

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

MULHERES E LOUCURA

IV

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 22.2

NOTA:

Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: Mulheres e Loucura IV

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2022

ISBN: 978-989-53831-0-8

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

7-8

BRUXAS: ADORADORAS DO DIABO OU VICIADAS EM DROGAS? UMA VISÃO DA LITERATURA DO SÉCULO DE OURO

Francisco López-Muñoz

9-17

DE PRAESTIGIIS DAEMONUM – A ILUSÃO DO DEMÓNIO CONTRA O MARTELO DAS BRUXAS

Filipe Azevedo; Rita André; Ana Quintão; Leonor Santana; Carolina Almeida

18-22

DISSENSÃO MÉDICO-LEGAL: O CASO DE MARIA DA GRAÇA J. (1904)

Inês Pinto da Cruz

23-27

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

28-35

WHEN RELIGIOSITY REACHES MADNESS: HISTORICAL REVIEW AND A CLINICAL CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN RELIGIOUS DELUSION AND RELIGIOUS EXPERIENCE

Afonso Gouveia

36-42

ANOREXIA SANTA E ANOREXIA NERVOSA - DUAS FACES DA MESMA MOEDA?

Mara Pinto; Sandra Mendes; Mafalda Marques

43-48

GRUNYA SUKHAREVA: THE FORGOTTEN STORY OF THE WOMAN WHO DESCRIBED AUTISM

Mafalda Corvacho, Sara Araújo, Sara Rodrigues, Vânia Martins

49-55

A AUTORIA ESQUECIDA DE SABINA SPIELREIN, A PIONEIRA DA PSICANÁLISE

Daniela Magalhães; Filipe Peste Martinho; Rita Felício; Rita Moura

56-61

SÍNDROME DA ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS:
MEDICINA NARRATIVA?

Joana Romão; Maria João Gonçalves; Ana Lourenço; Rita André;
Rodrigo Saraiva; Manuela Abreu
62-67

NINFOMANIA REVISTADA: 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
68-73

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
74-80

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
81-86

MARIE BONAPARTE: A PRINCESA QUE SE TORNOU A PRIMEIRA
PSICANALISTA FRANCESA Rita Felício; Filipa Viegas; Filipe Peste Martinho;
Daniela Magalhães

87-93

RAINHA D. MARIA I: DESMISTIFICAÇÃO EM TORNO DA IMAGEM DA
LOUCURA

Ana Catarina Necho
94-98

D. MARIA I, DA PIEDADE À LOUCURA

Alexandra Elias de Sousa; Diogo Barbosa; Berta Ramos; Filipa Andrade, Celeste Silveira
99-103

BOCAGE E A MULHER COMO AGENTE DE PERDIÇÃO E FASCÍNIO

Ana Paula Araújo; Anabela da Costa Martins
104-110

QUANDO A BELA FLOR MURCHA –UM RETRATO DE FLORBELA
ESPANCA

Beatriz Jorge; Catarina Pedro Fernandes; Mariana Duarte-Mangas; Sara Jorge Carneiro
111-117

FLORBELA ESPANCA:

A MELANCOLIA DE UMA VIDA RETRATADA EM POESIA
J. Facucho-Oliveira; M. Fraga; P. Espada dos Santos; M. Albuquerque
118-122

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
123-128

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
129-133

“DOIDA NÃO!” – MARIA ADELAIDE CUNHA
E OS LIMITES ENTRE JULGAMENTO CLÍNICO E MORAL
Joana Bravo; Inês Canelas da Silva
134-141

LITERATURA CONTEMPORÂNEA: A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA
MENTAL NA MULHER
Rita André; Marta Ribeiro; Maria João Gonçalves;
Joana Romão; Rodrigo Saraiva; Marta Croca;
Manuela Abreu
142-147

JANET FRAME – A AUTORA QUE EXPLOROU A LOUCURA
Francisca Pereira; João Luís Barros; Vítor Pimenta
148-153

AMY WINEHOUSE: “THEY TRIED TO MAKE ME GO TO REHAB”
Bárbara Mesquita; Sofia Paulino
154-161

ARE WE FAR FROM THE SHALLOW NOW? A INFLUÊNCIA DAS ESTRELAS
POP FEMININAS NA SAÚDE MENTAL
Hugo Canas-Simião; Nuno de Moura; Diogo Carreiras
162-167

BELLE ÉPOQUE: A PSIQUIATRIA E A MULHER
Marta Ribeiro; Ana Lourenço; Teresa Reynolds de Sousa; Joana Romão; João Pedro
Lourenço
168-173

CAMILLE CLAUDEL – UMA MULHER-PRODÍGIO ESQUECIDA E OFUSCADA
Sara Gomes Rodrigues; Daniela Oliveira Martins; Vânia Martins Miranda
174-178

TRAUMA, LOSSES, AND MOURNING IN GLÜCKEL OF HAMELN’S
MEMOIRS BY BERTHA PAPPENHEIM, THE PATIENT ANNA O.
António de Vasconcelos Nogueira
179-188

MOTHERS WHO KILL THEIR OWN FLESH AND BLOOD:
AN EXPLORATION OF MATERNAL FILICIDE
Sabrina de Jesus; Ana Costa; Gisela Simões; Mónica Almeida; Paula Garrido
189-193

AMOR DELIRANTE NO GRANDE ECRÃ
Mónica Barbosa Pinto; Filipa Gomes Tavares; Maria T.D. Viseu; Pedro Melo-Ribeiro;
Mariana Lázaro
194-199

MRS DALLOWAY: UMA VIAGEM À VIDA E PSICOPATOLOGIA DE
VIRGINIA WOOLF
Odete Nombora; Maria do Rosário Basto; Andreia Certo, Ângela Venâncio
200-204

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
205-211

“PIECES OF A WOMAN”: UMA REVISÃO DA VINCULAÇÃO
E DO TRAUMA PERINATAL
Márcia Rodrigues, Graça Fernandes
212-217

SENTIR-SE COMO UM ANTROPÓLOGO EM MARTE - A HISTÓRIA DE
TEMPLE GRANDIN
Mara Pinto, Maria João Lobato, Lia Moreira
218-222

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
223-238

INTRODUÇÃO

A presente obra intitulada *Mulheres e Loucura IV* é constituída por textos admitidos a publicação e que estiveram na base de comunicações apresentadas no Simpósio Internacional “Mulheres e Loucura” que integrou o XII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XII International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health que se realizou em Coimbra nos dias 12 a 14 de julho de 2021.

Em função das medidas de contingência adotadas devido à pandemia de COVID19, aquando da marcação do congresso, optámos por realizar o evento via online.

Mais uma vez o Congresso teve um elevado número de apresentações (tanto comunicações orais como comunicações em *poster*), mesmo após criteriosa seleção científica.

Esta reunião científica, à semelhança dos anos anteriores, deu continuidade ao seu perfil internacional e interdisciplinar. O Congresso contou com a presença de investigadores de múltiplas áreas, desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal, de Espanha, da Roménia e do Brasil.

Cumpre-nos sublinhar a regularidade deste congresso organizado pela Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS. A nossa condição de professores e investigadores aproximam-nos também das Faculdades e do centro de investigação a que estamos afetos. Com efeito, no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 existe uma linha de investigação que versa precisamente sobre a problemática da história da loucura, psiquiatria e saúde mental e respetivas histórias terapêuticas.

O Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20, desde a sua fundação em 1997 e institucionalização em 1998, através do grupo de pesquisa referido, mantém uma significativa atividade científica neste campo que se traduz em projetos de investigação, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, sessões de divulgação, bem como exposições. Além destes eventos refiram-se, também, várias publicações sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, ainda, artigos de divulgação.

A Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS mantém desde a sua fundação um interesse particular por estas mesmas problemáticas. A SHIS foi fundada em 2011 e tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica em geral.

O XII Congresso cumpriu o propósito de dar continuidade às temáticas anteriores e de dinamizar novos temas. 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.

Pela quarta vez, o Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental compreendeu um Simpósio temático intitulado “Mulheres e Loucura”. A publicação de textos do Simpósio faz-se em volume autónomo, após seleção em conformidade com os regulares critérios de avaliação científica.

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.

A finalizar, apresentamos o nosso agradecimento aos autores dos capítulos. Permitam-nos destacar o nome do Professor Doutor Francisco López-Muñoz, especialista consagrado na história da psicofarmacologia, que nos honrou com seu capítulo e apresentação no Simpósio Internacional “Mulheres e Loucura”.

Sem os autores, a obra não teria sido possível. Em particular, também, uma palavras aos autores mais novos: que esta obra seja estímulo a desenvolverem e apurarem o seu gosto pelos estudos histórico-médicos, histórico-científicos, em prol da cultura científica, médico-humanística e da própria formação cultural dos jovens médicos e enfermeiros e das jovens médicas e enfermeiras especialistas. Viajar pela história é também aprender a respeitar as “certezas” que cada época foi alcançando, com esforço, dedicação e inteligência. O presente, em breve, é passado e, também por isso, respeitar o passado é respeitar o presente. Cultivar uma atitude científica e uma cultura interdisciplinar e humanista é alimentar o respeito por si mesmo e pelos outros. O nosso bem-hajam a todos os autores deste livro!

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

BRUXAS: ADORADORAS DO DIABO OU VICIADAS EM DROGAS? UMA VISÃO DA LITERATURA DO SÉCULO DE OURO

Francisco López-Muñoz

Universidad Camilo José Cela, Madrid

Profesor Titular de Farmacología y Vicerrector de Investigación, Ciencia y Doctorado

Email: flopez@ucjc.edu

Resumen

Los textos literarios del Siglo de Oro constituyen una interesante fuente para el estudio de la sociedad española de esa época. Nosotros hemos estudiado el mundo de la brujería desde la perspectiva del uso extraterapéutico de agentes psicotrópicos, a través de los principales autores áureos, como Miguel de Cervantes y Lope de Vega, mencionando especialmente la novela cervantina *El coloquio de los perros*. Se han analizado los principales agentes empleados en la elaboración de los ungüentos de brujas, destacando las plantas alucinógenas de la familia de las *Solanaceae* (beleño, mandrágora, estramonio) y se han contrastado las posibles fuentes documentales en materia científica que pudieron utilizar estos dos literatos, destacando el *Dioscórides* comentado por Andrés Laguna. Concluimos que el objetivo final de la aplicación de estos ungüentos, excusando su carácter ritual o satánico, era básicamente de tipo recreativo y lúdico.

Palabras Clave: Sustancias psicotrópicas; Adicciones; Ungüentos de bruja; Literatura; Siglo de Oro.

Abstract

The literary texts of the Spanish Golden Age are an interesting source for the study of society of that time. We have studied the world of witches from the perspective of extra-therapeutic use of psychotropic substances, through the main golden authors, such as Miguel de Cervantes and Lope de Vega, highlighting the Cervantes novel *The Dialogue of the Dogs*. The main agents used in the production of witches ointments have been analyzed, among which it is worth mentioning the hallucinogenic plants of the *Solanaceae* family (henbane, mandrake, jimsonweed), and the possible documentary sources in scientific matters that these two outstanding writers could use have been contrasted, highlighting the *Dioscórides* commented by Andrés Laguna. We conclude that the final objective of the application of these ointments, excusing their ritual or satanic nature, was basically recreational and playful.

Keywords: Psychotropic drugs, Substance abuse, Witch ointments, Literature, Golden Age.

Introducción

Los estereotipos medievales sobre las brujas las convirtieron en una figura con una fuerte raíz folklórica que pobló las leyendas locales en toda Europa, casi siempre desde una óptica negativa, saturada de tópicos y escasamente realista. Entre estos tópicos cabe mencionar la firma de pactos diabólicos con marca *stigmata diaboli*; la asistencia periódica a aquelarres para reverenciar al diablo, en forma de corporal (macho cabrío, y festejar en comunidad, mediante bailes, banquetes y orgías sexuales; la capacidad de asistir a los

conventículos volando sobre escobas o toneles, metamorfoseadas en animales o a lomos de bestias; la práctica de la antropofagia, sobre todo de niños, etc.

Pero más allá de consideraciones teológicas e inquisitoriales, el de la brujería fue un fenómeno complejo y muy resbaladizo en sus aspectos socioculturales y políticos. Y ello porque fue adyacente a todas las formas de superstición, así como a la enfermedad mental o a la picaresca, lo cual no tardó en convertirlo en un tópico literario y artístico, del que la literatura áurea no supo evadirse.

La brujería en el Siglo de Oro: la idiosincrasia española

En España fue muy habitual, por su propia idiosincrasia cultural y política, la vinculación de las prácticas de hechicería y brujería con ciertos subgrupos de sujetos, fundamentalmente mujeres pertenecientes a minorías religiosas, como judías y moriscas. Asimismo, en la España áurea existía una manifiesta diferenciación entre brujería y hechicería. Las brujas realizarían rituales y pactos con entidades maléficas o satánicas para subvertir el orden natural y solían ser gentes de ascendencia cristiana y vinculadas al medio rural. Por el contrario, las hechiceras, de origen generalmente morisco o judío, eran mujeres que se dedicaban a elaborar remedios y curas (relacionados con la salud o con el amor) y ejercían sus actividades en medios urbanos.

El fenómeno de la persecución y la caza de brujas y hechiceras también fue diferente en España, pues mientras que la hechicería fue castigada con gran dureza, al ser consideradas las hechiceras como herejes, la brujería lo fue de forma muy limitada, lo cual se debió a las peculiaridades de la Inquisición española, dependiente de la Corona, que no del Vaticano, y dedicada más a la limpieza étnica que a la persecución del demonio.

En cualquier caso, tras la criminalización de brujas, hechiceras, curanderas o comadronas también existía un fuerte componente misógino. No es solo que la mujer fuera considerada débil y tendente al pecado por ser de la piel de Eva, y tampoco únicamente que pudiera resultar más proclive a la locura, sino también de un interés activo por parte de la institución eclesiástica de apartar a la mujer de cualquier práctica que tuviera visos científicos. No tardó, pues, en extenderse la teoría de que las “comadronas-brujas” robaban niños neonatos para devorarlos, intervenían en el ciclo de Dios mediante la práctica sistemática de abortos, o bien practicaban toda suerte de sortilegios para corromper las almas de los recién nacidos o provocar el nacimiento de demonios familiares valiéndose del ciclo natural establecido por la divinidad. Solo así puede comprenderse el diferente tratamiento de género que recibían hombres y mujeres acusados –o perseguidos– de similares delitos ante los tribunales del Santo Oficio.

Las brujas y sus boticas

Las hechiceras y brujas solían ser unas perfectas conocedoras de la botánica natural y de las propiedades de las plantas. Entre las hierbas que asiduamente se empleaban en sus cocimientos cabe mencionar a las plantas de la familia de las solanáceas, todas ellas dotadas de propiedades psicotrópicas, como el beleño, la belladona, la mandrágora, el estramonio y el eléboro, además de otras especies, como la valeriana, la verbena, el acónito o napelo, la cicuta, la adelfa o el opio. Las solanáceas son plantas muy abundantes en la Península Ibérica, que crecen en terrenos nitrogenados, ricos en materia orgánica, como basureros, cementerios, riberas de los ríos, etc., por lo que brujas y hechiceras podían adquirirlas sin dificultad para elaborar sus pociones y sin desplazarse largos trechos.

Pero en los calderos de las brujas no sólo se cocían plantas, sino muchas otras sustancias de carácter simbólico y valor ilusorio, cuya selección posiblemente se debiera a la “teoría de las signaturas o de la semejanza” de Paracelso, según la cual todo lo semejante causa un efecto similar, como, en el caso que nos ocupa, la sogá, los dientes o los zapatos de los ahorcados, que podrían transferir al vivo alguna cualidad del muerto, las barbas y la sangre

del macho cabrío en la transmisión de la lujuria o los ojos de loba para los problemas de visión.

Entre estos preparados hay que destacar los denominados ungüentos de bruja, con los que se untaban previamente a subir a las escobas y partir volando. En el marco de la botica tradicional, los ungüentos eran formulaciones para administración tópica elaborados a base de grasas, ceras o resinas. Para elaborar estas pomadas, las brujas añadían los extractos de ciertas plantas, generalmente solanáceas, como la mandrágora, el solano y el beleño, junto a otras, como el opio y la cicuta, obtenidos por cocimiento, junto a otros ingredientes de procedencia animal, como sustancias obtenidas de ciertos anfibios (sapos o escuerzos), muy presentes en la simbología asociada a la brujería, a un caldero de bronce donde se había calentado grasa de gato o de lobo (o de niño recién nacido y no bautizado, en el sentir popular), se reservaba la parte más espesa del hervido, que permanecía en el fondo de la olla, y se guardaba hasta que se tenía la ocasión de usarlo. La grasa actuaba como espesante y favorecía la absorción del unto tras su administración tópica.

Estas unturas se aplicaban, entre otras partes, en la región genital y sus efectos eran casi inmediatos, al absorberse rápidamente los principios activos alucinógenos a través de la mucosa vaginal. Los ingredientes de estos ungüentos producían alucinaciones en estado de vigilia, como sensación de transporte por el aire, fantasías sexuales, o visiones de seres extraños. A continuación, sobrevinía un profundo sueño, en el cual lo soñado, al despertar, se confundía con la realidad. Hoy se sabe que el beleño induce una extraña sensación de ligereza y de ingravidez, que puede explicar la vívida certeza de estar volando, y que de la piel de determinados sapos del género Bufo se obtiene la bufotenina o N-dimetil-5-hidroxitriptamina, un alcaloide derivado de la serotonina de efectos alucinógenos.

La obtención de muestras de los potajes de brujas era una de las pruebas incriminatorias más demandada y buscada por los inquisidores para demostrar la celebración del aquelarre. Sin embargo, son muy pocos los procesos europeos por brujería donde se hiciera constar a ciencia cierta la utilización de estas sustancias, es decir, aquellos donde realmente se conseguía el famoso ungüento de brujas.

La brujería en la literatura del Siglo de Oro

La atracción de los literatos áureos por el entorno de la magia y la demonología fue muy marcada en la España de la época. Además, este tipo de personajes tenía un fácil entronque en el ámbito de la literatura picaresca tan en boga a partir de la publicación de *La Celestina* (1499). A título de ejemplo, en la obra de Miguel de Cervantes (1547-1616) podemos leer todo tipo de actividades relacionadas con la brujería, desde el uso de objetos de naturaleza mágica hasta invocaciones demoníacas y ritos diabólicos realizados en los conventículos. La obra más representativa, en este sentido, es, sin duda, la novela ejemplar *El coloquio de los perros* (1613), donde se relatan las prácticas brujeriles de una comunidad de brujas llamada las Camachas, pero este tema también es recurrente en la novela *Los trabajos de Persiles y Sigismunda* (1617), donde se narran tres episodios relativos a brujas o hechiceras, expertas en el manejo de hierbas y la preparación de filtros y ungüentos. Por su parte, Félix Lope de Vega (1562-1635) aborda el tema de las hechiceras y brujas en dos obras teatrales, *El caballero de Olmedo* (1620-1625), donde una alcahueta celestinesca, frecuentadora de cementerios y encrucijadas, es una experta elaboradora de cosméticos y otros brebajes, y el drama cortesano *El vellocino de oro* (1622), además de en el poema *La Circe* (1624), y en la narración en prosa dialogada de género celestinesco *La Dorotea* (1632). Ambos autores nos muestran el uso, con objetivos extraterapéuticos, de una gran cantidad de sustancias dotadas de propiedades psicotrópicas, en algunos casos con fines ilícitos e incluso criminales (véase el empleo de diferentes venenos), en otros de carácter adictivo (como el caso de los ungüentos de brujas), y las más de las veces con objetivos meramente

crematísticos (filtros de amor y magia amatoria). Pero mientras Cervantes, sobre todo en sus *Novelas Ejemplares* (1613), glosa las propiedades y efectos de los preparados herbales psicotrópicos, Lope de Vega profundiza poco en las propiedades salutíferas o nocivas para la salud de las diferentes hierbas que menciona y se refiere a ellas de forma alegórica y metafórica.

A propósito de las fuentes científicas de los literatos aureos

La principal fuente científica en materia médica y terapéutica que pudieron utilizar estos autores para documentarse técnicamente es el *Dioscórides*, denominación popular y vulgarizada del tratado *Sobre la Materia Médica*, principal obra científica del médico griego Pedacio Dioscórides Anazarbeo (ca. 40 – ca. 90, en sus versiones anotadas y comentadas por Andrés Laguna (1499-1560). Este médico segoviano puede ser considerado como el prototipo de científico humanista del Renacimiento, y aun siendo hijo de médico judeoconverso, alcanzó la fama en vida, como una de las más brillantes figuras de la cultura europea de la época, llegando a ser médico personal del Emperador Carlos V, del papa Julio III y del rey Felipe II.

De hecho, en la biblioteca particular de Cervantes se identificó un ejemplar de la edición salmantina del *Dioscórides* (1563), comentado e ilustrado por Andrés Laguna, posiblemente herencia paterna, y que incluso llega a citar en el Capítulo XVIII de la Primera Parte de *El Quijote* (1605). Lope de Vega también menciona a Laguna en su obra *El acero de Madrid* (ca. 1618). Otro relevante literato del Siglo de Oro, Tirso de Molina (1579-1648), también menciona a Laguna en su famosa comedia *La Fingida Arcadia* (1676), e incluso Calderón de la Barca (1600-1681) también pudo haber dispuesto de un ejemplar de la versión comentada del *Dioscórides* del humanista segoviano en su biblioteca particular.

Con respecto a Lope de Vega, todos los investigadores concuerdan en su uso constante de diferentes manuales, enciclopedias y poliantes y conocía otros textos técnicos, como la *Historia Natural* de Cayo Plinio Segundo, apodado Plinio el Viejo (23-79 d.C.) y la obra de dos médicos coetáneos que fueron los principales comentaristas y traductores del autor clásico, Francisco Hernández (ca. 1514-1587) y Gerónimo de Huerta (1573-1643), así como el texto de Constantino Castriota (n.d.) titulado *El saber útil y agradable*, editado en Nápoles en la década de 1550, que incluso cita literalmente en *La Arcadia* (1598).

***El coloquio de los perros*: El ejemplo más ilustrativo de la literatura áurea sobre los ungüentos de brujas.**

La acción de esta novela ejemplar cervantina transcurre en la puerta del Hospital de la Resurrección de Valladolid y narra la conversación que mantienen dos perros, Cipión y Berganza. Este último comenta las actividades de uno de sus amos, una anciana bruja conocida como la Cañizares, una experta en la elaboración de ungüentos y unturas con hierbas psicotrópicas. Esta comunidad de brujas (las Camachas) presenta unos orígenes reales, en la localidad cordobesa de Montilla. Acusadas del delito de brujería y hechicería, fueron procesadas por el Tribunal de la Inquisición de Córdoba, saliendo en Auto de Fe público el 8 de diciembre de 1572.

En la novela ejemplar, la Cañizares, ya una anciana de 76 años, confiesa la práctica de actos propios de brujería y el empleo de ungüentos específicos para estas prácticas: “Este ungüento con que las brujas nos untamos es compuesto de jugos de yerbas en todo extremo fríos, y no es, como dice el vulgo, hecho con la sangre de los niños que ahogamos... volvamos a lo de las unturas, y digo que son tan frías, que nos privan de todos los sentidos en untándonos con ellas, y quedamos tendidas y desnudas en el suelo, y entonces dicen que en la fantasía pasamos todo aquello que nos parece pasar verdaderamente. Otras veces, acabadas de untar, a nuestro parecer, mudamos de forma, y convertidas en gallos, lechuzas o cuervos, vamos al lugar donde nuestro dueño nos

espera, y allí cobramos nuestra primera forma y gozamos de los deleites que te dejo de decir... buenos ratos me dan mis unturas... y el deleite mucho mayor es imaginado que gozado...”.

Cervantes, en este pasaje, describe magistralmente los efectos psicotrópicos de las mezclas de agentes alucinógenos administrados por vía tópica (viajes extracorpóreos, alucinaciones visuales, sensaciones placenteras, etc.), de una forma muy similar a la efectuada por el profesor de Teología tomista de la Universidad de Alcalá, Pedro Ciruelo (1470-1560), del que pudo haberse inspirado, en su conocida obra *Reprobación de las supersticiones y hechicerías*, publicada inicialmente en Alcalá de Henares en 1530 y reimpresa hasta en 9 ocasiones antes de la primera edición de las *Novelas Ejemplares*. Pero también Laguna realiza en su *Dioscórides* una detallada descripción de los efectos de las unturas de brujas. En el capítulo correspondiente al solano que engendra locura o hierba mora, una planta solanácea muy habitual en toda la Península y que está dotada de importantes efectos alucinógenos, comenta Laguna en relación a su consumo: “representa ciertas imágenes vanas, pero muy agradables, lo cual se ha de entender entre sueños. Esta pues debe ser (según pienso) la virtud de aquellos ungüentos, con que se suelen untar las brujas: la grandísima frialdad de los cuales, de tal suerte las adormece, que por el diuturno y profundísimo sueño, las imprime en el cerebro tenazmente mil burlas y vanidades, de suerte que después de despiertas confiesan lo que jamás hicieron”. Los textos de Laguna y de Cervantes muestran una enorme semejanza, y en algunos casos son representados de forma casi literal, lo que parece confirmar el uso por parte del literato de las anotaciones del científico.

Como también indica Laguna, el principal compuesto de estos calderos sería el beleño, conocido a nivel popular como “hierba loca” (beleño negro) y “flor de la muerte” (beleño blanco), que desde la Edad Media se venía utilizando como integrante de las pócimas de hechiceros y lamias por sus efectos alucinógenos. De las flores de esta planta, denominada hyoscyamo por Laguna, dice el *Dioscórides* que “engendran sueños muy graves”. La mandrágora (del griego “*mandras*”, establo, y “*agrauros*”, deñoso), conocida también como “*Anthropomorphon*”, por cuanto su raíz semeja a un pequeño cuerpo humano con sus cuatro extremidades, era otra de las plantas solanáceas más relacionada con el entorno de la brujería, y su consumo tiene efectos muy parecidos a los del beleño (sedación inicial y efectos anticolinérgicos potencialmente mortales). También el estramonio, que suele crecer en huertas y campos de cultivo, era otra planta habitual en los calderos de brujas, y de hecho, su nombre procede de la acepción “estremonia”, que en castellano y catalán antiguo viene a significar brujería o magia. En la actualidad, sabemos que todas las solanáceas son plantas ricas en alcaloides dotados de una gran actividad sedante y alucinógena.

El aspecto físico de la vieja bruja, tras la aplicación de la untura, también es aportado por Cervantes: “... denegridos los labios, traspillados los dientes, la nariz corva y entablada, desencaxados los ojos, la cabeza desgreñada, las mejillas chupadas, angosta la garganta y los pechos sumidos”. Laguna también describe, de forma muy parecida, los efectos tóxicos inducidos por el beleño: “a los que tragaron el hyoscyamo blanco sobreviene gran relajación de junturas, apostémaseles la lengua, hínchaseles la boca, inflámaseles y paréceles turbios los ojos, estréchaseles el aliento, acúdeles sordedad con váguídos de cabeza, y una comezón de las encías, y en todo el cuerpo”.

No solamente en *El coloquio de los perros* hace referencia Cervantes a las unturas de brujas. También son mencionadas, aunque no relata sus efectos, en *Los trabajos de Persiles y Sigismunda*, cuando comenta las actividades de Cenotia, una hechicera morisca experta en la elaboración de ungüentos a partir de hierbas diabólicas y capaz de volar por los aires.

Cervantes suele evitar la mención a los ingredientes de las pócimas brujeriles y se limita a glosar sus efectos, sin incidir en su hipotética composición, posiblemente debido a un

exceso de celo frente a las autoridades de la Inquisición, debido al controvertido y desprestigiado uso extraterapéutico de estas sustancias. No debemos olvidar, en este punto, la especial vulnerabilidad del literato, que, cuestionado como cristiano viejo, debía dejar inmaculada de forma permanente su limpieza de sangre.

En cualquier caso, los textos cervantinos ponen de manifiesto un hecho que hoy podría parecer evidente; en múltiples ocasiones, estos ungüentos podrían haber sido elaborados, cercenando la excusa ritual o satánica, con fines evidentemente recreativos y lúdicos. Como apuntaba la bruja Cañizares, “buenos ratos me dan mis unturas... y el deleite mucho mayor es imaginado que gozado”. Del mismo modo confiesa que tiene un “vicio dificultosísimo de dejar” y que “la costumbre del vicio se vuelve naturaleza”, criterios que hoy conformarían parte del diagnóstico de los trastornos por abuso de sustancias. Es más, la propia Cañizares justifica en la drogodependencia sus prácticas brujeriles y su aislamiento social: “... y como el deleite me tiene echados grillos a la voluntad, siempre he sido y seré mala”. En esta novela ejemplar, Cervantes nos muestra a un personaje marginal, una anciana aislada socialmente, que es adicta a las unturas elaboradas con plantas alucinógenas, merced a la búsqueda de un placer sexual que no puede obtener, dada su edad, por otras vías. En suma, una persona estigmatizada, en una sociedad marcada por el puritanismo de la Contrarreforma.

De forma distinta, en los textos lopianos las llamadas a los agentes psicotrópicos, muchas veces relacionados con un simple inventario, a modo de bodegón, es hartó habitual, tópico que puede constituir una mera extrapolación del interés, tanto popular como literario, que por estos temas hubo durante el Siglo Áureo. En este contexto, los efectos tóxicos o salutíferos de estas sustancias tampoco escaparon a la pluma del dramaturgo madrileño, aunque estos recursos literarios fueron habitualmente de carácter simbólico y metafórico. En suma, podemos afirmar que las obras lopianas reflejan el saber enciclopédico de su época y que Lope de Vega logró el arduo triunfo de difundir el conocimiento sobre la naturaleza legado por los clásicos al pueblo llano, sin desmerecer la atención por parte de las clases más cultivadas.

Conclusiones

Cervantes y Lope de Vega son autores que abordaron en sus textos literarios el tópico de la brujería y de la botica hechiceril desde enfoques diametralmente opuestos, pero que recurrieron para su documentación a las más destacadas obras científicas de su tiempo. El uso de estas obras como herramienta referencial y documental no supone ninguna merma de la creatividad artística de ambos autores, como se podría pensar desde planteamientos reduccionistas, sino todo lo contrario: una aproximación de la ciencia a la literatura por primera vez en la historia de las letras españolas.

Elementos como la herejía y los delirios teológicos, las carencias científicas de la época, un mundo enfermizamente misógino, el monolitismo cultural impuesto por la “limpieza de sangre” y el desorden político confluyeron en una caracterización de la brujería más libresca que real. Y de esta forma convirtieron a un colectivo femenino desarraigado, marginal y añoso en poderosas herramientas diabólicas capaces de turbar la naturaleza, cuando, en realidad, se trataba de mujeres drogodependientes que buscaban reiteradamente un estado de enajenación en el que disfrutar de un placer difícil de obtener por otros medios. Y todo esto, ya nos lo adelantó Cervantes en su obra literaria.

Bibliografía

López-Muñoz, F., Álamo, C. & García-García, P. (2007). “*Than all the herbs described by Dioscorides...*”: The trace of Andrés Laguna in the works of Cervantes. *Pharmacy in History*, 49, 87-108.

- López-Muñoz, F. & Álamo, C (2007). El *Dioscórides* de Andrés Laguna en los textos de Cervantes: De la materia medicinal al universo literario. *Anales Cervantinos*, 39, 193-217.
- López-Muñoz, F., Álamo, C. & García-García, P. (2008). Narcóticos y alucinógenos en las obras literarias de Cervantes: El poder mágico de las plantas. *Actualidad en Farmacología y Terapéutica*, 6, 111-125.
- López-Muñoz, F., Álamo, C. & García-García, P. (2008). Psychotropic drugs in the Cervantine texts. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 226-234.
- López-Muñoz, F., Álamo, C. & García-García, P. (2011). Tósigos y antídotos en la literatura cervantina: Sobre los venenos en la España tardorrenacentista. *Revista de Toxicología*, 28, 119-134.
- Andrade-Rosa, C., López-Muñoz, F. & Molina, J.D. (2017). La materia terapéutica en *La Arcadia* de Lope de Vega. *Humanidades Médicas*, 17, 201-216.
- López-Muñoz, F. (2017). Pócimas de bruja en la literatura del Siglo de Oro español: la otra cara de los agentes terapéuticos y psicotrópicos. *Medicina (Bogotá)*, 39, 332-353.
- López-Muñoz F. (2021). The literary works of Miguel de Cervantes from the perspective of psychopharmacology: the four aspects of *phármakon*. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 35, 103-116.



Figura 1 - *La bruja*, según un grabado de 1870 de Hans Thoma (1839-1924)



Figura 2 - *Las tres brujas en la cueva*, de Charles and Mary Lamb
(*Tales from Shakespeare*, Philadelphia: Henry Altemus Company, 1901)



Figura 3 - Beleño (*Hyoscyamus*), mandrágora y estramonio (*Datura Stramonium*).
Ilustraciones botánicas realizadas por Andrés Laguna y contenidas en su *Dioscórides*



Figura 4 - *Le Départ pour le Sabbat* (1780); grabado de Pierre Maleuvre (1740-1803) a partir de un dibujo de François Marie Isidore Quéverdo (1740-1797)

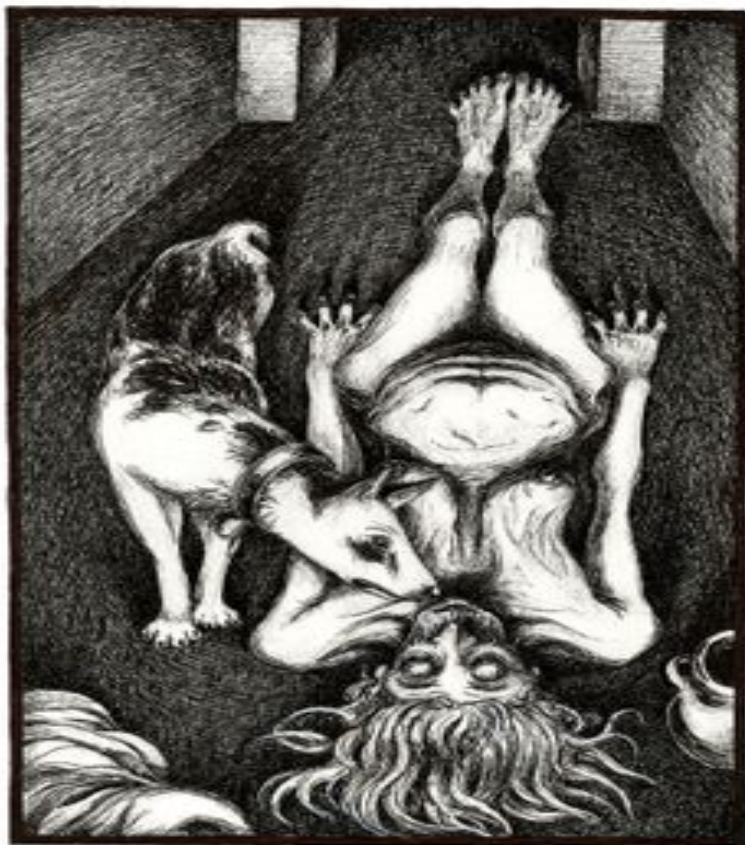


Figura 5 - Ilustración de Jesús Gabán de *El coloquio de los perros* (Barcelona, Vicens Vives, 2005)

DE PRAESTIGIIS DAEMONUM – A ILUSÃO DO DEMÓNIO CONTRA O MARTELO DAS BRUXAS

Filipe Azevedo¹; Rita André²; Ana Quintão¹; Leonor Santana¹; Carolina Almeida^{1,3}

¹M.D. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

²M.D Centro Hospitalar Lisboa Norte

³NOVA Medical School

Profissão: Médico Psiquiatria

Email: filipe_azevedo@hotmail.com

Resumo

Em 1486 Heinrich Kramer escreve o livro *Malleus Maleficarum*, com apoio papal e com o propósito de descrever bruxas, bruxarias e seus métodos de tortura, julgamento e execução. Nos 300 anos seguintes cerca de 50000 pessoas, maioritariamente mulheres, foram executadas. Em 1563, Johann Wier, médico e demonologista, escreve a primeira obra de oposição ao *Malleus Maleficarum*, interpretando as bruxas e bruxarias como pessoas afetadas por doenças. Ilibou pessoas acusadas de bruxaria e contribuiu com escritos médicos, legais e de terapias pela fala, sendo identificado por muitos como o primeiro psiquiatra, um humanista antes do humanismo. Outros autores consideram a história de Weir embelezada à luz dos ideais do século XIX, em que ressurgiu citado por Freud e outros discípulos de Charcot. Enquanto símbolo, Wier representa a razão sob a superstição e o humanismo ante a crueldade, ideais cruciais nos séculos que se seguiram bem como nos dias hoje.

Palavras Chave: Johann Wier, Bruxas, Psiquiatria, De Praestigis Daemonum, Malleus Maleficarum

Abstract

In 1486, Heinrich Kramer writes the *Malleus Maleficarum*, with papal support, describing witches, witchcraft, and how to torture, judge and execute them. In the following 300 years about 50000 people, mostly women, were executed. In 1563 Johann Wier, physician and demonologist, writes the first book opposing the *Malleus Maleficarum*, considering witches as those affected by illness. He exonerated witches on trial and is credited with published work in medicine, law and describing talking therapy. As such he is considered by many as the first psychiatrist, a humanist before humanism. Other authors consider Wier's history as gilded by the XIX century ideals, where it resurfaces resurrected by Freud and other disciples of Charcot. As a symbol, Wier represents reason over superstition and humanism before cruelty, ideals that remain relevant to this day.

Introdução

Em 1486 Heinrich Kramer escreve o livro *Malleus Maleficarum*, com apoio papal e com o propósito de descrever bruxas, bruxarias e seus métodos de tortura, julgamento e execução. Nos 300 anos seguintes cerca de 50.000 pessoas, na sua maioria mulheres, foram executadas. Em 1563, Johann Weir, médico e demonologista, escreve a primeira obra de oposição ao *Malleus Maleficarum*, interpretando as bruxas e bruxarias como pessoas afetadas por doenças. Ilibou pessoas acusadas de bruxaria e contribuiu com escritos médicos, legais e de terapias pela fala, sendo identificado por muitos como o primeiro psiquiatra, um humanista antes do humanismo. Outros autores consideram a história de

Wier embelezada à luz dos ideais do século XIX, em que ressurgiu citado por Freud e outros discípulos de Charcot. Com este trabalho pretendemos rever a vida e obra de Johan Weir, controvérsias, o contexto em que se inseriu e a sua relevância para a psiquiatria.

Discussão

Na década de 1480 Helena Scheuberin, uma mulher de Innsbruck, foi acusada e julgada pela morte de um nobre por meio de bruxaria. Existiam rumores de que Scheuberin seria amante deste nobre, que a visitaria regularmente. Scheuberin era descrita como uma mulher independente, agressiva e sem medo de dizer o que pensava, insultando o dominicano Heinrich Kramer na sua chegada à cidade bem como faltando aos seus sermões e incitando outros a fazer o mesmo. Com a falta de cooperação das autoridades locais na investigação de Helena, pensa-se que Kramer terá procurado bula papal que lhe concedesse autoridade suficiente para investigar, encarcerar, punir e corrigir bruxas naquela região da Alemanha, tendo-a conseguido em 1484 na *Summis Desiderantus Affectibus* de Inocencio VII. Contudo, após a ilibação de Scheuberin no seu julgamento, foi-lhe recusada tal autoridade pelo Bispo Georg Golser cuja diocese incluía Innsbruck e que acabaria por expulsar Kramer da cidade, acusando-o de obsessão por Scheuberin. Kramer dirige-se então para Colónia onde escreve um livro intitulado *Malleus Maleficarum* (publicado em 1487), um guia que versava sobre bruxas e a filosofia natural, métodos utilizados por bruxas bem como, a forma apropriada de as identificar, julgar e punir. Para a identificação eram focadas mulheres, tidas por Kramer como impuras, hereges e vulneráveis à luxúria, que de sua própria volição iniciavam pactos com demónios. Eram de suspeitar sinais no corpo como “sardas” ou nevus, comprovativos de um pacto com o demónio, ou comportamentos “suspeitos”. Por comportamentos suspeitos eram tidos todos os inconformados com a mais devota cristandade, desde o desrespeito na missa à promiscuidade. Outros sinais e capacidades como voar, transformar-se em animais, causar desgraças aos seus inimigos, desde doenças em pessoas ou em animais ou o roubo de pénis. Os interrogatórios baseavam-se na tortura, promessas falsas de punições leves se houvesse uma confissão e testes como a submersão ou imolação, em que a vítima faleceria se inocente ou sobreviveria se culpada. Descrevia regras estritas de como utilizar a tortura, não repetindo a mesma tortura em dias separados, verbalizando as perguntas de uma maneira específica para se proteger da influência destas bruxas e tomando o cuidado de obrigar a bruxa a repetir a confissão sem a tortura para que a mesma fosse inegável.

Com o apoio da igreja e a invenção da prensa de Guttenberg este livro propagou-se por toda a Europa e foi acolhido por magistrados clericais sendo utilizado nos três séculos que se seguiram no julgamento e execução de 50.000 pessoas, na sua maioria mulheres.

O advento do Reformismo e a oposição crescente nos países baixos e sacro império romano à igreja católica abriram caminho para a contestação de Johann Wier à obra de Kramer.

Johann Wier, também conhecido por Johan Weir ou Johann Weyer, como começou a assinar após se mudar para a Alemanha, usava por vezes o nome Piscinarius e tinha por moto próprio *Vince te ipsum* (Vence-te). Johann nasceu em Grave e aos 14 anos foi discípulo de Heinrich Cornelius Agrippa conhecido médico, ocultista, soldado, teólogo, arquivista e historiador do Imperador Carlos V do Sacro Império Romano. Johann Wier estudou medicina em Paris tendo posteriormente exercido em Grave e eventualmente obtido o cargo de médico da cidade de Arnhem onde foi consultado no julgamento de mulheres acusadas de bruxaria, apelando e conseguindo a sua ilibação. Mudou-se posteriormente para Cleves onde foi médico da corte de William, o Rico. Aqui escreveu a sua obra mais conhecida *De Praestigiis Daemonum*, traduzida como *A ilusão do Demónio* na qual se opunha e desconstruía o *Malleus Maleficarum*, tornando-se o primeiro médico a escrever nesse sentido. Assim, servindo-se dos seus conhecimentos de ocultismo e

medicina, atacou o livro e a Igreja – deu por absurdas crenças em poderes extraordinários como transformação em animais, voar, participar no *Sabbath* ou ter relações sexuais com demónios. Procede então a criticar os padres e monges que, acreditando em amuletos, figuras mágicas ou fórmulas obscuras para atrair a chuva ou o amor, descartavam o seu julgamento e a experiência científica e abriam a porta ao demónio no julgamento, tortura e execução de inocentes.

Assim, incita a que sejam chamados médicos respeitáveis a estes julgamentos e que trabalhem em conjunto com os inquisidores para distinguir fenómenos sobrenaturais de doença mental. Afirmar que a maioria das bruxas julgadas e condenadas são apenas doentes. Relata o testemunho que prestou para a liberação de várias mulheres, com o apoio do Duque William, incitando outros príncipes Protestantes a fazer o mesmo.

Relembra a invalidez das confissões sobre tortura e afirma que “o doente mental não tem razão nem vontade, não devendo ser responsabilizado”. Assim Wier afirma que o melhor é esquecer a bruxaria, e viver num mundo sem sacrifícios humanos, onde ninguém é queimado.

As bruxas de Wier eram frequentemente descritas como pobres idosas, deterioradas e melancólicas que, convencidas pelo interrogatório, confessavam ser a causa de todos os males.

Wier toma assim a bruxaria por doença mental, explicada pela ciência, desresponsabiliza os afetados e atribui a obra do demónio à própria Igreja que no seu zelo torturava e executava inocentes.

Esta obra foi largamente difundida pelos países reformistas e fortemente atacada pela Igreja, fazendo parte do *Index Librorum Prohibitorum*, a lista de livros proibidos, sendo a sua leitura punida com a excomunhão. O próprio Wier foi acusado de feitiçaria e criticado pelas suas ligações a Agrippa.

A obra de Wier não ficou por aqui, foi autor de diversas outras obras em que aliava a descrição científica ao ataque político e religioso como no caso do livro *De Ira Morbis* em que descreve a raiva patológica numa crítica às ações de Castela nas guerras religiosas. Descreveu também, com grande detalhe, casos de psicose tóxica, epilepsia, psicose involutiva, delírios, depressão, esquizofrenia e mania. Descreveu com clareza incomum para a época casos de perturbações conversivas em conventos que afetavam múltiplas freiras ao mesmo tempo. Existem descrições de investigações que fez a conventos vítimas de bruxaria, chamado pelas convulsões invulgares de várias freiras. Aí reconheceu o carácter contagioso da perturbação, originando-se numa jovem e propagando-se pelo convento bem como relacionou o seu início com a interrupção das visitas de vários jovens que se esgueiravam para o convento procurando intimidade com as freiras. Dá como causadora destes sintomas a sexualidade reprimida, trilhando o caminho que Freud viria a ladrilhar.

Descreve detalhadamente um caso de Síndrome de Munchausen em que os pais de uma jovem que não comia ou bebia durante vários meses procuram a sua ajuda. Acolheu-a em sua casa e manteve-a sob vigilância, até a encontrar a comer e beber escondida.

Wier contribuiu também com escritos sobre a relação terapêutica, descrevendo um maior efeito da medicina com a maior confiança do doente no médico e sendo descrita a tentativa do tratamento pela palavra, em longas conversas em que tinha por auxílio a sua esposa e filha.

Assim Wier coloca o ênfase na avaliação médica e psicológica cuidada, presta contributos para a nosologia e diagnóstico em psiquiatria, faz o reconhecimento da importância da relação terapêutica e contribui para questões forenses sobre responsabilidade legal e doença mental. Ao mesmo tempo identifica e trata vários quadros de perturbações conversivas com um *insight* séculos à frente do seu tempo.

Wier também influenciou os seus pares, como Reginald Scot, calvinista inglês que escreveu uma obra similar e se dedicou a defender vítimas de acusações de bruxaria e a desconstruir mitos de magias e bruxarias. A obra de Reginald Scot acaba por influenciar as descrições das bruxas de Shakespeare moldando a sua representação na cultura até hoje.

Ainda assim caiu no esquecimento nos séculos que se seguiram sendo ressuscitado por Alexander Axenfeld numa série de conferências em Paris em 1865 em que apresentava Wier como o médico que demonstrava que os acusados de bruxaria eram apenas doentes que mereciam tratamento e não punição e utilizou-o como símbolo de uma luta pela secularização.

Bourneville, discípulo de Charcot, reeditou o *De Praestigiis Daemonum* como parte de uma colectânea intitulada *Bibliothèque Diabolique* que aglomerava descrições de casos de possessão e que pretendia colocar o fanatismo e intolerância da igreja como causadores da caça às bruxas e da morte de inocentes. Posteriormente Freud considera numa entrevista o *De Praestigiis Daemonum* como um dos 10 livros mais importantes de sempre. Desde então que Johann Wier serve de símbolo e é tido como pioneiro da psiquiatria moderna, baseada na descrição sistemática e cuidada e no pensamento científico, livre de superstições e dogmas, focada na compaixão e com uma grande sensibilidade para o sofrimento da população. Um humanista antes do humanismo.

Contudo esta é uma perspectiva que múltiplos autores têm por altamente embelezada por uma classe profissional à procura de símbolos. Estes autores focam a diferença entre os historiadores e os psiquiatras historiadores amadores, alertando para os perigos de ler e escrever sobre pessoas e obras do século XVI à luz dos valores dos séculos XIX, XX e XXI.

Assim estes autores vêem Weyer como um Reformista anti-católico com objetivos claros ao serviço da causa do seu patrono William o Rico e dos restantes reformistas. Têm a sua obra como instrumento de propaganda e desfazem a percepção do médico iluminado proponente da razão e da evidência. Recordam a escola Galénica e Hipocrática de Wier, herança de Agripa e já em desuso no tempo de Wier.

A superstição de Johann Wier é também alvo de controvérsia já que nega a ação de demónios enquanto descritos pelo *Malleus Maleficarum* mas afirma a sua existência enquanto entidade causadora de patologias afirmando que o diabo tira prazer de atormentar estas idosas.

A posição de Wier sobre as mulheres torna-se também questionável já que indica por várias vezes que a mulher é mais sensível à intervenção demoníaca por fraqueza.

Wier também anexa ao seu *De Daemonum Praestigiis* um compêndio intitulado *Pseudomonarchia Daemonum* que pretende nomear e descrever vários demónios e o seu papel no Inferno.

Os defensores de Wier relatam contudo que o diabo descrito por Wier pode ser interpretado como expressão idiomática e que se é verdade que produz declarações supersticiosas que prejudicam a mulher, isto é feito com o intuito de agradar ao leitor pretendido e ainda não convencido.

O que podemos então retirar da história de Johann Wier?

Algumas coisas são indiscutíveis. Wier existiu, foi discípulo de Agrippa e médico de William o Rico. Existe evidência clara do seu testemunho e do seu papel na liberação de várias mulheres acusadas de bruxaria. Escreveu um livro intitulado *Praestigiis Daemonum* cujo conteúdo versava sobre a negação das noções de bruxaria, introduzindo a doença mental e fazendo considerações médico-legais sobre a mesma.

As suas cuidadas descrições de caso são também credíveis bem como a sua capacidade de observação e descrição sistemática das entidades que descrevia.

Fazem parte dos seus escritos contributos importantes para as noções posteriores de histeria, para o trabalho de Freud, para os estudos de Bourneville e para o reconhecimento da relação terapêutica enquanto agente e potenciador de terapêutica.

A sua passagem de homem a símbolo passa pelo filtro de quem o procurou para validar as suas próprias causas e ideais como no caso de Axenfeld e propagado desde então nos prefácios e introduções de múltiplos livros de psiquiatria.

É necessário considerar se Wier ainda serve como símbolo mesmo à luz de uma história controversa, enraizada no misticismo e nos dogmas da sua época, escrevendo ciência politizada ainda que com excelentes causas e dando passos tentadores que foram seguidos nos anos seguintes.

É certo que este é um constante problema dos símbolos, contudo, os factos apontam a importantes contributos no sentido de desmistificar a doença mental, tratando-a medicamente, considerando-a do ponto de vista legal e poupando doentes a duras penas, descreveu múltiplos quadros clínicos de doença mental com elevada acuidade e fez contributos para a etiologia psicogénica de algumas perturbações bem como para a relação terapêutica. Parece correto, apesar da controvérsia em torno de Wier e da sua hipotética motivação religiosa e política, considerá-lo como o primeiro psiquiatra.

