, S.G. (2019). Os imperativos da arte: encontros com a loucura em Portugal do séxulo XX. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal

Gomes, C. (2020) Coisas de Loucos: O que eles deixaram no manicómio. Lisboa: Tinta da China

Martins, D.C.S. (2012). Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa – Faculdade de Belas Artes, Lisboa, Portugal.

Prinzhorn, H. (1972) Artistry of the Mentally Ill: a Contribution to the Psychology and Psychopathology of Configuration. New York: Springer-Verlag

Wojcik, D. (2016) Outsider Art: Visionary Worlds and Trauma. Mississippi: University Press of Mississippi

# ARTE DEGENERADA E ALIENISMO SOCIAL – A RELAÇÃO ENTRE A PSIQUIATRIA E A ARTE A PARTIR DE JÚLIO DANTAS

**Diogo Almeida*; João Pedro*; Daniela Magalhães***
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
*Médico/a Interno/a Formação Especializada em Psiquiatria
Email: diogo.almeida@hff.min-saude.pt; joão.pedro@hff.min-saude.pt; daniela.magalhaes@hff.min-saude.pt

**Resumo**
Propomo-nos, em primeiro lugar, a revisitar a tese "Pintores e Poetas de Rilhafoles", que Júlio Dantas apresentou em 1900, sob orientação de Miguel Bombarda, na conclusão do curso de medicina. Neste trabalho inovador sobre as manifestações artísticas dos doentes internados, interessa-nos analisar a teoria que o autor defende sobre a cisão entre a arte sã e a arte do louco, ideia fortemente influenciada pela teoria da degeneração e por trabalhos de Cesare Lombroso e Max Nordau. A partir desta, Júlio Dantas defende o papel de responsabilidade social do médico na prevenção da sociedade desta arte degenerada. Em segundo lugar, propomo-nos a abordar a relação atual entre a Psiquiatria e a Arte a partir da tese de Júlio Dantas, confrontando-a com a mercantilização e o isolamento das obras dos doentes numa categoria específica, num equilíbrio difícil entre a integração social dos artistas e o estigma relacionado com as suas doenças.

**Palavras-chave**: História da Arte; Arte Outsider; Júlio Dantas; Degeneração.

**Abstract**
We propose to revisit the thesis "Pintores e Poetas de Rilhafoles", which Júlio Dantas presented in 1900, under the guidance of Miguel Bombarda, at the end of his medical course. In this innovative work on the artistic manifestations of hospitalized patients, we are interested in analyzing the theory that the author defends about the split between healthy art and the art of the insane, an idea strongly influenced by the theory of degeneration and by works by Cesare Lombroso and Max Nordau. From this, Júlio Dantas defends the role of social responsibility of the physician in preventing society from this degenerate art. Secondly, we propose to discuss the current relationship between Psychiatry and Art from the thesis of Júlio Dantas, confronting it with the commodification and isolation of patients' works in a specific category, in a difficult balance between social integration of artists and the stigma related to their illnesses.

**Key words**: History of Art; Outsider Art; Júlio Dantas; Degeneration

***

## Introdução
A relação entre a psiquiatria e a arte recua praticamente até ao início da sua eclosão como disciplina diferenciada e ao advento da ergoterapia ou terapia ocupacional. O interesse na demonstração artística dos doentes parece ter dois pontos essenciais – o valor estético das suas produções e a relação entre as mesmas e a sua perturbação mental. Múltiplas coleções de arte *outsider* têm contribuído para o acumular de conhecimento nesta área, pouco consensual, mas de notável empenho por parte de profissionais de ambos os sectores da arte e da medicina. O presente trabalho parte de uma dessas coleções, a de Miguel Bombarda no Hospital de Rilhafoles, e da análise redigida por Júlio Dantas.

**Discussão**

Júlio Dantas foi um escritor e político português, nascido em 1876, em Lagos, tornando-se uma das figuras mais proeminentes na vida cultural do seu tempo, publicando obras de grande sucesso, ao mesmo tempo que desenvolveu uma importante carreira diplomática. Contudo, a sua formação iniciou-se na Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, tendo terminado o seu bacharelato em Medicina no ano de 1900. Apesar da sua formação, nunca foi um clínico, mas manteve um ininterrupto interesse pela medicina, o que acabou por influenciar toda a sua obra literária. Júlio Dantas, enquanto formado em medicina, inseria-se num debate sobre o modelo de assistência aos doentes psiquiátricos na época, mas também, porventura até de forma mais destacada, acerca da defesa da sociedade contra as vesânias que levavam à degeneração de um povo, como se pretende ilustrar nas secções seguintes deste texto.

Na conclusão do seu bacharelato, debruçou-se sobre a coleção que Miguel Bombarda vinha recolhendo da produção artística dos doentes internados no Hospital de Rilhafoles (posteriormente Hospital Miguel Bombarda). A coleção continha desenhos, pinturas e escritos dos pacientes, sendo na altura totalmente inovadora no cenário português, sendo provável que fosse reunida por Miguel Bombarda como apontamentos psiquiátricos, em nada se procurando um valor estético e muito menos artístico-social nas obras. Em linha com isto, Miguel Bombarda nunca escreveu sobre as obras e há poucos testemunhos que narrem a existência e a proporção dessa documentação. Júlio Dantas apresentou então em 1900 a sua tese, intitulada *Pintores e Poetas de Rilhafoles*, sob a orientação de Miguel Bombarda.

Trata-se de uma obra inovadora na altura, contudo revestida de polémica, como se pretende apresentar em seguida.

Na sua tese, Júlio Dantas procurava "o estudo d'algumas características da arte do louco, pela vantagem que da sua fixação resulta para a crítica geral da arte sã e pela importância que esse estudo reveste na diagnose de certas formas de loucura". Estudou então as características da arte do louco, contudo desde cedo definindo que se iria focar naquelas que a permitiria distinguir da arte sã, com enfoque na possibilidade de contribuírem para o diagnóstico psiquiátrico. Rejeita totalmente a ideia de que a loucura poderá fazer, em certa medida, da constituição de um artista, em relação com a criatividade, referindo que "o preconceito leigo de que não há grande poeta ou grande pintor que não tenha 'aduela de menos' poderia dar margem a que se esperassem preciosidades da arte de Rilhafoles". Daqui resultam dois aspectos: a) a necessidade de salvaguardar a sociedade da degeneração que estas pessoas exibiam através da sua produção artística (com o manicómio a ter um importante papel profilático); b) a arte como ferramenta diagnóstica em Psiquiatria.

O primeiro aspecto reflecte uma preocupação de Júlio Dantas sobre o papel de responsabilidade social do médico, enquanto profissional capaz de separar o que é a arte produzida pelo louco e a arte sã, salvaguardando então a sociedade da primeira, através do tratamento e isolamento no hospício. Por outro lado, a arte sã merece a sua exibição em museus e outros espaços públicos. O médico é concebido como um intelectual mais do que um profissional de diagnósticos, pois, seria ele o "arquétipo social" que deveria levar para o povo o conhecimento sobre assuntos de interesse generalizado, tal qual era a arte. Poderia assim não apenas tratar doentes, mas curar a sociedade e corroborar para a implementação de uma raça forte. A partir das obras dos pacientes de Rilhafoles, com as suas formas e conteúdos distintos, Júlio Dantas propõe um método comparativo com a arte sã, de associação das formas e características semelhantes. A proposta metodológica parece estar em acordo com os psiquiatras da época: partir do mais simples para

compreender o mais complexo. Isto é, a mentalidade dos doentes representava o estágio arcaico das involuções mentais, conforme a teoria do atavismo.

Esta noção de degeneração por parte da produção artística dos loucos apoiava-se nas teorias de degeneração de Cesare Lombroso e Max Nordau, onde se fazia uma cisão entre as "características e extravagâncias do paranóico", resultado da involução e fragilidade mental, e a "originalidade do génio"sic. Portanto, Dantas, retira o valor artístico a estas obras, defendendo que apenas devem ser utilizadas para fins diagnósticos e profiláticos, entendidas como expressão da sua própria doença. Aqui descreve algumas características destas obras como a preferência pela pintura em detrimento das letras (que exigirá um maior grau de intelectualismo), o desaparecimento das proporções, a figura humana toma um ar caricatural, a decoração torna-se grotesca, quase monstruosa, alegórica, não se vislumbra qualquer gesto técnico. Entre os artistas de Rilhafoles sobressaiam-se os incultos, sendo em maior número os pintores e em menor número os escritores, o que leva a entender que a maioria dos internados não eram alfabetizados. Nalguns casos ainda se poderia encontrar um ou outro paciente com técnicas ou domínios, descreve igualmente. Júlio Dantas aprofunda ainda que "o instincto da academia perde-se; as proporções desapparecem: a figura humana toma um ar caricatural. O motivo decorativo torna-se grotesco, baroque, quasi monstruoso por fragmentos...". São descritas nestas obras fortes características simbólicas e alegóricas, assim como a religiosidade.
Contudo, a polémica adensa-se quando Júlio Dantas estende a sua teoria para fora das paredes do manicómio e para artistas tido como "sadios". Aqui, defende, alicerçado num certo academismo, que a disrupção das técnicas clássicas resulta de pessoas detentoras de caracteres degenerativos, tendo os médicos (enquanto críticos da arte) a responsabilidade de ajudar a sociedade a distinguir um louco de um artista. A sociedade estaria em vias de se degenerar em virtude de obras de carácter decadente em vez da arte consagrada, a qual merece ser exibida e difundida nos espaços públicos de exposição. Acompanhando Lamarck, a hereditariedade estaria associada a características adquiridas pelo meio, onde se incluem os fatores sociais, que terão uma influência direta na degeneração. A partir disto, defende a necessidade do carácter intelectual da medicina, nomeadamente o conhecimento da ética, da estética do conteúdo das artes, a partir do qual seria possível distinguir um louco de um homem de talento. Tendo em conta que a hereditariedade é chave para compreender a mentalidade dos doentes e se mudanças sociais são associativas às causas degenerativas hereditárias, a arte deve estar sã, pois é ela uma das principais responsáveis pelas alterações sociais. Para estes médicos, o estado da sociedade era alarmante, pois estava em vias de degenerar-se, o que podia ser aferido nas inúmeras obras com caráter "decadente" em meio da arte destacada. Algumas características estéticas seriam sintomas ou manifestações de degenerescência e deveriam ser erradicadas para não corromper a sociedade, devendo ser contida anteriormente à sua manifestação, reconhecendo as características degeneradas e empregando medidas de contenção sobre os sujeitos. A chamada biopolítica avançava para o controlo da sociedade nos seus vários aspetos e, sobretudo, fazia parte de uma ideia de estado, a partir de uma vertente positivista e racionalista.
Alguns anos mais tarde, em 1916, esta visão polémica é confrontada por Almada Negreiros no seu famoso "Manifesto Anti-Dantas", alimentada por várias críticas acesas de Dantas aos modernistas, a quem apelidava de "poetas paranóicos". Serviu este texto sobretudo para responder a essa postura literata e austera sobre as propostas futuristas, e não tanto sobre a arte degenerada dos doentes no hospício, não havendo em nenhum momento, referência à tese "Pintores e Poetas de Rilhafoles" no manifesto, nem mesmo a crítica que esta faz aos artistas destacados. Os "paranóicos" seriam então os indivíduos marcados pelo anacronismo das suas ideias face ao seu tempo, ressurgindo velhas ideias

ancestrais, de "estratificações profundas". Dantas acabava por ser secundado por outras figuras médicas da altura como Egas Moniz ou Júlio de Matos, este último dedicando até um artigo de jornal onde cita a tese de Dantas para lançar as suas suspeitas sobre vesânias dos autores de Orpheu. O caso do poeta Mário de Sá-Carneiro que acabou por se suicidar aos 26 anos de idade com cinco frascos de estricinina, serviu como prova de que os artistas de Orpheu eram degenerados, sendo a estética decadente um resultado da degeneração mental e física.

Outro exemplo sobre a extensão desta tese para a crítica da arte, fora dos manicómios, é o que sucedeu durante a exposição de Amadeo Souza-Cardoso, em 1916, que aconteceu no Porto e em Lisboa. Aqui, defendia-se que a distorção das formas nas pinturas de Amadeo, na linha da estética futurista e cubista, eram semelhantes às obras produzidas em Rilhafoles, sendo, portanto, resultado de "monstruosidades, primitivismos ou infantilidade". É sobre estas formas que alguns críticos reclamavam, pois viam nas expressões de Amadeo a perfeita imagem da "alucinação estética", numa época onde os estudos de morfologia humana e frenologia andavam em moda, relacionando determinados tipos corporais e cranianos com desmandos de conduta, aliados a análises psicológicas e fisiológicas. Seria claro para alguns médicos e para alguns críticos de arte, que estas cabeças reproduziam uma visão distorcida ou deturpada do mundo, facilmente comparável a desenhos semelhantes de pacientes internados em asilos. Júlio Dantas torna-se o representante máximo do conservadorismo português, nomeadamente ao conceber um psiquiatra como um crítico de arte e a forma estética de muitos artistas de sua época como degenerada.

De um lado, o mundo concebido pelo conservadorismo, pelo diagnóstico social e pelo soneto bem-acabado e de outro pela distorção, pelo experimentalismo e pela sátira. A conceção estética da política, seja das artes ou das ciências, é o que separava autores como Júlio Dantas e Almada Negreiros. Os modernistas souberam utilizar a sua estética como forma de excentricidade, tanto da noção de movimento quanto das expressões figurativas, como representação da violência da modernidade. Já alienistas como Júlio Dantas, defendiam um modelo de sociedade onde a arte deveria representar a racionalidade e não acompanhar as excentricidades de cada momento.

Nas décadas seguintes, Júlio Dantas viu a sociedade degenerar-se, com o maior reconhecimento das estéticas modernistas. Os artistas de Orpheu tornaram-se, como se previa, o movimento modernista português e uma referência para a produção artística da época, relegando o papel de Júlio Dantas, como o exemplo máximo do conservadorismo daquele tempo.

Em relação aos poetas e pintores de Rilhafoles, pouco mais se lhes conheceu após o interesse despoletado por Júlio Dantas e alguns anos depois por Luiz Cebola, discípulo igualmente de Miguel Bombarda. De certa forma, o desejo de Júlio Dantas acabou por se concretizar, encerrando estas obras às paredes do manicómio.

Contudo, nas últimas décadas tem sido desenvolvida a Associação Portuguesa de Arte Outsider que pretende preservar a memória de todas estas obras, acompanhando também um movimento internacional de redobrado interesse na produção artística dos doentes mentais. De forma equivalente, em 2013, foi organizada uma exposição por parte da Direção Geral de Saúde sobre Saúde Mental e Arte, expondo um catálogo de vários objetos produzidos por pessoas com doença mental, essencialmente em contexto reabilitativo, almejando a uma redução do estigma e de uma maior facilidade na divulgação dos trabalhos.

Ainda assim, ao interesse pelas coleções de arte associadas a doentes mentais parece advir um segmento do mercado da arte. A este não reconhecemos um papel benéfico na redução do estigma em psiquiatria, podendo porventura até acentuar a visão proposta por Dantas da produção degenerada, sinal da degeneração da mente do artista. Acreditamos

que a dimensão artística e a patologia mental podem coexistir, em natural relação, mas como constituintes discretos de um indivíduo. A patoplasticidade que a patologia poderá provocar nos objetos artísticos não é necessária, nem resulta na maioria dos casos em criações com valor adicional aquele a que se propõem (reabilitativo). Lembremo-nos sobre os efeitos devastadores que a doença mental grave pode ter sobre o intelecto, funcionalidade e volição. Contudo, acreditamos na arte como expressão e reabilitação em Psiquiatria, louvando o trabalho diariamente levado a cabo por tantos técnicos no país. Ao artista que infelizmente adoece, louvamos igualmente o apoio que os programas podem oferecer na sua divulgação. Porém, não defendemos a segmentação destes autores numa categoria como "arte *outsider*, *art brut* ou arte degenerada". Tal como noutras vertentes, a reabilitação deverá passar por uma redução da carga da doença e, neste caso, inserção nos círculos de exibição artísticos, sem rótulos ou mensagens acessórias.

**Conclusão**

A teoria da degeneração influenciou de forma determinante o pensamento de Júlio Dantas, assim como de outros alienistas da mesma época. A sua análise à coleção de Miguel Bombarda transmite mais um interesse na visão de um crítico de arte do que um nosologista, desde cedo fazendo a distinção entre a arte sã e a expressão de loucura. Transporta posteriormente estes conceitos para as suas próprias críticas nos jornais da época, almejando a prevenção do contacto da sociedade com estes males, que acreditava poderem ser contagiosos. A história não logrou um reconhecimento a esta teoria, nem à obra dos pacientes do Hospital de Rilhafoles. Contudo, nos últimos anos tem ressurgido um interesse no trabalho artísticos dos doentes psiquiátricos, fora dos círculos reabilitativos, com a comercialização e o isolamento das obras numa categoria específica, num equilíbrio difícil entre a integração social dos artistas e o estigma relacionado com as suas doenças.

**Fontes e bibliografia final**

Dantas, Júlio. (1900). *Pintores e poetas de Rilhafolles: estudos sobre as manifestações artísticas em certas psicóses*. Lisboa: Guimarães, Libano & Cia.

Ferreira, Sara A.(Org.). (2013). *Manifesto anti-Dantas e por extenso: por José de Almada Negreiros poeta d'Orpheu futurista e tudo! Manifesto anti-Dantas e por extenso por José de Almada Negreiros poeta d'Orpheu futurista e tudo!* Lisboa: Assírio Alvim.

Franco, Stefanie Gil. (2017). A estética da degeneração e a expressão dos alienados: leituras de Júlio Dantas no Hospital de Rilhafoles. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 24(3), 727-744.

Pereira, José M. M. (2016). *A Psiquiatria em Portugal: protagonistas e história conceptual (1884 - 1924)*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra, Portugal.

# DOS HUMORES DO CORPO À OBRA DE SHAKESPEARE

**Ana Lúcia R. Costa*; Sabrina Jesus*; Mónica Almeida**; João Alcafache****
Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro
*Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria; ** Médico(a) Psiquiatra
Emails:rodrigues.anacosta@gmail.com; sabrina.von.jesus@gmail.com;
mokialmeida@gmail.com; jalcafache@gmail.com

**Resumo**
Hipócrates é universalmente reconhecido como pai da medicina moderna. Antes dele, as tentativas terapêuticas eram baseadas na religião/crenças e eram comumente praticadas por padres, espíritas e curandeiros.
Hipócrates baseou a medicina na ideia filosófica de que a natureza era feita de quatro elementos: água, terra, vento e fogo. De uma forma análoga, acreditava que o corpo consistia em quatro fluidos ou "humores": bílis negra, bílis amarela, fleuma e sangue. Esses quatro humores eram usados para definir a saúde física e mental das pessoas, e também determinar sua personalidade.
Séculos mais tarde a cada humor foi associado cada um destes temperamentos: melancólico, fleumático, colérico e sanguíneo. Shakespeare, na sua obra, retrata toda a gama de humores, e sua influência é sentida acima de tudo na crença de que os estados emocionais são determinados fisicamente.
Pretendemos identificar na obra de Shakespeare e nas suas personagens a influência da teoria dos humores.

**Palavras-chave**: Humores; Personalidade; Hipócrates; Shakespeare

**Abstract**
Hippocrates is universally recognized as the father of modern medicine. Before him, therapeutic attempts were based on religion/beliefs and were commonly practiced by priests, spiritualists, and healers.
Hippocrates based medicine on the philosophical idea that nature was made up of four elements: water, earth, wind, and fire. Analogously, he believed that the body consisted of four fluids or "humor": black bile, yellow bile, phlegm, and blood. These four humors were used to define people's physical and mental health, and also to determine their personalities.
Centuries later, each mood was associated with one of these temperaments: melancholic, phlegmatic, choleric, and sanguine. Shakespeare, in his work, portrays the full range of moods, and his influence is felt above all in the belief that emotional states are physically determined.
We intend to identify in Shakespeare's work and his characters the influence of the theory of moods.

***

## Introdução

A palavra "humor" à qual hoje recorremos diariamente para caracterizar uma determinada dimensão do exame do estado mental, percorreu um longo percurso até ser aprimorada e ganhar a consistência suficiente para ser validada e constar dos manuais contemporâneos de psicopatologia.
Este caminho remonta à antiguidade greco-romana na qual o termo se relacionava com líquidos e fluídos orgânicos, na tentativa de estabelecer um nexo de causalidade empírico entre as proporções desses fluídos e determinados estados de espírito.

Shakespeare, na sua obra, criou personagens que estão entre os mais ricos e mais humanamente reconhecíveis da literatura e neles retrata toda a gama de humores, e a sua influência é sentida acima de tudo na crença de que os estados emocionais são determinados fisicamente.

**Discussão**

Saúde é um conceito multidimensional que envolve uma variedade de recursos, que vão desde a capacidade até à integridade da aptidão ao bem-estar. De acordo com o primeiro princípio da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Conti, 2018).

Essa definição clássica da OMS é hoje considerada histórica e constitui um marco fundamental na trajetória que se iniciou na medicina ocidental, com a definição de saúde proposta pela Escola Hipocrática com a teoria dos humores (West, 2014).

A hipótese de que o caracter de uma pessoa é influenciado por uma combinação de quatro líquidos, ou "humores", que controlavam o corpo já remonta a Grécia antiga (Fahey, 2008).

O princípio embrionário desta ousada teoria remonta a Empédocles (c.495-435 a.C), filósofo grego que sugeriu que os quatro elementos (água, ar, fogo e terra) e as suas características (temperatura, humidade ou secura) seriam capazes de explicar a existência de qualquer substância, postulando que em(Yapijakis, 2009) condições instáveis, esses elementos produziam tudo o que podia ser percebido, e as suas características seriam capazes de explicar a existência de qualquer substância (Nutton, 2005; West, 2014).

As teorias da doença, ligadas a uma combinação inadequada desses elementos, não eram mais de competência exclusiva dos filósofos. Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), considerado o pai da Medicina ocidental, tinha a filosofia como base para o seu raciocínio clínico. Ele desenvolveu um modelo médico baseado nos quatro elementos (água, ar, fogo e terra), a teoria humoral e, correlacionou-os com os fluidos: a terra com bílis negra, a água com a fleuma, o ar com o sangue e o fogo com a cólera (Yapijakis, 2009).

Essas teorias explicavam o conceito de patologia humoral, que Hipócrates elevou ao nível de teoria científica. Desta forma o estado de saúde decorreria do equilíbrio entre eles, e de forma intuitiva, inferiu que os excessos e deficiências estariam relacionados com algumas formas de doença (West, 2014).

A teoria humoral atribuía os mesmos quatro elementos do mundo, a terra, a água, o ar e o fogo, à composição física do corpo humano, sendo o homem uma réplica do universo composto por estes 4 elementos. Esses elementos correspondiam a quatro fluidos dentro do corpo, chamados de "humores": bílis negra, fleuma, bílis amarela e sangue (Fahey, 2008).

No século II d.C., Galeno, universalmente conhecido como Galeno de Pérgamo, foi um famoso médico greco-romano e desenvolveu a teoria dos humores de Hipócrates, à qual incorporou o comportamento psicológico. Segundo Galeno, o temperamento do indivíduo, produzido pelo excesso ou deficiência de um ou mais dos humores, exerce uma influência decisiva na sua condição. Esta teoria considera a hipótese do ser humano ser formado por misturas dos quatro elementos, de forma que cada ser já nasceria com uma combinação deles (Fahey, 2008; West, 2014).

A predominância de algum dos quatro humores, seja a bílis negra, fleuma, bílis amarela ou sangue tinha um efeito autoritário na personalidade da pessoa e, séculos mais tarde, os elisabetanos adotaram essas ideologias em suas práticas médicas e associaram cada humor a um dos quatro temperamentos: melancólico, fleumático, colérico e sanguíneo (Tsoucalas et al., 2018).

Embora Galeno sustentasse que todos os indivíduos possuíam todos os quatro humores, ele também sustentava que os humores muitas vezes se tornavam desequilibrados, o que produzia tipos de personalidade distintas. Assim, uma pessoa com predominância do humor bílis negra cairia em estado de melancolia; uma pessoa com excesso de fleuma tornar-se-ia preguiçosa e fleumática; uma pessoa com excesso de bile amarela exibiria um temperamento colérico; e uma pessoa com uma abundância de sangue pareceria bem-humorada e otimista (West, 2014).

A melancolia, um efeito do elemento terra e do humor bílis negra, era caracterizada como fria e seca. A bílis negra alimentava partes do corpo como o baço e um excesso deste humor encorajava uma personalidade melancólica, caracterizada por tristeza, medo e introversão (Lagay, 2002).

Um temperamento fleumático, dominado pelo elemento água e pelo humor fleuma, consistia em qualidades frias e húmidas. A predominância de água e de fleuma levou uma pessoa fleumática, caracterizada como medrosa, lenta, tímida e estava relacionado com as mulheres e crianças. Os meses de outono eram abundantes em fleuma assim como o período do dia entre as 15h e as 21h (Lagay, 2002).

Indivíduos sanguíneos eram considerados como tendo a melhor constituição que levaria à saúde e vida longa. Ligado ao elemento ar e ao humor sangue, o temperamento sanguíneo possuía qualidades quentes e húmidas, seria a antítese da melancolia fria e seca. O humor sanguíneo domina entre as 3h e as 9h e começou a aumentar e fluir livremente durante a primavera. O indivíduo com temperamento sanguíneo é descrito como otimista, fisicamente bonito, alegre e charmoso (Lagay, 2002).

Finalmente, o temperamento colérico, em oposição à personalidade fleumática, coincidia com o elemento fogo, possuindo qualidades quentes e secas. Este temperamento está associado ao fluido da bílis amarela e era considerado apropriado para governantes e mulheres obstinadas, uma vez que era frequentemente associado não só à capacidade de competição e independência, mas também a pessoas predestinadas para paixões quentes. O humor colérico é predominante entre as 9h00 e as 15h00, e impera nos meses de verão (Lagay, 2002).

Desta forma, o estado de saúde estaria dependente da exata proporção e do perfeito equilíbrio dos quatro humores, que por sua vez estariam expostos a fatores/causas internas e externas que colocavam o suposto equilíbrio sob pressão e, portanto, em causa. O excesso ou deficiência de qualquer um dos humores, assim como o seu isolamento ou miscigenação inadequada, causariam as doenças ou alterações de temperamento (West, 2014).

Acresce que de acordo com a formulação hipocrática da patologia humoral, quando uma pessoa se encontra enferma, há uma tendência natural para a cura, como se a própria natureza encontrasse meios de corrigir e compensar a desarmonia dos humores, restaurando o estado prévio de harmonia. No fundo, esta conceção é um prenúncio do conceito de homeostasia desenvolvido e explicado muitos anos mais tarde (Pennazio, 2009).

A recuperação do indivíduo doente ocorre através da eliminação progressiva do humor em excesso ou alterado, todavia este processo curativo e natural pode ser catalisado pelo médico, retirando do corpo o humor em excesso ou defeituoso, auxiliando desta forma as forças curativas da natureza com objetivo de restaurar o equilíbrio desejável. Deste modo foram então descritos quatro métodos de tratamento: os purgativos, os eméticos, a sangria e os clisteres (Pennazio, 2009).

De acordo com a medicina do início da Inglaterra moderna, certos alimentos também influenciavam humores particulares, o que poderia causar uma mudança no humor, e a hora do dia e as estações do ano também desempenhavam um papel no temperamento de uma pessoa.

Como essa era a ideologia aceite no início da Inglaterra moderna, William Shakespeare frequentemente fazia referência aos quatro temperamentos e aos quatro humores. Muitas figuras do cânone shakespeariano exibem uma variedade de traços humorais que permitem o desenvolvimento do personagem ao longo das peças, estes possuem uma superfluidade de um humor específico que os associa a um tipo de personalidade específico. Como esses personagens motivam a ação de cada peça respetiva, esta frequentemente fornece evidências textuais que identificam cada um deles com um temperamento particular (Paster et al., n.d.).

A literatura como a arte, é uma das fontes mais importantes para caracterizar determinadas épocas, neste caso, as obras de Shakespeare são de extrema importância na caracterização da medicina inglesa no período isabelino. Este autor além de descrever muitas práticas médicas contemporâneas mostra também o enquadramento social da medicina.

A história da medicina está pautada por várias tentativas para definir uma relação entre temperamento e constituição física ou corporal, com base nestas correlações, Shakespeare ao criar os seus personagens, sabia que, para efeito teatral Falstaff teria de ser gordo e Cássio magro. Ao aceitar Hamlet como melancólico, Lady Macbeth como colérico e Viola como otimista, poderíamos inferir as características físicas necessárias a esses personagens, assim como compreender a exigência da gordura de Falstaff (Paster et al., n.d.).

O temperamento melancólico é abundante em toda a literatura isabelina, refletindo-se nas peças de Shakespeare, onde as figuras melancólicas são facilmente reconhecidas. No início da Inglaterra moderna, um temperamento melancólico trazia sérias implicações.

Em Hamlet, o personagem título é talvez a figura melancólica mais famosa da literatura, domina a tragédia mais popular de Shakespeare. Ao longo da peça são fornecidas muitas alusões textuais às características da melancolia e seu humor predominante, a bílis negra. Ao longo da sua tragédia, o personagem principal medita constantemente, arruinado pela dor da morte recente do seu pai, o recente casamento da sua mãe com o seu tio e o seu tumultuado caso de amor com Ophelia. Hamlet preocupa-se, duvida e questiona tudo, acabando por se destruir e aos que o rodeiam, terminando este conto de melancolia em morte. Os outros personagens centrais da peça Hamlet, incluindo Cláudio, que exibe traços fleumáticos e coléricos, e o consistentemente colérico Laertes, enfatizam, por contraste, esse temperamento melancólico (Fahey, 2008).

Por sua vez, os personagens fleumáticos de Shakespeare muitas vezes desempenham papéis secundários. Os personagens fleumáticos provocam risos, raramente dividem os holofotes com os protagonistas de suas respetivas peças. No entanto, em Henrique IV, Parte 1 o personagem fleumático recebe um papel muito maior, na verdade, o bêbado e preguiçoso Sir John Falstaff continua a ser um dos personagens mais memoráveis de toda a obra shakespeariana (Fahey, 2008).

Sir John Falstaff é uma das figuras cómicas mais amadas de Shakespeare, ele exemplifica o personagem fleumático mais indelével na maior peça da história do autor. Embora seja uma figura na sub-trama cómica, Falstaff divide o palco com o melancólico Rei Henry, o colérico Hotspur e o otimista Prince Hal, todos eles destacam seu humor particular (Fahey, 2008).

A cólera inflama o espírito e incita a ação, as tragédias quase sempre envolvem pelo menos um personagem colérico, com personalidades definidas pela raiva, ambição e vingança. A ambição de Macbeth retrata a verdadeira figura colérica da peça e a mulher colérica mais memorável de Shakespeare (Fahey, 2008).

Em Lady Macbeth, com a protagonista da tragédia Macbeth, Shakespeare cria a heroína/vilã mais inesquecível de todo o drama e identifica-a apropriadamente com a cólera. A malévola e colérica rainha contrasta com o benevolente e sanguíneo rei Duncan, que cai sob a mão colérica de Lady Macbeth. Na trama, ela não invoca apenas ajuda do

sobrenatural, mas implora também aos espíritos que a transformem em uma vilã perversa e colérica, que ela vê como sua única opção pragmática para garantir com sucesso a coroa (Fahey, 2008).

Personagens puramente otimistas são difíceis de reconhecer, mesmo nas comédias de Shakespeare. No entanto, em Noite de Reis, Viola surge como a mais otimista das heroínas de Shakespeare, porque permite que seu órgão vital, seu fígado, governe suas ações, sem nunca comprometer sua forte personalidade. Apropriadamente, a comédia festiva final de Shakespeare, Noite de Reis, centra-se em uma das mais otimistas das personagens, Viola. Finalmente, Viola, a heroína travesti da comédia festiva final de Shakespeare, encarna a personagem sanguinária exemplar que contrasta vividamente com a comitiva melancólica que a cerca, e os contrastes fleumáticos da subtrama da peça (Fahey, 2008).

É a atitude otimista de Viola que gera toda ação de Noite de Reis ainda que, pouca atenção crítica tenha sido dada à sua personalidade, assim como são raras as análises dos personagens sanguíneos das peças de Shakespeare, sendo o foco dos muitos artigos e análises escritas personagens como o fleumático Falstaff ou outros melancólicos e coléricos (Fahey, 2008).

Surpreendentemente, embora os primeiros cientistas modernos associassem os temperamentos melancólico e fleumático ao feminino e os temperamentos colérico e sanguíneo ao masculino, nas figuras humorais mais célebres, Shakespeare inverteu esse estereótipo de género.

É curioso observar que a maioria dos personagens sanguíneos presentes nas peças de Shakespeare são do sexo feminino, é esta uma irónica subversão da sociedade patriarcal do início da Inglaterra moderna, na qual a sanguinidade geralmente era atribuída aos homens, contrastando com as comédias de Shakespeare, onde as mulheres otimistas frequentemente funcionavam como solucionadoras de problemas (Fahey, 2008).

**Conclusões**

Shakespeare usa inúmeras referências às crenças fisiológicas e psicológicas da Inglaterra moderna nas suas peças. Ele retrata nas suas personagens de forma brilhante os quatro tipos de personalidade distinguíveis, o melancólico, o fleumático, colérico e sanguíneo. eEvidências textuais afirmam que Hamlet é tragicamente melancólico, Falstaff é totalmente fleumático, Lady Macbeth é fatalmente colérico e Viola é naturalmente otimista.

À medida que médicos, psiquiatras, cirurgiões e psicólogos modernos continuam a realizar estudos sobre personalidade, comportamento e medicina, as teorias de Galeno e Hipócrates de séculos atrás, continuarão a influenciar a literatura até mesmo do século XXI.

**Referências Bibliográficas**

Conti, A. A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomedica*, *89*(3), 352–354. https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.6739

Fahey, C. J. (2008). *Altogether Governed by Humors: The Four Ancient Temperaments in Shakespeare*. https://scholarcommons.usf.edu/etd/230

Lagay, F. (2002). The legacy of humoral medicine. *AMA Journal of Ethics*, *4*(7). doi: 10.1001/virtualmentor.2002.4.7.mhst1-0207.

Nutton, V. (2005). The fatal embrace: Galen and the history of ancient medicine. *Science in Context*, *18*(1), 111–121. https://doi.org/10.1017/S0269889705000384

Paster, G., Brown, T., Tuohy, P., Kim, J., Kurlandsky, M., Mills, E., Mullen, E., Newmark, J., & Parry, M. (n.d.). *The world of Shakespeare's humors*. National Library of Medicine. https://www.nlm.nih.gov/exhibition/shakespeare/introduction.html

Pennazio, S. (2009). Homeostasis: a history of biology. *Riv Biol*, *102*(253–271).
Tsoucalas, G., Markatos, K., & Karamanou, M. (2018). The Hippocratic Method of Surgical Cauterization for the Tumescence Spleen in the Rare "Spetses Syndrome." *Surgical Innovation*, *25*(4), 413–416. https://doi.org/10.1177/1553350618771800
West, J. B. (2014). Galen and the beginnings of Western physiology. *American Journal of Physiology - Lung Cellular and Molecular Physiology*, *307*(2), 121–128. https://doi.org/10.1152/ajplung.00123.2014
Yapijakis, C. (2009). Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. *In Vivo*, *23*(4), 507–514.

# "DIÁRIO DE UM LOUCO" POR NIKOLAI GOGOL – A EXPRESSÃO DA LOUCURA À LUZ DA NARRATIVA

**Filipa M. Ferreira*; Luís Afonso Fernandes*; Inês Figueiredo*; Filipa Viegas*; Nuno Borja Santos, PhD**; Carlota Tomé*****

Departamento de Saúde Mental – Serviço de Psiquiatria,
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
*Médico/a interno de formação especifica em Psiquiatria e Saúde Mental,
** Médico; Coordenador da Unidade de internamento de Psiquiatria de Adultos,
*** Médica; Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria
Emails: filipa.m.ferreira@hff.min-saude.pt ; luis.fernandes@hff.min-saude.pt ; inesccfigueiredo@gmail.com; filipa.v.silva@hff.min-saude.pt ; jose.n.santos@hff.min-saude.pt; maria.c.tome@hff.min-saude.pt

**Resumo**

Nascido em 1089, Nikolai Gogol é uma figura incontornável da literatura russa, como plasmado na célebre frase apócrifa *"We all came out of Gogol's 'Overcoat,"* atribuída a Dostoevsky.

O designado "Enigma de Gogol" foi alvo de intenso debate no seio da psiquiatria destacando-se as primeiras tentativas de análise patográfica levadas a cabo por Bazhenov e por Chizh.

Publicado em 1835, o "Diário de um Louco" é um relato na primeira pessoa da vivência de Poprishchin e da sua marcha inexorável até à loucura, onde as fronteiras entre a realidade e o fantástico se tornam ténues.

Este conto representa um importante marco literário, não só no que à patografia e discussão psicopatológica diz respeito, como também por permitir perscrutar a experiência do adoecer psíquico na primeira pessoa, tendo sido citado na literatura psiquiátrica como uma das descrições mais antigas de esquizofrenia.

**Palavras-chave:** Gogol; Patografia; esquizofrenia; psiquiatria; Diário de um louco

**Abstract**

Born in 1089, Nikolai Gogol is an inescapable figure of Russian literature, as reflected in the famous apocryphal phrase "We all came out of Gogol's 'Overcoat", attributed to Dostoevsky.

The so-called "Gogol's Enigma" was the subject of intense debate within psychiatry, with the first attempts at pathographic analysis being performed by Bazhenov and Chizh.

Published in 1835, "Diary of a Madman" is a first-person account of Poprishchin's experience and his inexorable march towards madness, where the boundaries between reality and the fantastic become blurred.

This tale represents an important literary landmark, not only in terms of pathography and psychopathological discussion, but also because it allows us to scrutinise the experience of the outbreak and course of psychic illness in the first person, having been cited in psychiatric literature as one of the oldest descriptions of schizophrenia.

**Keywords:** Gogol; Pathography; schizophrenia; psychiatry; Diary of a madman

***

## Introdução

O enigmático "Caso de Gogol" expressa a complexidade da matriz sociocultural russa dos séculos XIX e XX.

A "Idade de Ouro" da literatura russa foi escrita contra um pano de fundo de autocracia czarista, encontrou-se estreitamente associada à influência modernizadora da ideologia burguesa. A figura de Gogol é muitas vezes apontada como o "pai" do Realismo Crítico Russo(Fanger, 1979; Stone, 2013).

Incluído no designado "segundo período" literário de Gogol, o conto "Diário de um Louco" foi publicado em 1835, tendo sido citado na literatura psiquiátrica como contendo uma das descrições mais antigas e completas de esquizofrenia(Altschuler, 2001)

Os autores pretendem, através da análise da experiência do adoecer psíquico descrita no conto, reflectir sobre a expressão psicopatológica à luz dos valores socioculturais da Rússia czarista e autocrática em que o mesmo se insere, justapono-a com a sua análise.

## Nikolay Gogol e o enigmático mundo gogoliano

*"I have a tendency toward symbolism; consequently, it is easiest for me to see the traits of symbolism in Gogol; a romantic will see the romantic in him; a realist will see the realist."*
Andrei Bielyi

A figura de Gogol aparece, muitas vezes, associada à fase inicial do Realismo Crítico Russo literário do século XIX (e à designada Escola Natural), tendo Belinsky declarado este autor como o "pai" do realismo russo. Esta tentativa de categorização do mundo gogoliano, contudo, é redutora e imprecisa, tendo sido objeto de várias críticas(Fanger, 1979; Stone, 2013).

Nikolay Vasilyevich Gogol nasceu em 1809, em Sorochintsy, Ucrânia, parte do Império Russo, no seio de uma família cossaca ucraniana de médios proprietários rurais.

A mãe de Gogol foi descrita, por alguns biógrafos, como apresentando sinais sugestivos de instabilidade do humor e como tendo uma intensa devoção e fervor religioso (que terá incutido no filho). O pai de Gogol morreu quando este tinha 16 anos de idade.(Fanger, 1979; Witztum et al., 2000b)

No seu percurso escolar, são descritas queixas de solidão, dificuldades na relação com pares e professores, a par de frequentes períodos de doença, condicionando uma perceção de fragilidade física (que se manteve ao longo da vida).(Witztum et al., 2000b)

Após a conclusão da sua formação académica, em 1828, Gogol muda-se para São Peterburgo e inicia a carreira pública. Nesse período realizou as suas primeiras tentativas literárias. Acaba por abandonar a Rússia, após o insucesso dessas primeiras publicações.

Em 1830 retorna a São Petersburgo e começa a trabalhar no Ministério do Interior e no Ministério da Corte, sendo descritas dificuldades de adaptação ao meio burocrático. Em 1831 estabelece relações com Púchkin e Jukóvskie, começando a publicar pequenas novelas ucranianas num almanaque literário. É nesse ano que publica o primeiro volume de "Noites na Granja", aclamado e recebido com entusiasmo (sendo o segundo volume publicado em 1832). Com o reconhecimento publico, é contratado para exercer como Professor no "Instituto Patriótico" para meninas nobres(Fanger, 1978; Maguire, 1995; Sirotkina, 2002).

Durante esta "primeira fase", a literatura golgoniana é povoada por contos embebidos no folklore ucraniano, que exibem cores locais exuberantes, paisagens campestres, aliados a elementos do fantástico, que lhe conferiram visibilidade.

Em 1833, após exacerbação de queixas de doença física, Gogol procura dedicar-se ao estudo da História Ucraniana, solicitando uma cátedra de historia à Universidade de Kiev (conquanto não apresentasse qualquer experiencia na área). Com continua insistência, acaba por conseguir uma posição como professor adjunto de História na Universidade de São Petersburgo, que acaba por conseguir desempenhar apenas por um curto período de tempo.

Em 1835 publica Mirgorod , segundovolume de contos ucranianos, mas nos quais é observada uma tonalidade mais satírica. É ainda nesse ano que Gogol publica Arabeski (Avenida Névski; O retrato; Diário de um Louco"), "o Inspetor" e "O Nariz", onde o fundo campestre ucraniano é substituído pela imagética urbana de São Petersburgo, pelos burocratas e funcionários, fragmentada, mecânica e satirizada, que caracteriza a sua segunda fase

Entre 1837 e 1839 Gogol faz inúmeras viagens pela Europa, retornando à Russia em 1840, publicando o "Capote".

A descrição de uma "profunda depressão nervosa" faz com que Gogol saia da Rússia novamente e só regresse em 1842, sendo publicado o primeiro volume de "Almas Mortas".

A segunda fase de Gogol, particularmente após a publicação de almas mortas, fá-lo ser redefinido, sendo exaltado por Belinsky e visto como o pai de uma nova era literária, percursor do que viria a ser chamada de Realismo Crítico Russo.

Nos anos seguintes erra pela Europa, sendo descrito um exacerbar do seu fervor religioso, quase esaparecendo do circuito literário.

Em 1846 eclode o designado "Escândalo Gogol", com a publicação das "Passagens escolhidas", com apologia dos costumes patriarcais, virtude, e em oposição clara ao que havia escrito. Vozes que previamente haviam apoiado a sua obra exibiram, a partir daí, uma intensa crítica.

Com o aumento da fratura com o meio externo, Gogol aumentou as suas orações e as suas práticas ascéticas, sendo que, em 1848, realiza uma peregrinação a Jerusalém e em 1849 em torno da Rússia e Ucrânia. Ao retornar, é descrito que exibia uma maior deterioração do sei estado geral e das suas capacidades de produção literária(Maguire, 1995; Witztum et al., 2000b).

A fase final da sua vida foi alvo de debate intenso em diferentes esferas. É descrito um isolamento progressivo, tendo Gogol acabado por procurar um guia espiritual, o padre ultraortodoxo Matvey Konstantinovsky(Maguire, 1995; Sirotkina, 2002; Witztum et al., 2000a).

Por alegada influencia desse padre, a 24 de Fevereiro de 1852 Gogol queima o segundo volume de "Almas Mortas", já terminado e inicia jejum, sendo descrita agitação, possíveis alucinações auditivas e rápida deterioração. Dez dias depois, morre, aos 42 anos de idade (tendo recusado cuidados médicos), num estado que alguns médicos descreveram como "mania religiosa"(Maguire, 1995; Sirotkina, 2002; Witztum et al., 2000b).

Como discutido por Irina Siroktina (2002), existiu uma tentativa, por parte de psiquiatras, de realizar uma análise patográfica/psicopatográfica de Gogol (entre outros autores aclamados), como forma de se destacarem (dada a importância e a posição ocupada pela literatura russa na sociedade) (Sirotkina, 2002).

As tentativas de análise pantográfica e biográfica de Gogol ocorreram sob múltiplos prismas, refletido as conceções clinico-cientificas e a matriz social e ideológica da época em que cada análise foi feita(Fanger, 1979; Sirotkina, 2002; Witztum et al., 2000a). Entidades como "Psicose periódica", "Melancolia periódica", "Perturbação Afectiva Bipolar" ou "Hipocondria" foram sendo propostas e refutadas (Sirotkina, 2002; Witztum et al., 2000b).

A sua obra e figura permanecem envoltas em mistério, e a influencia gogoliana persiste, trespassando a esfera literária e incorporando elementos do romantismo, do realismo, do patriotismo e do nacionalismo, da sátira, do grotesco, do surreal (que se transmuta no quotidiano) e do absurdo (que se torna possível).
Termina-se esta secção com a sua citação "Todos os meus últimos trabalhos são a história da minha própria alma", que encerra em si este breve aflorar do homem que habita nesta obra.

**Contextualização de "O diário de um Louco"**

Gogol viveu sob a égide do regime repressivo, burocratizado, autocrático e reacionário do czar Nicolau I, com exacerbação de assimetrias hierárquicas e de patentes.
No âmbito da saúde mental, a Rússia começou a exibir alguns avanços a partir do século XVIII, após a reforma de Catarina II, com a construção de estruturas asilares em detrimento aos Monastérios.O crescimento da psiquiatria foi, contudo mais lento. Em 1835, de forma oficial, passou a ser preconização da realização de um interrogatório, nomeadamente com recurso a tortura (ispytanie) como parte da avaliação psiquiátrica dos doentes asilares.
As primeiras tentativas de retratar a doença mental na Cidade de São Petrsburgo foram literárias, nomeadamente levadas a cabo por Pushkin e Gogol, na primeira metade do século XIX, sendo a cidade representada como uma fonte e palco de um intenso conflito interno, ante a desumanização, a visão mecanicista e a solidão e o epítomo ao Mundo Moderno que encerrava(Sukhanova, 1999).
De acordo com Brintlinger, na língua russa, a noção de insanidade estendia-se do aspecto psicopatológico ao metafórico(Brintlinger & Vinit□ s□ kiĭ, 2007). Maguire, sobre o tópico, indica ainda que a palavra russa para loucura,"sumasshestvie", se traduz literalmente como "enlouquecer"(Maguire, 1995).
Maguire (1995) explora a perspetiva Gogoliana de loucura, interpretando-a como a "incapacidade de encontrar o seu próprio lugar", ou a "compulsão de ocupar um lugar a que não se tem direito", acrescentando, "Tendo em conta a importância da imagem espacial ao longo da história que estamos agora a considerar, uma melhor interpretação do título poderia ser [Diário de um homem que se foi da sua mente]"(Maguire, 1995).
Sob a matriz social acima descrita, o conto "O diário de um Louco" foi publicado em 1835, como parte do volume "Arabesques", sendo a única obra narrada, de forma consistente, na primeira pessoa.
O aparecimento da temática da loucura e da sua intersecção com o tecido social, apareceu noutras obras de Gogol, como "o Retrato". No entanto, sem o caracter de espaço interno e o tão evidente desagregar das várias dimensões da personagem que este conto comporta.