Wier acabou por falecer em 1588 em Tecklenburg onde ia prestar cuidados a um doente, sendo sepultado na região. Foi homenageado pela igreja local que construiu uma torre em sua homenagem, ainda existente, e posteriormente pela associação holandesa pelos direitos humanos na saúde, a Johannes Wier Foundation.

Conclusão

Wier apresenta uma história plena de controvérsias, com obra publicada, mas com dúvidas sobre as suas crenças intencões e propósitos. Apesar destas dúvidas a evidência acaba por sustentar o seu estatuto enquanto pioneiro de uma profissão e de facilitar a sua exaltação por uma profissão em busca de representação. Enquanto símbolo Wier representa a razão sob a superstição e o humanismo ante a crueldade, ideais cruciais nos séculos que se seguiram bem como nos dias hoje.

Bibliografia

- 1.Elmer P. (1992). Witches, devils, and doctors in the Renaissance: Johann Weyer, 'De praestigiis daemonum'. *Medical History*, 36(3), 351.
- 2.Mora, G. (1963), On the 400th anniversary of Johann Weyer's "De praestigiis Daemonum" – It's significance for today's psychiatry. *The American Journal of Psychiatry* November 1963, 417.
- 3.Johannes Wier Foundation, Johannes Wier, <https://www.johannes-wier.nl/wie-zijn-wij/wie-johannes-wier/> acedido a 16/01/2022
- 4.Slaterry, E., To Prevent a Shipwreck of Souls, *Essays in History*, University of Virginia <http://www.essaysinhistory.com/articles/2012/99> acedido a 04/03/2016
- 5.Schoeneman, T.J., Will the Real Johann Weyer Please Stand Up?, Lewis and Clark College, <http://legacy.lclark.edu/~schoen/weyer.html> acedido a 04/03/2016
- 6.Martin, J., (1993) "Four Hundred Years Later: An Appreciation of Johann Weyer", *Books at Iowa* 59(1), p.3-13. doi: <https://doi.org/10.17077/0006-7474.1234>, disponível em <https://pubs.lib.uiowa.edu/bai/article/id/28706/> acedido a 16/01/2022
- 7.de Waardt, H. (2011). Witchcraft, Spiritualism, and Medicine: The Religious Convictions of Johan Wier. *The Sixteenth Century Journal*, 42(2), 369–391. <http://www.jstor.org/stable/23076788>
- 8.Russel, J. Burton and Lewis, . Ioan M. (2021, October 28). Witchcraft. *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/witchcraft>

DISSENSÃO MÉDICO-LEGAL: O CASO DE MARIA DA GRAÇA J. (1904)

Inês Pinto da Cruz

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XXda Universidade de Coimbra –

CEIS20; Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra

Investigadora e Professora Ajunta Convidada

Email:inespcruz77@gmail.com

Resumo

O presente trabalho resulta de uma investigação levada a cabo no Arquivo da Delegação do Centro do Instituto de Medicina Legal e pretende refletir sobre a complexidade inerente à Psiquiatria Forense, sobretudo no que se refere aos casos que suscitavam discordância entre os membros do Conselho Médico-Legal quanto à responsabilidade criminal dos indivíduos examinados. Para ilustrar tal situação irá ser analisado um caso de infanticídio, ocorrido em 1904 e avaliado pelo Conselho Médico-Legal da circunscrição de Coimbra, no qual o médico legista e Diretor da Morgue de Coimbra, Adriano Lopes Vieira, manifestou o seu desacordo com os médicos alienista e antropologista quanto à irresponsabilidade criminal da arguida Maria da Graça J..

Palavras-chave: psiquiatria forense; conselho médico-legal; Maria da Graça J.; responsabilidade criminal; 1904

Abstract

The present work is the result of an investigation carried out in the Archive of the Delegation of the Centre of the Institute of Legal Medicine and aims to reflect on the complexity of Forensic Psychiatry, namely in what concerns to the cases that raised disagreement between the members of the Medico-Legal Council. regarding situations of insanity defense. To illustrate this situation, a case of infanticide, which occurred in 1904 and evaluated by the Medico-Legal Council of the Coimbra district, will be analysed. In this case the Director of the Coimbra's Morgue at the time, Adriano Lopes Vieira, expressed his disagreement with the alienist and anthropologist doctors regarding the criminal irresponsibility of the defendant Maria da Graça J..

Introdução

Em finais de Oitocentos e inícios do século XX, no âmbito da História da Psiquiatria Forense, as controvérsias entre a lei e a saúde estenderam-se, em função de diferentes pontos de vista, alimentando polémicas médico-legais até hoje, pois não é possível questionar simplisticamente se os doentes mentais são ou não perigosos. É, de facto, uma questão complexa, na medida em a própria lei admitia a divergência entre os médicos peritos, situação que será explorada neste trabalho, através do caso de Maria da Graça J., ocorrido em 1904, e analisado pelo Conselho Médico-legal da circunscrição de Coimbra.

Discussão

Em Maio de 1904 Maria da Graça J., de 30 anos de idade e natural de Penela foi pronunciada pelo crime de infanticídio.

Na audiência de julgamento o defensor oficioso alegou que a arguida, pela debilidade das suas faculdades mentais, não tinha a verdadeira e nítida compreensão e responsabilidade dos seus atos.

Em virtude desta alegação, o agente do ministério público requereu o exame mental de Maria da Graça, para se apurar da sua responsabilidade, o que foi deferido pelo juiz, determinando que esse exame fosse feito por dois peritos da comarca de Penela, de acordo com o Artigo 5^o da lei de 3 de abril de 1896.

Por falta de meios de observação os peritos comarcãos não puderam responder cabalmente aos quesitos da autoridade judicial, tendo consultado, por essa razão, o Conselho Médico-Legal da circunscrição de Coimbra.

Contudo, o referido Conselho considerou que o relatório não consignava elementos suficientes para se formar um juízo seguro, pelo que resolveu indicar ao juiz do processo a necessidade de se repetir o exame pelos peritos de Coimbra, de acordo com o artigo 75^o, parágrafo único², do Regulamento dos Serviços Medico-Legais de 16 de Novembro de 1899, sendo esta resolução atendida pelo dito juiz, que enviou a arguida para a cadeia de Coimbra, de modo a poder ser observada.

Nos primeiros interrogatórios que lhe foram feitos por Francisco da Silva Basto, médico alienista do Conselho Médico-Legal, Maria da Graça ora negava os factos mais importantes, ora declarava que não se lembrava deles.

Mais alegava não saber a sua idade e até nem se recordar de ter sido antes examinada pelos médicos da comarca de Penela. Acrescentou ainda não ser casada e nunca ter tido filhos.

Destas respostas os peritos do Conselho referem no seu relatório que era manifesta a falta de sinceridade da examinada.

Todavia, recorrendo estrategicamente à promessa de a livrarem de ser condenada a degredo e de a defenderem dos seus inimigos, que a arguida julgava ter em grande número na terra natal, os médicos do Conselho Médico-legal de Coimbra conseguiram que Maria da Graça contasse minuciosamente a sua vida, demonstrando assim a simulação do esquecimento de factos verdadeiros e públicos como o de ser casada, o de ter filhos e o de ter praticado o infanticídio.

De facto, através do relatório redigido pelo médico alienista, é possível perceber que Maria da Graça tinha casado com um trabalhador do campo, de quem se tinha separado por ele não ganhar meios suficientes de subsistência. Desse casamento havia uma filha. Contudo, vivia só, numa casa que lhe tinham cedido por caridade. Não tinha nenhuma ocupação e sustentava-se de esmolas que lhe davam espontaneamente as pessoas conhecidas, porque não mendigava.

Segundo o médico alienista do Conselho Médico-Legal, estes traços da vida da acusada faziam já suspeitar da existência de uma anomalia mental, pois nem de outra forma se explicaria que os vizinhos a socorressem, sendo regularmente robusta e podendo, portanto, trabalhar.

A examinada contou que, na terra, era constantemente perseguida pelos homens e daí lhe tinham surgido muitas inimizades, sobretudo das mulheres que, não sendo bem sucedidas com o sexo masculino, a maltratavam e se tornaram a causa da sua desgraça.

Nesta luta com os seus pretendentes, contou, foi vencida por um indivíduo de Tomar, casado em Penela, com quem teve relações duas vezes.

Passado algum tempo percebeu que estava grávida, mas replicou nunca ter considerado abortar ou ocultar a gravidez.

Quando sentiu as dores do parto não recorreu a ninguém.

¹“O exame será feito na comarca onde o facto ocorreu, se nela houver número suficiente de peritos, e quando estes forem de opinião que o exame pode ali ser feito”. Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1896* (1987). Lisboa: Imprensa Nacional, p. 139.

²“O conselho poderá também indicar a necessidade ou conveniência de ser repetido o exame pelo próprio conselho. § único. Neste caso o juiz do processo procederá em conformidade com a deliberação e indicações do conselho”. Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899* (1900). Lisboa: Imprensa Nacional, p. 715.

Consta que, durante o parto, após a expulsão da criança, puxou pelo cordão umbilical, o que determinou a saída da placenta. Segundo Maria da Graça J., após ter dado à luz, desmaiou e, quando voltou a si, viu ao seu lado a criança morta que foi colocar debaixo de uma tábua do soalho.

Passado algum tempo foi chamada à presença do juiz, a quem contou ter “parido um bicho”¹ e que, por isso, o enterrara em casa. O mesmo juiz enviou-a para a cadeia de Penela, onde esteve algum tempo, até que foi enviada para Coimbra.

No entender do médico alienista Francisco da Silva Basto, a história da arguida era a prova suficiente da sua imbecilidade, no sentido em que, se já alguns factos revelavam bem uma grande inferioridade mental, o caso de infanticídio era, por si, muito significativo. O clínico refere ainda que a arguida não tinha um exato conhecimento da sua situação, uma vez que não se preocupava nem com o crime nem com o castigo. Não fazia ainda qualquer ideia dos riscos que um parto sem cuidados e assistência poderia acarretar para uma mãe e para o filho.

Para além disso, não tinha tomado quaisquer precauções para ocultar a gravidez nem para evitar a descoberta do infanticídio, o que mostrava não ter havido premeditação e existir ausência de consciência do ato praticado.

Neste sentido, o referido médico alienista e o médico antropologista, Francisco da Cruz Amante, concluíram, no seu relatório datado de 1 de junho de 1904, o seguinte sobre Maria da Graça:

1º sofria de imbecilidade;

2º era irresponsável pelo crime que tinha cometido;

3º a ignorância e o esquecimento de factos importantes da sua vida eram, em geral, simulados;

4º não havendo no nosso país estabelecimento apropriado para a internar, poderia ser posta em liberdade com vigilância de autoridade, a fim de evitar a repetição do crime ou a prática de quaisquer atos prejudiciais.

Contudo, estas conclusões não era partilhadas pelo terceiro membro do Conselho Médico-Legal de Coimbra, ou seja, pelo Professor de Medicina Legal e Diretor da Morgue, Adriano Lopes Vieira.

Assim, de acordo com o disposto no artigo 48º² do Regulamento dos Serviços Medico-Legais de 16 de novembro de 1899, que indicava que, na eventualidade de haver divergências, deveria ser assinado um parecer especial, largamente fundamentado, que incidiria sobre os pontos de tal dissidência, por cada um dos membros que discordasse do relator, Lopes Vieira redigiu um parecer, datado do mesmo dia do relatório do Conselho Médico-Legal, em que explicava que a imbecilidade era um estado de fraqueza intelectual congénita, suscetível de muitas gradações e que não importava necessariamente consigo a loucura ou abolição total da consciência ou razão.

Neste sentido, defendia: “que a arguida seja mais ou menos imbecil, não basta para que se possa dizer irresponsável; era preciso que se pudesse dizer e demonstrar que é imbecil e de fraca inteligência e de apoucado discernimento, até ao ponto de não saber bem o que

¹ Cf. *Registo de Exames Mentais e Respectivo Parecer do Conselho Médico-Legal (1900-1911)*. Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, Livro 11, exame nº 9, folha 28.

² “Havendo conformidade de votos, será o relatório assinado por todos os membros votantes, sem declarações. Havendo divergência, será assinado parecer especial, largamente fundamentado, sobre os pontos dessa divergência, por cada um dos membros que discordar do relator”. Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899 (1900)*. Lisboa: Imprensa Nacional, p. 714.

tinha feito, nem a responsabilidade em que incorria, nem as privações e martírio a que ficaria sujeita”¹.

Lopes Vieira referiu no seu parecer que o médico alienista se convenceu de que Maria da Graça se mostrava dotada de uma mentalidade um tanto inferior, mas que seria necessário verificar se, não obstante tal facto, ela teria realmente o discernimento necessário para saber o que fazia, pois cuidara de ter o parto clandestinamente, sem assistência de pessoa alguma, mas tratando logo de esconder o corpo, procurando ainda desculpar-se, dizendo que perdera os sentidos após ter dado à luz e que, quando tinha voltado a si, já a criança havia morrido, o que, pode ler-se no parecer do lente de medicina legal, “em regra é falso e não pode ser admitido, sem prova bastante, que neste caso falta”².

Para Lopes Vieira, verificava-se em tais factos que não havia indício algum de inconsciência nem de imbecilidade, nem o desprendimento das consequências que deles lhe poderiam advir, mas sim o do conhecimento do mal que tinha feito e a manifestação de medo de vir a sofrer castigo.

A 22 de julho de 1904, depois de ter saído o resultado da autópsia da criança, que não mostrava que tivesse havido morte violenta, Lopes Vieira redigiu novo parecer, firmando a sua posição e mantendo a opinião de que Maria da Graça J. deveria ser responsabilizada pelo crime, argumentando que de todo o interrogatório, quer feito pela autoridade administrativa de Penela, quer pelo juiz de Direito da mesma comarca, se verificava que a arguida havia produzido diferentes alegações sobre a causa de morte da criança, ora dizendo que ela caíra sobre um seixo da lareira ao nascer; ora que nascera fraca e lhe expirara nos braços; ora que morrera por si quando ela, Maria da Graça, perdera os sentidos após o parto e não pôde cuidar dela.

Adriano Lopes Vieira evidencia no seu parecer que a mulher examinada pelo Conselho Médico-legal de Coimbra mostrava, pelo que foi atrás descrito, a sua pouca inteligência e o falso enredo em que se colocou. Apesar disso, salienta que a arguida soube matar a criança e inventar artifícios diversos de morte natural, fazendo-se inclusivamente de vítima resignada, dizendo que estava bem na cadeia e não lhe custaria, senão por causa da sua filha, ser castigada com degredo. Nesta perspectiva, o Professor de Medicina Legal rematou que tudo o que observou e ouviu deste mulher o tinha convencido de que ela soube bem o que fazia e que havia procurado ocultar o facto, pelo que não a considerava alienada por imbecilidade, nem congénita, nem adquirida, considerando, portanto, que se lhe devia impor a responsabilidade criminal pelo ato que havia praticado.

No dia 27 de julho do mesmo ano, o médico alienista do Conselho Médico-legal da circunscrição de Coimbra, apoiado pelo médico antropologista, elaborou, por seu turno, um parecer, em resposta ao do de Lopes Vieira, fundamentando a razão pela qual considerava que Maria da Graça não deveria ser responsabilizada pelo ato cometido, alegando que, em face do resultado da autópsia da criança recém-nascida, se confirmava decisivamente o parecer anteriormente aprovado pelo Conselho, demonstrando a existência de imbecilidade.

No referido parecer, Francisco da Silva Basto manteve assim as conclusões do primeiro relatório, onde justificou a imbecilidade da arguida, explicando que todos os factos haviam contribuído para provar que ela não teria noção suficiente do ato que havia praticado. O médico enfatiza então as contradições absurdas em que Maria da Graça caíra, as quais, na sua perspectiva, constituíam um indício incontroverso da sua imbecilidade e irresponsabilidade. Para além disso, revela, os meios de que a examinada se serviu para

¹ *Registo de Exames Mentais e Respeitivo Parecer do Conselho Médico-Legal (1900-1911)*. Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, Livro 11, exame nº 9, folha 29.

² *Registo de Exames Mentais e Respeitivo Parecer do Conselho Médico-Legal (1900-1911)*. Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, Livro 11, exame nº 9, folha 30.

encobrir o crime revelavam uma inferioridade intelectual muito pronunciada e não resistiriam à sagacidade de uma criança. Acrescenta ainda que a arguida era indiferente à ideia de castigo, o que mostrava que o seu espírito não tinha capacidade para compreender uma noção tão simples, acessível até aos próprios animais.

Por fim, o alienista sublinha que contestar a existência de tal patologia e admitir a responsabilidade da arguida seria ser-se escravo de excessivos e injustificados escrúpulos de defesa social, sendo que na apreciação do estado mental de uma acusada e do seu grau de responsabilidade, o perito não deveria deixar-se influenciar pela necessidade de defesa social, porque este sistema forçava-o a formular um parecer escravo à justiça e à sociedade, pelo que se o perito se guiasse por estes preceitos, acabaria por levar o tribunal a condenar uma irresponsável, o que não teria nenhuma utilidade, na medida em que tal castigo, neste caso o degredo, não teria efeito de correção sobre a arguida.

Tal reflexão é bastante interessante, pois foge completamente à regra do que se pode ler na maioria dos relatórios de exames mentais da época em Portugal, que se pautavam precisamente pelo princípio da defesa social. Com efeito, nos finais do século XIX e inícios do século XX, o entendimento do crime reconverteu-se através de uma nova abordagem científica, cuja doutrina se inseria no positivismo, que evidenciava o grau de perigosidade do agente («temibilidade» era o termo usado na época), em vez da gravidade do delito, procurando ajustar a pena à natureza do criminoso. A sentença deixava então de ser encarada como uma sanção, para ser concebida como um meio profilático da sociedade. O conceito de defesa social era, portanto, indissociável da conceção de perigosidade.

De facto, o conceito de perigosidade, que surgiu nos finais de Oitocentos e que desviou o foco do pensamento jurídico do crime para o criminoso, converteu-se num critério de penalidade, numa medida implementadora de estratégias e políticas criminais preventivas, inspirando a reforma dos códigos penais europeus e do sistema penitenciário.

Conclusões

A História da Psiquiatria Forense está recheada de controvérsias, uma vez que a interpretação dos próprios médicos peritos poderia ser completamente diferente e dar aso a grandes divergências, como se viu no caso apresentado. Este é, de facto, um tema com um elevado grau de complexidade, na medida em que se aborda a possível contribuição dos transtornos psiquiátricos para manifestação de um comportamento violento, procurando-se igualmente uma identificação precoce de tais transtornos mentais e alertando-se, ao mesmo tempo, para outros possíveis fatores de risco.

Fontes e Bibliografia

Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1896 (1987). Lisboa: Imprensa Nacional.
Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899 (1900). Lisboa: Imprensa Nacional.
Matos, J. (1916). Prefácio. In R. Garofalo, *Criminologia: Estudo sobre o delicto e a repressão penal*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 3ª Ed..
Registo de Exames Mentais e Respectivo Parecer do Conselho Médico-Legal (1900-1911). Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, Livro 11, exame nº 9.
Watson, K. D. (2011). *Forensic Medicine in Western Society: A History*. Abingdon, Oxon: Routledge.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DOENÇA MENTAL. A CONDIÇÃO FEMININA NAS PÁGINAS DO JUDICIÁRIO

**Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha Marinho¹;
Isabel Bezerra de Lima Franca²**

¹Universidade Federal do ABC; Professora Doutora

²Universidade Federal do ABC; Doutoranda

Emails: gabiolmg@gmail.com; isabellimafranca@hotmail.com

Resumo

O debate público em torno da violência doméstica contra a mulher tem se avolumado, possibilitando legislações consistentes, mas nem sempre eficazes. Nessa perspectiva, a correlação entre violência doméstica e doença mental é abordada por meio da análise de processos judiciais, em particular por meio de um processo no qual a violência sistemática contra a mulher resultou no assassinato do companheiro. No processo, a violência doméstica sofrida por ela foi ignorada pelos órgãos judiciais e sua periculosidade foi caracterizada apenas com base no diagnóstico de problemas mentais e no modo como o crime foi cometido. A análise procura assinalar assimetrias identificadas no curso do processo, em especial a desconsideração pelo histórico de agressões reiteradas impostas a ré e as lacunas no estabelecimento das correlações possíveis entre esse quadro e o cometimento do crime. A base empírica analisada consiste em processos digitais do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP).

Palavras-chave: mulher, violência doméstica, problemas mentais, homicídio, Judiciário

Abstract

The public debate around domestic violence against women has grown, allowing for consistent legislation, but not always effective. In this perspective, the correlation between domestic violence and mental illness is addressed through the analysis of legal processes, particularly through a process in which systematic violence against women resulted in the murder of their partner. In the process, the domestic violence suffered for her was ignored by the Judiciary and its dangerousness was described only based on the diagnosis of mental problems and the way the crime was committed. The analysis seeks to point out asymmetries identified during the process especially the disconsideration by history of repeated aggressions imposed on the defendant and the gaps in establishing possible correlations between this frame and the commission of the crime. The empirical basis analyzed consists of digital processes of the Court of Justice of the State of São Paulo (TJSP).

Keywords: woman, domestic violence, mental problems, murder, Judiciary

Introdução

No Brasil, o enfrentamento da violência doméstica contra mulheres teve como marco importante a promulgação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) que tipificou e definiu a violência contra a mulher. No entanto, essa Lei sempre enfrentou dificuldades em sua aplicação, por isso, objetivamos, por meio de sentenças judiciais de mulheres vítimas de violência doméstica e um processo no qual a mulher passou de vítima à agressora, verificar como o Judiciário de São Paulo se posicionou sobre o papel das mulheres nessas circunstâncias.

O trabalho foi dividido em três partes: a primeira, verificando os discursos do Judiciário que fragilizaram as medidas protetivas da Lei 11340/06; a segunda, analisando o processo de uma mulher foi diagnosticada com problemas mentais que cometeu homicídio e a terceira, verificando a correlação entre violência doméstica e problemas mentais, independentemente dos fatores genéticos associados a tais problemas.

1. Violência doméstica contra a mulher e as dificuldades de aplicação da Lei Maria da Penha em São Paulo

A Lei Maria da Penha trouxe o combate da violência contra a mulher para o campo da Política e do Direito, mas apesar dos esforços em sua aplicação, os casos de violência doméstica continuam alarmantes em todo o País, demonstrando as dificuldades para e efetivação dessa Lei¹.

Nesse trabalho analisamos dez decisões judiciais de juízes do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) cujos discursos fragilizavam os dispositivos da Lei Maria da Penha e um processo judicial de uma mulher com problemas mentais acusada de homicídio que também foi vítima de violência doméstica. As decisões judiciais foram analisadas aos pares devido à semelhança e repetição de seus argumentos.

Nas duas primeiras decisões, o Juízo absolveu os réus argumentando não haver “*prova segura quanto à ocorrência do delito tendo em vista a ausência de exame de corpo de delito*”. Na primeira, acrescentou que houve contradição entre o depoimento da vítima e da testemunha e concluiu não haver “*prova robusta apta para verificar a prática dos fatos descritos na denúncia que possibilitassem uma sentença condenatória*”. Na segunda, apesar de reconhecer “*ter havido algum tipo de entrevero entre a vítima e o réu*”, entendeu que os fatos imputados ao acusado não podiam ser comprovados apenas com base em meras alegações da vítima.

Nas duas decisões seguintes, o juiz considerou, em um caso, que, diante da veemente negativa do acusado, inexistiam provas seguras para atribuir a ele uma autoria delitiva dolosa e no outro, que nem a vítima e nem a testemunha confirmaram que o réu agiu movido pelo “*animus laedendi*”² que resultou nas lesões alegadas, concluindo serem estas decorrentes de um simples acidente. Nesse caso, o réu foi absolvido, por não haver “*provas contundentes da prática dos crimes de lesão corporal e ameaça*”, uma vez que ele afirmou que as lesões corporais encontradas na vítima eram resultado da queda de um portão sobre ela. Além disso, o réu negou ter feito ameaças e afirmou que jamais pretendia tirar a vida da vítima ou atear fogo ao local e somente a empurrou, porque foi igualmente empurrado por ela, em uma discussão pontual que tiveram.

Em outras duas decisões, na primeira, a autoria foi desqualificada porque o juiz entendeu que se tratava de agressões recíprocas e “*a ausência de elementos probatórios hábeis para apontar a autoria delitiva ensejava a absolvição do denunciado*” Assim, decidiu com base no princípio do “*in dubio pro reo*”³, substituindo a pena privativa de liberdade por restritiva de direitos, embora a Lei Maria da Penha vede essa substituição. Na segunda decisão, o juiz observou que se a vítima tivesse informado que agrediu o réu primeiro, o processo não teria sido instaurado, pois isso caracterizava uma legítima defesa. Dessa forma, absolveu o réu e condenou a vítima pelo crime de “Denúncia Caluniosa” em razão de falsa acusação.

Em outras duas decisões, o juiz, em uma, acatou a “*alegação defensiva alusiva à possível exclusão da ilicitude pela legítima defesa*”, descartando o excesso doloso por considerar que a reação externada pelo agressor sequer deixou marcas. Assim, julgou parcialmente a ação condenando o réu por Lesão Corporal Leve, mas absolvendo-o pelo crime de Ameaça. Na outra decisão, o juiz argumentou que embora “*a materialidade e a autoria delitiva se*

¹ Dias, M. B. (2015). Lei Maria da penha. São Paulo: Ed. Revistas dos Tribunais.

² *animus laedendi*. Intenção de atacar, ferir, ofender, produzir lesões corporais (CP, art. 129)

³ Segundo Luiz Flavio Gomes, o princípio do “*in dubio pro reo*” também conhecido como *princípio do favor rei*, implica em que na dúvida interpreta-se em favor do acusado. (Gomes, 2015)

mostrassem inequívocas” no crime de Lesão corporal, a prova produzida em relação à Ameaça se mostrava demasiadamente frágil para permitir a certeza de autoria. Diante disso, julgou parcialmente a ação, condenando o réu apenas pelo crime de Lesão Corporal, embora os policiais tenham declarado que presenciaram o réu, antes de ser conduzido à delegacia, encostar a mão no queixo da vítima e dizer – *“depois a gente conversa”*. No entanto, o juiz entendeu que essas palavras foram verbalizadas quando ele não se encontrava em uma situação de ânimo calmo, o que excluía o dolo exigido na tipificação do crime de Ameaça. Nas duas últimas decisões analisadas, o juiz absolveu o réu no crime de Ameaça, porque, na primeira, a vítima não se sentia atemorizada pela conduta dele, descaracterizando esse delito e, na segunda, por haver contradição entre o depoimento da vítima e do réu, pois, como o acusado negou veementemente os fatos, não havia bases para uma condenação. Nessa decisão, o juiz declarou que o réu não poderia ser acusado do crime de Ameaça por ter afirmado que *“iria transformar a cabeça da vítima em um saquinho de leite”* visto que *“não vislumbrou nas palavras irrogadas por ele a constatação de verdadeiras ameaças”*. Considerando que, para a caracterização do crime de Ameaça *“seria necessário que o agente fizesse promessas de causar à vítima mal injusto e grave, porém possível, de modo que a mensagem proferida fosse potencialmente lesiva de forma a incutir na vítima um temor concreto”*.

Além disso, segundo o juiz, em seu interrogatório na delegacia, o acusado afirmou que *“não proferiu aquela frase, tendo sido mal compreendido”*, pois apenas teria feito menção aos *“sacos de leite das crianças”*.

Essas decisões trataram de mulheres vítimas de violência doméstica, no entanto, analisamos também um processo judicial no qual a mulher passou de vítima a agressora com o intuito de verificar como o Judiciário trata as mulheres em posições distintas.

2. Violência reversa e a mulher com problemas mentais

O processo analisado conta a história de L.B.B., uma mulher de 31 anos, negra, casada durante 15 anos e separada há seis meses. Vítima de violência doméstica, ela foi diagnosticada com problemas mentais em 2015 e praticou homicídio contra seu ex-marido em fevereiro de 2018.

Segundo consta nos autos, a convivência entre o casal sempre foi extremamente conturbada e o motivo que levou ao crime foi mais um Boletim de Ocorrência realizado contra o ex-marido. De acordo com a acusada, o Delegado a chamou a delegacia para conversar e ao voltar para casa ele a ameaçou para retirasse a queixa, mas ela o seguiu, atingindo-o com um martelo e uma faca.

Na defesa, o advogado juntou quatro boletins de ocorrência contra agressões sofridas, um deles por tentativa de homicídio. Informou que apesar de existir ordem judicial de afastamento, o casal residia no mesmo local.

Segundo a defesa, L.B.B. era inimputável, pois realizava tratamento psiquiátrico desde 2015. Como prova da inimputabilidade da acusada foi apresentado um laudo psiquiátrico de 2016 que havia sido elaborado para um processo trabalhista no qual ela buscava aposentadoria por invalidez em razão de seus problemas mentais.

Nesse laudo, o perito, por meio de documentação e entrevista chegou à conclusão de que a paciente tinha Transtorno Afetivo Bipolar. Pois, na entrevista, ela se referiu a crises de choro frequente, falta de agilidade nas tarefas domésticas, dificuldade para sair de casa e falta de coragem e ânimo para as atividades diárias, além de ver vultos e ouvir vozes que a mandavam se matar.

Para o perito, na data desse exame, ela se encontrava em um episódio depressivo moderado, Cid 10 F 31.3, pois o Transtorno Afetivo Bipolar pode ser classificado em episódios depressivos e maníacos, com ou sem sintomas psicóticos.

Apesar de ela ter informado uma tentativa de suicídio em 2014, o médico considerou como início de sua incapacidade o ano de 2015, por ser essa a data dos exames

apresentados. Nesse exame, ela foi diagnosticada com incapacidade parcial e temporária para o trabalho, devido à possibilidade de remissão dos sintomas pela medicação. Sendo sugerido nova avaliação em seis meses.

O Ministério Público, ao contestar a solicitação de liberdade provisória, suscitou o incidente de insanidade mental da acusada e considerou que

os profissionais que lavraram o referido documento atestaram que a acusada “não evidencia quaisquer sintomas depressivos ou psicóticos (alucinações ou delírios) e também não apresentou auto ou hetero agressividade (...) o quadro psicopatológico atual da paciente não configura indicação de internação hospitalar e a manutenção desse regime de tratamento, sabidamente, não implica melhora do prognóstico”¹

O juiz, deferiu a realização do Incidente de Insanidade Mental da acusada e concedeu sua liberdade provisória mediante internação em instituição de saúde mental. No entanto, após a internação, o Hospital psiquiátrico entrou no processo requerendo a desinternação da acusada sob a alegação de não haver indicação médica para isso, pois ela se encontrava bem de saúde.

A defesa, argumentando que o Hospital, por ser uma instituição particular, somente pretendia se desincumbir do encargo, requereu a continuidade da internação. Apesar disso, ela obteve alta hospitalar e foi submetida a Incidente de Insanidade Mental.

Na realização do exame, o perito concluiu que, embora ela não tivesse quaisquer sinais ou sintomas de desenvolvimento mental retardado, dependência de álcool ou drogas, ou qualquer outro transtorno suficiente para alterar sua capacidade de julgamento, “*apresentava ao tempo da ação, assim como apresenta atualmente, sinais e sintomas compatíveis com CID F - 25 - psicose esquizoafetiva - (misto de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar),*” adquiridos por volta de 2013, comprometendo sua capacidade de discernimento, entendimento e determinação. Dessa forma, ela foi considerada, *sob a ótica médico-legal psiquiátrica, INIMPUTAVEL para o delito descrito nos documentos*” e, segundo o perito, diante da

periculosidade evidenciada, agressividade latente e manifesta, persistência dos sintomas psicóticos, falência das tentativas anteriores de tratamento, insucesso terapêutico, a medida de segurança indicada consistia em internação em instituição psiquiátrica nos moldes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por pelo menos, dois anos².

Na sentença, o juiz, mencionando os depoimentos das testemunhas, relatou que todos afirmaram ter conhecimento dos desentendimentos entre o casal, embora nunca os tivessem presenciado.

A mãe da vítima informou que seu filho bebia apenas aos finais de semana e não causava problemas porque era muito calmo. Porém, D.S.R., testemunha de Defesa, afirmou que a vítima era usuário de drogas e álcool e incomodava as pessoas quando estava embriagado. Informou que a acusada esteve internada três vezes para tratamento psiquiátrico e soube que ela foi à Delegacia diversas vezes fazer Boletins de ocorrência porque estava sendo ameaçada pela vítima.

Embora o juiz tenha citado as agressões sofridas pela acusada na sentença, não se posicionou sobre elas. Somente o Ministério Público se manifestou alegando que o crime foi praticado por vingança em razão da violência doméstica.

Na decisão, o juiz observou que

¹ Judiciário, P. (2018). Tribunal de Justiça de São Paulo. *Processo Penal eletrônico: Consulta processual*

² Ibidem

não obstante a comprovação da prática dos delitos, o laudo pericial psiquiátrico concluiu ser a ré inimputável (fls. 117 do apenso). Logo, imperativa a absolvição imprópria, nos termos do art. 386, inciso VI, do Código de Processo Penal. Ressalto que a inimputabilidade foi a única tese da defesa, de modo que pode ser reconhecida nesta fase, nos termos do art. 415, parágrafo único, do Código de Processo Penal¹.

Embora o juiz tenha afirmado que a única tese da defesa foi a de inimputabilidade, em defesa prévia o advogado alegou “legítima defesa putativa”², porém essa tese não foi considerada porque a acusada foi considerada inimputável. Em legítima defesa putativa, “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposos”³.

3.O estresse ambiental como potencializador dos problemas mentais.

No processo penal sub análise, a paciente foi diagnosticada antes do fato criminoso com Transtorno Afetivo Bipolar que, segundo o perito, é um transtorno cuja perturbação fundamental é a alteração do humor ou do afeto.

Essa alteração do humor em geral é acompanhada por uma modificação do nível global de atividade na qual a maioria dos outros sintomas são secundários, podendo ser facilmente compreensíveis no contexto dessas alterações.

Essas alterações tendem a ser recorrentes e os episódios individuais podem frequentemente estar relacionados a situações ou fatos estressantes, embora o transtorno esteja fortemente relacionado a causas genéticas. No entanto, segundo o perito, a característica genética do transtorno por si só não explica o cometimento do crime, exigindo uma observação que englobe as interações entre o indivíduo e o meio no qual ele vive.

Nesse processo, a desconsideração da violência doméstica reiterada contra a mulher no julgamento dela, além de promover uma forma de violência institucional, também atuou para intensificar seus problemas mentais.

Nesse sentido, verificamos que diversas pesquisas brasileiras vêm abordando, ainda que de forma tímida, a relação entre violência doméstica e sofrimento psíquico.

No Ceará, Oliveira e Jorge⁵ elaboraram um estudo a partir de mulheres que frequentavam um Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas (CAPS Ad) e verificaram que a “*relação entre estresse, sofrimento psíquico e adoecimento mental se mostrava evidenciada no comportamento e na vida de mulheres que experimentam sistematicamente situações de violência, especialmente a psicológica*”.

Partindo dessa perspectiva, as autoras concluíram que alguns acontecimentos foram determinantes para o desequilíbrio da saúde mental dessas mulheres e que a violência poderia ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de problemas mentais. Outro estudo realizado na Universidade de Brasília (UNB) por Zanello e Medeiros⁶ verificou, por meio de legislações do sistema de saúde mental e do sistema de proteção

¹ Judiciário, P. (2018). Tribunal de Justiça de São Paulo. *Processo Penal eletrônico: Consulta processual*

² O vocábulo “putativo”, nos léxicos tem a feição de: aparência de verdadeiro, suposto. já nos léxicos jurídicos: do latim “putativos” imaginário), de “putare” (reputar, crer, imaginar, considerar) a legítima defesa putativa se perfaz na conduta de um agente em situação fática, quando imagina, acredita, prever erroneamente uma realidade adversa da que irá acontecer.

³ Judiciário, P. (2018). Tribunal de Justiça de São Paulo. *Processo Penal eletrônico: Consulta processual*

⁴ PENAL, C. D. P. (2000). Código de processo penal. *São Paulo: Revista dos Tribunais*.

⁵ Oliveira, E. N., & Jorge, M. S. B. (2007). Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev Rene*, 8(2), 93-100.

⁶ de Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 18(1), 384-403.

contra a violência doméstica, uma interseccionalidade entre essa forma de violência e problemas mentais.

Segundo as autoras, a violência de gênero tem sido fortemente associada a prejuízos na saúde mental de mulheres, provocando quadros de depressão, ansiedade, fobias, transtorno pós-traumático, suicídio, problemas alimentares e outros. Contudo, as políticas públicas para proteção das mulheres e as resultantes da Reforma Psiquiátrica não dialogam entre si no que tange aos impactos da violência na saúde mental delas. De modo que o diálogo entre esses documentos ainda é incipiente e

não fazem uma reflexão sobre como a mulher, que teve sua integridade física e psicológica violada, deve ser tratada e nem sobre o impacto desta violação para sua saúde física e, principalmente, mental. Assim, o sofrimento mental causado pela violência fica, de certa forma, invisibilizado nestes documentos¹.

Segundo as autoras, nos documentos relativos à proteção contra a violência, o dano à saúde mental é invisibilizado e nos documentos de saúde mental, apesar da tentativa de olhar à violência sofrida pelas mulheres, o foco ainda se encontra no “portador” do transtorno mental que sofre a violência e não no problema mental como constituído, em grande parte, pelas situações de violência.

No mesmo sentido, uma pesquisa realizada na Universidade Federal da Paraíba (UFP) por Brito et al. (2020), objetivando averiguar a presença de Transtorno Mental Comum (TMC) em mulheres em situação de violência doméstica (VD), constatou que setenta e seis (76%) delas apresentavam sintomatologia sugestiva para TMC.

O estudo, elaborado com recorte transversal, observou 30 mulheres, com média de 35,93 anos de idade, em situação de violência doméstica e verificou que a sintomatologia apresentada pela maioria delas indicava a presença de humor depressivo e ansioso com ideação suicida e queixas somáticas. Assim, as pesquisadoras concluíram que a violência doméstica afetou negativamente a saúde mental dessas mulheres.

Para Freitas e Ortega, se essas hipóteses forem comprovadas no campo psiquiátrico podem contribuir para que a ocorrência de problemas mentais seja menos determinista e mais probabilística. De acordo com eles,

se a hipótese da interação gene-ambiente vier a se estabilizar no campo psiquiátrico como principal suposição sobre a etiologia dos transtornos mentais, passaremos a considerar cada vez mais as probabilidades estatísticas e as infinitas possibilidades que cercam o pensamento sobre o risco, e seremos desafiados a avaliar e discutir as diversas implicações éticas que resultam da sua aplicação ao entendimento das patologias mentais².

Nesse sentido, uma pesquisa realizada em Portugal por Silva & Maia³ sobre comportamento suicida de pacientes com obesidade mórbida que sofreram experiências adversas, incluindo abuso emocional, físico e sexual, na infância, constatou que oitenta e oito por cento (88%) desses pacientes relataram a existência de pelo menos uma experiência de adversidade na infância, e vinte e cinco por cento (25%) deles uma tentativa de suicídio.

Apesar de o universo da pesquisa ser composto por mais mulheres do que homens, os autores concluíram que a adversidade na infância esteve associada ao aumento do risco

¹ Ibidem, p. 398.

² Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. J. G. (2014). A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, p. 780.

³ Silva, S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 69-72.

de tentativas de suicídio, devendo esses fatores serem levados em conta na avaliação e no acompanhamento desses pacientes.

Conclusões

O combate à violência doméstica tem sido extremamente difícil para as instituições do Estado, pois essa forma de violência se sustenta em uma rede muito mais complexa do que a legislação consegue abarcar.

No entanto, na aplicação da legislação protetiva, identificamos nos discursos do Judiciário brasileiro fatores que contribuíram para a ineficácia da Lei Maria da Penha, como a falta de credibilidade atribuída à fala das mulheres no Crime de Ameaça e o fortalecimento dos discursos masculinos diante da negativa do crime pelo agressor. Isso ficou nítido nas sentenças em que não havia testemunhas e era a palavra de um contra a do outro.

No processo no qual a mulher passou a ser agressora, sua voz também foi silenciada, só que dessa vez com fundamento em seus problemas mentais, pois a hipótese de “legítima defesa putativa” sequer foi considerada por ela ter obtido um diagnóstico de problemas mentais.

Referências bibliográficas

- Correa, H., & Rocha, F. F. D. (2011). Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los?. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 1-2.
- de Almeida, F. M. (2006). "Os Anormais"-FOUCAULT, Michel. *Sociologias*, 8(16).
- de Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 18(1), 384-403.
- da Silva, A. J., Da Silva, B. G. P., De Amorim, M. L. S., De Assis, R. V. S., & Da Silva, A. T. P. (2021). Violência doméstica durante a pandemia de covid-19. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2(4), 30-30.
- Dias, M. B. (2015). Lei Maria da penha. *São Paulo: Ed. Revistas dos Tribunais*.
- dos Anjos Junior, O. R., & Porcino, M. M. (2021). Violência contra mulheres na Paraíba: enfoque para os casos de homicídios no período entre 2011 e 2017. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 15(1), 74-91.
- Freitas-Silva, L. R., & Ortega, F. J. G. (2014). A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 765-786.
- GOMES, Luiz Flávio. Princípio do "in dubio pro reo". 2015.
- Judiciário, P. (2018). Tribunal de Justiça de São Paulo. *Processo Penal eletrônico: Consulta processual*
- Marques, E. S., Moraes, C. L. D., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00074420.
- Oliveira, E. N., & Jorge, M. S. B. (2007). Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev Rene*, 8(2), 93-100.
- Pedrosa, M., & Zanello, V. (2017). (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental1. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32.
- Penal, C. (2015). Código Penal. *Código penal. Brasil*
- Penal, C. D. P. (2000). Código de processo penal. *São Paulo: Revista dos Tribunais*.
- Pública, A. B. D. S. (2020). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Ano 13, 2019.
- Silva, S. A. D. L. (2015). *O discurso argumentativo em sentenças judiciais* (Master's thesis, Brasil).
- Silva, S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 69-72.

Agradecimentos

Agradecemos aos organizadores do XII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental e do IV Simpósio Internacional Mulheres e Loucura, em especial aos professores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira, por nos permitir participar de um evento que a cada ano que passa se torna mais disputado e importante. A participação de membros de diversas áreas de conhecimento promove diversidade e interdisciplinaridade.

Obrigada por nos acolher e permitir fazer parte do Congresso, pois é sempre muito gratificante ouvir as apresentações e atualizar nosso conhecimento.

WHEN RELIGIOSITY REACHES MADNESS: HISTORICAL REVIEW AND A CLINICAL CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN RELIGIOUS DELUSION AND RELIGIOUS EXPERIENCE

Afonso Gouveia*

*Local Health Unit of Lower Alentejo, Beja, Portugal

Medical Doctor, Psychiatry Resident

Email: pedroafonso.rg@gmail.com

Abstract

A woman in her thirties, without any psychiatric priors, is admitted to the inpatient unit for diagnostic investigation after being brought to the Emergency Department following accounts of abnormal behavior. From examination, irrefutable ideas of religious content with subjective certainty and delusional conviction stood out. She described experiences of asking questions (e.g., "*Should I continue this relationship?*") to the Holy Bible and making major decisions solely based on whether she felt *peace* or *restlessness* inside. She also mentioned having been told, by the holy spirit (without specific sensory modality), the names of whom she will marry and their future children.

Delusions with religious content were very common in the past, especially in the XIX century, but they remain a common sort of delusion.

To unravel the (in)sane nature of a religious experience, the psychiatrist must take into consideration the philosophical, religious, political, and social context of the ill person.

Keywords: delusion; religion; madness; women; psychosis

Introduction

Religion and madness have always had a long history (and tendency) to intersect in several instances and situations, so much so that such an overlap is deeply rooted in our cultural history far beyond the boundaries of psychiatric medicine. One can easily find illustrations of religious madness, or mad religiousness, in mainstream tales, books, movies and other mediums, as well as in the collective imagination of the western society.

During the present chapter, starting off from a brief clinical *vignette*, the reader will be taken to review and reflect upon the history and concept of delusions, especially of the religious kind, followed by women's specificities in psychosis, before concluding with a few take-home messages.

I. Clinical *vignette*

Diana¹, a 33-year-old female with no psychiatric priors, single, unemployed for the last nine months, with 12 years of formal education, was escorted to the emergency department (ED) by police forces by the third time in the last three months. When asked why, she answered "*I'm not sure why, doctor... maybe because I was a little harsh with my mother...*". Considering the repetitive nature of these ED visits, she was admitted voluntarily for diagnostic investigation in the acute psychiatric inpatient unit.

Regarding recent events, it was learned that there had been a pattern of outbursts directed at her family, several episodes of fleeing from home, a recent break-up with a long-time romantic partner, dismissal from her last job (her boss deemed her incapable), as well as a noteworthy decline in socio-professional functioning in the previous nine months.

¹ The following names have been changed.

On a separate occasion, her mother corroborated a behavioral change dating back nine months, which she attributed to Diana having suffered from depression following the break-up. She described that Diana became forgetful, to the point of being unable to work with the register machine, on account of forgetting everything, while also highlighting that her daughter had changed, that she was no longer the same. Diana's mother added that there was a time when Diana was very agitated and got into her head that she didn't want food from her grandmother, suspecting it might be poisoned; that she had periods where she laughed to herself, stared into the void, spoke of patterns, sparkles, certain colors, and other nonsense talks. Regarding the last couple of weeks, the mother described that Diana had been worse in the last three weeks, that she had an outburst and stayed awake until 3 in the morning throwing things away, including her grandmother's things and even broke her grandmother's dishes. She then added that Diana had been giving away her belongings, throwing everything away, even underwear, keeping only a pair of pants and a sweater, claiming that God had told her not to wear certain clothes.

Her mother confirmed they are indeed a religious family, but not this this extent, that Diana had become consumed by religion and has even started attending an evangelical church.

In Diana's own words, the following phenomena and subjectivisms were documented:

"Everyone in the world has a special gift. I have 14 gifts (Such as?) Listening and helping people (...) My mission is to unify my family" (sic) [Issue which the mother later debunked].

- "I often go to the Bible and ask questions, like If I can trust this person, and depending on whether I feel peace or unrest inside of me, I take my decision. I can feel it in my body (...) I opened the bible and asked if I should stay with this person [her boyfriend], and what I felt was unrest, which meant break-up (...) it just wasn't my path. It had a purpose, but it wasn't God's plan" (sic)
- "God speaks and listens to me. Even though I can't hear him, he speaks to me thorough prayers, through other people or through sensations I feel when I read the bible" (sic)
- "Sometimes, even if I'm not thinking of anything, God's words come into my mouth (...) One time, a friend asked me for my opinion, and I spoke of things I had not thought of yet" (sic).
- "Once I felt a hand of power on my arm... the hand of God... a pleasant touch, and I felt at peace" (sic).
- "I sometimes get prophecies from the Holy Spirit (...) It told me my future husband's name – it's Jonas – and how many children we'll have – two, a boy and a girl, named Paul and Rosemary." (sic). Asked if she would date any other man not named Jonas, "No I would most definitely not, because that wouldn't be God's plan. If it is God's will, then be it shall. There are no coincidences. Everything is God's work, whatever the result is" (sic)
- Asked why she didn't go on to college, despite having been admitted, she answered "God shows us the way and I didn't feel that was my path, so I let myself stay at home" (sic)
- Regarding her personality, "The pastor said that in order to preach God's word, we couldn't be shy... and so I changed... Even the teachers and older adults found it strange... They said it was "not possible" (sic).

Regarding personal background, it was revealed that she was protestant at least since age seven; and that she described a change in “personality” (*sic*) at the age of 17 (from very shy to extrovert), to an extent that teachers, colleagues, and adults were rather disconcerted by this change. She denied any history of alcohol or drug use.

Regarding familial background, both parents had a history of addictive disorders, and she had a second-degree cousin with paranoid schizophrenia.

The psychopathological/mental state examination, in summary, described a passive attitude (almost as if in a state of grace); reduced speech with restricted prosody, but no syntax or semantic abnormalities; mystical and grandiose ideas that were irrefutable and held with subjective certainty and delusional conviction; a history of experiences compatible with tactile/kinesthetic hallucinations; a disorder of activity and limits of the self, specifically passivity phenomena and thought insertion; blunt affect, sometimes inadequate; and complete absence of insight towards her mental anomaly, its pathological nature and need for treatment.

Lab work (routine, mineral or vitamin deficiencies, thyroid, infectious serologies), urinary toxicological screen, EKG, and head CT scan all came back negative or normal.

II. Historical Note on Religious Delusions

In a society so faithful, religion provides a much-favored theme for delusions. In the beginning of the Middle Ages the condition of “Crazy of God” (mystical madness) was born, an extreme form of devotion, not necessarily well looked upon by the ecclesiastical hierarchy. Far from famous saints, the Crazy of God are also found in the path of pathology. The Middle Ages had, indeed, pseudo-messiahs and false prophets in abundance, Crazy of God but, above all, truly crazy, going from town to town, from mosque to mosque, preaching, denouncing abuses from the clergy, and announcing the end of times (Quétel, 2014, p. 131).

In the beginning of the XIV century, “millions” of melancholic individuals were described to believe that they were prophets or recipients of the Holy Spirit’s word. They would then go and preach about the future state of the world or the coming of the Antichrist. Those preachers benefitted from an *a priori* favorable preconception, considering those who became too celebrated had to take care not to fall into heresy, where they could be incarcerated or burned alive. A report from 1753 also stated the diagnosis of “Head crazed with devotion” (Quétel, 2014, pp. 74-75).

Catholicism, being a source of powerful emotions and haunting images born of the terrors of an afterlife, often sparked insanity, giving birth to delusional beliefs and hallucinations, and leading people into despair and melancholy. In year X of the revolutionary calendar [1801], 50% of the melancholics at the Salpêtrière were still diagnosed as suffering from religious madness; the following year, that number had fallen to 33%, and by the year XII they were a mere 18% (Foucault, 2009, pp. 491-492).

Joseph Guislain (1797-1860) was one of the earliest alienists to classify delusions (and the patients experiencing them) according to content, having initially divided delusions between the *persecuted* (often seen in the deaf), the *inspired* (erotic, religious, ambitious and hypochondriacal), the *metamorphic* (for those who believed to be something they were not), and the *hallucinated*. During the second half of the XIX century, the content of the delusion became the most important classificatory criterion (Berrios, 2002, p. 96)

Chaslin wrote several papers on *delire*. In the most important of these, published in 1890, he explored the question of why persecutory delusions are more often accompanied by auditory hallucinations, whilst visual hallucinations are more commonly seen with religious delusions (Berrios, 2002, p. 109).