**A expressão da loucura à luz da narrativa**

O "Diário de Um Loucco" é um relato na primeira pessoa da experiência do adoecer psíquico, sendo narrado por Aksenty Ivanovich Poprishchin, um "conselheiro titular" (escriturário menor) de um escritório governamental de São Petersburgo, durante o que poderia ser classificado como um episódio com características psicóticas.
O conto compreende uma série de entradas, com início a "3 de Outubro", escritas na primeira pessoa, que não só permitem estabelecer uma tentativa de cronologia aos eventos mas que, de igual modo, representam marcos do desprender da realidade de Poprishchin.
Nas primeiras entradas o narrador discorre sobre o que aparentam ser atividades triviais do seu dia-a-dia, dando-nos a conhecer, desse modo, o seu profundo descontentamento face à sua posição, que perceciona como injusta, e a irritabilidade e menosprezo dirigida ao chefe de subsecção e diversos outros elementos do seu escritório, manifesta através de comentários jocosos e mordazes, em que vai discorrendo:

*"Não compreendo a vantagem de se servir num departamento. Rendimentos absolutamente nenhuns (…) É certo que os nossos serviços são nobres"; "(...)se não tivesse a esperança de ver o tesoureiro e de convencer esse judeu a dar-me um adiantamento (…) não nos dá nada esse demónio grisalho. E toda a gente sabe que a própria cozinheira lhe dá bofetadas").*

Neste preambulo, é também sugerido, através das palavras que o Chefe de Secção lhe dirige, que algo poderá estar diferente no narrador: *"Que atarantação vai na tua cabeça, amigo, às vezes rodopias como um desvairado, armas tal confusão com um processo que nem o próprio Satanás o poderia destrinçar, fazes o título com minúscula, esqueces-te da data e do número" (…)"*. No entanto, este comentário é percebido como ofensivo e pejorativo, sediado na inveja que o chefe de secção sentiria: *"Maldito passarão! Com certeza tem inveja de eu ter assento no gabinete do director a afiar as penas de Sua Excelência"*, reforçando uma imagem de um narrador desconfiado e descontente.
Contudo, parece ser aparente, em seguida, que o narrador apresenta um sentido enraizado de inferioridade, no qual se vê injustamente preso: "*Sim, confesso, se não fosse a nobreza do serviço, há muito que tinha deixado o departamento.* Vesti o capote velho(...)Ninguém nas ruas(...) umas campónias de cabeças embiocadas nas saias, mais uns comerciantes russos, mais uns estafetas. De nobres, apenas um da nossa laia, funcionário público(...)"
A sua atenção, porém, rapidamente modifica o foco, ao reconhecer o coche do Diretor, que intuiu estar a ser utilizado pela filha deste. Neste momento o narrador deixa transparecer aspirações românticas dirigidas a Sophia, a filha. Contudo, opta por ocultar-se, indicando *"Vesti o velho capote (…) . Não me reconheceu, até porque eu próprio me embucei melhor no capote, já que era um capote muito emporcalhado e com um corte passado de moda. Hoje usam-se gabardinas de golas largas e as minhas eram estrelinhas e sobrepostas; e também, o pano lustroso(…)".*
É neste compasso de tempo que se depara com cadela de Sophia, Medji. O conteúdo e o enredo do cenário em que Proprishchin discorre, em seguida, poderia ser entendido à luz da experienciaçao de fenómenos compatíveis com alucinações auditivo-verbais na terceira pessoa e/ou interpretações delirantes:

*"A cadelinha dela (…)conheço a cadelinha. Chama-se Medji. (….) oiço uma vozinha fina: "Bom dia Medji!" Irra! Quem está a falar?(…) e oiço de novo a meu lado «Não tens vergonha Medji?» Vi que Medji e a cadelinha que ia atrás das senhoras se cheiravam. «Apre! – disse de mim para mim. «Que coisa, estarei bêbedo? Mas isso acontece-me tão raramente.»(…) Ah, sua cadela!"*

Apesar do esboço de dúvida inicial, Poprishchin aceita prontamente o fenómeno, com uma certeza inabalável, parecendo existir uma tentativa de integração de mais elementos que comprovem e sustentem o novo construto:

*"Devo confessar que fiquei estupefacto ao ouvi-lo falar tal como um ser humano. Mas depois, quando tive tempo de pensar nisso, o meu espanto desvaneceu-se. Na verdade, vários casos semelhantes já foram relatados(...) Honestamente, fiquei muito mais assustado quando ouvi Medji dizer: "Escrevi-te, Fidèle. (...)Nunca na minha vida ouvi falar de um cão que soubesse escrever. Só os nobres sabem escrever correctamente. (…) Para ser franco, muito recentemente comecei a ouvir e a ver coisas que nunca tinha ouvido ou visto antes. Por isso disse a mim próprio: "É melhor seguir este cão e descobrir quem ela é e em que está a pensar (...)As senhoras subiram para o quinto andar. Muito bem", pensei eu. "Não devo entrar agora, mas tomarei nota da morada e voltarei assim que tiver um momento livre(...)"*

Neste final, parece coexistir no narrador uma integridade de relação com a realidade. Em contraste com o pensamento paralógico e o absurdo do seu mundo ilusório, ele parece conseguir ajustar-se corretamente ao mundo real.
A figura do Diretor surge no diário, sendo descrita pelo narrador com profunda admiração e idolatração ante o poder e superioridade que lhe antevê:

> "*O nosso director, pelos vistos, é um homem muito inteligente(...)tanta sabedoria que se torna inacessível para gente como nós — tudo em francês ou em alemão. E se o olharmos na cara, ena, que importância lhe brilha nos olhos! Ainda nunca o ouvi a dizer uma palavra a mais. Quando lhe entrego os papéis, apenas pergunta: «Como está lá fora?» — «Húmido, Excelênci» Pois, não é da nossa igualha! Homem de Estado.*

As crescentes aspirações românticas pela figura de Sofia tornam-se mais evidentes, tornando-a objeto de erotização e perfeição que almeja e que persiste, mesmo após o seu comportamento ter sido admoestado e ridicularizado pelo seu superior:

> *"Pensa que se pode safar de tudo! Agora percebo porque é que ele me tem a mim: ver-me a receber algum tratamento preferencial no gabinete deixou-o com ciúmes.., Eu não quero saber dele! Só porque é um conselheiro do tribunal, pensa que é o Senhor Deus Todo-Poderoso! (...) Será que ele pensa que eu sou filho de um plebeu, ou de um alfaiate, ou de um oficial não comissionado? Eu sou um cavalheiro! Podia ser promovido se quisesse! Tenho apenas quarenta e dois anos, é uma idade hoje em dia em que a carreira de alguém está apenas a começar. Basta esperar, meu amigo, até eu ser um coronel, ou mesmo algo mais alto, se Deus quiser. Vou adquirir mais estatuto do que tu".*

Na sua busca pela correspondência entre as cadelas Medji e Fidele, por modo a obter mais informações que esclarecessem as suas suspeitas, acaba ver-se descrito, de uma forma crua, através dos olhos de Medji:

> "*Ah, ma chère, se soubesses que horroroso ele é. Uma verdadeira tartaruga dentro de um saco(...)Tem um apelido muito esquisito. Passa a vida sentado a afiar penas. O cabelo dele parece feno. O papá dá-lhe ordens como a um criado. - Parece que esta cadela nojenta está a insinuar coisas sobre a minha pessoa. Quem disse que o meu cabelo tem semelhanças com o feno?- Sophie não consegue conter o riso de cada vez que olha para ele".*

Ante o confronto com a sua realidade ilusória, o narrador insere Medjy no seu sistema delirante persecutório, que é orquestrado, agora, de forma mais clara, pelo seu chefe de secção *"Mentira, sua cadela maldita! (...)Pensas que não sei que são intrigas invejosas? Pensas que não sei quem está por trás de tudo isto? Quem está por trás disto tudo é o chefe de secção. Jurou-me um ódio irreconciliável — então prejudica-me sem fim, prejudica-me a cada passo."*
É, ainda, através da leitura destas cartas que o narrador descobre que Sophie vai casar em breve, obrigatoriamente com alguém de uma patente superior à sua.
Esta última descoberta abala o seu sistema interno, sendo crescente o desconforto e a perturbação que a arbitrariedade da ordem social lhe traz*:*

> *"(...)Eu próprio gostaria de me tornar general: mas não para recebê-la em casamento e etc., não, gostaria de ser general apenas para ver como eles me bajulavam e faziam comigo todos esses esmeros e manobras cortesãs, e depois dizer-lhes: cuspo em vós dois!";"(...)O nariz dele não é de ouro, é como o meu, ou o de qualquer outra pessoa(...) Por mais de uma vez eu quis destrinçar donde provêm todas essas diferenças. De que modo e por que razão sou conselheiro titular? (...)Talvez eu próprio não saiba quem 1 tantos exemplos na história: um qualquer homenzinho humilde, nem*

*sequer fidalgo mas um simples burguês ou camponês, e de repente descobre-se que é um grande magnata, ou mesmo um monarca(...)".*

É confronto entre o desejo de encontrar um lugar na elite, uma ascensão na hierarquia social, como epítome da existência e de auto-afirmação e a sua impossibilidade que o narrador vai materializando o seu desejo de fuga:

*"Não consegui tirar aquele assunto espanhol da minha cabeça. Como poderia uma mulher herdar o trono? (…) ou talvez haja outras razões (…)Confesso que tais acontecimentos me abalaram e deixaram a tal ponto mortificado que não consegui ocupar.me de nada o dia todo. Mavra observou-me e disse que eu estava distraidíssimo à mesa (…)Fiquei a maior parte do tempo na cama a cogitar sobre a policia espanhola".*

Renunciando à realidade, onde não parece encontrar qualquer possibilidade de vitória, o delírio do narrador surge como libertação do seu aprisionamento:

*"Hoje é um dia de grande solenidade! A Espanha tem um rei. Achou-se o rei. Esse rei sou eu. Foi precisamente hoje que diquei a sabê-lo. Confesso, foi como se o clarão de um relâmpago me iluminasse. Não compreendo como alguma vez pude imaginar que era um conselheiro titular. Como se me pode meter na cabeça essa ideia absurda? Menos mal que ninguém se tenha lembrado de me fechar no manicómio. Agora tudo é um campo aberto diante de mim (…)dantes, tudo estivesse para mim como envolto numa névoa".*

Redefinindo-se como legítimo herdeiro do Rei de Espanha, vítima de uma conspiração internacional, imputando a terceiros a responsabilidade da sua própria insatisfação com a vida, consegue, finalmente, a auto-valorização catalisada pela subida hierárquica e de status social (e que antes lhe fora vedada).
A descida do narrador à loucura reflete-se nas entradas do diário que se tornam progressivamente mais obscuras, desorganizadas (refletido nas próprias datações do diário), simbolizando um afastamento mais marcado da realidade, com cedência ao seu mundo ilusório.
Este processo culmina no que se assemelha à integração do narrador numa instituição asilar. Mesmo na agonia da incompreensibilidade destas novas vivencias, dos maus-tratos que lhe são infligidos sem aparente explicação, o narrador mantém a sua representação interna como sendo Rei de Espanha e integrando todos os elementos externos à luz desse conceito basilar*:*

*"Até hoje não consigo perceber que terra é esta, a Espanha. Os costumes tradicionais e a etiqueta da corte são absolutamente invulgares(...)Hoje raparam-me a cabeça, apesar de eu gritar a plenos pulmões que não desejava tomar hábito. Mas não consigo sequer lembrar-me do que sentia quando começaram a verter-me gotas de água fria na cabeça. Nunca passei por um inferno como esse(...)E para mim incompreensível a Imprudência dos reis que ainda o não revogaram".*

Acabou por me encontrar e expulsou-me à paulada de debaixo da cadeira. Dói muito quando o maldito pau nos atinge. Contudo, fui recompensado por uma descoberta minha, feita hoje: fiquei a saber que qualquer galo tem uma Espanha debaixo das penas. Entretanto, o inquisidor-mor saiu furiosíssimo, ameaçando-me com um castigo qualquer. Eu, porém, dei ao desprezo a sua raiva impotente, sabendo que ele agia como uma máquina, como urna ferramenta dos ingleses.
Na última entrada do diário, o narrador parece ter saído do seu mundo ilusório, enquanto emite um lamento e chama pela sua mãe:

*"Não, não aguento mais! Meu Deus! O que eles fazem comigo! Vertem-me água fria na cabeça! Não me atendem, não me vêem, não me ouvem! O que lhes fiz eu? Por que me torturam? O que querem do coitado de mim? O que lhes posso eu dar? Não tenho nada. Não posso mais, não aguento estas torturas(...)Mãezinha, salva o teu pobre filho! Derrama uma lágrima sobre a sua cabecinha doente! Olha como o torturam! Aperta contra o peito o pobre órfão! Ele não tem lugar no mundo!(...)!"*

Contudo, no final, quando escreve *"A propósito, sabiam que o boi argelino tem uma verruga debaixo do nariz?"* parece ter escolhido (conquanto não se possa, em absoluto, afirmar agencia) retornar ao mundo ilusório interno, libertando-se dos grilhões da realidade que o sufocava.

**Conclusões**

"O Diário de um Louco", enquanto obra ficcional, pode ser observado enquanto crítica reflexiva da sociedade russa, utilizando a experiência do adoecer psíquico de Poprishchin como veículo metafórico, para expressar o peso avassalador que o sistema hierárquico e o estatuto social exerciam nos indivíduos, particularmente nas classes mais baixas. A conceptualização do valor interno de acordo com a posição hierárquica e estatuto social e, por extensão, a percepção do seu poder e influência determinístico nas várias esferas vivenciais, é introduzida em várias entradas do diário, em estreita linha com a experiencia do adoecer.

Não obstante, a leitura do conto possibilita perscrutar a vivencia de uma perturbação psicótica na primeira pessoa, bem como as condições sociais de onde ela emerge, sendo que a riqueza da sua análise persiste na contemporaneidade.

**Bibliografia**


Gógol, N., & O'Brien, D. (2017). Contos de São Petersburgo (3rd ed.). Porto Editora.

Altschuler, E. L. (2001). One of the oldest cases of schizophrenia in Gogol's Diary of a Madman. *Bmj*, *323*(7327), 1475–1477. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7327.1475

Brintlinger, A., & Vinit□ s□ kiĭ, I. (2007). *Madness and the mad in Russian culture*. University of Toronto Press.

Fanger, D. (1978). Gogol and his reader. In W. M. Todd (Ed.), *Literature and Society in Imperial Russia, 1800-1914* (pp. 61–98). Stanford University Press. https://books.google.pt/books?id=wGn-8JX5n4oC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Fanger, D. (1979). *The Creation of NIKOLAI GOGOL*. Harvard University Press. https://doi.org/https://doi.org/10.4159/harvard.9780674419292

Maguire, R. (1995). Exploring Gogol. In *[Studies of the Harriman Institute] Robert Maguire -*.

Sirotkina, I. (2002). Gogol, Moralists, and Nineteenth-Century Psychiatry. In *Diagnosing Literary Genius : A Cultural History of Psychiatry in Russia, 1880-1930* (pp. 14–45). The Johns Hopkins University Press.

Stone, J. (2013). *Historical Dictionary of Russian Literature* . The Scarecrow Press. https://books.google.pt/books?id=jLBVekT64q8C&pg=PA142&lpg=PA142&dq=gogol+hero+realist+soviet&source=bl&ots=X7T4tcU-qu&sig=ACfU3U2dvXbMV_klmkZCWtll3wAw7SuKNw&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwiqh4CFmrD2AhUZRfEDHfDJBH0Q6AF6BAgiEAM#v=onepage&q=gogol%20hero%20realist%20soviet&f=false

Sukhanova, E. (1999). St. Petersburg and Mental Health: A Literary Viewpoint. *International Journal of Mental Health*, *28*(4), 85–90. https://doi.org/10.1080/00207411.1999.11449478

Witztum, E., Lerner, V., & Kalian, M. (2000a). Creativity and Insanity: The Enigmatic Medical Biography of Nikolai Gogol. *Journal of Medical Biography*, *8*(2), 110–116. https://doi.org/10.1177/096777200000800208
Witztum, E., Lerner, V., & Kalian, M. (2000b). Creativity and Insanity: The Enigmatic Medical Biography of Nikolai Gogol. *Journal of Medical Biography*, *8*(2), 110–116. https://doi.org/10.1177/096777200000800208

# A GENIALIDADE DO LOUCO NA MEDIOCRIDADE DOS SÃOS, O 'SONHO' DE TCHÉKHOV

**João Alves Leal*; Miguel Esteves Carneiro***
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
* Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria
Email: joao.leal.93@gmail.com

**Abstract**
Russian literature from the second half of the 19th century, which is part of the Realism movement, is, until today, an unparalleled source of not only authentic descriptions of 'troubled minds', but also of society's cruelty. Tchékhov, doctor and one of the most acclaimed writers of literary tales, wrote in 1894 the short story "The Black Monk", inspired by a dream that he had. In this story, Kóvrin is portrayed as a young man and a brilliant master of science, who after a period of exhaustion in his work decides to go on vacation to a family friend's country house. In that property, the young man starts a manic episode, which culminates with the vision of a Black Monk. After medical treatment and visibly weakened by medication, Kóvrin questions whether it is worth losing the genius of his madness in order to remain sane in a society leveled by mediocrity.

***

## Introdução

Anton Tchékhov pertence à prolífica geração de escritores russos do séc. XIX, a qual abarca nomes como Dostoiévski, Tolstói, Gogol ou Gorki, sendo que, para além de ser um dos mais aclamados escritores de contos literários, cursou Medicina e exerceu a profissão de médico. A escrita sempre foi a sua verdadeira paixão, contudo a sua formação em Medicina acabou por lhe permitir um maior conhecimento do corpo e da mente, sendo as perturbações da mente um tema central em algumas das suas obras.
O presente texto aborda um dos seus contos, "O Monge Negro", onde nos é apresentada a dicotomia entre a loucura e a genialidade, tendo como objetivo compreender o ponto de vista do autor relativamente à *psiquiatrização* da loucura numa sociedade onde se mascara a mediocridade com a sanidade.

## Tchékhov e a Literatura Russa do séc. XIX

Em 1860, na cidade de Taganrog (Império Russo), situada a nordeste do mar de Azov (lago Meótis na Antiguidade Clássica), nasceu Anton Tchékhov. Em 1879, Tchékhov foi para Moscovo, cidade onde iniciou e concluiu os estudos em Medicina. Contudo, após a conclusão do curso, poucos foram os seus anos de prática clínica, tendo exercido muito pouco esta profissão. Tal deveu-se não só ao seu reconhecido sucesso como escritor ainda em vida, mas também porque a escrita era a sua verdadeira paixão. Inclusivamente, Tchékhov estabelecia uma analogia entre estas duas 'artes', comparando a Medicina à sua fiel esposa e a escrita à sua encantadora amante, *"Medicine is my lawful wife, and literature is my mistress. When I get fed up with one, I spend the night with the other. Though it is irregular, it is less boring this way, and besides, neither of them loses anything through my infidelity"*.
Tchékhov foi um dos herdeiros do movimento artístico e da corrente literária do Realismo Social na Literatura Russa, sendo aclamado como um dos maiores escritores de contos literários até aos dias de hoje. A loucura é tema central em algumas das suas obras, sendo os contos "Enfermaria N. 6", escrito em 1892, e "O Monge Negro", escrito em 1894, as mais reconhecidas.

A Literatura Russa da segunda metade do séc. XIX, frequentemente denominada como a Era Dourada da Literatura Russa, insere-se na transição da corrente do romantismo para o realismo. Alguns nomes de escritores dessa época mantêm-se relevantes até aos dias de hoje, nomeadamente nomes como Dostoiévski, Tolstói, Gogol ou Gorki, os quais foram uma fonte sem paralelo de descrições autênticas de 'mentes perturbadas'. A partir das suas obras, é-nos permitido captar a essência da realidade humana, os desejos, as intrigas, a crueldade, as paixões e a loucura de um povo com uma vivência conturbada na autocracia czarista, a qual se encontrava nos meandros de uma revolução sociopolítica, não dando voz aos mais fragilizados: os pobres e os loucos.
No ano de 1904, em Badenweiler, localidade atualmente pertencente à Alemanha, falece Anton Tchékhov por complicações associada à tuberculose, patologia que lhe foi diagnosticada aos 24 anos e que, naquela altura, não possuía tratamento.

"**O Monge Negro"**
O conto "O Monge Negro" foi escrito em 1894 numa pequena vila perto de Moscovo, de seu nome Melikhovo. Nesta altura, Tchékhov tinha 34 anos e escolheu refugiar-se num ambiente rural, onde se poderia dedicar exclusivamente à vida do campo e à escrita.
Neste período, estabeleceu amizade com um dos mais renomados psiquiatras russos da época, Vladimir Yakovenko, sendo que os problemas que indagam a mente humana eram frequentemente o tema primordial da correspondência que trocavam. Estimulado com esta troca de conhecimento, centra a sua escrita no sentido existencial do indivíduo numa sociedade que muitas das vezes lhe toma a razão, conduzindo-o num frenético caminho rumo à loucura. Inclusivamente, numa das suas cartas endereçadas a Tatiana Shchepkina-Kupernik, escritora, dramaturga e poetisa russa, Tchékhov afirma que é necessário estudar psiquiatria para se ser bom escritor, *"If you want to become a true writer, my darling, study psychiatry, this is quite necessary"*.
O conto de "O Monge Negro" foi inspirado num sonho do próprio Tchékhov, não sendo, por isso, de estranhar algumas parecenças entre a personagem principal do conto, Andrei Kóvrin, e o seu autor. Ambos padecem da mesma doença, a tuberculose, e ambos habitam um espaço bucólico, sendo que pela descrição do monge presente no conto, o qual é o mesmo monge com que Tchékhov sonhou, podemos indagar se Tchékhov se projeta em Kóvrin.
Nesse sentido, Suvorin, amigo da esposa de Tchékhov e editor de livros, revistas e outras publicações, ao ler o conto "O Monge Negro", inquiriu o autor se esta obra refletia a sua própria condição mental, tendo Tchékhov retorquido que *"I wrote The Black Monk in a mood of cold reflection, without experiencing any depressed thoughts. I simply felt like depicting delusions of grandeur. The monk who scuds across the field appeared to me in a dream and, upon waking up in the morning, I told Misha about it"*.

> *"Andrei Vassílitch Kóvrin, mestre em ciências, trabalhou até à extenuação e teve um esgotamento nervoso."*

Andrei Kóvrin, homem jovem e um brilhante mestre em ciências e filosofia, após um período de exaustão no seu trabalho decide, por recomendação de um amigo médico, ir passar as férias de Verão no campo, mais propriamente numa casa de um amigo de família onde passou parte da sua infância.
O proprietário dessa habitação é Egor Semiónitch, cuja profissão é fruticultor, habitando igualmente nessa propriedade a sua filha, Tânia Semiónitch. O espaço é-nos descrito como um lugar idílico, repleto de árvores e flores, fruto de anos de trabalho de Egor e de Tânia. Egor, que também foi o cuidador de Kóvrin na sua infância após o falecimento

dos seus pais, ficou muito entusiasmado com o seu regresso à propriedade, dado que nutria por si uma grande admiração.
Certo dia, Kóvrin acorda com a ideia de uma lenda sobre um Monge Negro que aparece em vários locais do mundo a cada mil anos, sendo que, segundo a mesma, dentro de pouco tempo seria a data em que este Monge voltaria a aparecer. Nesse mesmo dia, o monge revela-se visualmente a Kóvrin, transmitindo-lhe a mensagem de que Kóvrin é o escolhido por Deus para salvar a humanidade do sofrimento através da sua inteligência:
*"- Mas és uma miragem?*
*- **Existo na tua imaginação, e a tua imaginação faz parte da natureza, logo, existo também na natureza**.*
*(…)*
*Quando partires, vai preocupar-me a questão da tua essência. És fantasma, alucinação. Portanto, **sou um doente mental, sou anormal**?"*
Envolto neste delírio megalómano e com um humor expansivo, Kóvrin decide pedir Tânia em casamento e permanecer na casa de campo para além do Verão. Contudo, as alucinações que cursam com visões e as conversas com o Monge são cada vez mais frequentes, e, um dia, Tânia repara que Kóvrin está a falar sozinho no quarto como um 'louco', motivo pelo qual decidem ir ao médico.
Após consulta e início do tratamento médico, Kóvrin deixa de ter as alucinações prévias, contudo fica apático e lentificado, incapaz de trabalhar e de estabelecer relações. Assim, revolta-se contra Tânia e Egor, por estes o terem obrigado a cumprir um tratamento que suprimiu as suas faculdades intelectuais e a sua vida de relação, culminado esta sua revolta com a separação do casal.
Kóvrin, que padece agora de tuberculose e tem constantemente episódios de hemoptises, tem o seu estado de saúde cada vez mais debilitado. Contudo, casa-se novamente, o que lhe permite ter uma nova mulher como sua cuidadora.
Um dia, recebe uma carta de Tânia a informá-lo de que Egor faleceu, culpabilizando-o pela morte do seu pai. Kóvrin, que continuava constantemente com quadros hemorrágicos, volta a ter uma alucinação, vendo pela última vez o inesperado Monge Negro, o qual lhe afirma que ele continua a ser um génio, mas que iria morrer porque o seu corpo frágil não conseguia acompanhar a grandiosidade da sua mente. Kóvrin morreu instantes depois com um sorriso na sua face:
*"O Monge Negro sussurrava-lhe que era um génio e que ia morrer, só porque o seu fraco corpo humano perdera o equilíbrio e já não podia servir de invólucro ao génio (…) **Kóvrin já estava morto e no seu rosto esboçava-se um sorriso feliz**."*

## ***Psiquiatrização*** **da Loucura**

### Tratamento de Kóvrin

> *"Para quê, para que me fizeram o tratamento? **Manipulados de brometo**, repouso, banhos quentes, vigilância, um medo pusilânime a cada gole, a cada passo… tudo isso, afinal de contas, vai levar-me à idiotice."*, **Kóvrin**

Após o início do tratamento médico psicofarmacológico, nomeadamente com manipulados de brometo, é possível observar uma cisão na personalidade da personagem central desta obra.
À época, os manipulados de brometo eram utilizados para causar sedação, relaxamento muscular e induzir o sono. O mais utilizado era o Brometo de Potássio, o qual foi comercializado e introduzido na europa no final da década de 1820.

Segundo Kraepelin, os sais de bromido forneciam uma ação considerável na epilepsia e neurastenia, eliminando a tensão interna e a insónia. Realçam-se como riscos de uso prolongado a apatia e as disfunções motoras, efeitos secundários experienciados por Kóvrin após o tratamento.
Para Bleuler, os sais de bromido tinham como indicação principal as depressões menos severas e os quadros de agitação nervosa.

**Dicotomia entre a Psiquiatria e a Loucura**
Nos diálogos entre Kóvrin e o Monge Negro está sempre patente a ambivalência entre o saudável e o patológico, o normal e o anormal, o real e o irreal, o excecional e o medíocre. Em suma, é nesta bipolarização que Kóvrin se digladia numa luta consigo mesmo, pois considera-se um génio e rejeita-se como louco.

> *"**Será a alegria um sentimento sobrenatural**? **Não deverá ser ela o estado normal do ser humano**? Quanto mais elevado for um homem, pelo seu desenvolvimento mental e moral, mais prazer lhe dará a vida. Sócrates, Diógenes e Marco Aurélio cultivavam a alegria, não a tristeza. Também o apóstolo diz: alegrai-vos sempre. Então, alegra-te e sê feliz."*, **Monge Negro**

Nesta intervenção do Monge Negro, somos confrontados com o conceito de normativo no que concerne as nossas emoções. O que será passível de ser analisado como patológico ao invés de excêntrico?

> *"Que felizes eram Buda e Maomé, ou Shakespeare, porque os bons parentes e os doutores não os curavam do êxtase e da inspiração. Se Maomé tomasse o brometo de potássio para os nervos (…) teria ficado tão pouco deste homem notável como do seu cão. **O que os doutores e os bons parentes acabarão por conseguir é que a humanidade fique entorpecida, que a mediocridade seja considerada génio e que a civilização pereça**."*, **Kóvrin**

Kóvrin critica de forma veemente a atuação dos médicos que o medicaram, realçando de forma negativa os efeitos adversos que a medicação lhe causou. Estabelece um paralelismo entre a sua situação atual, após cumprir a medicação, e outros génios da história da humanidade, indagando sobre o desígnio das suas obras, as quais marcaram gerações, caso existissem psiquiatras nas suas épocas.

**Visão de Tchékhov**

> *"**Only the lofty ideal makes life meaningful**, gives it purpose, making it joyful and happy. This may be any **dream** you like, even **madman's delirium**, but it still is better than this **depressing reality**"*, **Albov**

Ao escrever o conto "O Monge Negro", Tchékhov não pretendia que o mesmo fosse analisado numa perspetiva médica, ou seja, como se este fosse exclusivamente uma representação de sintomatologia psicopatológica. Nesse sentido, o mesmo sempre refutou análises técnicas do ponto de vista psiquiátrico ou qualquer tipo de crítica com esta índole a esta obra.
Mais do que a descrição de um caminho para a loucura, é necessário contextualizar este conto à época. O Império Russo cujo modelo político se baseava numa autocracia czarista, vivia um intenso período de revolução política e social, tendo inclusivamente sido derrubado uns anos mais tarde em 1917. Um regime autocrático num intenso período

revolucionário, o Império Russo era o espelho de uma sociedade austera, sem qualquer tipo de apoio social para com os mais pobres.
A crítica mordaz a esta sociedade onde não conseguimos decifrar o sentido da nossa própria existência enquanto indivíduos é feita nesta obra por Tchékhov. Ao demonstrar que mesmo que esta razão existencial do indivíduo provenha de algo como um delírio, a sociedade na qual este se insere irá sempre assumir uma posição castradora e de destruição.
A personagem principal deste conto, Kóvrin, acaba por exemplificar esta subjugação do indivíduo para com a sociedade, esfumando-se o seu propósito de existência ao abdicar da genialidade da sua loucura para se manter são numa sociedade nivelada pela mediocridade. Assim, depois de assistirmos à morte da razão existencial da personagem principal, Tchékhov termina o conto com a morte física de Kóvrin. Contudo, esta não surge como um ato de condenação, mas antes como uma verdadeira redenção, a salvação da vida terrena esgotada de ideais, tal como nos demonstra o sorriso que Kóvrin carrega no semblante no memento de perecer.

**Conclusões**

No conto "O Monge Negro", Anton Tchékhov apresenta-nos a história de um jovem, Andrei Kóvrin, bem-sucedido profissionalmente que experiencia um episódio maníaco com sintomas psicóticos, episódio esse que culmina com a visão de um Monge Negro. Após tratamento médico e visivelmente debilitado pela medicação, Kóvrin acaba por vislumbrar uma última vez o Monge, falecendo de seguida. Com esta obra, Tchékhov pretende incitar a discussão sobre a loucura do indivíduo numa sociedade cruel para com os mais fragilizados, onde muitas vezes o delírio do 'louco' acaba por ser a única razão da sua existência.

**Bibliografia**

1.Tchékhov, A. (2002). O Monge Negro. In *Contos de Tchékhov - Volume III*, (87-123). Relógio D'Água.
2.Afonso, P., Figueira, M., Teixeira, J. & Palha, A. (2018). Apetos históricos de psicofarmacologia e dos tratamentos somáticos em psiquiatria. In *Manual de Psicofarmacologia na prática clínica,* (1st ed.) (3-6). LIDEL.
3.Whitehead, C. (2007). Anton Chekhov's "The Black Monk": An Example of the Fantastic?. *The Slavonic and East European Review - Modern Humanities Research Association*, 601-628.
4.Lamb, S. (2018). (Not) A Bromide Story: Myth-Busting Bromide of Potassium to Create a Case Study of Change and Continuity in Nineteenth-Century Medicine. *Pharmacy in History*, 60 (4), 108.
5.Kaptein, A. A., Koopman, J. J. E., Weinman, J. A. & Gosselink, M. J. (2011). "Why, why did you have me treated?": the psychotic experience in a literary narrative. *Medical Humanities*, 37 (2), 123–126.

# *O SONHO DE UM HOMEM RIDÍCULO* E A ESTRUTURA DEPRESSIVA EM DOSTOIÉVSKI

**João Martins Correia*; Isabel Fonseca Vaz*; Sara Freitas Ramos*; Bianca Jesus*; Diana Cruz e Sousa*; Salomé Mouta***
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde da Guarda
*Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Psiquiatria
Emails:joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt; mafalda.soares@ulsguarda.min-saude.pt; sara.i.ramos@ulsguarda.min-saude.pt; bianca.jesus@ulsguarda.min-saude.pt; diana.sousa@ulsguarda.min-saude.pt; candida.pinto@ulsguarda.min-saude.pt

**Resumo**
Em *O sonho de um homem ridículo*, Fiódor Dostoiévski, em 1877, mergulhado na profundidade do pensamento reflexivo e abraçado à irreparável disposição depressiva da existência, expõe, pela exploração do fantástico, a relação entre o sonho e a realidade, o inconsciente e o consciente, a vida e a iminência da sua perda. Pela aporia do movimento, numa tentativa de fuga e regresso à realidade, é demonstrada a existência de uma aparente permeabilidade entre as dimensões oníricas e não oníricas capazes da transformação do sujeito.
A partir da expressão do desinvestimento do mundo objetal, do consistente caminho percorrido de aproximação à morte e dos contornos afetivos que moldam a narrativa de Dostoiévski é proposta a exploração da estrutura depressiva e dos laços dinâmicos que a esta se acercam.

**Palavras-chave:** Fiódor Dostoiévski, *O sonho de um homem ridículo*, depressão

**Abstract**
In *The dream of a ridiculous man*, Fiódor Dostoiévski, in 1877, immersed in the depth of reflective thought and embraced to the irreparable depressive disposition of existence, exposes, through the exploration of the fantastic, the relationship between dream and reality, the unconscious and the conscious, life and the imminence of its loss. The uncertainty of the movement, in an attempt to escape and return to reality, demonstrates the existence of an apparent permeability between the dimensions of dream and reality capable of transforming the subject.
From the expression of the disinvestment of the objective reality, the consistent path taken towards death and the affective contours that shape Dostoevsky's narrative, the exploration of the depressive structure and the dynamic ties that surround it is proposed.

***

## Introdução

Fiódor Dostoiévski, em 1877, através da narrativa fantástica *O sonho de um homem ridículo,* abre espaço à exploração dos contornos dinâmicos que preenchem a estrutura depressiva e à interpretação das circunstâncias que a propõem. Obra e escritor são colocados em paralelo, numa consolidada relação dialética que expõe, pela solidez das palavras, a fragilidade do campo inconsciente, a complexidade da dimensão conflitual do eu, a mutabilidade da relação objetal e a permeável aposição entre os espaços onírico e não onírico.
O sonho de um homem ridículo é, pela arte, a expressão da profundidade da estrutura depressiva e, em Dostoiévski, a manifestação corpórea dessa dimensão afetiva.

**Desenvolvimento**

Nascido em Moscovo em 1821, Fiódor Dostoiévski, considerado um dos fundadores do existencialismo literário e acercado pela inspiração sólida do socialismo, é responsável por uma obra reflexiva de contornos filosóficos, inspirada no caráter dinâmico da experiência subjetiva e fundada numa expressão ideativa de intensidade dramática e ficcional. A interpretação do trabalho de Dostoiévski, atendendo à complexidade das linhas em que este se inscreve, é passível de ser estabelecida segundo uma perspetiva psicológica, filosófica, política, moral ou mesmo, pela versatilidade e polifonia das suas vozes, numa base fenomenológica, através da tentativa de desconstrução do funcionamento mental do autor ou daqueles que, indiretamente, lhe acedem - as suas personagens. Como em qualquer processo de criação artística é, também aqui, incontornável o movimento, mais ou menos ténue, que se enlaça entre a obra e o seu responsável, pela materialização de conteúdos inconscientes e do campo da imaginação, pela manifestação das vivências internas e pela reprodução dos conflitos intrapsíquicos, ou sua mera tentativa ambicionada. À escrita de Dostoiévski abraçam-se o realismo imponente, a compreensão dos conflitos e problemáticas humanas assentes no existencialismo e a inviolável condição de desamparo transversal a muitas das suas personagens e no próprio autor presente. Uma condição de desamparo e uma sensação de conflito intransponível que consigo se debate insistentemente. O percurso criativo de Dostoiévski, emocionalmente carregado, é presumivelmente conduzido pelo peso do luto e da perda, denominadores comuns do seu próprio crescimento enquanto resultado da confrontação do autor com a morte dos pais durante a adolescência.

Em 1928, Freud, em *Dostoiévski e o parricídio*, propõe-se a uma análise do fundo literário do escritor russo, alinhando ao produto da sua expressão artística os contornos da sua própria personalidade, "quatro facetas podem ser distinguidas na rica personalidade de Dostoiévski: o artista criador, o neurótico, o moralista e o pecador". As inclinações violentas e homicidas que moldam muitas das personagens de Dostoiévski, inspiram o caráter neurótico que Freud coloca ao artista, descrevendo todos esses traços enquanto linhas estruturais do mundo interno do próprio autor, facilmente manifestadas em diferentes construções literárias, enquanto projeção do seu campo imaginário e fantasioso. No entanto, ao contrário das suas personagens, as inclinações violentas que a Dostoiévski se adivinham não encontravam tradução prática ou materialização terrena, ao invés, descreviam um movimento contrário, ego-dirigido, a partir do qual se compunham sentimentos de culpa e orientações masoquistas. A análise de Freud no tocante ao neuroticismo do autor russo é ainda centrada nas crises epiléticas que este apresentava desde os sete anos. De acordo com Freud as crises de Dostoiévski tinham a significação de morte, tendo a primeira crise surgido "sob a forma de uma melancolia súbita e infundada, uma sensação (...) de que iria morrer ali mesmo. E, na realidade, seguia-se um estado (...) semelhante à morte real". Rivière compara a crise epilética à disposição psíquica suicidária, ambas fundadas na introjeção do crime e na sua punição. Segundo o pensamento freudiano a crise epilética, em Dostoiévski, poderá ser interpretada enquanto resultado de uma autopunição pela presença de um desejo inconsciente de morte do seu pai (ao qual se atribui uma educação áspera e rígida).

> Se o pai foi duro, violento e cruel, o superego assume dele esses atributos e, nas relações com o ego, a passividade que se imaginava ter sido reprimida é restabelecida. (...) Uma grande necessidade de punição é desenvolvida no ego, que em parte se oferece como vítima ao destino e em parte encontra satisfação nos

> maus-tratos que lhe são dados pelo superego (isto é, no sentimento de culpa), pois toda a punição é, em última análise, uma castração (...).

A morte do seu pai em 1839 veio intensificar a necessidade de punição de Dostoiévski, tendo esse desejo recalcado de morte, entretanto concretizado, sido transformado em sadismo do superego. Toda a estruturação que a Dostoiévski se colocara, jorraria, assim, presumível e expectavelmente em fragilidade, pelo que a vulnerabilidade deste às condicionantes externas não assumiria, de todo, uma posição menor.
Sauguet, por sua vez, estabelece uma ligação entre as crises epiléticas na infância, os estados depressivos e a necessidade de fuga, ou sua possibilidade, pela fantasia. A criação artística apresenta-se, desta forma, enquanto veículo de projeção dos afetos do eu num não-eu, imaginário e simbólico, capaz da resolução da ferida narcísica inicial e da recriação do objeto perdido. A criação artística é, em Dostoiévski, um jogo sublimatório, a partir do qual o artista se encontra e no qual a sua própria reparação se encerra. As palavras movimentam-se num percurso carregado de afetos, de conflitos e de contradições que mais não são do que a simples tradução do laborioso aparelho mental do escritor. Um movimento no sentido da desconstrução psíquica, da resolução conflitual, da cicatrização interior.
*O sonho de um homem ridículo*, escrito por Dostoiévski em 1877, apresenta-se como uma narrativa fantástica, ilustrativa do movimento depressivo que ao próprio autor se impõe e do qual resulta a tentativa expressa de anulação da angústia do *si*. A narração omnipotente do homem ridículo desenha uma trajetória de reconciliação consigo e com o outro, com o mundo que o acerca e com aquele que o próprio constrói, por meio do sonho, do irreal, do fantasioso. A dimensão onírica é apresentada enquanto elemento catalisador da mudança, na qual o fundo incontornavelmente niilista do homem ridículo, colocado lado a lado com a morte, dá lugar à esperança e àquilo que, entretanto, se revela como a construção de um novo nível de consciência. O suicídio, ou os pensamentos que o fundam, não se enquadram, no entanto, com uma mera disposição do sujeito para com a vida, distanciado das circunstâncias que a preenchem, alienado da complexa rede de tonalidades afetivas com as quais o próprio se completa. A compreensão do suicídio, enquanto tarefa ingrata e nem sempre resolúvel, implica a compreensão do *eu* e dos seus conflitos. O homem ridículo, que nada mais tinha do que a simples certeza de o ser, acercado pela ausência de qualquer propósito, alimentado pela inexistência de qualquer sentido e distanciado de quaisquer relações de proximidade, encontra na morte, concretizável pelo suicídio, a fuga à realidade, aquela que o humilhava, que o inferiorizava, mas na qual, ao mesmo tempo, se posicionava num lugar superior pela hiperconsciência absorta da qual se fazia mergulhar. A sensibilidade que o inundava, numa primeira instância, alimentada pelo desprezo e pela marginalização, dá lugar a uma indiferença e insensibilidade apáticas. Por si, pelos demais. Mas o pior, o pior no fundo, é que o homem ridículo, mais do que qualquer outro e sobretudo mais do todos aqueles que assim o chamavam, sabia o quão ridículo seria. E que coisa é esta de nomearmos o óbvio por óbvias palavras?

> A cada ano aumentava e se fortalecia em mim essa mesma consciência do meu aspeto ridículo em todos os sentidos. Todos riam de mim, o tempo todo. Mas ninguém sabia nem suspeitava que, se havia na terra um homem mais sabedor do fato de que sou ridículo, esse homem era eu, e era justo isso que mais me ofendia, que eles não soubessem disso, mas aqui o culpado era eu mesmo: sempre fui tão orgulhoso que por nada no mundo jamais iria querer confessar o fato a ninguém. Esse orgulho cresceu em mim ao longo dos anos, e se acontecesse de me deixar

> confessar, diante de quem quer que fosse, que sou ridículo, creio que imediatamente, nessa mesma noite, estouraria os miolos com um revólver.

É a consciência de ser-se ridículo, ou a hiperconsciência da sua inferioridade, que coloca, orgulhosamente, o homem ridículo numa posição de superioridade relativamente a todos os outros, isolando-o, cercando-o e acurralando-o em solidão. Este é o retrato do fundo niilista presente no homem ridículo, o nada que o rodeia e que se despe de sentido. É esta a expressão fenomenológica do niilismo, a indiferença e a ausência de sentido. E é este *pathos* crítico que coloca a morte enquanto destino a alcançar, pela negação de outros caminhos possíveis, pela radicalidade do seu horizonte, pela simples incapacidade de serem identificadas como exequíveis outras alternativas. Para o homem ridículo o desejo de morte tinha uma tradução clara naquela que seria para si a única ação verdadeiramente niilista, o suicídio.

> Fazia dois meses que isso já estava firmemente decidido, e, apesar de ser pobre, comprei um belo revólver e carreguei-o naquele mesmo dia. Já se tinham passado dois meses, porém, e ele ainda jazia na gaveta; mas para mim tudo era a tal ponto indiferente que me deu vontade, afinal, de arranjar um minuto em que tudo não fosse assim tão indiferente, para quê – não sei. E, desse modo, durante esses dois meses, a cada noite eu voltava para casa pensando que me mataria. Só esperava o minuto. E agora essa estrelinha me trouxe a ideia, e decidi que seria sem falta nessa mesma noite. Mas por que a estrelinha me trouxe essa ideia – não sei.

Com frequência, as linhas do niilismo, ancoradas em sentimentos de isolamento e alienação e fundadas na convicta ausência de sentido e de propósito perante a vida, organizam-se numa construção de colorido depressivo. *O sonho de um homem ridículo* é, na verdade, um exemplo claro e uma tradução óbvia da estruturação depressiva do *eu*. Na obra de Dostoiévski, tudo tem início na depressão de inferioridade, coerente com a insuficiência de investimento narcísico, seguindo-se a esta o desinvestimento do mundo objetal, marcado pela indiferença, pelo desprezo, pela apatia. O sentimento de solidão e a declarada falência de um projeto existencial completam e encerram o quadro. O suicídio, ou o seu plano, alimentado pela perda objetal completa, dá-lhe apenas profundidade e atesta a seriedade da condição, a intolerabilidade da condição vivida.
Do ponto de vista clínico poderão ser identificadas duas vertentes qualitativas da depressão: a depressão de inferioridade, ou depressão narcísica, e a depressão de culpabilidade, ou depressão masoquista. A depressão narcísica e a depressão masoquista surgem sempre em associação, pelo que não se considera a existência de quadros puros de uma ou de outra, mas sim, a eventual preponderância de uma destas organizações do *eu* relativamente àquela que se lhe completa: narcisismo ou masoquismo. Na depressão narcísica predomina a nostalgia do objeto idealizado perdido, enquanto na depressão masoquista predomina o esmagamento pelo introjeto maligno, a inversão da hostilidade sobre o próprio. O homem ridículo abraçar-se-á, pelo exposto, às duas dimensões depressivas, ainda que, em determinados momentos se possa naturalmente pressupor a maior relevância de uma face à outra. De acordo com Coimbra de Matos, todo e qualquer fenómeno psíquico apresentará uma causalidade múltipla e complexa, articulando-se e interdependendo de outros fatores da vivência atual, do passado vivido, do desejo e do fantasma, das defesas organizadas e das principais linhas da estruturação da personalidade, pelo que nenhuma interpretação do núcleo depressivo do sujeito deverá ser proposta de forma rígida e estreita. Ainda assim, e independentemente de quaisquer dissecções, mais ou menos minuciosas, passíveis de serem propostas sobre o fundo depressivo do sujeito,

será inviolável, do ponto de vista dinâmico, a ideia de uma mutação relacional, pela perda do bom e pelo ganho do mau, na organização da relação depressiva.
Aquilo que seria uma certeza, tal como o homem ridículo se antecipara a anunciar, e que naquela precisa noite se prepararia a materializar, é inesperadamente inviabilizado pelo aparecimento de uma menina de oito anos que, em pânico e sob a chuva, grita pela mãe. A indiferença do homem ridículo é impiedosamente quebrada. A essência do niilismo é corrosivamente testada. Não se trata de um grito qualquer. Na verdade, qualquer outro ecoaria indistintamente pela chuva. Trata-se do grito de uma menina pela mãe. Trata-se de um paralelismo claro com aquele que fora o seu objeto de amor inicial. O encontro do homem ridículo com alguém que mais desamparado e mais carente do que ele próprio se encontrava permite-lhe sair da perda objetal e da humilhação narcísica e reencontrar a possibilidade de um existir. O seu mundo é colocado em perspetiva. A sua infelicidade é relativizada pela gélida constatação de que esse sentimento inunda com ainda maior solidez um outro alguém que não ele.

> Essa menina me salvou, porque com essas questões eu adiei o tiro.

Arrebatado pela confrontação das questões levantadas no encontro com a menina e não menos surpreendido pela inconsistência daquela que, naquele dia, tomara para si como certeza, o homem ridículo adormece e distancia-se da realidade ao mergulhar nos sonhos. A dimensão onírica que, entretanto, entra em cena é responsável pela completa dissolução do seu planeado suicídio. De acordo com a perspetiva freudiana, os sonhos são passíveis de serem interpretados enquanto tentativa de realização de um desejo reprimido, limitado ao inconsciente. Os sonhos apresentam-se, assim, enquanto tradutores do material psíquico, material este que numa primeira instância se assume como indecifrável, ininteligível e inalcançável ao sujeito, mas passível de ser decifrado, pela elaboração onírica, e expresso de forma manifesta. Ou seja, através do sonho, os pensamentos oníricos latentes, conteúdo ideativo inconsciente de contornos pulsionais, é transformado em conteúdo manifesto, visualmente apreensível pelo sujeito e que simbolicamente corresponde à satisfação fantasiosa do desejo ou do impulso latente. Ainda assim, tal satisfação assume um caráter meramente parcial, já que as ações que levariam à eventual gratificação completa ficam condicionadas pela imobilidade que o sonho ao sujeito faz impor. O homem ridículo através do sonho que na narrativa detalhadamente se propõe a descrever, experiência catártica de redenção, encontra, pelo desejo em viver, a declarada oposição àquele que, inicialmente, se apresentara enquanto desejo único incontornável, a morte. Os contornos niilistas do homem ridículo são desconstruídos pela exaltação daquele que seria o seu fundo inconsciente. Dostoiévski, inspirado pela conceção freudiana dos sonhos, coloca nas palavras do homem ridículo as linhas dinâmicas que a estes fenómenos se inscrevem:

> Os sonhos, como se sabe, são uma coisa extraordinariamente estranha: um se apresenta com assombrosa nitidez, com minucioso acabamento de ourivesaria nos pormenores, e em outro, como que sem se dar conta de nada, você salta, por exemplo, por cima do espaço e do tempo. Os sonhos, ao que parece, move-os não a razão, mas o desejo, não a cabeça, mas o coração, e, no entanto, que coisas ardilosas produzia às vezes a minha razão em sonho!

Os sonhos não são movidos pela razão, são antes fundados no inconsciente, moldados por elementos confusos e absurdos e dissipados em nitidez. As palavras do homem ridículo, que em última instância correspondem às palavras de Dostoiévski, encontram na sua forma a tonalidade do pensamento freudiano, tornando possível a sua interpretação à

luz da perspetiva psicanalítica. O homem ridículo é, em parte, uma projeção literária da profundidade afetiva e conflitual de Dostoiévski. A estrutura depressiva, presente em ambos, encontra, pela obra, uma relação dialética entre o fundo que a sustenta e a expressão que a consolida. O sonho, em *O sonho de um homem ridículo*, é metáfora da reestruturação do investimento narcísico, da reparação da ferida afetiva e de recuperação do amor.

**Conclusão**

*O sonho de um homem ridículo* encontra, na profundidade literária da obra, a construção exaltada da disposição depressiva presente em Dostoiévski. A relação dialógica entre as palavras e o autor é incontornável, assim como o é o fundo inconsciente que subtilmente se descreve entre ambos. Nas palavras de Coimbra de Matos, *O sonho de um homem ridículo* é "um lúcido conglomerado da tragédia de quem pensa, um hino de quem sente e um poema de quem deseja ainda, apesar de todo o infortúnio passado, amar".

A presença do objeto idealizado, a sua perda, e a sua consequente restituição (a partir da qual se materializa a reparação da perda narcísica) estruturam, em linhas gerais, o sentido da narrativa e sustentam os contornos de depressibilidade que a Dostoiévski se colocam. Ao adoecer depressivo, e patentes na obra, acrescem ainda duas importantes dimensões, a da relação de mau objeto interno, pela inflexão interna da agressividade, e a do recalcamento da líbido sexual, a partir do qual tudo se despe de qualquer afeto.

**Bibliografia**

FREUD, Sigmund – "Dostoevsky and Parricide". International Journal of Psychoanalysis. 26 (1945) 1-8.

AHMAD, Sajjad; AZIZ, Sana; SAJJAD, Umar; et al – "Into the Abyss of Nihilist Absurdism: Critical Analysis of Dostoevsky´s The Dream of a Ridiculous Man". Psychology and Education. 58, 3 (2021): 1790-1795.

DOSTOEVSKY, Fyodor – Gentle Creature and Other Stories: White Nights; A Gentle Creature; The Dream of a Ridiculous Man. Oxford: Oxford University Press, 2009.

TARTAGLIA, James – Philosophy in a meaningless life: A system of nihilism, consciousness and reality. Bloomsbury Academic, 2016.

COIMBRA DE MATOS, António – A Depressão. Lisboa: Climepsi Editores.

PHILLIPS, Roger W – "Dostoevsky's 'Dream of a Ridiculous Man': A Study In Ambiguity". Criticism 17. 4 (1975): 355–63.

# O ÁLCOOL AO LONGO DA HISTÓRIA: DA ADORAÇÃO À DIABOLIZAÇÃO

**Daniel R. Machado[1,2,3]; Ana C. Borges[1,2,4]**
[1]Centro Hospitalar de Leiria
[2]Médico/a Interno/a de Formação Especializada em Psiquiatria
Emails: danielrodmachado@gmail.com ; anaborges.3@gmail.com

**Resumo**
O consumo de álcool acompanha o homem desde a antiguidade, associando-se a um importante e muito enraizado papel nos costumes e tradições sociais. Embora atualmente o álcool seja considerado uma toxina sem valor nutricional significativo e de cujo consumo excessivo se conhecem as terríveis consequências, em muitas culturas são-lhe ainda atribuídas propriedades benéficas, tais como ser fonte de força, espírito, coragem, sendo muitas vezes os consumos reforçados por rituais de celebração entrelaçados com complexas e intrincadas relações sociais. Além disso, o consumo de álcool mantém-se pervasivo, sendo transversal a todos os estratos sociais e a quase todas as faixas etárias. No entanto, nas últimas décadas assistimos a uma mudança de visão sobre o álcool, vindo este a perder o seu misticismo e a ganhar novas funções sociais como as de contemplação. Assim, o papel social do consumo de bebidas alcoólicas alterou-se profundamente passando a ser considerado uma substância a evitar.

**Palavras-chave**: história; álcool; Antiguidade; Idade Média; *aqua vitae*

**Abstract**
Alcohol consumption is part of human culture since antiquity, assuming an important and deeply embedded role in social culture and traditions. Even though nowadays alcohol is considered a toxin with no nutritional value and of which terrible consequences from its excessive consumption are known, beneficial properties are still attributed to alcohol in many cultures, such as being a source of energy and force, spirit and courage. Moreover, consumption in often reinforced by celebration rituals engrained with complex and intricate social relations. Furthermore, alcohol consumption is pervasive to all society, affecting all social strata and almost all age groups. However, in the last decades the way alcohol is perceived has changed somehow: alcohol has lost its mysticism and gained new, more contemplative social functions. Thus, the social role of alcoholic beverages consumption has changed deeply in the last years, being alcohol regarded as something to avoid.

***

## Introdução

O consumo de bebidas alcoólicas perdura há milhares de anos. De facto, desde tempos imemoriais que os seres humanos preparam bebidas alcoólicas, primeiro com o objectivo de alterar o estado da sua mente e de se ligar ao Divino e ao Transcendental, depois com o simples propósito de celebrar, de esquecer, de aliviar dores, de simplesmente beber ou de experimentar o efeito inebriante de bebidas diversas nas sua cores, cheiros e paladares. Pela sua presença ubíqua ao longo dos tempos, é possível dizer que rever a história do álcool é rever a história da Humanidade.

Neste artigo, pretende-se reflectir sobre os aspectos centrais da função social das bebidas alcoólicas em três épocas da História: Antiguidade Clássica, Idade Média e contemporaneidade.

## 1. Álcool na Antiguidade Clássica

Uma análise dos hábitos humanos ao longo da História permite traçar a história de um dos tóxicos que tem acompanhado os seres humanos ao longo dos séculos: o álcool. De facto, existem vários registos arqueológicos, antropológicos e históricos que demonstram que os humanos consomem bebidas alcoólicas já há milhares de anos. Desde os grupos tribais mais remotos, passando pelas civilizações mais antigas até aos tempos modernos e à contemporaneidade, o álcool e os seus efeitos inebriantes – ora entendidos como místicos, ora vistos sob uma perspectiva mais "clínica" e tóxica – fazem parte da História da Humanidade. Como tal, a história do álcool, a sua utilização (recreativa, social e, ou abusiva) e os seus efeitos individuais e sociais são do interesse da Psiquiatria, visto ser essa a disciplina médica que mais concilia e articula sob o seu estudo o que há de social, espiritual, místico e individual nas pessoas.

Nestas considerações, são essenciais os contributos de diversas áreas do saber: História, Sociologia, Psicologia e Psicologia Social, Antropologia, Arqueologia e até Literatura. Esta abordagem multidisciplinar é do maior interesse no âmbito do estudo histórico e social da Loucura e das suas implicações dentro e fora da Psiquiatria ou dos estudos mais estritos da Saúde Mental. Assim, um estudo breve da história do álcool, que é também uma história de loucura e saúde mental, e da sua contextualização nas diferentes sociedades que se foram sucedendo ao longo das diferentes épocas, provém aos objectivos do *Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental*, promovido anualmente pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Curiosamente, e num à parte a propósito de estudos farmacológicos, é possível reflectir sobre o álcool não apenas sob uma visão de objecto social e de alteração do espírito, numa perspectiva talvez mais mística, mas também sob uma perspectiva bioquímica, clínica e médica, visto que ao longo de vários séculos se atribuíram propriedades medicinais, curativas e até rejuvenescedoras às bebidas alcoólicas, como veremos ao longo deste texto. Neste sentido, e embora fuja aos propósitos da presente discussão, seria interessante explorar a história farmacológica do álcool.

Como é referido acima, a história do consumo de bebidas alcoólicas acompanhou o a própria história da humanidade. Descobertas arqueológicas na região do Vale do Rio Amarelo, no Norte da actual China, sugerem que os humanos já consumiriam bebidas alcoólicas por volta de, pelo menos, 7000 a.C. Vestígios encontrados em ânforas de barro em Jiahu, uma aldeia do período neolítico, revelou que se consumia uma bebida alcoólica denominada por *baijiu*, fermentada a partir do arroz, mel, líchias e, ou uvas.

Datando milénios mais tarde, *circa* 3000 a.C., desenvolveu-se, na Índia, uma bebida de forte teor alcoólico designada por *sura*, fermentada a partir do arroz. A alta concentração etílica dessa bebida veio a ser aproveitada para fins medicinais através da preparação de soluções médicas, assépticas e anestésicas, para além dos efeitos obviamente embriagantes que adivinham da sua ingestão como bebida espiritual. De facto, o poder curativo da *sura* surge descrito no compêndio médico sânscrito *Sushruta Samhita*, cuja autoria é atribuída ao cirurgião Samhita, considerado um dos fundadores da medicina ayurvédica. Contudo, o consumo de *sura* como bebida parece datar de vários milhares de anos, já que a descrição dos ingredientes, materiais e métodos de fermentação e preparação de *sura*, assim como de outras bebidas, está descrita em textos sânscritos milenares do sul asiático.

Enquanto que no Oriente se destacam as preparações milenares de bebidas destiladas a partir de arroz e mel, e aromatizadas ou fortificadas com flores e frutos, na Antiguidade Clássica, no mundo ocidental, destacam-se o vinho e o milenar hidromel. Uma vez que o vinho se mantém hoje em dia como uma das bebidas alcoólicas mais consumidas na nossa

cultura, e considerando também a importância cultural e social que lhe é atribuída, o presente texto focar-se-á em aspectos históricos relacionados com o vinho.
Recuando à Antiguidade Clássica, os efeitos alteradores da consciência e do pensamento que o vinho exerce na mente foram apreciados e furto de contemplação tanto pelos gregos, como pelos romanos. As capacidades do vinho para alterar o humor, diminuir a inibição, aumentar a líbido, aliviar a fadiga e a dor e alterar o estado de consciência, sobretudo num contexto social, eram interpretadas como qualidades quase "divinas": a alteração do estado mental e emocional resultante da toma de vinho em ambientes sociais, festivos e, ou de celebração, muitas vezes em contextos de rituais místicos em que o espírito humano se alterava e parecia até tocar o etéreo, parecia advir de uma interferência directa de divindades antigas como Dioniso, na Grécia Antiga.
Na mitologia romana, Dioniso é representado como Baco, filho de Júpiter e Sémele, uma das concubinas humanas de Júpiter. Baco surge, pois, da união entre o divino (Júpiter) e o mundano (Sémele), e é ele quem ensina os humanos a lavrar a terra, a cultivar a vinha e a produzir vinho. Deste modo, é fácil perceber a interpretação mística que se fazia em torno do vinho como um "canal" que permitia aos humanos vislumbrar o divino e servir de manifestação das vontades divinas dos deuses: era Dioniso-Baco que servia como veículo através do qual os deuses pareciam tocar o coração e o espírito humanos.
Para os romanos, Baco era o deus do Vinho e da Fertilidade, surgindo representado frequentemente com cachos de uvas ou uma coroa de parras, uma taça de vinho e um tirso – um venábulo ou bastão envolto em heras e videiras e encimado por uma pinha. Símbolo da fertilidade pura da Natureza, o tirso seria usado por Baco para fazer surgir vinhas e fontes de vinho. Nos cultos celebrados em honra de Baco, as bacantes apareciam empunhando um tirso.
Ao mesmo tempo que era o deus do vinho, da fertilidade e da festividade, Baco surgia também representado como um deus causador da loucura e do êxtase místico. Neste sentido, é curioso observar que os romanos, obedecendo a códigos morais e sociais rígidos e bem estabelecidos, defendiam a moderação e a contenção (uma imagem que pode parecer bizarra para alguns, não correspondendo ao imaginário contemporâneo de hedonismo e luxúria que muitos atribuem aos romanos). Deste modo, enquanto que num contexto de culto e celebração beber mais vinho do que o "socialmente aceitável" era tolerado, tais excessos no quotidiano eram criticados. Já na altura, se apontavam, pois, os problemas para a saúde e os "vícios" ou falhas morais que podiam advir do consumo excessivo de vinho (álcool), algo que, para o pensamento profundamente supersticioso do povo romano, poderia ser visto com desagrado pelos deuses. Interessantemente, também nestes aspectos ficam patentes as propriedades inebriantes do álcool e a sua ligação à insanidade, caso fosse consumido abusivamente.
Conclui-se, pois, que na Antiguidade Clássica, o vinho não era tido apenas como uma mera bebida que, consumida em excesso, era capaz de alterar o estado mental: era também visto como um néctar especial extraído da própria essência fértil cultivada pelo deus Baco: um néctar que permitia aos humanos ligarem-se à divindade e, assim, ao Transcendental.

## 2.Álcool na Idade Média

Na Idade Média, com o enraizar da fé católica no Ocidente, floresce a vida monástica. Esta, vivida em íntima reclusão com a oração e a adoração a Deus, mantem também uma grande proximidade com a produção de bebidas alcoólicas, nomeadamente vinho e cerveja. Na verdade, os monges medievais contribuíram de forma importante para o refinamento das técnicas de produção dessas bebidas e também de vários licores e outras bebidas espirituosas, que adotavam um papel omnipresente e indispensável à vida ordeira dos mosteiros.

Central ao culto católico, o vinho adquiria nos mosteiros uma importância não apenas enquanto bebida intrinsecamente simbólica representativa do sangue de Cristo – e, portanto, "sagrada" –, mas também uma importância prática no quotidiano, auxiliando os homens de fé na árdua tarefa de cumprirem na Terra a vontade de Deus: as propriedades anestésicas, inebriantes e de elacção do humor do vinho ajudavam a que os frades e monges encontrassem força, energia, satisfação e alívio para desempenharem a sua pesada missão.

Naturalmente, desconhecendo que tais efeitos se deviam ao etanol contido no vinho, tais propriedades fortificantes e divinas eram atribuídas ao próprio vinho. Naturalmente, esta afecção (excessiva) que os homens de fé nutriam pelo vinho viria a ser satirizada no século XV na pentalogia *Gargântua e Pantagruel*, de François Rabelais (1494-1553).

Apesar da facilidade com que ainda hoje se associa os monges da Idade Média ao consumo de vinho, deve manter-se presente a ideia de que o vinho era considerado "sagrado", como já referido anteriormente. Como tal, beber vinho em excesso e ficar embriagado era absolutamente reprovado pelos monásticos, podendo falar-se quase de uma "profanação" das virtudes sagradas trazidas pelo vinho.

Como mencionado brevemente acima, foram também os monges a aperfeiçoar o processo de destilação através do qual se extrai bebidas com alta concentração etílica. Existe alguma discussão sobre as origens da destilação de bebidas alcoólicas: supõe-se que os alquimistas árabes possam ter sido os primeiros a destilar o vinho, ainda que com pouco sucesso, a partir do aperfeiçoamento da extração por destilação de essência de rosas, uma técnica já utilizada pelos sábios árabes desde o século IX. Porém, as fontes arqueológicas não são totalmente convincentes.

De qualquer forma, o aperfeiçoamento e destilação bem sucedida do vinho, e a sua subsequente "transformação" em licor ou bebida espirituosa, é assinalado no século XII, no Sul da actual Itália.

Uma vez que os monges eram os principais produtores de vinho, foram também eles os primeiros a destilá-lo. Da destilação do vinho, a que juntavam ervas e sais, resultavam licores de elevada concentração etílica, chamados de *aqua ardens* (água ardente). Preocupados com a pureza da alma, o processo de extração da "essência" do vinho através da destilação era comparado à purificação do corpo: extraía-se o "espírito" do vinho, verdadeira força oculta dessa bebida sagrada, do seu corpo mundano e impuro, espremido à Terra pelas mãos impuras dos homens. Assim, licores particularmente fortes e puros eram designados por *aqua vitae*, isto é, "água da vida", uma designação que, de resto, permanece nos dias de hoje: *eau-de-vie*, em França; *vodka*, nos países eslavos; *whiskey*, na Escócia e Irlanda. Numa última nota de curiosidade, o licor mais antigo conhecido, *Benedicte*, data de 1510, criado por um monge beneditino. É um testemunho do envolvimento dos religiosos monásticos com as bebidas do espírito.

**3. Álcool nos tempos modernos.**

Avançando vários séculos, observa-se uma cada vez maior diversificação e refinação das bebidas alcoólicas, assim como um leque cada vez mais diverso das formas e dos contextos de consumir álcool. Independentemente do que se bebe, onde, quando e com quem se bebe, o que parece ser comum aos séculos é a presença ubíqua do álcool nas diferentes sociedades, nas diferentes épocas e nas diferentes regiões do globo. Sob este ponto de vista, pode afirmar-se que é possível recapitular a história humana com base no que os seres humanos foram bebendo ao longo dos tempos.

O século XX, na sua concentração de eventos radicalmente transformadores da História, faz-se acompanhar de cálices, taças e canecas com que brindar ou esquecer os acontecimentos fabulosos e terríveis do século. Do mesmo modo que se verifica uma proliferação de diferentes filosofias de vida, inovações tecnológicas, expressões,

interpretações, sistemas políticos, organizações sociais e familiares e formas de estar, também as bebidas alcoólicas proliferam, fazendo-se corresponder a diferentes momentos da vida, diferentes estatutos sociais, diferentes ambições. No fundo, quase existe uma bebida específica para cada momento, para cada pessoa.

Tempos novos e complexos, trazem preocupações novas e complexas próprias desses tempos. No Ocidente, embora facilmente se reconheça a capacidade do álcool para alegrar, desinibir e até relaxar, dificilmente se pensa actualmente nas bebidas alcoólicas como sendo portadoras de um "espírito" ou "essência" imbuídos do sagrado e que aportam aos humanos uma ligação ao Etéreo. Beber álcool é sobretudo visto como um hábito diário sem qualquer cariz espiritual especial, como um vício, como adereço social ou como um elemento essencial em celebrações importantes – curiosamente, este último papel remete para a importância do vinho nas celebrações da vida em honra de Baco, na Antiguidade Clássica. Eventualmente, pode acrescentar-se que, pelo menos nos rituais judaico-cristãos, o vinho mantém o seu papel simbólico.

Este novo "pragmatismo" em relação ao álcool faz-se acompanhar de novas preocupações em relação ao mesmo, sobretudo no impacto que pode ter na saúde. De facto, actualmente, as bebidas alcoólicas são entendidas como não tendo qualquer valor ou interesse nutritivo ou medicinal: muitas vezes, são mesmo vistas como símbolos de um estilo de vida tóxico e pouco produtivo e, como tal, indesejável.

No entanto, alguns elementos prevalecem na apreciação das bebidas com álcool. Embora já não se procure no álcool a satisfação de necessidades espirituais e de transcendência, a degustação de bebidas alcoólicas permanece uma actividade atractiva pelo valor estético e de demarcação de estatuto social. No vinho, por exemplo, procuram-se sensações estéticas de quase êxtase pela sublimação dos sentidos (olfacto, paladar e visão), uma actividade que é, de resto, apreciada e vista como uma demonstração de uma vida próspera, interessante e sofisticada. O mesmo se aplica à cerveja, popularizada entre apreciadores que se tornam mestres e especialistas na prova e mesmo produção dessa bebida fermentada. Talvez a forma contemporânea de viver a Espiritualidade, tantas vezes focada nos sentidos e nas experiências hedónicas, se manifeste nesta nova apreciação do vinho e da cerveja. No fundo, a procura de sublimação espiritual parece manter-se. Apenas terá mudado a sua expressão.

**Conclusão**

A história do álcool e das suas funções sociais acompanha a história da Humanidade desde tempos remotos. Desde a atribuição de uma função mitológica e de elevação do espírito na Antiguidade à função social, mas sem carácter etéreo dos tempos modernos, passando pelo papel fundamentalmente simbólico, mas também prático durante a Idade Média, sobretudo no contexto monástico, as bebidas alcoólicas mantiveram-se sempre presentes como elementos simbólicos da ligação do espírito humano a algo que o transcende. Conhecer a história do álcool ao longo dos tempos permite sondar a evolução tanto das necessidades do espírito humano e da sociedade, como da interpretação que o ser humano faz na sua ligação com o mundo que o rodeia.

**Bibliografia**

Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2021). *Dionysus. Encyclopedia Britannica.* Acedido a 15 de Fevereiro de 2022, em https://www.britannica.com/topic/Dionysus.

Hutchinson, V. (1991). The cult of Dionysos/Bacchus in the Graeco-Roman world: New light from archaeological studies. *Journal of Roman Archaeology*, 4, 222-230.

Manuwald, G. (2019). Dionysus / Bacchus / Liber in Cicero. In: Mac Góráin, F., (Ed.) *Dionysus and Rome Religion and Literature (157-176).* Berlin, Germany: De Gruyter.

McHugh, J. (2021). The ancient indian alcoholic drink called *surā*: vedic evidence. *Journal of the American Oriental Society*, 141 (1), 49-72.
S.C. Rasmussen (2014). *The Quest for Aqua Vitae: the History and Chemistry of Alcohol from Antiquity to the Middle Ages*. Nova Iorque: Springer.
Vallee, B. (1998). Alcohol in the Western World. *Scientific American*, 278 (6), 80-85.
Van Limbergen, D. (2018). What Romans ate and how much they ate of it: old and new research on eating habits and dietary proportions in classical antiquity. *Revue belge de Philologie et d'Histoire*, 96 (3), 1049-1092.
Vess, D. (2004). Monastic Moonshine: alcohol in the Middle Ages. In: C.K. Robertson (Ed.), *Religion & Alcohol: sobering thoughts (147-156)*. Nova Iorque: Peter Lang Publishing, Inc.
Zhang, J., Tang, J., Zhang, Z., Hall, G., Moreau, R., Nuñez, A., Butrym, E., Richards, M., Wang, C., Cheng, C., Zhao, Z. & Wang, C. (2004). Fermented beverages of pre- and proto-historic China, *PNAS*, 101 (51), 17593–17598.

# UMBERTO ECO - UMA PÁGINA DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NA LITERATURA

**Ana Lourenço* ; Marta Ribeiro* ; Teresa Reynolds de Sousa***
*Médico Interno de Psiquiatria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
Email: lourenco.act@gmail.com

**Resumo**
Na História existem nomes incontornáveis, figuras que marcam e simbolizam determinada ciência, arte, época. Na Psiquiatria, Freud é uma destas personalidades icónicas, que criou novos caminhos e abriu as páginas do estudo e da discussão da doença mental. Por seu turno, na Literatura, de entre um incalculável número de exímios contadores de estórias e da História, Umberto Eco tem um lugar de destaque, um pensador e narrador reconhecido e premiado. Num dos seus últimos romances – "O Cemitério de Praga", Eco partilha um pouco da história de Freud (e com ela um pouco da história da Psiquiatria), do seu início de percurso, da passagem por França e da influência de Charcot, da sua introdução à hipnose, central no despertar do seu interesse clínico. Por outro lado, o autor levanta o véu sobre outros temas de Freud, apresenta ao leitor os receios e as dúvidas, inerentes ao médico e ao homem.

**Palavras-chave:** História da Psiquiatria, Freud, Literatura, Umberto Eco

**Abstract**
History presents undeniable names that define and symbolise science, art, or an era. In Psychiatry, Freud is an iconic personality who paved the way to study and discuss mental illness. In Literature, on the other hand, among an uncountable number of excellent storytellers, Umberto Eco has a prominent place, a recognised and awarded thinker and narrator. In one of his latest novels - "The Prague Cemetery" - Eco shares Freud's personal story (and at the same time the History of Psychiatry), his early career, his passage through France and the influence of Charcot, his introduction to hypnosis, central to the awakening of his clinical interest. The author also lifts the veil on Freud's other themes and presents the reader with the fears and doubts inherent to the doctor and the man himself.

**Key-words:** Psychiatry's History, Freud, Literature, Umberto Eco

***

## Introdução

A existência de personagens reais adaptadas ou fonte de inspiração para personagens fictícias na literatura é uma certeza nesta arte, muitos são os contadores de estórias, por meio da palavra, que se inspiram no que viveram, nas pessoas com quem se cruzaram ou em pessoas da História. O processo criativo inerente a estas construções e a exposição destas figuras, abraça os leitores no enredo da trama, ao mesmo tempo que apresenta ou aprofunda o conhecimento destas personagens, destas pessoas, destas vidas reais. O presente trabalho pretende partilhar um pequeno encontro entre a História da Psiquiatria e as páginas da Literatura, um pouco da vida de uma das figuras marcantes da Psiquiatria, Freud, pelas palavras de um dos maiores autores do séc. XX, Umberto Eco.

**Umberto Eco**

Filósofo, escritor, professor italiano (1932-2016). Consagrou a sua vida académica à Estética, Semiótica e Filosofia, doutorou-se em 1954 pela Universidade de Turim, com estudo dedicado ao pensamento filosófico de S. Tomás de Aquino - "O Problema Estético em S. Tomás de Aquino". Associou as funções de editor cultural, às de professor nas universidades de Turim, Milão e Florença, bem como, colaborador de outras universidades. Terminou a sua carreira académica como Professor Catedrático na Universidade de Bolonha. Foi assim um homem da Filosofia, das Letras, da Linguística, das Artes, "*da reflexão crítica sobre os seres, objetos e coisas do mundo*".

Escreveu ensaios, editais, embora o seu reconhecimento global se prenda, sobretudo, pelos seus romances. Il Cimiterio di Praga (2010), romance do autor, desenvolve-se em torno da elaboração dos Protocolos dos Sábios de Sião, documento ficcional que descrevia o plano judeu de dominação do mundo, tendo sido utilizado na disseminação das ideias antissemitas. Eco, em 1993, Nas Conferências Norton da Universidade de Harvard, apresentou o tema "Protocolos ficcionais", no qual examinou a dualidade entre "os polos da vida e ficção – história e farsa, verdade e mentira" e apresentou as fontes falsas que geraram os Protocolos dos Sábios de Sião. O Cemitério de Praga (edição em português), tem apenas uma única personagem inventada, o protagonista, "*todas as outras personagens (…) existiram realmente e fizeram e disseram as coisas que fazem e dizem neste romance*". De entre a rede de personagens históricas que o autor apresenta ao leitor e que se cruzam com o protagonista, há uma que se destaca na História da Psiquiatria – Sigmund Freud.

**Freud pelas palavras de Eco**

> *"Naqueles anos (parece-me que seria em oitenta e cinco ou oitenta e seis* (do séc. XIX)*, tinha conhecido no Magny aquele que continuo a recordar como o doutor austríaco (ou alemão). Volta-me agora o nome à mente: chamava-se Fröide (creio que se escreve assim), um médico de uns trinta anos (…), e que estava a fazer um período de aprendizado com Charcot."*
>
> *"Tinha-o julgado de natureza melancólica, um pouco desambientado, timidamente desejoso que alguém escutasse as suas confidências, para descarregar um pouco das suas ânsias."*
>
> *"Ainda que o nome Fröide não me soasse com Steiner, ou Rosenberg (…), e desconfiado do nariz curvado, havia inquirido (…).*
> *-Não é austríaco?*
> *(…) Sigmund é um nome hebreu?".*
>
> *"Fröide comia com boa boca tudo aquilo que lhe propunham. (…) Cervejas tinha já pedido duas e, depois da sobremesa, enquanto fumava nervosamente, pedira uma terceira".*
>
> *"(…) estou agitado. Há três dias que não recebo correspondência da minha noiva. (…) o silêncio inquieta-me. Tem uma saúde delicada; sofro terrivelmente por não estar perto dela. E, depois, tenho necessidade da sua aprovação, faça eu o que fizer. Queria que me escrevesse sobre o que pensa do meu jantar em casa de Charcot. Porque, sabeis, Monsieur Simonini, eu fui convidado para jantar pelo grande homem, há algumas noites atrás. Não acontece a todo o jovem médico de visita, e a um estrangeiro, ainda por cima."*
>
> *"- (…) Quanto à timidez, um pouco de cocaína para me soltar a língua.*
> *-Cocaína? Não é veneno?*

*-Tudo é veneno, se se tomar em doses exageradas, até o vinho. Mas estou a estudar há dois anos esta prodigiosa substância. (…) Ao contrário do ópio e do álcool, provoca estados mentais exaltantes, sem por isso ter efeitos negativos. É óptima como analgésico (…), ou para a cura da asma, útil no tratamento do alcoolismo e das toxicomanias, perfeita para o enjoo no mar, preciosa para a cura da diabetes, faz desaparecer como que por encanto a fome, o sono, o cansaço, é um bom substituo do tabaco, cura dispepsias, flatulências, cólicas, gastralgias, hipocondria, irritação espinal, febre do feno, é um reconstituinte precioso para a tuberculose e cura a hemicrania (…). E, sobretudo, é maravilhosa para infundir confiança nos deprimidos, levantar o espírito, tornar activos e optimistas. (…) A cocaína é óptima para alguém como eu, que, como digo sempre à minha adorável Martha, não se considera muito atraente, que na juventude nunca foi jovem, e agora, que já tem trinta anos, não consegue tornar-se maduro. Houve um tempo em que eu era todo ambição e excitação de aprender, e, dia após dia, sentia-me desconfortado com o facto de a mãe natureza, num dos seus momentos de clemência, não me ter imprimido a marca daquele génio que, de vez em quando, concede a alguém".*

*"- Não se fala da cocaína como afrodisíaco? - pergunto eu.*
*Fröide corara:*
*- Tem também essa virtude, pelo menos, parece-me, mas… não tenho experiência nesse respeito. Como homem, não sou sensível a essas prurigens. (...) Charcot descobriu que uma sua paciente (...), numa fase avançada das suas manifestações histéricas, tinha revelado que o trauma inicial fora uma violência sexual sofrida em pequena."*

*"Fröide era eloquente e espirituoso".*

*"- Caro amigo – respondera Fröide -, em muitos casos que examinamos dá-se demasiado relevo ao aspecto físico, esquecendo que, se o mal se manifesta, ele tem muito mais provavelmente origens psíquicas. E, se tem origens psíquicas, é a psique que é necessário curar, não o corpo. Numa nevrose traumática, a verdadeira causa da doença não é a lesão, em si habitualmente modesta, mas sim o trauma psíquico original. (…) E então, para quem se ocupa de doenças nervosas, o problema não é como se perdem os sentidos, mas qual é a sensação que no-los fez perder.*
*-Mas como se consegue saber qual foi esta emoção?*
*-Repare, caro amigo: quando os sintomas são claramente histéricos (…), então a hipnose pode produzir artificialmente aqueles mesmos sintomas, e poder-se-ia verdadeiramente remontar ao trauma inicial. Mas outros pacientes sofreram uma experiência tão insuportável que quiseram apagá-la, como se a tivesse, escondido numa zona inatingível do seu espírito, tão profunda, que não se alcança nem se quer sob hipnose."*

*"Por vezes sou tentado a pensar que só se chega aquela zona profunda quando se sonha. Sabiam-no já os antigos que os sonhos podem ser reveladores. Tenho suspeita de que, se o doente pudesse falar, e falar durante muito tempo, dias e dias a fio, com uma pessoa que soubesse escutá-lo, talvez contando até o que sonhou, o trauma original poderia emergir subitamente e tornar-se claro. Em inglês, fala-se de um talking cure. Tereis tido a experiência de que, se contais acontecimentos distantes a alguém, no contar recuperais pormenores que havíeis esquecido, ou sejam que pensáveis ter esquecido e que, pelo contrário, o vosso cérebro conservava numa qualquer prega secreta. Eu creio que, quanto mais minuciosa for esta reconstituição, tanto mais poderá emergir um episódio, que digo?, até mesmo um facto insignificante, algo esbatido, que, porém, teve um efeito tão insuportavelmente perturbador, a ponto de provocar uma… como dizer uma Abtrennung, uma Beseitigung, não encontro o termo apropriado, em inglês diria removal, como se diz em francês quando se corta um órgão… une ablation? Aí está, em alemão, o termo apropriado seria talvez Entfernung."*

*"Regressado à Áustria, casar-me-ei, e, para manter a família, terei de abrir um consultório médico. E, então, usarei sabiamente a hipnose, como me ensinou Charcot (...)."*

**Sigmund Freud - contextualização das passagens**

Sigmund Schlomo Freud nasceu em 1878, no seio de uma família judaica, no antigo Império Austríaco. Filho do terceiro casamento do seu pai, Jacob Freud, com Amalia Nathanson, vinte anos mais nova do que o marido. Freud teve sete irmãos, sendo que os dois mais velhos eram dos anteriores casamentos do seu pai.

No seu crescimento e na sua descoberta de interesses e gostos, Freud, valorizava mais a ciência e a razão do que a religião, acreditava que o progresso estava a acontecer, que se estava a passar da magia e do incompreensível para a explicação científica.

Inicialmente considerou o estudo da lei e da política, contudo, percebeu que o seu interesse pela ciência e pela investigação seria o seu caminho. Estudou Medicina na Universidade de Viena; após os estudos, dedicou-se à investigação laboratorial, sem nunca abandonar o interesse pelas humanidades e filosofia. Em 1882, passou a trabalhar no Hospital Geral, onde contactou com diferentes áreas da Medicina, tendo desenvolvido trabalhos na área da afasia e paralisia cerebral, até começar a desenvolver o seu interesse pela influência das causas mentais nas doenças físicas. Por esta época, interessa-se pelos efeitos da cocaína, chegando a afirmar, numa carta à sua noiva Martha Berneys, os seus efeitos mágicos e como a cocaína o tinha salvo da depressão (publicou em 1884 sobre o tema).

Em 1885, passa uma temporada em Paris, na companhia de Jean-Martin Charcot, neurologista no Saltpêtrière, centro europeu de investigação em Neurologia. Charcot dedicou o seu estudo à histeria e o efeito da hipnose no seu tratamento; demonstrou, ao reproduzir os sintomas de histeria em pessoas sem doença conhecida, a relação entre causa mental e efeitos físicos. Com esta experiência, a ideia que Freud tinha sobre a relação entre corpo e mente ficou, ainda mais, fortalecida e norteou todo o seu trabalho na área da psicanálise.

Como dito anteriormente, Freud, tinha um vasto leque de interesses, tendo-se debruçado sobre a literatura e a arte, sobre as diferenças entre homens e mulheres. Este caminho, enriquecido pelos seus diferentes focos de atenção, levaram à investigação, teorização e aplicabilidade de umas das correntes mais famosas, reconhecidas e faladas, da Psiquiatria, a psicanálise, tornando-o uma pessoa notória no tratamento de doenças psicológicas em Viena. Segundo Roftus (2015), "ele (Freud) quis fundar uma ciência nova, contudo seu lance de génio foi nos arrancar da banalidade do cotidiano e de nossas pequenas ou grandes neuroses, para nos elevar às dimensões trágicas (...)".

Após a sua estadia em França, sob influência de Charcot, regressa a Viena e casa-se com Martha Berneys, com quem teve oito filhos; regressa ao seu trabalho no hospital e inicia a sua jornada na investigação clínica, tendo por base a experiência da hipnose e como o acesso a memórias esquecidas ou não acedidas de forma consciente podem influenciar a doença, percebendo a importância do inconsciente.

Mostrou-se ser um empreendedor e instigador da investigação, convidando alguns colegas e o seu primeiro mentor, Breuer, a formarem, em Viena e na sua casa, um grupo de discussão de casos clínicos e ideias, que originou, em 1908, a Sociedade de Psicanálise (com membros selecionados por Freud, que confiassem nas suas ideias e as seguissem).

Publicou numerosos estudos e livros, alguns bastante conhecidos como "*A Interpretação dos sonhos"*, outros que foram guias da história da Medicina e da Psiquiatria durante anos. "*Projeto para uma Psiquiatria Científica"*, publicado em 1895, pretendia ajudar a comunidade médica psiquiátrica a entrevistar os doentes com recurso ao método científico.

Freud, será sempre considerado o pai da teoria psicanalítica, que, de forma resumida, advoga que os componentes da consciência são o *id* primordial (dos instintos e desejos),

o *superego* (a consciência) e o *ego*, responsável por gerir e equilibrar as anteriores; assim, propôs uma "definição psicodinâmica da doença mental" (Lieberman, 2015), em que a doença surge de uma incapacidade de mediar o confronto emocional entre os constituintes da consciência, o que no limite levaria à psicose. Quando o contacto com a realidade não é quebrado, ou seja, só se observa uma incapacidade de gerir os conflitos psíquicos, o termo utilizado era a neurose - conceito mais influente da Psiquiatria ao longo do séc.XX, que se estendeu pela Europa, alcançou os Estados Unidos e o mundo. Recordando o interesse na ciência que Freud teve desde cedo, defendeu que a neurose (a doença mental) era uma consequência neurobiológica, que tinha perdurado ao longo da evolução por meio da seleção natural, tal como outra série de características humanas, neste caso, para nos organizarmos em sociedade, em que a cooperação e a competição são lados da mesma moeda, a evolução pela seleção levou a que as ideias mais egoístas tenham que ser reprimidas; quando não se mantém este equilíbrio, a mente humana adoece.

Alguns autores desafiaram-se a escrever a biografia de Freud, concluindo que fica sempre algo por desvendar ou por apresentar, avançam que as teorias que desenvolveu estão ligadas à sua vida, desde a infância, ao pensar e teorizar sobre a religião e sobre as culturas primitivas, e claro, pela experiência clínica que foi tendo, sempre associada ao sentido crítico e reflexivo, onde sempre se apoiou para defender as suas teorias.

Com a Europa submergida nas ideias antissemitas, e tendo em conta a origem judaica de Freud, este conseguiu refugiar-se em Inglaterra, onde faleceu aos 83 anos.

**Conclusão**

Só conseguimos compreender onde estamos se soubermos de onde vimos, que caminhos foram percorridos, que História foi ficando escrita. As artes conseguem apresentar este conhecimento de forma quase inconsciente, isto é, ao cativar e prender quem a consome, ensina e partilha o que já acontece, que influencia o que acontece e o que acontecerá. Desta forma, Umberto Eco, no seu livro "*O Cemitério de Praga*" dá a conhecer algumas figuras da História da Europa do séc.XIX, onde se inclui Freud, um dos maiores nomes da Psiquiatria, e que é apresentado para além do pensador e teórico, pelo que, se mantém a harmonia das palavras que contam a História pelas mãos de quem as escreveu.

**Bibliografia**

Simões, D. (2013). *Semiótica, Linguística e Tecnologias de Linguagem. Homenagem a Umberto Eco*. Dialogarts Publicações.

Eco, U. (2011). *O Cemitério de Praga*. Gradiva.

Kenny, D. (2019) Freud, Sigmund. In: V. Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Personal*ity and Individual Differences. Springer Nature Switzerland.

Lieberman, J. (2015). Psiquiatras. Uma história por contar. Temas e Debates - Círculo de Leitores.

Rotfus, M. (2015). Enfim, Freud!... Freud no seu tempo e no nosso Roudinesco, E. Freud en son temps et dans le nôtre. Paris: Seuil, sept. 2014. *Reverso* (tradução de Bernardo Maranhão), 37(70), 89-102.

# O GRITO DE EDVARD MUNCH

**Ana Margarida Fraga[*]; Bárbara Mesquita[*]; Inês Figueiredo[**]; João Facucho-Oliveira[*]; Margarida Albuquerque[*]; Miguel Costa[*]; Nuno Moura[***]; Pedro Espada Santos[*]; Ana Quintão***; Pedro Cintra*; Adriana Moutinho[*]**

[*]MD, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Cascais, Portugal
[**] MD, Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando da Fonseca, Portugal
[***] MD, Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Portugal
Email:ana.martins.fraga@hospitaldecascais.pt

**Resumo**

Edvard Munch é considerado um dos mais influentes protagonistas da arte moderna, destacado pela sua obra singular e conceptualmente introspectiva e existencialista. Com uma vida marcada por acontecimentos trágicos, a perda ainda em criança da mãe e irmã mais velha, a institucionalização da irmã mais nova, com doença mental e a relação fria e distante com o pai, que não aprovou a sua opção pela pintura, apresenta desde jovem sintomas de medo e ansiedade.

Na arte de Munch encontramos a canalização das suas emoções para a produção de obras extraordinárias, abordando temas existenciais como a vida, a morte e a angustia. Munch, que segundo alguns sofria de ansiedade e depressão, tinha consciência da sua doença, transmitindo nas suas obras a sua visão sobre a vida, com cores ousadas e linhas fortes, antecipando o movimento expressionista.

**Palavras-chave**: Edvard Munch; Pintura; Arte; Doença Mental

**Abstract**

Edvard Munchis considered one the most influential protagonists of modern art, known by his unique and conceptually introspective and existentialist work. With a life marked by tragic events, as the loss of his mother and older sister as a child, the institutionalization of this younger sister with mental illness, and an unhealthy relationship with his father, who did not approve his painting career, he manifests from a young age, symptoms of fear and anxiety. In Munch's art we find the channeling of his emotions to the production of extraordinary works, addressing existential themes such as life, death, and anguish. According to some reports Munch suffered from anxiety and depression, and aware of his illness he transmitted in his works his vision of life, with bold colours and strong lines, anticipating the expressionist movement.

***

## Introdução

Edvard Munch (1863-1944), artista norueguês que ficou conhecido por representar nas suas telas as suas emoções e angústias, recorrendo ao uso de formas e cores resultando em angustiantes representações, como forma de comunicar com o mundo. A sua obra abriu assim caminho para o desenvolvimento do Expressionismo, movimento artístico concentrado na Alemanha no início do século XX, conhecida como a arte do instinto, compreendendo a deformação da realidade para expressar de forma subjetiva a natureza e o ser humano, dando primazia à expressão de sentimentos em relação à simples descrição objetiva da realidade.

**Discussão**

Nascido a 12 de dezembro de 1863 em Adalsbruk, Noruega, Edvard Munch, considerado como um dos mais influentes protagonistas da arte moderna, destacou-se pela sua obra singular, conceptualmente introspetiva e existencialista.

Munch não teve uma vida fácil, a sua infância foi marcada por vários acontecimentos trágicos que moldaram, desde cedo, a sua personalidade e potenciaram o aparecimento de sintomas angodepressivos, bem retratados na sua obra.

> "*Herdei dois dos inimigos mais terríveis da humanidade – a herança da doença e da insanidade*"
>
> Edvard Munch

Filho de um médico obsessivamente religioso e com quem sempre teve uma relação distante, ficou orfão de mãe aos 5 anos, que não sobreviveu à infeção por tuberculose.

> "*Meu pai era temperamentalmente nervoso e obsessivamente religioso – até ao ponto da neurose. Dele herdei as sementes da loucura. Os anjos do medo, da tristeza e da morte ficaram do meu lado desde o dia que nasci*"
>
> Edvard Munch

Aos 14 anos, perdeu os seus dois irmãos, que retratou em uma das suas mais célebres obras, por tuberculose e pneumonia e, pouco tempo depois, viu a sua irmã mais nova institucionalizada num hospital psiquiátrico, com o diagnóstico de esquizofrenia.

Munch manteve sempre uma relação distante com o seu pai, que acabou por falecer anos mais tarde com um enfarte agudo do miocárdio, passando a viver com a sua tia.

Frágil e com tendência a adoecer, Munch passou a maior parte da sua infância na cama, tendo sido expulso da escola por faltas.

Aos 16 anos, Edvard, para grande desgosto de seu pai, desistiu do curso de engenharia e por essa altura, começou a dar os primeiros passos no mundo da arte, seguindo as pisadas de seu tio, o artista Jacob Munch, matriculando-se na Escola Real de Arte e Design de Oslo (Kristiania).

As primeiras obras de Munch possuem um estilo impressionista, descrito pelo próprio como "*tempo de almofada*" mas que considerou que não seria o suficiente para se expressar artisticamente.

Em 1885, Munch viaja para Paris com o intuito de melhorar a sua arte, influenciado por artistas como Vicent Van Gogh, Paul Gauguin e Toulouse-Lautrec, que certamente tiveram influencia nas mudanças do seu estilo representar o que sentia.

> *"Eu não pinto o que vejo, mas o que vi"*
>
> Edvard Munch

Uma das suas primeiras pintura foi a *The Sick Child*, inspirada na morte da sua irmã que, segundo o próprio artista, foi o iniciado de um novo caminho embora tenha recebido duras críticas.



Figura 1 - The sick Child
Fonte: https://www.tate.org.uk/art/artworks/munch-the-sick-child-n05035

Com pouco sucesso em França, recebe um convite para fazer uma exposição em Berlim em 1892, tornando-se um momento crucial da sua carreira e da história da arte alemã. Na Alemanha, Munch foi bem recebido, expos as suas artes além de entrar para o círculo social de artistas sociais.



Figura 2 - Retrato de Edvard Munch
Fonte: https://static.todamateria.com.br/upload/mu/nc/munch-cke.jpg?auto_optimize=low

Observamos desde as primeiras obras de Munch a influência pós-impressionista que foi moldando ao seu estilo próprio, acentuando as linhas de expressão para exteriorizar o que

sentia angústia, medo e solidão através do simbolismo, precursor do expressionismo alemão. As obras de Munch, carregadas de uma profunda tristeza e melancolia, claramente influenciadas pela sua infância difícil e amizades com filósofos niilistas, transformaram a sua arte em pura expressão de sentimentos com a tristeza e desespero.
Na arte de Edvard Munch encontramos a canalização das suas emoções na produção de obras extraordinárias que abordam temas existenciais como a vida e a morte.
Em 1893 notabilizou-se com uma das suas obras mais conhecidas *O Grito* que parece ser um estudo da mente - um pintar do universo interior, do seu subconsciente.
Em relação à sua obra O Grito, Edvard descreve no seu diário em 1952:

> "*Uma noite, eu estava a caminhar por um trajeto, a cidade de um lado e o fiorde abaixo. Sentia-me cansado e doente. Parei e olhei para o fiorde – o sol estava-se a por e as nuvens a ficar com tons de vermelho como sangue. Senti um grito passado pela natureza; pareceu-me ter ouvido o grito. Eu pintei este quadro, pintei as nuvens como sangue real. A cor gritou. Isso tornou-se O Grito*"

E alguns dias depois descreve o episódio que poderá ter sido o impulso para a produção da obra:

> *"Caminhava pela estrada com dois amigos, o sol estava-se a por – de repente, o céu ficou vermelho-sangue e detive-me, sentindo-me exausto e apoiei-me na cerca – havia sangue e línguas de fogo acima do fiorde azul-escuro da cidade – os meus amigos continuaram a andar e eu, fiquei ali a tremer de ansiedade – e senti um grito infinito passando pela natureza."*

*O Grito* que antecipa o movimento expressionista, simbolizando a angústia e a ansiedade do ser humano, revelando a força expressiva das linhas, redução das formas e valor simbólico da cor em que o artista transmite o desespero dos momentos difíceis que foi enfrentado durante a vida.



Figura 3 - O Grito
Fonte: http://ulbra-to.br/encena/uploads/O-Grito.jpg

Observando detalhadamente *O Grito*, podemos observar as suas formas distorcidas, expressão da personagem que revela dor e dificuldades que a vida pode apresentar, causando um grito silencioso, como forma de expressão desse sentido. A face que grita é indefinida, com um mínimo para identificar a pessoa humana, com olhos esbugalhados que contemplam o vazio. Não há feições masculinas ou femininas, especulando-se que poderá até ser um autorretrato do artista, tendo em conta a sua história de sintomas de ansiedade. O céu, por seu lado, de cores fortes e quentes, contribuem para a criação de uma atmosfera aterrorizante, que parece sufocar, transmitindo a sensação de extrema tristeza.

No canto superior, quase imperceptível, o autor escreve a lápis "só pode ter sido pintado por um louco", havendo teorias que referem que Munch adicionou a inscriçãoo após comentários críticos feitos quando a pintura foi exibida pela primeira vez na Noruega em outubro de 1895. Há boas evidências de que Munch terá ficado magoado a essa crítica uma vez que seria sensível às questões da doença mental, prevalentes na sua família.

Para os críticos, o que mais os impressionou na obra do Munch era a forma como exprimia o que atormentava a sua alma. O próprio Munch terá referido que pintava os traços e as cores que afetavam o seu olhar interior.

> *"Não me consigo livrar das minhas doenças, pois há muita coisa na minha arte que só existe por causa delas"*
>
> Edvard Munch

Depois de décadas de rejeição no mundo da arte, Munch que começava a ganhar alguns admiradores, aproveitou durante pouco tempo o seu sucesso. Numa espiral descendente estimulada pelos seus problemas de saúde mental e abuso de álcool, Edvard Munch foi internado em 1908 num hospital psiquiátrico, voluntariamente, por ideias delirantes persecutórias, alucinações acústico-verbais, insónia e abuso de álcool. Teve alta 8 meses depois com o diagnóstico de neurossífilis, passando a pintar quadros de cores mais claras e mentalidade menos pessimista.
No ano seguinte, regressou à Noruega onde residiu até à morte e onde produziu, ao longo dos 35 anos seguintes, obras diferentes das habituais: paisagens com cores vibrantes e pinceladas soltas, pinturas otimistas e até alegres.



Figura 4 - A Mulher na Ponte, 1935.
Fonte: https://i2.wp.com/arteref.com/wp-content/uploads/2019/04/Edvard-Munch-The-Women-on-the-Bridge-1934%E2%80%9340.jpg?w=728&ssl=1

Edvard nunca se casou, a sua vida amorosa foi muitas vezes tumultuosa.
Com perturbação da ansiedade e depressão desde jovem, a mente subjetiva sempre interessou Munch que procurou na arte a forma de desabafar sobre o que o incomodava ao mesmo tempo que encontrava na pintura algo terapêutico que permitia à sua mente estar ocupada e concentrada.
A relação entre a arte e a doença mental tem vindo a ser muito discutida, havendo quem defenda que a arte é um caminho que estreita a relação entre a loucura e a saúde mental através da criatividade. Muitos artistas é nos seus periodos de maior sofrimento que produzem obras marcantes, o que nos poderá fazer olhar para a arte como uma forma elementar da comunicação e neste caso, do sofrimento humano. Nessa perspetiva, a produção artística não sera apenas uma resposta ao sofrimento mas a forma como muitos lidam com ela.
Munch na sua obra, muito marcada pelos acontecimentos trágicos que marcara a sua vida, a sua saúde frágil e doença mental, teve êxito na forma como conseguiu expressar os seus medos e angustias através da sua criatividade.