All in all, religious delusions are common, but they did form a higher proportion of all delusions in the XIX century than in the XX century (Klaf and Hamilton, 1961, p. 819-827).

III.About Religious Delusions

a.The concept of Delusional Idea

The average standard definition of delusion is “*A false notion inconsistent with the person’s background that is held with great conviction despite clear evidence to the contrary*”. However, this definition does not characterize the delusional process, only the end result. Like delusions, both obsessions and over-valued ideas are also false notions held with great conviction (despite evidence to the contrary) and result from faulty conclusions, but the connection between the evidence and the conclusion makes better sense. For instance, germs can be dangerous and extraterrestrial life may exist, but a life consumed by these notions is maladaptive. What descriptively defines a delusion is the greater leap from the evidence to the idea (e.g., “*my poor cell phone service means my neighbors are aiming electronic beams at my house*”), or the lack of any reasonable understanding of how the conclusion was reached (e.g., “*they are aiming the electronic beam because the neighbor’s new dog has brown spots*”) (Taylor and Vaidya, 2008, p. 272).

Karl Jaspers considered the lack of understandability of how the patient reached the false conclusion to be the defining factor of a delusional idea. However, for the sake of clarification and better understanding, three features of delusional ideas should be highlighted: (1) the content of the delusional idea can be mundane (e.g. *my spouse is unfaithful*) or fantastic (e.g. “*my spouse is an alien here to conquer the earth*”); (2) delusional ideas are more often culturally or class deviant (e.g. *the stockbroker believes a witch inhabits his computer*), or overtly strange (e.g. *the patient is convinced he is dead*), unlike obsessions and over-valued ideas; and (3) Delusional ideas also reflect a psychopathological process that distinguishes them from obsessions and over-valued ideas (Jaspers, 1997, pp. 55-79; Taylor and Vaidya, 2008, p. 272).

When ideas are revealed that could be delusional, the interviewer needs to determine whether they meet the criteria for a delusion, specifically, ascertain how strongly they are held, and decide whether the beliefs are culturally determined convictions rather than delusions. Achieving the former without antagonizing the patient requires patience and tact. The patient should feel that they are having a fair hearing. If the interviewer expresses contrary opinions to test the strength of the patient’s beliefs, their manner should be enquiring rather than argumentative. Meanwhile, judging whether the beliefs are culturally determined may be difficult if the patient comes from a culture or religious group whose attitudes and beliefs are not known to the interviewer. In such cases any doubt can usually be resolved by finding an informant from the same country or religion, and by asking this person whether others from the same background share the patient’s beliefs.

Delusions of control (passivity of thought) present similar difficulties. It is appropriate to ask, ‘*Do you ever feel that some outside force is trying to take control of you?*’ or ‘*Do you ever feel that your actions are controlled by some person or thing outside you?*’. Some patients misunderstand the question and answer ‘Yes’ when they mean that they have a religious or philosophical conviction that man is controlled by God or some other agency. Others think that the questions refer to the experience of being ‘*out of control*’ during extreme anxiety, while some say ‘Yes’ when in fact they have experienced auditory hallucinations commanding them to do things. Therefore, positive answers should be followed by further questions to eliminate these possibilities (Harrison, 2018, pp. 48-49)

b.Differential Diagnosis Between Religious Delusion and Religious Experience

Decision as to whether beliefs are delusional must rest on the way the belief is held and the evidence produced in its support. Simply because a religious belief is bizarre and at variance with those held by the interviewer does not necessarily make it a delusion.

Religious delusions may also be grandiose in nature, and may occur not only in Schizophrenia, but also in Schizoaffective Disorder, Depression or Mania with psychotic features, Delusional Disorder, and OCD with psychotic features.

While the religious nature of the delusion is seen as a disorder of content, dependent on the patient's social background, interests, and peer group; the form of the delusion is dictated by the nature of the illness. So religious delusions are not caused by excessive religious belief or by the wrongdoing that the patient attributes as cause, but they simply accentuate that when a person becomes mentally ill his delusions reflect, in their content, his predominant interests and concerns (Oyeboode, 2018, p. 119).

Sometimes, it can be difficult to make the distinction between religious delusion and the experience of an unusual religious belief or practice. However, psychiatric morbidity would be suggested by (1) both the subjective experience and observed behaviour conforming with psychiatric symptoms, that is, the self-description of the religious experience being recognizable as the symptomatology of a known psychiatric illness in form of delusion.; (2) having other recognizable symptoms of mental illness in other areas of life, namely other delusions, hallucinations, disturbances of mood, thought disorder and so on; and, finally, (3) a lifestyle, behaviour and direction of personal goals subsequent to the event or religious experience which consistent with the natural history of a mental disorder in which delusions occur, rather than with a personally enriching life experience (Oyeboode, 2018, p. 119; Sims, 1992, p. 42-46)

IV. Women and psychosis

While some studies have found no difference between sexes, others have pointed that schizophrenia is more common in men than in women, with a M:F ratio of 1.4:1 (Boland, 2022, p. 357-358; Harrison, 2018, pp. 267-268). The two sexes mostly differ in the onset and course of illness. The onset of schizophrenia is earlier for men. Only 33% of all female schizophrenia patients will be hospitalized for the disorder before age 25 years (*versus* >50% in male schizophrenia patients). In the United States, the peak ages of onset are between 10-25 years for men and 25-35 years for women. Unlike men, women display a bimodal age distribution, with a second peak occurring in middle age - approximately 3-10% have disease onset after age 40 (Boland, 2022, p. 358). A third peak of schizophrenia onset, in females, after age 60, has even been suggested (Haarmans, 2019, p. 455). Late-onset schizophrenia is clinically indistinguishable from schizophrenia but has an onset after age 45. This condition tends to appear more frequently in women and tends to be characterized by a predominance of paranoid symptoms. (Boland, 2022, p. 340)

People with schizophrenia have been shown to have reduced fertility (about 40% of that expected), even before the onset of psychosis. However, this is difficult to intrinsically attribute to schizophrenia, since opportunities for patients to have children have historically been limited by institutionalization, as well as by the amenorrhea and sexual dysfunction caused by antipsychotic drugs (Harrison P, 2018, p. 268).

The risk of death from all causes, depending on the study, may range from 1.6-fold up to threefold. Expressed in another way, men with schizophrenia die approximately 20 years prematurely, and women 15 years prematurely (Harrison, 2018, p. 284).

Samples used in studies ought to include all ages, since women in older age groups have suffered a higher risk of exclusion. The narrower the diagnostic criteria used, the more women are excluded from a diagnosis of schizophrenia, especially when affective or atypical symptoms are not included (Haarmans, 2019, p. 454).

In general, the outcome for female schizophrenia patients is better than that for male schizophrenia patients. Thus, female sex is a positive prognostic factor for Schizophrenia (Boland, 2022, p. 350).

One of the most consistently reported findings is that men experience more, or worse, “negative symptoms”, while women experience more “positive symptoms”, particularly auditory hallucinations and paranoia or persecutory delusions and affective symptoms. Men experience more severe negative symptoms and a poorer social network, whereas women experienced more severe hallucinations and function better in terms of education, employment, permanent relationships, and independent living, even though they reported lower self-esteem than the men (Haarmans, 2019, p. 456).

Another difference is that there is significantly higher incidence of delusions in women and a greater variation in terms of content of delusions in women, namely more persecutory delusions, and more severe paranoia in women (especially if older onset). Many of the reported sex differences in hallucination and delusional content are related to sexuality and are more prevalent among women, which is not surprising considering the differential gender socialization of males and females regarding control of one’s sexuality, as well as more recent research findings linking childhood sexual abuse and psychosis. Consistent cross-cultural findings maintain that grandiose delusions are more prevalent among males and persecutory delusions among females (Haarmans, 2019, pp. 461-469).

Women with schizophrenia diagnosis display higher levels of depression, which may be why they are likely to be diagnosed as schizoaffective, and usually have better socio-occupational functioning (including premorbid) and outcomes. However, it should be noted that the marital *status* is often taken into consideration in studies without concern for the quality of the marital relationship. Women, prior to illness onset, reportedly experienced a psycho-social stressor significantly more frequently than men. On the other hand, response to treatment is better in women (Haarmans, 2019, p. 456).

When it comes to other forms of psychosis, brief psychotic disorder is more common in women than in men, while, schizoaffective disorder, as with schizophrenia, tends to affect women later than men (Boland, 2022, p. 344).

Conclusions

Experiences of religious content can be notoriously diverse in a more or less (ab)normal manner according to the subject’s culture, society, history, and epoch.

Even though religious (ab)normal experiences are less frequent nowadays than they used to, they still occur across a wide range of disorders and its differentiation from non-pathological experiences still challenges. The differentiation between unusual religious experiences and religious delusions must be based on the way in which the conviction is reasoned and held, other psychopathology, existence of a biographical cut, and clinical evolution. To unravel the (un)sane nature of a religious experience, the psychiatrist must consider the philosophical, religious, political, and social context of the individual.

Religious or not, psychopathological phenomena and psychiatric disorders exhibit significant sex and gender differences. These differences need more thorough investigation, particularly with sex- and gender-based analysis, which might yield important implications towards implementing specific prevention strategies and individualized treatments.

Bibliography

- Berrios GE. (2002). *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Boland, R., Verduin, M. L. and Ruiz, P. (2022) Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. In Boland, R., Verduin, M. L. and Ruiz, P. *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry*. (12th ed.) (337-364). New York: Wolters Kluwer.
- Foucault, M. (2009). *History of Madness*. Great Britain: Routledge.

- Haarmans, M. (2019). Everything You Always Wanted to Know About Sex (and Gender) in Psychosis but Were Afraid to Ask: A Narrative Review. In Sáenz-Herrero M. *Psychopathology in Women: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology* (2nd ed.) (453-481). Cham, Switzerland: Springer Nature.
- Harrison P, Cowen P, Burns T & Fazel M. (2018). Schizophrenia. In Harrison P, Cowen P, Burns T & Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, (7th Ed.) (253-297). Glasgow, UK: Oxford University Press, 2018.
- Jaspers, K. (1997) Subjective Phenomena of Morbid Psychic Life. In Jaspers, K. *General Psychopathology. Vol. 1.* (Revised Ed.) (95-108). Poland: Johns Hopkins University Press.
- Klaf, F., & Hamilton, J. (1961). Schizophrenia—A Hundred Years Ago and Today. *Journal of Mental Science*, 107(450), 819-827. doi:10.1192/bjp.107.450.819
- Oyeboode, F. (2018). Delusions and Other Erroneous Ideas. In Oyeboode, F. *Sims' Symptoms in the mind: Textbook of Descriptive Psychopathology*. (6th Ed.) (105-127). London, UK. Elsevier Ltd.
- Quétel C. (2014). *História da Loucura: Do alienismo aos nossos dias Vol. I & II*. Lisbon: Edições Texto & Grafia., Papelmunde SG Lda.
- Sims, A.C.P. (1992). *Symptoms and beliefs*. J. R. Soc. Health 112, 42–46.
- Taylor MA, Vaidya NA. (2002). Delusions and abnormal thought content. In *Descriptive Psychopathology: The signs and symptoms of behavioral disorders*. (272-292). New York, USA: Cambridge University Press.

ANOREXIA SANTA E ANOREXIA NERVOSA. DUAS FACES DA MESMA MOEDA?

Mara Pinto¹; Sandra da Silva Mendes²; Mafalda Marques³

^{1,3}Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

^{1,2}Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

³Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Emails: marapinto.24@gmail.com; smendes8@gmail.com;

mafaldamarques_17@hotmail.com

Resumo

Duas das características centrais da anorexia nervosa, que inclusive figuram nas principais classificações diagnósticas atuais, são o baixo peso para idade e altura, e o medo intenso de atingir o peso minimamente adequado. De acordo com o comportamento adotado para manter ou atingir o baixo peso desejado, esses quadros podem dividir-se em predominantemente restritivos ou predominantemente purgativos. Apesar disso, a prática restritiva alimentar, ou mais claramente o jejum, existe desde longa data, tendo sido muitas vezes compreendida como um estado de possessão demoníaca ou como um milagre divino, vide os casos de várias santas e beatas da Igreja Católica (p.e. Santa Catarina de Siena e Santa Maria Madalena de Pazzi). Pretendemos com este trabalho refletir sobre esta “anorexia santa” e o conceito atual de anorexia nervosa.

Palavras-chave: anorexia nervosa; anorexia santa; jejum; restrição; Igreja Católica

Abstract

Two of the core characteristics of anorexia nervosa, which are included in the main current diagnostic classifications, are low weight for age and height, and the intense fear of gaining weight. According to the behaviour adopted to maintain or achieve the desired low weight, anorexia nervosa can be divided into restricting type or binge-eating/purging type. Despite this, restrictive food intake, or more specifically fasting, has existed for a long time, having been often understood as a state of demonic possession or as a divine miracle, see the cases of several saints of the Catholic Church (eg Saint Catherine of Siena and Saint Mary Magdalene de' Pazzi). With this work we intend to reflect on this “holy anorexia” and the current concept of anorexia nervosa.

Introdução

A história da condição atualmente conhecida como anorexia nervosa pode ser dividida em dois períodos. Antes de 1600, essa condição é descrita principalmente em conexão com a vida religiosa, sendo por isso conhecida como “anorexia santa”. A partir do século XVII e até à atualidade, esta desenvolve-se como um conceito médico e patológico, em associação às mudanças médicas, psiquiátricas e socioculturais ao longo do tempo, das quais depende para a sua evolução, mas também é um reflexo. Pretendemos com este trabalho refletir sobre a “anorexia santa” e o conceito atual de anorexia nervosa.

Do século XII ao século XVI – “Anorexia Santa”

Embora o jejum voluntário seja uma prática antiga, tendo sido realizado por vários povos e em várias épocas, a partir do século XII esse comportamento aumentou, sendo relativamente comum o jejum autoimposto entre mulheres religiosas medievais como um

dos meios de se aproximarem de Deus (Cordás & Weinberg, 2002). Embora o objetivo de se assemelhar às dificuldades vividas pela figura de Jesus fosse comum a homens e mulheres na época, verificavam-se diferenças nos métodos utilizados, sendo a autoflagelação popular no masculino e o jejum mais frequente no feminino (Sours, 1969). Esse “jejum sagrado” era caracterizado pela recusa em comer, a qual poderia também envolver comportamentos compulsivos e purgativos, amenorreia, um interesse em cozinhar para outras pessoas e, em alguns casos, morte por inanição (Forcen, 2013; Forcen & Forcen, 2015; Sukkar et al., 2017). Algumas das mulheres que apresentaram essas práticas foram canonizadas pela Igreja Católica, entre elas Santa Catarina de Siena e Santa Maria Madalena de Pazzi, cuja biografia é descrita nas próximas secções. De realçar que a “anorexia santa” praticamente desapareceu durante o Renascimento. Nessa altura, o jejum extremo era visto pelos oficiais da Igreja como herético, socialmente perigoso, e, por vezes, associado ao demónio (Sours, 1969).

- *O caso de Santa Catarina de Siena (1347-1380)* (Bell, 1987; Forcen, 2013; Forcen & Forcen, 2015; Sukkar et al., 2017)

Caterina Benincasa nasceu em Siena, Itália, em 1347. A mãe era descrita como uma mulher rígida e o pai como compreensivo e bondoso. Em criança usufruiu de privilégios que os outros irmãos não tiveram (p.e. ser amamentada pela mãe por cerca de um ano), sendo descrita como inteligente e admirada por todos.

Aos 6 anos de idade terá tido uma visão mística, com Jesus e três apóstolos, após a qual terá mudado continuamente o seu comportamento, tornando-se mais autoritária e firme. Um ano após, consagrou-se à Virgem Maria, prometendo ser sempre virgem e nunca mais se alimentar de carne, dando os pedaços aos seus irmãos ou aos animais.

Catarina teve um contacto precoce com o jejum através da irmã mais velha Bonaventura, que em alguns períodos diminuía a ingestão alimentar em protesto contra o comportamento menos adequado do marido. Aos 12 anos, após a morte da irmã durante o parto e diante de projetos futuros de casamento com o viúvo desta, a jovem cortou os cabelos e fez jejum, pelo que foi castigada pela mãe, mas não se casou, passando a dedicar-se a longas horas de oração.

Aos 16 anos, com a permissão do pai, uniu-se às Mantelatas, dedicando-se ao trabalho, à oração e ao auxílio aos mais necessitados. Tornou-se influente na história da Igreja Católica. Por outro lado, durante a maior parte da sua vida adulta praticou uma restrição alimentar extrema, ingerindo apenas água, vegetais e a eucaristia, e, por vezes, períodos de jejum durante meses. Esta restrição também se estendia ao sono e a práticas de autoflagelação, chegando a induzir o vómito através de ervas e galhos na garganta quando forçada a alimentar-se. Estas práticas foram uma constante durante a sua vida, sendo que Catarina considerava que era o alimento, e não a falta deste, que a tornava doente. Faleceu aos 33 anos extremamente debilitada e sem aceitar qualquer tipo de alimento. Foi canonizada pelo Papa Pio II em 1461 e em 1970 foi declarada doutora da Igreja.

- *O caso de Santa Maria Madalena de Pazzi (1566-1607)* (Almeida & Neves, 2012; Cordás & Claudino, 2002; Cordás & Weinberg, 2002)

Caterina de' Pazzi nasceu em Florença, Itália, em 1566. Filha única de uma mãe muito autoritária, Caterina era descrita como determinada, perfeccionista e cumpridora de regras. Aos 10 anos recebeu a sua Primeira Comunhão e fez um voto de virgindade um mês depois. Aos 12 anos teve o seu primeiro êxtase místico, na presença da mãe. Entrou para o Convento de Santa Maria dos Anjos aos 16 anos de idade, ordem na qual as regras eram muito rígidas, e, aos 17, recebeu os votos religiosos, trocando o nome de batismo por Maria Madalena.

Em 1585, aos 19 anos, dizendo-se orientada por Deus e procurando assemelhar-se a Cristo por meio dos sofrimentos autoimpostos, começou a restringir a sua dieta alimentar a pão e água, exceto aos domingos. Ao ser forçada a se alimentar adequadamente pelas suas superiores, passou a induzir o vômito, sendo frequentemente encontrada a comer escondida grandes quantidades de alimentos rapidamente. Fazia duras penitências, incluindo autoflagelação, para se livrar das tentações demoníacas (p.e. desejo intenso de comer). Nos seus relatos consta que, quando passava pela dispensa, as gavetas e prateleiras eram misteriosamente abertas e todos os alimentos eram expostos, tornando sempre mais difícil seguir a sua dieta de pão e água

Faleceu aos 41 anos após diversas visões de crucificação, uso de coroas de espinho, autoflagelação e longos jejuns. Foi beatificada pelo Papa Urbano VIII em 1626 e canonizada pelo Papa Clemente IX em 1669.

A partir do século XVII – Anorexia Nervosa

Considera-se que a primeira descrição médica da anorexia nervosa foi realizada em 1689 por Sir Richard Morton, que a definiu como uma condição médica e descreveu dois casos de “consumpção nervosa” (Pearce, 2004). No século seguinte, em 1767, Robert Whytt descreveu um caso de “atrofia nervosa”, associando a recusa alimentar a uma disfunção dos nervos gástricos (Dell’Osso et al., 2016; Pearce, 2004).

Em 1868, em Inglaterra, Sir William Gull fez o primeiro relato moderno de uma perturbação de comportamento alimentar grave, descrevendo uma “forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens, e é caracterizada por emagrecimento extremo (Gull, 1997; Harris, 2014). Em 1873, ele propôs o termo “anorexia nervosa” na sua publicação “*Anorexia nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*”, na qual reportou os casos de duas pacientes, Miss A. e Miss B., os achados clínicos como bradicardia, bradipneia, amenorreia e edema dos membros inferiores, e o tratamento realizado (Gull, 1997; Silverman, 1997). Ainda nessa publicação, comparou as suas descrições com as de Lasègue, entendendo estarem a descrever a mesma doença apesar de observações independentes, e concluiu que “a falta de apetite é [...] decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica”(Gull, 1997). De facto também Ernest-Charles Lasègue, em 1873, na publicação “*Anorexie Hystérique*”, reconheceu que na gênese da “anorexia histérica” não existia uma verdadeira perda de apetite, mas sim uma recusa voluntária em se alimentar (Lasègue, 1997). Lasègue ressaltou ainda a contribuição familiar para a manutenção dos sintomas. Em 1889, Jean-Marie Charcot reforçou a ideia da fobia de peso – “*idée fixe d’obesité*” – e também a técnica de isolamento terapêutico no tratamento, implicando a família como fator de manutenção dos sintomas e defendendo a separação entre o paciente e os familiares como uma condição necessária para qualquer tratamento de sucesso (Mistura, 1997). Seis anos depois, em 1895, Gilles de La Tourette reforçou o cariz psicológico da anorexia nervosa e caracterizou dois subtipos, considerando se a recusa alimentar era voluntária ou devida a espasmos gástricos (Dell’Osso et al., 2016).

Já no século XX ocorre uma alteração significativa na visão da anorexia nervosa, que passou a ser entendida como uma doença orgânica quando Simmonds descreveu um caso fatal de caquexia, no qual a autópsia revelou atrofia do lobo anterior da hipófise (Court & Kaplan, 2016; Dell’Osso et al., 2016). Por esse motivo, a anorexia nervosa foi confundida na altura com a Doença de Simmonds (hipopituitarismo), com implicações ao nível do tratamento. O conceito clássico foi restabelecido apenas em 1949 quando foi demonstrada a ausência de anomalias funcionais e histológicas da hipófise na anorexia nervosa (Court & Kaplan, 2016). Três anos mais tarde, a anorexia nervosa tornou-se na primeira perturbação do foro alimentar a ser incluída no *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders (DSM), concretamente na sua primeira edição, e tem estado presente em todas as suas edições posteriores (Dell’Osso et al., 2016; Sours, 1969).

Passando ao século XXI, a edição mais recente do DSM, a quinta com publicação em 2013, incluiu a anorexia nervosa na secção das principais perturbações da alimentação e da ingestão, considerando-se atualmente os seguintes critérios para o seu diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013):

A. Restrição do consumo de energia relativamente às necessidades, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. O peso significativamente baixo é definido como um peso corporal abaixo do nível normal mínimo ou, para criança e adolescentes, abaixo do peso mínimo esperado.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo quando tem um peso significativamente baixo.

C. Perturbação na própria apreciação do peso e forma corporal, influência indevida do peso e forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual.

O diagnóstico de anorexia nervosa, de acordo com a edição atual do DSM, também se pode dividir em dois subtipos de acordo com o comportamento adotado para manter ou atingir o baixo peso desejado: tipo restritivo e tipo ingestão compulsiva/purgativo (American Psychiatric Association, 2013). Para se considerar um tipo restritivo, é necessária a ausência de episódios de ingestão alimentar compulsiva ou comportamentos purgativos recorrentes durante os últimos 3 meses, sendo que a perda de peso é conseguida principalmente com dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo (American Psychiatric Association, 2013). Já no tipo ingestão compulsiva/purgativo, existem episódios de ingestão alimentar compulsiva ou a comportamentos purgativos recorrentes durante os últimos 3 meses (American Psychiatric Association, 2013).

Considerações

A visão sobre a prática de jejum autoimposto foi sendo modificada ao longo do tempo. Inicialmente este jejum era entendido como santidade, mais tarde tornou-se obra do demónio, posteriormente passou a gerar desconfiança, até que, finalmente, foi considerado uma doença física ou mental (Dell’Osso et al., 2016). Alguns paralelos entre a “anorexia santa” e a anorexia nervosa são evidentes. Ambas as condições apresentam uma predominância feminina, sendo que os indivíduos não toleram as consequências da ingestão de alimentos (Cordás & Claudino, 2002; Forcen & Forcen, 2015). Pode também se considerar que tanto a “anorexia santa” como a anorexia nervosa representam estados ideais, especificamente a beatitude na Itália medieval e a magreza na atualidade. Para ambas as condições, está descrita uma associação a uma evicção não só do alimento, mas também da sexualidade (Almeida & Neves, 2012; Cordás & Weinberg, 2002). Embora já não sendo um critério de diagnóstico no DSM, a amenorreia é um sintoma major nas mulheres com anorexia nervosa e foi também descrita em várias das santas anoréticas (Almeida & Neves, 2012; Cordás & Claudino, 2002; Dell’Osso et al., 2016). Também se pode estabelecer um paralelo entre certas características individuais dos indivíduos com “anorexia santa” e anorexia nervosa, tais como o excesso de atividades, o perfeccionismo e rigidez, a constante vigilância, o desinteresse por relacionamentos interpessoais, a autossuficiência e a preferência por cuidar dos outros. Do ponto de vista da modelagem, em ambas as situações é característica a existência de algum tipo de contacto prévio com a anorexia, tendo alguém como modelo anorético (p.e. Maria Madalena de Pazzi leu e foi influenciada pelos escritos de Catarina de Siena). Tal como enfatizado no século XIX por Lasègue e Charcot, os fatores familiares são uma contribuição importante para estes quadros, sendo que também no caso da “anorexia santa” as mães de ambas as santas eram descritas como bastante autoritárias.

Contudo, apesar dos fatores em comum previamente descritos, existem diferenças importantes a considerar entre a “anorexia santa” e a anorexia nervosa. No caso da “anorexia santa”, esta pode ser entendida como reativa a questões sociais, uma forma de contestação perante os costumes da época, como o casamento e os filhos, através de uma área tipicamente associada ao feminino e sobre a qual poderiam exercer um controle absoluto – a alimentação (Cordás & Claudino, 2002; Sukkar et al., 2017). Por outro lado, o processo de busca dos “estados ideais” ocorre de forma muito singular e até oposta nestas duas condições. Na Idade Média a procura pela autorrenúncia e pela pureza de corpo e da alma pretendia levar a uma aproximação da vivência de Cristo e do bem comum, ainda que por vezes misturada com outras intenções das jovens, como a perda de atributos femininos (Almeida & Neves, 2012; Cordás & De Medeiros Claudino, 2002). Na atualidade considera-se que o objetivo dos indivíduos com anorexia nervosa é possuir um corpo belo e magro, o que, por comparação, terá uma índole mais individualista (Cordás & Claudino, 2002; Cordás & Weinberg, 2002; Galassi et al., 2018).

Conclusões

A existência de uma relação entre “anorexia santa” e anorexia nervosa é um assunto controverso, não existindo uma visão unânime sobre o assunto. Por um lado, as santas anoréticas apresentavam muitos sintomas também presentes nas anoréticas atuais, o que poderia levar ao estabelecimento de uma relação de continuidade entre a “anorexia santa” e a anorexia nervosa. Por outro lado, e tendo em conta o seu diferente contexto histórico-cultural e consequentes motivações, muitos consideram que não é possível equiparar estas duas condições numa visão de uma única perturbação. Independentemente desta falta de unanimidade, verifica-se que vários temas e características relatados nos indivíduos com “anorexia santa” permanecem atuais.

Bibliografia

- Almeida, V. M., & Neves, A. K. S. (2012). Anorexia mirabilis and contemporary anorexia: the same disorder in different periods? *Rev Med Minas Gerais*, 22(3), 348–353. <http://www.rmmg.org/Sumario/11>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Bell, R. M. (1987). *Holy Anorexia*. University of Chicago Press.
- Cordás, T. A., & Claudino, A. D. M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(SUPPL. 3), 03–06. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002>
- Cordás, T. A., & Weinberg, C. (2002). Santas anoréticas na história do Ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(3), 157–158.
- Court, J. P. M., & Kaplan, A. S. (2016). The Disjointed Historical Trajectory of Anorexia Nervosa Before 1970. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/S11920-015-0641-6>
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651. <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>
- Forcen, F. E. (2013). Anorexia mirabilis: the practice of fasting by Saint Catherine of Siena in the late Middle Ages. *The American Journal of Psychiatry*, 170(4), 370–371. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2012.12111457>
- Forcen, F. E., & Forcen, C. E. (2015). The Practice of Holy Fasting in the Late Middle Ages: A Psychiatric Approach. *J Nerv Ment Dis*, 203(8), 650–653. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000343>

- Galassi, F. M., Bender, N., Habicht, M. E., Armocida, E., Toscano, F., Menassa, D. A., & Cerri, M. (2018). St. Catherine of Siena (1347-1380 AD): one of the earliest historic cases of altered gustatory perception in anorexia mirabilis. *Neurological Sciences : Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 39(5), 939–940. <https://doi.org/10.1007/S10072-018-3285-6>
- Gull, W. W. (1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obesity Research*, 5(5), 498–502. <https://doi.org/10.1002/J.1550-8528.1997.TB00677.X>
- Harris, J. C. (2014). Anorexia Nervosa and Anorexia Mirabilis: Miss K. R— and St Catherine of Siena. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1212–1213. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2013.2765>
- Laségue. (1997). On hysterical anorexia (a). 1873. *Obesity Research*, 5(5), 492–497. <https://doi.org/10.1002/J.1550-8528.1997.TB00676.X>
- Mistura, S. (1997). Professor J.M. Charcot on anorexia. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 2(2), 105–108. <https://doi.org/10.1007/BF03339957>
- Pearce, J. M. S. (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *European Neurology*, 52(4), 191–192. <https://doi.org/10.1159/000082033>
- Silverman, J. A. (1997). Sir William Gull (1819-1890). Limner of anorexia nervosa and myxoedema. An historical essay and encomium. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 2(3), 111–116. <https://doi.org/10.1007/BF03339960>
- Sours, J. A. (1969). The anorexia nervosa syndrome: Phenomenologic and psychodynamic components. *The Psychiatric Quarterly*, 43(1), 240–256. <https://doi.org/10.1007/BF01564245>
- Sukkar, I., Gagan, M., & Kealy-Bateman, W. (2017). The 14th century religious women Margery Kempe and Catherine of Siena can still teach us lessons about eating disorders today. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0151-5>

GRUNYA SUKHAREVA: THE FORGOTTEN STORY OF THE WOMAN WHO DESCRIBED AUTISM

Mafalda Corvacho¹; Sara Araújo²; Sara Rodrigues²; Vânia Martins²

¹Médica Interna de Formação Especializada em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

²Médica Interna de Formação Especializada em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Email: mafalda.corvacho@gmail.com

Abstract

Grunya Sukhareva, a Kiev-born Jewish child psychiatrist and researcher, published, in 1926, a detailed description of autistic traits in children, which she named "schizoid psychopathic traits", in agreement with the classification previously presented by Kraepelin and Kretschmer. Later, Sukhareva replaced the term "schizoid psychopathy" with "autistic psychopathy". In addition to psychiatric symptoms, Sukhareva also described motor and body build changes, as well as a paradoxically high level of intelligence, and a different symptomatic presentation according to gender. These children were integrated into a therapeutic school, where they underwent motor and social skills training, with subsequent integration into mainstream education.

Sukhareva's original article was published two decades before Asperger's and Kanner's work, which described an identical syndrome. It is unknown whether these authors were aware of Sukhareva's work, but it is believed that the fact that she was a woman, born in a Jewish family, being of Russian nationality, and has published articles in German and Russian contributed to the lack of international recognition of her work.

Introduction

The first description of Autism Spectrum Disorder is globally attributed to the work of Kanner (who described, in 1943, "early infantile autism") and Asperger (who described, in 1944, the concept of "autistic psychopathy", later named Asperger Syndrome), both Austrian-born physicians and allegedly unaware of each other's work (Barahona, 2016; Manouilenko, 2015).

Nonetheless, Grunya Sukhareva, a Kiev-born Jewish child psychiatrist and researcher, described a syndrome that she named "schizoid psychopathy" in 1925 (later relabeling it "autistic psychopathy" in 1959), almost two decades before these two physicians published their descriptions of autistic psychopathy and early infantile autism (Wolff, 1996).

This paper aims to describe the work of Grunya Efimovna Sukhareva - a pioneer on child psychiatry and autism spectrum disorder diagnosis and therapeutic approach - who remained for too long in the shadow of these two renowned male authors and is still unknown by the majority of the medical and scientific community.

Biographical notes

Grunya Sukhareva was born to Chaim Faitelevich and Rakhil Iosifovny, a Jewish couple, on 11 November 1891, in Kiev, then part of the Russian Empire. Despite the difficulties that European women faced in this time to receive tertiary education, Ukraine and Russia were pretty progressive. In fact, in the early pre-Stalin years of the Soviet Union, Russian women could be quite independent and had access to education. The University was reopened to women during the first decade of the 20th century (after being shut down in 1889) and, in 1915, Sukhareva graduated in medicine, probably from the Women's

Medical Department of Saint Vladimir, Kiev, where she worked for two years. Two years later, in 1917, Sukhareva started working in a psychiatric hospital, progressing from intern to doctor and later being elected head of the Department of Defectology (a branch of science dedicated to the principles and characteristics of the development of children) (Simmonds, 2019; Sher, 2021).

In 1921, Sukhareva started working at the Moscow Department of Public Education, at a medical observation unit for disabled children and, two years later, she was allocated to the Institute for the Protection of Child and Adolescent Health. As a result of the observations made in this Institute, Sukhareva published, in 1925, an original article describing a syndrome that she named “schizoid psychopathy” (“Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter”) and, two years later, she wrote “Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen” (“The peculiarities of schizoid psychopathies in girls”), narrating the gender differences of the presentation of this syndrome (Simmonds, 2019).

As a specialization in Russia, official postgraduate training in child psychiatry began in 1935 (at the Moscow Institute for the Protection of the Health of Children and Adolescents) with the leading of Sukhareva. In the same year, she finished her doctorate and was promoted to the newly created position of head of child psychiatry at the Central Institute in Moscow, thus being considered the founder of child psychiatry in Russia. She maintained this position until 1965 and, in 1938, she founded the Department for Child and Adolescent Psychoses at the Central Institute of Psychiatry, working in both positions concurrently. During World War II, Sukhareva and the staff from her department were evacuated to Mosk to treat injuries in an evacuated hospital, where she wrote her paper “Psychological disturbances in children during the war” (1947/48), which turned out to be her first article being published in English (Simmonds, 2019). This article was the result of the analysis of 858 cases and describes the increase in psychiatric conditions not only in response to trauma exposure (single event and successive traumatic events) but also due to toxins and infections (Simmonds, 2019).

Later in her life, in 1959, Sukhareva published the book “Lectures in clinical childhood psychiatry” (still published only in Russian), where she replaced the term “schizoid psychopathy” with “autistic psychopathy”, emphasizing the pathological avoidance. She retired in 1969 but continued to consult for the department until she was 88, three years before her death (Simmonds, 2019).

Only in the second half of the 20th century would Sukhareva’s work be discussed in the “Western” scientific community. Sukhareva is mentioned in the chapter on child psychiatry in Woeri’s 1950 *Soviet Psychiatry*; in the french translation of Lourie’s book *La Psychiatrie Soviétique* in 1953; in Tramer’s brief German report in 1953; in van Krevelen’s French report in 1964 and, in the late 1960s/early 1970s, Dr. Nancy Rollins, an American Child Psychiatrist would write about her work after an investigative excursion to the USSR (Simmonds, 2019). Despite all these attempts to divulge Sukhareva’s work, the truth is that none of these publications focused on her work with schizoid/autistic psychopathy, mainly describing her work in intellectual disability, psychoses, and epilepsy (Simmonds, 2019).

This issue was only raised in 1996, after Sula Wolff, a British psychiatrist, published the first English translation of Sukhareva’s paper “Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter” in *European Child & Adolescent Psychiatry* hypothesizing that this would possibly account for the first description of “Asperger syndrome”(Wolff, 1996). Sukhareva’s second work on autism, which describes gender differences in the presentation of the syndrome, has only been translated to English in 2019 by Charlotte Simmonds (Simmonds, 2019).

Impact of political context in her work

The course of psychiatry in Russia suffered dramatic alterations after the October 1917 revolution and psychiatrists suddenly became employees of the Soviet State. While during the 1920s psychiatrists were still allowed to follow Western ideas, after Stalin's rise to power in the 1930s, psychiatrists were forced to consider psychiatric theory from the Marxist position. Furthermore, the teachings of Ivan Pavlov, winner of the 1904 Nobel Prize in Physiology or Medicine, were institutionalized in response to Stalin's request. Pavlovian views on children's capability of learning and intelligence were surely not compatible with Sukhareva's work and intelligence measurements. Stalinism and Pavlovianism have markedly influenced Russian scientific literature in general, and Sukhareva's work in particular. Before the 1930s, her work was filled with international sources and references but, in her later publications, not a single paper in a language other than Russian is cited. Sukhareva's work was then transformed into a nationalistic tool, presenting all Sovietic work as truthful and all "Western" ones as wrong (Simmonds, 2019; Sher, 2021).

During the Pavlovian Sessions, in the 1950s, Sukhareva and some other important Russian psychiatrist were punished for defending anti-Marxist points of view, being considered "anti-Marxists", "anti-Pavlovian", "reactionary" and "idealistic". They were thus accused of negatively impacting Russian psychiatry, and were forced to publicly confess their "errors" and solemnly swear to only follow and profess Pavlovian theories in the future (Sher, 2021)

It is known that Sukhareva was not an enthusiastic supporter of the Communist party, not adherent to research isolationism and chauvinism. Once she was not ostracized nor killed, it is believed that she did what she had to so she could continue working. Despite this, she is acknowledged as a very important influence in the development of Russian psychiatry and neurology, is recognized as the founder of child psychiatry in the Soviet Union, being also credited in other places as the founder of this specialty (Simmonds, 2019).

Sukhareva's contribution to Autism Spectrum Disorder

1925: The description of schizoid psychopathy in childhood

Sukhareva spent two years observing children with psychiatric problems at the therapeutic school at the Psychoneurological Department for Children, in Moscow. Following this, she described the cases of six boys in the paper "Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter" ("The schizoid psychopathies in childhood"), published in 1925 in Russian and, in the following year, in German. Here, she discussed schizoid psychopathy according to the classification of Kraepelin's eccentric type and Kretschmer's schizoid group. In this work, Sukhareva expounded a constellation of symptoms, similar to those included today in the DSM-5 criteria for autism spectrum disorder (ASD). She described with extreme detail a set of psychiatric symptoms, behavior, speech, and relational particularities, as well as motor impairments and aspects related to body constitution, that are still reported in ASD. Interestingly, she also observed in all of the cases a paradoxical combination of deficits in motor skills with high levels of cognitive functioning (Manouilenko, 2015; Wolff, 1996).

She conceptualized an 'autistic attitude' as the tendency toward solitude and avoidance of other people since early childhood (equivalent to DSM-5 criteria A: "persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts") (Manouilenko, 2015; Wolff, 1996).

She observed the deficits in social-emotional reciprocity in the six boys she followed up, describing them as impulsive, with odd behavior, clowning, rhyming, some speaking

endlessly or asking absurd questions, with flattened affective life and a tendency toward abstraction and schematization. The deficits in non-verbal communicative behaviors used for social interaction were also present in her description of lack of facial expressiveness and expressive movements, mannerisms, decreased postural tone, oddities and lack of modulation of speech, superfluous movements, synkinesis, and odd or lacking in voice modulation (Manouilenko, 2015; Wolff, 1996).

Sukhareva also observed the difficulties in the development, maintenance and understanding of relationships among these children, narrating their tendency to keep apart from their peers, avoid group interactions, preferences for fantastic stories, difficulties to adapt to other children, and being ridiculed by other children (Manouilenko, 2015; Wolff, 1996).

The criteria B of DSM-5 (restricted, repetitive patterns of behavior, interests or activities as manifested by at least two of the following: stereotyped or repetitive motor movements, use of objects or speech, insistence on sameness, inflexible adherence to routines or ritualized patterns of verbal or non-verbal behavior, highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus, hyper- or hypo-reactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of the environment) is also portrayed in Sukhareva's work, namely in her description of a tendency towards automatism and psychic inflexibility with difficulty in adaptation to novelty. In fact, she observed in these children tic-like behaviors; grimacing; stereotypic, rapid or circumscribed speech; obsessive-compulsive behavior; long preparation and difficulty stopping; emotional outbursts; strong and exclusive pursuing of interests, which tended to be preservative; tendency to rationalization and absurd rumination; tendency to become agitated/irritated when interrupted, starting the story all over again; and sensitivity to noise and smell. Sukhareva also observed that these children used to be unable to attend normal school due to their odd behaviors, used to have normal or above normal intelligence and that these symptoms appeared in early childhood (Manouilenko, 2015; Wolff, 1996).

Sukhareva also hypothesized that the anatomical substrate of schizoid psychopathy in childhood would be associated with alterations in the cerebellum, basal ganglia, and frontal lobes, areas that have been recently related to ASD in neuroimaging studies (Manouilenko, 2015; Rogers, 2013; Subramanian, 2017).

1927: Gender differences in the presentation of the syndrome

Published in 1927, "Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen" ("The particular features of schizoid psychopathies in girls") describes a set of five cases of schizoid psychopathies in girls with the same age of the previously described group of boys. In this paper, Sukhareva states that the clinical picture of schizoid psychopathies among girls globally overlaps that of boys, in its nuclear traits, noting, however, that some specific characteristics appeared to be related to gender (Simmonds & Sukhareva, 2020). First, Sukhareva reported a dominance of affective disorders in schizoid girls compared to boys, who never presented those features to such a high degree. She observed that emotional disturbances were invariably present among girls with schizoid psychopathy, being the main marker of eccentricity among schizoid girls. This would lead to the constant presence of conflicting emotions that ultimately resulted in actions that seemed vulgar, odd, and incomprehensible. This contrasted with the presentation of eccentricity among schizoid boys, which consisted mainly in superfluous abstraction, absurd rumination, stereotyped movements, and motor deficiencies. Another distinguishing feature was also the great volatility of mood among girls, with a persistent combination of sensitivity and emotional numbness, and a tendency to ambivalence, with a high level of self-esteem in concurrence with a feeling of inferiority, that resulted in a permanent inner tension externalized through inexplicable moods and goofiness. This, added to the

higher frequency of negativism among schizoid girls, that presented itself with a hysteroid quality, Sukhareva raised the issue of differentiating hysteria from schizoid psychopathy (Simmonds & Sukhareva, 2020).

She also noted that the idiosyncratic thinking was less pronounced among girls. Sukhareva observed automatisms of thought that would appear somehow restricted and autistic, disconnected from the real world, but the tendency towards the abstract, schematic and formal thinking - characteristic of the schizoid boys - was observed with less frequency in schizoid girls.

Sukhareva also differentiated motor functioning between schizoid boys and girls, being more pronounced among the first group (gross and fine motor skills, as well as expressive and facial movements). She thus highlighted the fact that facial expressions, speech, and language would be better preserved among girls (Simmonds & Sukhareva, 2020).

Regarding autistic disposition, Sukhareva found no differences between genders, describing both in boys and girls a social awkwardness and avoidance of interaction with other people (Simmonds & Sukhareva, 2020).

In this work, Sukhareva also differentiated schizoid psychopathics from hysteria (in girls), schizophrenia (30 years before being listed as two separate diagnoses in the DSM-III), changes to the psyche caused by puberty, and a schizoid reaction of exogenic origin. She additionally stated that schizoid psychopathies seemed to be less frequent in girls than boys with schizoid features. When present in girls, she described it as being less prominent than among boys (Simmonds & Sukhareva, 2020).

Social and therapeutic work with children

In 1921, Sukhareva started working at the Psycho-Neurological and Pedagogical Sanatorium School of the Institute of Physical Training and Medical Pedology in Moscow, created by the government to help children who had been orphaned, displaced, or traumatized by World War I, the revolution, the ensuing civil war or the deadly Spanish flu epidemic. Here, and as the term “pedology” suggests, this approach combined pedagogy, psychology, and medicine, allowing a better understanding of children's development. Children with serious problems would live here for a few years, receiving social- and motor-skills training during that period, including gymnastics, drawing, woodwork, and group activities, among others. Many of these children would be able to join regular schools at the end of the program. In total, the staff assessed circa 1,000 children for several years. During her lifetime, Sukhareva opened similar schools across the country. This particular approach illustrates how modern was Sukhareva's comprehension of these children. In fact, the work that Sukhareva did in these pedagogical schools around one hundred years ago resembles the one recommended in international guidelines to Autism Spectrum Disorders. For example, and regarding non-pharmacological approach, Portuguese guidelines recommend the combination of (1) a medical individualized intervention - including occupation therapy with sensory integration, psychological intervention, and speech therapy; (2) pedagogic intervention - encompassing special education and rehabilitation; and (3) autonomy and social skills training (Norma n.º 002/2019 de 23/04/2019).

The men who stole the show

Only five celebratory articles about Sukhareva have appeared in Russian journals so far: two during her lifetime, and three after her death (Simmonds, 2019); and another five in anglophone journals, all of them published after her death. Despite Sukhareva's main papers having been already translated to English, and her observations being published almost twenty years before Kanner's and Asperger's work, as well as the obvious

similarities of their descriptions to Sukhareva's reports of "schizoid personality", all eyes are still on these two Austrian physicians.

Hans Asperger publicly described, in 1938, a case of a 7-year-old boy who showed a behavior pattern that he described as "autistic psychopathy". Six years later, in 1944, he published a paper reporting several similar cases that he had observed during the years, describing a type of personality disorder present since early childhood that, to his knowledge, had not previously been described (Asperger, 1944). Although Kanner published his description of "autistic disturbances of affective contact" in 1943 (one year before Asperger's paper), Uta Frith speculates that it "would not have come to Asperger's attention during the war years" (Asperger, 1944; Sher, 2021). Nonetheless, the omission of Sukhareva's work on Asperger's paper, when he did cite some articles from *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, the same journal that published Sukhareva's work on schizoid psychopathy, has made some autism organizations suspect Asperger of insincerity (Sher, 2021).

It is still unknown - and probably will continue to be - how much Asperger's and Kanner's work was inspired or based on Sukhareva's. Kanner references Sukhareva's work on childhood schizophrenia and, although he never cited her work on schizoid/autistic psychopathy, it is known that he was surely aware of her later work, that he did correspond with her in the 1950s, and that he was editor of a journal that published and frequently cited her work, a journal for which Hans Asperger was a council member.

Manouilenko and Bejerot postulate that Sukhareva's gender, her Jewish identity, Russian nationality, and Russian and German-language publications contributed to Sukhareva's work being lost for so long (Manouilenko, 2015). It has also been hypothesized that Asperger chose not to cite (or was not allowed to, given his position) Sukhareva's work since she was Jewish and he was cooperating with the Nazi Party, according to the historians Edith Sheffer and Herwig Czech (2019).

All volumes of Sukhareva's clinical lectures are still used nowadays in child psychiatry training in Russia. In the rest of the world, the conceptualization of ASD is still attributed to Kanner and Asperger, despite the already known and important role of Anni Weiss and Georg Frank in this process (Sher, 2021).

It is crucial to globally spread the fact that Sukhareva not only was the first to publish clinical descriptions of autism but also that she did it two decades before Asperger and Kanner. Furthermore, Sukhareva, acknowledged issues that are still relevant today such as gender differences of symptom presentation, and the importance of differentiating autism from some other diagnosis, such as schizophrenia.

Conclusions

Sukhareva's work preceded, for almost two decades, the published work of both Asperger and Kanner. The current description of ASD corresponds to Sukhareva's observations in the various described dimensions, including behavioral, cognitive, emotional, and motor functioning. Sukhareva's therapeutic approach reflects how modern and progressive her thinking was and how well she conceptualized this syndrome.

Although some progress has been seen, majorly due to the 1996 publication of Sula Wolff and the 2019 publication of Charlotte Simmonds, most of her work remains untranslated from Russian and/or German, being inaccessible to most people. More effort should be done by the scientific community and autism organizations in order to clarify the true authorship of ASD description. It also seems obvious that being a woman has contributed to the lack of recognition. Feminism is still utterly important so that this (and other) story(ies) can be told, and no more women remain in the dark, as has been the case.

References

- Asperger H. “ Autistic psychopathy ” in childhood. In Frith U, editor . Autism and Asperger syndrome. Cambridge: Cambridge University Press ; 1944.
- Barahona-Corrêa, J. B., & Filipe, C. N. (2016). A concise history of asperger syndrome: The short reign of a troublesome diagnosis. *Frontiers in Psychology*, 6(JAN), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02024>
- Manouilenko, I., & Bejerot, S. (2015). Sukhareva--Prior to Asperger and Kanner. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 479–482. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1005022>
- Margari, L., De Giacomo, A., Craig, F., Palumbi, R., Peschechera, A., Margari, M., Picardi, F., Caldarola, M., Maghenzani, M. A., & Dicuonzo, F. (2018). Frontal lobe metabolic alterations in autism spectrum disorder: a 1H-magnetic resonance spectroscopy study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 1871–1876. <https://doi.org/10.2147/NDT.S165375>
- Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 002/2019 de 23/04/2019. Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Retrived from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022019-de-23042019-pdf.aspx>.
- Rogers TD, McKimm E, Dickson PE, Goldowitz D, Blaha CD, Mittleman G. (2013). Is autism a disease of the cerebellum? An integration of clinical and pre-clinical research. *Front Syst Neurosci*. 10;7:15. doi: 10.3389/fnsys.2013.00015. PMID: 23717269; PMCID: PMC3650713.
- Sher, D. A., & Gibson, J. L. (2021). Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva’s life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01875-7>
- Simmonds, C. (2019). G. E. Sukhareva’s place in the history of autism research: context, reception, translation. In PhD dissertation, Victoria University of Wellington.
- Simmonds, C., & Sukhareva, G. E. (2020). The first account of the syndrome Asperger described? Part 2: the girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 549–564. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01371-z>
- Subramanian K, Brandenburg C, Orsati F, Soghomonian JJ, Hussman JP, Blatt GJ. (2017). Basal ganglia and autism - a translational perspective. *Autism Res*. Nov;10(11):1751-1775. doi: 10.1002/aur.1837. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28730641.
- Zeldovich L. (2018). How history forgot the woman who defined autism. *Spectrum*. <https://www.spectrumnews.org/features/deep-dive/history-forgot-woman-defined-autism/>
- Wolff, S. (1996). The first account of the syndrome Asperger described? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(3), 119–132. <https://doi.org/10.1007/bf00571671>

A AUTORIA ESQUECIDA DE SABINA SPIELREIN, A PIONEIRA DA PSICANÁLISE

Daniela Magalhães^{1*}; Filipe Peste Martinho^{1*}; Rita Felício^{1*}; Rita Moura^{2}**

* Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ** Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
Email: daniela.magalhaes@hff.min-saude.pt

Resumo

Spielrein é conhecida pelo seu caso amoroso com Carl Jung. No entanto, originou *insights* que se iam tornar a base dos conceitos teóricos fundamentais na psicanálise e psicologia analítica - como o anima, contratransferência e instinto de morte. De facto, Spielrein introduziu o conceito do “impulso destrutivo” na sua primeira publicação, ‘*Destruction as the cause of coming into being*’, que seria mais tarde desenvolvido na obra ‘*Beyond the Pleasure Principle*’ de Freud, reformulado como “instinto de morte”. Spielrein é mencionada numa nota de rodapé. Também o seu trabalho no desenvolvimento precoce, simbolismo e linguagem não é conhecido e foi minimizado. Aqui, resumizamos a investigação pioneira de Spielrein e os seus contributos mais significativos para a psicanálise. Muitos dos seus trabalhos não estão publicados em inglês, apesar de terem sido precursores daquilo que hoje reconhecemos como conceitos psicanalíticos fundamentais, permanecendo largamente negligenciados.