Freud, descreveu no século XIX os mecanismos de defesa do ego, no qual se engloba a sublimação que compreende a arte como meio de expressão, uma forma de fuga. A sublimação não anula o sofrimento mas é uma forma de canalizar a energia psíquica de pensamentos e impulsos inaceitáveis e primitivos, transformando-os em produção artística socialmente aceite.

**Conclusão**

O Grito de Edvard Munch, parece ser a interpretação simbólica da ansiedade e angústia que assombravam Munch. Com uma vida marcada por tragédias, perdas precoces e uma saúde física e mental frágil, que moldaram a sua personalidade, Munch encontrou na arte uma forma de se reintegrar.

**Referências Bibliográficas**

Carvalho, G. (2005). A "Antecipação Ansiosa do Demônico" em Edvard Munch: Uma interpretação a partir da Teologia da Arte de Paul Tillich. *Revista Eletrónica Correlatio*. 8, 74-91. [Acedido a 25 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/COR/article/view/1744

https://culturalizando.blog/2021/03/24/edvard-munch/

https://www.ebiografia.com/edvard_munch/

Guleng, M. eMunch.no – Text and image. *Fagbokfolaget*. (2011). 303. [Acedido a 25 de janeiro de 2022].

Olson, D.; Doescher, R; Olson, M. (2004).The Back Page – The Blood-Red Sky of the Scream. *American Physical Society*. 13(5). [Acedido a 25 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://www.aps.org/publications/apsnews/200405/backpage.cfm

Prata, F.; Robock, A.; Hamblyn, R. (2018). The Sky in Edvard Munch's The Scream. *American Meteorological Society*. 99 (7). [Acedido a 25 de janeiro de 2022]. Disponível em: https://journals.ametsoc.org/view/journals/bams/99/7/bams-d-17-0144.1.xml

# JOSÉ JÚLIO DA COSTA
# O CASO DO ASSASSINATO DE SIDÓNIO PAIS

**António Alho[1]; Núria Santos[1]; Marisa Martins[1]; Ricardo Gasparinho[1]; Nuno Fernandes[1]; Liliana Ferreira[1]; Isa Costa[1]; Inês Costa[1]; Elisabete Sêco[2]**
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém
[1]Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria;
[2]Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails: antonio.alho84@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com;
marisa.andrem@gmail.com;
ricardogasparinho5@gmail.com;n.agostinho.fernandes@gmail.com;
lilianapf@gmail.com; isacosta2014@outlook.pt; inesveigacosta@gmail.com;
elisabete.seco@gmail.com

**Resumo**
Introdução: José Júlio da Costa (1889-1942) foi um ativista republicano que assassinou o Presidente da República, Sidónio Pais, em 1918. Foi detido e posteriormente transferido para o Hospital Miguel Bombarda para avaliação Psiquiátrica. Foi capturado em 1927 e re-internado nesta instituição onde permaneceu até morrer, sem nunca ser julgado.
Objetivos: revisão do caso de José Júlio da Costa
Métodos: pesquisa no motor de busca Google e consulta de livros abordando o tema
Resultados: ainda que as motivações para o crime pareçam ter sido políticas, a defesa requereu uma avaliação psiquiátrica que concluiu ausência de doença mental. Apesar disso é reencaminhado para o mesmo hospital, por indicação do procurador da República, aguardando julgamento até nova avaliação. Após captura, é re-internado por doença mental até falecer de "esquizofrenia".
Conclusão: a inexistência de julgamento permitiu o desenvolvimento de várias teses para o crime e para a ausência de castigo. A escassez de registos documentais deixa uma lacuna no conhecimento completo do crime.

**Palavras-chave**: José Júlio da Costa, Sidónio Pais, Psiquiatria, Portugal

**Abstract**
Introduction: José Júlio da Costa (1889-1942) was a republican activist who killed the Republican President, Sidónio Pais, in 1918. He was arrested and sent to Hospital Miguel Bombarda for a psychiatric evaluation. In 1927 he was captured and readmitted to this institution where he remained until his death, without ever being judged.
Aims: to review the case of José Júlio da Costa
Methods: Google search and consult of books about the theme
Results: eventhough the motivations for the crime seem to have a political origin, the defence required a psychiatric evaluation that concluded the absence of mental illness. Despite that, Costa is readmitted to the same hospital, by indication of the Republican Prosecutor, awaiting a new evaluation until his judgment. After capture, he was readmitted for mental health reasons until his death by "schizophrenia".
Conclusion: the absence of judgment allowed the development of several theses about the crime and the absence of punishment. The scarcity of documentary records leaves a gap in the complete knowledge of the crime.

***

**Introdução**

José Júlio da Costa (1889-1942), nascido em Garvão, foi um ativista republicano que a 14/12/1918 assassinou Sidónio Pais, então Presidente da República[1]. Após uma breve incursão no exército, volta ao Alentejo, onde acaba por casar-se[2]. Em 1918, após mediar a revolta dos trabalhadores do Vale de Santiago, da qual resultam múltiplas detenções[1], planeia o crime, como vingança dos camponeses traídos. É imediatamente detido, sendo posteriormente transferido para o Hospital Miguel Bombarda para avaliação Psiquiátrica que concluiu não existir doença mental. É retirado do hospital em 1921, na sequência de uma revolta militar, acabando por lhe ser decretada ordem de captura, que ocorre em 1927. Uma vez capturado é re-internado naquela instituição onde permanece até morrer, sem nunca ser julgado[2].

O presente trabalho pretende rever o caso de José Júlio da Costa através da consulta de manuais abordando o tema e *websites*.

**Desenvolvimento**

José Júlio da Costa (14/10/1893-16/03/1946) foi um ativista republicano que a 14/12/1918 alvejou mortalmente Sidónio Pais, então Presidente da República[1]. Nasceu em Garvão, concelho de Ourique, e era o segundo dos sete filhos de Eduardo Brito Júlio e Maria Gertrudes da Costa Júlio, grandes proprietários rurais, naturais da terra.

Entrou no Exército aos 16 anos, como voluntário, encontrando-se no Regimento de Infantaria 16, aquando da revolta republicana de 1910, tendo-se batido na Rotunda nos dias 4 e 5 de Outubro. Em 28 de janeiro de 1911 fez o curso para Primeiro-Cabo de Infantaria, oferecendo-se posteriormente, como voluntário para o Ultramar. Entre 1912 e 1914, serviu em Moçambique, Timor e Angola e neste último país, participou na batalha de Naulila, em 1914, o que lhe valeu um louvor[2].

Tentou alistar-se para a I Guerra Mundial, oferecendo-se como voluntário na embaixada francesa, mas por não conseguir passaporte, abandona o Exército em 1916, como Segundo-Sargento. Regressa ao Alentejo e casa-se com Maria do Rosário Pereira Costa, de quem não teve filhos[1].

O ano de 1918 é marcado por uma intensa agitação social em Portugal: as prisões e deportações de elementos republicanos para África; os manejos brutais duma polícia armada; a epidemia da pneumónica; o mal-estar do exército depois da derrota de La Lys (9 de abril); a tentativa revolucionária constitucionalista de 12 de outubro; o massacre da "leva de morte" (16 de Outubro); o primeiro atentado contra a vida de Sidónio (6 de dezembro) e os atos de violência que se lhe seguiram (destruição da sede da Maçonaria e às sedes partidárias do Centro Democrático e do diretório do Partido Republicano Português; greves constante e crescentes dificuldades económicas[2].

A acrescentar, quanto a José Júlio da Costa, o episódio da ocupação de terras no Vale de Santiago. Alinhando inicialmente junto dos grandes proprietários também teve em conta as reivindicações dos ocupantes rurais e a necessidade de conciliação com as forças da ordem. José Júlio mediou o acordo, pelo qual os ocupantes desocupariam as terras, sob condição de não virem a ser molestados pela Guarda Republicana[1]. Contudo, a atuação daqueles trabalhadores, liderados pela ala anarquista da Comuna da Luz de foi considerada como perigosa para a ordem pública, pelo que o Governo não aceitou os termos da proposta, sendo os grevistas severamente punidos e alguns até deportados para África. levou José Júlio da Costa a jurar que haveria de vingar os camponeses traídos. O caso das ocupações do Vale de Santiago pesou fortemente no espírito exaltado deste homem, no sentido de o levar a abater a figura que congregava em si a traição ao 5 de outubro.

Tomada a resolução, seguiram-se uma série de cerimónia, como sinal de um ritual para um feito gloriosos. Convidou a Guarda Republicana da sua terra natal para uma ceia, onde

participaram igualmente operários ser amigos. No final fez uma alocução, culminada pelos "vivas" a Afonso Costa e "morras aos sidónios". Entregou cartas de despedida à mãe, esposa e irmãos, pedindo perdão pelo ato que iria infligir[2]. Dias mais tarde, com o propósito de se vingar, deslocou-se de Garvão até Lisboa, com o objetivo de terminar o regime sidonista, assassinando o seu líder[1].

No dia 12 de dezembro de 1918, chegou à capital e instalou-se no Hotel Internacional, no Rossio, onde estava o grão- mestre da Maçonaria, Magalhães Lima, com quem tentara falar entretanto, mas cujo estado de saúde deste não lhe permitiu abordar o que apelidou de "magno assunto". A 14 de dezembro, visitou no Quartel dos Marinheiros, em Alcântara, um marujo revolucionário, tratando de o pôr ao corrente sobre o seu plano de assassinato. Acompanhado de outro camarada de armas, o marujo e Costa, jantaram inclusivamente no restaurante Silva, no Chiado, de onde finalmente este se encaminhou à Estação do Rossio, para por o seu plano em marcha, tendo conhecimento que Sidónio partiria dali para o Porto.

Por volta das onze e meia da noite, Sidónio chegava à estação do Rossio, sob forte dispositivo policial montado, já José Júlio esperava a sua chegada. De súbito, interrompendo o cordão policial, abriu caminho para alvejar o Presidente com uma *Browning*. Costa atingira letalmente Sidónio e enquanto era transportado de automóvel para assistência, José Júlio era linchado pela justiça popular.

No hospital de São José a vítima faleceria pouco depois. No cenário do crime, o assassino, protegido por agentes da autoridade, foi conduzido sob prisão para a casa do correio da estação, onde decorreu um interrogatório. Investigações posteriores caraterizam este homem com um qualquer iletrado, apesar de se conhecer o convívio com alguma literatura estrangeira extremista, como leitor ávido de acusações políticas. José Júlio acaba por ser detido na Penitenciária de Lisboa, onde permanece até 1921 sem qualquer julgamento. O processo encontrava-se então parado, por dúvidas acerca do estado das faculdades mentais do prisioneiro e neste sentido o advogado de defesa do homicida requereu um exame de avaliação ao estado mental do réu, o qual veio a ser executado por três ilustres alienistas: Júlio de Matos, Sobral Cid e Caetano Beirão. O parecer descreve um indivíduo que parecia não se afligir com o seu cárcere, revelando até algum discurso de heroísmo. A sua vivência de soldado em África haviam-no moldado num combatente de ideais patrióticos, não obstante ser contra as guerras mortíferas que enlutam famílias. Contudo, ele encontrara no seu ato a justificação enlevada pelo seu patriotismo, que falara mais alto naquele momento, relativamente ao seu país, que a seu ver, estaria incrivelmente necessitado de salvação. De resto, o réu julgava-se "na posse de uma completa normalidade de espirito", submetendo-se ao exame psiquiátrico, única e exclusivamente, porque considerava "que não tinha direito de intervir na orientação que à defeza entender dever dar o advogado que escolhêra para patrono"

De acordo com o relatório dos psiquiatras que o examinaram, o homicida era considerado: "em grande parte o produto, como centenas d'outros da anarchia mental em que se debatem as sociedades actuaes, e um bom exemplar dos descontentes que, na phrase de um philosopho francez, ao sereno cumprimento do dever preferem a tumultuaria reivindicação de direitos e excluem diversas hipóteses patológicas que pudessem estar na origem do crime, tais como: "neuropsicose", impulsos com raízes na "epilepsia ou histeria", "comportamentos obsessivos", "alucinação auditiva", "psicose tóxica ou infeciosa", "debilidade mental congénita" e "delírio sistematizado.

Através do relatório fica-se também a saber que era uma pessoa pouco afetuosa, o que se infere das palavras de sua mãe: "não se relacionava com a família senão por forma que mais parecia um estranho, mesmo para sua mulher. A esta coisa alguma dizia de sua vida, nem consultava para effectuar a venda dos seus bens, a não ser quando tinha necessidade da sua assignatura".

Assim, perante todo este cenário, os três peritos que examinaram as faculdades mentais do réu deliberaram que José Júlio da Costa não era, segundo as suas palavras, "um alienado nem o era ao tempo do crime de que é acusado, não podendo por isso beneficiar da irresponsabilidade que o artº 42º do C. Penal confere aos alienados"
Concluído o parecer é marcado o julgamento para o dia 31 de março de 1921. No entanto, no dia 2 desse mesmo mês, António Boavida expressava a sua preocupação com o estado mental do réu, realçando a situação ocorrida de uma visita do preso ao seu gabinete, cujas queixas incidiam no fato de não conseguir comer, nem dormir frequentemente, fumando desvairadamente, ao mesmo tempo que se exprimia com atitude nervosa, usando frases pouco claras, por vezes até mesmo incompreensíveis. Isto para além de ter sido informado pelo pessoal vigilante que o homem denotava uma conduta típica de alucinação auditiva, o que levou ao parecer convicto do médico de que seria necessária uma reavaliação psiquiátrica. Pais Rovisco, delegado do Procurador da República ordena que José Júlio da Costa recolha com a "máxima urgência e segurança ao Hospital Miguel Bombarda, para ali ser devidamente observado" e "foi adiado o julgamento *sine die*".
Na tarde de 19 outubro de 1921, na revolta radical conhecida por Noite Sangrenta, um numeroso grupo de civis invadiu o Hospital Miguel Bombarda e "obrigaram Sobral Cid a entregar José Júlio da Costa". A agitação política viria, por mais de um ano, a desviar a atenção do desaparecimento de José Júlio, até que em Janeiro de 1923, Rocha Martins, desvenda na imprensa o abrigo do assassino de Sidónio Pais, no Norte do país, sob proteção do Partido Democrático.
Finalmente, a 20 de Outubro Costa é localizado em Nine, concelho de Vila Nova de Famalicão. Contudo, a sua captura com ocorre anos mais tarde, em 1927, por António Maria Fernandes, funcionário público que se oferecera para a diligência e despoletada pela transição política iniciada através do golpe militar de 28 de Maio de 1926.
No dia 15 de janeiro de 1927 José Júlio foi transportado de comboio para Lisboa, até à estação de Entrecampos. A impressão causada pelo prisioneiro a um jornalista do Diário de Notícias foi descrita assim: "O seu rosto é branco, extremamente branco, como de uma pessoa há muito encerrada. (...) Chapéu na mão, um chapéu cinzento claro, quase branco, de vez em quando passa-o pela língua, gesto este que outras vezes repete com dois dedos espalmados (...) Traz um sobretudo castanho, muito engelhado, botas amarelas e camisa de cor alaranjada, sem gravata. A sua cor e a sua magreza impressionam. Ao caminhar, levantada aos braços como que a proteger a cabeça de algum golpe iminente, vibrado por uma mão invisível". Segundo o mesmo jornal, Costa foi conduzido a um carro celular das Cadeias Civis de Lisboa, o qual arrancou em direção ao quartel de Caçadores 5, em Campolide. Lia-se também nesse periódico: "a banda de música do batalhão dava o seu concerto semanal, pelo que José Júlio deixa[va] escapar, sempre passeando, algumas notas roucas. O preso canta[va], parecendo alheado a tudo". Finalmente, foi submetido a interrogatório, ao qual terá respondido de forma ininteligível, sendo por isso entretanto confiado à guarda do quartel de Artilharia 3.
Goradas as expectativas de grandes revelações sobre o assassinato, a imprensa foi obliterando o caso e o assassino recolheu à Penitenciária, aguardando um julgamento, que afinal nunca aconteceu.
Com o tempo, José Júlio da Costa foi manifestando sinais cada vez mais visíveis de alienação mental, facto que o levou a ser internado no Hospital Miguel Bombarda, onde entrou, "num estado lastimoso, tanto moral como fisicamente, envolto em alucinações". Aí permaneceu até morrer, em 16 de março de 1946, com 52 anos, quase três décadas depois do seu delito, sem nunca ter sido presente a tribunal.
Não foram encontrados registos sobre o estado mental apresentado durante este períodos, tendo sido apurado que sofreria de "esquizofrenia", através do que consta da sua certidão de óbito.

No dia que se seguiu à sua morte podia ler-se n' "O Século": O cadáver fica aguardando que apareça alguém para lhe fazer o funeral. Não sucedendo isso, será, a exemplo do que acontece em casos idênticos, enviado para a Faculdade de Medicina. Compareceu no local do óbito, a sua mãe, que lhe sobreviveu e providenciou o seu enterro em Garvão[2].

Na Vila de Garvão, diz-se que José Júlio da Costa matou Sidónio Pais a mando da Maçonaria e, que ao se escolher quem deveria realizar o ato, José Júlio da Costa foi escolhido porque tirou a palha mais comprida, num sorteio através de palhas presas na mão de uma pessoa[3]. Esta crença generalizou-se e foi reforçada pela aparente cumplicidade entre a Maçonaria Portuguesa e o assassino, dadas as suas visitas a Magalhães Lima, grão-mestre daquela instituição. Segundo o Diário de Notícias, Costa terá aludido a um encontro antes do crime com uma individualidade, que lhe terá dito: Vai, meu filho... Cumpre o teu dever". As semelhanças deste episódio com o encontro entre José Júlio da Costa e Magalhães Lima são mais do que evidentes, tendo este sido obrigado a repudiar na imprensa qualquer solidariedade patenteada com o assassino.

Um dos motivos apontados, pelos defensores desta tese, é o facto de Sidónio Pais ter sido Maçon, e a Maçonaria não perdoar aos seus antigos membros que se mostrem renegados ou que abandonem a organização, criando assim o mito que Sidónio Pais teria sido morto por outro Maçon que seria José Júlio da Costa. Outro motivo, o conhecido apoio dado pela Maçonaria à República e aos republicanos que Sidónio Pais vinha traindo e prendendo, tendo inclusivamente a sede do "Grande Oriente Lusitano Unido" sido invadida e saqueada oito dias antes do atentado, devido, precisamente, a outro atentado à vida de Sidónio Pais que saiu malogrado. Chegou mesmo a ser aventada a ligação de José Júlio à Carbonária, ainda que essas pistas seguidas por investigadores não tivessem obtido qualquer sustentação[2] Ainda assim, sendo a Maçonaria uma organização elitista e urbana, quando muito Costa, a fazer parte de alguma associação secreta, teria sido da Carbonária, um movimento mais rural e com forte implantação na província[3].

Sobre a estadia do ex-sargento no Hospital Miguel Bombarda, pouco se sabe. Médicos e enfermeiros, presos e alienados não deixaram testemunho e os documentos escritos são muito escassos, o que deixa uma enorme lacuna na história do assassino de Sidónio Pais, nomeadamente no sentido de um conhecimento mais apurado acerca do que realmente detonou a motivação do seu crime[2].

Da avaliação da pouca informação clínica que persistiu até aos dias de hoje e dos relatos de seus contemporâneos, a hipótese que se afigura como mais provável é que José Júlio, na altura do crime se encontraria já no decorrer de uma fase prodrómica de esquizofrenia, diagnóstico que efetivamente se confirmaria anos mais tarde. Ainda assim, esta é uma possibilidade que, ainda que com elevado fundamento, não irá muito mais além disto, uma hipótese.

**Conclusão**

O contexto em que o crime ocorre é marcado por um autêntico tumulto político no país, o que combinado com as vivências militares e políticas de José Júlio da Costa, em combinação com um forte sentido de dever e espírito aguerrido, podiam ter sido, por si só, o móbil para o crime. A possível existência de uma doença mental no próprio, à data do crime, poderá ter sido o impulso final para a ocorrência do mesmo, ainda que estudos atuais concluam que o risco de violência em doenças psicóticas seja baixo (o que poderá não ser exatamente verdadeiro para a época, em que não existiam os tratamentos farmacológicos atuais). A inexistência de julgamento permitiu o desenvolvimento de várias teses para o crime e para a ausência de uma sentença, enquanto que a escassez de registos documentais deixa uma lacuna no conhecimento do envolvimento do crime, o qual ficará permanentemente incompleto.

**Bibliografia**

1.Wikipedia [homepage na internet]. José Júlio da Costa [acesso em 04 de Fevereiro de 2022]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/José_Júlio_da_Costa

2 .Cruz, A (2016). *História da Psiquiatria Forense em Portugal (1884-1926): A originalidade de Júlio de Matos* – Tese de Doutoramento; Coimbra: Universidade de Coimbra; p 595.

3.Jornal de Garvão [homepage na internet]. José Júlio da Costa [acesso em 04 de Fevereiro 2022]. Disponível em: https://garvao.blogs.sapo.pt/jose-julio-da-costa-6884

# IDENTIDADE DE GÉNERO: DO PASSADO À PERSPETIVA ATUAL

**Cidália Peixoto*; Daniel Rego**; Marina Cruz*; Henrique Medeiros****
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER
*Médico Interno Formação Especifica de Psiquiatria
**Médico Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Emails:cidalia_lu@hotmail.com; tregodaniel77@gmail.com; cmarinaccruz@gmail.com; henriquejoaomedeiros@gmail.com

**Resumo**
A identidade de género define o género com que cada pessoa se identifica. Indivíduos que não se identificam com o género atribuído eram conhecidos como transexuais ou com perturbação de identidade de género. Este não é um fenómeno novo, existe desde os tempos antigos e em diferentes culturas. O interesse médico surgiu desde meados do século XIX e era geralmente considerado patológico. Nos últimos cinquenta anos, a identidade de género foi ligada à psiquiatria, principalmente devido aos sistemas de classificação, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e Classificação Internacional de Doenças (CID). O clima social e político influenciou mudanças nos termos, sendo transgénero, um termo popular, não médico e não patologizante. Em consonância com essa mudança no contexto social, as descrições da diversidade de género no DSM e CID foram enriquecidas ao longo do tempo, mostrando que o que antes era considerado uma perturbação é uma condição normal.

**Palavras-chave:** identidade de género, disforia de género, incongruência de género, transgénero, transexual

**Abstract**
Gender identity defines the gender with which each person identifies. Individuals who did not identify with their assigned gender were known as transsexuals or with a gender identity disorder. This is not a new phenomenon; it has existed since ancient times and in different cultures. Medical interest arose from the mid-19th century and was generally considered pathological. In the last fifty years, gender identity has been linked to psychiatry, mainly due to classification systems, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders *(*DSM) and the International Classification of Disease (ICD). The social and political climate has influenced changes in terms, with transgender being a popular, non-medical and non-pathologizing term. In line with this change in social context, descriptions of gender diversity in the DSM and the ICD have been enriched over time, showing that what was once considered a disorder is a normal condition.

***

## Introdução

Neste trabalho pretende-se ilustrar o desenvolvimento histórico do conceito de identidade de género, assim como discutir a sua evolução nos principais sistemas de classificação em psiquiatria: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e Classificação Internacional de Doenças (CID).

A identidade de género define como cada pessoa se identifica como homem, mulher ou uma combinação dos dois, sendo a referência interna, construída ao longo do tempo, contribuindo para a sua identidade, singularidade e sentimento de pertença.[1] Indivíduos que não se identificam com o género atribuído eram designados de diversas formas, como, por exemplo transexuais, com perturbação da identidade de género ou disforia de género.[1-2] Este não é um fenómeno novo, existindo descrições desde os tempos antigos e em

diferentes culturas.[1] No entanto o interesse da medicina neste domínio surgiu apenas a partir do seculo XIX.[3]

**Identidade de género e diversidade de género**

A identidade de género refere-se à medida em que as pessoas se sentem ser como os outros de um género, sendo geralmente expressa no comportamento do papel de género de uma pessoa. O papel de género diz respeito a comportamentos, atitudes e traços de personalidade que, numa determinada sociedade e período histórico, são tipicamente atribuídos, esperados ou preferidos por indivíduos de um género.[2]

Em psicologia clínica e psiquiatria, a inconsistência entre o fenótipo físico e o género, ou seja, a autoidentificação como homem ou mulher e a angústia dos indivíduos porque não se identificaram com o seu género atribuído, era definido como transexualismo, perturbação de identidade de género ou disforia de género.[1-2]

Stoller (1968) definiu transexualismo como a convicção de um sujeito biologicamente normal de pertencer ao sexo oposto. Já Becerra (2003) definiu transexualismo como uma convicção dos transexuais em pertencer ao sexo oposto, com uma constante insatisfação com seus próprios caracteres sexuais primários e secundários, com um profundo sentimento de rejeição e um desejo expresso de mudá-los cirurgicamente.[1]

Hoje em dia, existe também o popular termo transgénero utilizado para se referir a todos os tipos de fenômenos relacionados à incongruência de género ou diversidade de género. Transgénero é uma palavra relativamente nova. Foi originalmente criada por Virginia Prince no início da década de 70 para se referir a pessoas que viviam num género que não era aquele que geralmente acompanhava seus genitais.[4] É uma categoria mais ampla do que o termo transexual.[2,4]

Alem disso, o género é normalmente considerado em duas categorias imutáveis: masculino e feminino. Contudo, nas últimas duas ou três décadas, surgiu o conceito de identidades não-binárias.[5]

A dimensionalidade e diversidade da identidade de género também tem vindo a evoluir. Indivíduos com incongruência de género não precisam necessariamente uma identidade completa de género cruzado e nem sempre necessitam de cuidados clínicos.[2] Como já referido, hoje, as expressões de incongruência de género são frequentemente substituídas pelo termo transgénero, um termo popular cujas origens estão fora do DSM ou de qualquer outro manual de diagnóstico. O uso desses termos, que não são médicos e subsequentemente não patologizantes, são preferidos por membros da comunidade trans para se descreverem.[6]

**Identidade de género: referências ao longo da história da humanidade**

Na mitologia grega há várias descrições de mudanças de identidade de género. Por exemplo, o mito grego de Tirésias, que após que ao ver duas serpentes copular e matar a fêmea, é punido tornando-se mulher, exemplifica a mudança de sexo nos tempos antigos como forma de punição. Quando Tirésias aceitou favoravelmente a sua nova forma feminina, durante a relação sexual com um homem, voltou ao género original.[3]

Um dos mais antigos registos históricos da diversidade de género vem de um faraó de corpo feminino chamado Hatshepsut, que governou o Egito Antigo de 1478 a 1458 aC e foi retratado como um rei com barba, em uma pose masculina.[7]

Hipócrates descreveu um antigo grupo humano que viveu na Síria e na Palestina, por volta de 3000 aC, que chamou de não-homens semelhantes a eunucos, sem serem castrados, com ocupações sociais e inclinações femininas e geralmente dedicados a templos misteriosos devotos a uma deusa.[3]

No período romano, aproximadamente 200 anos aC, surge a primeira evidência na mudança de sexo de forma cirúrgica.[8] Os registos históricos falam do imperador

Heliogábalo, que governou de 218 a 222 AC, que era conhecido por remover os pelos, usar maquilhagem e roupas femininas, com maneirismos.[7] Alegadamente, ele ofereceu dinheiro a médicos se eles pudessem mudar seu corpo para genitais femininos.[7,8]
Para além disso, existem descrições de cidadãos romanos homens que investiram para alterar artificialmente a sua natureza de masculina para feminina. Nero foi um dos primeiros imperadores que legislaram sobre as intervenções cirúrgicas de mudança de sexo. Terá ordenado que interviessem em um jovem escravo para transformá-lo numa mulher. Após a conversão Nero e o seu escravo terão casado.[3]
Muitos povos indígenas em vários locais do mundo têm há muito tempo linguagem própria para descrever a diversidade de género como ela é entendida nas suas culturas. Em muitos casos, essas sociedades e culturas reconheceram e adotaram três ou mais identidades de género e essas pessoas eram frequentemente vistas como curandeiros especiais ou guias espirituais.[7] Desta forma, identidades não binárias existiam em várias culturas indígenas.[5] À medida que a influência da cultura e da medicina ocidental se espalha, parte da linguagem e das atitudes do Ocidente começaram a suplantar, ou coexistir, com abordagens mais tradicionais.[7]
Mais de 150 culturas indígenas tradicionais da América do Norte, antes da chegada dos europeus, tinham papéis culturalmente aceites para pessoas que eram reconhecidas como diferentes de mulheres e de homens com base no seu temperamento, papéis de trabalho, roupas, hábitos pessoais, espiritualidade ou sexualidade. Muitas tribos de índios nativos americanos davam especial veneração à pessoa de "dois espíritos" que eram homens biológicos que viviam abertamente como mulheres.[7,8]
Há vários séculos atrás, no Médio Oriente, homens biológicos, vivendo como mulheres, serviam como sacerdotisas dos governantes. No Japão, os primeiros xamãs passaram pelo processo de se tornarem mulheres e, no sul da Rússia, evidências de pessoas transgénero foram encontradas em túmulos da Idade do Ferro. Atualmente, também existem homens a viver como mulheres em diversas culturas. Por exemplo, na Tailândia, os Katoey e na Indonésia, um Waria que se trata de um homem que acredita ter a alma de uma mulher.[8]
Outra comunidade a realçar são os Hijra da Índia moderna, cuja linhagem remonta a 2000 anos, normalmente começam a vida com órgãos genitais masculinos, passando por rituais de castração, por vezes, penectomia, de forma tradicional. Vestem-se com roupas femininas. Hoje em dia, algumas Hijra também se identificam como transgénero ou transexuais e procuram tratamentos hormonais e procedimentos cirúrgicos hospitalares.[7,8]
Da civilização ocidental, também existem registos de algumas situações semelhantes. A título de exemplo, a espanhola Catalina de Erauso, a tenente freira, nascida em 1585, que sem alternativa para a expressão de género além da evasão, aos 15 anos fugiu do convento onde havia sido entregue em criança. Posteriormente tornou-se marinheiro e viajou. Em 1626, a história de de Erauso tornou-se lendária e o Papa deu-lhe uma escolha entre viver como uma mulher num convento ou um homem, tendo escolhido abraçar a masculinidade o resto da sua vida.[7] Outro caso documentado de transgénero foi o Cavaleiro de Éon de Beaumont (1728-1810) que viveu 49 anos como homem e 34 como mulher.[3]

**Identidade de género: medicina moderna**

A medicalização da diversidade de género é um fenómeno relativamente novo, desde meados do século XIX[7], embora fosse comumente confundida com a homossexualidade.[6]
Os fenómenos transgéneros eram geralmente considerados psicopatológicos.[2] Contudo, os critérios diagnósticos mudaram consideravelmente ao longo do tempo, apesar das controvérsias.[5]
Antes do início do século XX não havia palavras em inglês ou nas restantes línguas europeias especificamente para descrever o que agora consideramos pessoas trans ou não

binárias. Assim, a diversidade de género noutras épocas e lugares pode ter sido interpretada como o que hoje seria entendido como diferenças de desenvolvimento sexual, ou como homossexualidade, ou ter uma alma no tipo errado de corpo, ou como decorrente de alguma combinação destes e outros fatores.[7] No início do século XX, as palavras travesti e transexual eram mais comumente usadas nas sociedades ocidentais para descrever pessoas que se travestiam periodicamente ou que procuravam transições hormonais e cirúrgicas completas.[7] Os termos trans, não-binário são ainda mais novos, entrando em uso comum no início dos anos 2000.[7]

Durante os primeiros anos de tratamento médico do transexualismo não havia diagnóstico de saúde mental. O diagnóstico de saúde mental, surgiu na década de 70.[5]

Richard von Krafft-Ebing e Magnus Hirschfeld terão sido os primeiros psiquiatras a descrever pessoas que queriam viver ou estar a viver como membros do outro sexo.[2] Outros trabalhos com impacto nos campos da identidade de género, foram de David Cauldwell, Havelock Ellis e Harry Benjamin.[5]

Pelos padrões atuais, o trabalho destes investigadores é inconsistente com as abordagens afirmativas para trabalhar com pessoas trans. Alguns acreditavam que as pessoas trans tinham um desejo patológico de remover órgãos saudáveis. No entanto, para a época, eles eram aliados das pessoas trans e queriam que os seus doentes se sentissem à vontade com sua identidade.[5]

Em 1894, von Krafft-Ebing descreveu uma forma de se vestir de acordo com o sexo oposto, que chamou de "metamorfose sexual paranoica",[1,3] considerando este um fenómeno psicopatológico, como um desvio sexual.[6] Krafft-Ebing descreveu um caso de um jovem que se sentiu "como se eu fosse uma mulher real" e se referiu a este caso como um exemplo de "efeminação", que ele classificou como uma das formas mais graves de homossexualidade.[7] Deste modo considerava a homossexualidade como um tipo de identidade de género e, como tal, confundia esta com orientação sexual.[5]

Os termos travesti e transexual foram utilizados pela primeira vez por Hirschfeld, um sexólogo e médico em Berlim, em 1910 e num artigo de jornal publicado em 1923, respectivamente.[7] Os termos travesti e travestismo, cunhados por Hirschfeld, são os únicos termos dessa época que ainda estão em uso.[5] É também geralmente considerado como a primeira pessoa a distinguir homossexualidade do travestismo e transexualismo.[6] Hirschfeld também foi o primeiro a encaminhar indivíduos trans para cirurgia (o tratamento hormonal só se tornou disponível na década de 50).[2] Em 1930, algumas das primeiras cirurgias de reatribuição de sexo foram realizadas em duas mulheres trans no Instituto de Hirschfeld em Berlim.[7]

Em 1947, David Cauldwell, um médico americano, começou a popularizar o termo transexual[3] embora Hirschfeld já tivesse usado esse termo. Para este o transexualismo era geneticamente herdado e influenciado por uma infância disfuncional.[5] Cauldwell usou termos como "transexual psicopata", uma vez que defendia que as pessoas trans estavam doentes e precisavam de tratamento.[5]

Ellis foi um médico inglês que em 1913 criou o termo eonismo ou Inversão sexo estética[3] para identificar travestis em referência ao Cavaleiro de Éon.[5] Embora o eonismo tenha sido inicialmente usado para descrever o travestismo, também foi usado para descrever pessoas transexuais, ou aqueles que desejavam ser membros do sexo oposto.[5] O trabalho de Ellis incluiu o desenvolvimento de uma compreensão dos motivos por detrás de comportamentos sexuais desviantes. Desta maneira não tornava patológicas as atividades de uma pessoa, mas ajudava a aumentar a consciência das pessoas, com o objetivo de mudar o cenário político de maneira favorável.[5]

Henry Benjamin foi um médico endocrinologista alemão que foi para os Estados Unidos antes da Primeira Guerra Mundial. Benjamin trabalhou pela primeira vez com pessoas trans na década de 20, sendo considerado o pai da medicina transgénero, tendo

popularizado o termo transexual nos Estados Unidos.[5,8] Em 1966 compilou observações sobre o transexualismo e os resultados de intervenções médicas no seu livro *The Transsexual Phenomenon.*[1] Assim, estabeleceu uma nova direção para o tratamento de pessoas trans, defendendo que os indivíduos transexuais devem terem acesso a cuidados médicos de afirmação de género.[7] Este trouxe a atenção para as necessidades de saúde da comunidade que resultaram em tratamento médico, incluindo hormonas e cirurgia. Foi ainda o primeiro a desenvolver uma lista de sintomas que diferenciavam o transexualismo do travestismo.[5] Isso desviou a atenção das suposições sobre o desejo sexual para um foco na necessidade de mudar as características físicas para permitir que a pessoa vivesse em um papel de género diferente do sexo que lhe foi atribuído no nascimento.[5]

Os médicos na Europa começaram a experimentar na década de 20 a cirurgia de redesignação de género, historicamente chamada de cirurgia de redesignação de sexo, e, na comunidade transgénero, chamada de cirurgia de confirmação de género.[6]

Michael Dillon foi provavelmente o primeiro homem trans a passar por uma transição médica, incluindo tratamentos hormonais e cirurgias genitais. Nascido em 1915, Dillon exibia sinais clássicos de ser trans. Em 1939, aos 24 anos, Dillon adquiriu comprimidos de testosterona, tendo mais tarde removido as mamas e, em seguida, passou por uma série de cirurgias genitais de 4 anos para criar um pénis.[7]

Contudo, estes procedimentos só ganharam atenção mundial quando um americano, George Jorgensen, foi para a Dinamarca como homem e retornou aos EUA em 1952 como a mulher trans Christine Jorgensen.[6] No meio da grande controvérsia pública e profissional, os médicos que participaram da cirurgia de Jorgensen publicaram um relatório do seu tratamento no *Journal of the American Medical Association*.[4] A história da sua transição de género apareceu na primeira página do *New York Daily News*, tendo uns meses depois o *Los Angeles Times* declarado a pessoa "mais comentada" do mundo.[7] Esta exposição pública acabou por levar a uma maior conscientização popular, médica e psiquiátrica de um conceito científico que viria a ser conhecido como identidade de género.[4] Informou o público sobre a existência de pessoas trans e ofereceu esperança às pessoas trans de que a transição podia ser possível para elas.[7]

Em suma, a maioria das teorizações psiquiátricas da época combinavam orientação sexual e identidade de género, e muitos analistas desconheciam, eram indiferentes ou às vezes hostis a pesquisas de fontes não analíticas que não apoiavam as suas próprias teorias.[4] Muitos médicos e profissionais de saúde mental criticaram o uso de hormonas e cirurgia como uma solução para problemas de identidade de género, pois consideravam-na uma condição neurótica grave ou psicótica e delirante que precisava de psicoterapia e "teste de realidade".[2] Um estudo de 1960, que incluía psiquiatras, urologistas, ginecologistas e clínicos gerais, mostrou que a maioria se opunha a fornecer tratamentos de redesignação de género.[6]

**Identidade de género: psiquiatria e os sistemas de classificação**

Como já mencionado, nos últimos cinquenta anos, a identidade de género foi intimamente ligada à saúde mental e psiquiatria. Isso deve-se, em parte, à inclusão de diagnósticos nos sistemas de classificação como o DSM e CID.[5]

As mudanças que ocorreram nos sistemas de classificação ao longo do tempo, como podemos ver na tabela 1, ilustram que o que antes era considerado uma perturbação mental pode ser visto, hoje em dia, como uma variação normal.[6] Ao longo do último meio século, as forças sociais e dados científicos tornaram possível visualizar a identidade transgénero como variante não patológica da experiência humana.[7,9] Em ambos os sistemas de classificação, o nome das categorias relacionadas às condições transgéneros foram alteradas a fim de reduzir o estigma, eliminando a palavra perturbação e optando

por categorias que melhor expressem a subjetividade experiência de identidade de género cruzado.[9]

A identidade de género foi abordada pela primeira vez no DSM-II (1968), mencionando o Travestismo, contudo manual não aborda a questão da identidade de género *per si*, classificando como Desvios Sexuais.[7] A identidade de género como uma questão separada não aparece até à terceira edição do DSM.[6] Reconheceu-se que o travestismo deveria ser diferenciado do transexualismo, como era então chamado, e em 1980 o transexualismo foi incluído no DSM-III.[2] No DSM-III surge uma nova categoria intitulada de Perturbações Psicossexuais, que inclui dois diagnósticos: Transexualismo (em adolescentes e adultos) e Perturbação da identidade de género na infância.[6] No DSM-III-R (1987), um terceiro diagnóstico foi adicionado: transtorno de identidade de género da adolescência e adulto, tipo não transexual e a categoria diagnostica foi alterada para Perturbações com início habitualmente durante a infância ou a adolescência.[1,6]

Na revisão seguinte deste manual, o DSM-IV, em 1994, o termo transexualismo foi eliminado, sendo substituído pelo termo perturbação de identidade de género para descrever aqueles sujeitos que apresentam uma forte identificação com o género oposto e uma constante insatisfação com seu sexo anatómico.[1] A categoria diagnostica também mudou para Perturbações sexuais e da identidade de género.[6] No DSM-IV-TR, em 2000, não houveram alterações.[6] No DSM-V, em 2013, o termo perturbação de identidade de género foi substituído pelo termo disforia de género (Disforia de Género em Crianças e Disforia de Género em Adolescentes ou Adultos).[1] Além disso, a disforia de género foi introduzida numa secção própria e separada das disfunções sexuais e parafilias.[6]

Tal como no DSM, os trangénero não foram incluídos nas primeiras edições da CID.[9]

Nem a CID-6 (1948), nem a CID-7 (1955) mencionam o diagnóstico de transexualismo. Por sua vez, a orientação sexual e a identidade de género eram muitas vezes confundidas naquela época, sendo que o diagnóstico de homossexualidade apareceu tanto na CID-6 como na CID-7.[6]

A CID-8 (1965) separou desvios sexuais de perturbações da personalidade. Os desvios sexuais incluíram pela primeira vez o novo diagnóstico de travestismo, contudo as definições de categorias diagnósticas não foram fornecidas na CID-8, portanto, o significado pretendido de travestismo não é totalmente claro. Este termo pode ter sido utilizado porque foi usado o termo travestismo na descrição da cirurgia de Jorgensen.[6]

Na CID-9 (1975), o travestismo foi substituído por dois novos diagnósticos. Um deles era o travestismo, definido como um desvio sexual no qual o prazer sexual é derivado de se vestir com roupas do sexo oposto, sem uma tentativa consistente de assumir a identidade ou o comportamento do sexo oposto. O outro era transexualismo. Este novo diagnóstico provavelmente criado para incluir a crescente investigação que se vinha a realizar acerca das apresentações clínicas e do tratamento do transexualismo. Ambos os diagnósticos, no entanto, ainda eram classificados como desvios sexuais.[6]

Na CID-10 (1990) apareceu uma nova categoria de perturbação de identidade de género que menciona cinco formas diferentes de perturbação de identidade de género: Transexualismo Travestismo de duplo papel, Perturbação de identidade de género na infância, Outras perturbações da identidade de género e Perturbação de identidade de género, não especificado. Apesar da atualização, continuou a usar, mais uma vez, o termo Travestismo e transexualismo para se referir a uma dessas formas.[1,6]

Na CID-11, as condições de identidade de género foram retiradas do capítulo das perturbações mentais e comportamentais para um novo capítulo sobre Condições Relacionadas com a Saúde Sexual, enquanto o DSM-5 mudou o nome das condições, eliminando a palavra perturbação, mas mantendo-as como doenças mentais.[9] Na CID-11, introduziram os diagnósticos de Incongruência de Género na Infância e Incongruência de Género na Adolescência e na Idade Adulta.[9]

| Ano | Versão DSM | Diagnóstico | Secção | Versão CID | Diagnóstico | Secção |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1965 | — | — | — | CID-8 | Travestismo | Desvios sexuais |
| 1968 | DSM-II | Travestismo | Desvios sexuais | _ | _ | _ |
| 1975 | — | — | — | CID-9 | Transexualismo -Travestismo | Desvios sexuais |
| 1980 | DSM-III | Transexualismo -Perturbação da identidade de género na infância | Perturbações sexuais | — | — | _ |
| 1987 | DSM-III-R | Transexualismo -Perturbação da identidade de género na infância -Perturbação da identidade de género em adolescentes e adultos, tipo não-transexual | Perturbações com início habitualmente durante a infância ou a adolescência | — | — | — |
| 1990 | — | — | — | CID-10 | Transexualismo -Travestismo de duplo papel -Perturbação de identidade de género na infância - Outras perturbações da identidade de género -Perturbação de identidade de género, não especificado | Perturbação de identidade de género |
| 1994 | DSM-IV | -Perturbação da identidade de género em adolescentes e adultos -Perturbação da identidade de género na infância | Perturbações sexuais e da identidade de género | — | — | — |
| 2000 | DSM-IV-TR | -Perturbação da identidade de género em adolescentes e adultos -Perturbação da identidade de género na infância | Perturbações sexuais e da identidade de género | — | — | — |
| 2013 | DSM-5 | -Disforia de género em adolescentes e adultos -Disforia de género na infância | Disforia de género | — | — | — |
| 217 | — | — | — | CID-11 | Incongruência de género em adolescentes e adultos -Incongruência de género na infância | Condições relacionadas com a saúde sexual |

Tabela 1 - Evolução dos sistemas de classificação (adaptada de Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry*, 27(5), 386-395)

**Conclusões**

Os primeiros registos de identidade de género surgem no Egipto e Roma antigos. O interesse médico no fenómeno da identidade do género surge muito mais tarde, desde meados do século XIX, sendo inicialmente considerado patológico. Posteriormente, foi associado à psiquiatria e saúde mental, onde foi incluído no DSM na CID.

O meio social e político influenciou mudanças nos termos, sendo que as definições no DSM e na CID foram enriquecidas ao longo do tempo, mostrando que o que antes era considerado uma perturbação é uma condição normal.

**Fontes e bibliografia final**


1. Capetillo-Ventura, N. C., Jalil-Pérez, S. I., & Motilla-Negrete, K. (2015). Gender dysphoria: An overview. *Medicina universitaria*, *17*(66), 53-58.

2. F. Beek, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 5-12.

3. Ferrer, C. G. (2006). Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de Enlace*, *78*, 13-20.

4. Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of sexual behavior*, *39*(2), 427-460.

5. Dickey, L. M. (2020). History of gender identity and mental health. In Rothblum, E. D. (Ed.), *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health* (pp. 25-32). New York: Oxford University Press.

6. Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry*, *27*(5), 386-395.

7. Poteat, T., Rachlin, K., Lare, S., Janssen, A., & Devor, A. (2019). History and prevalence of gender dysphoria. In Poretsky L., Hembree W. (Eds.), *Transgender Medicine: A Multidisciplinary Approach* (pp. 1-24). New York: Humana Press.

8. Berlin, F. S. (2016). A conceptual overview and commentary on gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *44*(2), 246-252.

9. Rebeca, R., & Tania, R. (2021). Depathologizing Sexual Orientation and Transgender Identities in Psychiatric Classifications. *Consortium Psychiatricum*, *2*(2), 44-52.

# PSEUDOALUCINAÇÕES, UM CONCEITO DO PASSADO?

**Filipa Santos Martins[1]; Cátia Guerra[2]**
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,
Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal
[1]Interna da Formação Especifica em Psiquiatria
[2]Assistente Hospitalar em Psiquiatria
Emails:afilipasantosmartins@gmail.com; catiaguerra07@gmail.com

**Resumo**
O conceito *pseudoalucinações* foi introduzido para caracterizar fenómenos alucinatórios que não reuniam todos os pressupostos que definem as alucinações. De facto, os limites que permitem distinguir entre estes dois fenómenos não são de fácil delimitação. Contudo, podem ser identificados dois fatores que procuram estabelecer esta distinção: imagens mentais vívidas e a ausência de insight. A existência destas duas vertentes, a ausência de subsequente consenso e a confusão com as falsas alucinações, contribuiu para que o estudo deste fenómeno seja negligenciado, acabando o termo por ser utilizado de forma errónea e heterogénea.
Este trabalho propõe-se, assim, a revisitar a origem e a evolução deste conceito psicopatológico, analisando as definições propostas pelos principais autores que estudaram este fenómeno, nomeadamente Jaspers, Kraepelin e Bleuler, até às mais atuais desenvolvidas por autores contemporâneos.

**Palavras-chave:** Pseudoalucinações; Alucinações; Psicopatologia

**Abstract**
*Pseudohallucinations, an outdated concept?* — The concept of pseudohallucinations was introduced to characterize hallucinatory phenomena that did not meet all the assumptions that define hallucinations. In fact, the limits that make it possible to distinguish between these two phenomena are not easy to define. However, two factors that seek to establish this distinction can be identified: vivid mental images and the absence of insight. The existence of these two strands, the absence of subsequent consensus and the confusion with false hallucinations, contributed to the neglect of this phenomenon, being the term used in an erroneous and heterogeneous way.
This work proposes, therefore, to revisit the origin and evolution of this psychopathological concept, analysing the definitions proposed by the main authors who studied this phenomenon, namely Jaspers, Kraepelin and Bleuler, up to the most recent ones developed by contemporary authors.

**Keywords:** Pseudohallucinations; Hallucinations; Psychopathology

***

## Introdução

O conceito *Pseudoalucinações* é talvez dos mais controversos e desvalorizados no âmbito da Psicopatologia (Berrios, 1996; Berrios & Dening, 1996; Dening & Berrios, 1996). Surgiu pela necessidade de diferenciar e designar fenómenos alucinatórios que não apresentassem todas as características fundamentais das *Alucinações*, uma vez que se acreditava não apresentarem o valor diagnóstico destas últimas. Contudo, as várias propostas e definições formuladas permitiram que o conceito se tornasse bastante abrangente e heterogéneo, sendo utilizado para descrever uma grande diversidade de

fenómenos distintos. Parte desta confusão parece emergir da evolução histórica do mesmo, pelo que a sua compreensão passa pela revisão dos vários autores que se dedicaram ao seu estudo e propuseram distintas definições. Este trabalho propõe-se a revisitar a evolução deste fenómeno através das abordagens propostas pelos principais autores ao longo das diferentes épocas.

## Evolução Histórica do Conceito

### 1.Da antiguidade até ao século XVIII:

Os fenómenos alucinatórios são conhecidos desde a Antiguidade, sendo interpretados à data como fenómenos carregados de simbolismo mágico e místico, como se uma visão beatifica e uma bênção se tratassem (Telles-Correia, Moreira & Gonçalves, 2015). Os mestres religiosos distinguiam as visões *sensoriais* e as *intelectuais*, considerando estas últimas como sendo desprovidas de elementos sensoriais, ocorrendo num espaço interno, apresentando o individuo juízo crítico para as alterações. Só a partir do século XVIII, com a emergência da Psiquiatria enquanto ciência médica, os fenómenos alucinatórios começaram a ser interpretados como sinal de doença.

### 2.Século XIX

A discussão sobre o que caracterizava e distinguia as *pseudoalucinações* das *alucinações* poderá ter-se iniciado após a definição de Esquirol para *alucinações*, em 1817 (Esquirol, 1838). Esquirol considerou que a experiência alucinatória é caracterizada pela existência de convicção de uma sensação percecionada na ausência de um objeto externo. Assim, iniciou o debate se existiriam situações em que a sensorialidade da perceção estaria enfraquecida pelo que o individuo apresentaria também uma convicção enfraquecida. Foi então iniciada a discussão entre vários autores quanto à existência de fenómenos alucinatórios-*like*. Um desses autores correspondeu a Jules Baillarger, neurologista e psiquiatra francês, que defendia a distinção entre alucinações *psicosensoriais* e *psíquicas*, sendo que estas últimas seriam o equivalente às pseudoalucinações (Baillarger, 1846; 1886). Segundo Baillarger,

> *Os doentes ouvem os seus pensamentos através de um sexto sentido.*

Este autor acreditava que as alucinações psíquicas eram o resultado de um exercício involuntário da memória e imaginação através da supressão de impressões externas. Nas suas descrições, admitia a existência de alucinações psíquicas em doentes psicóticos crónicos:

> *Além dos delírios, o estado cognitivo dos doentes com alucinações psíquicas é diferente dos que falam com eles mesmos, ou seja, não apresentam experiências sensoriais reais.*

### 2.1 Autores Franceses e o d*ebate 1855-56 Société Médico-Psychologique*

Em meados do século XIX, o debate 1855-56 *Société Médico-Psychologique* permitiu a discussão de fenómenos alucinatórios, nomeadamente quanto ao caracter de normalidade das mesmas, a continuidade ou descontinuidade com as perceções normais, sua localização no espaço interno e externo, assim como o juízo crítico para as mesmas, enquanto fatores de relevo para estabelecer o valor patológico (SMP, 1855). Este debate permitiu ainda a discussão sobre fenómenos pseudoalucinatórios, cuja existência era defendida por alguns autores que advogavam que a existência de *alucinações* era incompatível com a preservação do juízo critico.

Incluídos nestes autores estavam Philippe Buchez que propôs que as alucinações fossem divididas em *involuntárias* e *voluntárias*, considerando as ultimas como não patológicas;

assim como Jean-Pierre Falret (Falret, 1864) e Jean-Claude Michéa (Michéa, 1846), que argumentaram relativamente à compatibilidade de juízo crítico e patologia. Alexandre Brierre de Boismoint (Brierre de Boismoint, 1862) defendeu a existência de experiências alucinatórias *fisiológicas*, ou seja, não sinónimas de patologia, e Alfred Maury (Maury, 1848; 1878) acrescentou que existiam alucinações *do tipo* normal em indivíduos que por questões religiosas passavam por períodos de jejum e exaustão prolongada. Adolphe Garnier (Garnier, 1852) e Louis Peisse consideravam que as alucinações eram um produto mental que originava representações internas vívidas, pelo que, na sua opinião, o critério diagnóstico fundamental consistia na crença de exterioridade da imagem.

**2.2 Autores alemães:**

Além da discussão entre autores francesas, também vários autores alemães deram importantes contributos para a discussão sobre fenómenos alucinatórios. Wihelm Griesinger (Griesinger, 1861) advogava a existência de um contínuo entre alucinação e produto da imaginação, podendo os fenómenos pseudoalucinatórios corresponder a um fenómeno intermediário, em que a perceção seria mais esbatida, menos intensa, do que no caso das alucinações:

> *Não há duvida que há diferença entre uma alucinação e uma excitação interna da imaginação. Será esta diferença especifica ou só uma questão de grau? Já vi uma transformação interessante de alucinações internas, pálidas e obscuras que acompanham a perceção em estados ordinais em alucinações com distinção objetiva real. Alucinações sozinhas não são consideradas suficientes para comprovar insanidade. É necessária a existência de perversão profunda da mental e o desenvolvimento de ideias não sãs.*

Por sua vez, Karl Kahlbaum (Kahlbaum, 1866) fundamentou a sua opinião num estudo que avaliava aspetos clínicos, fisiológicos e anatómicos sobre alucinações. Desta forma, considerou a existência de *órgão* responsável por criar experiências alucinatórias centrífugas, com pouco conteúdo sensorial, e que estariam relacionadas com a atividade espontânea da mente. Outros autores, como Friedrich Wilhelm Hagen (Hagen, 1868), inspiraram-se nos trabalhos de autores franceses, propondo a distinção entre ilusões, delírios e alucinações, considerando estas últimas como produto de uma *convulsão* nervosa e como uma manifestação de doença, mas não necessariamente de doença mental. Para Hagen, as pseudoalucinações correspondiam a erros dos sentidos ou ilusões pelo que, embora seja pioneiro na introdução do conceito, acaba por destoar na sua formulação. Também Emil Kraeplin (Kraeplin, 1919) contribuiu para deste debate, admitindo a existência de *falsas vozes* além das *vozes do exterior* nos doentes com o diagnóstico de *dementia praecox*.

**2.3 Autores russos**

Victor Kandinsky foi um psiquiatra russo que se inspirou na sua experiência enquanto doente psiquiátrico para descrever e formular sobre fenómenos alucinatórios, incluindo as *pseudoalucinações* (Kandinsky, 1881; 1885). Embora considerasse o termo *pseudoalucinação* como confuso, definiu o fenómeno como uma perceção subjetiva, em que a vividez e o carácter são semelhantes aos das alucinações verdadeiras, distinguindo-as pela ausência de realidade objetiva. Desta forma, na sua formulação, as alucinações diferiam das imagens geradas pela imaginação ou memória porque eram completas sensorialmente, vividas e involuntárias. Esta sua definição viria a servir de base a novas formulações, nomeadamente de Karl Jaspers.

**3.Século XX**

Naturalmente, o debate estendeu-se para o século XX, surgindo novas propostas baseadas em estudos com doentes psicóticos e em autores que se tornariam fundamentais para a psicopatologia como Eugen Bleuler e Henry Ey.

A partir de oito casos clínicos de doentes seus, Ernesto Lugaro (Lugaro, 1903) propôs que as *pseudoalucinações* fossem consideradas representações mentais puras, sem o caracter objetivo das alucinações, egodistónicas, e como resultado da *irritação de* centros associativos cerebrais. Admitia ainda que podiam originar delírios secundários, e podiam ser observadas em doentes psicóticos, tais como os doentes esquizofrénicos crónicos. Bleuler (Bleuler, 1934), por sua vez, defendeu que as pseudoalucinações correspondem a perceções com clareza sensorial completa e localização no espaço externo mas que são reconhecidas como falsas. Baseava esta sua perspetiva na experiência de doentes esquizofrénicos que por vezes experienciavam vozes *internas* que batalhavam com as *externas*, sendo estas ultimas causadoras de maior angústia por serem mais desagradáveis.

George Petit (Petit, 1913) e Jules Séglas (Séglas, 1903; 1914) são dois psiquiatras franceses que se debruçaram sobre este tema. Petit considerou as pseudoalucinações como *caput mortuum* em que a única característica comum era serem idênticas às alucinações, no seu automatismo, isto é, emergindo espontaneamente e impondo a sua presença no sujeito e não apresentarem origem sensorial, motora ou cenestésica. Distingui-as, no entanto, uma vez que a representação das *pseudoalucinações* não apresentava os atributos de sensação externa, já que era experienciada diretamente na consciência e serem egodistónicas. Definiu ainda três subgrupos clínicos: aqueles que consistiam em imagens sensoriais simples que o sujeito reconhecia como puramente subjetivas; perceções auditivas em que o individuo reconhecia como internas; e as que se impunham a consciência, mas que o sujeito reconhecia como estranhas. Séglas também reconheceu a existência de três tipos de fenómenos alucinatórios: o primeiro correspondendo a visão de pessoas e objetos; a segunda alucinações motoras-verbais e por último pseudoalucinações.

Em 1911, Karl Jaspers escreveu pela primeira vez sobre *pseudoalucinações* (Jaspers, 1911; 1912; 1948). Fortemente influenciado pela obra de Victor Kandinsky, considerou que estas se distinguiam das *alucinações* uma vez que as alucinações são objetivas, com realidade concreta enquanto as *pseudoalucinações* são subjetivas e figurativas. Alem disso, as *alucinações* ocorrem no espaço externo e as *pseudo*alucinações são situadas ao espaço interno. Em sumário, correspondem por isso a falsas alucinações que apresentam falta de consistência sensorial, estão localizadas no espaço subjetivo interno, não persistem por longo período de tempo e podem ser modificadas pela vontade. Também Henri Claude e Henry Ey (Claude & Ey, 1932; Ey, 1939; 1973), mestre e aluno, respetivamente, ocuparam-se sobre este tópico e consideraram que as *pseudoalucinações* apresentavam caracter obsessivo. Trata-se de uma perspetiva bastante dissociante das anteriores, mas para estes autores a maioria dos sintomas vulgarmente classificados como *pseudoalucinações* correspondiam a formas de comportamentos obsessivos.

Frank Fish (Fish, 1967), cuja obra ainda hoje é relevante no estudo da Psicopatologia, formulou a sua definição de *pseudoalucinações*, descrevendo-as como fenómenos alucinatórios que carecem ao nível da sensoperceção, apresentando por isso o individuo juízo crítico para as mesmas. Por este motivo, para si eram desprovidas de valor prognóstico ou diagnóstico em doentes psicóticos, apresentando apenas interesse académico. Também Alfred Freedman and Harold Kaplan fizeram a distinção atendendo ao espaço interno ou externo, embora sem utilizar o termo *pseudoalucinações* (Freedman, Kaplan and Sadock, 1976). Contudo, não valorizaram a existência de juízo crítico para a distinção.

Sédman (Sédman, 1966a; b; c), após um estudo com 72 doentes, considerou que quer as imagens mentais vívidas, quer as *pseudoalucinações*, estavam associadas mais frequentemente a doentes com *Personalidade insegura* do que a patologia psicótica. Assim, concluiu que as *pseudoalucinações* eram idênticas às *imagens mentais vividas*. Além disso, afirmou que as *alucinações verdadeiras* são localizadas no espaço externo e são experienciadas como egodistónicas.
Brasic (Brasic, 1998) afirmou que as *alucinações* são perceções sensoriais sem estimulo ambiental e que a natureza da alucinação é critica pela localização, diagnostico diferencial e planeamento terapêutico, e Taylor (Taylor, 1981) propôs a existência de dois tipos de *pseudoalucinações*, condensando assim as duas perspetivas que se discutiam: as percecionadas (alucinações com insight) e as imaginárias (imagens vívidas internas).
Por último, Hare (Hare, 1973) sugeriu que o conceito fosse abandonado uma vez que era bastante ambíguo, gerando bastante confusão atendendo à diversidade de conceitos na literatura. Ainda assim também defendia a existência de uma distinção da experiência sensorial em subjetiva ou objetiva, sendo que a primeira teria origem numa estimulação anormal das terminações sensitivas nervosas, sendo interpretada pelo doente de forma não mórbida, podendo ocorrer tanto em doenças orgânicas ou psiquiátricas.

**4.Visão atual**

Esta perspetiva histórica do conceito de *pseudoalucinações* põe em destaque que os vários autores que se debruçaram sobre o assunto nunca convergiram numa única perspetiva. Por um lado, há os autores que consideram que as *pseudoalucinações* diferem das *alucinações* uma vez que o doente apresenta juízo crítico para as mesmas, enquanto outros colocam a distinção nas propriedades da perceção, nomeadamente na riqueza sensorial e localização no espaço externo ou interno. Uma possibilidade para a ausência dessa convergência é a instabilidade do conceito de *alucinações*, já que estes dois conceitos evoluíram a paralelamente. Outra hipótese é que se trata de um constructo sem bases biológicas e por isso cujos limites são variáveis. Ainda assim, a definição *mais* consensual corresponde à de Karl Jaspers, considerando as *pseudoalucinações* imagens mentais que, embora definidas com clareza e vividez, pecam por carecer de substância e encontram-se localizadas no espaço subjetivo interno. Acontecem no pleno estado de consciência e são involuntárias.
O estudo das alucinações é um dos problemas mais fascinantes e intrigantes para todos os que estudam psicopatologia. A importância das *alucinações* é que quase sempre estas denotam um estado mental mórbido, sendo que as *pseudoalucinações* constituem um diagnóstico diferencial (Oyebode, 2018). Trata-se de um argumento frequente na literatura, mas fortemente dependente da definição. As *pseudoalucinações* são um fenómeno que é utilizado muitas vezes de forma incorreta, para diferenciar das *alucinações verdadeiras*. O seu uso pode tornar-se mais confuso pelo facto de que diferentes fenómenos psicopatológicos, como alucinações obsessivas, alucinações hipnagógicas e certas experiencias obsessivas já foram descritas como *pseudoalucinações* no passado. Além disso, ainda não está esclarecido se critérios como juízo crítico, ou localização no espaço interno ou externo apresentam valor discriminativo suficiente. Além disso, ao longo da doença, estes podem variar ou podem até coexistir experiencias alucinatórias dos dois tipos.
Não é de estranhar também, atendendo à ausência de consenso, que o seu valor diagnóstico ou prognóstico seja descredibilizado atendendo à incerteza. Ao longo dos vários anos, os autores foram descrevendo *pseudoalucinações* tanto em indivíduos saudáveis, como em perturbações da personalidade, perturbação de stress pós-traumático, perturbação dissociativa, luto patológico, patologia do humor mas também em doentes psicóticos. Talvez por isso, no DSM-IV (APA, 1994) apenas fosse mencionado uma vez, como um possível sintoma apresentador de Perturbação Conversiva, mas no DSM-5

tenha sido eliminado e não seja mencionado (APA, 2013). Os poucos estudos neurocientíficos disponíveis parecem indiciar que a fenomenologia está intimamente relacionada com distúrbios do funcionamento cerebral e não apenas uma coleção arbitrária da experiência da pessoa. Contudo, a ambiguidade de conceitos compromete a investigação científica.

**Conclusão**

De forma resumida, podem-se distinguir duas subcategorias de pseudoalucinações: *alucinações com insight* e *imagens mentais vívidas*. A ausência de consenso ao longo da História e a confusão com as falsas alucinações são alguns dos fatores que contribuíram para que o estudo deste fenómeno seja negligenciado. Na prática clínica, são frequentemente consideradas como perceções sem objeto, localizadas no espaço subjetivo interno e a sua principal contribuição é seu uso permitir a descrição de um fenómeno que não corresponde exatamente a *alucinações*. Contudo, esta dicotomia é claramente é insuficiente. No futuro, seria pertinente clarificar se as *pseudoalucinações* são etiologicamente distintas das *alucinações*, assim como o seu valor diagnóstico e prognóstico.

**Referências**


APA. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baillarger, J. (1846). Des hallucinations. *Mémories de l'Académie Royale de Médecine* 12, 273-475

Baillarger, J. (1886). Physiologie des hallucinations: les deux theories. *Ann Méd. Psychol.* 4, 19-39

Berrios,G.(1996).“Disorders of perception,” in The History of Mental Symptoms, ed.G.Berrios (New York,NY:Cambridge University Press).

Berrios, G. E., & Dening, T. R. (1996). Pseudohallucinations: a conceptual history. *Psychological medicine*, *26*(4), 753–763. https://doi.org/10.1017/s0033291700037776

Brasić, J. R. (1998). Hallucinations. Perceptual and Motor Skills, 86(3), 851–877.

Brierre de Boismoint, A. (1862). Des Hallucinations. 3rd edition. Paris: Bailliere.

Claude, H. & Ey, H. (1932). Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Annales Médico-Psychologiques* 90, 273-316.

Dening, T. R., & Berrios, G. E. (1996). The enigma of pseudohallucinations: current meanings and usage. *Psychopathology*, *29*(1), 27–34. https://doi.org/10.1159/000284968

Esquirol, É. (1838). Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal (Vol. 1). Tircher.

Ey, H. (1952). Étude No. 8. Le rêve, ‘fait primordial’ de la psychopathologie. *Études Psychiatriques*, 2nd edition, vol 1, 187—283. Desclée de Brower: Paris.

Ey, H. (1973). Traité des Hallucinations, 2 vol. Masson: Paris.

Falret, J.P. (1864). Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. *Brallière:* Paris

Fish, F. (1967). Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry. Bristol.: John Wright and sons.

Garnier, A. (1852). Traité des Facultés de L'ame, 3vols. Hachette: Paris.

Griesinger, W. (1861). Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2nd edition. Krabbe: Stuggart.

Hagen, F.W. (1868). Zur Theorie der Hallucination. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie* 25, 1-107

Hare, E. H. (1973). A short note on pseudo-hallucinations. The British Journal of Psychiatry, 122(569), 469-476.
Kandinsky, V. (1881). Zur Lehre von den Hallucinationen. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 11, 453-464.
Kandinsky, V. (1885). Kritische und Klinische Bettrachtungen im gebiete der Sinnestauchungen. Berlin: Verlag von Friedlander and Sohn.
Kahlbaum, K. (1866). Die Sinnesdelirien. *Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie* 23, 1-86
Kaplan, H.I., Freedman, A.M., & Sadock, B.J. (1976). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2nd edition, vol 2. Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.
Kraeplin, E. (1919). Dementia Praecox and Paraphrenia. Edinburgh: Livingstone.
Jaspers, K. (1911). Zur Analuse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitatsurteil). *Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 6, 460-535.
Jaspers, K. (1912). Die Trugwahrnehmungen. *Zeitschrift fur die gesmate Neurologie und Psychiatrie* 7, 289-354.
Jaspers, K. (1948). Allgemeine Psychopathologie, 5th edition. Springer: Berlin.
Lugaro, E. (1903). Sulle pseudo-allucinazioni (allucinazione psichiche di Baillarger). Contributo alla psicologia della demenza paranoide. *Rivista di Patologia nervosa e mentale* 8, 1-87.
Maury, L.F.A. (1848). Des hallucinations hypnagogiques. *Annales Médico-Psychologiques,* 11, 26-40
Maury, L.F.A. (1878). Le Sommeil et les rêves, 4th edition. Didier: Paris.
Michéa, M. (1846). Des hallucinations. *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine* 12, 241-271
Oyebode, F. (2018). *Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology*. Edinburgh: Elsevier.
Petit, G. (1913). 'Essai sur une variété de pseudo-hallucinations: les auto-représentations aperceptives'. Broch: Bordeaux.
Sedman G. (1966a). A phenomenological study of pseudohallucinations and related experiences. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *42*(1), 35–70. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1966.tb01914.x
Sedman, G. (1966b). "Inner voices": Phenomenological and clinical aspects. The British Journal of Psychiatry, 112(486), 485-490.
Sedman, G. (1966c). A comparative study of pseudohallucinations, imagery and true hallucinations. The British Journal of Psychiatry, 112(482), 9-17.
Séglas, L.J.E. (1903). Séméiologie des affections mentales. *Traité de Pathologie Mentale*, 74-270. Doin: Paris.
Séglas, L.J.E. (1914). Hallucinations psychiques et pseudo-hallucinations verbales. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 11, 289-315.
SMP. (1855-6). Reports of the sessions of the Société Médico-Psychologique. *Annales Médico-Psychologiques,* 3rd series, vol 1 & 2
Taylor, F. K. (1981). On pseudo-hallucinations. Psychological Medicine, 11(2), 265-271.
Telles-Correia, D., Moreira, A. L., & Gonçalves, J. S. (2015). Hallucinations and related concepts-their conceptual background. *Frontiers in psychology*, *6*, 991. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00991

# ENCEFALITE LETÁRGICA, O MAIOR ENIGMA MÉDICO DO SÉCULO XX. O QUE UMA EPIDEMIA PODE TRAZER DE BOM

**Francesco Monteleone[1*]; Márcia Gonçalves[2**]; Andreia Gonçalves[1*]; Eduarda Machado[1*]**
*Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Serviço de Psiquiatria;
**USF D'as Terras de Lanhoso
[1] Interno de Formação Especifica em Psiquiatria,
[2] Interno de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar
E-mails:francescomonteleone@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt ;
marcia.goncalves@arsnorte.min-saude.pt ;
andreiamarisagoncalves@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt ;
mariaeduardamachado@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt

**Resumo**
A encefalite letárgica é uma encefalite atípica de etiologia desconhecida que se espalhou pelo mundo na década 20, infetando 5 milhões de pessoas e matando metade, desaparecendo rapidamente na sombra da mais famosa influência espanhola. A ocorrência de sintomas afetivos, obsessivos e hiperatividade em pacientes pós-encefalíticos antecipou os conceitos atuais do papel dos gânglios da base no humor, personalidade e síndromes obsessivas. Apresentamos a história desta epidemia desde a sua descrição e os seus muitos nomes na europa, passando por: os escritos do dr. Ricardo Jorge, fundador do homónimo instituto, o neurologista Oliver Sacks, autor de "Awakenings", e o uso da L-dopa nos "vulcões extintos"; a Dra. "Connie" Tomaino e a ideia da musicoterapia e com Laurie Carlson falaremos das "bruxas de Salém" e outros pacientes famosos da história. Concluiremos como os desafios impostos por uma dramática pandemia podem ser terreno fértil de ideias impulsionando o avanço técnico e científico.

**Palavras-chaves:** encefalite letárgica, encefalite epidémica, estupor epidémico, nona, febre cerebral sonolenta.

**Abstract:** Encephalitis lethargica is an atypical encephalitis of unknown etiology that spread around the world in the 20s, infecting 5 million people and killing half, quickly disappearing in the shadow of the most famous Spanish influence. The occurrence of affective, obsessive, and hyperactivity symptoms in post-encephalitic patients anticipated current concepts of the role of the basal ganglia in mood, personality, and obsessional syndromes. We present the history of this epidemic from its description and its many names in Europe, passing through: the writings of Dr. Ricardo Jorge, founder of the homonymous institute, neurologist Oliver Sacks, author of "Awakenings", and the use of L-dopa in "extinct volcanoes"; Dr. "Connie" Tomaino and the idea of music therapy and with Laurie Carlson we will talk about the "witches of Salem" and other famous patients in history. We will conclude how the challenges posed by a dramatic pandemic can be fertile ground for ideas driving technical and scientific advancement.

**Keywords:** encephalitis lethargica, epidemic encephalitis, epidemic stupor, nona, sleepy brain fever.

***

## Introdução

A Encefalite letárgica (EL) é uma forma atípica de encefalite de causa desconhecida, pandémica entre 1915 e 1930, causando mais de 1,6 milhões de mortos. Suspeita-se que esta entidade possa ser a causa de outras numerosas epidemias em todo o mundo em momentos históricos diferentes. O quadro clínico, caraterizado por sintomas neuropsiquiátricos, permitiu avanços consideráveis na compreensão do papel dos gânglios da base na patologia psiquiatria, assim como a utilidade da L-dopa e outros agonistas dopaminérgicos no tratamento da doença de Parkinson e doenças relacionadas. Por outro lado, a EL conseguiu provar a utilidade e eficácia de tratamentos nunca explorados antes da década 60, como é o caso da musicoterapia no campo da reabilitação de pacientes neurológicos.

Através de uma breve revisão histórica, procuramos demostrar o quanto conseguimos aprender com a EL e o quanto, ainda hoje, nos ajuda a melhorar a qualidade de vida e a saúde dos doentes.

## 1.Contextualização histórica: Os muitos nomes da Encefalite Letárgica

Em 1916 o Dr. Constantin Von Economo, na Clínica Psiquiátrica e Neurológica da Universidade de Viena, descreve pela primeira vez uma nova entidade clínica, que denomina Encefalite letárgica, examinando numerosos soldados da primeira guerra mundial com sintomas neurológicos variados e atípicos[1]. O nome derivava do sinal mais chamativo desta doença, ou seja, a sonolência. No mesmo período aparecem, na França, as descrições do Dr. Jean-René Cruchet, que descreve um quadro sindrómico semelhante, abordando inclusivamente alguns aspetos anatomopatológicos da doença que denomina Encefalite Sub-Aguda[1-3]. Segundo alguns estudos retrospetivos a epidemia poderá ter aparecido pela primeira vez na Roménia ou na Bulgária entre 1915 e 1916[1-2]. Embora não seja possível inferir com precisão o epicentro do primeiro surto epidémico reconhecido de EL, após a sua descrição na Áustria e na França, apareceram rapidamente relatos de casos desta doença na Inglaterra, Europa e Estados Unidos, Canada, América Central e India, alcançando o maior pico de casos em 1923[1-3]. Tal como a doença, a notícia espalhou-se pelo mundo, e nos primeiros anos de transmissão a BBC escrevia: "Na Suíça, uma noiva adormeceu no altar; na França, nem as dores do parto despertaram uma mãe"[8]. Considerando que, segundo as estimativas mais acreditadas, cerca de dois terços dos casos não foram notificados, foi calculado que a doença possa ter sido responsável por cerca de 5 milhões de casos em todo o mundo, causando a morte de 1,6 milhões de pessoas[12]. A epidemia extinguiu-se em 1925, existindo apenas relatos esporádicos de novos casos após esse ano[2]. Sem prevalência de sexo, a nova doença afetava indivíduos de todas as idades, com maior prevalência entre os 10 e os 30 anos, com uma taxa de mortalidade de até o 50% e deixando sequelas neuropsiquiátricas a longo prazo na maioria dos sobreviventes[1,3]. Embora a hipótese mais aceite defenda uma etiologia viral para a doença, nunca foi demostrada, e a etiologia e o meio de transmissão são ainda objeto de estudo e debate.

Vários autores, entre os quais o próprio Von Economo, admitiram a existência de numerosas descrições neurológicas semelhantes a Encefalite Letárgica no passado, pelo que não se trataria de uma nova doença. O próprio Hipócrates, na Grécia antiga, descrevia um estado que chamava de "Lethargus" e que se especula poder referir-se a esta doença. Alguns exemplos são dados pela epidemia europeia de gripe do 1580, chamada Schlafkrankheit ("sleeping sickness") e pela Febris Comatosa descrita por Sydenham em 1673 em Londres[2]. Outros exemplos famosos são a "Nona", epidémica na Itália no final de 1800, assim chamada por corresponder à "nona hora do dia", no horário do descanso dos trabalhadores agrícolos. Também Crookshank, em 1918, identificou várias epidemias históricas que se assemelhavam à encefalite letárgica, incluindo a "English sweats" (1529),

"Febris comatosa" (1673), "mal mazzuco" (1597), Kriebelkrankheit (1672-75), "Rafania" (1754-57) e "Nona" (1890-91).[1-3,6,9]

Não faltam, igualmente, estudos mais recentes que tentem encontrar relatos de surtos epidémicos de EL, embora as descrições disponíveis não permitam, com o rigor necessário, demostrar que se tratou precisamente de EL. A autora Laurie Winn Carlson, recentemente, no seu livro "A Fever in Salem: a New Interpretation of the New England Witch Trials" tenta demostrar, por exemplo, que, o famoso episódio ocorrido em 1692 em Salem, em Massachusetts, que levou ao enforcamento de vinte mulheres, com acusações de praticarem bruxarias sobre os moradores locais, terá sido o resultado de um surto de EL. Existem relatos de que os habitantes apresentavam um conjunto de sintomas neurológicos e psiquiátricos, bem como de que o gado bovino e outros animais também foram acometidos. Embora deva ter existido uma causa médica, não necessariamente se tratará de EL, contudo é interessante a abordagem multidisciplinar da autora, abordando tanto aspetos epidemiológicos quanto sociais e históricos[7].

**1.Caraterísticas clínicas e da EL e implicações**

A doença descrita pelo Von Economo em 1917, caraterizava-se por duas fases distintas. Após uma fase prodrómica de duração variável entre dias a semanas, caraterizados por mal-estar inespecíficos, câmbios comportamentais e astenia, na fase aguda da doença, o sinal mais chamativo era a sonolência. O paciente caia adormecido num sono profundo, que tomava o nome de "estado letárgico" e poderia chegar a estupor e coma, com fácies inexpressiva, semelhante à dos doentes com Parkinson em fases avançadas. Permaneciam, contudo, capazes de cumprir ordem simples por breves momentos antes de cair novamente no seu estado estuporoso[6]. O professor Ricardo Jorge, em Portugal, chama a doença "Estupor Epidémico", e , nos seus escritos em 1918[9], descreve: "…jaz o enfermo na cama sem se virar, imóvel e inerte como corpo morto…A principio ainda se consegue por momentos despertar o doente, que não tarda a cair num letargo invencível…A miastenia facial imprime imobilidade ao rosto, que lembra uma mascara parkinsoniana".

As manifestações neurológicas eram pleomorfas, incluíam frequentemente sintomas motores extrapiramidais, oftalmoplegia, nistagmo e outros sintomas oculomotores, fácies parkinsónica e mioclonias.[6,9] Reconheciam-se três formas principais: a forma Sonolenta-Oftalmoplégica foi a primeira a ser descrita, as formas hipercinéticas e a amiostatica-acinéticas frequentemente evoluíam para a primeira.[2]

Sintomas psiquiátricos eram presentes na maioria dos casos, incluindo mania e depressão, euforia, aumento do impulso sexual, exibicionismo e comportamento parafílico, alucinações e delírios autorreferenciais [1- 3, 6,9].

**2.EL e a regulação do sono**

A observação dos doentes com EL permitiu a aquisição de novos conhecimentos sobre os mecanismos do sono. Tanto o estado letárgico (mais em adultos) como a insónia (mais em crianças) eram relatados frequentemente nos pacientes com EL, por vezes no mesmo doente em momentos diferentes da evolução da doença.[2] Em meados do seculo vinte autores como o Pavlov sugeriam que o sono fosse determinado por um estado de inibição interna do córtex cerebral, enquanto outros acreditavam na possibilidade de que os neurónios, durante o sono, retraíssem as suas dendrites[6]. Von Economo descreveu, nos doentes com EL, uma condição semelhante à narcolepsia, doença já reconhecida na altura, que no seu entender refletia lesões localizadas em áreas especificas do cerebro[1]. Com base nas suas observações, propôs a existência de um locus neuroanatómico responsável por induzir o sono, que identificou numa área de substância cinzenta entre a parede posterior e a parede lateral do terceiro ventrículo. Esta área, que denominou "centro regulador do sono", seria responsável pela inibição cortical e talamica[6]. Com o seu trabalho, postulando

a existência, na base do sono, de um processo ativo sob um controlo neural inibitório, o neurologista, abriu a estrada para a moderna compreensão dos mecanismos que regulam o sono fisiológico e que se aproximam dos atuais modelos explicativos.

**3.EL e a Doença de Parkinson**

Nos sobreviventes de EL, em até 60% dos casos, entre os 5 e os 10 anos do início do quadro, desenvolviam-se sintomas crónicos de Parkinsonismo pós-encefalítico semelhante à doença de Parkinson Idiopática (PI) [6,10]. A caraterística mais distintiva desta fase era a presença de crises oculogiras em até 30% dos doentes[1,12], um fenómeno desconhecido até esta altura, e praticamente ausente no PI. Estas eram carateristicamente associadas ao surgimento de pensamentos de cariz obsessivo e compulsões. Outros sintomas incluíam distonia, coreia, atetose, semelhantes aos observados nas discinesias tardias secundarias a neurolépticos[6]. Apesar de algumas diferenças na apresentação clínica do parkinsonismo pós-EL e do PI, como a ausência do fenómeno de pill-rolling, a presença das crises oculogiras, os distúrbios emocionais e do sono mais prevalentes na EL, os dados mais interessantes foram encontrados ao nível anatomopatológico. Foi observado que, em ambas as situações, existia um acometimento importante da substância nigra, que era pior nos doentes pós-encefalíticos. Nestes últimos também se apurava a existência de agregados neuro-fibrilares semelhantes aos descritos em pacientes com demência pelo Aloís Alzheimer, ausentes nos doentes com PI que, por sua vez, apresentavam com frequência os chamados corpos de Lewy[6]. Embora a ideia do envolvimento da substância nigra na Doença de Parkinson tivesse surgido já em 1919 com o neuropatologista Konstantin Tretiakoff, ela não foi unanimemente aceite até quase metade do século XX[11].

Entre outros, os estudos nos sobreviventes da EL foram decisivos em confirmar a relação causal entre doença de Parkinson e doença da substância nigra. Assim, a confirmação do papel da dopamina na etiopatogenia da doença de Parkinson e da relação entre sintomas parkinsónicos, crises oculogiras, sintomas obsessivos e a depleção de dopamina foram pressagiadas pelas observações feitas em doentes com EL[6].

**4.EL e os Transtornos neuropsiquiátricos**

A prevalência de distúrbios neuropsiquiátricos em doentes com EL varia, segundo os diversos autores, entre 50 e 100% dos doentes afetados. Os mais comuns incluíam mania e depressão, euforia, aumento do impulso sexual, exibicionismo e comportamento parafílico, alucinações e delírios autorreferenciais, comportamento obsessivo-compulsivo e câmbios na personalidade[1- 3, 6,9]. Episódios psicóticos foram descritos em até 30% dos doentes embora distúrbios menores fossem mais comuns[1]. Os pacientes pediátricos apresentavam distúrbios mais pronunciados, incluindo automutilações e comportamentos autolesivos e distúrbios da conduta em até 50% dos casos[1,6]. Um relato emblemático foi o de uma menina de oito anos que extraiu todos os seus dentes e enucleou os seus bolbos oculares[1]. De facto, a frequência de distúrbios mentais nestes pacientes não variava com a idade, embora esta se relacionasse com o tipo de distúrbio e a sua apresentação. Em crianças os distúrbios do impulso, cleptomania, hipersexualidade, parafilias, auto e hétero agressividade eram comuns e de mau prognóstico. Dos pacientes que necessitaram internamento, para controlo de condutas perigosas e violentas, até 90% permaneceu permanentemente institucionalizado[6].

Os transtornos afetivos eram prevalentes e graves, em 1930, de 137 doentes hospitalizados no Manhattan State Mental Hospital, 21 doentes tentaram inclusivamente o suicídio. Os estados maníacos apresentavam com frequência sintomas psicóticos, desinibição comportamental, sexual e impulsividade[6].

A presença de tiques nos pacientes pós-encefalíticos foi igualmente descrita, tal como uma síndrome semelhante à Síndrome de Gilles la Tourette (SGT). Este achado forneceu dados antecipatórios das modernas teorias sobre a SGT que apontam para a existência de uma disfunção dopaminérgica. De facto, embora a etiologia da SGT não seja completamente explicada, as evidencias atuais apontam para a existência de uma hiperatividade dopaminérgica devido ao aumento dos seus recetores nos núcleos caudado e putamen.[4-5]

Sem duvida o mais prevalente dos distúrbios psiquiátricos a longo prazo nos doentes pós-encefalíticos era representado pelo transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), que acometia cerca do 50% dos pacientes, e que também é largamente prevalente nos doentes com SGT[1-3,6]. Mais uma vez a EL, juntamente com os estudos posteriores do Osler, permitiu o surgimento das primeiras teorias biológicas existentes sobre o TOC, até então considerado um distúrbio funcional, reconhecendo mais uma vez a noção de envolvimento dos gânglios da base[6].

A Encefalite Letárgica ofereceu, tal como aconteceu em meados de 1800, com a descrição da Paralisia Geral Progressiva pelo Bayle, um novo modelo médico explicativo da doença e dos sintomas psiquiátricos, demostrando, mais uma vez, a possibilidade de uma base orgânica por muitas condições hodiernamente consideradas funcionais. A EL demostrou, em particular, o papel relevante dos gânglios da base e de outras estruturas subcorticais na etiologia dos distúrbios do movimento, do humor, da conduta e do TOC[6]. Um resumo destas e outras contribuições à moderna compreensão da patologia neuropsiquiátrica, derivadas do estudo dos doentes com EL, é oferecida na tabela 1[6].

| von Economo's Encephalitis | Contemporary Syndrome | Common Property |
|---|---|---|
| Postencephalitic parkinsonism | Neuroleptic-induced parkinsonism | Dopamine function is impaired |
| Oculogyric crises | Neuroleptic-induced oculogyric crises | Acute ocular dystonia occurs in dopamine deficiency |
| Postencephalitic chorea | Tardive dyskinesia | Deferred chorea occurs after dopamine depletion |
| Postencephalitic dystonia | Tardive dystonia | Delayed dystonia occurs after dopamine depletion |
| Catatonia in acute and chronic syndromes | Catatonia in a variety of brain diseases | Catatonia is often a manifestation of brain dysfunction |
| Benedek's klazomania | Gilles de la Tourette syndrome | Tics and vocalizations occur in dopamine hypersensitivity states |
| Postencephalitic OCD with globus pallidus lesions | OCD with orbitofrontal hypermetabolism or lesions of caudate or globus pallidus | OCD reflects orbitofrontal-subcortical circuit dysfunction |
| Tics and OCD co-occur | Tics and OCD co-occur in Gilles de la Tourette's syndrome | Tics and OCD have common pathophysiological mechanisms |
| Postencephalitic mood disorders | Depression and mania with stroke, Parkinson's disease, and Huntington's disease | Mood disorders occur with diseases or lesions of the basal ganglia or thalamus |
| Bradyphrenia | Subcortical dementia | Cognition depends on intact subcortical structures |
| Conduct disorders in children | Children with ADHD have evidence of frontal lobe dysfunction | Frontal-subcortical circuits mediate attention |
| Postencephalitic sexual behavior disorders | Paraphilias in patients with frontal lobe and basal ganglia disorders | Frontal and subcortical structures mediate sexual behavior |
| Deferred onset of PEPD | Delayed onset of MPTP-induced parkinsonism | Neurological disorders may have a delayed onset |
| Differing encephalitic syndromes in children and adults | Different psychopathology in early- and late-onset disorders | Manifestations of brain dysfunction depend on the age at onset |

*Note:* OCD = obsessive-compulsive disorder; ADHD = attention-deficit hyperactivity disorder; PEPD = postencephalitic Parkinson's disease; MPTP = 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine.

Tabela 1 - Contemporary observations anticipated by observations in patients with epidemic encephalitis or the postencephalitic disorders[6]

## 5.Oliver Sacks e "Connie" Tomaino: as novas fronteiras terapêuticas

Em 1966, o neurologista inglês Oliver Sacks, iniciou o seu trabalho no Hospital Beth Abraham, no Bronx, em Nova York. Nessa instituição ocupou-se dos numerosos doentes pós-encefalíticos, vítimas da EL e institucionalizados.[8,12] Dessa experiência nasceu o seu famoso livro "Awakenings" em 1973, que inspirou o cinema hollywoodiano em 1990, com o filme homónimo, contando com atores do calibre de Robin Williams e Robert de Niro que darão uma imagem cinematográfica dos efeitos tardios desta doença e do valioso

contributo do neurologista britânico no seu tratamento. O Dr. Sacks, no seu livro descreverá estes doentes como "vulcões extintos"[1,3,12] e numa entrevista à BBC na década de 1970 dirá: "Eu nunca tinha visto nada assim: tantos pacientes como aqueles imóveis, às vezes pareciam estar congelados em posições inusitadas, e você se perguntava: o que está acontecendo? Tem alguém vivo lá dentro?"[8]. Das suas observações no Hospital Beth Abraham, o neurologista notou que muitos pacientes conseguiam respostas motoras e expressivas após estimulação musical[8,12]. No seu livro discutirá, mais tarde, como a música permitiria a estes doentes, retirados de qualquer forma de interação humana pela doença, uma "renovada conexão com a vida"[12]. Esta primeira observação levou o Dr. Sacks a iniciar uma colaboração duradoura com a musicoterapeuta, na altura recém formada, Concetta Tomaino e, atualmente, diretora executiva e cofundadora (juntamente com o Dr. Sacks) do Instituto de Música e Função Neurológica em Nova York, conhecida internacionalmente pelas suas pesquisas nas aplicações clínicas da música e na reabilitação neurológica [1,8] Embora existam provas do uso terapêutico da musica já no antigo Egipto, a sistematização dos métodos em musicoterapia começou a desenvolver-se apenas depois do segundo conflito mundial, com o surgimentos dos modelos pioneiros desta disciplina na década de 1960. Na altura da entrada da jovem musicoterapeuta no Beth Abraham, a música era utilizada apenas de forma recreativa dentro da grande maioria dos hospitais. Pela primeira vez o Dr. Sacks e a Dra. Tomaino aplicaram a música em doentes com EL com intuito reabilitativo, obtendo resultados encorajadores e numa entrevista descreveram: "Os pacientes pareciam catatônicos, parecia que estavam em estado semivegetativo, mas quando havia música por perto, você via que eles estavam mentalmente presentes: eles conseguiam tocar tambor com ritmo e cantar, mesmo sem ser capaz de falar"[8]. Mais tarde o Dr. Oliver Sacks escreverá o livro "Musicophilia: Tales of Music and the Brain", dedicado à Dra. Tomaino, no qual explora uma série de doenças psicológicas e fisiológicas e as suas intrigantes conexões com a música, descrevendo casos desta longa colaboração.

Dentro dos méritos do neurologista Sacks é ainda de realçar a decisão de experimentar a L-Dopa em doentes com EL[1,3]. O primeiro estudo descrevendo melhorias clínicas em pacientes com doença de Parkinson tinha sido publicado em 1968[13] e o medico inglês considerava a EL uma forma extrema de doença de Parkinson. Os resultados descritos no seu livro eram excecionais: "vulcões extintos que entraram em erupção para a vida depois de terem sido há muito tempo considerados, e se considerarem, efetivamente mortos"[12]; "Lola havia passado décadas em estado catatônico e seu despertar ocorreu em segundos. Ela pulou da cadeira e começou a falar. Foi uma cena incrível, e eu duvidaria da minha própria memória, se não fosse respaldada por todas as outras pessoas que também se lembram"[8]. Infelizmente, os efeitos da medicação eram apenas transitórios[1,3] e não isentos de efeitos colaterais. Embora os relatos encorajadores do livro "Awakenings" tenham um final algo amargo, resulta inspirador de um grande sentimento de esperança, que estimula o médico a refinar a sua maneira de cuidar dos seus pacientes e recorda-nos do quanto ainda podemos fazer e descobrir para mudar o seu curso de vida.

**Conclusões**

Muitas das descobertas da neuropsiquiatria contemporânea foram antecipadas por observações em pacientes com EL, fornecendo maior consciência sobre o papel dos gânglios da base e das estruturas subcorticais em distúrbios do movimento, distúrbios do humor, anormalidades da conduta e TOC [6]. Como o próprio Von Economo antecipou, a EL deu pela primeira vez a possibilidade de reconhecer uma causa orgânica a sintomas de natureza aparentemente funcional [6]. Ela impulsionou quase um século de descobertas científicas e fomentou o empenho de numerosos profissionais dedicados aos muitos

aspetos do "cuidar", demostrando a capacidade humana de "renascer das cinzas" quando tudo parece perdido.

**Referências Bibliográficas**


1.Leslie A Hoffman, Joel A Vilensky, Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic, Brain, Volume 140, Issue 8, August 2017, Pages 2246-2251. https://doi.org/10.1093/brain/awx177

2. Ann H. Reid, MA, Sherman McCall, MD, James M. Henry, MD, Jeffery K.Taubenberger, MD, phD, Experimenting on the Past: The Enigma of von Economo's Encephalitis Lethargica, Journal of Neuropathology & Experimental Neurology, Volume 60, Issue 7, July 2001, Pages 663-670. https://doi.org/10.1093/jnen/60.7.663

3. Dourmashkin R. R. (1997). What caused the 1918-30 epidemic of encephalitis lethargica?. Journal of the Royal Society of Medicine, 90(9), 515–520. https://doi.org/10.1177/014107689709000916

4. Mink JW. Basal ganglia dysfunction in Tourette's syndrome: a new hypothesis. Pediatr Neurol. 2001 Sep;25(3):190-8. doi: 10.1016/s0887-8994(01)00262-4. PMID: 11587872.

5. Robertson MM. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. Brain. 2000 Mar;123 Pt 3:425-62. doi: 10.1093/brain/123.3.425. PMID: 10686169.

6. Cheyette SR, Cummings JL (1995) Encephalitis lethargica: lessons for contemporary neuropsychiatry. J Neuropsychiatr Clin Neurosci 7(2):125–134. https://doi.org/10.1176/jnp.7.2.125

7.Cadernos de Saúde Pública [online]. 2001, v. 17, n. 4 [Acessado 3 julho 2021], pp. 1038-1043. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400040>. Epub 17 Ago 2001. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400040.

8. R. Kesby, A misteriosa pandemia que deixou milhões de pessoas como estátuas vivas durante décadas, BBC World Service (dez 2019) disponível ao: www.bbc.com/portuguese/geral-50810606

9. R. Jorge, Nota sobre uma nova infeção epidémica, Encefalite letárgica ou Estupor epidémico, Separata da Medicina Moderna- 1918. Disponível ao: www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Documents/insa-82-rj-82.pdf

10. Krusz JC, Koller WC, Ziegler DK: Historical review: abnormal movements associated with epidemic encephalitis lethargica. Mov Disord 1987; 2:137-141

11. Lees AJ (September 2007). "Unresolved issues relating to the shaking palsy on the celebration of James Parkinson's 250th birthday". *Movement Disorders*. **22** (Suppl 17): S327–34. doi:10.1002/mds.21684. PMID 18175393. S2CID 9471754.

12. Sacks OW (1973). Awakenings. New York, Summit Books.

13. Cotzias GC. L-Dopa for Parkinsonism. N Engl J Med. 1968 Mar 14;278(11):630. doi: 10.1056/nejm196803142781127. PMID: 5637779.

# SERÁ QUE O SUICÍDIO MATERNO INFLUENCIOU A PINTURA DE RENÉ MAGRITTE?

**Francisca Bastos Maia[*1]; Pedro Cotta[*1]; Serafim Carvalho[**2]**
[1]Centro Hospitalar Universitário do Porto; [2]Hospital Magalhães Lemos
[*]Médica(o) interna(o) de Psiquiatria da Infância e Adolescência,
**Assistente Graduado de Psiquiatria
Email: franciscabbmaia@gmail.com; pcotta2tt@gmail.com; smicarval@gmail.com

**Resumo**
Régina Magritte, mãe de René Magritte, suicidou-se aos 41 anos por afogamento no rio Sambre, na sequência de um quadro depressivo. O corpo de Régina terá sido encontrado por René e pelos irmãos, apenas com uma camisa a cobrir a cara, sendo que as caras tapadas em obras como "Os Amantes" poderão representar uma alusão ao suicídio materno. Na obra "A filosofia no quarto de dormir", surge uma camisola que revela os seios de alguém que não está presente, podendo constituir uma evocação ao suicídio materno. Na pintura "O espírito da geometria", pode inferir-se que René Magritte sentiu desde jovem que era ele que tinha que cuidar da mãe, visto que neste quadro as personagens estão com os papéis invertidos. Estas interpretações das suas pinturas levam-nos a questionar, à luz de Freud, se Magritte viu no suicídio materno um abandono que culminou em dúvidas existenciais refletidas na sua misteriosa obra.

**Palavras-chave**: suicídio, arte moderna, surrealismo, René Magritte, pintura

**Abstract**: Régina Magritte, mother of René Magritte, committed suicide at the age of 41 by drowning herself in the Sambre River, following a depressive disorder. Régina's body was found by René and his brothers with only a shirt covering her face, and the masked faces in his works such as "The lovers" may represent an allusion to maternal suicide. In the painting "The spirit of geometry", it can be inferred that René Magritte felt since he was young that he was the one who had to take care of his mother, since in this painting the characters have their roles reversed. This interpretation of his paintings leads us to question, in the light of Freud, whether Magritte saw in maternal suicide an abandonment that culminated in existential doubts reflected in his mysterious work.