Palavras-chave: psicanálise, sabina, spielrein, jung, freud

Abstract

Spielrein is best known for her love affair with Carl Jung. However, her work has originated insights that would become the basis for fundamental theoretical concepts in psychoanalysis and analytic psychology - such as anima, countertransference and death drive. In fact, Spielrein introduced the concept of ‘*destructive drive*’ in her first publication named ‘*Destruction as the cause of coming into being*’, which would later be developed in Freud’s work ‘*Beyond the Pleasure Principle*’ and reframed as ‘*death drive*’. In it, Spielrein is mentioned in a footnote. Also, her work on early development, symbolism and language is not widely acknowledged and was minimized. In this work, we summarize the pioneering investigation of Spielrein and her most significant contributions for psychoanalysis. Many of her works are not published in english, remaining largely neglected.

Keywords: psychoanalysis, sabina, spielrein, jung, freud

Biografia

Spielrein nasceu em Rostov-on-Don, Rússia, em 1885, numa família judaica abastada. A sua mãe, Eva Lublinskaya, era a filha e neta de rabinos de Yekaterinoslav e tinha treinado como dentista, apesar de não exercer. O seu pai, Nikolai Spielrein, era agronomista. Após emigrarem de Varsóvia para Rostov, este tornou-se um mercante bem sucedido. No seu certificado de nascimento, o nome de Sabina aparece como Sheyve Naftulovna, mas ao longo da sua vida e em documentos oficiais utilizou o nome de Sabina Nikolayevna. Era a mais velha de uma fratria de cinco. Todos os seus irmãos tornaram-se cientistas eminentes, como seja Isaac Spielrein, um psicólogo soviético pioneiro em psicologia do trabalho. Na sua infância, sofreu de violência física por parte de ambos os pais,

manifestando múltiplos sintomas somáticos e obsessões. Alguns comentadores históricos acreditam que terá sofrido de abuso sexual por parte de um familiar. Sabina atendeu a escola *Froebel* e posteriormente o Yekaterinskaya Gymnasium em Rostov, onde teria excelentes resultados em ciência, música e línguas, tendo aprendido a falar três línguas fluentemente. Durante a sua adolescência, apaixonou-se pelo seu professor de história e por um tio paterno. Ainda na escola, emigrou para treinar como médica, com a aprovação do seu avô rabino.

Admissão hospitalar

Após a morte súbita da sua única irmã Emilia de febre tifóide, a saúde mental de Spielrein começou a deteriorar. Aos 18 anos, sofreu uma histeria grave cujo quadro clínico incluía tiques, riso e choro incontrollável. Após uma estadia não sucedida num sanatório suíço, onde desenvolveu uma paixão por um dos seus médicos, foi admitida no hospital psiquiátrico de Burghölzli, perto de Zurique, em Agosto de 1904. O diretor da clínica era Eugen Bleuler, que chefiava este hospital como um centro terapêutico comunitário com atividades sociais para os doentes como jardinagem, drama e seminários científicos. Um dos assistentes de Bleuler era Carl Jung, que mais tarde foi nomeado como vice-diretor. Nos dias que se seguiram à sua admissão hospitalar, Spielrein confidenciou a Jung que o seu pai a agredia frequentemente e que seria afeta de fantasias masoquistas de ser agredida, que a incomodavam. Bleuler garantiu que durante a sua hospitalização não houvesse contacto com familiares. Sabina teve uma recuperação rápida. Em Outubro desse mesmo ano candidatou-se à faculdade de Medicina e começou a auxiliar Jung nos seus testes de associação de palavras. Entre Outubro e Janeiro do ano seguinte, Jung aplicou-lhe vários testes de associação de palavras e utilizou algumas técnicas psicanalíticas rudimentares. Mais tarde, refere-se a Spielrein por duas ocasiões, nas suas cartas a Freud, como o seu primeiro caso analítico.

Relacionamento com Carl Jung

Durante a sua estadia hospitalar, Spielrein apaixonou-se por Jung. Continuou a trabalhar como residente no hospital entre Janeiro a Junho de 1905, já sem estar a receber tratamento. O relacionamento entre ambos atingiu o seu pico entre os anos de 1908 e 1911. Jung escreveu a Freud acerca do relacionamento, primeiramente acusando Spielrein de o tentar seduzir, e posteriormente admitindo que se teria envolvido romanticamente com esta. Após um hiato de vários meses, resumiram a relação no verão de 1909 e continuaram a encontrar-se em privado até finais de 1910. Spielrein abandonou Zurique em Janeiro de 1911. A entrada pessoal no seu diário, datada de finais de 1910, sugere fortemente que Spielrein achava que a sua amizade seria destruída por uma relação íntima, e que não se envolveram em relações sexuais. Spielrein é tida como a inspiração para o conceito Jungiano de anima, em parte devido a uma referência feita por Jung na sua memória biográfica *Memories, Dreams, Reflections* onde este último recontava "*the voice of a patient ... who had a strong transference to me*". No entanto, no transcrito não publicado dos comentários de Jung gravados por Aniela Jaffé em 1957, Jung torna claro que esta mulher seria Maria Moltzer e não Spielrein. De qualquer modo, a relação entre ambos foi sem dúvida crucial para o conhecimento de Jung acerca daquilo que mais tarde designaria por anima.

Carreira clínica e académica

Dentro dos seus contributos mais relevantes no campo da psicanálise e da psicologia, encontram-se a primeira tese de doutoramento no campo da psicanálise e também a primeira mulher a ter escrito uma tese de doutoramento num tema psicanalítico, bem como a mais nova (Universidade de Zurique em 1911). Foi, ainda, a segunda - e na altura

a única - mulher a ser membro da prestigiosa Sociedade Psicanalítica de Viena. Foi uma das primeiras analistas a demonstrar interesse nas ligações entre o desenvolvimento infantil e a linguagem. A sua tese, ademais, teve a proeminência de ter sido publicada no *Jahrbuch*.

Psicanálise infantil Na visão oficial da psicanálise, Anna Freud ainda figura como a fundadora da análise infantil, sendo Melanie Klein também mencionada a este respeito. De facto, em 1912, Sabina Spielrein e outra pioneira ‘esquecida’, Hermine Hug-Hellmuth (1871–1924), publicaram os primeiros contributos de análise infantil na história da psicanálise. Dez anos mais tarde, apareceria a primeira publicação de Anna Freud; por esta altura, já tinham sido publicados vinte e cinco trabalhos por Spielrein, sendo que dez deles incidiam sobre temas relacionados com análise infantil. Durante o curso da sua vida, publicou trinta trabalhos psicanalíticos em alemão e em francês. Destes, salientamos dois que foram particularmente significativos.

Über den psychologischen Inhalt eines Falls von Schizophrenie (‘Concerning the psychological content of a case of schizophrenia’). A sua tese, publicada em 1911 no jornal *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* foi uma significativa contribuição para a compreensão da linguagem dos esquizofrénicos.

‘Destruction as the cause of coming into being’. Publicado em 1912, este trabalho antecipa os pensamentos de Freud acerca do instinto de morte que constam na sua obra *Beyond the Pleasure Principle* (1920). Spielrein foi a primeira pessoa a apresentar a tese de que a vida instintiva seria baseada em dois instintos opostos, o instinto de vida e o instinto de morte. Quando propôs esta ideia a Freud, este rejeitou-a. Vinte e cinco anos mais tarde, tentou compreender as motivações subjacentes a esta rejeição: *‘I remember my own defensive attitude when the idea of an instinct of destruction first emerged in the psycho-analytic literature, and how long it took before I became receptive to it’*. (Freud 1930a:120).

Principais contribuições

Conceito de impulso de morte Jung descreve o entrelaçamento inextricável do amor e da morte e implicitamente conecta esta ideia com a ideia de sacrifício, no sentido de que nada novo pode surgir sem a destruição da velha ordem. Em termos psicológicos, uma forma de compreender esta ideia reside na formulação da posição depressiva, em que o Ego deve abdicar da sua ilusão narcísica de onipotência de forma a aceitar a realidade e ultrapassar o conflito Edipiano. A contribuição de Spielrein foi o de pegar nesta passagem de Jung e levá-la um passo à frente, na sua tentativa de demonstrar que o impulso destrutivo, derivado da libido, era um elemento integral no desenvolvimento da sexualidade de Freud. Este último considerou, na sua obra *Beyond the Pleasure Principle* (1920), a descrição de Spielrein dos componentes sádicos do instinto sexual como ‘destrutivos’ pouco claros. No seu ensaio *‘Destruction as the cause of coming into being’*, Spielrein explica:

I believe that my examples sufficiently show that, corresponding to the biological facts, the reproductive drive also consists psychologically of two antagonistic components, a destructive drive as well as a drive for coming into being. (Spielrein 1912 in *Journal of Analytical Psychology*, 39, 2:184).

Freud, Jung e Spielrein tentavam explicar fenómenos similares em justaposição com os impulsos sexuais e destrutivos, como na histeria e no masoquismo. Freud, por um lado, e Jung e Spielrein, por outro, desenvolveram teorias distintas, talvez como resultado direto das suas experiências diferentes.

Quando Spielrein entrega o seu trabalho sobre o ‘impulso destrutivo’, fez uma conexão extraordinária com o instinto sexual como estando localizado dentro do impulso reprodutivo. Spielrein começou o seu trabalho notando a ‘frequência com que os desejos sexuais se associam com imagens de morte’.

Seguindo a ideia de Freud de que ‘o germe do prazer sexual no adulto reside nas fontes infantis do prazer’, Spielrein comenta:

We could just as readily derive everything from the nurturing instinct [as] from sexuality. Here I might mention the views of a French author who derives all psychic impulses from the instinct of self- preservation. Essentially, he proposes that the mother loves the child because sucking relieves the mammary glands; one loves a man or a woman because coitus releases the organism’s bothersome excretions innocuously. Pleasurable sensation thus is transferred to the object that brings relief. (Spielrein *in* Journal of Analytical Psychology, 39, 2:159; 1912)

Spielrein parece, aqui, predizer o que poderá ser considerado uma abordagem ao instinto baseada nas relações de objeto, no sentido em que o ‘instinto para cuidar’ necessariamente envolvem e dependem da relação primordial entre a mãe e a criança. Nesta formulação, Spielrein localiza o impulso destrutivo não apenas no instinto reprodutor, mas mais fundamentalmente dentro de um ‘instinto cuidador’ como a primeira experiência de prazer. Neste sentido, o impulso destrutivo tem as suas raízes no período pré-Edipiano. A atração regressiva para a perda de si no outro, como pode ser vivenciada no ato sexual, está, portanto, presente no seu precursor na imagem da mamada do bebê no seio, ou seja, da experiência de estar em sintonia com o mundo. Spielrein esclarece que o componente destrutivo dentro do impulso reprodutivo se pode exercer de forma benigna ou maligna, dependendo das circunstâncias. Ela escreve:

“The instinct for preservation of the species, a reproductive drive, expresses itself psychologically in the tendency to dissolve and assimilate (transformation of the I to the We), differentiating a new form of the ‘primal substance.’ ‘Where love reigns, the ego, the ominous despot, dies.’ When one is in love, the blending of the ego in the beloved is the strongest affirmation of self, a new ego existence in the person of the beloved. If love fails, the image becomes one of destruction or death, a psychic or physical alteration in the individual image under the influence of an exceptional power such as the sexual act.” (Spielrein *in* Journal of Analytical Psychology, 39, 2:174; 1912).

Desta citação se depreende a ideia de que, na paixão, a fusão do ego no amado seria a afirmação mais forte do Eu, sendo criada uma nova existência do Ego na pessoa do ser amado. Se o amor falha, a imagem torna-se em destruição ou morte, uma alteração psíquica ou física na imagem individual sob a influência de um poder excepcional como o ato sexual.

Spielrein prefigurou uma das teorias mais fundamentais de Freud na inter-relação entre o instinto sexual e o instinto de morte, explorado por si na obra *‘Beyond the Pleasure Principle’*, como se pode observar na citação abaixo:

I have to strongly defend that the ego-psyche, including the unconscious, is guided by motions that are deeper and not part of our emotional reactions to the demands shaped by them. Pleasure is simply the affirmative reaction of the Self to these original demands of the core and we can achieve pleasure directly from the unpleasant and pleasure from pain, which, taken in itself, is heavily loaded with

displeasure, for pain harms the individual, against which our self-preservation instinct opposes. Therefore, at our core, there is something that, however paradoxical it may seem a priori, seeks this self-harm, since the Self reacts to it with pleasure. The desire for self-harm, the elation at the pain is, however, completely incomprehensible if we only consider the life of the Self, which only seeks pleasure.

Contribuições para a psicanálise infantil

A ênfase do trabalho científico de Spielrein residia na psicologia do desenvolvimento infantil e na psicanálise infantil. Sabina foi a psicanalista de Jean Piaget em Genebra no início da década de 1920. Há algumas indicações da sua simpatia mútua, bem como vestígios de projetos partilhados, mas as suas colaborações nunca se consumaram, particularmente pela divergência nos seus focos intelectuais (a psicanálise para Spielrein e a epistemologia para Piaget).

Spielrein valorizou as raízes inconscientes do simbolismo, que via como essencial para todo o pensamento. Em 1912, publica no *‘Zentralblatt für Psychoanalyse’* o trabalho *‘Beiträge zur Kenntnis der kindlichen Seele’* (*‘Contributions to the Understanding of a Child’s Soul’*), onde trata três casos de psicanálise no contexto da psicologia infantil.

Após o início da Primeira Guerra mundial, Spielrein emigrou para a Suíça, enquanto que o seu marido retornou à Rússia. Residiu em Lausane, onde fundou um grupo de investigação psicanalítica. No seu ensaio de 1916, *‘Die Äusserungen des Ödipuskomplexes im Kindesalter’* (*‘The Expressions of the Oedipus Complex in Children’*), escreve a seguinte observação:

I do not believe that a child can have an Oedipus complex in the same consummate form that a sexually mature adult possesses... and I have not observed a radical preference for the opposite sex in children. The childlike Oedipus complex is usually expressed in that one loves one person more than another, usually the mother or father, and the child wants to remain alone with that person; therefore, she wishes the other family members away. (Spielrein 2002, p. 199–200).

Durante os anos que passa na Suíça, entre 1920 e 1923, Spielrein produz uma série de publicações. No sexto Congresso Psicanalítico Internacional, em Hague, em 1920, apresenta *‘The Origin and Development of Spoken Speech’*. Dois anos mais tarde, publica uma contribuição mais elaborada no *‘The Genesis of the Childhood Words Papa and Mama’* (Spielrein 2002, pp. 238–262). Nestes trabalhos, tratava a origem e o desenvolvimento da linguagem infantil. Propôs a tese de que a linguagem autista se tenha originado da linguagem social e diferenciou entre linguagens autistas (primárias) e linguagens sociais (como música, palavras, entre outros). A sua palestra antecipou a distinção de Melanie Klein (1936) mais tarde, mas mais famosa, entre o seio “bom” e o seio “mau” no contexto do desenvolvimento infantil, no artigo de Klein intitulado de *‘Weaning’*.

Conclusões

Apesar do seu trabalho em estreita relação com figuras centrais do movimento psicanalítico e da psicologia do desenvolvimento na primeira metade do século XX, a obra de Spielrein permaneceu esquecida na Europa Ocidental após a sua ida para Moscovo em 1923. A publicação, em 1974, da sua correspondência entre Freud e Jung, seguidos da descoberta das suas publicações da década de 1980 em diante fez com que o seu nome voltasse a ecoar. No entanto, levou à sua identificação como vivendo na sombra de dois homens. No mundo da psicanálise, Spielrein não fora mencionada, ou fora apenas brevemente mencionada, nos trabalhos clássicos de Freud ou na história da psicanálise,

apesar de ter providenciado *insights* que constituem hoje alguns dos seus pilares fundamentais.

Referências

- 1.Noth, I. (2014). “Beyond Freud and Jung”: Sabina Spielrein’s Contribution to Child Psychoanalysis and Developmental Psychology. *Pastoral Psychology*, 64(2), 279-286. <https://doi.org/10.1007/s11089-014-0621-5>
- 2.Covington, C., & Wharton, B. (2015). Sabina Spielrein: Forgotten Pioneer of Psychoanalysis (2nd ed.). Routledge.
- 3.SPIELREIN, S. (1911) ‘On the psychological content of a case of schizophrenia (Dementia praecox)’. *Jahrbuch*, vol. 3, pp. 329-400.
- 4.SPIELREIN, S. (1994). Destruction as the Cause of Coming Into Being. *Journal Of Analytical Psychology*, 39(2), 155-186. <https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1994.00155.x>
- 5.Spielrein, S., Cape, R., & Burt, R. (2018). *The essential writings of Sabina Spielrein* (1st ed.). Routledge.

Síndrome da Alice no País das Maravilhas: narrativa clínica?

Joana Romão¹, Maria João Gonçalves¹, Ana Lourenço¹, Marta Ribeiro¹, Rita André¹, Rodrigo Saraiva¹, Manuela Abreu⁺¹

Médico interno de Psiquiatria; ⁺ Assistente hospitalar de Psiquiatria

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Email: joanapereiraromao@gmail.com; mariajoao1608@gmail.com;
lourenco.act@gmail.com; marta.l.ribeiro@chln.min-saude.pt; rita_barra@hotmail.com;
saraiva.rodrigo@campus.ul.pt; manuelanevesabreu@gmail.com

Resumo

A Síndrome da Alice no País das Maravilhas (SAPM) foi descrita a primeira vez em 1955 pelo psiquiatra inglês John Todd. Ao ler o clássico infantil de Lewis Carroll, *Alice no País das Maravilhas*, este terá reconhecido da sua prática clínica algumas das alterações da percepção descritas pelo autor: Alice tem uma alteração da percepção das suas próprias dimensões corporais e dos objetos circundantes. Experimenta ainda de forma diferente a vivência do tempo. Na SAPM, verificam-se estas mesmas distorções sensoriais: dismegalopsias, micrópsias e macrópsias, distorções do próprio esquema corporal e distorção da experiência do tempo. Concomitantemente, sabe-se que Carroll registou no seu diário “sensação de variações súbitas no tamanho”, acreditando-se que o livro terá sido uma forma de expressar as suas próprias vivências, funcionando como uma espécie de “medicina narrativa”.

Palavras-chave: Alice no país das maravilhas; literatura; alterações da percepção, psiquiatria

Abstract

Alice in Wonderland Syndrome (AIWS) was first described in 1955, by the british psychiatrist John Todd. When reading Lewis Carroll's classic *Alice in Wonderland*, he recognized some of the changes in perception described by the author from his own clinical practice: Alice experiences a change in the perception of her own body dimensions and surrounding objects. She also experiences in a different and peculiar way the experience of time. In AIWS, all these sensory distortions are observed: dysmegalopsia, micropsies and macropsies, distortions of the body schema and distortion of the experience of time. At the same time, it is established that Carroll recorded in his diary “a sensation of sudden variations in size”, believing that the book was a way of expressing his own experiences, functioning as a kind of “narrative medicine”.

Introdução

A Síndrome da Alice no País das Maravilhas foi descrita a primeira vez em 1955 pelo psiquiatra John Todd, ao ler o clássico infantil de Lewis Carroll, *Alice no País das Maravilhas*. Na Síndrome da Alice no País das Maravilhas, verificam-se as mesmas distorções sensoriais que se encontram ao longo de toda a obra do escritor britânico: distorções sensoriais variadas, em que a dimensão e a forma dos objetos varia; distorções do próprio esquema corporal, com variação na percepção do tamanho do próprio corpo, distorção da experiência do tempo, com a sensação de que o tempo flui de forma peculiar, e ainda a presença de alucinações sob a forma de animais. O objetivo deste capítulo prende-se com a identificação das alterações psicopatológicas da protagonista de *Alice no País das Maravilhas* que levaram à caracterização desta entidade clínica, e ainda abordar o conhecimento acerca da sua etiologia e tratamento.

Discussão

Lewis Carroll

Lewis Carroll era o pseudônimo de Charles Lutwidge Dodgson, nascido a 27 de janeiro de 1832 em Daresbury, Cheshire, no Reino Unido. Foi escritor, fotógrafo e matemático, tendo lecionado matemática em Oxford, na Christ College. Para além dos clássicos que o imortalizaram, *Alice's Adventures in Wonderland* (1865) e a sua sequência, *Through the Looking-Glass* (1871), Carroll dedicou-se à poesia, tendo escrito inúmeros poemas ao estilo *nonsense* ao longo da sua carreira, do qual é exemplo o *The Hunting of the Snark* (1876). Carroll morreu a 14 de janeiro de 1898, encontrando-se sepultado no Cemitério de Guildford, Surrey em Inglaterra.

Pensa-se que Carroll pudesse sofrer de enxaqueca, dado ter registado no seu diário diferentes episódios de cefaleia, acompanhada de vômitos intensos, sensação de variações súbitas no tamanho: «*“a bilious headache” with severe vomiting,*” e *“experienced, for the second time, that odd optical affection of seeing moving fortifications, followed by a headache”*».

A hipótese alternativa seria que Carroll tivesse experimentado um cogumelo com efeitos alucinogénicos, *amanita muscaria*.

Considerando os seus registos, surge a hipótese se teria Carroll usado os seus diários como uma espécie de medicina narrativa, ou narrativa clínica, utilizando os registos como forma de expressar a sua estranheza face às alterações sensorio-perceptivas que experienciava.

Alterações da sensório-percepção

O processo da formação das percepções é um processo ativo, dinâmico, que envolve diferentes etapas. Primeiro, é necessária a existência de um estímulo sensorial, estímulo esse que é captado pelos órgãos dos sentidos, levando deste modo à formação de uma percepção sensorial. Posto isto, a esta percepção sensorial é-lhe atribuído um significado, formando-se assim uma percepção com significado. As perturbações da percepção dividem-se em dois grupos: as distorções sensoriais, e as falsas percepções.

Distorções sensoriais

constituem perturbações da percepção em que um objeto real, existente, é percebido de forma distorcida. Ao longo da obra *Alice no País das Maravilhas*, são inúmeras as situações em que Alice experiencia distorções sensoriais, sob a forma de: (1) alteração da forma/distância/dimensão de objetos externos; (2) distorções do próprio esquema corporal; e (3) fenómenos de alteração da vivência do tempo.

Distorção da forma / distância / dimensão de objetos externos

É com frequência que Alice, a protagonista da obra, se depara com a sensação de que alguns objetos que a rodeiam estão com dimensões diferentes, experienciando o que psicopatologicamente chamamos de *macropsia* e *micropsia*. Também refere em algumas situações a sensação de que vários objetos estão mais distantes do que o que realmente estão – *teleopsias* – ou mais perto – *pelópsias*. “*Mas - que pena! - ou as fechaduras eram demasiado grandes ou a chave era demasiado pequena.*”

Distorções do esquema corporal

Por várias vezes, Alice sente que as suas dimensões corporais se alteram. À sensação de o nosso próprio corpo, ou segmentos do mesmo, ser menor do que realmente é, denominamos *microsomatognosia*:

“*Que sensação estranha! – disse Alice. – Devo estar a fechar-me como se fosse um telescópio.*”

E, na verdade, assim era: não tinha agora mais do que vinte e cinco centímetros de altura, e o rosto iluminou-se-lhe ao pensar que estava do tamanho adequado para transpor a pequena porta e encaminhar-se para aquele jardim encantador.”

(...)

“«As coisas estão piores do que nunca», pensou a pobre criança, «porque eu nunca fui tão pequena como sou agora! (...)»”.

Se, pelo contrário, percecionarmos certas partes do nosso corpo com dimensões muito superiores às reais, estamos perante uma distorção do esquema corporal que apelidamos de macrosomatognosia:

“- Agora estou a crescer como se fosse o maior dos telescópios! Adeus, pés! – (pois quando olhou para os pés, mal os viu, de tão longe que estavam).”

(...)

“Mas, no momento seguinte, ficou aterrada ao verificar que os seus ombros tinham desaparecido. Quando olhou para baixo, tudo o que viu foi um pescoço imenso, que parecia nascer de um mar de folhas verdes que a circundava, como se fosse um talo.”

Fenómenos de despersonalização e desrealização

Entende-se por desrealização a alteração dos afetos associados à percepção, com sensação de irrealidade associada ao campo perceptual. É como se o mundo em redor fosse estranho, peculiar, envolto numa névoa mal-definida que se assemelha a um sonho. Já por despersonalização, entende-se a mesma sensação de estranheza, mas sentida face ao self, com uma sensação de não reconhecimento de si próprio.

Ambos estes fenómenos ocorrem com frequência ao longo do livro, transparecendo esta estranheza ao longo da evolução da narrativa.

“- Meu Deus! Como tudo é estranho, hoje! E ainda ontem as coisas corriam como de costume. Será que me modifiquei durante a noite? Ora deixa-me pensar: esta manhã quando me levantei eu era a mesma? Tenho a impressão de que me lembro de sentir-me um pouco diferente. Mas se não sou eu mesma, quem sou eu afinal?”

(...)

“Durante algum tempo, a Lagarta e Alice olharam-se em silêncio. Por fim, a Lagarta tirou o cachimbo da boca e perguntou-lhe numa voz lânguida e sonolenta:

– Quem és tu?

Não se pode dizer que fosse um princípio de conversa encorajador. Alice respondeu timidamente:

- Neste momento, nem sei bem, minha senhora... Esta manhã, quando me levantei, sabia quem era, mas já mudei tantas vezes desde então.

- O que queres dizer com isso? – perguntou a Lagarta com rispidez. - Explica-te!

- Receio não poder explicar melhor, minha senhora, porque eu não sou eu, percebe? – disse Alice.

- Não estou a perceber. – respondeu a Lagarta.

- Lamento não conseguir explicar-me melhor. – disse Alice com muita delicadeza. – mas, para começar, nem eu própria compreendo.(...)”

Alteração da vivência do tempo

A perturbação da vivência do tempo encontra-se presente em toda a obra de Carroll. A experiência da passagem do tempo está alterada, nomeadamente o tempo subjetivo. Ao longo de toda a narrativa, a presença constante do coelho branco com relógio de bolso, com a sensação de estar sempre atrasado, descreve uma alteração subjetiva importante da vivência do tempo, nomeadamente do curso do tempo, associado à sensação de aceleração do fluxo temporal. Ainda associado ao curso do tempo, surge-nos outro

exemplo relevante. Quando Alice repara neste coelho branco, que se encontra tão acelerado, segue-o, entrando na toca do coelho. A descrição realizada por Carroll da descida de Alice pela toca, ao contrário da aceleração do tempo transmitida pelo coelho, evidencia uma sensação de lentificação do fluxo temporal: “*On o poço era muito fundo, ou ela caiu muito devagar, pois teve ocasião de olhar à sua volta e interrogar-se sobre o que iria passar-se a seguir.*”

Adiante na obra, quando Alice se encontra na festa do chá, acompanhada da Lebre de Março e do Chapeleiro Louco, este último carrega consigo um relógio de natureza idiossincrática. Este relógio, para além de estar parado, marca o dia do mês, e não as horas. Tal fenómeno poderá constituir uma perturbação da qualidade do tempo, realçando esta sensação de estranheza, e carácter irreal do tempo.

“- *Se conhecesses o Tempo tão bem como eu, não farias em gastá-lo.*

- *Não percebo o que queres dizer* – disse Alice.

- *Claro que não percebes!* – replicou o Chapeleiro, abanando a cabeça com ar de desprezo. – *Era capaz de apostar que nunca falaste com o tempo!*

- *Talvez não* – respondeu Alice à cautela. – *Mas sei que tenho de bater tempos durante as lições de música.*

- *Ora, nem mais!* - replicou o Chapeleiro. – *Ele não suporta que lhe batam. Mas se estiveres de boas relações com ele, deixa-te fazer quase tudo o que quiseres com o relógio. Por exemplo, imagina que são nove hora da manhã, precisamente a altura de começar as lições. Só tens que fazer um sinal ao tempo e o relógio avança num abrir e fechar de olhos! Uma e meia, horas de almoço!”*

(...)

“*«Ela está a assassinar o tempo! Cortem-lhe a cabeça!»*

- *Que horror!* – exclamou Alice.

- *E desde então que ele não me faz uma única coisa que eu lhe peça* – lamuriou o Chapeleiro – *Agora são sempre seis horas.*

Fez-se luz no cérebro de Alice.

- *Então é por isso que têm tantos lugares postos à mesa?* – perguntou.

- *É* – respondeu o Chapeleiro com um suspiro – *Estamos sempre na hora do chá, e não temos tempo de lavar a loiça nos intervalos.”*

Alucinações

As alucinações são alterações da sensório-percepção, correspondendo a falsas percepções. Estas não se desenvolvem a partir de percepções reais, e ocorrem simultaneamente com estas. Apresentam-se com corporalidade, objetividade, e são localizadas ao espaço exterior, e não ao meio subjetivo interno. A experiência perceptiva é em tudo semelhante à de uma percepção real, estando fora do controlo voluntário do indivíduo. Diferentes modalidades sensoriais podem estar afetadas, como a audição ou a visão.

A sua presença na Síndrome da Alice no País das Maravilhas é controversa. Alguns autores descrevem alucinações associadas a esta síndrome, ainda que menos frequentes, e outros negam-nas, reforçando a presença apenas de distorções sensoriais. Na obra *Alice no País das Maravilhas*, Alice experiencia alucinações visuais, maioritariamente sob a forma de zoonoses, alucinações visuais com a forma de animais, sendo o mais paradigmático o gato de Chesire, província de onde Lewis Carroll era originário.

“- *Mas eu não quero estar ao pé de gente louca* – respondeu Alice.

- *Oh, não podes evitá-lo.* – disse o Gato. - *Aqui, todos são loucos. Eu sou louco. Tu és louca.*

- *Como sabes que sou louca?* – perguntou Alice.

- *Tens que ser, de outro modo não estarias aqui.”*

(...)

“*De repente, voltou a vê-lo, no sítio onde desaparecera.*

- *A propósito, o que é feito do bebé? – quis saber o Gato. – Quase me esquecia de perguntar por ele.*

- *Transformou-se num porco. – respondeu Alice, muito calma, como se não se tivesse passado nada de anormal.*

- *Era o que eu pensava.*

E tornou a desaparecer.”

Síndrome da Alice no País das Maravilhas

Descrita pela primeira vez em 1955 pelo psiquiatra britânico John Todd: Ao ler o clássico infantil de Lewis Carroll, Todd terá reconhecido da sua prática clínica algumas das alterações da percepção descritas pelo autor.

Em termos **epidemiológicos**, é uma síndrome relativamente rara, com apenas 170 casos descritos desde 1955. No entanto, a ausência de critérios de diagnóstico bem definidos e o facto de não estar presente nos sistemas de classificação atuais torna-a subdiagnosticada. No que diz respeito à **etiologia**, as causas mais frequentes são a enxaqueca, infeções do SNC, especialmente encefalite a EBV, mas também por vírus influenza A, vírus da varicela—zoster, ou coxsackie B1. Seguem-se as lesões cerebrais, causas farmacológicas e substâncias, epilepsia e outras, incluindo privação sensorial e hiperpirexia. Entre os fármacos associados a esta síndrome, encontram-se topiramato, montelucaste, risperidona, codeína. Quanto a substâncias psicoativas, a síndrome está descrita como ocorrendo após consumo de LSD, MDMA, canabinóides, amanita muscari, cocaína, mescalina, entre outros.

Do ponto de vista **fisiopatológico**, admite-se que exista uma atividade elétrica anormal provocada pelas diferentes etiologias, originando uma perturbação do fluxo sanguíneo cerebral com consequente hipoperfusão de três áreas fundamentais: junções temporo-ocipitais, temporo-parietal e parieto-ocipitais, onde se verifica a integração das informações visuais e somatossensoriais levando à representação interna e externa do *self*. Quando é necessário administrar um **tratamento**, este é dirigido à patologia de base, não havendo tratamento específico para a Síndrome da Alice no País das Maravilhas. A maioria dos casos desta síndrome são considerados benignos, com remissão completa na maioria dos casos. Qualquer que seja a causa, estas alterações da percepção podem surgir várias vezes por dia, e podem demorar algum tempo a desaparecer. Deste modo, o doente pode ficar alarmado, assustado, e com uma tendência para entrar em pânico, podendo em casos mais extremos tentar magoar-se a si próprio ou aos outros. Na maioria dos casos, transmitir ao doente que os sintomas não são prejudiciais é suficiente para acalmá-lo. O tratamento farmacológico com antipsicóticos não mostrou benefício.

Independentemente da patologia de que padecesse Lewis Carroll - ou se sofria sequer de alguma - é interessante refletir acerca dos detalhes que enriquecem a sua obra, quer sejam fruto de alterações psicopatológicas ou não. É indiscutível que o autor tem um talento notório para a escrita, sendo as suas obras apreciadas e admiradas até aos dias de hoje.

Conclusões

A Síndrome da Alice no País das Maravilhas foi descrita pela primeira vez em 1955, por John Todd, inspirando-se no clássico infantil de Lewis Carroll, *Alice no País das Maravilhas*. Existem poucos artigos publicados sobre esta síndrome, com o envolvimento de um reduzido número de doentes. Parece ser subdiagnosticada, sendo que a sua etiologia mais comum se prende com enxaqueca ou infeções do SNC como encefalite por EBV, ou consumo de fármacos e substâncias. O tratamento deverá ser dirigido à causa subjacente, não havendo tratamento dirigido às alterações da síndrome. A maioria dos casos desta síndrome são considerados benignos, no sentido de que a remissão completa dos sintomas pode muitas vezes ser obtida, por vezes de forma espontânea ou após

tratamento da patologia subjacente. Acredita-se que Carroll pudesse ter o diagnóstico de enxaqueca, tendo ele próprio experienciado alguns dos sintomas descritos.

Bibliografia

CARROLL, L. - Alice's Adventures in Wonderland. Chicago: Volume One Publishing 1998. A BookVirtual Digital Edition, v.1.2 November, 2000

PODOLL, K. - Robinson D. Lewis Carroll's migraine experiences. Lancet. 353:9161 (1999) 1366. doi: 10.1016/S0140-6736(05)74368-3. PMID: 10218566.

BLOM, JD. - Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. Neurol Clin Pract. 26:3 (2016) 259-270. doi:10.1212/CPJ.0000000000000251

MASTRIA, G, Mancini V, Viganò A, Di Piero V. Alice in Wonderland Syndrome: A Clinical and Pathophysiological Review. Biomed Res Int. 2016;2016:8243145. doi: 10.1155/2016/8243145. Epub 2016 Dec 27. PMID: 28116304; PMCID: PMC5223006.

BROOKS, JBB, Prodocimi FC, Rosa PBD, Fragoso YD. Alice in Wonderland syndrome: "Who in the world am I?". Arq Neuropsiquiatr. 2019 Sep 23;77(9):672-674. doi: 10.1590/0004-282X20190094. PMID: 31553398.

NINFOMANIA REVISITADA: DO CONCEITO DE *FUROR UTERINUS* ATÉ À CONCEPÇÃO ACTUAL

Ana Afonso Quintão*; Nuno Moura*; Ana Margarida Fraga**; Ana Rita Moura*;
Catarina Melo Santos*; Margarida Albuquerque**; João Facucho-Oliveira**;
Pedro Espada Santos**

*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Interno(a) de formação específica em psiquiatria

** Hospital José de Almeida Cascais.

Interno(a) de formação específica em psiquiatria

E-mails: ana.quintao27@gmail.com; nunojfmoura@gmail.com;

ana.margarida.fraga@gmail.com; rita.moura@nms.unl.pt;

anacatarinamelosantos@gmail.com; amcrs.albuquerque@gmail.com;

pdsantos@campus.ul.pt; jmfacuchoo@hotmail.com

Resumo

A noção de amor insano, acompanhada por desejo sexual “descontrolado”, é tão antiga quanto a medicina. Hipócrates descreveu que a loucura melancólica podia consumir as mulheres e recomendou o casamento como a cura. Galeno acreditava que o *furor uterinus* ocorria principalmente entre jovens viúvas, cuja perda de realização sexual as levaria à loucura. O diagnóstico de ninfomania ou *furor uterinus*, como era mais provável ser chamado até o século XVII, foi discutido por vários autores e era considerado uma doença orgânica específica dos órgãos genitais femininos e/ou cérebro. No século XX houve uma transição de uma explicação fisiológica para uma psicológica, que continua a carecer de maior exploração. Como o alcoolismo, a cleptomania ou a piromania, o constructo de ninfomania baseia-se num comportamento exibido. O desejo sexual feminino "excessivo" é, no entanto, um conceito muito mais ambíguo do que a embriaguez, compulsão por furtos, ou causar incêndios deliberadamente.

Palavras-chave: ninfomania; masturbação; erotomania; loucura; *furor uterinus*

Abstract

The notion of insane love, accompanied by “uncontrolled” sexual desire, is as old as medicine. Hippocrates described that melancholic madness could consume women and recommended wedding as a cure. Galeno believed that *furor uterinus* occurred mainly in young widows, whose loss of sexual realization would drive them to madness. The diagnosis of nymphomania or *furor uterinus*, as it was more likely to be called until the 17th century, was discussed by several authors and was considered a specific organic disease of the female genital organs and/or brain. In the twentieth century there has been a transition from a physiological to a psychological explanation that continues lacking further exploration. Like alcoholism, kleptomania, or pyromania, the construct of nymphomania is based on exhibited behavior. "Excessive" female sexual desire is, however, a much more ambiguous concept than drunkenness, compulsion to steal, or deliberately setting fires.

Introdução

Desde sempre se discutiu a noção de desejo sexual “descontrolado”, havendo várias tentativas de explicação para o mesmo, com a atribuição de causas distintas ao longo dos tempos. Inicialmente visto como uma doença dos órgãos genitais femininos e

posteriormente como uma doença orgânica cerebral, foi depois classificado como de origem psicológica. Actualmente, à semelhança de outros diagnósticos como piromania e alcoolismo, o constructo de ninfomania baseia-se num comportamento exibido. Este capítulo tem por objectivo realizar uma resenha histórica e discutir a pertinência e implicações do conceito.

Furor uterinus

Já no antigo Egipto (1900 a. C, Kahun Papyrus, e 1600 a.C, Eber Papyrus) existe menção de movimentos uterinos espontâneos como causa de doença, provocando sintomas como convulsões não atribuíveis a causa médica, sensação de sufoco e morte iminente, com indicação para medidas terapêuticas que dependiam da posição do útero, forçando-o a retornar à posição habitual através da colocação de substâncias azedas e com mau odor na vagina ou na boca.

Posteriormente, a mitologia grega traz, na história de Melampus, o conceito de loucura provocada pela rejeição do falo, o que faria com que o útero fosse envenenado por humores venenosos, devido à ausência de orgasmos e “melancolia uterina”. Esta loucura seria curada pela utilização de plantas e pelo incentivo à prática de relações sexuais. Assim, nasce a ideia de uma loucura feminina relacionada com ausência de uma vida sexual satisfatória.

Hipócrates (460 a. C) foi o primeiro a utilizar o termo “histeria”, que acreditava ser causada pelos movimentos anormais do útero, e estes derivados de humores venenosos que, devido a uma vida sexual não activa, não eram apropriadamente expulsos e ficavam estagnados. Isto aconteceria porque o corpo da mulher seria fisiologicamente frio e húmido, e portanto predisposto à putrefacção dos humores; portanto, quando o útero era privado dos benefícios da relação sexual, que permitiria alargar o canal e expulsar os humores putrefactos, adoecia. Este problema seria mais comum em virgens, viúvas ou solteiras, e teria propensão a causar ansiedade, sensação de sufoco, tremores, e por vezes convulsões e paralisia. Recomendava, portanto, o casamento como a cura, para além do mesmo tratamento com substâncias azedas, para que o útero pudesse retornar ao seu lugar.

Erotomania

Plutarco (46 d.C) foi dos primeiros a usar o termo **erotomania** (ερωτομανία) com o sentido de “amor excessivo”. O significado do conceito foi-se alterando ao longo do tempo, em diferentes estadios:

1.Doença médica causada por amor não correspondido

2.Excessivo desejo sexual

3.Amor não correspondido que leva a doença mental

4.Crença delirante de que alguém está apaixonado por si

Estadio 1: “Doença médica causada por amor não correspondido”

O desejo sexual considerado excessivo encontrava-se frequentemente associado a amor não correspondido. Este era considerado mais comum em mulheres jovens e viúvas, e associava-se a pulso rápido, e, mais raramente, a febre ou melancolia, de acordo com Galeno (129 d.C)

“Ela estava a sofrer de uma melancolia dependente de bÍlis negra, ou então de problemas que ela não queria confessar ... depois de eu ter diagnosticado que não havia problemas físicos e que a mulher estava a sofrer de algum mal-estar mental ... alguém veio do teatro e disse que tinha visto Pylades a dançar; então, tanto a sua expressão quanto a cor do seu rosto mudaram... e notei que o pulso se tinha tornado extremamente irregular ... Assim, descobri que a mulher estava apaixonada por PÍlades...”

Os tratamentos preconizados eram flebotomias, purgas, ervas para estabilizar os elementos, relações sexuais ou casamento.

Todavia, nem todos estavam de acordo com este tratamento: Caelius Aurelianus considerava “Alguns médicos afirmam que o amor é o remédio para a loucura ... eles não estão cientes da verdade de que o amor é a própria causa dela. Um homem por amor a Prosérpina procurou entrar no mundo inferior... outro atirou-se ao mar por causa da sua saudade da ninfa do mar Anfitrite ... é absurdo e errado recomendar, de todos os remédios para a doença, a precisa coisa que está a tentar tratar ... ”

O conceito de erotomania como doença médica por amor não correspondido predominou até final do século XVII.

Estadio 2: “Excessivo desejo sexual”

No século XVIII, erotomania começa a definir-se como uma “loucura” causada por apetite sexual excessivo que escraviza a pessoa para a prática do sexo. Neste contexto, era considerada uma forma de melancolia. Recebeu várias designações, sendo as mais comuns *amor insanus*, ninfomania (nas mulheres), *furor uterinus*, satíriase (nos homens), e metromania. O termo **ninfomania** parece ter sido utilizado pela primeira vez por Blancard (1684 d.C) “ninfomania, o mesmo que *furor uterinus*”, e deriva da ninfa do folclore grego, uma divindade feminina da natureza. As ninfas podiam ser vistas em grupos, dançando ou tomando banho, e quem as visse poderia ficar embevecido ou louco. Por seu lado, o termo **satíriase** deriva também da mitologia grega, do sátiro, um espírito masculino da natureza, que possuía uma erecção exagerada e permanente. No final do século XVIII, ninfomania e satíriase surgem na maioria dos sistemas nosológicos e tornam-se o protótipo de erotomania.

Ninfomania

A Enciclopédia Francesa definiu o termo (Dederot e D’Álembert, 1753-1765): *FUREUR UTERINE*, ninfomania, *furor uterinus*: “é uma doença que é uma espécie de delírio atribuído por esse nome apenas às pessoas do sexo, em que um apetite venéreo desordenado leva a uma procura violenta para se saciarem, para buscarem descaradamente os meios para atingir esse objetivo; dizer as coisas mais obscenas, fazer as coisas mais indecentes para excitar os homens que se aproximam deles, para extinguir o ardor com que são devorados”.

Sennert (1572 d. C), utiliza o termo “frenesim uterino”, que, segundo o próprio, resultaria da acumulação, calor e putrefacção da semente no útero, podendo afectar virgens e viúvas. Acreditava que a condição apenas poderia ser tratada durante as fases iniciais. Os tratamentos recomendados eram emulsões, electuários (incorporação de pós em substâncias como mel ou resinas), e banhos, todos eles tendo por base variadas plantas e substâncias.

Boissier de Sauvages (1771), que fornece um relato detalhado da ninfomania como “desejo violento demonstrado por certas mulheres pelos prazeres do sexo”, classifica a ninfomania em 4 tipos: *salacitas* (salaciosa), *furibunda* (furiosa), *ardor uterinus* (ardor uterino) e *pruritus uteri* (pruriginosa). A salaciosa, originalmente descrita por Sennert, teria início na adolescência e afectaria virgens; a furiosa, seria uma forma avançada da condição que levaria à loucura e demência; o ardor uterino, que resultaria de patologia uterina e levaria os afectados a desejar o coito apesar da dor que isso lhes pudesse causar; e a pruriginosa, quando um prurido vulvar iniciaria a doença. Boissier concordava com Sennert (e outros) de que a última poderia não ser, de facto, uma forma genuína de ninfomania.

Cullen (1827 d.C.) propôs que a ninfomania e a satíriase fossem classificadas como doenças dos órgãos genitais no seu sistema classificativo:

Classe IV: “Locales” (*partis, non totius corporis, affectio*)

Ordem II: “Disorexia”

Secção 1: “*Appetitus erroneus vel deficiens*”:

104. Satiríase

105. Ninfomania

De Bienville considerou a ninfomania localizada aos órgãos genitais, mas potencialmente maligna, com progressão para melancolia, mania ou demência: “A ninfomania pode ser definida como um movimento desorganizado dos órgãos femininos. Ao contrário de outras doenças, de início agudo, a ninfomania esconde-se sob uma aparente calma e, portanto, o seu perigo pode nem ser percebido pelo paciente (...) jovens virgens que se apaixonaram prematuramente podem ser apanhadas de surpresa (...) mas a mulher casada não está livre desse perigo, especialmente se forem casadas com um homem fraco, ou temperado, ou que é frio e não gosta das delícias do sexo”. Autor de um reconhecido livro sobre ninfomania, incluiu neste um capítulo sobre o papel da imaginação na produção da ninfomania, contrariando a abordagem orgânica e moralista de escritores anteriores, e tentando compreender a patologia em termos psicológicos.

Louyer-Villermay (1819) referiu-se à ninfomania como uma doença mental e sugeriu que esta se processaria em 3 estadios, em que no terceiro, a doente se torna violenta, atacando homens e mesmo cães na sua busca por satisfação sexual, sendo o prognóstico sombrio. No século XIX, a ninfomania é vista como neurose e degeneração moral por Morel. Era, então, considerada uma **doença da personalidade**, que afectaria mulheres cuja alma carregava os pecados dos seus antecessores. Foi associada a doenças como a neurosífilis e o alcoolismo. Krafft-Ebing chamou a condição de *Psychopathia Sexualis* e relevou o possível carácter hereditário e riscos de desintegração social “Ai do homem que cair nas malhas de uma messalina tão insaciável, cujo apetite sexual nunca é saciado”. O **risco moral** da condição levou à generalização dos tratamentos cirúrgicos. Por esta altura, existem relatos da realização de clitoridectomias, que se pensava diminuir a masturbação feminina. Um ginecologista inglês, Isaac Baker Brown, acreditava que uma “irritação não natural” do clitoris causaria epilepsia, histeria, e mania, e propôs a sua remoção como tratamento.

Só mais tarde a ninfomania foi vista como síndrome clínica: “A ninfomania é uma necessidade insaciável do acto sexual que afecta as mulheres. É um sintoma de muitas doenças que podem ter diferentes etiologias e localização. Alguns acreditam que seja o resultado do útero; outros acreditam que seja uma doença do cérebro e caracterizam-na como uma loucura impulsiva. Se for o último, é dividido em primário e secundário. Na nossa opinião, todas essas visões são irrelevantes, pois dependem da moda na ciência e mudam conforme a última muda.” (Bouchereau, 1878)

Na sua revisão da literatura em 1858, Bucknill enfatizou as distinções feitas entre erotomania e ninfomania: “Erotomania era uma doença caracterizada por delírios amorosos da imaginação. Ninfomania era definida como uma doença física onde “o mal tem origem no órgão reprodutivo””. Na 2ª metade do século XIX, dá-se a distinção definitiva entre ninfomania e erotomania: erotomania é classificada como uma loucura parcial, um amor platónico exagerado. Posteriormente, virá a adquirir a conotação delirante que lhe é hoje conhecida.

A ninfomania passou a ser vista como um sintoma, e não como doença. Posteriormente, a hipertrofia do clitoris é vista como sinal de ninfomania, prostituição e lesbianismo, pois seria uma “imitação do pénis”. No início do século XX, o conceito foi alargado às feministas e *suffragettes*, dizendo-se que corriam o risco de se tornarem “masculinas” e potencialmente sexualmente agressivas

No século XX, as teorias psicodinâmicas vieram trazer novos conceitos à questão da ninfomania. Esta ficou definitivamente vista como um sintoma psicológico, mas a sexualidade feminina passou a ser vista como passiva, e considerou-se que a experiência sexual plena na mulher se daria apenas pelo orgasmo vaginal. Segundo a teoria psicodinâmica, as ninfomaniacas seriam na verdade “frígidas”, daí serem insaciáveis. A teoria psicodinâmica postulou ainda que o tratamento seria psicológico.

Em 1968, Auerback reafirmou uma definição de ninfomania: "o impulso insaciável de se envolver num número anormal de contactos sexuais com um número anormal de parceiros sem um envolvimento emocional profundo. O impulso sexual é constante, insaciável, impulsivo e descontrolado. O parceiro é apenas o veículo ou objeto, e não o companheiro participante." A definição contém três elementos - aumento acentuado do impulso sexual, comportamento sexual com parceiro extremamente frequente, e promiscuidade – que foram considerados como alguns autores como uma tríade diagnóstica.

Actualidade

Actualmente, a ninfomania considera-se como uma perturbação do comportamento. Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID), décima edição (CID-10), enquadra-se no grupo F50-F59 “Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a factores físicos”, categorizando-se como “F52.7: Desejo sexual excessivo”. Contudo, numa revisão posterior, a CID-10-CM (2016), verifica-se que o diagnóstico F52.7 foi abandonado, devendo ser adoptado o “F52.8 (outra disfunção sexual não relacionada com substâncias ou uma condição fisiológica conhecida)”.

Na CID-11, a ninfomania é classificada como uma **perturbação de comportamento sexual compulsivo** “Os sintomas podem incluir actividades sexuais repetitivas, tornando-se um foco central da vida da pessoa, a ponto de negligenciar a saúde e os cuidados pessoais ou outros interesses, actividades e responsabilidades; numerosos esforços mal-sucedidos para reduzir significativamente o comportamento sexual repetitivo; e comportamento sexual repetitivo continuado, apesar das consequências adversas ou derivando pouca ou nenhuma satisfação disso. O padrão de falha em controlar impulsos ou impulsos sexuais intensos e comportamento sexual repetitivo resultante manifesta-se por um longo período de tempo (por exemplo, 6 meses ou mais) e causa sofrimento acentuado ou prejuízo significativo na vida pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. A angústia, que está totalmente relacionada a julgamentos morais e desaprovação sobre impulsos, desejos ou comportamentos sexuais não é suficiente para atender a esse requisito.

Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), encontra-se no capítulo “Disfunções sexuais” e categoriza-se como “Outra disfunção sexual específica 302.79”, que especifica “Aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de uma disfunção sexual que causa stress clinicamente significativo no indivíduo, mas não preenche os critérios de diagnóstico para nenhuma das doenças da classe das disfunções sexuais. Esta categoria utiliza-se em situações em que o clínico escolhe comunicar a razão específica pela qual a apresentação não se enquadra nos critérios para nenhuma disfunção sexual específica. Isto realiza-se colocando “outra disfunção sexual específica” seguida da razão específica para este diagnóstico.”.

Conclusões

O diagnóstico de ninfomania foi amplamente discutido por incontáveis autores, sendo inicialmente considerado uma doença orgânica, com origem nos órgãos genitais femininos, e posteriormente uma doença orgânica cerebral. Apenas no século XX surgiu uma mudança de paradigma, passando a ser atribuída uma causa psicológica à condição, que contudo é ainda incompreendida. À semelhança de outras patologias como o alcoolismo, a cleptomania e a piromania, é considerada uma perturbação do comportamento na CID-10, sendo o diagnóstico baseado num comportamento observado; enquanto que no DSM-5, é considerada no capítulo relativo a disfunções sexuais.

Bibliografia

Tasca C, Rapetti M, Carta M. G & Fadda B. (2012). Women And Hysteria In The History Of Mental Health, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, vol 8: 110–119

Levine S. B (1982). A modern perspective on nymphomania, *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol 8(4):316-24.

Berrios G. E. & Rivière L (2006). 'Madness from the womb', *History of Psychiatry*, Jun; vol 17(66 Pt 2):223-35.

WOMANHOOD AND THE FREUD FAMILY: PERSPECTIVES ON ANNA FREUD'S BIOGRAPHY

Ana Rita Moura*,¹ Nuno Moura*; Ana Margarida Fraga**, Raquel Medinas*; Filipe Azevedo*, Catarina Melo-Santos*; Filipa Prates*, Daniela Magalhães²

*Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Ocidental. Interno(a) de formação específica em psiquiatria ** Hospital José de Almeida Cascais. Interno(a) de formação específica em psiquiatria,¹NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; ²Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Interna de formação específica de psiquiatria,
Email: rita.moura@nms.unl.pt

Abstract

This chapter addresses the private life of Anna Freud, the sixth and youngest child of Sigmund Freud and Martha Bernays. Firstly, we provide a brief context on the life and work of Anna Freud. Secondly, we focus on a short analysis of her relationship with her father and Dorothy Burlingham (Anna's lifelong partner). While there is consensus about Anna's important work as an innovative pedagogue and, chiefly, as a founder of child psychoanalysis – parts of her authentic voice and experience remain underappreciated. Thus, we demonstrate that Anna's sexuality must be considered when one approaches her psychoanalytical corpus, her relationship with her father, and her life's path as a whole. Anna Freud, we argue, can be seen in this light as an inspirational example of a woman living on her terms.

Key-words: child psychoanalysis; Freud; gender issues, womanhood

Introduction

Anna was born in Vienna on December 3rd, 1895, and died on October 9th 1982. Following her father's footsteps, she became a renowned British psychoanalyst and may be considered the founder of psychoanalytic child psychology, alongside Hermine Hug-Hellmuth and Melanie Klein. Her devotion to her father is perhaps a significant contributor to her love of psychoanalysis. This chapter traces the relationship between Anna and Freud, exploring how this dyad evolved through Anna's life and how her sexual identity had a pivotal role in it. Therefore, we explore how Anna's sexuality might have shaped the clinical relationship between Freud and his patient Margarethe Csonka Trauteneegg; and how Anna's lifelong partnership with Dorothy Burlingham (mother of four children) shaped her interest in child psychoanalysis.

Vienna years

An unhappy childhood and her sibling rivalry

Anna Freud was born and raised in Jewish descent in a "bourgeois" household. She had an unhappy childhood, in which she "never made a close or pleasurable relationship with her mother. She was nurtured by their Catholic nurse Josephine" (Young-Bruehl, 2008). Anna also experienced a problematic relationship with her older sister, Sophie, two and a half years older and her mother's favourite. This conflict was explicit in Anna's descriptions of her family ties:

"My sister Sophie was Papa's favourite child; she was older than me by two years. She was far prettier, she hated me, and already she knew how to wrap a man around her little finger. My sister Mathilde, eight years my senior, was obedient and kind, and for these qualities, Papa was grateful. I especially liked her kindness. However, she often sang aloud to herself; she could not help it, even though extraneous sounds annoyed Papa. My three boisterous brothers were all loud, too, which set Papa on edge." (Gay, 2006).

This conflict lasted until 1913 when Sophie married and moved out of the apartment. The family made sure that Anna was out of the country for the wedding. Anna was sad but consoled by the prospect of spending more time with her father. A week before the wedding day, she wrote to him, "I am glad that Sophie is getting married because the unending quarrel between us was horrible for me" (Gay, 2006). This early rivalry most likely contributed to Anna's vision of family ties and her strong urge to follow her father's steps. Although, in addition, she had a slim figure and frail health and may have suffered from depression, "she was repeatedly sent to health farms for thorough rest, salutary walks, and some extra pounds to fill out her all too slender shape" (Young-Bruehl, 2008). Nevertheless, Anna was a lively child, as Freud wrote to his friend Wilhelm Fliess in 1899, "Anna has become downright beautiful through naughtiness" (*Anna Freud: 1895 - 1938*, n.d.). Moreover, she showed a very precocious interest in her father's work as a teenager. As a result, she was allowed to sit in at the newly established Vienna Psychoanalytical Society meetings that Freud convened at his home.

Anna's first visit to England

Anna Enrolled at the Cottage Lyceum, a secondary school for girls in Vienna. She progressed in most subjects very well, particularly interested in languages. Freud's household held many foreign visitors, which inspired Anna to emulate her father. She became quickly proficient in different languages, and she soon mastered English and French and acquired some basic Italian. The positive experience at the Lyceum led to her initial choice of teaching as a career.

After she left the Lyceum in 1912, she took an extended vacation over the winter months in Italy. During this period, she experienced intense self-doubt and started questioning her future. She shared these problems with her father, whose writings she had begun reading. In response, he provided reassurance, and in the Spring of 1913, they went for a tour of Verona, Venice and Trieste.

Anna finished her education at the Cottage Lyceum in Vienna, and in 1914 she travelled alone to England to improve her English, rewarding herself for passing the entrance exams. Unfortunately, the First World War broke out when she arrived. As a result, the British government hastily imposed restrictions on the rights and movements of foreigners, and Anna had to register with the police as an 'alien enemy'. Thus, she returned to Vienna, with the Austro-Hungarian ambassador and his entourage, via Gibraltar and Genoa.

Training as a teacher in the war and early psychoanalytic work

During the First World War, Anna experienced constant food shortages in Vienna and little fuel for heating. In 1914, after passing her teaching examination, Anna began work as a teaching apprentice at her old school, the Cottage Lyceum. From 1915 to 1917, she worked as a teaching apprentice for third, fourth, and fifth graders. For the school year 1917–18, she began "her first venture as *Klassenlehrerin* (headteacher) for the second grade." Anna was particularly appreciated for her "conscientious preparations" and her

"gift for teaching" (Young-Bruehl, 2008). She became such a success that her supervisor invited her to stay with a regular four-year contract starting in 1918.

Anna was, in fact, an exception in the Austrian school system. Before learning more about the Austrian teaching system in-depth, she was already acting in a very different way than her peers. In the early 20th century, the Austrian school system was highly disciplinarian. Several historians have noted that the priority was not to inspire pupils to learn but to create obedient citizens who would accept the status quo to serve the Austro-Hungarian empire better. Even if not formally aware of it, Anna used very *avant-garde* teaching methods. Therefore, Elisabeth Young-Bruehl described her teaching methodology as "from the viewpoint of her little students, Anna Freud was an oasis of warmth and enthusiasm amid their dreary, difficult wartime lives." Later on, this first contact with teaching would be essential to her later child's psychoanalytical work.

Anna dreamed of pursuing higher education. She expressed her desire to her father, who disapproved. However, with the encouragement and assistance of Freud, Anna pursued her exploration of psychoanalytic literature. In 1915, she undertook her first translation work for the Vienna Psychoanalytical Society. She translated the papers by James Jackson Putnam (into German) and Hermine Hug-Hellmuth (into English).

During 1916 and 1917, she attended the lectures on psychoanalysis her father gave at the University of Vienna. By 1918, under his approval she went to pursue training in psychoanalysis, and she went into analysis with him in October of that year.

Having contracted tuberculosis during 1918 and after experiencing multiple episodes of illness, she resigned from her teaching post in 1920.

The case of Sidonie C.

Margarethe Csonka Trautenegg, pseudonym Sidonie Csillag, was born in 1900 to a Jewish family and was immediately baptised Catholic. Her teenage infatuation with a local courtesan scandalised her *Haute-bourgeois* Viennese family, and they sent her to Freud to "cure" her "inversion." [or 'perversion'] (Borgos, 2021), although she initially resisted every attempt at adhering to her psychoanalysis. Sidonie's story includes long-lasting forbidden love affairs with women that lasted through two World Wars. She had a disastrous marriage, a flight from the Nazis to Cuba and the United States, and later she had a tragic postwar return to Vienna and subsequent sojourns around the globe before her death in Vienna in 1999.

Sidonie's case changed Freud's perceptions of sexuality, never outspoken. After following this woman patient, Freud adjusted the details of the case to fit how he was thinking about the Oedipal theory at that point and indicatively used such terms as 'penis envy' and 'masculinity complex'. At the same time, this therapeutic encounter, 'failure' though it was, had also changed him. Concerning his stated position on homosexuality, Freud did not aim to 'cure' his patient and expressly clarified the pointlessness of all such efforts. Moreover, he considered the popular question regarding the congenital or acquired nature of homosexuality to be 'fruitless and inadequate' (Freud, 1920, p. 155).

Nevertheless, despite this complexity, most authors do not explore this psychoanalytic context and ignore Freud's radical views on homosexuality as expounded in the 'Three Essays' (1905). Also noteworthy is his problematic but striking conception of femininity represented in his 1925 study 'Some Psychological Consequences of the Anatomical Distinction Between the Sexes' and his infamous 1930s essays 'Female Sexuality' (1931) and 'Femininity' (1933) (Borgos, 2021).

This patient was the same age as Anna and, similarly, she had not shown great interest in men at that age. One of Sigmund's beliefs about psychoanalysis was the inherently erotic relationship between patient and practitioner. He publicly denounced the idea of analysing family members, as he believed it would be incestuous. However, when Anna turned

eighteen, Sigmund began analysing his daughter. Her sessions with her father, however, were strictly traditional. His father asked his standard questions, probing into her sex life, fantasies, and dreams, seeking the meaning behind each (Borgos, 2021). Later Freud did initiate psychoanalysis on his daughter on two different occasions. In one of those, he read the conclusion of her analysis in a public lecture. Anna later sat in the audience as her father read that paper to the public. Though he did not share her name with the audience, he did make it clear that he thought it was unlikely that her case would end well or that she would ever be able to reach "sexual normalcy". Freud experienced a conflict about her social condition and her lack of interest in men's approval. As a result, a chasm arose between the two, given that Anna's sexuality represented an obstacle to her father's unconditional love.

Anna's new direction for psychoanalysis

In 1922, Anna's connections with psychoanalytical work gained strength, this year, and she presented her paper "Beating Fantasies and Daydreams" to the Vienna Psychoanalytical Society and became a member of the society. In 1923, she began her psychoanalytical practice with children, and by 1925 she was teaching at the Vienna Psychoanalytic Training Institute on the technique of child analysis. She proposed her approach, which she set out in her first book, "An Introduction to the Technique of Child Analysis", published in 1927 (*Teacher Training*, n.d.).

Several psychoanalysts had experimented with child analysis prior to Anna Freud. The first practising child psychoanalyst was Hermine von Hug-Hellmuth, who published an article on "Play Therapy" in 1913. Carl Jung, Lou Andreas-Salomé and Sándor Ferenczi had all worked with children. Anna Freud first systematised and refined child psychoanalysis into a distinct form of therapy.

Dorothy, the Burlingham family and Anna's fulfilment

In order to understand how Anna's lesbian identity influenced her work, it is essential to contextualise her psychoanalytical methodology with her private life.

Closely after starting analysing children, she became acquaintances with the Burlingham family. Dorothy Trimble Tiffany was born in New York City and was the granddaughter of Charles Lewis Tiffany, founder of Tiffany & Co. She married a New York City surgeon, Robert Burlingham, in 1914, but the couple separated in 1921 because her husband had bipolar disorder, named manic-depressive psychosis at the time.

After divorcing, Dorothy moved to Vienna with her four children in 1925. When Dorothy arrived in Vienna, her life was very complicated. Her mother, for whom she had felt an uncritical adoration, had died when Dorothy was 12. Dorothy lived alienated from her father for complex reasons, and the family faced a complicated divorce. Moreover, the lives of her four children were troubled by their parent's divorce. The eldest of them, Bob, had several health problems such as a skin disorder. So, when she and her children arrived in Vienna in 1925, it was in the hope that psychoanalysis could provide some answers, in what had become a hopelessly tangled situation – being her immediate objective to get psychoanalytic treatment for ten-year-old Bob.

She soon began a lay analysis with Theodore Reik before starting an analysis with Sigmund Freud in 1927 (which lasted until Freud's death, 12 years later). She also met Anna Freud, who was already an analyst and took in all the Burlingham children as her patients. Soon, the Burlingham boy's skin disorder disappeared. This turn of events led Burlingham to become a lay analyst herself and, in preparation for it, to complete analysis with Sigmund Freud, even though she had become personally close to Anna Freud. Her children's analysis and analysis lasted for the rest of their days.

The therapeutic relationship between the Burlinghams and the Freuds was quickly complemented by a personal one between Dorothy and Anna, as indicated less than nine months after the Burlinghams' arrival in Vienna when they joined the Freuds on their summer vacation in Semmering. With time came a greater possibility, the chance to fulfil one of Anna's most potent and forbidden wishes: to have children and a family of her own. The line between the practice of psychoanalysis and a psychoanalytically informed life seems context to its epoch.

London years

A new life in England

The collapse of the Austro-Hungarian empire in 1918 had brought a wave of educational reform, opening up new possibilities for progressively minded teachers and psychoanalysts like Anna Freud. Sadly, it was short-lived. The 1930s saw right-wing and increasingly militarised factions gaining power in Vienna. In 1932, the Matchbox School shut down. Then, in 1938, Austria was taken over by the Nazis, and the Freud family had to flee.

1938, following the Anschluss in which Nazi Germany occupied Austria, Anna was taken to Gestapo headquarters in Vienna for questioning the International Psychoanalytical Association activities. Unknown to her father, she and her brother Martin had obtained Veronal from Max Schur, the family doctor to commit suicide in case of torture or internment. However, Anna survived her interrogation ordeal and returned to the family home. After her father had reluctantly accepted the urgent need to leave Vienna, she set about organising the complex immigration process for the family in liaison with Ernest Jones, the then President of the International Psychoanalytical Association. The latter secured the immigration permits that eventually led to the family establishing their new home in London at 20 Maresfield Gardens, Hampstead.

After the Freud family left Vienna in 1938, Anna resumed her psychoanalytic practice and her pioneering work in child psychology in London, establishing the Hampstead Child Therapy Course and Clinic in 1952 (now the Anna Freud National Centre for Children and Families) as a centre for therapy, training, and research work. In early September 1939, the Second World War broke out, and a few weeks later, Sigmund Freud died.

The Freud-Klein controversy and Anna's legacy

Melanie Klein was a vital psychoanalyst that contacted very closely with Anna Freud. They had a life-long disagreement dating back to the 1920s centred around the genesis of the superego and the clinical approach on the pre-Oedipal child. Klein argued for play as an equivalent to free association in adult analyses. Anna Freud opposed any such equivalence, proposing an educative intervention with the child until reaching the appropriate level of ego development at the Oedipal stage. Klein held this to be a collusive inhibition of analytical work with the child.

During the war, the hostility between Anna Freud and Melanie Klein and their respective followers in the British Psychoanalytic Society (BPS) grew more intense – to the point that to avoid a terminal split in the BPS, reconciling policy-making had to be implemented. In Melanie Klein's school of child analysis, no similar concerns about technique played a part since with them, from the outset, free play was seen as a total equivalent of free association and accepted as the basis for symbolic interpretations and as the vehicle of transference. The new theory of early development included the struggle between life and death instincts.

Nevertheless, if there was one point on which the two schools were in an entire agreement, it was the form in which instruction candidate received instruction. It also

looked at the beginning of life, the splitting of objects into good and evil, projection and identification in building up the personality, and the overwhelming importance of orality. In fact, according to this theory, it is the events of the oral, not of the phallic-oedipal, phase from which form the main features of superego and character. Alongside this process, also it includes the roots of mental illness.

Compared to her father, Anna's work emphasised the importance of the ego and its regular "developmental lines" and incorporated a distinctive emphasis on collaborative work across a range of analytical and observational contexts. Child analysis as a subspecialty of psychoanalysis appeared on the scene much developed by the work of Anna. At the time, this did not happen as an isolated new departure but as part and parcel of what we call in retrospect the "widening scope of psychoanalysis".

In her own words, she describes the need to evolve this work as "a step forward in the line toward more systematic development when I was asked to talk on child analysis" within the framework of the newly founded Vienna Institute of Psychoanalysis, a course of four lectures which appeared 1926/27 under the title of Introduction to the Technique of Child Analysis.

Conclusion

One of Anna's biographers, Rebecca Coffey, wrote a book about the unforeseen story of Anna Freud. Coffey exposes Anna's unrelieved loyalty to her father and notes how Freud used to refer to Anna as a "vestal virgin." - noting that that is an odd way to describe an adult woman. When searching for Anna's legacy, the name "Dorothy Tiffany Burlingham" occasionally came up in association with Anna's. However, no other details besides the name appear in the literature. Additionally, there was a tendency from the inner circles of the Freud family to make vague, proud references to men Anna could have married but somehow never got around to dating. "Poor, lonely Anna, too devoted to her Papa to live a full life" was a general sentiment. However, we argue that Anna's devotion to her father cannot obfuscate her lifelong love for Dorothy and her constant resilience against all odds. As Anna Freud said about her life: "I have been especially fortunate all my life. From the very beginning, I was able to move back and forth between practice and theory." (*Anna Freud: 1895 - 1938*, n.d.)

Intimately Anna Freud loved Dorothy Tiffany Burlingham for 54 years. They raised a family together and became psychoanalysts, specialising in work with children. Unravelling Anna's story includes understanding her early life experience as a lesbian in a famous family where her romantic longings were considered dangerous. Includes demonstrating that her father analysed her when he tried to determine the mental basis for sexual orientation. Includes Freud's disapproving of her lifelong female lover. Nonetheless, Anna's story is also a story of awe-inspiring defiance (against her father and the status quo) and of unconditional love (to Dorothy and to her father, which remained her loving teacher until the end).

References

- Anna Freud: 1895—1938*. (n.d.). Retrieved March 5th 2022, from <https://web.archive.org/web/20040519230157/http://www.freud-museum.at/freud/themen/anna1-e.htm>
- Borgos, A. (2021). Ines Rieder and Diana Voigt, The Story of Sidonie C.: Freud's Famous 'Case of Female Homosexuality'. *Psychoanalysis and History*, 23(1), 110–114. <https://doi.org/10.3366/pah.2021.0372>
- Gay, P. (2006). *Freud: A Life for Our Time*. Little Books, Limited. <https://books.google.co.uk/books?id=MgypuQAACAAJ>

Teacher Training. (n.d.). Freud Museum London. Retrieved March 5th 2022, from <https://www.freud.org.uk/education/resources/anna-freud-life-and-work/teacher-training/>

Young-Bruehl, E. (2008). *Anna Freud: A Biography*. London: Yale University Press (Yale University Press).

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***

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE; USF Felgueiras Saúde

*Interno de Formação Específica de Psiquiatria; **Assistente Graduada de Psiquiatria

***Assistente de Medicina Geral e Familiar

Email: isasoares20@hotmail.com

Resumo

Maria Tudor foi a única filha do primeiro casamento de Henrique VIII a atingir a idade adulta. Aos 38 anos chegou ao trono, solteira e com um problema urgente de sucessão à coroa Inglesa. Assim, em 1554 casou-se com Filipe de Espanha e para espanto de todos, pouco tempo após o matrimónio, anunciou uma gravidez. Porém, este anúncio acabou por não se confirmar: Mary não estava grávida. Dois anos depois a história repetiu-se e uma nova gravidez “fantasma” voltou a assombrá-la, revelando-se fatal com o seu falecimento aos 42 anos. Vários autores defendem que a mesma sofreu de gravidez psicológica, atualmente designada de pseudociese, uma condição em que há uma conexão estreita entre fatores psicológicos e alterações neuroendócrinas. Nesta reflexão pretende-se explorar aspetos da vida da monarca, como a depressão, solidão e marginalização que sofrera e que podem ter contribuído ao surgimento deste raro e bizarro síndrome.

Palavras-chave: Maria Tudor; gravidez psicológica; falsa gravidez; pseudociese; pseudogestação

Abstract

Maria Tudor was the only daughter of Henry VIII's first marriage to reach the adult stage. She was crown at the age of 38, single and with an urgent problem of succession to the English crown. In order to assure an heir she married Philip of Spain and, to everyone's astonishment, she announced a pregnancy shortly after her marriage. However, this announcement ended up not being confirmed: Mary was not pregnant. Two years later, history repeated itself and a new “phantom” pregnancy came back to haunt her and causing her death at the age of 42. Several authors argue that she suffered from psychological pregnancy, currently called pseudocyesis, a condition in which there is a close connection between psychological factors and neuroendocrine changes. In this reflection, we intend to explore aspects of the monarch's life, such as the depression, loneliness and marginalization she suffered and which might have contributed to the emergence of this rare and bizarre syndrome.

Key-words: Mary Tudor; psychological pregnancy; false pregnancy; pseudocyesis; pseudopregnancy

Introdução

No ano 300 A.C. Hipócrates descreveu 12 casos de mulheres que “imaginavam-se grávidas, visto que o mêsruo era ausente e a matriz crescida”. Vários relatos semelhantes ao longo do tempo foram contados, tendo sido empregados termos como, “gravidez imaginária”, “gravidez histérica”, “gravidez fingida”, “gravidez espúria”, “gravidez (de fundo) nervoso”. Em 1823, John Mason Good, utilizando duas palavras gregas, pseudo

(falsa) e Kyesis (gravidez), introduziu o conceito de pseudociese, que visava a uniformização do termo e eliminar a conotação pejorativa associada.

Várias mulheres famosas da História foram acometidas por esta condição. Talvez o mais notável exemplo seja o de Maria Tudor, não só pela sua importância histórica, mas também pela existência de uma recidiva. Partindo deste célebre caso, propomos uma análise sobre a condição psicossomática mais antiga conhecida.

A vida de uma (Pseudo) Rainha...

A 18 de Fevereiro de 1516, no Palácio de Placentia em Greenwich, quando Henrique VIII tinha 24 anos e Catarina de Aragão 31, nasceu Maria Tudor futura rainha de Inglaterra. Após perderem 4 filhos, Maria viria a tornar-se a filha mais velha do rei de Inglaterra e da sua primeira esposa. Relatos da época descrevem-na com uma bebé “forte e rechonchuda”, o suficiente para dissipar qualquer receio de uma morte prematura. Contudo, a tranquilidade do nascimento não se manteve por muito tempo. Desde os seus primeiros dias, ela mudou-se de palácio em palácio, estando a sua criação e educação a cargo da Condessa de Salisbury. Geralmente, os locais escolhidos eram próximos da corte de modo a que Catarina pudesse facilmente visitá-la.

Contudo, tudo isto viria a complicar-se após a separação dos seus pais. Henrique VIII apaixonara-se por Ana Bolena, recém-chegada da corte francesa, tendo a intenção de desposá-la e acreditando que, finalmente, teria o filho varão que sempre desejara. Para tal requereu a anulação do seu casamento com Catarina ao papa Clemente VII. Quando Catarina, católica devota, soube disso, ela própria apelou ao Papa, defendendo a sua posição, contra o divórcio. No final, este acabaria por não conceder o divórcio, despoletando uma rutura religiosa entre a Inglaterra e a Igreja Católica Romana, resultando na criação da Igreja Anglicana.

Durante todo esse período de conflito entre a igreja católica e o rei inglês, Maria viu as suas relações afetadas. Apesar de conseguir a anulação do seu casamento, por Thomas Cranmer, arcebispo de Canterbury, Henrique VIII proibira que mãe e filha convivessem. Catarina de Aragão seria forçada a renunciar o seu título e a deixar a corte real, vivendo em casas senhoriais com poucas condições e mesmo à data da sua morte fora-lhe negado um último encontro com a filha.

Em 1534, Henrique assinou o Ato de supremacia e sucessão, que transformava Maria legalmente em bastarda e os únicos herdeiros legítimos seriam os filhos do seu segundo casamento. A relação entre pai e filha tornara-se ainda mais tensa com a recusa de Maria em aceitar o pai como chefe da Igreja Inglesa. Maria era uma católica fervorosa, pela forte influência da sua mãe e das suas raízes espanholas.

Maria, viria a ser obrigada a servir a sua irmã, como dama de companhia e a receber ameaças de uma possível prisão ou execução caso não reconhecesse o casamento dos seus pais como ilegal e o rei como chefe supremo da igreja inglesa.

Com a decadência de Ana Bolena, que culminou na sua decapitação, e a assinatura do documento em que Maria aceita a sua ilegitimidade e nega a autoridade do papa em Inglaterra, há uma reaproximação ao rei e esta é convidada a frequentar novamente a corte.

A vida de Maria sofre um novo golpe no reinado do seu irmão, Eduardo VI. Apesar de Henrique VIII ter cortado relações com o Vaticano, nunca permitiu a rejeição da doutrina católica, nomeadamente das suas cerimónias. Foi durante o reinado de Eduardo VI, que a reforma religiosa se estabeleceu, onde se incluíam a abolição das missas e a reformulação da eucaristia. A instituição do protestantismo foi fortemente contestada pela Tudor mais velha que, mesmo após a reforma anglicana, nunca abandonou as suas crenças e fé católicas. Isto levaria a um novo período de perseguição e ameaças à sua vida, que só terminou com a morte de Eduardo VI, com a tenra idade de 15 anos.

Ainda que após a morte de Eduardo, os seguidores e apoiantes do protestantismo tivessem tentado boicotar a sua ascensão ao trono, Maria acaba por tornar-se rainha de Inglaterra em 1553 aos 38 anos de idade.

À ocasião Maria, que permanecia solteira, viria a ser disputada por várias casas reais. Contudo, pela relação afetiva e interesses políticos com a casa de Aragão e Castela casou-se a 25 de julho de 1553, na Catedral de Winchester, com o príncipe Filipe, mais tarde, Filipe II, rei de Espanha. O nascimento de um herdeiro era fortemente desejado em todo o reino, uma vez que governaria Inglaterra e Países Baixos. Além disso, na eventual morte do seu meio irmão (D. Carlos, filho do primeiro casamento de Filipe com Maria Manuela de Portugal, filha de D. João III) iria também governar a coroa espanhola e os seus territórios americanos. Isso significaria que teria poder sobre a maior parte do mundo ocidental!

Durante o seu curto casamento, Maria acreditou estar grávida duas vezes. Em setembro de 1554 um dos seus médicos escreveu “a rainha tem estado doente, tenho razões para acreditar que está grávida”. Em novembro é reportado a Filipe, que se encontrava ausente da corte que “a rainha está realmente grávida, pois sentiu o bebé e existem outros sintomas habituais, como o aumento dos seios”. Todavia, a gestação prolongada fez com que se espalhassem rumores sobre a veracidade da gravidez, o que tornou necessário um esclarecimento ao seu marido, “Ela, médicos e senhoras provaram estar fora dos seus cálculos por cerca de dois meses mas não se pode duvidar que está grávida. Um sinal disso é que a criança se mexe e o volume da sua barriga. Depois há o endurecimento dos seus seios e o fato deles destilarem”. Em setembro de 1555 confirma-se “a rainha está bem, embora não haja mais esperança dela estar grávida”. Aos 40 anos de idade, sem filhos e longe do marido, que tinha prolongadas estâncias em Bruxelas, mergulha numa profunda tristeza. Em março de 1557, depois de uma dessas ausências, Filipe regressa para junto da esposa, esta já com uma saúde bastante debilitada. Em Outono desse ano volta a acreditar que está grávida. Nos seis meses seguintes reviveu as mesmas experiências ocorridas em 1555.

Em maio de 1558 adoece, apresentando um quadro com períodos de confusão, febre e perda quase total da visão. Às 7 da manhã do dia 17 de novembro de 1558, aos 42 anos, é declarado o seu óbito, deixando o trono vazio e, dando início ao fim de uma dinastia.

Uma barriga cheia de nada...

A pseudociese, chamada vulgarmente de gravidez falsa, é uma síndrome que imita a gravidez em todos os aspetos, exceto no mais crucial de todos: a mãe nunca dá à luz. Amenorreia, ingurgitamento mamário, inchaço abdominal e náuseas matinais podem estar presentes e, em alguns casos, como no de Maria Tudor, a mulher descreve os movimentos fetais. Apesar dos sinais clássicos de gravidez, o resultado esperado nunca acontece.

Os primeiros casos reportados remontam ainda ao período Antes de Cristo, com Hipócrates a considerar que o fenómeno se devia a uma combinação entre excesso de ar no estômago e retenção de fluido menstrual. Em 1721, Mauriceau defendia que o aumento do volume abdominal era de origem uterina e causado por “uma matéria estranha como o vento misturado com as águas”. Chapman (1864) considerava o coito excessivo na recém-casada, a menopausa e os deslocamentos uterinos como fatores etiológicos importantes. Por sua vez, Tichenor (1879) não concordava que a causa se devesse a uma distensão abdominal causada pelo vento, afirmando que é “contra a fisiologia, contra a patologia e contra o bom-senso falar do vento, sendo capaz de distender um material como o útero. O ar é muito subtil para permanecer silenciosamente trancado numa garrafa que não tem rolha”. Em 1891, Haultain após uma experiência para provar que a distensão abdominal poderia ser devido à contração muscular conclui que o inchaço abdominal era um efeito secundário da contração muscular e que a causa primária

era “puramente nervosa”. Alguns anos mais tarde, especialmente em França, muita atenção foi dada, a um possível fundo *histérico* como predisponente da condição. Bouchacourt escreveu sobre “conceção delirante”. Questionando Charcot sobre a base *histérica*, este respondeu: “*Histérico*, não. Mental, sim”. No início do século XX, Meynet não tinha dúvidas de que falávamos de uma condição *histérica*, apoiando-se na definição de histeria de Babinski - “um estado psíquico que torna o sujeito capaz de auto-sugestão”. Esta “crença” levou a que estudiosos procurassem explicações psicogénicas para o quadro. Já em 1892 Leavitt sugeria que tal acontecia pelo medo intrínseco que a mulher tinha de engravidar e de ser mãe. Por outro lado, Novak (1921) propôs que era o desejo de ser mãe que levava à pseudociese, levando a que a amenorreia, pela chegada da menopausa, fosse interpretada erroneamente como uma gravidez. Posteriormente, postulou-se que a pseudociese seria o resultado de ambas as experiências vividas simultaneamente. Assim, tratava-se de um fenómeno de conversão da ansiedade e culpa deste conflito interior experienciado pela mulher, e de certa forma, protetor em relação à verdadeira gravidez e maternidade. Por sua vez, Paddock, (1928) introduziu o conceito de culpa associada ao ato sexual, como sendo um componente importante no surgimento de uma falsa gravidez. Iniciar-se-iam pequenas alterações psicossomáticas, como a ausência de menstruação, e com a crescente sensação de delito, mais sintomas surgiriam.

Helene Deutsch dedicou-se ao estudo da psicologia feminina. Ao abordar o conceito, destacou que embora os mecanismos psicológicos envolvidos sejam diferentes de caso para caso, vários aspetos são similares: a ambivalência em relação à gestação, a vontade e o medo de que esta se concretize; o desejo de uma gravidez que se encontra vinculada a ganhos secundários; por vezes o desejo (inconsciente) de auto-punição (aliado à deceção e fatalidade de não gerar um novo ser); e a contrariedade entre o conhecimento e a negação de que a gravidez é uma ilusão, seja por negar-se à realização de exames ou pela sua busca desenfreada, bem como de especialistas que confirmem a gravidez.

Fatores sociais como isolamento ou privação social crónica, história familiar problemática e instabilidade nos padrões de relacionamento têm sido fortemente associados ao quadro. Ora reportando-nos ao caso de Maria Tudor, esta teve uma infância turbulenta e stressante, em parte por causa das diferentes religiões e do divórcio litigioso dos seus pais. Num momento crucial do seu desenvolvimento, como a infância e juventude, e em plena fase de construção da sua personalidade, viu-se privada de conviver com a mãe e mantinha a dúvida constante do amor do pai por si, que tanto a ameaçava, retirava-lhe os títulos e considerava-a ilegítima, como voltava a incluí-la na linha de sucessão.

Baseando-nos na Teoria da Vinculação, Bowlby defende que esta não é mais do que um vínculo que transmite uma sensação de segurança. No seu desenvolvimento a criança faz representações mentais das suas experiências. Esta habilidade é denominada de modelo interno de funcionamento e integra a personalidade do indivíduo. O cuidador principal é o espelho, sendo que a criança desenvolve as expectativas sobre si mesma e as relações sociais com o meio a partir de observações do comportamento dele. Além disso, a qualidade do laço entre os dois, como a presença dos pais na vida dos filhos ou as respostas deles em momentos difíceis e exigentes, influencia diretamente no modelo interno de funcionamento. Quando este modelo é negativo vamos ter um adulto inseguro, dependente e que não consegue interagir com o mundo e as pessoas da forma como deveria. Vale a pena recordar que Maria passou a sua infância longe dos pais e que a certa altura foi proibida de privar e estabelecer contacto com a mãe, inclusive no leito da sua morte. Com os casamentos subsequentes de Henrique VIII e, muitas vezes, temendo pela sua própria segurança, especialmente depois de a terceira esposa de seu pai, Jane Seymour, ter dado à luz um rapaz, Maria cresceu num ambiente incerto, inseguro e numa clara ausência de vínculo que resultou numa saúde “mais instável do que qualquer outra

criatura” como a própria afirmava e “de tristeza e melancolia a ponto de doença” como os outros diziam.

Quando Maria Tudor chegou ao trono, aos 38 anos, era uma rainha casta, órfã de pai e mãe e com uma Inglaterra dividida entre o catolicismo e o protestantismo. Se, inicialmente se diz “casada com Inglaterra”, acabou por ceder à pressão de “produzir” um descendente, herdeiro ao trono. Assim, viria a casar-se com Filipe II de Espanha, que tinha apenas 27 anos. Notada pelas suas crenças e raízes católicas, durante o seu reinado perseguiu e condenou centenas de hereges, sendo, muitos deles, velhos conhecidos e inimigos políticos. Embora a gravidez fosse improvável devido à idade de Maria, o casal queria desesperadamente um filho para unir os dois grandes reinos independentes.

Nos dias atuais, sabe-se que a pseudociese é encontrada em sociedades com ideias culturais e religiosas rígidas, incluindo aquelas que colocam um alto grau de pressão social sobre as mulheres para que tenham mais filhos e, particularmente, do sexo masculino. Em sociedades dominadas por homens, a infertilidade é sinal de “defeito”, em que é atribuída à mulher uma conotação negativa e de menos-valia por incumprimento da função para a qual foi concebida. Geralmente, resulta no divórcio do casal e rejeição social da mulher, pelo que a pseudociese serve como mecanismo de defesa e prevenção desse fim.

Numa perspetiva orgânica, observou-se que as mudanças fisiológicas desta condição podem ser atribuídas a alterações da função ovárica, desencadeadas pelo eixo hipotálamo-hipofisário. As primeiras hipóteses formuladas seriam a de um bloqueio do impulso nervoso do hipotálamo para a hipófise devido a um conflito psicológico. O aumento da prolactina é capaz de levar a uma diminuição da secreção das hormonas luteinizante (LH) e do folículo-estimulante (FSH), responsáveis pela estimulação das gónadas. Isto pode causar alterações corporais, como amenorreia, que reforçam a crença de uma gravidez. Uma das causas, hoje conhecidas, é a existência de tumores secretores de prolactina, os prolactinomas. Há quem defenda que este seria o verdadeiro problema da rainha Tudor. Contudo, se hoje em dia a incógnita seria relativamente simples de solucionar-se, com vários exames complementares de diagnóstico, no século XVI os recursos disponíveis eram escassos. O diagnóstico precoce de uma gravidez não era confiável e só passados quatro séculos é que um teste de gravidez passou a estar disponível.

Contudo, o que na atualidade ainda se mantém incerto é o papel dos fatores psicogénicos no controle do sistema neuroendócrino. Indivíduos com hiperprolactinemia frequentemente apresentam problemas emocionais. Variações nas concentrações de prolactina no sistema nervoso central poderiam afetar o humor, as emoções e o bem-estar. Por outro lado, traços da personalidade e fatores externos ambientais podem estimular a secreção de prolactina e ter um papel na génese do quadro.

Conclusão

Apesar de Maria ocupar o mais alto cargo de Inglaterra, ter o seu médico particular e os cuidados de saúde mais avançados, a rainha não conseguiu contornar as limitações de viver no século XVI, onde uma saúde precária imperava e nem a corte escapava aos seus dissabores. Como exemplo, temos a própria rainha. A única filha de 5 gestações que atingiu a idade adulta. Maria, conhecida por um reinado sangrento e cruel, o que lhe valeu o apelido de “Bloody Mary”, também experienciou a barbárie dos outros, sendo vítima de marginalização e alienação parental em períodos cruciais do seu desenvolvimento.

Contra todas as previsões viria a tornar-se a primeira mulher a ocupar o lugar mais cobiçado, que, contudo, não lhe trouxe felicidade, pelo contrário, acentuou a sua tristeza e sofrimento crónicos, ao não cumprir o “dever” de dar à luz um herdeiro e impedir o fim da malfadada dinastia Tudor.

Bibliografia

- DALEY M. D. (1946). Pseudocyesis. *Postgraduate medical journal*, 22(254), 395–399. Acedido a 28 de junho 2021, em <https://pmj.bmj.com/content/22/254/395>
- Lowenfels, A. (2010). *The Case of the Famous Woman With a Bloated Belly*. Medscape General Surgery. Acedido a 24 de junho 2021, em https://www.medscape.com/viewarticle/714607_4.
- Upadhyay, S. (2008). *Pseudocyesis*. *Journal of the Nepal Medical Association* 47(171):147-50 Acedido a 24 de junho 2021, em https://www.researchgate.net/publication/23660214_Pseudocyesis.
- Azizi, M., & Elyasi, F. (2017). Biopsychosocial view to pseudocyesis: A narrative review. *International journal of reproductive biomedicine*, 15(9), 535–542. Acedido a 28 de junho de 2021, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5894469>
- B, J. (2020). *Felipe II nunca la creyó: así fue el trágico embarazo psicológico de María Tudor*. El Español. Acedido a 28 de junho de 2021, em https://www.lespanol.com/cultura/historia/20200221/felipe-ii-tragico-embarazo-psicologico-maria-tudor/466454215_0.html.
- Seeman M. V. (2014). Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World journal of clinical cases*, 2(8), 338–344. Acedido a 28 de junho 2021, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133423/>
- Cervera, C. (2015). *María «la sanguinaria», la mujer que convirtió a Felipe II en Rey de Inglaterra*. abc. Acedido a 30 de Junho de 2021, em https://www.abc.es/historia/abci-maria-sanguinaria-mujer-convirtio-felipe-inglaterra-201512100152_noticia.html.
- Quayle, J. (1997). *Obstericia Psicossomática*. Acedido a 30 de junho de 2021, em [\(PDF\) Pseudociese, in Obstericia Psicossomática, 1997 \(researchgate.net\)](#)

MARIE BONAPARTE: A PRINCESA QUE SE TORNOU A PRIMEIRA PSICANALISTA FRANCESA

Rita Felício, Filipa Viegas, Filipe Peste Martinho, Daniela Magalhães

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Médicos Internos de Formação Específica de Psiquiatria

Email: rita.felicio@hff.min-saude.pt

Resumo

Esta biografia pretende dar a conhecer quem foi a princesa Marie Bonaparte que, apesar de ter sido uma das mulheres mais influentes da Psicanálise em França, é geralmente recordada apenas como a psicanalista abastada que comprou a correspondência entre Freud e Fliess, ou ainda como aquela que providenciou a retirada de Freud da Áustria ocupada pelos Nazis.

A busca pela satisfação sexual que sentia ser inalcançável levou-a a desenvolver uma extensa obra sobre os mistérios da sexualidade feminina, referindo “a natureza fez de mim, através do sexo, uma mulher fracassada, mas em contrapartida, através do cérebro, quase um homem”.

Participou ativamente nas atividades da Sociedade Psicanalítica Francesa, que a própria ajudou a fundar, e traduziu toda a obra do seu psicanalista e amigo Freud.

Foi uma curiosa e apaixonada pela vida científica, mas também pela clínica, trabalhando como psicanalista até aos 80 anos, idade com a qual faleceu de leucemia.

Palavras-chave: Psicanálise, Sexualidade, Feminilidade

Abstract

This biography aims to make known who Princess Marie Bonaparte was. Although she was one of the most influential women of psychoanalysis in France, she is usually remembered only as the wealthy psychoanalyst who bought the correspondence between Freud and Fliess, or even as the one who arranged Freud's withdrawal from Nazi-occupied Austria.

The search for sexual satisfaction that she felt unattainable led her to develop an extensive work on the mysteries of female sexuality, stating "nature has made of me, through sex, a failed woman, but on the other hand, through the brain, almost a man".

She actively participated in the activities of French Psychoanalytic Society, which she herself helped to found, and translated all the works of her psychoanalyst and friend Freud.

She was passionate about scientific life, but also about clinical life, working as a psychoanalyst until her 80's, at which age she died of leukaemia.

Introdução

A história da princesa Marie Bonaparte do Mónaco, sobrinha-bisneta do imperador Napoleão Bonaparte é riquíssima, tanto em termos pessoais como científicos. Foi pioneira em várias valências da sua vida, sendo retratada geralmente como futurista, muito ativa, curiosa e bondosa. Freud chegou a defini-la como “o demónio da energia”.

Não tendo formação médica, era uma mulher extremamente inteligente e culta, refletindo uma enorme capacidade de estudo, pelo que acabou por se tornar a primeira psicanalista francesa. Foi porta-voz de Freud em França, traduzindo toda a sua obra. Para além de

divulgar a obra de Freud, foi também defensora de inúmeras teorias próprias relacionadas com a sexualidade feminina, assunto sobre o qual debruçou grande parte do seu estudo. Como objetivo para esta revisão bibliográfica pretende-se expor a vida e teorias de Marie Bonaparte que, apesar de desatualizadas, demonstram o seu espírito futurista e abriram portas para uma mudança na conceptualização da mulher.

História pessoal: a princesa Marie Bonaparte

A princesa Marie nasceu em 1882 em Saint Cloud, nos arredores de Paris.

Era filha única de Marie-Felix Blanc, e de Roland Bonaparte. A sua mãe era uma jovem herdeira com inúmeras posses, cujo falecido pai, François Blanc, tinha fundado o Casino de Monte Carlo. Por outro lado, o seu pai era um oficial do exército sem fortuna, mas de família importante, sendo filho de Pierre Bonaparte e neto de Lucien Bonaparte, o irmão mais velho de Napoleão I.

O nascimento de Marie Bonaparte foi bastante complicado e após o parto, a mãe Marie-Felix ficou gravemente debilitada, tendo permanecido no leito durante o primeiro mês de vida da filha. Um mês depois, quando foi autorizada por parte do médico a levantar-se da cama, dado a imobilização prolongada, acabou por ter uma embolia pulmonar fulminante, falecendo imediatamente. Após o desastre, Roland Bonaparte convidou a sua mãe viúva, Justine Eléonore, para viver com ele e supervisionar a educação da sua filha.

Quando Marie tinha cerca de quatro anos, sofreu de uma doença pulmonar quase fatal, o que despertou um medo enorme no seu pai e avó que começaram a acreditar que a criança tinha herdado a fragilidade da sua mãe. Nesta sequência e a partir de tenra idade, a menina foi proibida de estar ao ar livre em diversas situações (especialmente em épocas de frio) e ainda de brincar com outras crianças no parque, pelo risco de contrair alguma infeção.

Marie acabou por ter uma infância muito solitária e reprimida, pois a sua avó extremamente preocupada era também muito autoritária e o seu pai raramente estava em casa, permanecendo longos períodos fora, em trabalho.

Apesar da falta de afetos, sempre teve todas as regalias dignas de uma princesa, tendo crescido numa mansão em Paris com todos os cuidados necessários. A ausência de carinho por parte dos seus cuidadores, aliada ao quase inexistente contato com outras crianças tornou-a uma pessoa desde cedo muito insegura, receosa e desconfiada.

Por iniciativa do pai, aos 4 anos começou a aprender não só a sua língua materna (francês), mas também inglês e alemão.

Teve uma infância marcada pela busca do amor paterno e escrevia inúmeras cartas ao pai, para cativar a sua atenção, cartas estas que apenas após a morte do pai descobriu nunca terem sido abertas.

O gosto pela escrita surgiu desde cedo, tendo escrito ainda durante a sua juventude pequenos livros de histórias, publicados mais tarde e nos quais anotava os seus sonhos e maiores medos. Marie, manteve ao longo de toda a sua vida o hábito de escrever, dizendo a própria que “A salvação seria, extrair da mágoa, uma narração”.

Aos 16 anos, envolveu-se com um dos secretários do seu pai, e manteve com ele um romance secreto e quase que exclusivamente platónico. Antoine, um homem mais velho e casado, aproveitou-se da inexperiência e falta de afeto de Marie e chantageou a princesa, ameaçando divulgar as cartas que ele próprio lhe sugerira que escrevesse como prova de seu amor se esta não lhe pagasse uma elevada quantia de dinheiro. Apesar de muito receosa com as consequências desta sua paixão, Marie acabou por revelar as ameaças ao pai, sendo que as cartas foram compradas e destruídas. Apesar da resolução de toda a situação, a experiência deixou em Marie uma profunda descrença e amargura.

De forma a satisfazer a vontade de seu pai, acabou por casar, aos 25 anos, com o príncipe George da Grécia e da Dinamarca sendo, portanto, através do casamento, tia do príncipe Philip, duque de Edimburgo, falecido em 2021. O casamento decorreu no dia 12 de

dezembro de 1907 em Atenas. Em março do ano seguinte, Marie estava grávida e, como concordado, o casal regressou a França onde se instalaram.

Do casamento resultaram dois filhos, Pierre (1908) e Eugénie (1910). Pierre (1908-1980), rejeitou os seus direitos dinásticos ao casar-se com uma plebeia e tornou-se antropólogo especializado em estudos tibetanos, e Eugénie (1910-1988), casou-se primeiramente com o príncipe Radziwill, com quem teve dois filhos, os únicos netos de Marie e, posteriormente, com o Duque de Castel Duino do qual acabou também por se divorciar. Apesar dos dois filhos do casal, o casamento de Marie Bonaparte nunca chegou a ser uma relação amorosa, mas sim de companheirismo, tendo partilhado com o marido uma profunda amizade ao longo de 50 anos.

O príncipe George era homossexual e apaixonado por um tio, o príncipe Valdemar da Dinamarca, pelo que ambos mantiveram um caso amoroso até à morte deste último, em 1939.

Desde cedo Marie se apercebeu deste caso. Logo na primeira visita familiar a Bernstorff, a esposa de Valdemar, Maria de Orléans tentou explicar a Marie a intimidade que unia tio e sobrinho. Esta ligação era tão forte que no final de cada visita George chorava e Valdemar ficava doente. Ambas as mulheres aceitaram e aprenderam a ter paciência para os momentos privados dos seus maridos.

O relacionamento dos dois era de tal forma reconhecido no círculo íntimo que os próprios filhos de Marie e George tratavam os dois homens por 'pai'. Não só o marido, mas também a princesa tinha casos amorosos fora do casamento com outros homens, perfeitamente tolerados por George. Dois dos seus casos amorosos conhecidos foram com o primeiro-ministro francês, Aristide Briand (1913 a 1916) e com o discípulo de Freud, Rudolph Loewenstein.

Durante a guerra (1941 a 45), exilou-se com a família real grega no Egipto e depois na África do Sul.

A 2 de junho de 1953, Marie e o seu marido príncipe George representaram o sobrinho, rei Paulo I da Grécia, na coroação da rainha Isabel II em Londres.

Em 1957, tinha o seu marido 88 anos e festejaram as bodas de ouro, tendo ficado viúva no mesmo ano. Acabou por viver os seus últimos anos em Saint-Tropez, mantendo-se ativa até ao final dos seus dias.

Busca pela sexualidade feminina: a mulher Marie Bonaparte

Marie debatia-se com o facto de não conseguir sentir prazer no ato sexual e esta temática tornou-se a angústia existencial da sua vida.

Recusou-se a aceitar que as mulheres só podem experienciar orgasmos através da estimulação direta do clítoris, acreditando que o facto de uma mulher não conseguir sentir prazer durante a penetração poderia corresponder a algum tipo de problema anatómico. Teorizou que a frigidez feminina estaria relacionada com uma maior distância entre o clítoris e a vagina, uma ideia que desenvolveu em 1924 num artigo assinado com o pseudónimo Narjani e publicado na revista *Bruxelles-Médical*. Para corroborar a sua tese realizou medições em mais de 200 mulheres.

A sua crença nesta teoria era tão forte que ela própria quis submeter-se a não apenas uma, mas três intervenções cirúrgicas com o objetivo de corrigir esta alteração e aproximar o clítoris da vagina.

As intervenções não foram bem-sucedidas e em algumas mulheres levaram mesmo à perda de todas as sensações.

De facto, a técnica cirúrgica que foi denominada Halban-Narjani caiu em desuso por motivos óbvios, mas a tese de Marie Bonaparte sobre a causa anatómica da frigidez não seria totalmente descabida, sendo atualmente reconhecida cientificamente por vários trabalhos na área da medicina e das ciências biológicas.