***

## Introdução

René Magritte (1898-1967) foi um dos nomes mais sonantes do movimento artístico surrealista.
Régina Magritte, mãe de René Magritte, suicidou-se em 1912, com apenas 41 anos, por afogamento no rio Sambre, na sequência de um quadro depressivo com várias tentativas de suicídio prévias. Na sequência destas várias tentativas de suicídio, Régina Magritte era regularmente trancada num quarto durante a noite com o seu filho mais novo para prevenir que esta se matasse. O corpo de Régina terá sido encontrado por René, na altura com 13-14 anos, e pelos seus irmãos, só com uma camisa de noite a cobrir a cara.
Este trabalho visa compreender o impacto do suicídio da sua mãe na obra de René Magritte, recorrendo à análise e interpretação de alguns dos seus quadros.

## Discussão

De acordo com Sigmund Freud, a adolescência diz respeito a um período de renúncias múltiplas. Entre os lutos que o adolescente tem que enfrentar, enfatiza-se o luto das

ilusões pessoais e o luto das imagens parentais. Neste contexto, o adolescente vê-se obrigado a aceitar a distância irredutível entre o seu Ego e o Ideal do Ego (ferida narcísica). Para além disso, o adolescente tem de admitir igualmente as inevitáveis imperfeições dos pais (perda de objeto), neste caso adensado pela perda real da sua mãe ocorrida neste período tão delicado e tumultuoso como é a adolescência.

Através de uma explicação freudiana, podemos questionar-nos se René Magritte viu no suicídio materno um abandono total que o lançou numa espiral de dúvidas intermináveis sobre o mistério complexo das coisas, vivas ou mortas, que povoam a existência de todos nós. Podemos interrogar-nos também se o trauma em que culminou o suicídio materno terá estado na origem da maioria da obra de Magritte que joga com o reconhecível e o escondido, o visível e o secreto, a razão e o absurdo.

O quadro "A janela" ("The window"), de 1925, foi o primeiro quadro enquadrável no estilo surrealista de qualidade especialmente agressiva pelo qual Magritte é famoso e após os seus primeiros anos como seguidor de um estilo mais tradicional e cubista. Este representa uma janela aberta e um braço que tenta apanhar um pássaro que escapa para o espaço. Esta criança alcança sem sucesso o pássaro, o seio sempre esquivo, a representação da mãe falecida, imagem que veremos impregnada com violência.

Uma série de cenas com pontes, cada uma com os seus elementos especiais, retrata a cena da morte da sua mãe. Na obra "As reflexões de um caminhante solitário" ("The musings of the solitary walker"), de 1926, surge uma cena noturna iluminada com uma luz muito perturbadora. Nesta cena, Magritte pintou a sua silhueta fixa como uma lápide com o seu chapéu de coco, virado de costas para nós, contemplando o rio com uma ponte à distância. Para além disso, atrás dele, surge uma figura aparentemente morta, que muito provavelmente se tratará da sua mãe que se suicidou precisamente ao atirar-se de uma ponte e, consequentemente, afogou-se no rio Sambre.

No quadro "A história central" ("The central story"), de 1927, a mulher retratada encontra-se com uma peça de roupa branca a tapar a cara, à semelhança da sua mãe quando foi encontrada sem vida no rio. Acresce ainda que esta mulher se está a esganar, o que alude ao facto da morte da sua mãe ter sido no contexto de suicídio.

As caras tapadas no quadro "Os amantes" ("The lovers"), de 1928, podem representar uma alusão ao suicídio materno, pois estes têm roupa a cobrir a cara, tal como quando René Magritte encontrou a sua mãe no rio após o seu suicídio. No quadro "Homenagem a Mack Sennett" ("Homage to Mack Sennett"), de 1934, a camisa de noite representada, ao revelar os seios de alguém que não está presente, pode constituir uma evocação à sua falecida mãe. Esta camisa de dormir em que se evidenciam apenas os seios parece indicar a presença de sensações que desapareceram, trazendo uma parte de uma pessoa que já não está ali e que ficou no passado, como é o caso da falecida mãe do pintor. Esta representação sugere que Magritte estaria à procura de lembranças da sua mãe no armário retratado.

Na pintura "O espírito da geometria" ("The spirit of geometry"), de 1937, há uma estranha relação entre a mãe e a criança, com uma inversão de papéis das personagens que pode ser representativa do que René Magritte sentiu desde jovem, por ter que ser ele a cuidar da sua mãe e não o contrário. Como tal, este quadro enfatiza a visão de si mesmo como um pintor cognitivo, aquele que pinta ideias. De facto, nesta pintura, um bebé grande embala a sua mãe diminuta numa evidente inversão de papéis. Muito provavelmente este quadro reflete a experiência de René Magritte durante a sua infância com uma mãe deprimida que sobrecarregou o filho mais velho. No fundo, representa uma mãe carente que nega a nutrição material do seu filho e estabelece uma reversão intolerável.

No quadro "Saudades de casa" ("Homesickness"), de 1940, aparece uma nova cena na ponte. Nesta, surge um homem de preto em contemplação, que fita o rio. As asas

anexadas a este homem concedem um toque de sinistro e evocam a imagem de um pássaro, talvez o diabo. Atrás de si, está um leão imóvel e desprovido de ameaça óbvia. O leão, presente no brasão da Bélgica, constitui em parte *la mère patrie*, a pátria mãe. Magritte originalmente pensou em intitular esta pintura de Menopausa (um período de depressão), porém acabou por intitulá-lo de "*Le mal du Pays*" ("Com saudades de casa"). Este título representa um desejo pela mãe na cena da sua morte, a busca pela figura perdida, o amor materno, a sua casa perdida.

Atendendo a que quando foi encontrada morta no rio, a sua mãe só tinha a cara tapada e o corpo nu exposto, a pintura "A violação" ("The Rape") de 1945, ao substituir os elementos do rosto pelos atributos do corpo feminino pode ser uma alusão ao suicídio da sua mãe. "A violação" é uma perfeita representação de uma face que toma a forma da sexualidade exposta da figura morta com os olhos como seios e a boca como púbis. A sexualidade agressiva do título deixa pouco à imaginação e sugere a agressividade da lembrança que Magritte tem da morte da sua mãe.

No quadro "Memória" ("Memory"), de 1948, exibe-se uma memória sangrenta representada pelo sangue na têmpora de uma cabeça escultural, representando uma ferida do passado que ainda sangra, como é o caso do suicídio da sua mãe. Segundo relatos da esposa de Magritte, esta obra foi inspirada pelo quadro "A canção de amor" ("The song of love"), de Giorgio de Chirico, que emocionou muito Magritte. René Magritte transformou a imagem quente e suave do quadro de Giorgio de Chirico numa imagem ereta, rígida e imóvel, com os olhos fechados, como na morte, aludindo mais uma vez ao suicídio da sua mãe. Assim fica claro porque é que Magritte chorou quando viu o quadro "A canção de amor" de Giorgio de Chirico, pois este evocou a imagem da sua mãe morta, a imagem da memória dolorosa de um amor endurecido e há muito perdido. A imagem amorosa de De Chirico evocou inconscientemente em Magritte a dolorosa memória ambivalente da sua falecida mãe, a qual foi representada na sua pintura "Memória".

Outro quadro onde Magritte representa uma cena composta por uma ponte é a pintura "Caixa de Pandora" ("Pandora's box"), de 1951, em que Magritte, com o seu chapéu de coco, surge numa ponte com uma grande rosa ao seu lado. Magritte utiliza a descrição deste quadro realizada pelo seu amigo Nouge, em que este refere que a presença da rosa ao seu lado indica que o homem ou o destino que o dirige está sempre sob a proteção da beleza. O pintor gostaria que este homem se movesse em direção à situação mais sublime da sua vida. O cenário envolvente com uma ponte pode indicar que algo de mau vai acontecer, retomando a memória perturbadora do suicídio da sua mãe que se atirou ao rio. O título desta obra é também curioso e, simultaneamente, sinistro, pois leva-nos a interrogar-nos sobre que demónios sairão desta caixa de Pandora.

Magritte refere que quando pintou um quadro de Fantômas substituiu a adaga sangrenta do assassino por uma rosa. Estes comentários do pintor têm uma relação notável com os elementos da morte da sua mãe e as suas memórias dolorosas dela. Existe um cheiro de doçura, um leve perfume, uma reminiscência do passado, mas que também se pauta com uma certa crueldade expressa pela associação entre a rosa e a adaga. A cena é definida como um tema central na obra de Magritte, ocorre no crepúsculo e envolve movimento em direção à situação mais sublime da sua vida, que se relaciona com o seu destino.

Na obra "O mágico (autorretrato com quatro braços)" ("The magician (self-portrait with four arms)"), de 1952, para além dos braços do pintor (pois trata-se de um autorretrato), surgem dois braços adicionais de alguém que não está presente fisicamente, um a dar de comer e outro a dar de beber, os quais podem ser uma referência à figura materna que morreu. Estes braços excedentários podem constituir referências a lembranças de um passado que insiste em voltar e cuja intensidade parece torná-lo presente, como a assombrar o pintor.

O quadro "O cabo das tempestades" ("The cape of storms"), de 1964, retrata um homem ou uma mulher careca que dorme ou está morto(a) numa estrutura que se assemelha a um caixão, que, por outro lado, tem uma pedra enorme sobre ele. Indubitavelmente, este quadro é uma alusão à morte, tema que muito fascinava Magritte, no entanto, não sabemos se se trata, mais uma vez, de uma alusão à morte da sua mãe.
A ambiguidade e a interface entre o dia e a noite são também temas recorrentes no trabalho de Magritte, particularmente exemplificados na série intitulada "O império da luz" ("The empire of light"). Nestas pinturas assustadoras, Magritte representa uma cena noturna de rua, tranquila e sem transeuntes, iluminada apenas com a luz de uma lamparina. Por outro lado, um céu brilhante à luz do dia encima esta cena noturna. Esta justaposição de dia e noite, bem como a interpenetração de luz e escuridão, são uma reminiscência da cena da morte da mãe, que desapareceu a meio da noite para cometer o suicídio. Estes quadros incitam a uma reflexão de que tudo se pode transformar, mesmo perante um cenário calmo, paralisado, envolto em mistério, porém, sem ameaça manifesta.
Uma variante do quadro supracitado é o quadro "As misteriosas barricadas" ("The mysterious barricades"), de 1961, que mostra, novamente, uma mistura e ambiguidade entre o dia e a noite. Esta obra exibe uma casa bem iluminada com um corpo de água defronte da mesma. Por outro lado, uma mulher montada num cavalo aproxima-se da cena pela esquerda. Neste quadro parece haver uma nova alusão ao suicídio materno, pois a sua mãe abandonou a casa da família (representada pela mulher a cavalo) para se atirar ao rio Sambre (evocado pelo corpo de água localizado à direita no quadro).
O quadro "O cheque em branco" ("Le blanc seing"), de 1965, pode ser interpretado de diversas formas. Um dicionário jurídico define-o como uma assinatura para um documento em branco, um tipo de carta branca legal. Portanto, podemos interpretar este quadro de formas contraditórias, nomeadamente como uma ausência de identidade, de perda de substância ou presença. Além disso, "*seing*" é homónimo para "*sein*" ou "seio". Assim, este pode ser também um seio branco ou vazio, aludindo a que esta mulher perdida na floresta pode representar a sua mãe ausente após se ter suicidado.
Um tema central na obra de Magritte é o da transformação do mundo à luz dos seus desejos e necessidades e tornando a morte algo observável que ganha vida nas suas obras. Uma série de pinturas mostra a eclosão dramática da violência, em que o pintor recorre a pássaros e revela a agressão sem máscara. Os pássaros, amiúde um símbolo da alma na tradição cristã, tornam-se animais violentos e agressivos no mundo de Magritte. No quadro "No céu assassino" ("In the murderous sky"), de 1927, a violência irrompe com o colapso da forma, o movimento violento, a falta de contenção, o horror explícito em frente aos nossos olhos enquanto pássaros horríveis adquirem a forma de uma instável e malformada massa de rochas. Já a obra "O princípio da incerteza" ("The principle of uncertainty"), de 1944, revela que a essência de uma mulher é um pássaro, atendendo a que podemos observar que a sombra da mulher refletida na parede possui a forma de um pássaro. Uma descoberta mais explícita da agressão feminina primitiva com a demolição da forma encontra-se no quadro "Prazer" ("Pleasure"), de 1927. Nesta pintura, uma mulher devora um pássaro com raiva e vigor e é rodeada por pássaros fragmentados. Mais uma vez, nesta obra, é evocada a relação dos pássaros com as mulheres, a criança no berço a estender a mão para prender o pássaro que foge dele. Na sua obra, os pássaros são amiúde retratados como criaturas assassinas e destrutivas, retrato que sugere uma visão da mãe como enganosa, devoradora, não gratificante, hostil e destrutiva.
Para além da sua obra, a morte da sua mãe parece também ter influenciado a vida pessoal de René Magritte. Nesse contexto, Magritte deparou-se com outras vicissitudes ao longo da sua vida, nomeadamente quando, um ano e meio após o seu casamento com Georgette, esta sofreu um aborto e uma doença pós-parto. Desconhece-se se esta doença pós-parto foi uma depressão ou se possuía origem física. Não obstante, Magritte foi confrontado

com a possibilidade de perder a sua esposa e o seu filho, o que, provavelmente, despertou memórias dolorosas da perda da sua mãe.

**Conclusões**

Em conclusão, importa relembrar que a relação privilegiada que se estabelece entre uma criança e a sua mãe é fundamental na visão que a criança desenvolve em relação a si, aos outros e ao mundo. Assim, e tendo em conta as sólidas interpretações da sua obra encontradas na literatura, a tese da morte dramática da sua mãe ter influenciado o trabalho de René Magritte parece bastante verossímil. No entanto, o que aconteceu antes do suicídio materno, a natureza da sua relação com a sua mãe e a sua representação inconsciente das mulheres por causa dela permanecem temas algo especulativos.

**Bibliografia final**

Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança.* Lisboa: Climepsi Editores.
Miranda, C. R. (2014). *O estranhamento familiar na obra de Attilio Colnago.*
Paquet, M. (2017). *MAGRITTE.* Bonn: Taschen.
Tuohy, A. (2015). *Great Modern Artists A to Z.* Great Britain: Cassell Illustrated.
Viederman, M. (1987). René Magritte: Coping with loss - reality and illusion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, pp. 967-998.



Figura 1 – "The window", René Magritte (1925)

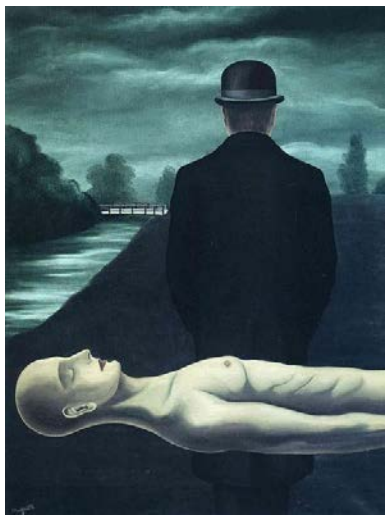


Figura 2 - "The musings of the solitary walker", René Magritte (1926)



Figura 3 – "The central story", René Magritte (1927)



Figura 4 – "The lovers", René Magritte (1928)



Figura 5 – "Homage to Mack Sennett", René Magritte (1934)



Figura 6 – "The spirit of geometry", René Magritte (1937)

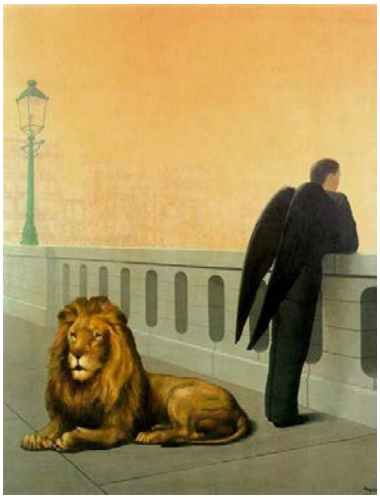


Figura 7 – "Homesickness", René Magritte (1940)



Figura 8 – "The Rape", René Magritte (1945)



Figura 9 – "Memory", René Magritte (1948)



Figura 10 – "The song of love", Giorgio de Chirico (1914)

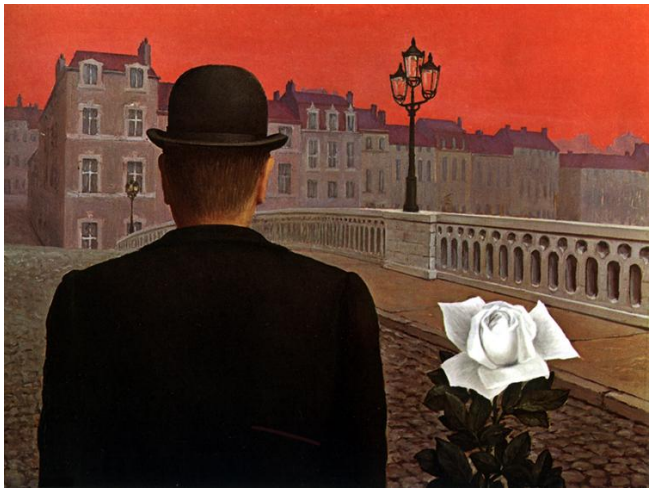


Figura 11 – "Pandora's box", René Magritte (1951)

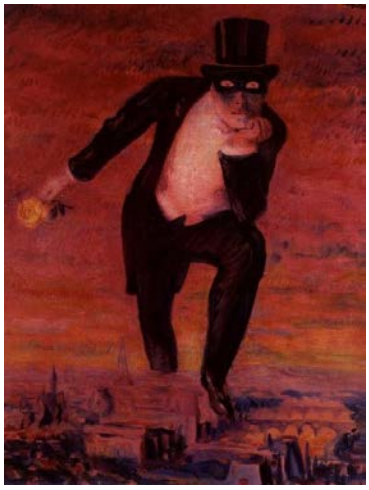


Figura 12 – "The return of the flame", René Magritte (1943)



Figura 13 – "The magician (self-portrait with four arms)", René Magritte (1952)



Figura 14 – "The cape of storms", René Magritte (1964)



Figura 15 – "The empire of light", René Magritte (1950)



Figura 16 – "The mysterious barricades", René Magritte (1961)



Figura 17 – "Le blanc seing", René Magritte (1965)



Figura 18 – "In the murderous sky", René Magritte (1927)

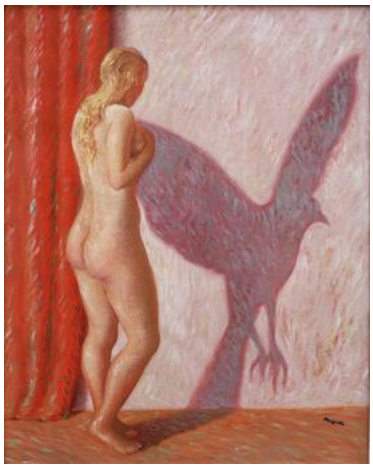


Figura 19 – "The principle of uncertainty", René Magritte (1944)



Figura 20 – "Pleasure", René Magritte (1927)

# HISTERIA AO RITMO DA DANÇA

**Joana Cardão[1]; Ana Samouco[1]; Afonso Matos[1]**
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
[1]Médica/o interna/o de formação específica em Psiquiatria
Email:joanacardao17@gmail.com

**Resumo**
Os fenómenos de histeria em massa, particularmente no que se refere aos episódios de epidemia de dança e seu contágio social, continuam a toldar-se numa aura de incompreensão e mistério. Numerosas epidemias de dança foram descritas na Europa durante a Idade Média e o Renascimento, com particular destaque para o bizarro episódio decorrido em Estrasburgo no ano de 1518, durante o qual mais de 400 pessoas foram contagiadas e vieram a sucumbir à dança frenética, após vários dias-meses de agonia pelo desgaste físico consequente à misteriosa contorção corporal. Entre as hipóteses levantadas na tentativa de compreensão deste peculiar fenómeno há um ponto concordante: aqueles que dançavam pareciam fazê-lo de modo totalmente involuntário, estando também descritas alucinações visuais experienciadas pelas vítimas do contágio. Ainda que episódios deste tipo tenham ocorrido há vários séculos, torna-se importante revisitá-los, reconhecendo que a histeria em massa persiste entre as várias faces da doença mental.

**Palavras-chave**: histeria em massa; histeria coletiva; epidemia de dança; contágio social; doença mental

**Abstract**
The mass hysteria phenomena, essentially the dance epidemy episodes and their social contagion, remain difficult to understand and surrounded by an aura of mystery. Numerous dancing plagues have been described in the European continent through the Middle Ages and the Renaissance, being of particular interest the bizarre episode occurred in 1518, in Strasbourg: more than 400 people have succumbed to the frenetic dance after months of agony for the physical wearing, as a consequence to the mysterious body contortion. Among the hypothesis proposed to understand this peculiar phenomenon we see a point of agreement: those who danced seemed to be doing it involuntarily, and visual hallucinations experienced by these victims have also been described. Though we usually fit this kind of episodes in the past, it becomes important to revisit them since they give us the ability to recognize that mass hysteria remains as one of the many different faces of mental health.

***

## Introdução

A histeria em massa, também conhecida por histeria colectiva, *folie à plusieurs* ou doença psicogénica em massa, é um fenómeno psiquiátrico definido pela manifestação, num grupo de pessoas, do mesmo conjunto de sinais e sintomas, sendo esses geralmente físicos. Inicia-se em períodos de maior stress psicológico que, ao induzir alterações no sistema nervoso central, origina manifestações somáticas colectivas – não tendo, portanto, causa orgânica plausível.

É o caso das epidemias de dança descritas na Europa durante a Idade Média e o Renascimento que, ainda que tenham ocorrido há vários séculos, objectivamos revisitá-

los, de forma a relembrar que, actualmente, a histeria em massa persiste entre as várias faces da doença mental.

**Desenvolvimento do tema**

Na história da Europa estão descritos inúmeros episódios de dança frenética colectiva que se prolongaram por vários dias e meses de agonia pelo desgaste físico consequente à misteriosa contorção corporal. Remontam-nos eles aos:

**Ano 1021 – Kolbigk, Alemanha**

Na véspera de Natal de 1021, na cidade de Kolbigk da Alemanha, dezoito pessoas reuniram-se junto a uma igreja para dançar, saltar, bater palmas e cantar, no que foi considerada a "roda da dança do pecado" (*ring dance of sin*) uma vez que, pelo barulho secundário à mesma, o padre foi incapaz de celebrar a missa. Como consequência desta leviandade, o mesmo amaldiçoou os participantes a dançarem durante um ano seguido que, segundo os cronistas da época, de facto, os bailarinos só recuperaram o controlo dos seus membros no Natal seguinte, acabando posteriormente por adormecerem, exaustos, num sono profundo, dos quais muitos nunca chegaram a acordar.

Este incidente em Kolbigk é considerado a primeira epidemia de dança alguma vez registada.

**Ano 1247 – Erfurt, Alemanha**

Cerca de duzentos anos mais tarde, ainda na Alemanha mas na cidade de Erfurt, estão também descritos vários episódios de dança colectiva que, igualmente ao anteriormente descrito, culminaram na fatalidade da maioria dos seus intervenientes.

**Ano 1247 – Maastricht, Holanda**

Pouco depois, em Maastricht, na Holanda, foram vistas cerca de duzentas pessoas a dançar impiedosamente numa ponte sobre o rio Mosela até a mesma colapsar, acabando os seus participantes por se afogarem em consequência.

**Ano 1374 – Europa Central**

Já no ano 1374, milhares de pessoas desde o oeste da Alemanha, aos Países Baixos e ao nordeste de França foram contagiadas por este fenómeno, sendo atormentadas durante dias e semanas, não só pela contorção corporal, mas pelas terríveis alucinações visuais associadas, referindo os historiadores que "imploravam aos padres e aos monges que lhes salvassem as almas". Há relatos de espectadores desta epidemia que referem que, enquanto dançavam, os afligidos "gritavam o nome de demónios, tinham aversões estranhas por sapatos pontiagudos e pela cor vermelha, e diziam que se sentiam a afogar num mar vermelho de sangue".

Johannes Trithemius, monge alemão e ilustre cronista da época Renascentista, caracterizou a epidemia de 1374 como *S. Veitstanz* ou "A Dança de São Vito".

**Ano 1463 – Tréveris, Alemanha**

Umas décadas depois, um monge de um mosteiro perto de Tréveris, na Alemanha, descreve uma praga que atingiu os moradores desta cidade em moldes muito semelhantes ao evento descrito em 1374, onde, durante 6 meses, dançavam, saltavam e sofriam de alterações da sensório-percepção, nomeadamente de alucinações visuais, alguns deles perecendo após fracturarem vários ossos.



Figura 1 - *The Dancing mania* de Henricus Hondius II.
Fonte: Waller (2008, 2009)

**Ano 1518 – Estrasburgo, França**

Tem destaque o bizarro episódio do verão de 1518, decorrido em Estrasburgo, na França, durante o qual mais de quatrocentas pessoas foram contagiadas pela imparável dança frenética, estimando-se que, de forma diária, sucumbiam cerca de quinze vidas.

Contam as descrições que tudo isto se deveu a uma única mulher, Frau Troffea, que, em julho desse mesmo ano, involuntariamente iniciou passos de dança que duraram cerca de seis dias, sendo que, à medida que as horas iam passando, se iam "infectando" e, consequentemente, juntando mais indivíduos ao baile. Conforme este fenómeno se foi propagando, foram consultados médicos locais que diagnosticaram este incidente como doença natural devida a "sangue quente" (*hot blood*) – diagnóstico que era consistente com a visão de Galeno, que dominava a medicina ocidental na época, que referia que os fluxos sanguíneos podem sobreaquecer o cérebro, levando a raiva, imprudência e loucura.

Contudo, nesta altura de transição entre a Idade Média e o Renascimento, o sobrenaturalismo era ainda soberano, e o povo medieval acreditava que a dança era tanto a "maldição" como a cura. Por esta razão, as autoridades francesas não fizeram caso às indicações médicas crendo que a recuperação das suas vítimas passaria pela prescrição de "mais dança". Nesse sentido, e dada a convicção de que os enfermos só recuperariam a consciência se continuassem a movimentar-se ininterruptamente dia e noite, ordenaram a construção de um palco no centro de Estrasburgo e contrataram músicos e bailarinos

profissionais que mantinham e aumentavam o ritmo assim como seguravam e levantavam os afligidos sempre que algum deles caísse exausto do esforço corporal ou diminuísse a velocidade do compasso – um exemplo disso está representado na Figura 1, pintada e intitulada *The Dancing Mania* por Henricus Hondius II, baseada num esboço de Peter Brueghel, o Velho, que assistiu a um acontecimento semelhante em 1564, em Flandres, no norte da Bélgica; na imagem estão representados os profissionais a segurar três mulheres aparentemente extenuadas. Dessa maneira, e segundo narram os registos, aqueles que "despertavam" dos bailes, rápida e intencionalmente voltavam a ser subjugados aos mesmos, total era a crença de que só assim poderiam quebrar e findar a praga.

Como seria de esperar, estas políticas tomaram proporções em grande escala, com um final inevitavelmente fatal para grande parte dos seus intervenientes, pelo que a estratégia até então implementada começou a ser repensada e reatribuíram a causa deste fenómeno à fúria divina. Para tentar contrariar esta cólera, os governantes franceses não só expulsaram da cidade tudo o que se relacionaria com o pecado – desde os libertinos, corruptos, prostitutas e aos incentivadores do jogo; como enviaram em oração todos os bailarinos e músicos contratados ao santuário de São Vito, existente nas montanhas Vosgos desde o início do século XV, a noroeste de Estrasburgo. Segundo os relatos, a verdade é que algumas semanas após a implementação destas novas medidas, o número de pessoas afligida pela dança começou a diminuir sendo que, contrastando com o fim mortal de muitos, a maioria dos dançarinos conseguiu reaver o próprio controlo corporal. Pelas proporções que atingiu e pela riqueza de dados que existem deste evento – desde relatos, a crónicas civis e médicas, e a telas pintadas por diversos artistas – a epidemia de 1518 tornou-se o episódio de histeria em massa ao nível da dança mais conhecido até hoje. Um exemplo do que terá sido este incidente está representado na Figura 2.



**Figura 2 -** Pintura alemã que retrata a epidemia de dança de 1518. Autor desconhecido.
Fonte: The Guardian

**Anos 1600s – Suíça e Império Romano**

Nos séculos que se seguiram, particularmente no século XVII, e como últimos registos de pragas de dança, tanto na Suíça como no Império Romano há a descrição de casos em menor escala que afectavam um único indivíduo ou até famílias inteiras, pontualmente.
Tendo em conta a nossa cultura actual, estes episódios soam a algo estranho e até mesmo bizarro, mas eram perfeitamente plausíveis para o povo medieval – aliás, tinham todo o sentido quando explicados à luz da paranormalidade e do ocultismo, ambos vigentes na época; e, ainda que a maioria dos eventos expostos sejam dúbios pela falta de suporte documental, os episódios de 1374 e 1518 não deixam incertezas da sua veracidade ao serem fundamentados em relatos de cronistas, documentos municipais e sermões da época, assim como descrições detalhadas deixadas por Paracelsus, médico renascentista.

**Discussão**

Entre as hipóteses levantadas na tentativa de compreensão destes fenómenos peculiares, há vários pontos que expõem a relação entre eles: desde o seu encadeamento temporal e espacial, que se pode observar na Figura 3 – já que desde o incidente de Kolbigk até à epidemia de 1518, a maioria dos eventos ocorreram ao longo do rio Mosela (que nasce na montanha Vosgos, em França, atravessa o Luxemburgo e a Alemanha passando na cidade de Tréveris, e desaguando no rio Reno) e do rio Reno (que nasce na Suíça e atravessa vários países, entre eles a Alemanha, a França, nomeadamente a cidade de Estrasburgo e os Países Baixos onde desagua no Mar do Norte), sendo que todas as pragas descritas após 1518 aconteceram nas proximidades de Estrasburgo; ao ponto acordante de que aqueles que dançavam pareciam fazê-lo de modo totalmente involuntário sendo que "contorciam-se dolorosamente, gritavam por ajuda e suplicavam misericórdia".
Para tentar explicar este enigma fascinante foram então propostas as seguintes teorias:

**Ergotismo**

O ergotismo é a intoxicação pelo esporão-do-centeio, um fungo presente em cereais contaminados que, quando consumido, pode causar alucinações, espasmos e tremores. Mas, ainda que haja registos de epidemias por ergotismo na Europa Medieval pelo consumo de farinhas contaminadas, esta hipótese, proposta pelo médico sueco Eugene Backman na busca de uma etiologia bioquímica, parece pouco sustentável já que é improvável que um número tão grande de pessoas tenha reagido da mesma forma aos seus efeitos psicotrópicos, muito menos de forma tão prolongada e tão coordenada. Além disto, esta teoria não contempla o facto das várias epidemias de dança se terem dado em zonas com climas e cultivos diferentes, pelo que a torna também menos plausível.

**Estados de possessão**

O chamado estado de possessão é o que acontece em estados de trance, onde há uma perda dos limites do Eu, sobretudo da ego-identidade (perda temporária do sentido de identidade pessoal e da plena consciência quanto àquilo que o rodeia).
De facto, e sobretudo devido às capacidades de resistência demonstradas, conseguimos perceber que as vítimas apresentavam alterações do seu estado de consciência; contudo, num estado de possessão, os participantes estariam muito menos conscientes da sua exaustão física, principalmente dos seus pés doridos, inchados e lacerados

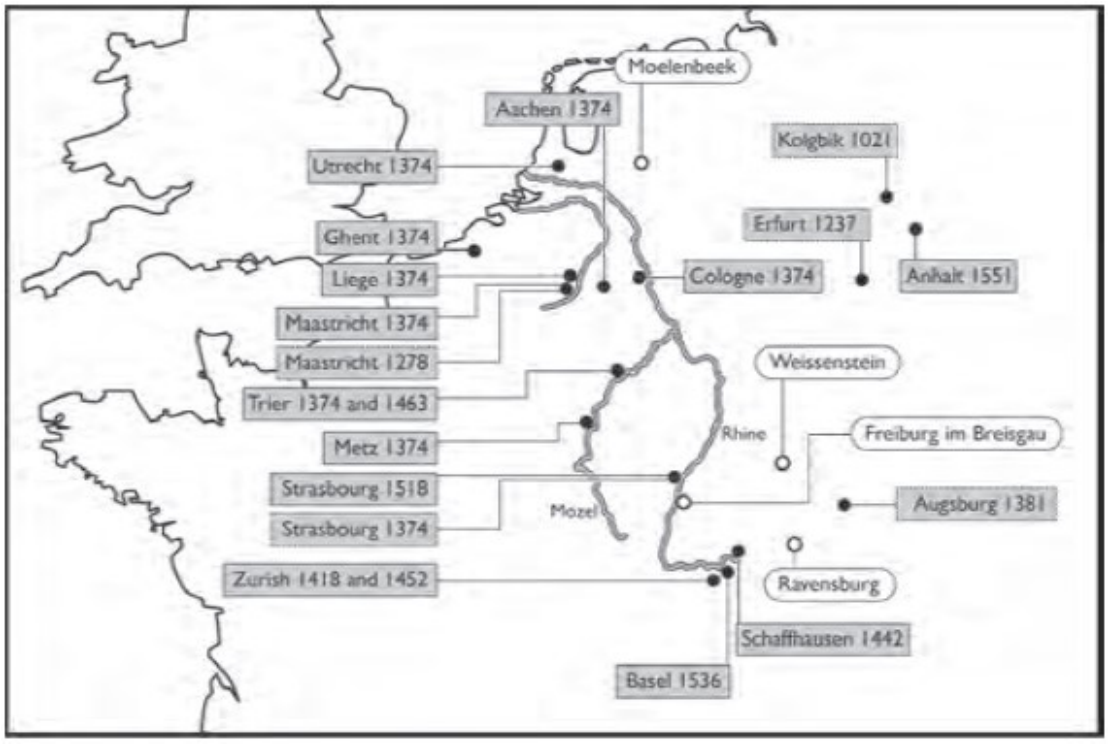



**Figura 3.** Localização das diversas epidemias de dança.
Fonte: The Dancing Plague, Waller (2009).

Períodos de elevado *stress* e vulnerabilidade cultural

Está descrito que níveis de *stress* elevado aumentam significativamente a probabilidade de um indivíduo sucumbir a estados de alteração da consciência, como por exemplo, fenómenos de histeria em massa, sendo assim o sofrimento psicológico grave um factor de susceptibilidade para eventos deste tipo.

Com efeito, as pessoas que cederam às misteriosas epidemias de dança estavam sob grandes níveis de sofrimento psicológico – sendo mais concretos e a título de exemplo, em 1374 os vales do rio Mosela e Reno sofreram dos maiores dilúvios do século e, em 1518, a população francesa atravessava dificuldades extremas desde colheitas terríveis e inflação do preço dos cereais, ambas situações que se foram arrastando de ano para ano e culminaram numa das maiores crises de fome de Estrasburgo e arredores, aliados a um verão e um inverno com temperaturas implacáveis, ao aparecimento da sífilis e da *sudor anglicus* (na língua portuguesa, doença do suor) e ao regresso de doenças fatais como a lepra e a peste negra.

Todavia, estes níveis de *stress* não esclarecem as pragas de dança por si só, sendo a vulnerabilidade cultural um coadjuvante importante a considerar: nas regiões afectadas existiam sistemas de crenças e um temor colectivo pela possibilidade de que espíritos malignos ou santos furiosos, como São Vito, pudessem enfeitiçar as pessoas com as mesmas doenças que tinham capacidade de curar – desta forma, aos olhos do povo medieval, a raiva de São Vito, padroeiro dos doentes com epilepsia e dos doentes

afectados com coreia, infligiria movimentos involuntários e, portanto, de "dança" nos seus residentes. Assim, unicamente nas áreas onde existia o temor de que uma maldição dançante pudesse ocorrer é que os níveis de sofrimento psicológico podiam ser convertidos numa epidemia de dança – e, efectivamente, só nessas áreas é que foram registados eventos de histeria em massa deste tipo, sendo que as manifestações específicas desses incidentes resultaram do roteiro desta vulnerabilidade cultural.

A aliar a isso, o facto deste tipo específico de pragas só ter desaparecido após a realização de orações e rituais exorcistas, contribui fortemente para o papel central que a crença cultural exerceu no desenvolvimento destas epidemias.

Posto isto, e dado a associação de períodos de maior vulnerabilidade psicológica com a susceptibilidade cultural ser a explicação que melhor elucida as diversas pragas de dança, Waller (2008) clarifica que as crenças que levaram à epidemia de 1518, aliadas às exigentes dificuldades pela qual passava o povo medieval no século XVI, provinham de uma culminância de circunstâncias prévias, tais como: dois surtos de dança em edifícios religiosos, no século XV, na Suíça, nos dias anteriores à data festiva do referido santo (que se festeja mundial e nacionalmente a 15 de junho); a caracterização da epidemia de 1374 por Johannes Trithemius; e de uma pintura num altar na Catedral da cidade de Colónia, Alemanha, datada de 1500, onde aparece São Vito com três homens a bailar energicamente. A corroborar estas convicções, e como factores de peso, Waller (2008) refere ainda que as frases como "Deus te dê São Vito" (*God give you St. Vitus*) ou "Que São Vito vá até ti" (*May St. Vitus come to you*) eram rogadas como maldições nas regiões abastecidas pelo rio Reno e que, no final do século XV, numa cidade a sudoeste de Estrasburgo, Rottweil, saiu uma lei que referia que praguejar a alguém em nome de São Vito levaria ao desenvolvimento de "uma febre e dança de São Vito" pelo blasfemado. Assim, para desencadear a estrondosa epidemia de Estrasburgo, tudo o que bastou foi Troffea, uma única mulher, psicologicamente e culturalmente vulnerabilizada pelas circunstâncias então vigentes, iniciar passos rítmicos, acreditando estar a ser alvo da maldição decorrente da ira de São Vito. Como já vimos, ao tomarem as atitudes referidas, as autoridades propagaram a visibilidade da considerada maldição e, consequentemente, a susceptibilidade e o contágio de mais vítimas – desta forma, por cada novo infligido mais rígida se tornava a crença e mais distante a sua cura, tendo-se convertido o sofrimento psicológico à dança infindável ao abrigo das convicções sobrenaturais.

## Conclusão

No final do século XVII estes surtos de dança cessaram juntamente com o sobrenaturalismo e a paranormalidade que os sustentava, deixando, portanto, de atormentar os europeus; e São Vito, libertando-se das calúnias de iroso, passou a ser considerado o padroeiro dos bailarinos.

Apesar destes episódios terem ocorrido há vários séculos torna-se importante recordá-los, constatando que a doença mental adopta diversas formas, sendo o *stress*, a cultura, as crenças e as expectativas de cada um fortes expositores, indutores e moldadores do sofrimento psicológico e, consequentemente, da doença mental.

## Fontes e Bibliografia

Mattoo, S. K., Gupta, N., Lobana, A., & Bedi, B. (2002). Mass family hysteria: A report from India. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56(6), 643–646. https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.01069.x. Acesso a 1 de julho de 2021.

Poudel, R., Aich, T. K., Bhandar, K., Thapa, D., & Giri, R. (2020). Recurrent mass hysteria in schoolchildren in Western Nepal. Indian Journal of Psychiatry, 62, 316–319. https://doi.org/0.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_571_19. Acesso a 1 de julho de 2021.

Waller, J. C. (2009). A forgotten plague: making sense of dancing mania. Lancet, 373(9664), 624–625. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60386-X. Acesso a 2 de julho de 2021.
Waller, J. C. (2008). In a spin: the mysterious dancing epidemic of 1518. Endeavour, 32(3), 117–121. https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2008.05.001. Acesso a 3 de março de 2022.
Waller, J. C. (2009). The dancing plague: The strange, true story of an extraordinary illness. 278.
Backman, E. L. (1952). Religious Dances in the Christian Church and in Popular Medicine. 364.
Waller, J. C. (2018). Keep on moving: the bizarre dance epidemic of summer 1518. Disponível em: https://www.theguardian.com/stage/2018/jul/05/bizarre-dance-epidemic-of-summer-1518-strasbourg. Acesso a 5 de março de 2022.

# DIÓGENES, O CÍNICO: A FILOSOFIA DE VIVER COMO UM CÃO

**Mariana Maia Marques[*1]; Inês Grenha[*1]; Teresa Novo[*2]; Luísa Quintela[*2]**
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho
[*1]Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria
[*2]Médica Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria
Emails: mariana.assuncao.marques@ulsam.min-saude.pt;
ana.senra.rodrigues@ulsam.min-saude.pt; teresa.novo@ulsam.min-saude.pt;
luisa.quintela@ulsam.min-saude.pt

**Resumo**
Diógenes de Sinope, filósofo nascido em 412 a.C., viveu em Atenas, contemporâneo de Sócrates e Platão, e morreu em 323 a.C.. Ficou eternizado como «Diógenes, o cínico», por ter constituído o exemplar mais famoso e dramático do cinismo, escola filosófica fundada no séc. IV a.C. por Antístenes. Apesar de não ter sido o seu fundador, Diógenes levou o cinismo ao seu limite. Procurando viver «de acordo com a natureza» e em oposição à convenção, Diógenes andava nu pelas ruas da cidade, dormia numa barrica de madeira, urinava e defecava em público. Desprezando todas as convenções e ambições sociais, valorizando a «clareza mental» e a autossuficiência, Diógenes viveu de maneira simples e natural, «como um cão» (que significa *Kynicos*, origem da palavra cínico). As características comportamentais deste filósofo, em 1975, inspiraram e deram nome a uma síndrome psiquiátrica rara, a Síndrome de Diógenes (Clark *et al.*).

**Palavras-chave:** Diógenes, cinismo, filosofia, síndrome de Diógenes, psiquiatria

**Abstract**
Diogenes of Sinope was a philosopher contemporary of Socrates and Plato, who was born in 412 B.C., lived in Athens and died in 323 B.C.. He was immortalized as «Diogenes the cynic», for having constituted the most famous and dramatic example of cynicism, a philosophical school founded in the 4th century B.C. by Antisthenes. Despite not being its founder, Diogenes took cynicism to its limit. Seeking to live «according to nature» and in opposition to convention, Diogenes walked naked through the city streets, slept in a wooden barrel, urinated and defecated in public. Disregarding all conventions and social ambitions, valuing «clearness of mind» and self-sufficiency, Diogenes lived in a simple and natural way, «like a dog» (which means *Kynicos*, origin of the word cynical). The behavioral characteristics of this philosopher, in 1975, inspired and named a rare psychiatric syndrome, Diogenes Syndrome (Clark *et al.*).

***

## Introdução
A Síndrome de Diógenes constitui uma síndrome neurocomportamental rara, definida em 1975, que, apesar de não se encontrar isolada nas classificações diagnósticas psiquiátricas atuais, tem permanecido em utilização na prática clínica, enriquecendo a caracterização de alguns indivíduos com patologia psiquiátrica. Dever-se-á, este facto, à componente de originalidade e singularidade encontrada nas características definidoras da Síndrome de Diógenes. Este trabalho tem como objetivo explorar o percurso da personagem histórica que inspirou o nome desta síndrome, Diógenes de Sinope, e, desta forma, refletir sobre os critérios de diagnóstico que realmente se identificam com as particularidades e com o comportamento deste filósofo grego.

**Diógenes de Sinope**

Diógenes de Sinope foi um filósofo da Grécia Antiga, nascido em 412 a.C. em Sinope, na Região do Mar Negro (atual Turquia). Segundo se conta, Diógenes terá sido condenado e banido de Sinope, ainda jovem, juntamente com o seu pai, por um crime de falsificação de moedas, através da cunhagem que o pai de Diógenes dirigia[1]. Após esta condenação, Diógenes passou a viver em Atenas, numa época em que foi contemporâneo de Sócrates e Platão.

Neste período, Diógenes iniciou o seu percurso pela filosofia ao conhecer Antístenes, um filósofo ateniense, aluno de Sócrates[1]. De facto, as ideias de Antístenes, que, por sua vez, tinham como base as perspetivas e estilo de vida de Sócrates, persuadiram de tal forma Diógenes, que este se tornou seu discípulo. Segundo se conta, Diógenes passou a seguir Antístenes persistentemente, «como um cão fiel»[1]. A ideia socrática de que a fonte da felicidade é a virtude e de que a via para a virtude passa pelo ascetismo[1], serviu de pilar para Antístenes e, por conseguinte, para Diógenes. Do mesmo modo, a antipatia que Antístenes tinha por Platão também foi transmitida a Diógenes, que considerava Platão um aristocrata orgulhoso e exibicionista[1].

Pensa-se que, mais tarde, Diógenes, que vivia nas ruas atenienses, terá sido capturado por piratas e vendido como escravo no Corinto. Foi comprado por um intelectual, que, notando a inteligência de Diógenes, fez dele tutor dos seus filhos. Diógenes terá vivido como membro querido dessa família até à sua morte[1]. Sendo que, segundo um relato curioso, a causa da sua morte terá sido septicemia após uma mordedura de um cão. Diógenes faleceu em 323 a.C., com quase noventa anos de idade.

**O cinismo**

O cinismo, fundado no séc. IV a.C. por Antístenes, constituiu uma das quatro escolas filosóficas mais notáveis nos períodos helenístico e imperial (da morte de Alexandre Magno, em 323 a.C., até à morte de Santo Agostinho de Hipona, em 430 d.C.), juntamente com a escola epicurista, a estoica e a neoplatónica[1]. Quatrocentos anos depois do início do período imperial (início do principado de Augusto César, em 27 d.C.), o cristianismo passou a ser a religião oficial do Império Romano, pelo que, a filosofia, nos mil anos seguintes, passou a estar subordinada à exigente doutrina cristã. Até 529 d.C. (altura em que o imperador Justiniano proibiu a «filosofia pagã»)[1], a escola epicurista e a estoica foram as escolas filosóficas dominantes, sendo que a escola cínica era constituída por um número menor de aderentes. No entanto, o cinismo perdurou consideravelmente mais no tempo que o estoicismo e que o epicurismo, havendo registo de indivíduos que se afirmavam como cínicos no sec. V d.C. (800 anos após a fundação do cinismo). Além de que, foi o pensamento cínico que influenciou a formação do estoicismo, por Zenão de Cítio. Por conseguinte, a escola estoica ganhou a adesão de quase todos os cidadãos do Império Romano e teve como importante apoiante o imperador Marco Aurélio, no séc. II d.C.[1].

O cinismo identificou-se como uma perspetiva exclusivamente ética e uma forma de vida, sem envolver quaisquer teorias lógicas, epistémicas ou cosmológicas[1]. Este terá sido um dos motivos para que tenha perdurado tanto no tempo. A escola cínica foi a primeira escola filosófica a representar, na sua forma mais pura, uma atenção maior à obtenção da *ataraxia*, que significa «paz de espírito», imperturbabilidade e quietude da alma. Esta procura pela *ataraxia* é uma característica importante e definidora da filosofia deste período, também se tendo mantido como um dos objetivos principais do epicurismo e do estoicismo[1, 2]. Pensa-se que esta maior preocupação com a obtenção da «paz de espírito» teve origem na insegurança que se fez sentir, durante o período helenístico, e na perda das

autonomias dos cidadãos, durante o reinado de Alexandre Magno e durante o Império Romano[1]. Neste contexto, os indivíduos sentiram maior necessidade de encontrar, em si mesmos, uma fonte de maior estabilidade e segurança, através do fortalecimento dos seus recursos psicológicos interiores.

O fundador do cinismo, Antístenes, nasceu em 445 a.C., em Atenas, e faleceu em 365 a.C., com 80 anos de idade[1, 2]. Apesar do importante papel que veio a ter, Antístenes não tinha cidadania ateniense, era considerado «bastardo», porque os seus pais não eram casados e a sua mãe era natural da Trácia (antiga região da Macedónia, atualmente situada entre a Bulgária, a Turquia e a Grécia)[1]. Tem sido suposto que esta sua vivência de exclusão social poderá ter influenciado as teorias que desenvolveu. Antístenes iniciou o seu percurso pela filosofia com Górgias, o sofista, tendo-se tornado, devido a este professor, um excelente orador[1, 2]. Mais tarde, persuadido pela ideia socrática de que a virtude é a fonte da felicidade, Antístenes passou a confiar a sua formação a Sócrates[1, 2]. Pensa-se que, além de aluno e professor, estes desenvolveram uma relação de companheirismo[1].

Segundo Antístenes, «a virtude enobrece, expressa-se em atos e exige poucas palavras»[1]. Este acreditava que a virtude podia ser ensinada e, adicionalmente, podia ser aprendida por qualquer individuo, desde que este dispusesse de «coragem e autocontrolo», qualidades que Sócrates enaltecia[1]. Antístenes defendia que a ação de qualquer pessoa deve ser orientada pelas leis da virtude, mesmo que estas não correspondam às leis da *polis*. De facto, os elementos essenciais da perspetiva cínica, elaborados por Antístenes, são a indiferença à convenção e às ambições sociais, a contenção e a intrepidez[1]. O ascetismo é outra característica do pensamento cínico, que representa a disciplina, o autocontrolo e a abstenção dos luxos e do conforto material com o objetivo de se alcançar a virtude. Antístenes também abraçou a pobreza, pelo que defendia que «a única coisa de que precisamos como cama é uma túnica dobrada»[1].

Antístenes escreveu vários livros, durante a sua vida. Contudo, poucas das suas obras chegaram aos dias de hoje. Deste modo, o que o fez ser considerado o fundador da escola cínica foi a influência que teve nos filósofos que seguiram a sua doutrina[2]. Destes, destacam-se Diógenes, *o Cínico*, Crates de Tebas e Zenão de Cítio (que fundou o estoicismo). Sobre Antístenes, tem-se dito que foi ele que «impulsionou a indiferença de Diógenes, a contenção de Crates e a intrepidez de Zenão»[1, 2].

**Diógenes, a vida de um cínico**

Diógenes de Sinope, filósofo grego, ficou eternizado como «Diógenes, o cínico», por ter constituído o exemplar mais famoso e dramático do cinismo[1]. Apesar de não ter sido o seu fundador, mas sim Antístenes, como referido anteriormente, Diógenes levou os compromissos do cinismo ao seu limite possível e lógico.

No essencial, Diógenes dedicou-se a criar uma vida «de acordo com a natureza» e em oposição à convenção. Defendia que as necessidades naturais deviam prevalecer sobre os costumes e normas sociais[2]. Deste modo, andava nu pelas ruas da cidade, comia quando tinha fome, maioritariamente alimentos crus, defecava, urinava e masturbava-se em público[1, 3]. Dizia, em relação à masturbação, que seria bom que fosse «igualmente fácil acabar com a fome esfregando o estômago»[1]. Conta-se que defecava no meio do mercado, entre a multidão, para mostrar o que pensava de alguma atitude[2]. Diógenes rejeitava por completo a sociedade, não respeitava qualquer convenção social ou religiosa, sendo que chegava a comer alimentos oferecidos a templos, na altura dos sacrifícios religiosos[1]. Através deste seu comportamento incomum e errático, Diógenes chocava as pessoas da sociedade para as fazer pensar.

Vivia como um sem-abrigo, dormia sozinho numa barrica de madeira, pois defendia a virtude da pobreza extrema e acreditava que a felicidade não dependia de nada externo à

própria pessoa[1, 3]. Diógenes não se isolava, sempre viveu no meio das pessoas, nas ruas, pois pretendia confrontar a sociedade com um exemplo de uma vida cínica, simples e natural. A filosofia cínica é, essencialmente, uma filosofia da ação[2]. Além do exemplo que dava, Diógenes também criticava diretamente as pessoas, com palavras bruscas, quando as queria fazer despertar da «hipocrisia» das suas vidas para uma perspetiva cínica[2]. Valorizava a autossuficiência, o desapego e uma vida desprovida de bens materiais, sendo que apenas possuía uma túnica, um cajado e uma lamparina[1, 4]. De facto, os símbolos de adesão ao cinismo são uma túnica esfarrapada, um bordão e uma pequena bolsa[1]. Símbolos que proveem de Antístenes, mas que mantiveram a sua representação com Diógenes.

Apesar de também ter escrito livros, peças de teatro e de ter dado palestras, as suas perspetivas foram expressas e eternizadas através de episódios da sua vida. Por exemplo, Diógenes caminhava com a sua lamparina acesa em pleno dia, dizendo que andava «à procura de um verdadeiro homem». Sendo que, afirmava que vira uma vez «alguns rapazes em Esparta», querendo com isto insinuar que o estilo de vida em Esparta era mais virtuoso que em Atenas[1]. A propósito desta lamparina cínica, Nietzsche afirmou «Antes de procurar o homem, deve-se achar a lanterna»[5].

Um dos episódios mais famosos foi quando Alexandre Magno, rei da Macedónia, encontrou Diógenes na rua, pelo que lhe perguntou o que poderia fazer por ele, estando disposto a oferecer-lhe o que Diógenes quisesse. Dada a posição em que se encontrava, Alexandre Magno fazia-lhe sombra. Assim, Diógenes respondeu «Não me tires o que não me podes dar!», pedindo «Preciso que te desvies da luz do sol, que me estás a tapá-la.»[1]. Resposta que impressionou o rei, dizendo «Se eu não fosse Alexandre, queria ser Diógenes.»[2].

Diógenes tem também vários episódios relacionados com Platão e com a relação incompatível que apresentava com este. Considerava-o um narcisista orgulhoso e criticava-o por frequentar banquetes e ter luxos em sua casa. Conta-se que, um dia, Diógenes pisou um tapete de Platão, afirmando «Assim espezinho o orgulho de Platão», ao que Platão respondeu «Sim, com outro tipo de orgulho»[1]. Noutro momento, Diógenes terá depenado uma galinha e a terá atirado à cabeça de Platão[2].

Descrevia-se como um «cidadão do mundo», cosmopolita. Possuía uma inextinguível sede de liberdade[2]. Vivia e agia sem vergonha. Apresentou a coragem necessária para viver segundo as suas convicções[2]. Rejeitava o governo e os seus governantes[2]. Desprezava as leis da sociedade e todas as ambições sociais. Diógenes acusava os seus cidadãos contemporâneos de viverem «ofuscados» com o desejo de riqueza, honra e fama, descrevendo este estilo de vida como artificial e «cheio de fumo»[1]. Diógenes defendia que o que dá sentido à vida é atingir a *eudaimonia* (que significa felicidade) e a *atuphia* (que significa «sem fumo», clareza mental)[1]. Para tal, Diógenes indicava que o caminho era o ascetismo, que proporcionava força, autossuficiência e paz de espírito.

O estilo de vida de Diógenes, livre, simples e de acordo com a natureza, ficou descrito como o estilo de vida de «um cão vadio». De facto, a palavra «cínico» tem origem no termo grego *Kynikos*, que significa «como um cão»[1, 4]. Outra fonte para esta palavra é a crítica implacável, e em tom rabugento, que Diógenes exercia em resposta a qualquer convenção, «como um cão raivoso»[1]. Permaneceu, assim, a imagem de que Diógenes, o mais emblemático dos cínicos, viveu «como um cão».

No momento da sua morte, Diógenes desejava ser levado para fora da cidade e ser comido por animais. Contudo, os seus admiradores dedicaram-lhe um túmulo, onde está escrito: «Até o bronze cede ao tempo e envelhece, mas tua glória, Diógenes, permanecerá intacta eternamente, porque só tu ensinaste aos mortais a doutrina de que a vida se basta a si mesma, e mostraste o caminho mais fácil para viver»[5].

**A inspiração para a Síndrome**

As características comportamentais deste filósofo, em 1975, inspiraram e deram nome a uma síndrome psiquiátrica rara, definida por Clark *et al.,* a Síndrome de Diógenes[6]. Esta é uma síndrome neurocomportamental, caracterizada por: extrema negligência pessoal, nomeadamente, a não realização de rotinas de autocuidado; negligência com a higiene corporal e com os cuidados domésticos, também designada por incúria; isolamento social extremo; ausência de crítica para a sua situação clínica; recusa em receber qualquer tipo de ajuda, tanto médica, financeira ou social; indiferença marcada; e tendência para a acumulação excessiva e insalubre de objetos inúteis, também designada por silogomania[3, 4, 6]. Sendo que, segundo os pressupostos de Clark, esta síndrome pode ser diagnosticada na ausência de acumulação compulsiva[4, 6].

A Síndrome de Diógenes pode ser classificada como sendo primária ou secundária (tendo sido Reyes-Ortiz quem introduziu esta distinção)[4]. A Síndrome de Diógenes é considerada primária, quando esta constitui uma entidade única, não desencadeada por outras condições médicas. Por outro lado, é considerada secundária quando se encontra relacionada intimamente com outras perturbações mentais, nomeadamente esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar ou perturbação depressiva com componente psicótico[4]. Adicionalmente, estão identificadas algumas comorbilidades médicas e psiquiátricas comuns na Síndrome de Diógenes, sendo que estas têm sido estudadas como potenciais causas ou fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome[4]. Destas comorbilidades, destacam-se: demência, predominantemente a frontotemporal; perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação depressiva e/ou ansiosa; e alcoolismo[4]. Tem sido considerado que a Síndrome de Diógenes pode, inclusivamente, desenvolver-se como uma reação tardia a um evento *stressor*. Isto significa que a existência de um fator de rutura social pode ser precipitante para o desenvolvimento da síndrome, como, por exemplo, a morte do conjugue, de outro familiar que vivesse com o doente, a morte de um vizinho, ou até a perda de um emprego ou de estatuto social[4].

Atualmente, a Síndrome de Diógenes não se encontra autonomizada nas classificações diagnósticas utilizadas (DSM-5 e CID-11)[7]. Isto deve-se, essencialmente, ao facto da sua incidência anual ser baixa, cerca de 0,5 por 10 000 habitantes[4], e ao facto desta síndrome estar, habitualmente, relacionada com outras condições psiquiátricas. Contudo, na prática clínica, esta terminologia tem permanecido em utilização, de modo a enriquecer a caracterização de alguns casos clínicos típicos.

Relativamente à epidemiologia, esta síndrome afeta mais frequentemente indivíduos com idades acima dos 60 anos (sendo a média de idades 79); sem distinção entre sexos; indivíduos que sejam solteiros ou viúvos; que vivam sozinhos; que possuam níveis de inteligência médios ou acima da média; e que tenham tido desempenho laboral prévio bem-sucedido[4]. Esta síndrome não afeta em particular nenhum estatuto económico ou social[4, 8]. Assim como o próprio Diógenes, muitos destes casos optam por viver nas ruas, mesmo quando possuem condições financeiras satisfatórias, famílias que os queiram receber, ou opções de instituições sociais[4, 8].

**Conclusões**

Diógenes de Sinope foi um carismático filósofo, eternizado por vivenciar a escola cínica através do seu comportamento. A atribuição do seu nome à síndrome psiquiátrica constituiu uma homenagem a esta personagem histórica. Algumas das características diagnósticas da Síndrome de Diógenes identificam-se, realmente, com o filósofo, como a negligência com o cuidado pessoal e higiene, o afastamento das normas sociais, o facto

de viverem sozinhos e em espaços sem condições habitacionais, recusarem apoios de qualquer tipo, possuírem uma inteligência acima da média e o facto de chocarem a sociedade através do seu comportamento. Contudo, a inclusão de acumulação compulsiva de objetos na Síndrome de Diógenes tem sido criticada, pois Diógenes apenas possuía uma túnica, um cajado e uma lamparina, promovia o desapego e uma vida desprovida de bens materiais, o que se opõe à acumulação de objetos inúteis.

**Fontes e bibliografia final**


Grayling, A. C. (2020). *Uma História da Filosofia.* (1ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Laércio, D. (2020). *Vidas e doutrinas dos filósofos ilustres – Livro X – Epicuro.* (1ª ed.). São Paulo: Montecristo Editora.

Saraiva, C.; Cerejeira J. (2014). *Psiquiatria Fundamental.* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.

Teixeira, D.; Gil, N. (2020). *Ornitorrincos Psiquiátricos, casos bicudos e outros dilemas diagnósticos.* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.

Nietzsche, F. (1980). *Humano, Demasiado Humano.* (1ª ed.). Madrid: Madrid Edaf.

Clark, A., Mankikar, G., & Gray, I. (1975). *Diogenes syndrome: A Clinical Study of Gross Neglect in Old Age*. The Lancet, 305, 366-368.

American Psychiatry Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* (5th ed.). Arlington: American Psychiatry Association.

Stumpf, B. P., & Rocha, F. L. (2010). *Síndrome de Diógenes*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59 (2), 156-159.

# NA DUALIDADE ENTRE O CORPO E A MENTE – UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE OS SINTOMAS CONVERSIVOS

**Nelson Descalço*; Filipa Fernandes Martins*; Pedro Casimiro*; Rita Gomes*; Teresa Mendonça*; Sofia Morais*; Gisela Borges****
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, Almada (Portugal)
NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa (Portugal)
*Interno de formação específica em Psiquiatria
** Assistente Hospitalar em Psiquiatria
Emails:ndescalco@gmail.com; filipa.martins05@gmail.com;
pedrotomecasimiro@gmail.com;
rita.diniz@hotmail.com; mteresacmcm@gmail.com; sophia.morais@gmail.com;
gisela.maria.borges@gmail.com

**Resumo**
A perturbação conversiva (denominada perturbação de sintomas neurológicos funcionais nos critérios de classificação recentes) apresenta uma história na Humanidade que remonta aos Egípcios, altura em que já existiam registos de mulheres que sofriam de sintomas inespecíficos e bizarros. Desde então, a avaliação de sintomas físicos para os quais a investigação não identifica uma etiologia continua a ser frequente (e desafiante) nos dias de hoje. A nosologia destes sintomas — em Psiquiatria e Neurologia — tem-se transformado por categorias, de "histeria" a "conversão", ao longo do tempo. Este trabalho procura descrever a evolução histórica do conceito de histeria, oferecendo uma narrativa sobre o estado atual do conhecimento desta entidade nosológica. O objetivo é refletir sobre quando se começou, o que se sabe de novo e o que terá mudado na abordagem médica e psicossocial destes doentes.

**Palavras-chave**: conversão; histeria; sintomas neurológicos funcionais; dissociação; perturbação de personalidade histriónica

**Abstract**
Conversive disorder (defined as functional neurological symptom disorder in most recent diagnostic criteria) has been a topic in Human history that dates back to the Egyptians, when there were records of women suffering from nonspecific and bizarre symptoms. Since then, the assessment of physical symptoms for which clinicians cannot identify an origin remains frequent and challenging nowadays. Nosology in Psychiatry and Neurology has been changing over time, through categories such as "hysteria" and "conversion". This work seeks to describe the historical evolution of the concept of hysteria, offering a scope review to understand the current knowledge about these entities. This work aims to reflect on where hysteria started, what is new and what has changed in the medical and psychosocial approach of these patients.

***

## Introdução

Os sintomas conversivos têm sido alvo de extensa revisão e revisitação na nosologia em Psiquiatria. O próprio termo, sintomas conversivos, surge mais recentemente na longa e sinuosa história destes sintomas ditos "físicos" e para os quais não parece existir uma patologia subjacente conhecida. Um termo muito frequentemente associado é a histeria, cuja origem remonta ao Antigo Egipto, e que assume um valor histórico na origem da

descrição psicopatológica e sindromática destes sintomas. Neste trabalho pretende-se apresentar uma breve revisão histórica dos sintomas conversivos e da sua evolução enquanto entidade nosológica nos critérios de diagnóstico em Psiquiatria.

**Do Antigo Egipto à Idade Média**

Etimologicamente, o termo histeria tem origem em "útero" e era, desta forma, uma patologia considerada afetar exclusivamente as mulheres. Perto de 1900 a.C., durante o Antigo Egipto, era crença da comunidade médica que as afeções do útero eram a causa da histeria e de várias patologias médicas. Em particular, associavam a histeria a movimentos espontâneos do útero no corpo da mulher, o qual se acreditava ser impelido a deslocar-se pela ideia da imperfeição do corpo feminino, que, sendo húmido e frio, fazia com que o órgão migrasse em busca de locais mais quentes e confortáveis. Os sintomas corresponderiam não só a sintomatologia depressiva e ansiosa (como sensação de falta de ar e de morte iminente), mas também ao sintoma histérico propriamente dito como os desmaios, a catalepsia e os movimentos tremóricos do corpo do tipo tónico-clónico. Entre as intervenções que se acreditava, à data, serem eficazes encontravam-se técnicas para o reposicionamento do útero. Se este se tivesse movimentado para cima (de forma ascendente), deveriam ser colocadas substâncias de odor fétido e com alto nível de acidez na boca e narinas da mulher, e simultaneamente, deveriam ser colocadas substâncias de odor agradável e perfumado perto da vagina; caso o útero de tivesse movimentado para baixo (de forma descendente), era recomendado inverter a aplicação das substâncias, e colocar as de odor fétido perto da vagina e as perfumadas perto das narinas e boca.

Esta crença permaneceu na Grécia Antiga, altura em que foi reforçada a ligação entre a histeria e a vida sexual. Platão e Aeataeus continuaram os trabalhos anteriores desenvolvidos no Antigo Egipto, elaborando sobre a "sufocação histérica" e a relação entre a localização do útero e os sintomas apresentados; mas foi Hipócrates (460 ± 377 aC) o primeiro a cunhar o termo "histeria". Defendia que este órgão feminino se movimentava pelo corpo e que seria desta forma causador de mal-estar, e tal se devia ao facto de ser um útero frustrado por atividade sexual insatisfatória ou insuficiente. Deste modo, os humores venenosos, neurotóxicos, típicos do sexo feminino, ficariam estagnados no corpo da mulher, não tendo a possibilidade de serem libertados através do ato sexual, dando origem aos sintomas da histeria.

Na mitologia grega existem vários exemplos de menção à histeria, como o Mito de Euripídia, onde existe uma alusão à prevenção ou mesmo cura do útero melancólico. Esta mesma experiência descrevia que a purificação, ou a catarse, das mulheres que padeciam de histeria, podia ser atingida através do consumo de vinho e pela participação em orgias. Um estado de transe poderia ser alcançado, mediado pelo Sacerdote de Dionísio, levando a um ponto final em todo o conflito existente para com a sexualidade, típica da histeria. A ansiedade histérica era assim aplacada. Na mitologia do argonauta Melampus, está descrito que a histeria feminina se devia ao envenenamento do útero por humores tóxicos, devido à ausência de orgasmos e à existência de uma "melancolia uterina".

Já na Roma Antiga, Cláudio Galeno (129 – 217 d.C.) foi um dos médicos que explorou a ideia previamente introduzida pelos Gregos da relação entre a histeria e a insatisfação sexual. Referia que, não havendo relação sexual, o "esperma feminino", uma substância produzida pelo aparelho reprodutor da mulher, ficaria retido no corpo da mesma e causaria envenenamento e afetaria os humores. Esta hipótese ia de encontro da crença que as mulheres mais afetadas seriam as virgens, viúvas ou celibatárias. Nos textos clássicos desta época constata-se que qualquer sintoma poderia ser atribuído ao funcionamento do útero e do aparelho genital feminino, inclusivamente quadros febris a comportamentos de cleptomania. Para Galeno, o mais eficaz e mais "recomendável" tratamento era, de longe, o casamento. Já para as casadas seriam as relações sexuais

conjugais, e para as viúvas sugeriu a fricção da área genital da enferma com um produto ou creme até que esta atingisse um estado de contrações físicas e de êxtase, vulgo orgasmo. O período mais negro da história foi a Idade Média, altura em que a histeria deixou de ser considerada uma doença e passou a ser vista como uma possessão demoníaca. Foi com o aparecimento da civilização cristã que ocorreu a primeira grande mudança na história deste constructo patológico. Foi Agostinho de Hipona (354-430 d.C.) quem teve maior influência para a viragem da visão naturalista da histeria para uma visão demonológica. Esta visão foi em parte influenciada por São Tomás de Aquino (1225-1274) que considerava a mulher como um "homem fracassado", como uma "criatura defeituosa" e reforçava a ideia de "mulher-bruxa". Partindo da premissa de que o sofrimento humano resultaria do pecado original, a histeria passou então a constituir uma evidência inegável da existência de possessões demoníacas, ou seja, as manifestações de doença mental eram encaradas como tendo na sua base vínculos obscenos entre as mulheres e o Diabo. Como tal, mulheres que eram "histéricas" e apresentavam sintomas típicos como as anestesias, os mutismos e as convulsões, deveriam ser submetidas a exorcismo como tratamento, uma vez que a histeria se devia a uma presença demoníaca e os sintomas referidos se tratavam de "stigmati diaboli", ou seja, eram fruto da marca do demónio. No final da Idade Média o exorcismo tornou-se um castigo e a histeria foi confundida com feitiçaria. As mulheres identificadas como histéricas eram perseguidas, interrogadas, torturadas e, por vezes, queimadas na fogueira. Esta era a visão que predominava, em detrimento da visão científica, que assumia pouco destaque neste período da história.

**Do Renascimento ao século XIX**

Durante o Renascimento as ideias que vigoravam relativamente à histeria perderam alguma força. Várias figuras históricas descartaram o mito que associava estes sintomas à possessão demoníaca, procurando explorar a histeria como uma doença mental, e levando a uma transição da visão demonológica para uma visão médica. Contudo, algumas das ideias originadas na Antiguidade permaneciam para os médicos da época. A histeria ainda era considerada como o "símbolo" da feminilidade, inclusivamente que o útero era o órgão que permitia explicar a vulnerabilidade da fisiologia e da psicologia das mulheres, e que sustentava o conceito de inferioridade da mulher em relação ao homem.

Durante a Revolução Científica, iniciada na Europa Ocidental nos séculos XVII e XVIII, as novas correntes de pensamento trouxeram novas preocupações no que concerne à histeria. Esta época pautou-se pelo nascimento da ciência médica moderna e vários médicos procuraram aplicar o método científico em voga na época ao estudo desta "doença". Confirmou-se a ausência de patologia uterina nas autópsias das doentes ditas histéricas, o que levou ao enfraquecimento da associação entre a histeria e o sistema reprodutor da mulher; assim, as teorias sexuais defendidas na Antiguidade começaram a perder sustentação. Nesta época surgiram teorias como a de Thomas Sydenham sobre "Proteus" e a proposta por Franz Mesmer, referente ao "magnetismo animal".

Nesta época iniciaram-se também correntes contra a conceção misógina da histeria e deram-se os primeiros passos no enquadramento da doença mental na visão científica. Causas e sintomas da histeria e da melancolia estariam ligados à teoria do humor, e não a feitiçaria ou demónios, como outrora pensado. Destaca-se Philippe Pinel (1745-1826), que integrou a histeria no grupo das "Neuroses" na sua obra "Nosographie Philosophique", em 1813, a qual tem grande valor histórico.

Briquet (1796-1881) deu os primeiros passos para o desenvolvimento do conceito de Perturbação de Personalidade Histriónica, defendendo na sua obra (Tratado Clínico e Terapêutico da Histeria, 1859) que existiam determinados traços de personalidade que eram a base para o desenvolvimento de perturbações histriónicas, aproximando assim estas patologias ao funcionamento do sistema nervoso. Passou a considerá-las uma

"neurose do cérebro". O seu papel foi tão fundamental para o estudo destes doentes que, quando o termo histeria foi alterado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (DSM), a perturbação de somatização era designada, inicialmente, de Síndrome de Briquet. Foi também o primeiro a defender que este distúrbio neurológico era mais comum entre indivíduos do sexo masculino, ao invés do outrora descrito.
Jean Martin Charcot (1825 ± 1893) adotou muitos dos conceitos de Briquet e é outro nome que se destaca na história da histeria por ter contribuído para o aprofundar da relação deste fenómeno com o cérebro. Dedicou-se ao estudo dos fenómenos histéricos não só numa perspetiva psicogénica, mas também neurofisiológica, muitas vezes através da hipnose. Charcot caracterizou a histeria como uma neurose de base orgânica e descreveu características clínicas permanentes em pacientes que também eram propensos a ataques paroxísticos, os "estigmas": disfunção sensorial, hiperexcitabilidade e estreitamento do campo visual. Estabeleceu uma ligação entre o compromisso neurológico e processos mentais inconscientes.
Não obstante a evolução científica descrita, observou-se também nesta época uma multiplicação das teorias sobre a localização anatómica da histeria. A descoberta da ovulação inspirou as teorias ováricas reforçou hipóteses uterinas do passado e foram concebidos modelos neuro-uterinos, segundo os quais a patogénese da histeria ocorria, primeiro, em locais como o útero, a vagina ou os ovários e, posteriormente, se estendia a todo o organismo através de plexos nervosos uterinos. Em oposição às ideias prévias de que a histeria estaria associada a atividade sexual insuficiente, surgiram nesta época teorias que seria a estimulação sexual excessiva, nomeadamente através da masturbação, que surgia a disfunção do sistema nervoso central e hiperexcitação dos nervos periféricos. Foram propostos tratamentos bárbaros para atingir uma diminuição da hiperexcitação, como injeções intrauterinas, cauterizações do clítoris ou cirurgias ginecológicas de amputação e extirpação.
Outros autores dissertaram nesta época sobre os sintomas histéricos, nomeadamente Pierre Janet, que elaborou sobre a associação entre histeria e dissociação, primeiro autor a referir-se a este termo. Referia que a dissociação surgia autonomamente por motivos neuróticos e perturbava a vida do paciente, resultado da própria ideia que o paciente tinha da sua doença, que consequentemente se traduzia em sintomas físicos. Ou seja, existia informação traumática que era mantida fora da consciência, de forma inalterada, mas exercendo efeitos em funções motoras e/ou sensoriais através de mecanismos inconscientes, o que originava os sintomas dissociativos (sintomas histéricos).
Sigmund Freud, pai da psicanálise, também se focou no papel do inconsciente no desenvolvimento destes sintomas. Definiu o conceito de histeria conversiva, em que ideias ou memórias demasiado desagradáveis para a consciência eram reprimidas no inconsciente e "convertidas" em sintomas físicos para resolver conflitos psicológicos insuportáveis. Freud associava as memórias reprimidas ao trauma sexual e associava estes fenómenos à conversão, na qual um conflito no inconsciente gerava sintomatologia física como a paralisia, a cegueira ou a surdez. Foi responsável, na sua época, por dar novamente destaque à visão misógina e estritamente feminina da histeria.
Babinski também assume importância histórica uma vez que se focou no estudo aprofundado dos doentes com histeria, chegando à conclusão de que não existiam alterações patológicas no exame neurológico destes doentes (nomeadamente no que respeitava aos reflexos superficiais e profundos), parecendo existir um mimetismo de sintomas neurológicos verdadeiros, os quais surgiam por sugestão.

**Na atualidade**

O termo histeria foi incluído nas primeiras versões do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, só tendo sido abandonado das classificações médica em 1980

no DSM-III. Em sua substituição passaram a ser utilizados termos como dissociação e perturbações somatoformes ou conversão. Com o desenvolvimento tecnológico de novos meios complementares de diagnóstico na imagiologia médica, como o vídeo-eletroencefalograma, foi possível distinguir crises epiléticas de pseudocrises / crises psicogénicas, o que conduziu ao desmembrar definitivo da histeria. Os sintomas histéricos mais físicos (ou sensitivo-motores) passaram a ser denominados somatoformes (incluindo-se aqui a conversão e a somatização) e as manifestações de natureza psicológica passaram a ser denominadas dissociativas. Dentro as perturbações dissociativas passaram a encontrar-se quatro grandes grupos, nomeadamente a amnésia dissociativa, fuga dissociativa, perturbação dissociativa de identidade e perturbação de despersonalização. Por outro lado, desde a inclusão das perturbações da personalidade no DSM-II que tem sido destacada a existência de personalidades "histéricas", tal como designadas inicialmente, cujo conceito evoluiu para passar a designar-se perturbação de personalidade histriónica, a qual conta no DSM-5 com critérios de diagnóstico que têm vindo a ser reajustados ao longo do tempo. Contudo, os corolários atuais da histeria, tal como definida historicamente, correspondem às perturbações de somatização e dissociativas e não à perturbação de personalidade histriónica.

**Conclusões**

Este trabalho procurou rever a evolução do conceito de histeria ao longo dos 4000 anos que passaram aproximadamente desde a sua primeira descrição no Egipto Antigo. Várias foram as tentativas de explicar, à luz dos conhecimentos contemporâneos, a origem destes sintomas. Contudo as tentativas de definir histeria pautaram-se pela ambiguidade de conceitos, ausência de critérios fidedignos e válidos, bem como explicações de cariz não científico. A preocupação com o estigma e a falta de especificidade do termo histeria levou à sua presença residual nas classificações modernas, mas continua a ser um tema central na definição e compreensão de vários grupos nosológicos atuais na Psiquiatria, tal como explanado.

**Fontes e bibliografia final**

Dunphy, L., Penna, M., El-Kafsi, Jihene (2019). Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 25;12(11):e231550. doi: 10.1136/bcr-2019- 231550. PMID: 31772129; PMCID: PMC6887443.

Broussolle, E., Gobert, F. & Danaila, T. (2014). History of Physical and 'Moral' Treatment of Hysteria. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger. 2014;35:181-97. doi: 10.1159/000360242. Epub Jun 26. PMID: 25273500.

Tasca, C. et al. (2012). Women And Hysteria In The History Of Mental Health. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health [Em linha]. 8, 110-119. Disponível na Internet DOI: 10.2174/1745017901208010110

# ERNEST HEMINGWAY: "UM HOMEM PODE SER DESTRUÍDO, MAS NÃO DERROTADO"

**Catarina Melo Santos*[1]; Nuno Moura*[1]; Ana Margarida Fraga**[1]; Ana Quintão*[1]; Margarida Albuquerque**[1]; João Facucho Oliveira**[1]; Ana Rita Moura*[1]; Hugo Canas Simião*[1]**

*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental;** Hospital José de Almeida Cascais

[1]Interno(a) de formação específica em psiquiatria

Emails: anacatarinamelosantos@gmail.com; nunojfmoura@gmail.com; ana.margarida.fraga@gmail.com; ana.quintao27@gmail.com; amcrs.albuquerque@gmail.com; jmfacucho@hotmail.com; moura.a.rita@gmail.com; hugo.simiao@gmail.com

**Resumo**

Pretende-se com este trabalho, sob uma abordagem biopsicossocial capaz de integrar os vários dados do complexo quadro psiquiátrico do autor, melhor compreender a sua vivência com a doença e desfecho trágico. Parece haver evidência significativa para apoiar o diagnóstico de perturbação afectiva bipolar, dependência de álcool, lesão cerebral traumática e sintomas psicóticos, estes últimos no fim da sua vida, provavelmente, secundários aos anteriores. Hemingway recorreu à "automedicação" com álcool, estilo de vida agressivo e de risco e à escrita, a fim de enfrentar o sofrimento causado pelo seu quadro psiquiátrico complexo. No fim, os mecanismos de defesa de Hemingway falharam, resultando no seu suicídio. No entanto, e apesar de sofrer de múltiplas perturbações psiquiátricas, Hemingway foi capaz de viver uma vida vibrante até os 61 anos de idade e contribuir com obras de ficção imortais para o cânone literário.

**Palavras-chave:** Ernest Hemingway; perturbação afetiva bipolar; dependência de álcool; suicídio

**Abstract**

It is intended with this work, under a biopsychosocial approach, capable of integrating the various data from the author's complex psychiatric condition, to better understand his experience with disease and its tragic outcome.

There appears to be significant evidence to support the diagnosis of bipolar affective disorder, alcohol dependence, traumatic brain injury and psychotic symptoms, the latter probably secondary to the earlier ones.

Hemingway resorted to "self-medication" with alcohol, an aggressive and risky lifestyle and writing, in order to face the suffering caused by his complex psychiatric condition.

In the end, Hemingway's defense mechanisms failed, resulting in his suicide.

However, despite suffering from multiple psychiatric disorders, Hemingway was able to live a vibrant life until the age of 61 and contribute with immortal works of fiction to the literary canon.

**Key-words:** Ernest Hemingway; bipolar affective disorder; alcohol dependence; suicide

***

## Introdução

Ernest Hemingway foi um homem dedicado à escrita, quer como jornalista quer como autor, cuja obra reflete as suas vivências marcadas pela presença em cenários de guerra, viagens de lazer, mas sobretudo pela sua doença mental que de tão complexa torna tão interessante a análise da sua vida como um todo.

Este capítulo pretende, assim, explorar não só a vida e obra deste autor, mas fazer uma reflexão sobre o impacto que a sua história familiar e a sua doença tiveram sobre a mesma que culminou num final trágico com o suicídio.

**Vida e obra**

*"Writing, at its best, is a lonely life."*
(Ernest Hemingway, discurso de aceitação do Nóbel da Literatura em 1954)

Ernest Miller Hemingway nasceu a 21 de julho de 1899 no estado norte americano de Illinois, onde cresceu.
Frequentou o liceu entre 1913 e 1917, onde foi bom aluno, sobretudo a Inglês, tocou na orquestra da escola e praticou inúmeras atividades desportivas como o boxe, o pólo aquático e o futebol.
Em 1918 iniciou a sua atividade como repórter no jornal *The Kansas City Star*, onde esteve apenas 6 meses.
Durante a Primeira Grande Guerra (1914 - 1918), tentou alistar-se no exército americano, onde não foi admitido por apresentar problemas de visão. Foi então que em 1918, aos 18 anos, viajou para a Europa pela primeira vez, para Milão, Itália, onde conseguiu uma vaga de motorista de ambulância, onde acabou por ser gravemente ferido por um morteiro, com necessidade de cirurgia e hospitalização no Hospital da Cruz Vermelha. Após 6 meses de internamento, regressou a Illinois. As suas vivências de guerra na frente italiana viriam a ser sua inspiração para a escrita do livro *A Farewell to Arms* (Adeus às Armas) em 1929.
De 1919 a 1921 esteve a trabalhar em Chicago, como jornalista, altura em que conheceu Elizabeth Hadley Richardson, com quem casou em 1921 (primeiro casamento 1921 – 1927).
No mesmo ano, mudou-se com a esposa para Paris, para trabalhar como repórter correspondente internacional para a revista canadiana *Toronto Star Weekly*. Em Paris, fez parte de uma comunidade de escritores e artistas expatriados conhecida como *Lost Generation* (Geração Perdida, nome criado e popularizado por Gertrude Stein).
Em 1922, o casal emigrou para Toronto, teve o seu primeiro filho em 1923 (Jack) e em 1924 regressa a Paris.
Ainda em Paris, em 1926, escreveu o seu primeiro romance *The Sun Also Rises* (O Sol Também Se Levanta), divorciou-se de Elizabeth no ano seguinte e casou novamente no mesmo ano com Pauline Pfeiffer (segundo casamento, 1927 – 1940), jornalista de moda, com quem teve dois filhos (Patrick, 1928 e Gregory, 1931).
Em 1928, passou a viver na Flórida com a esposa e com os filhos, mas fazia viagens frequentes por vários países europeus e africanos que o inspiraram a escrever muitas das suas histórias.
No entanto, em 1937, Hemingway emigrou uma vez mais, desta vez para Madrid, onde viveu durante quatro anos a trabalhar como jornalista para o *North American Newspaper Alliance*, a cobrir os acontecimentos da Guerra Civil Espanhola (1936 – 1939), acontecimentos esses que serviram de base para a sua obra-prima *For Whom the Bell Tolls* (Por Quem os Sinos Dobram), publicada em 1940.
Ainda em Madrid, Hemingway iniciou um romance com a jornalista Martha Gellhorn, que motivou o seu segundo divórcio e terceiro casamento (1940 – 1945). Quando a república espanhola caiu e a Europa vivia o prenúncio de um conflito generalizado, Hemingway mudou-se para Cuba com Martha, onde viveu durante a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945). Durante este período, Hemingway montou uma rede de informantes com a finalidade de fornecer ao governo dos Estados Unidos, informações sobre os espanhóis simpatizantes do fascismo na ilha. Também passou a

patrulhar o litoral a bordo de seu iate na busca de possíveis submarinos alemães. Porém, a Agência Federal de Investigação americana viu com desconfiança a colaboração de Hemingway, por considerá-lo um simpatizante do comunismo.
Em Cuba, o escritor apaixonou-se por Jane Mason, que era casada, não obstante, Hemingway e Jane iniciaram um romance. Porém, numa estadia de Hemingway em Londres, onde esteve como jornalista durante a Segunda Guerra Mundial, este conheceu Mary Welsh, também jornalista, com quem casou pela quarta e última vez em 1946, após se divorciar de Martha em 1945.
Em 1952, publicou *The Old Man and the Sea* (O Velho e o Mar), com o qual ganhou o Prémio Pulitzer de Ficção em 1953. Um ano depois, em 1954, foi laureado com o Nobel de Literatura, devido ao seu "domínio da arte da narrativa, mais recentemente demonstrado em O Velho e o Mar, e pela influência que exerceu no estilo contemporâneo".
Ao longo da sua vida, Hemingway viveu em Illinois, Itália, Flórida, Espanha e Cuba, mas foi em Idaho que comprou uma casa em 1959 e onde veio a falecer em 1961 aos 61 anos.

**História familiar**

*"Families have many ways of being dangerous"*
(em A Moveable Feast, p. 108, Hemingway, 1964)

Ernest Hemingway é o segundo de uma fratria de seis irmãos (Marcelline, Ernest, Ursula, Madelaine, Carol e Leicester). Os pais casaram em 1896 e viviam numa comunidade em Illinois com os filhos e pai da mãe, de quem Hemingway herdou o nome, Ernest. Consta que a mãe de Hemingway (Grace) optou por não diferenciar os filhos pela roupa consoante o género, fazendo com que Ernest vestisse as mesmas roupas femininas da irmã mais velha e usasse cabelo comprido até aos 3 anos de idade.
A mãe era professora de música e foi com quem Ernest aprendeu a tocar violoncelo e o pai era médico, tendo sido responsável pelo entusiamo de Ernest em relação a atividades como a caça e a pesca.
Apura-se que o pai de Hemingway apresentava períodos de depressão que intercalava com períodos de grande irritabilidade, tendo tido alguns internamentos, acabando por se suicidar com um tiro de pistola aos 57 anos em 1928, tinha Hemingway 28 anos. Há autores que consideram que para a sua patologia afetiva contribuiu uma doença hereditária com a qual Hemingway também foi diagnosticado, hemocromatose (doença em que há um excesso de absorção de ferro da dieta pelo organismo, levando a que este se acumule em vários órgãos, entre eles o cérebro, podendo ser causa de sintomatologia depressiva).
O pai era descrito pelo autor como um disciplinador e a mãe como controladora , em relação à qual disse: *"She had to rule everything…I hate her guts and she hates mine. She forced my father to suicide"* (tradução livre: Ela tinha que mandar em tudo, eu odeio-a profundamente e ela odeia-me a mim. Ela forçou o meu pai ao suicídio), características que espelhou na história *For Whom the Bell Tolls* (Por Quem os Sinos Dobram, 1940), onde a personagem Robert considera o seu pai um cobarde por não ter conseguido resistir ao controlo da esposa, acabando por se suicidar. Está ainda descrito que a mãe apresentava sintomas de insónia, cefaleias e "nervos".
Por seu lado, dos cinco irmãos do autor, dois deles (Ursula e Leicester) morreram por suicídio e suspeita-se que Marceline também, uma vez que foi diagnosticada com depressão e foram excluídas causas naturais para a sua morte.
Por último, o filho mais novo do autor (Gregory), médico como o avô, foi diagosticado com perturbação afectiva bipolar para além de apresentar uma dependência de substâncias tóxicas, motivos que fizeram com que perdesse a sua licença para exercer medicina. Em

1995, foi submetido a uma cirurgia para mudança de sexo e acabou por falecer aos 69 anos, em 2001, altura em que se encontrava preso por atentado ao pudor.

**Saúde mental**

> *"I'll tell you, Hotch, although I move about as cheerfully as possible, it is like living in a Kafka nightmare. I act cheerful like always but am not. I'm bone-tired and very beat up emotionally."*
> (Hotchner, Papa Hemingway: A Personal Memoir)

Como pudemos perceber pelo seu context familiar, Hemingway herdou uma predisposição para perturbações afetivas para além de ter vivido uma infância com um pai fisicamente castigador e uma mãe que lhe passou mensagens ambíguas em relação ao seu género, vestindo-o com roupas da irmã.
Alguns autores defendem que as suas experiências precoces desembocaram em traços de personalidade tendencialmente narcísicos e emocionalmente instáveis (ideação suicida recorrente, sentimentos de raiva, impulsividade, instabilidade emocional) que o impediram de estabelecer relações interpessoais duradouras, profundas e estáveis, aspeto que se reflete no facto de se ter casado quatro vezes.
Um dos biógrafos de Hemingway (Baker) documenta alterações precoces do humor, chegando a aplicar o termo "temperamento maníaco-depressivo", relatando uma "personalidade imprevisível" e referências recorrentes a suicídio nas várias correspondências de Hemingway. Acrescenta ainda que "o pêndulo do seu Sistema nervoso balança periodicamente num arco que vai da megalomania à melancolia" (Baker, 1969).
Está descrito que Hemingway iniciou consumos de álcool aos 18 anos, quando trabalhou como motorista de ambulância na Primeira Guerra Mundial, em Itália. No entanto, inicia um padrão de abuso por volta de 1920, quando emigra para Paris e inicia uma vida mais boémia junto dos seus colegas da *Lost Generation*. No entanto, consta que os consumos adquiriram um padrão de dependência após o primeiro divórcio em 1927 e o suicídio do pai no ano seguinte, com consequente deterioração da relação que mantinha com a mãe, culpando-a da morte do pai.
Numa carta que terá enviado a Archibald MacLeish, Hemingway escreveu *"Trouble was all my life when things were really bad I could always take a drink and right away they were much better"* (tradução livre: O problema foi toda a minha vida, quando as coisas estavam mesmo más eu podia sempre tomar uma bebida e elas ficavam logo muito melhores) (Lynn, 1987).
Após a Segunda Guerra Mundial, Hemingway deparou-se com a morte de muitos dos seus amigos (William Butler Yeats e Ford Madox Ford, 1940; F. Scott Fitzgerald, 1941; Sherwood Anderson e James Joyce; 1946) e viu-se confrontado com, segundo o próprio, *"black ass days"*, resultantes de "uma vida vazia e sem significado", na ausência de acontecimentos de guerra para serem reportados.
Durante este período, o seu estado de saúde agravou-se com aumento de peso, hipertensão arterial, diabetes, lesão hepática devido ao consumo excessivo de álcool e diagnóstico de hemocromatose.
Ao longo da sua vida, são vários os relatos de acidentes graves com traumatismos cranioencefálicos significativos que não só agravaram o quadro já decorrente de perturbação afetiva bipolar e dependência de álcool, como também contribuíram para o declínio cognitivo e sintomatologia psicótica que se verificaram nos seus últimos anos de vida. A começar pelo ferimento na Primeira Guerra Mundial em Itália; passando por um acidente de carro em 1944 em Londres, durante a Segunda Guerra Mundial; uma queda no seu barco em 1954 e dois acidentes de aviação que resultaram em concussões, hemorragias intracranianas, queimaduras cutâneas e múltiplas fraturas.

Em Outubro de 1959, Hemingway refugiou-se ao seu apartamento em Nova Iorque, de onde se recusava sair por achar que estaria a ser vigiado pelo FBI. É relatado que Hemingway por esta altura apresentava preocupações exageradas em relação ao seu dinheiro e à sua segurança.
Devido a ideias delirantes de conteúdo persecutório, autoreferencial e de ruína, consequentes alterações do comportamento, diminuição de apetite e perda de peso, tristeza e insónia, Hemingway foi levado a um médico em Idaho em dezembro de 1960, acabando por ficar internado e ser submetido a sessões de eletroconvulsivoterapia, tendo tido alta em janeiro de 1961.
Três meses depois voltou a ser internado após a sua esposa o ter encontrado com uma arma. Fez novas sessões de eletroconvulsivoterapia e teve alta em junho. Na manhã do dia 2 de julho de 1961, dois dias após a alta, Hemingway cometeu suicídio com arma de fogo.

**Conclusões**

A morte de Hemingway resultou de uma interação de fatores biopsicossociais (abusos físicos na infância, o suicídio do pai, a perturbação afetiva bipolar, psicose, a dependência de álcool, traumatismos cranioencefálicos repetidos) que ultrapassaram os seus mecanismos de defesa e que o tornaram vulnerável ao suicídio, não esquecendo que viveu num tempo em que o arsenal terapêutico era limitado.
Apesar de tudo, demonstrou uma enorme capacidade de resiliência para viver a vida extraordinária que teve, exprimindo-se através da escrita, tendo alcançado a imortalidade através de importantes contribuições para o cânone literário.
Parece-me adequado concluir este capítulo com as palavras do livro *The Old Man and the Sea* (O Velho e o Mar, 1952): *"But man is not made for defeat . . . A man can be destroyed but not defeated"* (tradução livre: O homem não foi feito para ser derrotado…Um homem pode ser destruído mas não derrotado).

**Bibliografia**

O'Hara, J. (1950, September 10). The author's name is Hemingway. New York Times, 200–201.
Reynolds, M. (1986). The Young Hemingway. Oxford, UK: Basil Blackwell.
Hemingway, E. M. (1981). Ernest Hemingway: Selected Letters: 1917–1961. (C. Baker, Ed.). New York: Charles Scribner's Sons.
Lynn, K. S. (1987). Hemingway. New York: Simon & Schuster.
Yalom ID, Yalom M. Ernest Hemingway. A psychiatric view. Arch Gen Psychiatry. 1971 Jun;24(6):485-94. doi: 10.1001/archpsyc.1971.01750120001001. PMID: 4931042.
Martin CD. Ernest Hemingway: a psychological autopsy of a suicide. Psychiatry. 2006 Winter;69(4):351-61. doi: 10.1521/psyc.2006.69.4.351. PMID: 17326729.
Dieguez S. 'A man can be destroyed but not defeated': Ernest Hemingway's near-death experience and declining health. Front Neurol Neurosci. 2010; 27:174-206. doi: 10.1159/000311201. Epub 2010 Apr 6. PMID: 20375531.
Craig RJ. Contributions to psychohistory: XXIII. Hemingway "analyzed". Psychol Rep. 1995 Jun;76(3 Pt 2):1059-79. doi: 10.2466/pr0.1995.76.3c.1059. PMID: 7480469.