Quase trinta anos mais tarde, a maturidade profissional acabou por levá-la a desafiar a sua própria teoria, publicando em 1950 um livro, intitulado 'Sexualidade Feminina', no qual afirmou que a frigidez estaria mais relacionada com o psicológico do que com o anatómico.

Ida para Viena ao encontro de Freud: a paciente e amiga Marie Bonaparte

Em 1925, numa fase especialmente sensível da sua vida, sem sucesso na busca pelo prazer feminino e após um grande choque emocional que sentiu com a morte do seu pai, Marie viajou até Viena em busca de Freud e após bastante insistência conseguiu que este a consultasse.

Esta ideia surgiu após ter encontrado textos e desenhos da sua infância entre os papéis do seu pai, tendo começado a indagar que estes poderiam ser de enorme relevância para analisar a possível origem dos seus problemas.

Surpreendentemente para o psicanalista, que inicialmente não queria analisar a princesa, esta revelou-se uma mulher culta e fascinante, ao contrário das suas expectativas de que não passaria de uma aristocrata entediada e desinteressante.

Após alguns meses de terapia diária, Marie regressou a Paris e começou a explorar toda a obra de Freud, tendo acabado por traduzi-la na totalidade para o francês.

Manteve sessões com Freud nos anos seguintes, visitando Viena inúmeras vezes e permanecendo durante meses na cidade, continuando a analisar em profundidade a sua infância e a influência do seu percurso nas relações estabelecidas já na idade adulta.

A sua relação com Freud, inicialmente de médico-paciente cresceu ao longo dos anos e acabaram por se tornar grandes amigos.

Marie considerava Freud como um pai, mantendo com ele uma relação de profundo afeto e consideração e também Freud a valorizava muito, dedicando à princesa, grande parte de seu tempo, afeição e reconhecimento.

Em 1936, foi Marie Bonaparte que comprou a correspondência entre Freud e Fliess. Através de sua intervenção pessoal e contrariamente ao desejo de Freud, a coleção não foi destruída, mas mantida na Europa, sob a condição de não ser lida até cem anos após a sua morte. A conservação destas cartas foi de extrema importância histórica.

Esta amizade tornou-se tão profunda, que Marie acabou por ser a salvadora de Freud, providenciando a sua saída da Áustria ocupada pelos Nazis em 1938. Para além de Freud e da sua família, estima-se que tenha ajudado a salvar mais de 200 intelectuais judeus durante a guerra.

O papel de Marie foi de tal forma importante na vida de Freud, que foi numa urna grega, que Marie lhe ofereceu no seu aniversário de 75 anos, que foram colocadas as cinzas do médico após a sua morte.

Vida científica e clínica: a psicanalista Marie Bonaparte

Foi discípula de Freud e acabou por se tornar a primeira psicanalista francesa, dedicando-se à causa psicanalítica e tornando-se porta-voz das ideias de Freud em França.

Para além da atividade clínica que desenvolveu como psicanalista até ao ano do seu falecimento, participou na criação e financiamento da Sociedade Psicanalítica de Paris em 1926, na criação da revista francesa de psicanálise em 1927 e ainda ajudou a fundar o Instituto Psicanalítico de Paris em 1934.

As suas contribuições teóricas centraram-se nos temas do seu interesse pessoal sobre a sexualidade feminina. Aprofundou a relação da dor com o prazer sexual no seu artigo "*Passividade, masoquismo e feminilidade*".

Ainda na temática da sexualidade publicou o artigo "*Notas sobre a descoberta analítica da cena primária*" no qual analisou o seu próprio caso clínico e a relação da sua problemática com lembranças da infância.

Durante a guerra e apesar dos tempos conturbados, manteve-se ativa, escrevendo artigos e cartas, recebendo pacientes e dando cursos no hospital psiquiátrico do exílio onde esteve, na África do Sul.

Na Sociedade Psicanalítica de Paris, Marie Bonaparte e Jacques Lacan tinham pontos de vista muito diferentes. Ela queria vincular a psicanálise à biologia, enquanto ele procurava uma reconciliação com as ciências humanas.

Para além deste ponto de discórdia, Marie era defensora da análise leiga praticada por não médicos (tal como ela própria) o que levou ao seu desentendimento definitivo com Lacan, que resultou na divisão da Sociedade em 1953.

Mais do que tradutora de Freud, também ela deixou o seu legado: a escritora Marie Bonaparte

Atualmente, Marie Bonaparte é recordada maioritariamente pela sua devoção às teorias de Freud, pela sua generosidade financeira em favor do movimento psicanalítico, e pelo seu importantíssimo papel no estabelecimento da psicanálise em França, no entanto, as suas contribuições intelectuais são largamente negligenciadas. Apesar de não serem muito conhecidas as suas obras, Marie foi uma grande escritora, tendo publicado aproximadamente cinquenta artigos e mais de vinte obras, traduzidas na sua maioria para o inglês, alemão, grego, russo, espanhol, italiano e sueco. Apesar de conter uma vastidão de obras psicanalíticas, muito poucas foram reeditadas em francês após a sua morte, pelo que os seus trabalhos científicos estão quase que desaparecidos.

Nos dias de hoje a princesa é conhecida publicamente, não pelas suas obras literárias, mas devido à produção de filmes, biografias e trabalhos sobre a sua vida. Pelas obras realizadas sobre a princesa, conseguimos facilmente perceber que era uma pessoa muito especial, com uma personalidade particular, sendo referida como uma mulher que conseguia ser simultaneamente charmosa e exigente, egocêntrica e generosa, sonhadora e realista.

Destaco o filme do cineasta Benoit Jacquot lançado em 2003, intitulado “Princesse Marie” no qual Catherine Deneuve representa Marie e cujo roteiro inspirou um romance escrito em 2006 por François-Olivier Rousseau.

Outra obra cinematográfica sobre a princesa é a curta-metragem intitulada “A Brief History of Princess X” de Gabriel Abrantes. A curta-metragem foi estreada no museu Tate Britain em 2016 e conta a história da escultura de Constantin Brâncuși (1915-16) que pretendia retratar Marie Bonaparte mas que, na verdade, desde a sua conceção até aos dias de hoje, é confundida com um enorme falo de bronze. A obra encontra-se exposta no Museu de Arte de Filadélfia e continua diariamente a atrair os visitantes apenas pela sua forma fálica e futurista. Inicialmente, o busto “Princesse X” foi exposto no Salon des Indépendants, mas em 1920, devido à sua controversa forma simplificada, o escultor foi forçado a retirá-lo da exposição. Apesar das acusações recebidas desde o início, o artista negou sempre qualquer intenção de aparentar o busto da princesa com uma forma fálica. Embora tenha negado veementemente, não parece ser coincidência a forma de falo que poderia simbolizar a obsessão da princesa e a sua busca ao longo da vida para atingir o orgasmo vaginal. Segundo é retratado na curta, apesar de todo o aparato feito em torno da escultura, a própria Marie Bonaparte não ficou minimamente afetada com a situação, mantendo a sua mente ocupada a desenvolver a sua teoria anatómica da frigidez feminina. Relativamente a obras literárias destaco a famosa biografia da princesa Marie, escrita por Bertin em 1989 e também alguns trabalhos que exploram em profundidade a sua produção científica como são os artigos de Nellie Thompson (2003) e os de Sarug Dagir Ribeiro (2018-2020).

Como já referido, a infância de Marie foi pautada pela solidão, falta de brincadeiras e busca de carinho, sendo que estas dramáticas experiências moldaram naturalmente a sua personalidade e acabaram por encontrar expressão nos seus escritos psicanalíticos,

especialmente nos seus trabalhos sobre a sexualidade feminina. A princesa era estudiosa, dedicada e escrevia muito bem, sendo que os seus textos se baseiam tanto nas suas elaborações teóricas, que naturalmente seguiam as ideias de Freud, como na sua própria experiência clínica.

O seu trabalho sobre uma paciente que Marie avaliou (Marie Felicité Lefebvre) foi considerado um dos primeiros casos de psicose relatados na literatura psicanalítica e é também a maior contribuição de Bonaparte à clínica das psicoses. A interpretação realizada por Marie foca tanto a classificação nosológica quanto o entendimento da dinâmica do homicídio (assassinato da nora) cometido pela paciente. A hipótese é de uma psicose raciocinante, em que o erotismo anal é manifesto na hipocondria e na avareza da paciente, assim como a compreensão da configuração edipiana do crime, pois Lefebvre acaba por matar a nora por amor ao filho.

Apesar de seguir as teorias de Freud sobre a sexualidade feminina – o monismo fálico, Marie Bonaparte demonstra ao longo das suas obras a sua originalidade e pensamento arrojado para a época.

De seguida coloco algumas das suas obras mais importantes:

- *Guerres Militaires et Guerres Sociales* (1920),
- *Le Printemps sur mon Jardin* (1924),
- *Marie-Felicité: une affaire de folie criminelle* (1927),
- *Edgar Poe, Etude psychanalytique* (1933),
- *Passivity, masochism and femininity* (1934),
- *Topsy, chow-chow, au poil d'or* (1937),
- *La Mer et le Rivage* (1939),
- *Notes sur la découverte analytique d'une scène primitive* (1945),
- *Mythes de Guerre* (1946),
- *Les Glanes des Jours* (1950)
- *Les Glauques Aventures de Flyda des Mers* (1950),
- *Monologues Devant la Vie et la Mort* (1951),
- *De la Sexualité de la Femme* (1951),
- *Five Copy Books* (1951),
- *Introduction à la théorie des instincts* (1951),
- *Psychanalyse et Anthropologie* (1952),
- *Chronos et Eros* (1952),
- *Psychanalyse et Biologie* (1952),
- *A La Mémoire Des Disparus* (1952).

Fim de vida: a morte de Marie Bonaparte

Revolucionária em inúmeros campos, a rica e nobre Marie foi uma figura feminina que deixou a sua marca através de uma personalidade trágica, mas simultaneamente fascinante, cujos trabalhos transcendem o contexto histórico, intelectual e cultural de seu tempo.

Ativa, trabalhadora e generosa destacou-se tanto no meio científico quanto no mundo real.

A sua última luta foi a favor da abolição da pena de morte.

Sofreu de leucemia e com esta doença faleceu aos 80 anos, em Saint-Tropez a 21 de setembro de 1962. De acordo com os seus desejos, foi cremada em Saint-Tropez e as suas cinzas foram transportadas até ao Palácio em Tatoi, em Atenas, onde permanecem na tumba do Príncipe Georges até hoje.

Considerações finais

A princesa Marie Bonaparte foi, portanto, uma mulher que viveu dividida entre o saber que conseguia atingir, e a sexualidade, que sentia inalcançável. Foi esta insatisfação sexual, aliada à busca de uma explicação científica, que a motivou a desenvolver uma extensa obra, na qual se debruçou sobre os mistérios da sexualidade feminina.

Teve uma vida completa, plena de conhecimento e marcada pela persistência na defesa daquilo em que acreditava.

Realça-se que, apesar de agora desatualizadas, as suas teorias eram arrojadas para a época. Estas abriram caminho não só para estudos de investigação na área, mas principalmente, para uma mudança de mentalidade no que ao papel da mulher no seio familiar, social e profissional diz respeito.

Bibliografia

Gordon, A. R. (2009). Marie Bonaparte: princesa e psicanalista. *Jornal de Psicanálise*, 42(77), 107-121

Bertin, C. (1982). *Marie Bonaparte: a life* (1ª edição ed.). EUA/Nova Iorque. Harcourt Brace Jovanovich

Ribeiro, S D. (2020). Com Laplanche, ler Marie Bonaparte: contribuições à psicanálise. Tese doutoramento. Universidade de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte. Brasil

Ribeiro, S. D.; Belo, F. R. R. (2017). Os 201 clitóris de Marie Bonaparte. *Reverso*, 74, 61-67

Thompson, N. (2003). Marie Bonaparte's Theory of Female Sexuality: Fantasy and Biology. *The American imago; a psychoanalytic journal for the arts and sciences*, 60(3), 343-378.

Wallen, K.; Lloyd, W. (2011). Female sexual arousal: Genital anatomy and orgasm in intercourse, *Hormones and Behavior*, V59, P 780-792

Ruitenbeck, H. M. (2005). Interpretações psicanalíticas dos contos de Edgar Allan Poe, Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Acedido a 7 de junho de 2021, acedido em www.appoa.com.br:revista30-3

RAINHA D. MARIA I: DESMISTIFICAÇÃO EM TORNO DA IMAGEM DA LOUCURA

Ana Catarina Necho
CH-FLUL/CEHR-UCP
Professora/Investigadora

Resumo

A figura da Rainha D. Maria I, para a História de Portugal, sempre ficou marcada pela sombra da loucura, numa época em que, na transição do séc. XVIII para o Séc. XIX se davam os primeiros passos para o entendimento das patologias mentais e o seu tratamento.

Ainda nos dias de hoje se perpetua a imagem da rainha louca.

No entanto, através de uma investigação aprofundada e resultado de uma Tese de Mestrado em História, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, em 2012 e publicada com o título: *A «Melancolia» do Poder: Representações e Imagens de D. Maria I (1734 – 1799)*, estudou-se o percurso de vida da rainha, desde a nascença ao término da sua acção governativa.

Foram evidenciados os factores internos e externos que debilitaram D. Maria I e porque a mesma foi afastada da governação, sucedendo-lhe o seu filho, o príncipe regente D. João VI.

Palavras-chave: D. Maria I, Loucura, Reinado

Abstract

Queen D. Mary I: desmistification around the image of madness — In the History of Portugal, the persona of Queen D. Mary I was forever marked by the shadow of madness in between the transition from the XVIII Century and the XIX Century, where the first steps to understanding mental pathologies and their treatments were prominent.

Even today, the image of the mad Queen is perpetuated.

Still, despite this, through a thorough investigation and the results of a Master's Thesis in History, presented to the Faculty of Arts of the University of Lisbon, in 2012 and published with the title: *The «Melancholy» of power: Representations and Images of D. Mary I (1734 – 1799)*, the life course of the Queen was studied, from birth to the end of her reign.

The internal and external factors that weakened her reign were highlighted and became the explanation of why she was removed from power, and subsequently succeeded by her son, the regent Prince D. John VI.

Key-Words: D. Maria I, Madness, Reign

Na presente comunicação intitulada: “Rainha D. Maria I: Desmistificação em torno da imagem da loucura”, que hoje apresentamos no IV Simpósio Mulheres e Loucura pretendemos através de um estudo que foi defendido, em 2012 e publicado em 2016 demonstrar que D. Maria I apresentou, vários factores, desde a sua infância até à época da sua governação que contribuíram para a sua instabilidade psíquica. Mas, terá sido isso loucura?

Para sabermos efectivamente por que razão D. Maria foi afastada do trono e se realmente sofria de Loucura cumpre analisar todo o seu percurso de vida, desde o seu nascimento, a sua infância até ao momento em que por incapacidade se viu afastada da governação.

Na sua infância, D. Maria I, Princesa da Beira, muito apegada aos avós paternos D. João V, D. Maria Ana de Áustria e claro, a sua mãe D. Mariana Vitória que foi passada no esplendor da corte joanina.

Apresentava ser uma criança de índole frágil, de temperamento triste e muito reservada. Nos relatos da Gazeta de Lisboa eram frequentes as suas idas às missas ou às procissões acompanhada pela sua mãe e avó, o que já demonstrava a sua devoção religiosa.

Como se sabe a rainha apresentava uma imagem tradicional, colocada na sombra do rei, era vista como uma personagem secundária. A sua educação mereceu a atenção e cuidado como se de herdeiro varão se tratasse, mas não podemos esquecer, que se tratando de um elemento feminino as prerrogativas seriam diferentes. Teve como primeiro mestre e confessor o Padre Timotheo de Oliveira, jesuíta, que exerceu um grande papel de relevância na espiritualidade e formação da princesa, até 1757, data em que os Jesuítas foram expulsos de Portugal por ordem do Marquês de Portugal.

D. Maria I era a legítima herdeira ao trono de Portugal e nesse sentido para poder ascender ao trono tinha que casar com um nobre português. D. João V pretendia um casamento que proporcionasse uma «aliança» ao reino, bem como uma continuação dinástica e a sua decisão recaiu no seu filho D. Pedro, dezassete anos mais velho que a princesa.

D. João V obteve as *Breves de Roma* por intervenção do seu activo e fiel secretário particular, o jesuíta João Baptista Carbone. Contudo, D. João V adoeceu e veio e falecer no dia 31 de Julho de 1750, a partir deste momento constatou-se uma nova doutrina designada por Despotismo Iluminado.

O casamento de D. Maria I ainda suscitava questões, sobretudo porque D. José demonstrava desagrado em casar a sua filha primogénita como o seu irmão D. Pedro, projecto pelo qual nesta altura acabou por não se realizar.

Afastada propositadamente dos assuntos do estado, D. Maria I era uma peça que tanto D. José como o Marquês de Pombal queriam fora da cena política. Eram vários os pretendentes que desejavam a mão da princesa da Beira, desde o infante D. Luís, irmão de Carlos III, o Duque de Cumberland, filho de Jorge II de Inglaterra.

Depois da sentença proferida no dia 12 de Janeiro de 1759 em que toda a Família Távora foi condenada à morte, o duque de Aveiro, o Conde de Atouguia, Brás José Romeiro, João Miguel, Manuel Álvares e os acusados dos disparos contra o soberano António Alves Ferreira e José Policarpo de Azevedo. Para Sebastião José de Carvalho e Melo o caminho estava livre e esgotadas as possibilidades dos possíveis pretendentes para a concretização do matrimónio de D. Maria I as atenções voltaram-se novamente para o seu tio, D. Pedro III, realizando-se a cerimónia no dia 6 de Junho de 1760.

Nasceram deste matrimónio D. José em 1761, D. João em 1763 e que faleceu nesse ano, D. Maria Isabel que nasceu em 1766 e faleceu em 1777, D. João VI que nasceu em 1767 e que virá a ser o futuro rei, D. Mariana Vitória Josefa que nasceu em 1868 e faleceu em 1788, em Madrid, nasceu Maria Clementina, que nasceu em 1774 e faleceu em 1776.

O Marquês de Pombal cada vez com mais consciência que os príncipes do Brasil lhe dirigiam um partido hostil, tal como se opunham à sua governação, e assim que D. Maria Francisca sucedesse ao trono lhe seria retirado o poder, encetou um plano para que em vez de ser a legítima herdeira a suceder ao trono, fosse no seu lugar o seu filho primogénito, substituindo assim D. José a sua mãe, no trono.

Neste encetamento concertando secretamente, estavam envolvidos o rei D. José e o Marquês de Pombal e consistia que a futura rainha renunciasse aos seus direitos de sucessão, os quais recairiam sobre o seu filho e que se esperava que o seu avô abdicasse em seu favor.

D. Maria I não abdicou dos seus direitos com o apoio da sua mãe que se opunha a tal insubordinação. Por conseguinte, o Marquês de Pombal mais o rei ainda concretizaram o casamento de D. José, filho de D. Maria I com a tia D. Maria Benedita, para tal foram

pedidas mais uma vez as breves dispensas junto do papado, realizando-se o casamento no dia 21 de Fevereiro de 1777.

Todas estas situações fragilizavam o estado de espírito de D. Maria I que não só se via confrontada com o seu pai, bem como com o ministro que a afastava propositadamente dos assuntos do estado, das quais devia como futura governante estar ocorrente.

Todavia, com a doença de D. José, que começou a padecer de melancolia, iniciou-se um novo rumo no panorama político português. D. Mariana Vitória foi incumbida da regência do marido e o Marquês de Pombal foi afastado de qualquer contacto com o monarca.

D. José faleceu no dia 24 de Fevereiro de 1777 e logo após a sua morte foi entregue a D. Maria I um documento onde faz recomendações à sua filha, desde governar o seu povo com paz e justiça, cuidar da sua mãe e irmãs, pagar as suas dívidas e perdoar os criminosos de Estado que achasse dignos de perdão.

A cerimónia de aclamação, realizada no dia 13 de Maio de 1777 realizou-se nos antigos Paços da Ribeira com grandes júbilos.

Quanto ao Marquês de Pombal, mesmo tendo pedido a sua demissão, a que a rainha aceitou, mas impunha-se um processo contra as acções do Marquês. Um momento que deixou a rainha bastante consternada, visto que temia o resultado da sentença. Dando procedimento ao veredicto e as graves moléstias que o Marquês padecia perdoava-lhe as penas corporais, mas confirmou o desterro e ressaltava o direito da Fazenda Real ou dos particulares poderem prosseguir as acções de perdas e danos contra a casa do antigo ministro.

D. Maria I, Rainha, Mãe, Esposa, Filha, fiel à Igreja, portanto devota ao poder «Deus lhe atribuiu», procurou, nas suas atitudes governar com justiça, benignidade e virtude nas suas acções, elevando-se o seu amor a Deus e aos seus vassalos.

Porém, houve uma série de acontecimentos que foram abalando o seu coração, no dia 15 de Janeiro de 1781 perde a sua mãe, D. Mariana Vitória, que exercia a função da Casa das Rainhas, um profundo desgosto para a monarca e expressa-o numa carta redigida ao seu tio Carlos III. No dia 2 de Setembro de 1785 pereceu D. Luís, irmão de Carlos III.

Um dos seus outros pilares, o seu marido, D. Pedro III faleceu no dia 25 de Maio de 1786, tinha pelo seu tio e esposo um esposo um especial carinho, apoiava-se nele nos momentos de alegria e tristeza.

Nas cartas que redige a Carlos III demonstra a sua aflição pelas várias perdas. Dois anos depois, no dia 11 de Setembro de 1788 faleceu D. José, o filho primogénito da rainha, vítima de varíola.

Ainda se realizou o casamento de D. João VI com Carlota Joaquina e de D. Gabriel com D. Mariana Victória, ambos os matrimónios que ocorreram em 1785. Mas, no dia 2 de Novembro de 1788, dois meses depois de ter tido o segundo filho a infanta Mariana Victória parecia de varíola, onde mais tarde faleceu a criança e o esposo, D. Gabriel, a morte ainda leva o seu estimado tio Carlos III com quem trocava muita correspondência. D. Maria I já estava demasiadamente fragilizada por todas as perdas e a possível morte do seu confessor há mais de trinta anos, Frei Inácio de S. Caetano deixava-a mais angustiada. Não nos podemos esquecer da data marcante de 1789, em que sucede a Revolução Francesa, em que as notícias que recebe a deixam muito perturbada e que vão culminar com o fim da família real francesa.

Neste sentido estamos perante um desfasamento existente na personalidade de D. Maria I, pelo facto de a mesma não concretizar os lutos dos entes queridos. Quer isto dizer, que a sua dor nunca foi superada e por conseguinte com as sucessivas perdas que aconteceram na década de 80, a probabilidade de um quadro clínico de *perturbação* foi efectivamente maior.

Será que D. Maria I tinha consciência das alterações mentais, que estava a sofrer?

Um facto certo é que já tinham existido casos da sua família directa, que tinham sofrido de alienação, como o caso do seu avô paterno Filipe V.

O transtorno de D. Maria I começou a evidenciar-se a partir-se de 1781 tendo em conta que a Rainha ao escrever para a sua prima fala da sua aflição que diz temer que possa prejudicar a sua saúde.

D. Maria I realiza várias terapêuticas, desde a idas a banhos nas Caldas das Rainhas à realização de sangrias, tratamentos, que os médicos na época achavam os mais necessários para as melhoras da soberana.

Com a morte do confessor Frei Inácio de S. Caetano, o seu substituto, neste caso D. José Maria de Mello destaca a influência que o confessor tem na consciência da rainha e as próprias decisões que a mesma pode tomar, como o caso de pressionar a rainha para que esta atribuisse a inocência aos que tinham sido presos e condenados no tempo do Marquês de Pombal, o que a deixava mais instável.

Melancolia era conhecida como a doença do espírito, era também conhecida como a doença dos reis. Entre os sécs. XVIII e XIX a definição de melancolia circunscrevia-se a um conjunto de sintomas que desestabiliza o indivíduo como um ser com uma grande inquietação na alma, que estava inconscientemente fora de si, perturbado com o que o rodeava e sem forças para ultrapassar o que o inquietava.

Contudo, no dia 21 de Janeiro de 1792 o estado da saúde da soberana agravou-se e foi declarada a sua demência. Nesta altura, a família real decide chamar um alienista inglês Dr. Willis, como o estado da monarca não melhorava propôs levá-la para Inglaterra, o que a família real recusou e desta forma o médico deixou o país.

Perante o agravamento do seu estado de saúde da rainha tentou providenciar-se uma solução governativa. Assim, houve a convocação de uma junta de notabilidades médicas que concluiu que a rainha não mostrava próximas de melhora, não tinha possível restabelecimento e que não haveria progresso no seu restabelecimento. Apenas, sim que que haveria demora no seu restabelecimento. E foi neste sentido que no dia 10 de Fevereiro de 1792 D. João VI tomasse o exercício da administração pública em nome da sua mãe, assinando por baixo.

Todavia, em 1799 o estado de saúde da rainha permaneceu inalterável e o príncipe D. João VI decidiu assumir a regência do reino, sem a convocação de cortes, com a oposição do ministro do reino, José Seabra da Silva.

Em consideração com a equipa de psicólogos e psiquiatras reunidos e através de todo o percurso de vida da Rainha D. Maria I feita esta apresentava um síndrome depressivo devido a várias sintomatologias: apatia, tristeza, insónias e diminuição do apetite. É também importante salientar num aspecto referido pelo médico da Casa Real, o facto de a rainha poder ter histeria, podendo nós colocar a hipótese de Depressão histérica. Temos descrições além da Depressão, da rainha ter Epilepsia – crises epiléticas do tipo grande mal, chamados de Ataques Epiléticos.

Encontramos referências a convulsões, rigidez muscular, cansaço, espasmos na cabeça, no pescoço ou nos músculos na cara. Descargas elétricas anormais de uma pequena área do cérebro, estendendo-se depois rapidamente às partes adjacentes do mesmo, causando disfunção em toda a área.

Por conseguinte, podemos desta forma desmistificar a imagem de uma rainha que devido a múltiplos factores como a hereditariedade, consanguinidade, os traços de personalidade, as crises vivências, as perdas entre outros podem de facto desmistificar a imagem de uma rainha que adoeceu e que por várias razões de instabilidade psíquica não pode continuar a sua governação, mas não por loucura, pois esteve sempre consciente das suas fragilidades e fraquezas que se foram observando através das cartas que redigia aos elementos da família real. Desta forma, tendo em consideração, que na altura do Liberalismo, no séc. XIX, época se procura a busca pelo conhecimento pela influência

positivista, a Psiquiatria, a Psicologia e as ciências começaram a dar os primeiros passos influenciadas pelo Positivismo e se começou a modificar a percepção dos diagnósticos e das mentalidades, por que razões apelidaram D. Maria I, de Louca? Hoje, na actualidade, perante essa evolução não se concebe cognominar a rainha de louca, quando o seu quadro clínico não apresenta como hipótese esses resultados, há luz dos dados actuais.

D. MARIA I, DA PIEDADE À LOUCURA

Alexandra Elias de Sousa*; Diogo Barbosa*; Berta Ramos*;
Filipa Andrade*; Celeste Silveira**

Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

*Interno de Formação Específica em Psiquiatria;

**Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria

Email: alexandraeliasdesousa@gmail.com

Resumo

D. Maria I governou Portugal enquanto primeira rainha reinante entre 1777 e 1792, assumindo uma figura de interesse singular no panorama histórico nacional.

Os autores propõem-se a fazer uma análise compreensiva da vida psíquica da soberana à luz do conhecimento psicopatológico e nosologia psiquiátrica atual, através da recensão e explanação documental, na qual se inclui correspondência da rainha.

Apelidada no seu reinado como A Piedosa e perpetuada depois como A Louca, os cognomes de D. Maria I refletem, cronológica e respetivamente, a consecução de um ideário educativo severo com uma forte intervenção da igreja e o impacto da dramática ação política do período josefino-pombalino numa governação moderada e clemente marcada por sucessivas e significativas perdas, e o seu afastamento político após padecer de uma melancolia sem melhoria. A governação mariana fica marcada por um despotismo esclarecido de feição cristã que culmina na insânia e deposição da rainha.

Palavras-chave: D. Maria I, A Piedosa, A Louca, Melancolia

Abstract

D. Maria I ruled Portugal as the first queen regnant between 1777 and 1792, a role of unique interest in the national historical panorama.

The authors propose to conduct a comprehensive analysis of the sovereign's psychic life in the light of current psychopathological knowledge and psychiatric nosology, through a documental review and explanation, in which the queen's correspondence is included.

Named in her reign as *A Piedosa* (The pious one) and later perpetuated as *A Louca* (The mad one), the cognomens of D. Maria I reflect, chronologically and respectively, the attainment of a severe education with strong intervention of the church and the impact of the political action of the *josefino-pombalino* period, in a moderate and pious government marked by successive and significant losses, and political exoneration after suffering from a melancholy without improvement. A rein of enlightened despotism with a christian character which culminated in the insanity and deposition of the queen.

Key-words: D. Maria I, A Piedosa, A Louca, Melancholy

Introdução

D. Maria I é uma figura de interesse singular no panorama histórico nacional. Governou Portugal enquanto primeira rainha reinante entre 1777 e 1792, data em que foi deposta por padecer de doença psíquica e ter sido considerada incapaz de reinar. Para o adoecer paulatino da soberana contribuíram acontecimentos significativos que pontuam a sua vida privada e governativa.

Os autores propõem-se a uma análise compreensiva da vida psíquica da soberana através

da recensão e explanação documental, na qual se inclui correspondência da rainha, à luz do conhecimento psicopatológico e nosologia psiquiátrica atual, respeitando o anacronismo histórico com o contexto sócio-político e conhecimento da época reportada.

Maria Francisca, Princesa da Beira

Maria Francisca Isabel Josefa Antónia Gertrudes Rita Joana foi a filha primogénita de D. José e D. Marianna Victoria, nascida em 17 de dezembro de 1734. À data do seu nascimento, o seu avô, D. João V, reinava há 27 anos. Criou para D. Maria o título de Princesa da Beira. Esperaria o nascimento de um neto para ocupar o título que era destinado aos futuros reis, Príncipe do Brasil. O esperado nascimento nunca aconteceu, uma vez que do casamento de D. José e D. Marianna Victoria apenas nasceram infantas. D. Maria cresceu na corte do avô, imbuída de um clima mágico-religioso, num quotidiano preenchido por festividades religiosas e por devoções em diversas igrejas e capelas de Lisboa. Era incentivada à memorização através da recitação. Estudou música, latim e as línguas vivas, castelhano, francês e inglês. Por iniciativa de D. José, um reflexo da influência das ideias pedagógicas das luzes, foram-lhe designados ainda mestres de desenho e pintura.

Ao mestre-confessor, o padre jesuíta Timóteo de Oliveira, mestre e conselheiro da filha primogénita do rei, competia a missão de formação para a finalidade da ação soberana. A esperança e confiança no nascimento de um filho dos príncipes D. José e D. Marianna Victoria poderá ter adiado o início desta formação. Nos Parabéns que dedicou à princesa - escritos de género didáctico e de teor moralizador -, o mestre-confessor expunha a origem do poder real e o modelo de soberano ideal. No seu pensamento, na governação havia o objectivo de perfeição, pressupondo uma educação severa e intransigente. Ao governante era exigida uma virtude verdadeira e heróica, e saber exercê-la com prudência, justiça e piedade. A piedade, virtude moral da religião, levava ao cumprimento dos deveres de honra e glória a Deus, entendidos com o objetivo e fim único da ação do monarca. Por outro lado, o pensamento do mestre-confessor defendia a ideia de um sentido pedagógico da política, a ação virtuosa soberana surgindo como resposta a uma falta de inteligibilidade colectiva. A igreja impõe-se assim como formadora de consciências, alinham-se o poder temporal e o poder eclesiástico, ambos provenientes de Deus e para ele dirigido. Ação de D. Maria I enquanto rainha viria a ser a consecução deste ideário.

Maria Francisca, Princesa do Brasil

Em 1750 morreu D. João V e ascendeu D. José I ao trono, com 36 anos. D. Maria passou então a usar o título de Princesa do Brasil e Duquesa de Bragança. Em 1755 deu-se o terramoto e maremoto de Lisboa, que destruiu grande parte da cidade de Lisboa e foi por muitos entendido como uma punição divina das suas pessoas. O reinado do pai de D. Maria fica marcado pela ação política josefino-pombalina. Em setembro de 1758, D. José I foi atacado e ferido enquanto retornava ao palácio após uma visita noturna à marquesa de Távora. Este episódio constituiu para o Marquês de Pombal uma oportunidade de neutralizar a ação da aristocracia, que resistia a mudanças políticas e económicas. Na sequência do crime de lesa-majestade, foram então incriminados os membros da família dos Távoras, julgados e presos, torturados e executados publicamente. O horror e o degredo da cena marcaram indelevelmente D. Maria, que se viu dividida entre a devoção, os suplícios e o medo. Terá sido determinante para que fossem libertadas as crianças da família. Também os padres jesuítas foram acusados de cumplicidade no atentado ao rei e condenados à morte e à expulsão. A angústia de D. Maria aumentou quando um padre jesuíta teve, no exílio, a visão mística de que a alma do rei seria condenada pelos pecados cometidos.

O casamento de D. Maria foi preparado no reinado do avô, que pediu as necessárias

licenças apostólicas para casar D. Maria com o seu tio D. Pedro. Durante anos D. José I não levou a cabo o projeto do casamento, que aconteceu apenas em 1760. D. Pedro era estimado por D. Maria. Era uma figura extremamente religiosa, tinha por hábito acompanhar a rainha mãe nas visitas de devoção, prezava os mestres jesuítas e tinha bom entendimento com a fidalguia. Da união de D. Maria e D. Pedro nasceram seis filhos, D. José, Príncipe da Beira, em 1761, D. João em 1763, D. Maria Isabel em 1766, D. João, que nasceu em 1767 e que mais tarde viria a ser aclamado como D. João VI, D. Mariana Vitória Josefa em 1768, e D. Maria Clementina, que nasceu em 1774.

D. Maria I, Rainha de Portugal

D. José I terá sido influenciado pelo Marquês de Pombal a estabelecer em Portugal a lei sálica de sucessão, no sentido de impedir a ascensão ao trono de D. Maria, resistente às suas medidas administrativas de cunho iluminista, anticlericais. D. Maria, com o apoio do marido, recusou abdicar dos seus direitos dinásticos, consagrados nas cortes de Lamego. D. Maria I foi aclamada em 1777, data em que morreu D. José I. No final do seu reinado e na doença, este mostrava sinais de uma crise moral, com medo e culpa pelos atos cometidos pelo seu governo. Deixou a D. Maria um documento de recomendações, uma das quais era o perdão dos presos políticos merecedores de clemência. Assim aconteceu, após julgamento praticamente todos os membros da família dos Távoras foram inocentados. Estima-se que tenham sido libertadas centenas ou mesmo milhares de vítimas, se contabilizados os exilados. O Marquês de Pombal, demitido a seu pedido, foi julgado e - este sim -, considerado culpado.

D. Maria governa entre o reformismo pombalino e os primórdios da monarquia constitucional. Foi uma rainha de carácter pio e caridosa, cuja governação fica marcada pela benignidade e virtude das suas ações, políticas prudentes e pela justiça. O ordenamento jurídico e a recuperação económica foram as suas primeiras preocupações. Nas capitais, as ruas foram limpas e ganharam iluminação. Ergueu o teatro de São Carlos e o de São João. No entanto, D. Maria era atormentada pelo escrúpulo. O receio de incorrer em injustiça ou tomar decisões erradas aterrorizavam-na. Numa profunda vivência religiosa, antecipava receosamente a punição e castigo, e a perda da salvação eterna o seu maior temor.

Inicialmente pio e glorioso, o reinado de D. Maria I foi depois abalado por eventos significativos da sua vida privada. A partir de 1781, somam-se sucessivas mortes de figuras próximas da rainha, a primeira das quais a sua mãe. Esta perda foi vivenciada como a perda de um amparo e de uma conselheira exemplar, da qual recebia recomendações políticas. Em 1785, a filha D. Mariana Josefa foi para a corte espanhola e é possível acompanhar as vivências e expressão escrita da rainha em cartas que escrevia à filha, reunidas por Alice Lázaro em *Com o Mais Fino Amor. Cartas Íntimas da Rainha Dona Maria I Para a Filha (1785-1787)*. Inicialmente a correspondência é de uma mãe atenta e muito preocupada com o bem-estar e felicidade da filha. Ficam patentes na sua escrita algumas características do seu carácter, compassivo para com os outros e apaziguador. Aqui, a rainha fala do início de “ligeira afeição”, ansiedade e insónia, que pouco detalha e até desvaloriza, e início de tratamentos em banhos.

“O que padeço agora são algumas ânsias e não dormir bem.”

D. Maria I, 27 julho de 1785

Os tratamentos surtiam efeito positivo na rainha, que admitia à filha sentir-se melhor. No entanto, em 1786 morreu D. Pedro, e esta segunda perda significativa repercutiu-se na rainha. Passou a escrever cartas mais curtas e mais pobres em conteúdo, nas quais expressava angústia e ser assombrada por uma tristeza pervasiva, abulia e anedonia e

isolar-se no interior. Na correspondência tomamos conhecimento dos tratamentos empreendidos à data. Além dos banhos, a rainha era incentivada à atividade e comportamento salutar.

“Querem que este ano tome banhos nas Alcaçarias para refrescar o sangue, que o tenho, alguma coisa, esquentado e também por mor do estômago.”

D. Maria I, 16 de junho de 1786

“Tivemos uns dias bonitos. Em um deles fomos a Queluz, mas para mim, tudo é triste.”

D. Maria I, 10 de novembro de 1786

“Aqui está o tempo fermoso e tenho aproveitado para ir às quintas e alguns bocados a cavalo, que me dizem que me será útil, ainda que, eu acho que a tristeza nada a tira.”

D. Maria I, 17 de março de 1787

Apesar de a própria não o admitir, pelos frequentadores da corte era reportada alguma melhoria do estado anímico da rainha. No outono de 1786 estaria a *“emergir da tristeza profunda”*, como relatava um embaixador francês. No entanto, o ano de 1788 é particularmente penoso em eventos significativos. Primeiro, pelo falecimento do filho D. José, príncipe herdeiro, vítima de varíola. D. Maria teria impedido a inoculação dos filhos, pelo que vivencia o falecimento com culpa. Pouco depois faleceu a filha D. Mariana Josefa, o seu filho recém-nascido e marido, também eles vítimas de varíola. D. Maria perdeu sucessivamente o filho herdeiro, a filha e o genro amados. No mesmo ano faleceu ainda o seu confessor, Frei São Caetano. Este teria o poder de aquietar D. Maria, assegurando-a, por exemplo, que ele próprio pagaria pelos pecados de seu pai. A perda do confessor abriu caminho para a nomeação de um novo. Foi escolhido o sobrinho da Priora da Estrela, que tinha influência nefasta na rainha, pregando sobre o castigo das almas condenadas e terrores do inferno. A rainha, desde sempre martirizada pela culpa do pai no horrendo e injusto massacre dos Távoras, foi incentivada a sofrer e a reparar este mal através da reabilitação das famílias e restituição das terras. Até lá, o confessor, que seria movido por uma conspiração dos descontentes com o governo mariano, recusava-lhe o perdão. A rainha, mulher escrupulosa, fica dividida entre o dever de justiça soberana e fidelidade filial. Intensifica-se o excesso de zelo em relação ao exercício do poder. A cada golpe e perda, intensifica-se também o fervor religioso.

Há então uma intensificação de sofrimento psíquico. Por esta altura, a rainha, que até então nunca teria deixado de cumprir as suas obrigações régias, deixou de comparecer a todas as audiências oficiais. Nos anos seguintes o quadro agrava-se, sem melhoria consistente. Encontramos nesta fase da doença descrições de episódios de franca agitação psicomotora, e momentos de extrema apatia. Fundamentava a sua angústia e desesperança na ideia da condenação da alma do pai, e também da sua. Passou a recusar a eucaristia, por se sentir em pecado. Recusava também alimentar-se e recusava o tratamento, apesar de anteriormente reconhecer o benefício de banhos e sangrias, que outrora recomendava à filha.

Foi convocado à corte o britânico Dr Willis, conhecido pelo tratamento do Rei George III de Inglaterra. Iniciou o seu tratamento afastando D. Maria da corte, reconhecendo um agravamento do seu estado clínico com o culto e imagens religiosas. Mudaram-se para Queluz, onde iniciou mas o tratamento do médico britânico não foi eficaz. A rainha preocupava-se e era afligida apenas pela ideia de estar condenada, e acreditava que não se poderia salvar. No seu estado mais grave, acreditava estar morta e não ter órgãos e acreditava também estar no inferno. Admitiu-se então que a condição da rainha pudesse não ter melhoria.

D. Maria I, rainha deposta

Em 1792 foi convocada pelos ministros uma junta de médicos com o objetivo de avaliar o estado de saúde de D. Maria I e a evolução previsível da sua condição. Declararam que não apresentava sinais de melhoria e que era esperada demora na sua recuperação. Além de determinarem que estava incapacitada para os negócios do governo, acrescentaram que estes poderiam afetar negativamente a sua recuperação. Estava determinada assim a incapacidade governativa da monarca. Os ministros reconheceram o direito de regência a D. João, que assumiu a administração pública. No entanto, não usou o título de rei nos sete anos seguintes.

A rainha manteve o seu estado melancólico, progressivamente tornando-se alheada da realidade e com sinais de perturbação cognitiva. Nesta fase, tornam-se raras as descrições do seu estado, comportamento e discurso. Em 1807 dá-se a transmigração da corte para o Brasil, onde um relato da sua chegada reporta uma melhoria do seu estado anímico. Terá sido uma melhoria temporária, com descrições de posterior agravamento e oscilações.

D. Maria I, rainha deposta, viria a falecer aos 82 anos, no ano de 1816, no Rio de Janeiro.

Conclusão

D. Maria I, mulher piedosa, com crenças religiosas de alto teor normativo, de caráter compassivo e de ação determinada, foi uma figura singular no panorama histórico nacional enquanto primeira rainha reinante de Portugal. Padeceu de doença psíquica, mais frequentemente descrita como uma afeição melancólica. A melancolia, à época, agrupava várias formas de alteração do comportamento e pensamento, e era entendida como uma perturbação da vida intelectual, distúrbio do pensamento ou juízo. E, no entanto, as descrições da afeição melancólica de D. Maria fazem uma ponte com a nosologia psiquiátrica atual, em que a melancolia é especificador de episódios depressivos e descreve uma constelação de sintomas de particular gravidade. Ressalvando-se o anacronismo histográfico da conclusão, D. Maria terá desenvolvido um quadro depressivo pautado por sintomas de progressivamente maior gravidade, incluindo sintomas psicóticos.

Bibliografia

- Berrios, G. E. (1999). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 145-160.
- Borrêcho, M. D. C. (2016). D. Maria Francisca: de Princesa da Beira a Princesa do Brasil. *Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher*, (35), 114-133.
- Oliveira Ramos, L. (2007). *D. Maria I*. Círculo de Leitores
- Lázaro, A. (2013). *O Reinado do Amor. Cartas Íntimas da Priora da Estrela para a Rainha Dona Maria I (1776-1780)*. Chiado Editora
- Lázaro, A. (2014). *Com o Mais Fino Amor. Cartas Íntimas da Rainha Dona Maria I Para a Filha (1785-1787)*. Chiado Editora
- Roberts, J. (2012). *D. Maria I. As perdas e as glórias da rainha que entrou para a história como «a louca»*. Casa das Letras

BOCAGE E A MULHER COMO AGENTE DE PERDIÇÃO E FASCÍNIO

Ana Paula Araújo*; Anabela da Costa Martins**

*Investigadora do Lab2PT (Laboratório de Paisagens, Património e Território)

**Ministério da Educação; Docente de História

Emails: anapaaraujo@sapo.pt; anabeladacosta.m@gmail.com

Resumo

Na Idade Moderna estavam estabelecidos certos parâmetros comportamentais para a Mulher, pelo que os desvios das normas levavam frequentemente a uma forte conotação negativa: a mulher subversiva, representativa do Mal na Terra. A própria sociedade, que não consentia vícios e exageros, era particularmente intolerante para com o sexo feminino. As atitudes desviantes das mulheres faziam com que, por vezes, as conotassem como “loucas” e “bruxas”. Bocage, na sua obra apresenta-nos o reflexo da sociedade em que viveu, nomeadamente do papel desempenhado pela mulher. Como tal, e atendendo a que a mulher foi frequentemente motivo de elogio ou de sátira, é nossa intenção efetuar uma breve análise ao retrato de mulher na perspetiva do poeta.

Palavras-chave: Idade Moderna, mulher, atitudes desviantes, bruxa, Bocage

Abstract

In Modern Age certain behavioral parameters had been established for women, so that deviations from norms often led to a strong negative connotation: the subversive woman, representative of Evil on Earth. The society itself, which did not allow vices and overstatements, was particularly intolerant towards the female gender. Sometimes, women's deviant attitudes led them to be viewed as “crazy” and “witches”. Bocage, in his work, presents us with the reflection of the society in which he lived, namely the role played by women. As such, and given that women were often a reason for praise or satire, it is our intention to carry out a brief analysis of the role of women from the perspective of the poet.

Introdução

Na Idade Moderna a mulher ainda era vista como um ser inferior a qual se devia submeter, em primeira instância aos pais e, após o casamento, ao marido. Bocage é um autor que se destaca na história da literatura, nomeadamente pela sua poesia satírica e erótica numa sociedade ainda muito marcada por uma profunda religiosidade e tabus sexuais.

O presente artigo tem como objetivo investigar o modo como Bocage retrata a mulher na sociedade moderna. Propomo-nos, através de uma breve análise da sua obra perceber, um pouco melhor, a sua perspetiva sobre as diferentes facetas da mulher e de que forma estas colidiam ou se complementavam.

A mulher na Idade Moderna

A Idade Moderna fez emergir um novo paradigma assente em novas formas de pensamento, as quais abarcavam os mais distintos setores da sociedade: cultura, política, religião, ciência e arte, sendo que essas mudanças se refletiram no papel que a mulher ocupava na sociedade.

Progressivamente assiste-se, um pouco por toda a Europa, a uma apresentação da mulher na sociedade que oscilava entre dois extremos: o da mulher ideal e religiosa ou o da mulher

subversiva símbolo do “Mal” na Terra. As primeiras seguiam, à risca, os preceitos de Cristo e circunscreviam-se ao lar e dedicavam-se à família. Desta feita, a mulher ideal devia ser assexuada, passiva, recolhida, silenciosa, obediente, conformada, trabalhadora e modesta. As mulheres deviam cumprir as suas obrigações para com seus maridos, refletindo, deste modo, a natureza e extensão do seu papel na economia familiar. O ensaísta inglês Richard Steel (1672-1729) evidencia na perfeição o papel desempenhado pela mulher na Idade Moderna, apresentando-a como uma filha, irmã e esposa.

O objetivo subjacente à criação do modelo de mulher perfeita consubstanciou-se numa forma de controlar as mulheres designadas subversivas e de as impedir de venerar figuras como Joana d’Arc, mulher que desafiava a sociedade com a sua posição de dominadora, algo assustador para a Igreja, pois ia contra o que era incutido às mulheres: devem ser submissas, inicialmente aos pais e, posteriormente aos maridos que naturalmente devem ocupar uma posição dominante.

O retrato das mulheres da época está bem explícito em Bocage:

“(…) Emi. Mas essa liberdade, isso que choras
Quando he nosso? As mulheres sempre escravas,
Victimas do interesse, e do costume,
Dependem do dever, e não da escolha;
Se acaso d’hum consorte às leis se obrigação,
Cumpre condescender com seus caprichos,
Supportar seus defeitos; cumpre ama-lo,
Cumpre até venerar-lhe as injustiças:
Pode-se appetecer tão duro estado?
Ah! Só neste lugar serei ditosa.(…)”¹.

Tal como se pode ler, as mulheres não podiam optar, tinham simplesmente de seguir as regras instituídas sem as questionar. E quem ousasse afastar-se das normas estabelecidas, as ditas mulheres subversiva, era acusada de ser praticante de artes mágicas. A estas mulheres associavam-se a perversidade e a perigosidade, sendo acusadas de despertar uma sexualidade desenfreada, cuja origem assentava num pacto demoníaco que as levava a ter relações sexuais com o próprio Demónio. As crenças populares disseminavam estas imagens, no entanto, estas apenas refletem a sociedade de então, na qual a mulher era encarada como submissa, sem vontade própria. Estas eram consideradas hereges, que repudiavam Deus, a fé cristã e a Igreja, vindo, por isso, a sofrer – sobretudo na Idade Moderna – a repressão destinada a todos aqueles que se incluíam nesta categoria. Foi neste contexto que diversas mulheres foram acusadas de terem o dom da bruxaria, o que fez com que fossem, em muitos casos, perseguidas, torturadas e mortas na fogueira. Nos finais do séc. XV, Heinrich Kramer e o inquisidor Jacques Sprenger, publicaram o *Malleus Maleficarum* (Manual da Caça às Bruxas)² onde recorreram aos textos sagrados elucidativos da criação da mulher para a diminuir, sublinhando que a mulher provinha de uma costela defeituosa de Adão, pelo que era um ser vivo imperfeito, uma criação inferior.

¹ Marinho, C. (2007). Triunfos da Religião e da Natureza: discordia concors. In *Leituras de Bocage*. P. 97. Acedido a 12 de dezembro de 2021, em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/70635>.

² O *Malleus Maleficarum* trata-se de um compêndio – escrito originalmente em latim e publicado em 1487 pelos dominicanos Heinrich Kramer (1430-1505), reitor da Universidade de Colónia e Jacob Sprenger (1436/8-1495), inquisidor-geral da Alemanha, que conduziram “incansavelmente” a caça às bruxas nas regiões da Alemanha e Áustria – com o intuito de criar um suporte normativo para todas as ordens religiosas e para os oficiais seculares nos tratamentos das heresias.

Neste contexto, a bruxa consubstanciava-se na antítese do que se considerava ser mulher, a personificação do não ser feminina. Esta representava uma ameaça à ordem social instalada. Acreditava-se que estas eram mulheres que enfeitiçavam os homens, conduzindo-os à loucura, ao ódio e à luxúria desregrada.

O simples facto de a mulher ser solteira significava que esta não se queria submeter ao marido, o que era considerado inaceitável. Na mesma linha de pensamento, se a viúva não voltasse a casar, seria malvista uma vez que se entendia que esta se negava a restabelecer a ordem social, o que hoje se denomina de patriarcado - a mulher submetida ao homem que lidera uma comunidade ou simplesmente uma família.

Bocage e o iluminismo

A era de Bocage foi um tempo de libertação intelectual no qual se assistiu ao extravasar dos limites para quem se pretendia expressar através da arte, a era do Iluminismo. De facto, foi o Iluminismo que permitiu a Bocage destacar-se como um poeta satírico e erótico. Este movimento cultural potenciou um conhecimento mais aprofundado das ciências e a assunção da razão, o que se refletiu no enfraquecimento da posição dominante do poder religioso. É paradigmática a defesa da razão contra a subordinação à Teologia e crenças associadas¹. Este movimento alarga-se a Portugal consubstanciando-se num movimento cultural que celebra as ciências e preconiza que a ordem normal da sociedade deve ser regida pela razão. Este novo modo de pensar levou a que os portugueses, progressivamente, se fossem libertando das amarras que o poder religioso dominante impunha. No entanto, importa referir que estes avanços foram muito ténues no que concerne à assunção dos direitos das mulheres. A mulher era considerada incapaz de ocupar papéis importantes na sociedade dada a sua instabilidade mental. A sociedade continuava a considerar que as mulheres não eram capacitadas como os homens. Os homens eram possuidores da força e da determinação de líderes, coisa que as mulheres não possuíam na sua formação biológica. Mas progressivamente, como anuncia Maria Graciete “começa a preparar-se uma nova imagem da mulher que surge como sujeito da sua própria história, consciente do papel que desempenha no mundo, aberta à luta pela sua própria emancipação e dignidade”², no entanto, as representações artísticas sobre a vivência feminina são cunhadas por homens, tal como o pensamento filosófico das Luzes deriva, antes de mais, de uma perspectiva masculina que tende, em muitos aspetos, a preservar a imagem convencional.

A poesia satírica e erótica de Bocage

Durante o Iluminismo produziram-se e circularam várias obras consideradas de carácter subversivo assente num género de poesia satírica e libertina (Ventura, 2007)³. Enraizadamente associada à devassidão dos costumes e assumida sem preconceitos, surge, em Portugal, uma linguagem poética, pornográfica e erótica – de Bocage e de outros poetas – desestabilizadora da ordem pública, da moral e dos bons costumes. Neste contexto, destaca-se a obra *Poesias Eróticas, Burlescas e Satíricas*⁴ a qual estava dividida em duas partes: uma com sonetos satíricos curtos, repletos de conteúdo obsceno - Bocage redigia-os para ridicularizar e criticar alguém ou alguma situação e depois lia-os nas praças públicas e distribuía cópias dos mesmos à saída das missas - e outra com odes, cantigas,

¹ Leia-se Bisland, E. (1895). The Modern Woman and Marriage. *The North American Review*, 160 (463), 753-755.

² Graciete, M. (2001). *Percursos no feminino*. Lisboa: Ulmeiro, p. 23.

³ Ver Ventura, A. (2007). A Literatura Licenciosa em Portugal no tempo de Bocage. In M. F. Reis (coord.), *Rumos e Escrita da História*, () Lisboa: Edições Colibri.

⁴ Referimo-nos a Bocage, M. M. B. (s/data). *Poesias Eróticas, Burlescas e Satíricas* de Bocage. Acedido a 17 de dezembro de 2021, em <http://www.agr-tc.pt/bibliotecadigital/aetc/index.php?page=13&id=143&db=>

epístola e elegias - poemas mais extensos com narrativas eróticas onde predomina o estilo neoclássico, característico de Bocage. Nesta obra Bocage sobressai uma sensualidade bem representativa da sua poesia erótica. Este apresenta-nos um cenário repleto de paixões associados às marcas da traição, do abuso sexual e da desordem familiar. Assim, Bocage apresentava-se como um transgressor natural. Tratava-se de um libertino assumido; anticlerical convicto; revolucionário; razões pelas quais a determinada altura foi preso. Ele era considerado subversivo e perigoso para a sociedade.

Na sua poesia assiste-se a uma clara dicotomia entre a presença de diversas imagens arquetípicas do feminino, nomeadamente aquelas que procuravam, por um lado, enaltecer e homenagear a Mulher e, por outro, objetivá-la como agente demoníaco da perdição, numa dialética de fascínio e de temor.

Na obra “Sonetos de Bocage”¹ são vários os sonetos em que Bocage apresenta a grandiosidade e a invulgar beleza das suas amadas, num processo de homenagem que se caracteriza na sua poesia pela atribuição de uma dimensão carnal às mulheres a quem o sujeito poético se dirige. As mulheres já não se apresentam como simples adereços hirtos, mas autênticas presenças dialogantes. Assiste-se, deste modo, à exaltação das “mil perfeições da amada” em poemas como “Não, Marília, teu gesto vergonhoso” (p. 8) “Noite, amiga de Amor, calada, escura,” (p. 118) e à apresentação de uma contínua dualidade: “Teu riso, que enche as almas de ternura, /Agora meigo, agora desdenhoso”/(p. 8) (...)“suspensa entre o temor, entre o desejo” (p. 118). O poeta explica que a beleza de Marília é tal que seria capaz de fazer com que o infinito amor não correspondido entre as duas figuras mitológicas não fosse interrompido, contrariando a decisão das flechas do Cupido.

Também se assiste à presença desta dualidade em “A Vestal”², aquando da denúncia do delito de Erícia por uma das vestais, a reação de vergonha e de dignidade da donzela que se considera culpada, mas profundamente vítima “Das victimas d'Amor carpiste os fados,/Sensível assembleia, egregio povo/A Musa do terror, do pranto a Musa,/Mesclando affectos dous, que a scena regem,” (p. 95).

Para Bocage a beleza da amada é responsável pela sua volubilidade, considerando que “é quase sempre o vício da beleza/Génio mudável, condição perjura” (...) (p. 16)³; “A beleza, apesar da falsidade,” (...) “Ah! Trazei-me, ilusões, a ingrata, a bela!” (p.19). Este antecipa o imaginário de Cesário Verde (1855-1886) apresentando-nos mulheres frias e incapazes de amar verdadeiramente devido à sua perfeição desumana: “Mas como há-de a tirana ouvir meus ais,/Como há-de esta cruel sentir amor,/Se é composta de pedras e metais!” (p. 59)⁴.

Trata-se de uma beleza perfeita, mas vã, sem essência espírito ou sem alma. Bocage exalta a relação entre a beleza e a falta de valores humanos. No poema “Perverso estragador da formosura”(p.67), o poeta critica a falsa primeira impressão que uma mulher transmite e a sua essência maligna que se revela posteriormente.

¹ Leia-se Bocage, M. M. B. (s/data). Sonetos de Bocage Período da Vida Militar (1780 a 1787). Acedido a 19 de dezembro de 2021, em

http://be.ae2serpa.pt/ficheirosbiblioteca/livrosdodominiopublico/Autores.Portugueses/seculo.XVIII/o bras/Bocage_Sonetos.pdf

² Marinho, C. (2007). Triunfos da Religião e da Natureza: discordia concors. In *Leituras de Bocage*. P. 95 Acedido a 12 de dezembro de 2021, em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/70635>.

³ Leia-se Bocage, M. M. B. (s/data). Sonetos de Bocage Período da vida militar (1780 a 1787). Acedido a 19 de dezembro de 2021, em

http://be.ae2serpa.pt/ficheirosbiblioteca/livrosdodominiopublico/Autores.Portugueses/seculo.XVIII/o bras/Bocage_Sonetos.pdf

⁴ Ibidem, tomo IV, p. 80.

“Sacrificas a tua idolatria
Com tuas próprias mãos em ara impura:

Que bruto coração, que torpe amante
Vende o seu gosto? Ah mísera beleza.
Eu te choro, eu te choro, outrem te cante.

Excedeu-se em formar-te a Natureza;
Divina te julguei pelo semblante,
Humana vejo que és pela fraqueza (p. 67).

Nos poemas em que insiste em enaltecer a mulher quimerizada, Elmano concretiza partes do corpo feminino, por vezes, com alguma ousadia. É o caso, por exemplo, dos versos “Lembram-me aqueles olhos tentadores,/Aquelas mãos, aquele riso, aquela/Boca suave, que respira amores...” (p. 19) e de “ Noto-lhe o puro, colo, a mão nevada,/Os olhos divirtais, o gesto lindo:” (220).

São inúmeros os poemas dedicados à instabilidade da mulher amada na obra poética de Bocage. Bocage destaca-se por abordar sistematicamente a problemática do ciúme como responsável pela destruição da relação amorosa. No seu poema “A frouxidão no amor é uma ofensa”, o ciúme é representado como um monstro que veio do Inferno e que com olhos enraivecidos difunde a dor, raiva e morte. Este associa-se à tomada de consciência de que existe um desequilíbrio entre os seus sentimentos e os da mulher amada.

“Vê qual sou, vê qual és, vê que diferença!
Eu descoro, eu praguejo, eu ardo, eu gemo,
Eu choro, eu desespero, eu clamo, eu tremo;
Em sombras a Razão se me condensa.
Tu só tens gratidão, só tens brandura,
E antes que um coração pouco amoroso
Quisera ver-te uma alma ingrata e dura: (...)” (p. 105).

Este “coração pouco amoroso” conduz à indecisão, à volubilidade típica das mulheres “Porém, segundo o feminil costume,/Já Fílis se esqueceu do amor mais terno,/E com Jónio se ri de meu queixume” (p.9). A mulher indecisa que brinca com os seus sentimentos “Socorre, doce Márcia, o triste Elmano;/Oh! Que infernal tormento o da incerteza!” (p.116). O mesmo também está bem patente no poema “Quis, Manha gentil, cantar teu dia,” (p.114).

“Trémulo, insano, exausto, delirante,
Brado ao númen feroz: «Espera, espera,
Não firas, poupa um coração constante.»

Nisto o deus mostra o coração da fera;
Vi-te, pérfida, e disse agonizante:
Da lembrança riscar-te, ah, quem pudera! (p. 114).

Uma vez mais apercebemo-nos que o poeta não dissocia a beleza feminina à sua disposição, mais ou menos generalizada, para a traição e para a assunção do monstruoso papel de destruidoras da sensibilidade masculina.

Se a vejo repartir prazer, e agrado
Aquele, a este, coa fatal certeza
Fermenta o vil desejo envenenado;

Céus! Quem me reduziu a tal baixeza?
Quem tão cego me pôs?... Ah! Foi meu fado,
Que tanto não podia a natureza. (p. 106)

A razão pela qual a mulher se deixa facilmente seduzir está relacionada com a sua parca formação moral, conduzindo-a facilmente ao adultério. Isto porque a carnalidade implicava a celebração de pacto diabólico. Esta assumia-se como uma forma de veneração do demónio e submissão ao mesmo. Tal assunção enquadra-se no puritanismo típico do século XVIII onde vigoravam os tabus sociais, regras restritas, uma educação preconceituosa e sobretudo uma moral católica que olhava para a sexualidade como uma vertente menos nobre do ser humano.

Em contrapartida, em muitos dos seus poemas lamenta a morte das amadas e o modo como esta afeta irreversivelmente a sua beleza, como exemplificam estes versos: “Que há no Mundo que ver, se a Formusura,/Se Amor, se as Graças, se o Prazer contigo/Jazem no eterno horror da Sepultura?” (p. 32).

Mais significativos temos os poemas em que se evidencia a vertente de libertino filosófico desejoso de transgredir os valores convencionais também através do relacionamento com as mulheres. Sobressaem as inexperientes meninas que procura convencer a aceitarem uma perspetiva acerca do amor e da sexualidade que foge à educação tradicional que lhes foi inculcada, e que é representada pela presença dos pais comograndes oponentes, e as prostitutas a que não consegue deixar de entregar-se.

Assim, Bocage é atormentado por esta dualidade entre o amor puro e a entrega aos abismos da luxúria, a raiva do instinto que faz da mulher um objeto, um instrumento de prazer, desencadeando esse contraste a sua constante consciência de degradação e um desejo de redenção. Curiosamente, será ainda o tópico da beleza como potência dominadora do sujeito que condicionará a sua vontade e o impulsionará a uma preferência pela venalidade, como se expressa no poema “Nos torpes laços da beleza impura”, no qual se estabelece a supremacia da tirania dos sentidos sobre a razão, sugerindo-se ainda a presença de um fado que determina o que ocorrerá na tumultuosa existência do eu.

“Ah! Quem és? (lhe pergunto arrepiado)
Mereces o meu ódio, ou o meu culto?
Sou (me diz) o que em sombras te sepulto,
Sou teu perseguidor, teu mal, teu Fado”.

Bocage, no terminus da sua vida, assume-se como um fantasma inexistente para além da treva. Este revela uma consciência romântica de que a sua condição de poeta ou de amante fatal não dependeu da sua vontade, mas sim de um misterioso desígnio superior¹.

Mas um novo rosto preenche o que, entretanto, desce à “cova escura” e desfaz-se. O corpo apresenta-se como uma silhueta perdida nas sombras do tempo. A sua imagem poética aproxima-o de um halo de claridade que só os grandes poetas podem ambicionar.

¹ Amaral, F. (2003). *Bocage, Antologia de Poesia Erótica*. Lisboa: Dom Quixote. P. 217

“Eu, já Bocage não sou, mas sobra de mim tudo o que mesmo doendo e fazendo sangrar me tornou grande e duradouro: o lume altaneiro da Poesia a lembrar a esta terra que só pode falar de eternidade quando molda o regaço para deixar dormir os seus poetas, mesmo que a inquietação os tenha feito náufragos sem porto nem abrigo, sempre em busca da palavra perdida, inominável, queacende a luz perene no coração dos séculos”¹.

A importância da presença da mulher amada perdura até à morte do poeta, de modo que anseia morrer na companhia daquela que foi a razão da sua existência e a inspiradora da sua produção poética.

Conclusão

Na poesia de Bocage assiste-se a uma visão dicotómica da mulher. Por um lado, o poeta exalta a beleza assente na figura da mulher amada como objeto de contemplação por parte do sujeito poético. Assiste-se assim, a uma atitude de adulação quase servil face às mulheres que enaltece e que encara como divindades. Mulheres que conquistam e prendem a vontade, os pensamentos e o coração do eu poético. Sob o ponto de vista físico estas são alvo de um processo de idealização que culmina com a sua elevação ao estatuto de deusa. Por outro lado, a contrastar com o seu aspeto físico, em termos morais o sujeito poético exalta ferozmente os seus defeitos: a infidelidade, crueldade, volubilidade, ambição e ingratidão são os aspetos negativos mais focados.

Bibliografia

- Amaral, F. (2003). *Bocage, Antologia de Poesia Erótica*. Lisboa: Dom Quixote.
- Bisland, E. (1895). The Modern Woman and Marriage. *The North American Review*, 160 (463), 753-755.
- Bocage, M. M. B. (s/data). Poesias Eróticas, Burlescas e Satíricas de Bocage. Acedido a 17 de dezembro de 2021, em <http://www.agr-tc.pt/bibliotecadigital/aetc/index.php?page=13&id=143&db=>
- Bocage, M. M. B. (s/data). Sonetos de Bocage Período da Vida Militar (1780 a 1787). Acedido a 19 de dezembro de 2021, em http://be.ae2serpa.pt/ficheirosbiblioteca/livrosdodominiopublico/Autores.Portugueses/seculo.XVIII/obras/Bocage_Sonetos.pdf
- Graciete, M. (2001). *Percursos no feminino*. Lisboa: Ulmeiro.
- Letria, J. J. (2002). *Já Bocage Não Sou*. Lisboa: Publicações Europa-América, p.117.
- Marinho, C. (2007). Triunfos da Religião e da Natureza: discordia concors. In *Leituras de Bocage*. P. 90-101. Acedido s 12 de dezembro de 2021, em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/70635>.
- Ventura, A. (2007). A Literatura Licenciosa em Portugal no tempo de Bocage. In M. F. Reis (coord.), *Rumos e Escrita da História*. Lisboa: Edições Colibri, pp. 71-81.

¹ Letria, J. J. (2002). *Já Bocage Não Sou*. Lisboa: Publicações Europa-América. P.117.

QUANDO A BELA FLOR MURCHA – UM RETRATO DE FLORBELA ESPANCA

Beatriz Jorge*; Catarina Pedro Fernandes**;
Mariana Duarte-Mangas***; Sara Jorge Carneiro****

* Hospital de Braga, interna de formação específica de Psiquiatria

** Hospital de Braga, interna de formação específica de Psiquiatria

*** Unidade Local de Saúde de Beja, interna de formação específica de psiquiatria

**** Hospital de Braga, interna de formação específica de Psiquiatria

Emails: bea.negocios@gmail.com; e-mail: catarinap_fernandes@hotmail.com; e-mail:

mariana_mangas@hotmail.com; saracarneiro27@gmail.com

Resumo

Florbela Espanca, figura pronunciada da literatura portuguesa, padeceu toda a sua vida de um “*mal de vivre*”. De existência conturbada, a poetisa faz questão de a sublinhar até ao suicídio, com 36 anos de idade.

Que marcas de doença estiveram neste seu percurso de vida? Quanta dor, quanto sofrimento transportou e como sobressaiu na sua produção artística? Foram questões que subsistiram a quem de perto percorreu o olhar nos seus versos e perscrutou os sentidos da sua escrita.

O presente trabalho tem, como objetivo, procurar responder a estas interrogações. Partindo da análise de escritos e obra da autora, bem como de outras figuras próximas, pretende reconstruir-se a sua vivência subjetiva dentro do contexto social da época, aprofundando os fundamentos da sua “neurose”, pintada como tela psicopatológica.

Palavras-chave: Florbela Espanca, poesia, suicídio, psiquiatria

Abstract

Florbela Espanca, a prominent figure in Portuguese literature, suffered all her life from a “*mal de vivre*”. With a troubled existence, the poet insists on stressing her until she committed suicide, at the age of 36.

What marks of illness were in your life course? How much pain, how much suffering did you carry and how did you stand out in your artistic production? These were questions that remained for those who closely looked at his verses and scrutinized the meanings of his writing.

This work aims to try to answer these questions. Starting from the analysis of the author's writings and work, as well as other close figures, we intend to reconstruct her subjective experience within the social context of the time, deepening the foundations of her “neurosis”, painted as a psychopathological canvas.

Introdução

Há quem não se identifique com as criações de Florbela. O tom demasiadamente melancólico, quase de queixume, as reflexões ironicamente perdidas e desprovidas de esperança. Contudo, se esteja ciente de que do melhor se expressam as vivências internas genuínas, sendo estas são mais intensas consoante a carga de sentimento vivido. Refere Alfredo Reguengo que “os seus livros são a mais completa autobiografia que ela poderia escrever”. Assim, considera-se também que a marca biológica resultante de eventos negativos se reveste de uma força maior do que a manifestada brevemente em eventos egossintónicos.

Neste sentido serão acompanhados alguns dos momentos salientes na sua vida em paralelo com as suas palavras, usadas para os gravar no tempo.

Desmitificando a vida da poetisa

Nasceu no Alentejo, em Vila Viçosa, a 8 de dezembro de 1894. Filha de amores adúlteros, só em 1949, dezanove anos após a morte, é legitimada pelo pai, João Espanca, fotógrafo e em negócios itinerante. A mãe foi Antónia Lobo, criada de servir, posteriormente afastada da vida de Florbela. Foi registada como filha de pai incógnito, com inegável impacto no restante percurso, apesar de ter sido criada pelo pai e pela madrastra Mariana Espanca, conhecida também por Mariana Inglesa ou Mariana Toscano. Posteriormente, na adolescência, Henriqueta surge como outra imagem de mãe.

Daqui se depreende a relação materna complexa. Uma mãe biológica afastada e outra que sempre se manifestou ambivalente e insegurança a relação a Florbela. O surgimento do alheamento como fuga à realidade materializa-se. Em junho de 1906 terminou a instrução primária e escreve o primeiro conto, "Mamã":

*"(...)A camponesa ergue-se admirada, enquanto a fidalga adúlada, invejada, que Mnha a seus pés um mundo de adoradores, não receando amarrotar as rendas caras do seu opulento vestido de baile, ajoelhou humilde ante o bercito do filbo do crime, que Mnha de beijar furtivamente; inclinou a cabeça, e duas lágrimas brilhantes como gotas de orvalho se desprenderam dos olbos, resvalando-lhe pelas faces, que foram cair nas do pequenito que, a sorrir no seu sorriso de anjo, balbuciou mimoso:
— Mamã!"*

Desde tenra idade se ilustram as palavras de Agustina Bessa-Luís quando referia que “todo o comportamento de Florbela não pode ser dissociado de sua aparência depressiva”. A própria poetisa terá dito: "Aos oito anos já fazia versos, já tinha insónias e já as coisas da vida me davam vontade de chorar."

Nesta altura, versa precocemente sobre a dualidade maior da existência humana e as características de cada uma.

*"O que é a vida e a morte
Aquela infernal inimiga
A vida é o sorriso
E a morte da vida a guarida*

*A morte tem os desgostos
A vida tem os felizes
A cova tem a tristeza
E a vida tem as raízes*

*A vida e a morte são
O sorriso lisonjeiro
E o amor tem o navio
E o navio o marinheiro"*

Foi uma das primeiras raparigas a frequentar um liceu masculino em 1908-09. Usou capa de estudante, completou o liceu e matriculou-se em Direito, embora o seu grande sonho fossem as letras.

A procura foi sempre uma constante na sua vida. Na vida literária, nas relações. Na impossibilidade de se vincular a uma só mãe, a autora irá centrar-se na figura paterna para colmatar a necessidade emocional. Quase como uma cumplicidade, que na sua vida se vai refletir na forma como procura as relações afetivas, no périplo para encontrar o seu "Prince Charmant". Surge a identificação ao pai, que não lhe conheceu limites de autoridade, não viu o seu papel como mulher reconhecido, nem se sentiu reconhecida ou admirada, dando-se um complexo edipiano não resolvido. Esta rejeição familiar pareceu prolongar-se no tempo e encontrar eco na recusa de perfilhação por parte do pai como se esta não fosse sua filha por inteiro.

Através da poesia, enuncia o ser idealizado que busca na intimidade. Uma das imagens que mostram melhor a idealização está no poema "Ser Poeta", uma imagem de um ser superior, idealizado, sonhado, aspirado e, fulcralmente, sem sofrimento:

*“Ser poeta é ser mais alto, é ser maior
Do que os homens! Morder como quem beija!
É ser mendigo e dar como quem seja
Rei do Reino de Aquém e de Além Dor!*

*É ter de mil desejos o esplendor
E não saber sequer que se deseja!
É ter cá dentro um astro que flameja,
É ter garras e asas de condor!*

*É ter fome, é ter sede de Infinito!
Por elmo, as manbãs de oiro e de cetim...
É condensar o mundo num só grito!*

*E é amar-te, assim, perdidamente...
É seres alma, e sangue, e vida em mim
E dizê-lo cantando a toda a gente!”*

Em 1911 conhece Alberto Moutinho que viria a ser o seu primeiro marido, casando-se pelo civil aos 19 anos. Após várias mudanças, dificuldades económicas e no seu reconhecimento enquanto poetisa, cuja frustração está tácita no seu poema "Vaidade":

*“Sonho que sou a Poetisa eleita,
Aquele que diz tudo e tudo sabe,
Que tem a inspiração pura e perfeita,
Que reúne num verso a imensidade!*

*Sonho que um verso meu tem claridade
Para encher todo o mundo! E que deleita
Mesmo aqueles que morrem de saudade!
Mesmo os de alma profunda e insatisfeita!*

*Sonho que sou Alguém cá neste mundo...
Aquele de saber vasto e profundo,
Aos pés de quem a Terra anda curvada!*

E quando mais no céu eu vou sonhando,

*E quando mais no alto ando voando,
Acordo do meu sonho ... E não sou nada! “*

Em 1919, um aborto agrava o seu estado de melancolia, acaba por se divorciar. Mário Lage, médico que a tratou dos seus males e em 1925, depois de se ter mudado para a sua residência, torna-se o segundo marido.

Considere-se o retrato atual de Florbela. À margem do movimento modernista e também da sociedade de então, por vários motivos: residiu a maior parte da vida fora do centro irradiador cultural português (Lisboa), em cidades como Vila Viçosa, Évora, Matosinhos, Redondo; era mulher – facto que lhe diminuía a condição de poetisa, pois às atendo à sua condição feminina, sem impacto na tradição literária; era filha ilegítima de pai incógnito, divorciada e, ainda, frequentou a Faculdade de Direito, lugar eminentemente masculino, no primeiro quartel do século XX. Como a pinta Agustina Bessa-Luís, “A biografia de Florbela Espanca oferece muitas dificuldades de análise, pois trata-se de uma mulher, e a mulher é como a Fortuna: enquanto existe, é bendita, quando desaparece, dela se diz tudo o mal.”

Várias ocorrências tingem de maior negrume a tela dos dias. O seu irmão de sangue, Apeles Espanca, três anos mais novo que Florbela foi, de forma similar, registado como filha de pai incógnito, educado pelo pai e pela madrasta, Mariana Espanca. Esse irmão foi a figura mais importante na vida de Florbela. Depois da sua morte, nunca mais conseguiu recuperar, afundado-se numa tristeza ainda maior do que aquela que a consumiu a vida inteira. Dedicou-lhe “As Máscaras do Destino”, publicado originalmente em 1931, um livro de contos advindo da experiência vivenciada após a morte de Apeles, ocorrida em 1927. Conforme a escritora, “este livro é dum Morto, este livro é do meu Morto. Que os vivos passem adiante...”, mote que resume as “variações em torno do desaparecimento de Apeles”. Assim, “cada conto é construído como uma face da história de Apeles e da sua morte precoce e misteriosa, metaforizado em vários registos que incluem, ainda, a presença da noiva morta, as especulações dos amigos, as aspirações da própria Florbela em relação à permanência *post mortem* do irmão”.

*“Santo, três vezes santo, andou pregando
Que o sol, a terra, a flor, o rocío brando,
Da pobreza o tristíssimo flagelo,*

*Tudo era nosso irmão! – E assim sonhando,
Pelas estradas da Umbria foi forjando
Da cadeia do amor o maior elo!*

*“Olha o nosso irmão Sol, nossa irmã Água...”
Ah, Poverello! Em mim, essa lição
Perdeu-se como vela em mar de mágoa*

*– Eu fui na vida a irmã dum só Irmão,
E já não sou a irmã de ninguém mais!”*

Entretanto, deteriora-se a relação com Mário Lage e os sintomas de depressão agravam-se bastante. Da fragilidade emocional resulta uma primeira tentativa de suicídio. Dedica dois poemas, “Chopin” e “Tarde de Musica” ao pianista Luís Maria Cabral, por quem se chegou a apaixonar. Trava conhecimento com Guido Batteli, que se oferece para publicar “Charneca em Flor” em Matosinhos, depois de uma segunda tentativa de suicídio. Em Outubro e Novembro de 1930 a depressão agrava-se muito e começa a padecer de um

edema pulmonar. A 7 de Dezembro, véspera do dia em que faz 36 anos, Bela suicida-se com dois frascos de Veronal. Foi enterrada no dia do seu aniversário. Em carta a Dr. Augusto d'Esaguy referia: "No Mundo, passo por todos, vendo alguns; na vida esqueço-me de quase todos, esquecendo-me de mim. Quase tudo me é indiferente." Foi atribuído a Florbela um Dom Juanismo de saias, um narcisismo atribuído por consequência da sua história. Pelos gostos requintados e excêntricos, o bem vestir, a convivência com gente distinta e o sonho com a fama através da estética, na forma de poesia. É nos outros que o busca até ao fim dos seus dias como validação de algo que ficou perdido desde cedo. O amor procurou-o toda a vida. Queria ser amada, mas tal nunca chegou apogeu daquilo que projetara. Sempre fora "Inconstância".

*"Procurei o amor, que me mentiu.
Pedi à Vida mais do que ela dava;
Eterna sonhadora edificava
Meu castelo de luz que me caiu!*

*Tanto clarão nas trevas refulgiu,
E tanto beijo a boca me queimava!
E era o sol que os longes deslumbrava
Igual a tanto sol que me fugiu!*

*Passei a vida a amar e a esquecer...
Atrás do sol dum dia outro a aquecer
As brumas dos atalhos por onde ando...*

*E este amor que assim me vai fugindo
Fé igual a outro amor que vai surgindo,
Que há-de partir também... nem eu sei quando.. "*

Talvez mais importante, procurou-se a si também, o seu Eu intrinsecamente e fora da *persona* de forma quase obsessiva, dedicando-lhe grande parte do seu processo criativo.

*"Eu sou a que no mundo anda perdida,
Eu sou a que na vida não tem norte,
Sou a irmã do sonho, e desta sorte
Sou a crucificada... a dolorida...*

*Sombra de névoa ténue e esvanecida,
E que o destino amargo, triste e forte,
Impele brutalmente para a morte!*

*Sou aquela que passa a ninguém vê...
Sou a que chamam triste sem o ser...
Sou a que chora sem saber porquê...
Sou talvez a visão que Alguém sonhou,
Alguém que veio ao mundo pra me ver
E que nunca na vida me encontrou!"*

(in livro de Mágoas-1919)

.....

*“Até agora eu não me conhecia,
julgava que era Eu e eu não era
Aquele que em meus versos descrevera
Tão clara como a fonte e como o dia.*

*Mas que eu não era
Eu não o sabia mesmo que o soubesse, o não dissera...
Olhos fitos em rútila quimera
Andava atrás de mim... e não me via!*

*Andava a procurar-me - pobre louca!-
E achei o meu olhar no teu olhar,
E a minha boca sobre a tua boca!*

*E esta ânsia de viver, que nada acalma,
E a chama da tua alma a esbrasear
As apagadas cinzas da minha alma!”*

(in Charneca em Flor- 1930)

São várias as interpretações do seu trajeto e do processo de mitificação da escritora, que tem se mostrado dinâmico e, de tempos em tempos, adquirido diferentes contornos. “Quando for possível destriçar capazmente, com serena e ampla crítica, a lenda de Florbela da poesia de Florbela, ver-se-á decerto como aquela sobrepuja a esta, sem a afogar”, afirmava Vítor Nemésio.

Muitos foram os escritores que tomaram a imagem de Florbela como mote literário, para a criação de romances, peças de teatro, filmes e seriados de televisão, além, claro, de poemas: a partir de um discurso de ordem mítica, revestido de certo simbolismo e condizente ao lapso temporal relativo, a imagem mitificada da escritora passa a existir nos mais variados contextos ficcionais, mas, de uma forma ou de outra, conectados à história inicial e tutelar da origem desse mito, que é a sua trajetória vivencial e literária. Não faltaram especulações de toda sorte, desde questões que adentram a sexualidade da autora até os julgamentos de seu caráter e de sua personalidade. Um exemplo seria Guido Battelli, o professor italiano a quem Florbela confiou as provas do Charneca em Flor, adulterou poemas e trechos de cartas da escritora no fito de atender à avidez dos leitores em descobrir, pela obra, a vida da poetisa e, consequentemente, aumentar a venda dos diversos títulos que publicou da poetisa.

A singularidade do mito florbeliano assenta-se no cerne das discussões em torno da autoria feminina: trata-se da primeira poetisa, em Portugal, enredada em uma teia de elucubrações potencializadas por uma morte trágica e por vieses biográficos muito particulares, dentro de um contexto sociocultural reacionário e, ainda, bastante adverso aos anseios emancipatórios das mulheres. Neste contexto, alguma prudência deve ser tida em conta quando se elabora sobre um possível diagnóstico nosológico, devendo ser dado maior enfoque ao cenário de fundo que leva a peça a tomar o seu rumo.

Conclusão

Todo o autor deixa o seu legado, esperando que quem lê a sua obra se possa inteirar de uma pequena mensagem de cada vez, sem fronteiras demasiado rígidas ou divagações exageradamente soltas.

"Quando morrer, é possível que alguém, ao ler estes descosidos monólogos, leia o que sente sem o saber dizer, que essa coisa tão rara neste mundo – uma alma – se debruce com um pouco de piedade, um pouco de compreensão, em silêncio, sobre o que eu fui ou julguei ser. E realize o que eu não pude: conhecer-me."
(Florbela Espanca, In Diário do último ano)

Bibliografia

- Leite, J.J.S. (2018). De Florbela Às Florbelas: do mito literário à invenção De Uma Personagem-Escritora. Dissertação De Mestrado, Centro De Educação Do Departamento De Artes E Letras, Universidade Estadual Da Paraíba, Brasil
- Craveiro, L. (2015). Florbela Espanca, Uma Vida Perdida Na Neurose. Lisboa: Sopa de Letras Edições
- Pereira, C.J.G. (2005). Do Sentimento em Florbela Espanca. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal
- Bessa-Luís, A(1976). Florbela Espanca. Amadora: Livraria Bertrand.

FLORBELA ESPANCA: A MELANCOLIA DE UMA VIDA RETRATADA EM POESIA

J. Facucho-Oliveira¹; M. Fraga¹; P. Espada dos Santos¹; M. Albuquerque¹

Hospital de Cascais, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

¹ Médicos Internas de Formação Específica em Psiquiatria do Hospital de Cascais.

Emails: jmfacucho@hotmail.com; ana.margarida.fraga@gmail.com;
pdsantos@campus.ul.pt; amcrs.albuquerque@gmail.com

Resumo

Forbela Espanca nasceu em 1894, em Vila Viçosa, e foi registada com pai incógnito por ser filha ilegítima de João Espanca, um próspero aristocrata com ligação à arte. Cresceu em que junto da mãe, criada de João Espanca e sua esposa Mariana Espanca, até aos 14 anos, altura a progenitora, atormentada pela neurose, se suicidou.

Florbela Espanca também padecia de neurose, viveu conturbada por esse mal cujo sofrimento pespogado terá tido como único benefício a exasperada inspiração para a poesia melancólica. Das dificuldades de vinculação materna, dos vários suicídios na família, das inúmeras ruturas amorosas e dos dois abortos espontâneos ter-se-á gerado substrato para a sua vasta obra literária.

As vivências internas, processos mentais e fantasias neuróticas e narcísicas têm fascinado amantes de literatura, curiosos e especialistas dos desígnios da mente. O presente trabalho propõe-se a abordar e conceptualizar o percurso de vida e obra da autora.

Palavras-Chave: neurose, literatura, suicídio

Abstract

Florbela Espanca was born in 1894, in Vila Viçosa, and was registered with unknown father as she was João Espanca's illegitimate daughter, a prosperous aristocrat connected to art. She grew up with her mother, João Espanca and his wife Mariana Espanca's housemaid, until she was 14 years old, moment in which her mother, tomented by Neurosis, committed suicide.

Florbela Espanca also suffered from Neurosis, living a troubled life with a deep suffering, which led to exasperated inspiration for melancolic poetry. Maternal bonding difficulties, several suicide episodes in her family, various love breaks and two miscarriages have certainly influenced her vast literary work.

Internal experiences, mental events as well as narcisic and neurotic fantasies have fascinated literary lovers, curious and psychological specialists. The aim of this work is to summarize and conceptualize the author's life and literary work.

Introdução

Florbela Espanca, um dos expoentes máximos da literatura em Portugal, escrevia poesia sobretudo sobre temas melancólicos, de sofrimento e existencialistas. A poetisa teve uma infância muito conturbada, o que se terá refletido numa vida que oscilou entre a tristeza, a extravagância e a irreverência. A sua vida e obra singular têm sido amplamente estudadas por várias áreas da ciência e literatura, tendo sido propostos vários diagnósticos de patologia psiquiátrica. Com o presente trabalho pretende-se fazer uma análise de vários aspetos da vida e obra da autora, focando as divergências nos diagnósticos psiquiátricos, com base na associação entre a sua tristeza e sofrimento com a sua poesia.

Biografia

Florbela Espanca (1894-1930) foi uma poetisa portuguesa, autora de sonetos e contos importantes na literatura nacional. Foi uma das primeiras feministas de Portugal. A sua poesia é conhecida por um estilo peculiar, com forte teor emocional, onde o sofrimento, a solidão, e o desencanto estão aliados ao desejo de ser feliz. Florbela Espanca, nome literário de Florbela da Alma da Conceição, nasceu em Vila Viçosa, no Alentejo, no dia 8 de dezembro de 1894. Era filha de Antónia da Conceição Lobo e de João Maria Espanca, fotógrafo e negociante, que era casado com Mariana do Carmo Toscano, mas não tinha filhos deste casamento. Florbela foi registada como filha de pai incógnito, o que a terá marcado profundamente, apesar de ter sido criada pelo pai e sua madrastra, a qual viria a ser sua madrinha de batismo. O seu pai apenas a reconheceu como filha depois de sua morte. Apeles foi registado e criado do mesmo modo que a irmã. Após a morte precoce do seu irmão mais novo, Florbela afundou-se numa tristeza ainda mais marcada (Frazão, 2020).

Em outubro de 1899, Florbela inicia o ensino primário, passando a assinar Flor d'Alma da Conceição Espanca ou Bela d'Alma da Conceição Espanca. Aos sete anos de idade, Florbela escreve a sua primeira poesia, intitulada “A Vida e a Morte” (1903), mostrando um talento precoce e os seus temas de eleição, centrados na amargura. Após concluir o ensino primário, manifesta os primeiros sinais depressivos, altura em que escreve o seu primeiro conto “Mamã”. Em 1908, a sua mãe morre, vítima de neurose. Em 1912, Florbela termina os estudos no Liceu André Gouveia, em Évora, onde conhece Alberto Moutinho, com o qual casa em 1913, aos 19 anos de idade. Em 1914, o casal muda-se para Redondo, na Serra d'Ossa, Alentejo, onde abrem uma escola e Florbela passa a lecionar. Apesar de existirem algumas dificuldades económicas, em 1917, Florbela completa o curso de Letras e inscreve-se na Universidade para estudar Direito, em Lisboa. Em 1919, Bela sofre um aborto, mudando-se para a terra do marido, Olhão, por forma a recuperar de uma depressão grave. Contudo, Florbela regressa a Lisboa depois do seu divórcio. Em 1921, Bela casa com o oficial de artilharia António Guimarães, com quem vai viver para Matosinhos, voltando a Lisboa em 1923, sofrendo um segundo aborto e avançando para um segundo divórcio. Posteriormente, conhece Mário Lage, médico que a trata dos seus males, casando com ele em 1925, em Matosinhos. Em 1927, o irmão de Florbela morre num acidente trágico no Tejo. A morte precoce do irmão inspirou-a a escrever os contos intitulados “*As Máscaras do Destino*”, publicação póstuma de 1931. O seu terceiro casamento deteriora-se, agravando o seu estado depressivo, tentando o suicídio. Em 1929, foi-lhe recusada a sua participação num filme de Jorge do Canto, tendo ido para Évora, onde iniciou colaboração na revista Portugal Feminino e Civilização. Guido Batteli oferece-se para publicar “Charneca em Flor”, que é também publicado mais tarde em 1931. Volta para casa do marido em Matosinhos, onde revê as provas do livro, depois de uma segunda tentativa de suicídio. Em finais de 1930, a depressão agrava-se muito e começa a sofrer de um edema pulmonar. A 7 de dezembro, véspera do seu aniversário, Florbela suicida-se com dois frascos de Veronal, sendo o seu funeral no dia em que faria 36 anos de idade. Em 1949 foi publicado “Cartas de Florbela Espanca” (Frazão, 2020).

Características poéticas

A poesia de Florbela Espanca é caracterizada por um forte teor confessional. A sua poesia é densa, amarga e triste e os seus temas prediletos foram amor, saudade, sofrimento, solidão e morte, sempre em busca da felicidade. Florbela escreveu contos, poemas e cartas, mas foi no soneto que encontrou o melhor caminho para sua expressão poética. A poetisa não se sentia atraída por causas sociais, preferindo exprimir nos seus poemas os acontecimentos que diziam respeito à sua condição sentimental. Florbela Espanca não fez parte de nenhum movimento literário, embora o seu estilo lembrasse muito os poetas

românticos. Com caráter sentimental, confessional, sempre marcado pela sua paixão e sua voz feminina, facto que a tornou a grande figura feminina das primeiras décadas da literatura portuguesa do século XX. Florbela Espanca espelhou uma linguagem traduzindo a sua incompatibilidade com a vida, como forma de afirmação da sua inadaptação à própria realidade. A poesia de Espanca está fielmente centrada nos transtornos internos e construção do “Eu” mergulhada nas sensações, o que tornou o seu estilo literário muito próprio, como única forma de se entender melhor, bem como alguns aspetos céticos daquele tempo (Craveiro, 2005).

Sofrimento psíquico e a inspiração para a poesia melancólica

O olhar triste e de dor de Florbela sobressai nas várias fotografias que o seu pai lhe tirou. A dor encontra sempre identificação na própria dor, como defende Coimbra de Matos, na sua obra “Depressão” (2001). “*A minha dor é um convento*” terá proclamado Bela ainda menina. Terá dito “*Aos oito anos já fazia versos, já tinha insónias e já as coisas da vida me davam vontade de chorar*”. A tristeza e a solidão em que esteve mergulhada toda a vida, dado nunca se ter sentido verdadeiramente amada, são observáveis no soneto “Hora que passa”, em que refere “*Vejo-me triste, abandonada, só/ bem como um cão sem dono e que o procura/ mais pobre e desprezada do que Job/ a caminhar na via da amargura*”. Podemos identificar nestes versos o sentimento de abandono e a busca de amor (Craveiro, 2005).

No soneto “Eu”, incluído no seu “Livro de Mágoas” (1919), podemos encontrar a angústia e dor que lhe são próprias desde o nascimento “*Eu sou a que no mundo anda perdida/ Sou a crucificada a dolorida/ e que o destino amargo, triste e forte/ impele brutalmente para a morte/ alma de luto sempre incompreendida/ sou aquela que passa e ninguém vê/ sou a que chamam triste sem o ser/ sou talvez a visão que alguém sonhou/ alguém que veio ao mundo para me ver/ e que nunca na vida me encontrou!*”. Neste soneto demonstra os vários lutos que foi fazendo ao longo da vida, da mãe, do pai, dos filhos que não teve e do irmão. A perda e o abandono levam a uma desilusão progressiva “*perdi os meus fantásticos castelos...Quis vencer, quis lutar, quis defendê-los: Quebrei as minhas lanças uma a uma!*”. A agonia e o desânimo são revelados desde a sua infância. Sempre se achou velha, o que é demonstrado no soneto “Pior Velhice”, “*Sou velha e triste. Nunca o alvorecer/ Dum riso são andou na minha boca! /Gritando que me acudam em voz rouca, / Eu, naufraga na vida ando a morrer!*”. Nestas estrofes aparece um Eu muito desvalorizado, mas que se assume e que se resigna com o destino.

No livro de “Sóror Saudade” (1923), no poema “O que tu és”, Florbela demonstra explicitamente um sentimento depressivo, de culpa, desvalorização e inferioridade, dizendo “*És aquela que tudo entristece/ Irrita a amargura, tudo humilha/ Aquela a quem a mágoa chamou filha/ a que aos homens e a Deus nada merece*”. No soneto “Mendiga” diz “*Agora vou andando e mendigando/ Sem que um olhar dos mundos infinitos/ Veja passar o verme rastejando...*” está patente o sentimento de inferioridade, característico de depressão.

A instabilidade das emoções e a inconstância dos amores e da vida pessoal

A poetisa demonstra na sua obra uma busca constante de um amor idealizado e a impossibilidade de atingir a confirmação do amor do pai e da sua identidade. No poema “Prince Charmant”, no livro “Sóror Saudade” (1923), refere “*E nunca O encontrei!... Prince Charmant/ Como audaz cavaleiro em velhas lendas! Virá talvez, nas névoas da manhã!*” Estas estrofes mostram a idealização de um Príncipe, que poderia surgir para a salvar, associando um sentimento de ideal inatingível. A idealização é explícita no poema “Ser Poeta”, incluído em “Charneca em Flor” de 1931, onde escreve “*Ser poeta é ser mais alto, é ser maior...*”, uma imagem de um ser superior, aspirado, que poderia atenuar o sofrimento. Como já referido na biografia de Florbela, a existência de vários casamentos falhados demonstra a inconstância na sua vida amorosa, levando a inferir uma associação com a instabilidade das suas emoções e consequentemente da sua vida pessoal.

Em particular, a identidade de Florbela é uma identidade indefinida, o que é demonstrado diversas vezes na sua obra, em que por vezes aparece como um ser feminino, exaltando ser mulher, outras vezes aparece com um ser masculino, um poeta. Este aspeto foi focado pela autora Cláudia Alonso, no seu livro “As imagens do eu na poesia de Florbela” (1994), onde escreve sobre o facto de Florbela adotar também nomes de interpretação masculina. Consta-se que foi apedrejada no Chiado por se vestir de homem. A poetisa aparece ainda como um ser desprovido de identidade em alguns sonetos da sua obra “*Sonho que sou Alguém cá neste mundo...*”, transmitindo a ideia que não existia na realidade. Esta autora e outros descrevem a sensibilidade artística de Florbela, a qual absorveu a cultura e a sociedade como uma fonte de frustrações e sofrimento, causando repressão da sua própria consciência (Freitas de Farias, 2019).

Doença e morte

No poema “Eu” (em “Livro de Mágoas, 1919) transparece uma imagem de um Eu sofrido e desvalorizado, resignado ao seu destino. Contudo, a poetisa apresentava momentos em que transparecia vontade de mudar e de viver, exaltando a vida quase de forma extraordinária, como é demonstrado em “Exaltação”. Analisando a sua obra podemos inferir que apesar do estado de tristeza prevalecesse em paralelo com sentimentos profundos de instabilidade e angústia, o estado depressivo de Florbela era acompanhado de episódios de elação do humor. Mais ainda, a imagem de dor e tristeza está sempre associada a um mal que ela refere “*Eu sei o nome do meu estranho mal...*”. O mal a que se refere porventura provém da sua infância que a tornaram no que é. Florbela ter-se-á sentido rejeitada pela mãe desde muito cedo, e consta que sua madrinha a deve ter informado do romance de seus pais, o que terá evidenciado mais o sentimento de rejeição. Mais ainda, o seu irmão Apeles foi viver com a família do pai aos cinco anos de idade, altura em que a mãe também o abandona, o que terá causado um sentimento cumulativo de abandono. Dada a impossibilidade de se aproximar do pai, este conflito interno terá ficado latente a longo da sua vida (Bessa Luís, 1976). Adicionalmente, como refere Coimbra de Matos (2001), a génese da instabilidade das emoções e do humor está no período de interação fundamental em que se forma a estrutura básica da personalidade (até aos dois anos de idade), o que se verifica no caso de Florbela, tendo ficado por preencher uma ferida narcísica insanável. Nesta conjuntura, a não resolução do complexo edipiano terá contribuído para agravar a situação, tendo Bela idealizado os objetos masculinos numa busca de preenchimento do vazio tão caracteristicamente associado a diagnósticos de perturbação de personalidade narcísica e borderline. Neste contexto, importa referir a importância da personalidade dos pais para o desenvolvimento da personalidade dos filhos. Considerando que a mãe de Florbela era uma pessoa triste e deprimida, tal ter sido transmitido, podendo surgir como o ponto de partida para a poetisa desenvolver a sua própria psicopatologia (Craveiro, 2005).

A obra de Espanca foi também estudada pela psicóloga Ana Cristina Silva, a qual defende que a poetisa sofria de uma personalidade borderline, dadas as carências afetivas precoces e o desespero do abandono, o que terá tocado Florbela devido às características particulares da sua infância. Como referido, nascida de uma relação extraconjugal, criada pela madrastra que nunca a aceitou na realidade e a ausência de reconhecimento por parte do pai. A angústia da separação e o vazio, que afetam os indivíduos borderline, sempre terão afligido Florbela de forma tão contundente que apenas a morte conseguiria aliviar. Em boa verdade, o amor do irmão Apeles terá sido o único amor seguro que Florbela sentiu na infância (Almeida, 2020).

Analisando o “Diário do Último Ano” (1930), transparece uma vez mais a existência de uma angústia permanente, dor e inquietação. Florbela demonstra ainda um desprezo pelo passado, o qual lhe causa angústia, dado ser marcado por desapego, crises e tristezas. No

“Diário do último Ano”, a poetisa enfatiza marcadamente diferentes formas de despedida, evidenciando um solitário esforço de querer morrer e testemunhando o desespero e aflição em que vivia (Freitas de Farias, 2019). No Último Diário de Florbela, Florbela demonstra alívio ao pensar na morte, encarando a morte como uma libertação da alma perante os sofrimentos da sua vida. A poetisa encontra-se mergulhada no seu próprio desmoronamento, dizendo “*Não tenho forças, não tenho energia. Não tenho coragem para nada. Sinto-me afundar...*”. Frustrada e vazia, Bela escrever a última linha no seu diário, 6 dias antes de se suicidar, “*E não haver [sic] gestos novos nem palavras novas*”. Como referido na sua biografia, Florbela Espanca suicidou-se com o uso de barbitúricos, às vésperas da publicação de sua obra “Charneca em Flor”, que foi posteriormente publicada em janeiro de 1931.

Conclusões

Analisando a obra de Florbela Espanca, está explícito o estado fragilizado e debilitado em que vivia, acometida por uma doença da mente, quiçá até mais do que uma, que se agravavam ao longo do tempo, e que nunca terão sido definitivamente diagnosticadas. Muitos termos foram utilizados para descrever o seu estado pessimista e melancólico, decaindo numa neurose. Os seus escritos denotam que terá passado parte da sua vida lutando contra crises depressivas mas também a expressão uma liberdade incompatível, libertadora e irreverente com limites morais da época, aos quais recusava submeter-se. Consta que Florbela foi diagnosticada com neurose e histeria, poucos anos antes da sua morte. Porventura muitos se terão lembrado, mas poucos escreveram acerca da possibilidade do diagnóstico de perturbação de personalidade borderline, possivelmente devido à dificuldade em aceitar que um dos expoentes máximos da nossa literatura padecesse de estado limite. Considerar Florbela Espanca uma pessoa deprimida ou bipolar será, por ventura, socialmente mais tolerável.

Fontes e bibliografia final

- Almeida, S. (2020). Florbela Espanca é a nossa única diva literária. Acedido a 29 de dezembro de 2021, em ["Florbela Espanca é a nossa única diva literária" \(jn.pt\)](https://jn.pt/Florbela-Espanca-e-a-nossa-unica-diva-literaria/).
- Alonso, C. P. (1994). Imagens do Eu na poesia de Florbela Espanca. Lisboa: Imprensa Nacional Casa de Moeda.
- Bessa-Luís, A. (1976). Florbela Espanca. Lisboa: Guimarães Editores.
- Craveiro, L. (2005). Florbela Espanca, uma vida perdida na neurose. Acedido a 28 de dezembro de 2021, em <http://www.psicologia.com.pt>.
- Frazão, D. (2020) Biografia de Florbela Espanca. Acedido a 22 de dezembro de 2021, em https://www.ebiografia.com/florbela_espasca/
- Freitas de Farias, P. (2019). A morte, tão ansiosamente desejada, procurou-a Florbela Espanca por suas próprias mãos: o suicídio, a modernidade e o saber médico em Portugal no início do século XX. 30º Simpósio Nacional de História. PPGH-Universidade Federal do Ceará, Brasil.
- Matos, A. C. (2001). A Depressão. Lisboa: Climepsi Editores.