# XII CONGRESSO INTERNACIONAL
# DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
## XII INTERNATIONAL CONGRESS
## HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH
***

## IV Simposium Internacional Mulheres e Loucura
## IV Internacional Symposium Women and Madness

**Coimbra,Portugal,**
**Nova data 12-14 julho /july, 2021**
**On line - Via zoom**



Fotografia antiga do Hospital Sobral Cid — Coimbra

**Organização**

**SHIS**

**Apoios divulgativos**

GHSCT-CEIS20

**XII CONGRESSO INTERNACIONAL**
**HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**
**XII INTERNATIONAL CONGRESS HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**
*******
**IV Simpósio Internacional Mulheres e Loucura**
**IV International Symposium Women and Madness**
**COIMBRA – PORTUGAL — 12-14 JULHO / july 2021**
**On line via Zoom**
**Programa / Program**

**Programa**

**12.julho/july.2021**

**9h15 — sessão de abertura / opening cerimony**

**9h30 — 1ª sessão de comunicações / oral presentations**

**Sala A / Room A**

1.PURIFICAÇÃO PELO FOGO: CRENÇA POPULAR, CRENDICE, RELIGIÃO E DOENÇA MENTAL — Ana Samouco; Joana Cardão; Afonso Matos

2.SUPERSTIÇÃO E RELIGIÃO, PANDEMIAS E PODER MÉDICO. PEDRO HISPANO (1277) E AMATO LUSITANO (1552) — Alfredo Rasteiro

3.HUMAN BEHAVIOR DURING EPIDEMICS — Bogdan Horia Chicoş

4. IMPACT OF TUBERCULOSIS ON DEATHS OCCURRING IN THE CONJO ASYLUM ACCORDING TO SEX IN THE FIRST YEARS AFTER IST FOUNDATION (1885-1902) — Ramón Soto Méndez; Fernando J. Ponte Hernando

5. A BUSCA DE SENTIDO EM AUSCHWITZ: RAÍZES E FUNDAMENTOS DA LOGOTERAPIA — Rita Facão; Laura Borges; João Coelho; Mafalda Corvacho

**Sala B / Room B**

1. GUERRA CIVIL ESPANHOLA E O SEU IMPACTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL — João Bastos; Marta Ribeiro; Vera Barata; Sofia Barbosa; Nuno Borja Santos

2. 2ª GUERRA MUNDIAL E A "LOUCURA" — Sandra da Silva Mendes; Mara Pinto; Joana Calejo Jorge

3. A ELETROTERAPIA EM TEMPOS DE GUERRA — Paulo Sousa Martins; Daniela Oliveira Martins; Liliana Gomes; Mauro Pinho; Jorge Mota

4. JOHN BOWLBY – SAÚDE MENTAL E SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: UM CONTRIBUTO HISTÓRICO — Sara Jorge Carneiro; Ana Beatriz Cardoso; Catarina Pedro Fernandes; Mariana Duarte Mangas; Sónia Dias Azenha

5. SAÚDE MENTAL DOS VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA — Joana Cavaco Rodrigues; Patrícia Marta; Joaquim José Sá Couto; Renato Sousa

**11h00 — Intervalo / break**

**11h15 — 2ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.DA LOBOTOMIA À ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA: UM ESPETRO DE CONTROVÉRSIA — Mariana Roque Gonçalves ; Alzira Silva

2. COLONIALISMO E SAÚDE MENTAL: O INCONSCIENTE COLETIVO PATOLÓGICO NA SOCIEDADE PÓS-COLONIAL — H. Casal Ribeiro

3. LOUCURA MORAL – A PSIQUIATRIZAÇÃO DO NORMAL? — João Borba Martins

4. ABORDAGEM HISTÓRICO-LEGISLATIVA DA CANÁBIS EM PORTUGAL — Catarina Paiva; João Rui Pita; Ana Leonor Pereira

5. MEDIDAS ADOPTADAS EN ESPAÑA ANTE LA PANDEMIA ORIGINADA POR EL COVID-19 EM 2020-2021 — Fernando Piedra Sánchez; María del Carmen Francés Causapé

6.A SAÚDE MENTAL DURANTE O COVID-19: A LOUCURA, OS DIREITOS HUMANOS E A BIOMEDICINA — João Proença Xavier; Cândida Carvalho

**SALA B / Room B**

1.HISTÓRIA ASSISTENCIAL DA PSIQUIATRIA PORTUGUESA – UM PERCURSO EM INSTITUIÇÕES REVISÃO HISTÓRICA DO PRIMEIRO SÉCULO — António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes; Liliana Ferreira; Isa Costa; Inês Costa; Elisabete Sêco

2.REVISITANDO A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PORTUGUESA — Catarina Pedro; Beatriz Jorge; Sara Carneiro; Mariana Duarte Mangas

3.JOAQUIM SEABRA DINIS: UMA RELEITURA DA SUA OBRA — José Morgado Pereira

4.ANTÓNIO FERNANDES DA FONSECA: DO MARÃO PARA O MUNDO — Mariana Bernardo Nascimento; Amélia Ricon Ferraz

5. A PSIQUIATRIA PORTUGUESA NA OBRA DE JÚLIO DE MATOS — Cátia Fernandes Santos; Rita Gomes; Ana Beatriz Medeiros; Inês Figueiredo

6. EGAS MONIZ E A ORDEM MORAL — Manuel Correia

**SALA C / Room C**

1.JE DEVIENS FOU! QUI ME SAUVERA?»: A PSICOSE NO CONTO FANTÁSTICO "LE HORLA" DE GUY DE MAUPASSANT À LUZ DO MODELO GESTÁLTICO DE KLAUS CONRAD — Pedro Cotta; Francisca Bastos Maia; Pedro Almeida; Nélson Oliveira

2.O(S) EU(S) DE PIRANDELLO — Joana de Carvalho Moura; Sérgio Marques Esteves

3.DORIAN GRAY: UM RETRATO DA SOCIEDADE ACTUAL? — Luís Santos Silva

4.VIDA E OBRA DE ERNEST HEMINGWAY: UM SUICÍDIO ANUNCIADO — Rodrigo Saraiva; Rita André; Joana Romão; Maria João Gonçalves;Manuela Abreu

5.JANET FRAME – A AUTORA QUE EXPLOROU A LOUCURA — Francisca Pereira; João Luís Barros; Vítor Pimenta

6."*OS FILHOS DA DROGA*" – Christiane F. sob uma perspetiva psicodinâmica e sociocultural — Tânia Alves; Patrícia Azevedo

**13h00 — Intervalo para almoço / Lunch**

**14h00— Conferência plenária / Plenary lecture**

LA LOCURA EN PRIMERA PERSONA Y EL ACTIVISMO EN SALUD MENTAL: REFLEXIONES TEÓRICAS E HISTORIOGRÁFICAS — Rafael Huertas

**15h00 — 3ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL SIGLO XX: HISTORIAS DE LUGO EN EL CONTEXTO GALLEGO — Cristina Pernas Pereiro; David Simón Lorda; Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

2. PSIQUIATRAS EN LA PENUMBRA: J.M. LÓPEZ NOGUEIRA (1932-1983) Y LA PSIQUIATRÍA EN GALICIA -ESPAÑA DURANTE EL FRANQUISMO Y LA TRANSICION — David Simón-Lorda; Sandra Rodríguez Ramos; Raquel Fraga Martínez

3.LA REVISTA *CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL*. ENCRUCIJADAS ENTRE PSICOANÁLISIS Y MARXISMO EN LA ESPAÑA TARDOFRANQUISTA — Miguel Huertas Maestro

4.LA CORRESPONDENCIA DE LUDWIG BINSWANGER CON LOS PSIQUIATRAS ESPAÑOLES (*C.* 1920-1960) — Enric Novella

5.DISSENSÃO MÉDICO-LEGAL: O CASO DE MARIA DA GRAÇA J. (1904) — Inês Pinto da Cruz

6. A EVOLUÇÃO DA PEDOPSIQUIATRIA FORENSE — Filipa F. Cordeiro; Carlos Gonçalves

**SALA B / Room B**

1.UMA ABORDAGEM GENEALÓGICA DA SAÚDE MENTAL NO SERTÃO DO NORDESTE BRASILEIRO — Emilene Andrada Donato
2.LICANTROPIA – DO MITO À REALIDADE: O CASO HISTÓRICO DE ALBANO BEIRÃO, O "HOMEM-MACACO" PORTUGUÊS — Gisela Simões; Sabrina Jesus; Rita Silva

3.*"SE ME SUBIÓ EL MUERTO"* – INTERPRETANDO A SIGNIFICÂNCIA TRANSCULTURAL DA PARALISIA DO SONO — Inês Costa; Isa Costa; António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes; Liliana Ferreira

4. *MOREL* E A TEORIA DA DEGENERESCÊNCIA — Maria João Amorim; Janaína Maurício; Patrícia Perestrelo

5.REFLEXÃO HISTÓRICA E CONCEPTUAL ACERCA DAS PARAFRENIAS — Patrícia Perestrelo Passos; Rodrigo Pereira Andrade; Janaína Albuquerque Maurício; Maria João Amorim; Elisa Lopes

6.PARAFRENIAS: UM CASO CONTEMPORÂNEO À LUZ DUM CONCEITO HISTÓRICO — Ana Carolina Pires; Vera Martins

**SALA C / Room C**

1.A SÍNDROME DE KAHLBAUM – REVISÃO DO CONCEITO DE CATATONIA DAS ORIGENS À ATUALIDADE — Carolina Almeida; Joana Miranda; Daniel Machado; Mariana Silva

2. O UNIVERSO DAS PSICOSES BREVES — Tiago Coelho Rocha; Sandra P. Torres; Andreia Lopes

3. DELÍRIO DE CRISTAL: DEBAIXO DE UM TELHADO DE VIDRO – Afonso Homem de Matos; Ana Isabel Samouco; Joana Cardão

4. FOBIAS NOVAS E ANTIGAS: PERSPETIVA EVOLUCIONÁRIA DAS PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE — Filipa Caetano; Joana Freitas; Margarida Araújo; Serafim Carvalho

5. UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA DA ANSIEDADE — A.C. Borges; D.R. Machado

6."PIECES OF A WOMAN": UMA REVISÃO DA VINCULAÇÃO E DO TRAUMA PERINATAL — Márcia Rodrigues; Graça Fernandes

**16h30 — Intervalo / break**

**16h45 — 4ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.MENTAL ILLNESS IN PREHISPANIC AZTEC (NAHUATL) THOUGHT — Carlos Viesca y T.; Maríablanca Ramos de Viesca

2.THE HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO, THE FIRST HOSPITAL FOR MENTALLY ILL PEOPLE IN THE NEW WORLD (1567) — Maríablanca Ramos de Viesca; Carlos Viesca y T.

3.A MELANCOLIA NO SÉCULO XV POR EL-REI D. DUARTE: CAUSAS, SINTOMAS E TRATAMENTOS —José Santos Morais; Susana Fonseca

4.*DE ANIMA BROTORUM* – O CONTRIBUTO DE WIILLIS PARA A NEUROCIÊNCIA DAS EMOÇÕES NO SÉC. XVII —Ana Beatriz Medeiros; Teresa Mendonça; Cátia Fernandes Santos; Virgínia Henriques; Filipa Martins; Pedro Casimiro; Nelson Descalço; Rita Diniz Gomes; Ana Sofia Morais; Magda Veiga Pereira

5. O FENÓMENO DE "PASUNG" – QUANDO O ESTIGMA SOCIAL DA "LOUCURA" PREVALECE — Patrícia Jorge; Filipa Pontes

6. *PASUNG*: ISOLADOS E ACORRENTADOS - UMA ABORDAGEM TRANSCULTURAL DA PRÁTICA DE PASUNG NAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL — Pedro Mota; Pedro Macedo

**SALA B / Room B**

1.MENTAL DISORDERS: THE EVOLUTION OF ANCIENT PERSPECTIVES — M. Pão-Trigo; P. Melo-Ribeiro; F. Queirós Santos; M. Mota-Oliveira
2.DA INCERTEZA À INSANIDADE EVOLUÇÃO HISTÓRIA DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA — Ana Lúcia R. Costa; Sabrina Jesus; Mónica Almeida; João Alcafache

3.HISTORICAL CONCEPTUALIZATION OF OBSESSION – FROM DEMONIC POSSESSION TO THE OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER — Patrícia Marta; Pedro Melo-Ribeiro; Renato Sousa

4.ESTADOS MISTOS, OU UMA MISTURA DE CONCEITOS? UMA VISÃO HISTÓRICA CONCEPTUAL DESDE KRAEPELIN ATÉ À ACTUALIDADE — Corona Solana; Filipa Gomes Tavares

5.AMOK: UMA REALIDADE ATUAL? — Diana Monteiro; João Magalhães

6.EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE INIMPUTABILIDADE EM RAZÃO DE ANOMALIA PSÍQUICA — F. Queirós Santos; P. Melo-Ribeiro; M. Pão Trigo; M. Mota-Oliveira

**SALA C / Room C**

1.THE INFLUENCE OF THE ISLAMIC GOLDEN AGE ON MODERN PSYCHIATRY — Inês Figueiredo; Filipa Viegas; Filipa Ferreira; Mafalda Corvacho; Ana Margarida Fraga; Joana Miranda; Cátia Santos
2.PSIQUIATRIA RUSSA APÓS A REVOLUÇÃO SOCIALISTA DE 1917 — Pedro Frias Gonçalves

3.A FENOMENOLOGIA DE HENRY EY: O FIM DA DICOTOMIA CARTESIANA CORPO-MENTE — Diogo Barbosa; Filipa Andrade; Alexandra Sousa; Berta Ramos; Márcia Mota

4.HENRI EY'S ORGANO-DYNAMISM REVISITED — Teresa Reynolds de Sousa; Carlos Perestrelo Silva; Ana Lourenço; Marta Ribeiro; Filipa Novais

5.QUANDO UM PSIQUIATRA ADOECE – A PROPÓSITO DE VICTOR KANDINSKY — Filipa Santos Martins, Cátia Guerra

6.AN INCONVENIENT COINCIDENCE: WHEN WORLD INFLUENCERS ARE UNDER THE INFLUENCE — Sabrina de Jesus; Ana Costa; Gisela Simões; Mónica Almeida; João Alcafache; Paula Garrido

**18h45 — Encerramento dos trabalhos do primeiro dia / closing 1st day**

**13.julho/july.2021**

**09h00 — 5ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.CONTRIBUTO DE FRANTZ FANON PARA A PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX E XXI — Pedro Frias Gonçalves; Mafalda Corvacho

2.VERDICT, NOT GUILTY, ON THE GROUND OF INSANITY – THE M'NAGHTEN RULES — Ricardo Gasparinho; Núria Santos; Nuno Agostinho Fernandes; Liliana Pereira Ferreira; António Alho; Marisa Martins; Isa Costa; João Oliveira

3.LOUCURA ENCARCERADA: UMA HISTÓRIA DA EMERGENCIA DO MANICOMIO JUDICIÁRIO NO ESTADO DE SERGIPE/BRASIL — Renata Mascarenhas Freitas de Aragão

4.CONSULTA DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO À ASSOL – A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO Psiquiátrica — Ana Lúcia Costa; João Brás; Rui Sousa; Joana Martins; Rui Vaz; Alberto Marques; David Teixeira; Eliana Almeida; Joana Abreu; Bruna Melo; Ana Isabel Oliveira

5.FOUCAULT, A HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM PORTUGAL — Odete Nombora; Pedro Felgueiras; Pedro Miguel Barbosa; Ângela Venâncio

**SALA B / Room B**

1.USE OF MUSIC THERAPY IN A PSYCHIATRIC INPATIENT SETTING – A NARRATIVE REVIEW — Manuel Gonçalves-Pinho; João Pedro Ribeiro

2.THE OPERA(TION) OF MADNESS - HOW THE OPERA PORTRAYS INSANITY — P. Melo-Ribeiro; M. Pão-Trigo; M. Barbosa-Pinto; P. Marta; F. Santos; M. Mota-Oliveira

3.REMBRANDT DO OUTRO LADO DO ESPELHO – A EMOÇÃO NOS SEUS AUTO-RETRATOS — Sofia Morais; Teresa Mendonça; Ana Beatriz Medeiros; Filipa Martins; Pedro Casimiro; Virgínia Henriques; Nelson Descalço; Rita Gomes

4.ESCAPING REALITY – REVISITING LOUIS WAIN'S LIFE AND ART — Mafalda Barbosa; Joana Miranda; Vera Domingues

5.LUDOVALI: Crónica de un suicidio pintado (1972-1973) — Álvaro De Castro Palomares; Fernando Julio Ponte Hernando

**SALA C / Room C**

1.ANTERO DE QUENTAL: ENTRE A PROFICUIDADE DA OBRA E O MEDO DA LOUCURA — João Furtado Simas

2. O 11 DE SETEMBRO DE ANTERO DE QUENTAL — Ana Margarida Fraga, Bárbara Mesquita, Inês Figueiredo, João Facucho-Oliveira, Margarida Albuquerque, Miguel Costa, Nuno Moura, Pedro Espada Santos, Rita Moura, Adriana Moutinho, Ana Quintão

3.FERNANDO PESSOA – GENIALIDADE OU DOENÇA BIPOLAR? — Francisca Bastos Maia; Pedro Cotta; Serafim Carvalho

4.A CONFISSÃO DE LÚCIO, DE MÁRIO DE SÁ CARNEIRO – SUBLIMAÇÃO NA CRIAÇÃO ARTÍSTICA — Liliana Gomes; Emanuel Santos

5.SURREALISMO E PSIQUIATRIA: UM EXEMPLO EM CESARINY — Filipe Peste Martinho; Daniela Magalhães; Rita Felício; Nuno Borja Santos

6. O HOMEM DUPLICADO DE JOSÉ SARAMAGO E A UNIDADE DO EU — Sérgio Marques Esteves; Joana Moura de Carvalho; Miguel Esteves Carneiro

**10h30 — Intervalo / break**

**10h45 — 6ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.ARTE PARA QUÊ E PARA QUEM:HISTÓRIAS DA OFICINA DE CRIATIVIDADE DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO — Barbara Elisabeth Neubarth; Larissa KoFreitag Neubarth

2."EL ARTE DE LOS ESQUIZOIDES" Y LA VANGUARDIA EN EL TRABAJO DEL NEUROPSIQUIATRA GONZALO RODRÍGUEZ LAFORA. MADRID, 1922 — Pedro José Trujillo Arrogante

3.A FIGURA FEMININA EM JOAN MIRÓ — Margarida Albuquerque; Ana Margarida Fraga; Pedro Espada-Santos; Bárbara Mesquita; Nuno Moura; Pedro Cintra

4. UMA VISÃO PSICANALÍTICA DO TRABALHO DE SALVADOR DALI — Pedro Almeida; Gustavo Santos

**SALA B / Room B**

1.THE STORY OF "DOCTOR PETER DAWSON" - CROSSING HUMAN LIMITS WITH TECHNOLOGY? — Filipa Gomes Tavares, Malfada Corvacho, Maria T. D. Viseu, Mónica Barbosa Pinto, Corona Solana

2.SENTIR-SE COMO UM ANTROPÓLOGO EM MARTE - A HISTÓRIA DE TEMPLE GRANDIN — Maria João Lobato; Mara Pinto; Lia Moreira

3.EUREKA! SERÁ QUE NO PASSADO TODAS AS ENTIDADES NOSOLÓGICAS ERAM DESCOBERTAS? — Joana Correia; Joana Raposo Gomes

**12h00 — Conferencia plenária / Plenary lecture**

BRUXAS: ADORADORAS DO DIABO OU VICIADAS EM DROGAS? UMA VISÃO DA LITERATURA DO SÉCULO DE Ouro — Francisco López-Muñoz

**13h00 — Intervalo para almoço / lunch**

**14h00 — 7ª sessão de comunicações / oral presentations– IV SIMPÓSIO MULHERES E LOUCURA**

**Sala A / Room A**

1. MARIE BONAPARTE: A PRINCESA QUE SE TORNOU A PRIMEIRA PSICANALISTA FRANCESA — Rita Felício; Filipa Viegas; Filipe Peste Martinho; Daniela Magalhães

2.A AUTORIA ESQUECIDA DE SABINA SPIELREIN, A PIONEIRA DA PSICANÁLISE — Daniela Magalhães; Filipe Peste Martinho; Rita Felício; Rita Moura

3.WOMANHOOD AND THE FREUD FAMILY: PERSPECTIVES ON ANNA FREUD'S BIOGRAPHY — Ana Rita Moura; Nuno Moura; Ana Margarida Fraga, Raquel Medinas; Filipe Azevedo; Catarina Melo-Santos; Filipa Prates, Daniela Magalhães

4.MAMIE PHIPPS CLARK: A MULHER ESQUECIDA DA HISTÓRIA DA LUTA CONTRA A SEGREGAÇÃO RACIAL — Sara Araújo; Mafalda Corvacho; Sara Rodrigues; Graça Fernandes

5.CONJUGALIDADE E PERTURBAÇÕES PSICOSSOCIAIS EM PERSONAGENS FEMININAS DE FRANÇOIS MAURIAC E ANNIE ERNAUX — Rosário Neto Mariano

**Sala B / Room B**

1.LITERATURA CONTEMPORÂNEA: A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA MENTAL NA MULHER — Rita André; Marta Ribeiro; Maria João Gonçalves; Joana Romão; Rodrigo Saraiva; Marta Croca; Manuela Abreu

2.MULHERZINHAS – PERSONALIDADE NO FEMININO — Eduarda Machado; Francesco Monteleone; Andreia Gonçalves; Sónia Simões; Miguel Esteves; Luís Fonseca

3.A ADOLESCÊNCIA E O FEMININO EM "O FEITICEIRO DE OZ" — Filipa Martins Silva; Otília Queirós

4.SÍNDROME DA ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS: MEDICINA NARRATIVA? — Joana Romão; Maria João Gonçalves; Ana Lourenço; Rita André; Rodrigo Saraiva; Manuela Abreu

5.ROYALL MADNESS – PRINCESS ALICE OF BATTENBERG — Filipa Viegas; Inês Carmo Figueiredo; Filipa Marques Ferreira

**Sala C / Room C**

1.DE PRAESTIGIIS DAEMONUM – A ILUSÃO DO DEMÓNIO CONTRA O MARTELO DAS BRUXAS — Filipe Azevedo; Rita André; Ana Quintão; Leonor Santana; Carolina Almeida

2. DOIDA NÃO: A HISTÓRIA DE MARIA ADELAIDE COELHO DA CUNHA — Núria Santos; António Alho; Ricardo Gasparinho; Liliana Ferreira; Marisa Martins; Nuno Fernandes; Isa Costa; João Fonseca; Elisabete Sêco

3.*DOIDA NÃO!* – O CASO DE MARIA ADELAIDE COELHO DA CUNHA E OS LIMITES DA PSIQUIATRIA — Filipa Fernandes Martins; Teresa Mendonça; Nelson Descalço; Pedro Casimiro; Rita Diniz Gomes; Sofia Morais; Ana Beatriz Medeiros

4."DOIDA NÃO!" – MARIA ADELAIDE CUNHA E OS LIMITES ENTRE JULGAMENTO CLÍNICO E MORAL — Joana Bravo; Inês Canelas da Silva

5.AMY WINEHOUSE: "THEY TRIED TO MAKE ME GO TO REHAB" — Bárbara Mesquita; Sofia Paulino

6.ARE WE FAR FROM THE SHALLOW NOW? A INFLUÊNCIA DAS ESTRELAS POP FEMININAS NA SAÚDE MENTAL - Hugo Canas-Simião; Nuno de Moura; Diogo Carreiras

**15h30 — Intervalo / break**

**15h45 — 8ª sessão de comunicações / oral presentations – IV SIMPÓSIO MULHERES E LOUCURA**

**SALA A / Room A**

1.RAINHA D. MARIA I: DESMISTIFICAÇÃO EM TORNO DA IMAGEM DA LOUCURA — Ana

Catarina Necho

2. D. MARIA I, DA PIEDADE À LOUCURA — Alexandra Elias de Sousa; Diogo Barbosa; Berta Ramos; Filipa Andrade, Celeste Silveira

3.BOCAGE E A MULHER COMO AGENTE DE PERDIÇÃO E FASCÍNIO — Ana Paula Araújo; Anabela da Costa Martins

4.QUANDO A BELA FLOR MURCHA –UM RETRATO DE FLORBELA ESPANCA — Beatriz Jorge; Catarina Pedro Fernandes; Mariana Duarte-Mangas; Sara Jorge Carneiro

5.FLORBELA ESPANCA: A MELANCOLIA DE UMA VIDA RETRATADA EM POESIA — J. Facucho-Oliveira; M. Fraga; P. Espada dos Santos; M. Albuquerque

6.PSICOPATOLOGIA E RECURSOS POÉTICOS NA OBRA POÉTICA DE ADÍLIA LOPES – UMA VISÃO DE UM MÉDICO INTERNO DE PSIQUIATRIA — D. Teixeira; L. Costa; A. Marques; R. Sousa; J. Brás; J. Martins; R. Vaz; J. Abreu; E. Almeida; S. Borges

**SALA B / Room B**

1.TRAUMA, PERDAS E LUTO NAS MEMÓRIAS DE GLÜCKEL VON HAMELN POR BERTHA PAPPENHEIM, A PACIENTE ANNA O. — António de Vasconcelos Nogueira

2.MÁS REALIDAD QUE FICCIÓN: A PROPÓSITO DEL LIBRO "EL BAILE DE LAS LOCAS" DE VICTORIA MAS — Celia García-Díaz

3. *BELLE ÉPOQUE*: A PSIQUIATRIA E A MULHER — Marta Ribeiro; Ana Lourenço; Teresa Reynolds de Sousa; Joana Romão; João Pedro Lourenço

4. A LONGEVIDADE DOS ARTISTAS NO DEALBAR DO SÉCULO XX. AS DIFERENÇAS NA DURAÇÃO DA VIDA DE PINTORAS E ESCULTORAS — Manuela Alvarez; Tiago Sousa

5.QUANDO A RELIGIOSIDADE ROÇA A LOUCURA: REVISÃO HISTÓRICA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE IDEAÇÃO DELIRANTE *VERSUS* EXPERIÊNCIA RELIGIOSA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO — Afonso Gouveia

6. NINFOMANIA REVISITADA: DO CONCEITO DE *FUROR UTERINUS* ATÉ À CONCEPÇÃO ACTUAL - Nuno Moura; Ana Margarida Fraga; Ana Rita Moura; Ana Quintão; Catarina Melo-Santos; Margarida Albuquerque; João Facucho-Oliveira; Pedro Espada Santos

**SALA C / Room C**

1.VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DOENÇA MENTAL. A CONDIÇÃO FEMININA NAS PÁGINAS DO JUDICIÁRIO — Isabel Bezerra de Lima Franca ; Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha Marinho

2.MOTHERS WHO KILL THEIR OWN FLESH AND BLOOD: AN EXPLORATION OF MATERNAL FILICIDE —Sabrina de Jesus; Ana Costa; Gisela Simões; Mónica Almeida; Paula Garrido

3.GRUNYA SUKHAREVA: A HISTÓRIA ESQUECIDA DA MULHER QUE DESCREVEU O AUTISMO — Mafalda Corvacho; Sara Araújo; Sara Rodrigues

4.AGAFIA LYKOVA, A VIDA DE UMA EREMITA NA SIBÉRIA — Janaína Maurício; Maria João Amorim; Inês Grenha; Patrícia Passos; Rodrigo Andrade; Paula Pina

5.CAMLLE CLAUDEL – UMA MULHER-PRODÍGIO ESQUECIDA E OFUSCADA — Sara Gomes Rodrigues; Daniela Oliveira Martins; Vânia Martins Miranda

6. EVELYN MCHALE: A MAIS BELA SUICIDA — Isa Costa; Inês Costa; Núria Santos; António Alho; Nuno Fernandes; Ricardo Gasparinho; Marisa Martins; Liliana Ferreira; Alda Rosa

**17h15 — Intervalo**

**17h30 — 9ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.LOUCURA HISTÉRICA OU PSICOSE - ANALISANDO FREUD E LACAN — Filipa Pontes; Melissa Alfafar; Rafaela Farinha; Patrícia Jorge

2.REVISITANDO A PSICOSE ALUCINATÓRIA CRÓNICA — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO — Catarina Cunha; Joana Freitas; Gustavo França

3.O TEMPERAMENTO E A PERSONALIDADE NA DOENÇA BIPOLAR – UMA REVISÃO HISTÓRICA — Berta Ramos; Ana Miguel; Igor Costa; Diogo Barbosa; Filipa Andrade; Eva Osório

4.ESQUIZOFRENIA – DOS CLÁSSICOS À PRÁTICA CLÍNICA ATUAL — Ana Lúcia Ramos; Henrique Salgado

5.A ESQUIZOFRENIA PSEUDOPSICOPÁTICA – UM CONCEITO HISTÓRICO REVISITADO — Jorge Loureiro; Gustavo França

**SALA B / Room B**

1.FOLIE A FAMILLE: HISTORIA Y UNA "STORIE" OCURRIDA EN GALICIA EN LOS AÑOS 50 — Sandra Rodríguez Ramos; David Simón Lorda; Raquel Fraga Martínez

2. *AUTISMO* – DE BLEULER AOS DIAS DE HOJE — N. Rodrigues

3. STENDHAL SYNDROME: INTOXICATED BY BEAUTY — Joana Miranda; Mafalda Barbosa; Luís Santos Silva; Carolina Almeida; Inês do Carmo Figueiredo; Andreia Tarelho

4. EFEITO DE WERTHER – UM FIM TRÁGICO — Maria T.D. Viseu; Filipa Gomes Tavares; Mónica Barbosa Pinto

5. UM OLHAR SOBRE OS EFEITOS DE *WERTHER* E DE *PAPAGENO*, UM MITO OU UMA VERDADE? — Bianca Jesus; Sara Ramos; Diana Cruz e Sousa; Isabel Soares; João Martins Correia; Salomé Mouta; Sofia Caetano

6.PERSPETIVA HISTÓRICA DAS PARAFILIAS — Melissa Alfafar; Rafaela Farinha; Filipa Pontes

**19h00 — Encerramento dos trabalhos do segundo dia / closing 2nd day**

**14.julho/july.2020**

**09h00 — 10ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1. EU SOU O QUE SOU: A FICÇÃO DA IDENTIDADE NA PSIQUIATRIA — Cátia Guerra; Berta Ramos; Filipa Santos Martins

2.SÍNDROME DE CLERAMBAULT, DO AMOR À LOUCURA — João Luís Barros; Francisca Pereira; Manuel Guimarães

3.GANSER SYNDROME (GS): WHEN 1 +1 = 3 — Ricardo Pinheiro

4.SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO — Bárbara Moura; Raquel Ribeiro Silva; Jorge Bouça

5.DA "SINTONIZAÇÃO REGRESSIVA" ÀS HOLODISFRENIAS: REVISITAR BARAHONA FERNANDES — Igor Soares da Costa; Ricardo Moreira

6.SNEZHNEVSKY, "ESQUIZOFRENIA PROGRESSIVA" E O ABUSO POLÍTICO DA PSIQUIATRIA NA UNIÃO SOVIÉTICA — Vera Barata; João Bastos; Daniela Magalhães

**SALA B / Room B**

1.JACOB DE CASTRO SARMENTO (1691-1762) E A ÁGUA DE INGLATERRA NO TRATAMENTO DA HISTERIA — Maria Guilherme Semedo; João Rui Pita

2.A HIPNOSE AO LONGO DOS TEMPOS — Ana Almeida; Diana Monteiro

3.MESMERISMO: DO MAGNETISMO ANIMAL AO ESPIRITISMO E À HIPNOSE—Ilda Vaz; João Camilo; Dulce Maia

4.ELETROCONVULSIVOTERAPIA: DA HISTÓRIA ÀS INDICAÇÕES ATUAIS — Joana Freitas; Filipa Caetano; Margarida Barros; Catarina Cunha; Mafalda Corvacho; Catarina Fonseca

5. DO CHOQUE À CURA: PELAS ORIGENS DO ESTIGMA DA ELETROCONVULSIVOTERAPIA — Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

6. PSIQUIATRIA: UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DOS TRATAMENTOS — Daniela Oliveira Martins; Mauro Pinho; Sara Rodrigues; Ricardo Gil Faria

**10h30 — Intervalo / break**

**10h45 — 11ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.ANFETAMINAS – UMA HISTÓRIA COM UM FINAL FELIZ? — Rita Diniz Gomes; Cátia Santos; Nelson Descalço; Ana Beatriz Medeiros; Filipa Martins; Pedro Casimiro; Teresa Mendonça; Ana Margarida Mota

2.LÍTIO – UMA HISTÓRIA DESDE A GOTA À Psiquiatria — Joaquim José Sá Couto; Joana Cavaco Rodrigues; Bruno Afonso da Luz; Tiago Ventura Gil

3. LÍTIO: UMA HISTÓRIA PARA CONTAR — Eliana Almeida; Joana Abreu; Joana Martins; Rui Vaz; João Brás; Rui Sousa; Ana Lúcia Costa; Elsa Monteiro

4.DESCOBRIR AS ORIGENS: O PRIMEIRO ENSAIO SOBRE PSICOTERAPIA EM PORTUGAL — Tiago Príncipe

5.PSICOPATOLOGIA EM DAVID CRONENBERG — Gustavo França

6. O MILAGRE DE FÁTIMA – PREVISÃO OU INDUÇÃO — João Pedro Camilo; Ilda Vaz; Mauro Ribeiro

**SALA B / Room B**

1.EL PRESIDIO PANÓPTICO DE ISLA DE PINOS: DE LA CÁRCEL DEL CUERPO, A LA CÁRCEL DEL ALMA — Francisco Pérez-Fernández; Francisco López-Muñoz

2. UMA VIAGEM PELOS EDIFICIOS PANÓTICOS — Bruno Afonso da Luz; Joana Cavaco Rodrigues; Joaquim Sá Couto; Miguel Pão Trigo

3.ARQUITECTURA E PSIQUIATRIA: LUGAR TERAPÊUTICO OU LUGAR DE CONTROLO? — Alejandro Iñarra Navarro; Laura Albergaria Borges; Daniela Magalhães

4. A COLEÇÃO CIENTÍFICA DO NÚCLEO DE PSIQUIATRIA DO ANTIGO CENTRO HOSPITALAR CONDE FERREIRA (PORTO) COMO FONTE PARA UMA ABORDAGEM ÀS

PRÁTICAS MÉDICAS NO ÂMBITO DAS DOENÇAS MENTAIS ENTRE FINAIS DO SEC. XIX E PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX — C. Figueiredo; N. Camarneiro; C. Bottaini; A. Canhota; R. Bordalo; E. Vieira

5.EM CASA DE UM PSIQUIATRA: O ESPÓLIO MÉDICO-CIENTÍFICO DE ELYSIO DE AZEVEDO E MOURA — Milton Pedro Dias Pacheco

6.FOTOGRAFIA DE DIEZ AÑOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA HOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE VIGO — Miguel Angel Miguelez Silva; Adrián Gramary Cancelas; Raimundo Mateos Alvarez

**SALA C / Room C**

1.SODOMIA OU "PECADO NEFANDO", HOMOSSEXUALIDADE -A CONSTRUÇÃO DUMA IDENTIDADE MARGINAL (SÉCULOS XVIII-XX) — Ana Paula Araújo

2.CONTRANATURALES "POR NATURALEZA": LOS CONDICIONANTES CONSTITUCIONALES DE LAS "HOMOSEXUALIDADES" EN LA PERSPECTIVA DE LA VALORACIÓN ÉTICA Y TEOLÓGICA — Francisco Molina Artaloytia

3.CAUSAS E SOLUÇÕES PARA O PROBLEMA DO SUICÍDIO EM PARIS DO SÉCULO XIX — Teresa Mendonça; Ana Beatriz Medeiros; Filipa Martins; Pedro Casimiro; Nelson Descalço; Sofia Morais; Rita Gomes

4. FROM OLD TESTAMENT TO MODERN DAYS: IS MENTAL ILLNESS STIGMA OMNIPRESENT? — P. Espada-Santos; J. Macedo; J. Facucho-Oliveira; M. Costa; M. Albuquerque; M. Fraga; B. Mesquita; M. Marinho; P. Cintra

5.VENCER OU MORRER: O SUICÍDIO POR CONTÁGIO NA ALEMANHA NAZI — Andreia Salgado Gonçalves; Francesco Monteleone; Eduarda Machado; Miguel Esteves Pereira

**12h30 — Apresentação de livros: História Interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental – XI; Mulheres e Loucura — III**

**13h00 — Intervalo para almoço / lunch**

**14h00 — Discussão de posters**

**16h00 — Intervalo / break**

**16h15 — 12ª sessão de comunicações / oral presentations**

**SALA A / Room A**

1.O PSIQUIATRA NÃO É NADA COMO EU TINHA IMAGINADO! – O RETRATO DA PROFISSÃO NO CINEMA E SEU IMPACTO NA POPULAÇÃO GERAL — Inês Homem de Melo

2.SPLIT - UMA CARACTERIZAÇÃO CINEMATOGRÁFICA DE PERTURBAÇÃO DISSOCIATIVA DA PERSONALIDADE — Rodrigo Pereira Andrade; Maria João Amorim; Patrícia Passos; Patrício Ferreira

3.*MIDSOMMAR* (2019): A LOUCURA RETRATADA CINEMATOGRAFICAMENTE NUM FESTIVAL DE SOLSTÍCIO DE VERÃO — Rui M. Salgado; Ângela Ribeiro

4.A ESQUIZOFRENIA NO CINEMA PORTUGUÊS — Inês Grenha; Janaina Mauricio; Mariana Marques; Paula Pina; Aníbal Fonte

5.AMOR DELIRANTE NO GRANDE ECRÃ — Mónica Barbosa Pinto; Filipa Gomes Tavares; Maria T.D. Viseu; Pedro Melo-Ribeiro; Mariana Lázaro

**SALA B / Room B**

1.ASSOCIAÇÃO ENTRE LOUCURA E CRIATIVIDADE: O QUE DIZEM AS EVIDÊNCIAS — Sérgio P. J. Rodrigues

2.COLEÇÃO TREGER/SAINT SILVESTRE: A MATÉRIA DA LOUCURA — Joana Guerreiro; Laura Castro; Andreia Magalhães

3.OUTSIDER – A ARTE EM PORTUGAL — Ana Lourenço; Marta Ribeiro; Joana Romão

4.UMA INQUIETANTE SENSAÇÃO DE ESTRANHEZA: BREVE HISTÓRIA SOBRE A ARTE DOS DOENTES MENTAIS — Laura Albergaria Borges; Alejandro Iñarra Navarro; Daniela Magalhães; Rita Facão

5. ARTE DEGENERADA E ALIENISMO SOCIAL – A Relação entre a Psiquiatria e a Arte a partir de Júlio Dantas — Diogo Almeida; João Pedro; Daniela Magalhães

**SALA C / Room C**

1.DOS HUMORES DO CORPO À OBRA DE SHAKESPEARE — Ana Lúcia R. Costa; Sabrina Jesus; Mónica Almeida; João Alcafache

2."DIÁRIO DE UM LOUCO" POR NIKOLAI GOGOL – A EXPRESSÃO DA LOUCURA À LUZ DA NARRATIVE — Filipa M Ferreira; Luís Afonso Fernandes; Inês Figueiredo; Filipa Viegas; Nuno Borja Santos,; Carlota Tomé

3.A GENIALIDADE DO LOUCO NA MEDIOCRIDADE DOS SÃOS, O 'SONHO' DE TCHÉKHOV — João Alves Leal; Miguel Esteves Carneiro

4.*O SONHO DE UM HOMEM RIDÍCULO* E A ESTRUTURA DEPRESSIVA EM DOSTOIÉVSKI — João Martins Correia; Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; Bianca Jesus; Diana Cruz e Sousa; Salomé Mouta

5.FIGURAÇÕES DO TRAUMA EM TEXTOS LITERÁRIOS DA 'SHOAH' — Rosário Neto Mariano

**17h45 — Conferencia plenária / Plenary lecture**

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA, RECLUSIÓN Y DERECHOS HUMANOS. LOS INFORMES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA SOBRE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS JUDICIALES (1983-1987) — Ricardo Campos

**18h30 — Sessão de encerramento / closing session**

*XII Congresso Internacional de História da Loucura,Psiquiatria e Saúde Mental - XII International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / IV Simposio Internacional Mulheres e Loucura - IV International Symposium Women and Madness*

**COMUNICAÇÕES EM POSTER / POSTERS**

01.O RETRATO LITERÁRIO DA LOUCURA EM 'O HOMEM QUE VIA PASSAR OS COMBOIOS' À LUZ DA SAÚDE MENTAL — Alexandra Elias de Sousa; Diogo Barbosa; Berta Ramos; Filipa Andrade; Celeste Silveira

02.MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS EM PSIQUIATRIA: PERSPETIVA HISTÓRICA E CONSEQUÊNCIAS NO PRESENTE — Ana Beatriz Medeiros; Teresa Mendonça; Cátia Fernandes Santos; Rita Diniz Gomes; Magda Veiga Pereira

03.O ÁLCOOL AO LONGO DA HISTÓRIA: DA ADORAÇÃO À DIABOLIZAÇÃO — A.C. Borges; D.R. Machado

04.U.ECO – UMA PÁGINA DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NA LITERATURA — Ana Lourenço; Marta Ribeiro; Teresa Reynolds de Sousa

05.O GRITO DE EDVARD MUNCH — Ana Margarida Fraga; Bárbara Mesquita; Inês Figueiredo; João Facucho-Oliveira; Margarida Albuquerque; Miguel Costa; Nuno Moura; Pedro Espada Santos; Rita Moura; Adriana Moutinho; Ana Quintão

06.HISTÓRIA ASSISTENCIAL DA PSIQUIATRIA PORTUGUESA – UM PERCURSO EM INSTITUIÇÕES. REVISÃO HISTÓRICA DOS ÚLTIMOS 75 ANOS —António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes; Liliana Ferreira; Isa Costa; Inês Costa; Elisabete Sêco

07.JOSÉ JÚLIO DA COSTA: O CASO DO ASSASSINO DE SIDÓNIO PAIS —António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes; Liliana Ferreira; Isa Costa; Inês Costa; Elisabete Sêco

08.*MAD PRIDE – O ELOGIA DA LOUCURA* — Berta Ramos; Diogo Barbosa; Alexandra Sousa; Filipa Andrade; Eva Osório

09.A MEDICINA NARRATIVA EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL: A NARRATIVA QUE HUMANIZA, EXPÕE VULNERABILIDADES E APROXIMA MÉDICO-PACIENTE — Cândida Carvalho

10.A ARTE DA COZINHA – PROJETO IN_COOKING — Carla Ferreira; Ana Mendes Castelo; Teresa Coelho; Ricardo São João; Nuno Agostinho; Marisa Martins; Márcia Almendra

11.IDENTIDADE DE GÉNERO: DO PASSADO À PERSPETIVA ATUAL — Cidália Peixoto; Daniel Rego; Marina Cruz; Henrique Medeiros

12.O ANO DO PENSAMENTO MÁGICO – UMA REFLEXÃO SOBRE O LUTO À LUZ DA OBRA DE JOAN DIDION — Catarina Cunha; Joana Ribeiro Silva

13.A HISTÓRIA POR TRÁS DO DSM: A NECESSIDADE DE CLASSIFICAR — Catarina Pedro; Beatriz Jorge; Sara Carneiro; Mariana Duarte Mangas

14.MELANCOLIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO — Cátia Fernandes Santos; Rita Gomes; Ana Beatriz Medeiros; Maria Inês Silva; Inês Figueiredo

15.HISTEROEPILEPSIA: O CAMINHO DE CHARCOT PARA AS DOENÇAS NEUROLÓGICAS FUNCIONAIS — Diogo Barbosa; Berta Ramos; Filipa Andrade; Alexandra Sousa; Márcia Mota

16.PSEUDOALUCINAÇÕES, UM CONCEITO DO PASSADO? — Filipa Santos Martins; Cátia Guerra

17.ENCEFALITE LETÁRGICA, O MAIOR ENIGMA MÉDICO DO SÉCULO XX. O QUE UMA EPIDEMIA PODE TRAZER DE BOM — Francesco Monteleone; Márcia Gonçalves; Andreia Gonçalves; Eduarda Machado

18.SERÁ QUE O SUICÍDIO MATERNO INFLUENCIOU A PINTURA DE RENÉ MAGRITTE? Francisca Bastos Maia; Pedro Cotta; Serafim Carvalho

19.MELANCOLIA ERÓTICA, O ADOECER POR AMOR — Francisca Pereira; João Luís Barros; Vítor Pimenta

20.QUATRO DÉCADAS VOLVIDAS DE TERAPIA INTERPESSOAL: UMA REVISÃO HISTÓRICA —Gisela Simões; Sabrina Jesus; Rita Silva

21.A HISTÓRIA DO COMA INSULÍNICO — Isa Costa; Inês Costa; Núria Santos; António Alho[1]; Nuno Fernandes; Ricardo Gasparinho; Marisa Martins; Liliana Ferreira; Alda Rosa

22.O TUDOR QUE FICOU POR NASCER! – MARIA TUDOR E AS SUAS GESTAÇÕES FANTASMA —Isabel Fonseca Vaz; Diana Cruz e Sousa; Sara Ramos; Bianca Jesus; João Martins Correia; Salomé Mouta; Sílvia Castro; Ana Marinho Soares

23.DONALD CAMERON E AS SUAS EXPERIÊNCIAS PARA O PROJETO MK ULTRA — Janaína Maurício; Maria João Amorim; Patrícia Passos; Inês Grenha; Rodrigo Andrade; Paula Pina

24.HISTERIA AO RITMO DA DANÇA — Joana Cardão; Ana Samouco; Afonso Matos
25.O CAMINHO PARA A LOUCURA, UMA VIAGEM GOGOLIANA — João Alves Leal

26.PSICOSSOMÁTICA: CAMINHOS DA HISTÓRIA — Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

27.EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE OBSESSÃO E COMPULSÃO — José Santos Morais; Susana Fonseca
28.COLONIALISMO E TRAUMA HISTÓRICO EM PORTUGUÊS: DA NEGAÇÃO À REPARAÇÃO — Mafalda Corvacho; Inês Carmo Figueiredo

29.ANOREXIA SANTA E ANOREXIA NERVOSA - DUAS FACES DA MESMA MOEDA? — Mara Pinto; Sandra Mendes; Mafalda Marques

30.O BAILE DAS LOUCAS — Maria João Amorim; Janaína Maurício; Patrícia Perestrelo

31.DIÓGENES, O CÍNICO: A FILOSOFIA DE VIVER COMO UM CÃO — Mariana Maia Marques; Inês Grenha; Teresa Novo; Luísa Quintela

32.A METANOIA DE R. D. LAING NO CINEMA — Miguel Esteves Carneiro; João Alves Leal

33.NA DUALIDADE ENTRE O CORPO E A MENTE – UM OLHAR HISTÓRICO SOB OS SINTOMAS CONVERSIVOS — Nelson Descalço; Filipa Fernandes Martins; Pedro Casimiro; Rita Gomes; Teresa Mendonça; Sofia Morais; Gisela Borges

34.ERNEST HEMINGWAY: "UM HOMEM PODE SER DESTRUÍDO, MAS NÃO DERROTADO" — Nuno Moura; Ana Margarida Fraga; Ana Rita Moura; Ana Quintão; Catarina Melo-Santos; Margarida Albuquerque; João Facucho-Oliveira; Hugo Canas-Simião

35.ALCOOLISMO – O APARECIMENTO DE UMA NOVA DOENÇA — N. Rodrigues; S. Costa e Silva

36.MRS DALLOWAY: UMA VIAGEM À VIDA E PSICOPATOLOGIA DE VIRGINIA WOOLF — Odete Nombora; Maria do Rosário Basto; Andreia Certo, Ângela Venâncio

37.SÍNDROME DE CAPGRAS – REALIDADE OU FICÇÃO? —Patrícia Perestrelo Passos; Rodrigo Pereira Andrade; Janaína Albuquerque Maurício; Maria João Amorim; Elisa Lopes

38.A SEGUNDA GUERRA MUNDIAL AOS OLHOS DE WILFRED BION — Pedro Almeida; Gustavo Santos

39.OS GATOS DE LOUIS WAIN: ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES DO MUNDO INTERNO DE UM ARTISTA COM PSICOSE — Pedro Mota; João Simas

40.SÍNDROME DE RESIGNAÇÃO: UMA CONTROVERSA ENTIDADE DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EM POPULAÇÕES DE REFUGIADOS — Pedro Mota; Pedro Macedo

41.PORQUE MENTIMOS? - A MENTIRA NA PSICOPATOLOGIA — Rafaela Farinha; Melissa Alfafar; Filipa Pontes

42.ALUCINAÇÕES: COMO ERAM, O QUE SÃO E PARA ONDE VÃO — Rita André; Marta Ribeiro; Maria João Gonçalves; Joana Romão; Rodrigo Saraiva; Marta Croca; Manuela Abreu

43.MARILYN MONROE – A TRAGÉDIA POR TRÁS DO ESTRELATO —Salomé Mouta; Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; Bianca Jesus; João Martins Correia; Diana Cruz e Sousa; Silvina Fontes

44.*CAPERNAUM* – CRESCER NO CAOS — Sara Araújo; Mafalda Corvacho; Sara Rodrigues; Graça Fernandes

45.INTERPRETAÇÃO DOS SONHOS: DA ANTIGUIDADE AOS TEMPOS MODERNOS — Sara Freitas Ramos; Isabel Fonseca Vaz; Salomé Mouta; Bianca Jesus

46.ELECTROCONVULSIVOTERAPIA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO — Virgínia Henriques; Pedro Casimiro; Filipa Fernandes Martins; Ana Beatriz Medeiros; Teresa Mendonça; Nelson Descalço; Ana Sofia Morais; Rita Diniz Gomes; Ana Barcelos

**Organização e secretariado**
Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

**Apoio divulgativo**
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra; Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — GHSCT-CEIS20 (coordenadores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira)

**Comissão Científica**
—Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
—Isabel Nobre Vargues (Universidade de Coimbra, Portugal)
—João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
—José Morgado Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
—Juan António Rodriguez Sanchez (Universidad de Salamanca, Spain)
—Maria do Rosário Mariano (Universidade de Coimbra, Portugal)
—Maria Gabriela S.M.C. Marinho (Universidade Federal do ABC – UFABC, Brasil)
—Romero Bandeira (Universidade do Porto, Portugal)

**Comissão Organizadora**
—Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
—João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
—José Morgado Pereira, Presidente (Universidade de Coimbra, Portugal)
—Victoria Bell (Universidade de Coimbra, Portugal)

**Agradecimentos**: a organização agradece de modo particular o apoio divulgativo concedido pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

**Coleção:**
Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XXI

**Diretores:**
Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A coleção "Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI" editada pela Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde sucede à coleção "Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX". Foram fundadas por Ana Leonor Pereira e João Rui Pita. Esta coleção reúne estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

**Nº 21 da antiga coleção e nº2 da nova coleção**
**Título**
História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental - XII

**Autores (Editores):**
**Ana Leonor Pereira** – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS
**João Rui Pita** – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

**Resumo**
Esta obra coletiva intitulada *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — XII* resulta da reunião de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que serviram de base a apresentações realizadas no *XII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* realizado em 2021.

**Volumes publicados:**

A coleção "Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI" sucede à coleção "Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX". A numeração continua a numeração já existente colocando-se também a nova numeração complementar iniciada em 21.1 Esta coleção reúne estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

1.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução (1859-2009). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 252 p. ISBN: 978-972-8627-23-2

2.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 100 p. ISBN: 978-972-8627-22-5

3.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça (1934-2010). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 87 p. ISBN: 978-972-8627-21-8

4.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2011. 145 p. ISBN: 978-972-8627-33-1

5.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) —Luiz Wittnich Carrisso — Hereditariedade. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de sciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia,que terá logar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4

6.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6

7.Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8

8.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — A *Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9

9.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3

10.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5

11.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8

12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5

13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia ), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3

14. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2018. 251 p. ISBN: 978-989-99637-8-8

15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5

16. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — I. Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 106 p. ISBN: 978-989-54537-0-2.

17. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 344 p. ISBN: 978-989-54537-1-9

18.Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — II. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 97 p. ISBN: 978-989-54537-2-6.

19. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — XI. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2020. 445 p. ISBN: 978-989-54537-7-1.

20. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — III. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2021. 173 p. ISBN: 978-989-54537-8-8.

21.1. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — XII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2022. 754 p. ISBN: 978-989-54537-9-5.