DOIDA NÃO: A HISTÓRIA DE MARIA ADELAIDE COELHO DA CUNHA

Núria Santos¹; António Alho¹; Ricardo Gasparinho¹; Liliana Ferreira¹; Marisa Martins¹; Nuno Fernandes¹; Isa Costa¹; João Fonseca²; Elisabete Sêco³

^{1,3} Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém;

² Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

¹ Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria;

^{2,3} Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: nuria.ferreira.santos@gmail.com; antonio.alho84@gmail.com;

ricardogasparinho5@gmail.com; lilianapf@gmail.com; marisa.andrem@gmail.com;
n.agostinho.fernandes@gmail.com; isacosta2014@outlook.pt; jafonseca77@gmail.com;
elisabete.seco@gmail.com

Resumo

Introdução: Adelaide Cunha, herdeira do “Diário de Notícias”, é protagonista de um episódio polémico da Psiquiatria Forense portuguesa do início do século XX.

Objetivos: Apresentar os acontecimentos que conduziram à interdição de Adelaide Cunha e culminaram na publicação do livro “Doida Não!”.

Métodos: Pesquisa utilizando o motor de busca *Google*. Seleção de artigos publicados em *websites* fidedignos.

Resultados: Aos 49 anos, Adelaide Cunha apaixona-se pelo motorista e foge com este. O seu marido localiza-os e Adelaide é internada no Hospital Conde Ferreira. Em 1919, é avaliada por Júlio de Matos, Egas Moniz e Sobral Cid. Concluem que Adelaide apresentava “loucura lúcida” e interditam-na.

Em 1920, após fugir do hospital, Adelaide publica o livro “Doida Não!” que incendeia a opinião pública.

Conclusão: O caso de Adelaide Cunha demonstra um episódio peculiar da história da Psiquiatria Forense portuguesa, que culmina na alteração de artigos da Constituição relativos ao internamento nos manicómios.

Palavras-chave: Adelaide Cunha; Doida Não e Não; Psiquiatria Forense; Loucura Lúcida

Abstract

Introduction: Adelaide Cunha, heiress of “Diário de Notícias”, is the protagonist of a controversial episode of Portuguese Forensic Psychiatry at the beginning of the 20th century.

Aim: To present the events that led to the interdiction of Adelaide Cunha and culminated in “Doida Não!” publication.

Methods: Search using the Google search engine. Selection of articles published on reputable websites.

Results: Adelaide Cunha, aged 49, falls in love with her driver and runs away with him. Her husband locates them and Adelaide is admitted to Hospital Conde Ferreira. In 1919, she was evaluated by Júlio de Matos, Egas Moniz and Sobral Cid. They concluded that Adelaide had “lucid madness” and interdicted her.

In 1920, Adelaide published the book “Doida Não!” that ignites the public opinion.

Conclusion: Adelaide Cunha’s case demonstrates a peculiar episode of Portuguese Forensic Psychiatry, which culminates in the amendment of articles in the Constitution relating to asylum admissions.

Introdução

Maria Adelaide Coelho da Cunha, herdeira do jornal “Diário de Notícias”, nasceu a 3 de outubro de 1869. Foi uma figura proeminente da alta sociedade portuguesa lisboeta do início do século XX, que viria a tornar-se protagonista de um escândalo amoroso que agitou Portugal e a Psiquiatria Forense portuguesa (Gonzaga, 2018).

Casou com Alfredo da Cunha, poeta e ensaísta que, por dote, herdou e passou a administrar o jornal. Com ele teve um filho, José, que tinha 26 anos e trabalhava como secretário no jornal na altura em que decorreram os acontecimentos que viriam a culminar na interdição de Adelaide Cunha e culminaram na publicação do livro “Doida Não!” (Gramary, 2012).

Este trabalho tem como objetivo expor essa série de acontecimentos. Para isso, foi realizada uma pesquisa utilizando o motor de busca *Google*, tendo sido feita uma seleção de artigos e dados publicados em *websites* fidedignos.

Resultados

Adelaide Cunha era uma mulher com pouco mais de um metro e cinquenta, muito bela por testemunhos do seu tempo, educada, ótima atriz e declamadora de poesia. Era totalmente independente sob qualquer ponto de vista. Tinha uma grande fortuna pessoal - da sua herança fazia parte o relevante jornal “Diário de Notícias” que o pai, o escritor Eduardo Coelho, fundara em 1864. Apresentava um vasto círculo de interesses e amizades pertinentes e era reconhecida pelos encontros culturais que organizava na sua residência, o Palácio de S. Vicente, na Graça, em Lisboa. Estes encontros culturais eram frequentados pela elite política e intelectual portuguesa da época e conferiam a Adelaide uma reputação muito relevante na alta sociedade lisboeta do início do século XX. Era também uma mulher expedita e emancipada, não sendo raro sair sozinha de casa, sem informar onde ia, com quem ia ou com que fim, tendo uma vida social muito preenchida e agitada (Gonzaga, 2018; Jorge Leitão Ramos, 2020).

Em 1917, dois anos antes dos acontecimentos que viriam a abalar a Psiquiatria Forense Portuguesa do início do século XX, Maria Adelaide passou a isolar-se socialmente, desinteressando-se das atividades que até então lhe dariam prazer e mudando até a sua forma de vestir. Para além da aparente anedonia (incapacidade para sentir prazer), avolia (diminuição da energia) e isolamento social, também apresentou perda ponderal marcada. Foi diagnosticada com “neurastenia”, o equivalente a um síndrome depressivo na época (Gonzaga, 2018; Maria João Caetano, 2020).

Aos 48 anos, a 13 de novembro de 1918, Maria Adelaide desapareceu e não voltou a casa. O marido e o filho colocaram a hipótese de suicídio dado o comportamento e humor de Adelaide no ano anterior, mas iniciaram as buscas pela tão próxima família. A 16 de novembro, 3 dias depois do seu desaparecimento, saiu o primeiro anúncio no “Diário de Notícias” a pedir informação sobre o seu paradeiro e oferecendo-se uma generosa recompensa. Ao ter conhecimento desta informação e vendo o anúncio no jornal que era sua herança, Maria Adelaide escreveu uma carta à família onde se lia: “Estou viva, mas em condições que me considero morta para todos os efeitos e como tal preferível é que me considerem também” (Gonzaga, 2018; José Cunha-Oliveira & Aliete Pedrosa Cunha-Oliveira, 2006; Maria João Caetano, 2020).

O seu marido leu estas palavras a 22 de novembro, 9 dias depois do seu desaparecimento, e deu início às buscas no imediato. Teve como pista para o ponto de partida o selo de correio da carta que Adelaide enviara, referente à cidade de Aveiro. A 24 de novembro, 11 dias depois do desaparecimento, Maria Adelaide foi encontrada em Santa Comba Dão, uma aldeia do interior de Portugal e o marido ficou boquiaberto com o motivo da fuga

da sua esposa: Maria Adelaide Cunha tinha-se apaixonado pelo motorista de ambos, Manuel Lopes Cardoso Claro, de 26 anos, e fugido com este de comboio, abandonando a família e uma vida de privilégios em prol de uma vida modesta no campo. A quem lhe perguntasse, declarava que o seu nome era Maria Romano Claro. Para Alfredo Cunha só podia haver uma explicação para este comportamento repentino, desadequado e desonroso da sua esposa: Maria Adelaide enlouquecera. A apelidada loucura, porém, tinha sido totalmente premeditada: Adelaide tinha alugado a casa em Santa Comba Dão 9 meses antes, dera a morada a uma livraria da capital, para que lhe enviassem as novidades, e inclusive tinha mandado fazer cartões-de-visita com o novo nome (Gonzaga, 2018; Maria João Caetano, 2020).

Quanto a Manuel Claro, o motorista e amante de Adelaide, este tinha sido contratado em finais de 1916. Era dotado de sensibilidade artística que Maria Adelaide muito apreciava, cantando fado, e era um rapaz alto e bem-parecido. Nos primeiros meses de trabalho, passou a apresentar uma relação com a patroa fora do habitual, com olhares intensos e proximidade entre ambos, que levou Alfredo Cunha a despedi-lo. No então, os desígnios do amor são singulares, e Adelaide e Manuel encontraram-se na rua por mero acaso semanas depois do despedimento. Desde então, passaram a encontrar-se às escondidas em quartos alugados pela cidade de Lisboa. Nas semanas que se seguiram, Manuel Claro adoeceu com a pandemia de vírus influenza do início do século XX, denominada pneumónica/gripe espanhola. Maria Adelaide cuidou-o com o carinho e o cuidado de quem está enamorada. Entre eles nasceu "uma paixão furiosa," mas a mentira e o fingimento onde vivia afetavam Adelaide, sendo invadida por uma tristeza avassaladora nos meses antes de decidir fugir com o amante (Gonzaga, 2018; Maria João Caetano, 2020).

Após encontrar a esposa, Alfredo da Cunha levou imediatamente Adelaide contra a sua vontade para a cidade do Porto e esta foi internada no dia 25 de novembro de 1918 na ala das criminosas do Hospital Conde Ferreira, então sob a direção do Dr. Magalhães Lemos, tendo passado a primeira semana em total isolamento. Quando conseguiu ter acesso a papel e caneta, começou a escrever um diário e cartas que enviava ao amante através de uma empregada que se tornara sua cúmplice. Manuel não tinha sido apanhado na trama pois estava fora de casa em Santa Comba Dão aquando da incursão de Alfredo da Cunha (Gonzaga, 2018).

Após 2 meses de internamento, a 2 de fevereiro de 1919, depois do jantar, Maria Adelaide aproveitou o momento em que a sua criada lavava a loiça para fugir pelo pátio do hospital. Junto ao muro do Hospital Conde Ferreira estava Manuel, que tinha mandado construir uma enorme escada de madeira para resgatar a sua amada. Conseguiu fugir o seu amante, mas foram encontrados dias depois na vila de Rossão, no distrito de Viseu. No final do mês, a 26 de fevereiro, Maria Adelaide foi novamente internada no Hospital Conde de Ferreira e Manuel foi preso sem direito a fiança na cadeia da Relação no Porto, sendo acusado de rapto e violação (Gramary, 2012; José Cunha-Oliveira & Aliete Pedrosa Cunha-Oliveira, 2006; Maria João Caetano, 2020).

A família decidiu então iniciar um processo judicial que a considerasse louca, incapaz de julgamento próprio e por isso sujeita às vontades do seu tutor, o marido. Em maio de 1919, foi avaliada pela primeira vez por uma junta médica convocada pelo diretor do hospital, Magalhães Lemos, composta por Júlio de Matos, Egas Moniz e Sobral Cid, dos mais famosos alienistas portugueses de então. Os peritos médicos salientaram o papel da importante carga genética, alegando patologia psiquiátrica eventualmente presente em diferentes familiares mortos, e atribuíram um relevo especial às alterações hormonais associadas à menopausa, que terão provocado um recrudescimento sexual que impulsionou a doente a quebrar todas as barreiras inibitórias. Referiam "graves perturbações dos afetos e dos instintos que a privam de capacidade civil para reger a sua

pessoa e administrar os seus bens". No relatório, concluíram que Adelaide apresentava degenerescência psíquica com preservação das capacidades intelectuais a que chamaram "loucura lúcida" e, assim, justificaram a sua interdição. Maria Adelaide tornou-se assim judicialmente impedida de gerir todos os seus bens, tendo o seu marido sido indicado como seu tutor e assumido essa responsabilidade legal (Gonzaga, 2018; Gramary, 2012; José Cunha-Oliveira & Aliete Pedrosa Cunha-Oliveira, 2006; Maria João Caetano, 2020). Enquanto isto, Manuel Claro contratou um advogado a partir da prisão, Bernardo Lucas. O advogado apercebeu-se da ilegalidade envolvida no processo de internamento compulsivo (vide tópico "Problemáticas judiciais associadas") e a 9 de agosto de 1919 conseguiu que Adelaide fosse libertada com ordens do Ministério do Interior, após 9 meses de internamento no Hospital Conde Ferreira. Nos 4 anos seguintes, Maria Adelaide viveu escondida no Porto em casa de amigos, vivendo uma vida modesta e tentando libertar o seu amante, Manuel (Gonzaga, 2018).

Em 1920, Adelaide publicou a sua versão deste "crime de amor" num livro com partes do diário do seu internamento intitulado "Doida Não!" que incendiou a opinião pública da época. Manteve também a polémica acesa na imprensa, publicando crónicas no jornal "A Capital" intituladas "O Martírio de uma Mulher", detalhando o episódio terrível e ilegal que tinha vivido. O seu marido respondeu a esta polémica com a publicação de outro livro, denominado "Infelizmente Loucal", e com algumas aclarações no "Diário de Notícias", mas a sua voz era cada vez menos ouvida e a opinião pública favorecia Adelaide, que passou a referir-se ao livro do marido como "Infeliz-Mente". O escândalo fez com que o ex-marido abandonasse a direção do Diário de Notícias e vendesse a empresa. No entanto, a interdição judicial não foi levantada e o marido e o jovem filho do casal, então com 26 anos de idade, mantiveram-se na posse dos seus pertences e da sua fortuna (Gonzaga, 2018; Gramary, 2012; Maria João Caetano, 2020).

A 28 de janeiro de 1922, quase 4 anos depois, Manuel Claro é libertado da cadeia. Adelaide e Manuel viveram na cidade do Porto onde o companheiro trabalhou como taxista com uma viatura que lhe foi concedida pelo sindicato dos motoristas, que já tinha pago as custas judiciais, e Adelaide dedicou-se aos trabalhos de costura, continuando a sua história de amor proibido. Nunca se casaram e viveram amantes e enamorados até à morte de Adelaide, a 23 de novembro de 1954, aos 85 anos, na cidade do Porto. O ex-marido faleceu 10 anos antes, em 1944, e só após a sua morte Maria Adelaide viu fim ao processo de interdição e foi declarada lúcida e sã tendo, finalmente, a verdade sido restituída (Gonzaga, 2018).

Problemáticas Judiciais Associadas

À face da lei da Constituição da República em vigor em 1919 e do regulamento interno do Hospital Conde de Ferreira, o reinternamento de Maria Adelaide decorreria de forma irregular por 3 motivos. O primeiro motivo da irregularidade do internamento relacionou-se com o facto de não ter sido reavaliada medicamente aquando da admissão. Tendo-se evadido do hospital no dia 8 de fevereiro de 1919 e sendo capturada a 25 de mesmo mês, tinha dado entrada no mesmo hospital no dia imediato, sem ter sido submetida a qualquer exame ou reavaliação médica. O segundo motivo relacionava-se com o tempo da evasão do hospital. A sua fuga durara 23 dias, pelo que o reinternamento fora contra os regulamentos do hospital, cujo artigo 42 referia que o diretor clínico participará as evasões, "não consentindo, sem novo processo, na readmissão de evadidos há mais de quinze dias". Por fim, o terceiro motivo relacionava-se com o facto de nos processos de internamento, dever fazer parte integrante obrigatória, um atestado, passado com data que não fosse "por mais de sete dias anterior à de admissão do doente e em que dois médicos apontariam sintomas inequívocos de alienação mental diretamente observados por eles". E tal também não se verificou (Gramary, 2012).

Relativamente à captura do motorista, Manuel Claro também foi trazido para o Porto, juntamente com o primo que os tinha ajudado, ambos presos e sem direito a fiança na Cadeia da Relação. Tal circunstância revelava-se ilegal conforme o direito penal da então jovem República portuguesa (Gramary, 2012).

Após a exposição da problemática pelo advogado Bernardo Lucas, o hospital Conde Ferreira foi alvo de uma investigação jornalística, que veio a revelar que mais mulheres tinham sido internadas como forma de punição aplicada pela família burguesa ou fidalga, punição esta que era vista como adequada perante comportamentos considerados devassos e desviantes como, por exemplo, por relacionamentos com indivíduos de classe inferior ou considerados pouco recomendáveis (Gramary, 2009).

Relativamente à convivência dos famosos alienistas neste processo, foram apontadas várias hipóteses, nomeadamente, erro de diagnóstico e interesses pessoais e economicistas. De facto, o estado do saber psiquiátrico na época deixava espaço teórico para que tais processos acontecessem, assentando no poder patriarcal masculino. Relativamente a interesses pessoais, Sobral Cid e Egas Moniz eram visitas frequentes do Palácio de São Vicente e amigos de Alfredo da Cunha (Gramary, 2009).

A visão cultural do caso na atualidade

Este drama que apaixonou a alta sociedade lisboeta do início do século XX, inspirou e continua a inspirar diversas obras literárias e cinematográficas. Destacam-se as seguintes obras que retratam este “crime de amor”:

O filme *Solo de Violino* (1992), realizado por [Monique Rutler](#) e com a participação nos principais papéis de Fernanda Lapa, Victor Santos e André Gago.

O livro *Doidos e Amantes* (2006) da autoria da escritora Agustina Bessa Luís

O livro *Doida Não e Não!* (2009) da autoria da historiadora Manuela Gonzaga. Trata-se de uma investigação histórica com grande detalhe sobre o tema (Gonzaga, 2018).

O filme *Ordem Moral* (2020), realizado por Mário Barroso, com Maria de Medeiros no papel principal, caracterizando impecavelmente Adelaide Cunha. Na sinopse pode ler-se “a história de uma mulher livre”, uma frase que define na perfeição a história de vida desta senhora portuguesa da burguesia (Mário Barroso, 2020).

Conclusão

O caso de Adelaide Cunha retrata um episódio peculiar da história portuguesa do início do século XX onde uma mulher da alta burguesia abandona a família e uma vida de privilégios em prol do amor. Devido às suas ações, foi ilegalmente internada, impedida de gerir os seus bens e considerada “louca lúcida” à luz da psiquiatria forense da época, da visão que a medicina tinha da mulher e da opressão que as esposas sofriam dos maridos numa sociedade patriarcal (Gramary, 2012).

Fulcral para a repercussão histórica dos acontecimentos foi o envolvimento da imprensa, permitindo que a situação ganhasse voz popular. Adelaide e o ex-marido escreveram crónicas e livros com títulos exclamativos e mediáticos, como o livro intitulado “Doida não!” (Gramary, 2009).

A história de Maria Adelaide é um exemplo de resiliência ímpar, onde uma mulher oprimida durante anos lutou para que a sua convicção fosse reconhecida (Gonzaga, 2018).

Bibliografia

Gonzaga, M. (2018). *Doida Não e Não!* Bertrand Editora.

Gramary, A. (2009). Crónica de um erro médico. *Saúde Mental/Mental Health*, XI(3), 40–42.

Gramary, A. (2012). *Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal, Actas do 1º Colóquio de História da Psiquiatria do Centro Hospital Conde de Ferreira* (E. S. C. da M. do Porto, Ed.).

Jorge Leitão Ramos. (2020, September 5). *Há 102 anos, Maria Adelaide Coelho da Cunha fugiu com o chauffeur e abalou a sociedade lisboeta. Esta história é um filme.* <https://Expresso.Pt/Cultura/2020-09-05-Ha-102-Anos-Maria-Adelaide-Coelho-Da-Cunha-Fugiu-Com-o-Chauffeur-e-Abalou-a-Sociedade-Lisboeta.-Esta-Historia-e-Um-Filme>.

José Cunha-Oliveira, & Aliete Pedrosa Cunha-Oliveira. (2006). A relação alienista-alienado nos inícios do século XX. In Ana Leonor Pereira & João Rui Pita (Eds.), *Miguel Bombarda (1851-1910) e singularidades de uma época* (1st ed., pp. 89–100). Imprensa Da Universidade de Coimbra.

Maria João Caetano. (2020, September 10). *A paixão não é loucura.* <https://Www.Dn.Pt/Edicao-Do-Dia/10-Set-2020/a-Paixao-Nao-e-Loucura-12628559.Html>.

Mário Barroso. (2020). *Ordem Moral*. <https://ordemmoral-filme.com/pt/sinopse.html>

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 Moraes*; Ana Beatriz Medeiros***

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta

* Interno de Formação Específica de Psiquiatria

Emails: filipa.martins05@gmail.com; mteresacmcm@gmail.com; ndescalco@gmail.com;
pedrotomecasimiro@gmail.com; rita.diniz@hotmail.com; sophia.moraes@gmail.com;
anabcmedeiros@gmail.com

Resumo

O caso de Maria Adelaide Coelho da Cunha, interditada e internada contra a sua vontade num hospital psiquiátrico em 1918, após ter abandonado o marido para viver com o amante, tem inspirado várias obras artísticas. Este episódio levantou várias questões sobre o papel da Psiquiatria ao serviço dos poderes instalados, atribuindo significado patológico a comportamentos meramente atípicos ou transgressivos para a sociedade da época e servindo-se desse significado para a aplicação de medidas restritivas da liberdade.

Ocorreram, felizmente, importantes avanços científicos e legislativos desde essa data, com o estabelecimento de leis protectoras das liberdades individuais dos doentes psiquiátricos, o último dos quais a aprovação da Lei de Maior Acompanhado, que veio flexibilizar as anteriores figuras de inabilitação e interdição.

À medida que as sociedades se transformam, será essencial que a Psiquiatria mantenha o sentido crítico e o seu foco no tratamento e protecção dos doentes, evitando erros do passado.

Palavras-chave: limites da Psiquiatria; história; biografia

Abstract

Maria Adelaide Coelho da Cunha's story, of a woman interdicted and committed in a mental hospital against her will in 1918, after leaving her husband for her lover, has inspired many artistic works. This episode has raised several questions about the role of Psychiatry at the service of established powers, by attributing pathological value to merely atypical or transgressive behaviours, using it to apply freedom-restricting measures.

Fortunately, important scientific and legislative advances have occurred since this case, namely the establishment of laws which are protective of the individual rights of psychiatric patients. The last one was the approval of the "Maior Acompanhado" law, which brings more flexibility to the previous legal concepts of "inabilitação" and "interdição".

As societies grow and transform, it is essential for Psychiatry to keep its critical thinking and focus on the treatment and protection of patients, hence avoiding the errors of the past.

Introdução

Maria Adelaide Coelho da Cunha, herdeira do Diário de Notícias, integrava a alta sociedade lisboeta no final do século XIX e início do século XX. Indo contra todas as expectativas que lhe eram impostas, protagonizou um grande escândalo na época ao fugir com o seu amante, o motorista Manuel Claro. Foi apelidada de "louca" pelos seus pares

e por eminentes psiquiatras da época, tendo sido internada contra a sua vontade e posteriormente interditada. Passou muitos dos anos subsequentes a tentar provar a sua sanidade.

O caso de Maria Adelaide levanta várias questões quanto aos limites da actuação da Psiquiatria, sobre as quais nos iremos debruçar ao longo do texto. Assim, procuraremos reflectir sobre a própria definição de “loucura” e o papel da Psiquiatria na restrição das liberdades individuais.

O caso de Maria Adelaide Coelho da Cunha

Nascida a 3 de Outubro de 1869, Maria Adelaide era filha e herdeira do co-fundador do jornal *Diário de Notícias*, Eduardo Coelho. Casou-se com Alfredo da Cunha, que sucedeu ao seu pai na administração e direcção do jornal. Tiveram um filho, José Coelho da Cunha. Dada a sua situação socioeconómica privilegiada, Maria Adelaide gozava de uma posição de destaque na sociedade lisboeta. Aos 48 anos, gerou uma onda de perplexidade nesta mesma sociedade, ao abandonar o marido para prosseguir uma relação amorosa com o motorista. Manuel Claro, 20 anos mais novo, era natural de Santa Comba Dão, localidade para a qual o casal se evadiu, sem aviso prévio, em Novembro de 1917.

Onze dias depois da fuga, foi encontrada pelo marido e filho, tendo sido, em seguida, internada contra a sua vontade no Hospital Conde Ferreira, no Porto. Não lhe foi feito qualquer diagnóstico nem administrado qualquer tratamento específico, ao que se sabe.

Fugiu do Hospital com Manuel Claro uns meses depois, tendo sido de novo descoberta pela família e reinternada. Manuel foi preso durante 4 anos, acusado de rapto e violação. Em Junho de 1919, uma junta médica composta por Júlio de Matos, António Egas Moniz e José Sobral Cid atribuiu a Maria Adelaide o diagnóstico de “loucura lúcida”. Por este motivo, foi interditada judicialmente e incapacitada de gerir os seus bens, tendo ficado o marido e o filho na posse da sua fortuna e do jornal (que foi vendido, apesar da sua oposição).

Após fugir mais uma vez do hospital, Maria Adelaide passou os anos seguintes a viver escondida da perseguição policial. Escreveu a sua história, tendo lançado, em 1920, o livro *Doida Não!: documentação psicológica e jurídica*, com notas e prefácio do seu advogado Bernardo Lucas. O marido lançou, em resposta, *Infelizmente Louca!*, livro do qual era editor e que contou com a colaboração de várias figuras proeminentes da época.

A partir de Agosto de 1920, Maria Adelaide assinou, durante um ano, cartas denominadas *O Martírio de uma Mulher*, no jornal *A Capital*. Nestas, contava pormenores do seu internamento e dos contornos ilegais que o tinham envolvido. Na sequência destas cartas, o jornal fez uma investigação. Descobriu-se que, infelizmente, o seu caso não era um episódio isolado, sendo frequente o internamento psiquiátrico de mulheres da burguesia e aristocracia com comportamentos considerados impróprios.

Após a saída de Manuel Claro da prisão, viveram juntos como um casal de origens simples, ele trabalhando como taxista e ela como costureira. Maria Adelaide Coelho da Cunha teve de esperar até aos 74 anos, após Alfredo da Cunha falecer, para lhe ser retirado o seu processo de interdição e o rótulo de “louca-lúcida”.

Este caso ilustra a história de uma mulher atraindo pela sociedade e pela Medicina, que nunca deixou de lutar para defender a sua integridade e liberdade. Esta narrativa inspirou várias obras artísticas, a última das quais o filme *Ordem Moral* de Mário Barroso, lançado em 2020, que serviu como mote para este trabalho.

Os limites da Psiquiatria

O episódio relatado levantou-nos dois grandes temas de discussão em relação à intervenção em Saúde Mental.

Em primeiro lugar, como deve ser definida “loucura” ou doença mental? Os diagnósticos em Psiquiatria sempre sofreram forte influência dos contextos sociais que os circundam. Se por um lado, a manifestação da saúde mental é indissociável da cultura em que se insere, não podemos cair no erro de utilizar diagnósticos médicos como juízos de valor. Ao longo da História, infelizmente, a Psiquiatria foi muitas vezes utilizada como forma de exercer poder sobre grupos oprimidos. Se muitas mulheres progressivas e independentes foram designadas de “loucas-lúcidas”, outras tantas foram etiquetadas como “histéricas”. A homossexualidade era, até à publicação do DSM-III, considerada uma doença mental.

Em segundo lugar, até que ponto deve a Psiquiatria envolver-se na limitação das liberdades individuais? A liberdade é um dos mais fundamentais direitos do ser humano. Em que medida deve a presença de uma doença psiquiátrica ser “responsável” por privar um indivíduo do seu poder de decisão e dos seus bens? Mais uma vez devemos relembrar-nos que, ao longo dos tempos, nem sempre os internamentos compulsivos e os processos de interdição foram utilizados com intenções benignas. Como podemos proteger da melhor forma os doentes, sem transformar um tratamento médico numa prisão?

O que é a “loucura”?

A Psiquiatria é uma especialidade médica relativamente recente, na qual os diagnósticos se baseiam maioritariamente na observação e história clínica. Na ausência de exames complementares, biomarcadores ou genes específicos, não é de desprezar a parcela de subjectividade que se impõe numa avaliação psiquiátrica. E quando se fala em subjectividade, impregnam-se questões relacionadas com o contexto sociocultural dos profissionais, as suas experiências prévias e crenças.

Os psiquiatras têm tentado contornar este problema com a ajuda de sistemas classificativos, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e o *International Classification of Diseases* (ICD). Estes sistemas permitem uma maior uniformização nos diagnósticos, recorrendo a critérios estabelecidos que ajudam a discernir entre o normal e o patológico.

Porém, estas classificações não são isentas de problemas. Não deve ser esquecido que, como referido acima, a homossexualidade e a histeria já fizeram parte dos diagnósticos elencados nestes documentos. A não conformidade com os valores morais ou religiosos de determinada cultura não deve ser considerada uma doença. Num mundo hipotético em que o DSM existisse na época de Maria Adelaide, validando o diagnóstico de “loucura lúcida”, o caso relatado não seria menos impressionante. Os psiquiatras devem estar atentos ao meio em que se inserem e manter um sentido crítico apurado, para não caírem no erro de agir como “polícias morais” ao invés de médicos.

Os sistemas também não são imunes a pressões económicas, quer de empresas farmacêuticas, quer de seguradoras, o que é mais evidente em países como os Estados Unidos da América. Num sistema de saúde em que é necessário um “código” de doença para poder obter financiamento de uma seguradora para ter acompanhamento médico e/ou psicoterapêutico, há a tendência para a criação de diagnósticos que servem um propósito mais instrumental do que clínico.

Em adição ao já apontado, deve ainda sublinhar-se que as classificações actuais recorrem a um sistema categorial para a atribuição de diagnósticos. Apesar de pragmático, este modelo não reflecte a prática clínica, em que a psicopatologia se manifesta na maioria das vezes num *continuum*. Já há vários anos decorrem discussões, entre especialistas eminentes em Psiquiatria, sobre a passagem a um modelo diagnóstico mais dimensional, mas até à data não houve repercussão nos sistemas em vigor.

A disfuncionalidade ou sofrimento são igualmente medidas que podem ajudar a definir aquilo que é uma doença mental. Os sistemas referidos muitas vezes utilizam este critério

como necessário para o estabelecimento de um diagnóstico. Ou seja, qualquer alteração mental e comportamental só é considerada “doença” quando implica uma quebra na funcionalidade social, profissional ou pessoal ou quando acarreta sofrimento para o próprio ou para outros.

Apesar de meritórias, também estas medidas são susceptíveis de ser contaminadas por construtos sociais ou juízos morais. Muitas doenças psiquiátricas não causam directamente sofrimento ao próprio, e poderá ser pouco rigoroso avaliar o sofrimento infligido a terceiros. Por exemplo, no caso de Maria Adelaide, poderia ser argumentado que o seu comportamento causou sofrimento aos seus familiares.

Por outro lado, o próprio conceito de funcionalidade está profundamente enraizado em padrões culturais. Em que consiste ser funcional? Ter um emprego, casar, ter filhos, vestir-se e comportar-se de determinada forma? O que poderá ser considerado uma funcionalidade dita normativa? No início do século XX, para uma mulher da alta sociedade, talvez fosse ser casada, recatada, dedicada ao lar e pouco opinativa. No entanto, não se enquadrar nestas limitadas expectativas não pode ser sinónimo de sofrer de uma perturbação mental.

Nos últimos anos, tem-se procurado recorrer a medidas neurofisiológicas e métodos de imagem funcional para acrescentar objectividade aos diagnósticos em Psiquiatria. No entanto, ainda que promissora, a investigação nesta área está em fase embrionária, não tendo, na prática, impacto na prática clínica do dia-a-dia.

Em conclusão, não há nenhum marcador ou característica específica que permita diagnosticar de forma infalível uma perturbação mental. Os sistemas de classificação e os exames complementares de diagnóstico podem ter um papel adjuvante na avaliação, mas não substituem a apreciação clínica do psiquiatra. Não sendo possível, como ser humano, fazer uma observação totalmente objectiva, o clínico deve estar consciente da sua própria subjectividade, mantendo um juízo crítico sobre a mesma.

Qual o papel da Psiquiatria na limitação de liberdades individuais?

As doenças psiquiátricas diferem em múltiplos aspectos de outras doenças médicas. Um dos mais marcantes é o facto de frequentemente existir ausência de crítica para o estado mórbido. Esta situação dificulta a intervenção terapêutica, pois os doentes muitas vezes recusam tratamento, podendo constituir um risco para si mesmos ou para terceiros.

Por este motivo, a intervenção em Saúde Mental serve-se de regimes jurídicos próprios. Em Portugal destaca-se a Lei de Saúde Mental, que permite o tratamento involuntário de doentes portadores de anomalia psíquica grave, em certas circunstâncias. As intervenções ao abrigo da Lei de Saúde Mental querem-se proporcionais ao risco e aplicadas no meio menos restritivo possível, priorizando-se as intervenções em ambulatório em relação aos internamentos.

Assim, face às particularidades das perturbações psiquiátricas, é por vezes necessário tratar e internar os doentes contra a sua vontade, mas a utilização deste regime deve ser ponderada e proporcional. A legislação visa a protecção dos doentes, não a sua punição. No caso de Maria Adelaide, a Lei de Saúde Mental seria protectora, não sendo compatível com um tratamento compulsivo em regime de internamento com vários meses a anos de duração, sem administração de qualquer tratamento.

Porém, não deve deixar de se apontar que, mesmo nestas circunstâncias, existe variabilidade nas avaliações clínico-psiquiátricas, dependente do entrevistador. Cabe ao psiquiatra fazer um uso ético destas ferramentas legais.

Por fim, reserva-se uma palavra para a Lei de Maior Acompanhado. Em vigor desde 2019, veio substituir as figuras de Interdição e Inabilitação do Código Civil de 1966. Quer a Lei de Maior Acompanhado, quer as figuras de Interdição e Inabilitação impõem restrições prolongadas das liberdades individuais. Ou seja, enquanto a Lei de Saúde Mental se foca

sobretudo nas descompensações sintomáticas da doença, estas focam-se nas limitações crónicas impostas pela doença.

No regime anterior, a figura de Interdição implicava a necessidade de representação legal. A pessoa era impossibilitada, entre outros, de gerir os seus bens, casar e perfilhar. Na Inabilitação, previa-se uma menor limitação, assumindo-se a necessidade de assistência (não representação) e podendo prever-se excepções, definindo actos para os quais a pessoa se encontrava capaz. Apesar de não haver uma revisão periódica obrigatória, podia ser feita caso cessasse a condição psicopatológica.

No regime de Maior Acompanhado, procurou-se abandonar o sistema dualista e rígido da interdição/inabilitação e substituí-lo por um regime flexível, regido pelos princípios da primazia da autonomia da pessoa. Esta nova figura legal tem como base a ideia de “proteger sem incapacitar”. Prevê a aplicação de medidas adequadas a cada caso, sendo estabelecido em que áreas determinada pessoa deve necessitar de acompanhamento. Portanto, em vez de se assumir incapacidade geral e prever excepções para as quais a pessoa está capaz (como na inabilitação), assume-se capacidade e prevê-se excepções para as quais a pessoa está incapaz. Estas medidas são periodicamente revistas (pelo menos de cinco em cinco anos).

Este regime é mais protector do doente do que o anterior, impedindo abusos como o relatado na história de Maria Adelaide, em que uma única junta médica a privou de quaisquer decisões sobre a sua pessoa e os seus bens, tendo acabado por perder acesso à herança do *Diário de Notícias* e só tendo tido possibilidade de reverter a situação quase 30 anos depois.

É louvável este progresso na protecção das liberdades individuais. Com o avanço das sociedades, cada vez mais a Medicina deve abandonar a sua clássica posição paternalista e assumir uma postura colaborativa e empática. Com a máxima principal da Medicina em mente, *primum non nocere*, devemos sempre optar por privilegiar o bem-estar e os direitos dos nossos doentes.

Conclusões

O caso de Maria Adelaide Coelho da Cunha levantou várias questões sobre o papel da Psiquiatria ao serviço dos poderes instalados, atribuindo significado patológico a comportamentos meramente atípicos ou transgressivos para a sociedade da época, servindo-se desse significado para a aplicação de medidas restritivas da liberdade.

Ocorreram, felizmente, importantes avanços científicos e legislativos desde essa data.

À medida que as sociedades se transformam, será essencial que a Psiquiatria mantenha o sentido crítico e o seu foco no tratamento e protecção dos doentes, evitando erros do passado.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.

Caetano, M.J. (2020). A paixão não é loucura. *Diário de Notícias*. Acedido a 4 de Março de 2022 em <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/10-set-2020/a-paixao-nao-e-loucura-12628559.html>

Gonzaga, M. (2018). *Doida não e não!* (1ª edição). Bertrand Editora.

Miguel, J.M.S., Guerra, P.A.P, Pereira, L.M.C.S., Lopes, E.T. & Leitão, H. (2019). *O Novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado*. Centro de Estudos Judiciários.

World Health Organization(WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.

“DOIDA NÃO!” – MARIA ADELAIDE CUNHA E OS LIMITES ENTRE JULGAMENTO CLÍNICO E MORAL

Joana Bravo*, Inês Canelas da Silva*

Hospital de Vila Franca de Xira

*Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria

Emails: joanabpbraga@gmail.com; mariainescs00@gmail.com

Resumo

Em 1918, Maria Adelaide Coelho da Cunha, uma mulher de alto estatuto social, abandonou o marido aos seus 48 anos de idade, iniciando um relacionamento amoroso com o motorista da família, 20 anos mais novo. Sem aparente patologia psiquiátrica, foi internada compulsivamente no Hospital Conde de Ferreira e interditada a pedido da própria família. Foi diagnosticada, numa junta médica pouco objetiva, de “Loucura lúcida” pelos mais famosos alienistas portugueses da época, Júlio de Matos, António Egas Moniz e José Sobral Cid. Em 1920, Maria Adelaide narrou a sua versão dos factos no livro “Doida Não!”

No presente trabalho, pretende-se refletir sobre o caso de uma mulher punida por apresentar comportamentos considerados desviantes para a sociedade da época e a potencial instrumentalização do saber psiquiátrico na sua condenação social.

Palavras-chave: Maria Adelaide; mulheres; alienistas; sociedade; loucura lúcida

Abstract

In 1918, Maria Adelaide Coelho da Cunha, a 48-year-old woman of high social status, left her husband, starting a love-affair with the family chauffeur, 20 years younger than her. Without apparent psychiatric disorder, she was involuntarily admitted to Hospital Conde de Ferreira and interdicted at her family's request. In a not very objective medical board, she was diagnosed with "Lucid Insanity" by the most notorious Portuguese alienists of that time, Júlio de Matos, António Egas Moniz e José Sobral Cid. In 1920, Maria Adelaide narrated her version of the facts in the book “Doida Não”.

This work aims to reflect upon the case of a woman who was punished for a behavior considered deviant to the society of her time, and the potential use of psychiatric knowledge in her social conviction.

Introdução

Maria Adelaide Coelho da Cunha, nascida a 3 de Outubro de 1969, na alta sociedade lisboeta, filha de Eduardo Coelho, fundador do Diário de Notícias, descrita como uma mulher culta e bondosa, ficou conhecida pela polémica pública originada pelo seu relacionamento com o motorista da família e posterior internamento psiquiátrico e interdição judicial.

Em 1918, à data com 48 anos, estava casada há 28 anos com Alfredo da Cunha, poeta e ensaísta que, por dote, herdara a administração e a direção do jornal, casamento que mais tarde descreveria como “um deserto afetivo” e do qual resultou um filho, José Eduardo Coelho da Cunha.

Manuel Cardoso Claro, o jovem bem-parecido de 26 anos por quem Maria Adelaide se apaixonou, trabalhava como motorista da família.



Figura 1 - Maria Adelaide Coelho e Alfredo Cunha



Figura 2 - Manuel Claro

Contexto histórico

À época destes acontecimentos, vivia-se um clima de euforia pelo fim da Grande Guerra, mas também uma profunda crise económica e uma pandemia de elevada mortalidade, a gripe espanhola. Devido a esta última havia um bloqueio sanitário e era exigido passaporte sanitário pelas autoridades espanholas na fronteira com Portugal.

A fuga de Maria Adelaide do Hospital Conde Ferreira foi facilitada pelo clima de instabilidade política que o país atravessava. Em Dezembro de 1918, foi assassinado o presidente da república Sidónio Pais, após o qual surgiu o Movimento Monárquico no norte do país; a revolta começou a 19 Janeiro de 1919 com a restauração da monarquia no norte. Em Lisboa, houve rendição do movimento monárquico às forças republicanas a 24 de Janeiro, mas o norte manteve-se monárquico até 13 de Fevereiro e, a 15 de Fevereiro, todo o país era novamente uma república.

A autora da biografia “Maria Adelaide Cunha: Doida Não e Não”, Manuela Gonzaga, salienta que se tratava de uma época onde o divórcio era permitido, mas também não era mal visto um marido “lavar a honra com sangue” e os processos judiciais decorrentes destes atos resultavam muitas vezes na absolvição do arguido.

Descrição dos acontecimentos

Em 1917, família, amigos e criados de Maria Adelaide notaram mudanças no comportamento da mesma, que se desculpava com uma persistente neurastenia que a impedia de atender os eventos sociais que antes enchiam o seu quotidiano.

Trocou o palácio em Lisboa, um casamento com um homem de cultura e de sociedade por um modesto andar alugado em Santa Comba Dão, com um “serviçal” motorista.

A 13 de Novembro de 1918 foi o dia da fuga, passando a dar-se pelo nome de Maria Romano Claro. Em menos de 2 semanas, o casal foi encontrado num simples andar alugado em Santa Comba Dão, tendo esta sido conduzida, de modo inesperado, ao Hospital Conde de Ferreira a 28 de Novembro.

No hospital, foi entrevistada por José Fernandes Magalhães e António de Sousa Magalhães Lemos (diretor-adjunto e diretor, respetivamente).

Durante o seu internamento, trocava cartas secretamente com Manuel Claro, endereçadas a outra pessoa, bem como mensagens em código através de anúncios no jornal Primeiro de Janeiro. Foi assim que, em conjunto com outras 3 pacientes, “loucas amorais”, internadas como castigo pelas suas famílias, planeou a sua fuga.

A fuga do hospital deu-se a 3 de Fevereiro de 1919, com a ajuda de Manuel e do primo Alberto Cardoso. Esta viu-se facilitada pelos confrontos políticos existentes no país e a consequente interrupção temporária das comunicações com a capital, sendo Alfredo da Cunha avisado da fuga da esposa apenas alguns dias depois.

Maria Adelaide foi muito bem recebida e tratada em casa da família de Manuel, onde ambos permaneceram durante 23 dias, relatando que se tinha sentido “uma *petite reine*, adorada e amimada por todos, com tanta solicitude, tão sincera e desinteressadamente, pois nem sequer sabiam quem eu era”.

No dia 25 de Fevereiro, agentes da polícia vieram buscá-la com mandado de captura, que só mostraram posteriormente. Chegados ao Porto, Maria Adelaide foi novamente entregue ao Hospital Conde de Ferreira; Manuel Claro e Alberto Cardoso foram entregues na Cadeia da Relação do Porto, sem direito a fiança.

De volta ao manicómio, incomunicável durante meses, apenas contactava com a enfermeira, o médico José de Magalhães, que fazia visitas 3 vezes por semana, e esporadicamente com a enfermeira-chefe.

As visitas pelo filho e pela irmã eram feitas com distância de segurança (um lanço de escadas ou da janela para o jardim) pela situação de pandemia, sempre em francês para não serem compreendidos pela enfermeira e empregada que a acompanhavam sempre.

No dia 16 de Maio de 1919, Maria Adelaide foi examinada pelo Conselho Médico-Legal do Porto - Manuel Lourenço Gomes, António de Sousa Magalhães Lemos, José de Magalhães e Luís de Freitas Viegas, que declararam que sofria de degenerescência psíquica, com debilidade mental agravada pela menopausa e por vários estados de saúde mórbidos debilitantes, nomeadamente, ovarite, enterite, “num interrogatório que de médico tinha muito pouco”¹, com contornos de interrogatório policial, onde o diagnóstico já estava estabelecido à partida.

A 29 de Maio, teve a visita do advogado Bernardo Lucas, o qual passou uma procuração para Maria Adelaide pedir o divórcio; a 31 de Maio fez uma deposição dentro do hospital, pedindo o divórcio com base em injúrias graves.

A 5 e 6 Junho de 1919 foi emitido o “Atestado dos médicos alienistas”: Maria Adelaide foi examinada no Hospital Conde de Ferreira por Júlio de Matos, Sobral Cid e Egas Moniz, e por eles declarada “degenerada hereditária”, com “graves perturbações dos afectos e dos instintos que a privam de capacidade civil para reger a sua pessoa e administrar os seus bens”.

A 7 de Junho, em reunião do conselho de família, foi dado parecer favorável à interdição por unanimidade. A 16 Junho procedeu-se ao auto de interrogatório e ao exame na ação de interdição, com os peritos Magalhães Lemos e José Fernandes de Magalhães; a conclusão do exame foi que a mesma estava afetada de degenerescência psíquica. Finalmente, a 18 de Junho, o juiz decreta a sua interdição por demência, declarando-a incapaz da regência da sua pessoa e administração dos seus bens.

Seguem-se tentativas do marido Alfredo da Cunha para que a esposa se tratasse no estrangeiro, chegando a ser passado atestado a pedido do mesmo por Magalhães Lemos, em contradição com o que tinha sido dito no exame de interdição anterior.

Após o requerimento do seu advogado Bernardo Lucas, é libertada, por fim, a 9 de Agosto, por ordem do Governador Civil do Porto.

Em Maio de 1920, Maria Adelaide publica o livro “Doida Não!”, narrando a sua versão dos acontecimentos, registados secretamente em diário durante o seu internamento. A própria confessou “ter feito enormíssimo sacrifício de nunca mais ter tomado «nenhum banho geral» desde o dia 31 de Maio até 9 de Agosto, para não se separar das suas memórias”¹. Um mês depois, o marido publica em resposta a obra “Infelizmente louca!”. Manuel Claro, acusado de rapto, violação e cárcere privado, é libertado com fiança ao fim de 4 anos. Durante esse período, Maria Adelaide visitava-o frequentemente disfarçada de lavadeira, tendo permanecido escondida perto da Cadeia da Relação do Porto onde Manuel estava preso.

É só após a morte de Alfredo da Cunha que Maria Adelaide, ao fim de mais de 20 anos, se reencontra com o filho.

Em Abril de 1944, aos 74 anos, Maria Adelaide consegue, por fim, o levantamento da interdição.

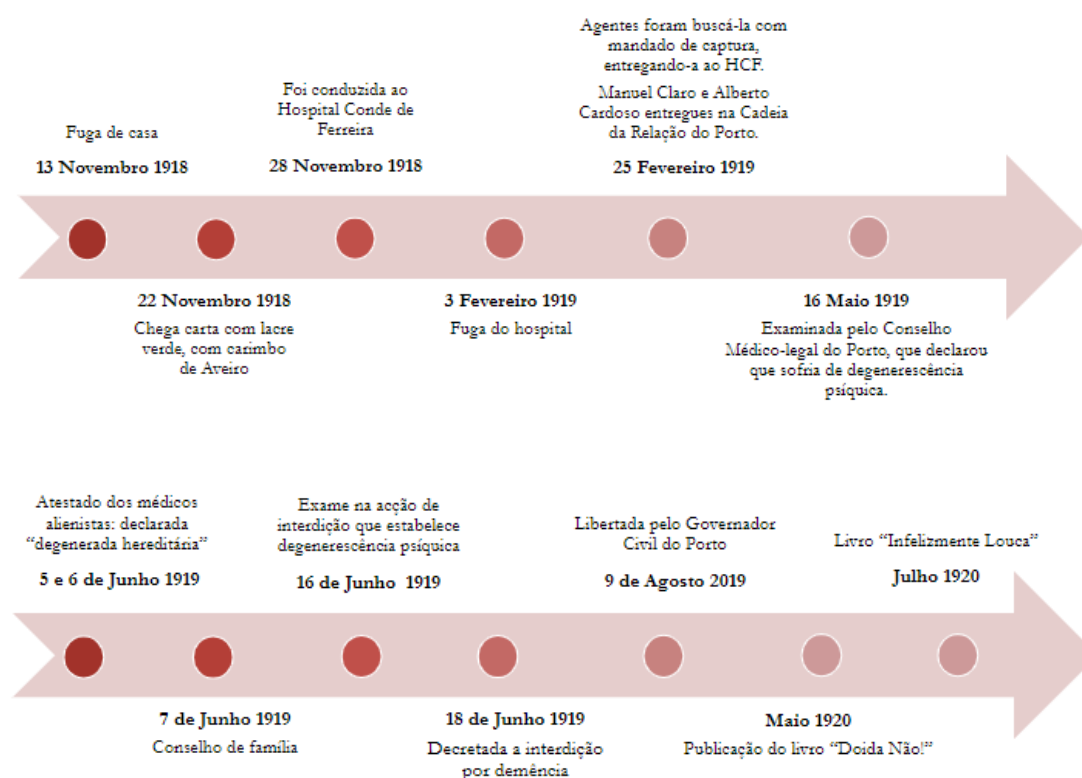


Figura 3 - Cronologia dos acontecimentos

Enquadramento Médico-Legal

Segundo o Decreto-Lei vigente na altura nº 111/1911 de 13 de Maio de 1911, também conhecido como “Lei Júlio de Matos”, estava previsto o internamento mediante o simples requerimento dos próprios doentes, de familiares, amigos ou estranhos, desde que houvesse o atestado de dois médicos. Os psiquiatras teriam, desta forma, poder sobre a liberdade individual sem qualquer intervenção das autoridades judiciais.

Argumentos utilizados na interdição de Maria Adelaide Cunha



Figura 4 - “Os três sábios de Lisboa”: Júlio de Matos, Sobral Cid e Egas Moniz.

Foram vários os argumentos utilizados para a justificação do diagnóstico de loucura lúcida pelos médicos alienistas que observaram Maria Adelaide, caracterizando-a como “degenerada hereditária, na qual se vem manifestando em relação com a menopausa, graves perturbações dos afectos e dos instintos que a privam de capacidade civil para reger a sua pessoa e administrar os seus bens.”, justificando um “*complexus erótico*” que se manifestara na menopausa.

Foram estudadas várias doenças graves que teriam contribuído para a alteração do seu estado mental, nomeadamente, a febre tifóide na infância, eclâmpsia gravídica “com sequelas neuropáticas, uma «*poussées*» de ovarite e perturbações entero-cólicas com oligúrias anteriores a 1909, e que se agravaram a partir dessa data.”, e até uma fístula anal. Em todos estes episódios a sua vida correu risco, e a sua saúde foi fortemente abalada. O climatério provocaria “perturbações da menstruação”, resultando numa “degenerada hereditária” com “graves perturbações dos afetos e do instinto sexual”, levando à mudança de comportamento, melancolia e mudança na forma de vestir.

Vários documentos foram recolhidos, incluindo a correspondência entre Maria Adelaide e amigos e familiares, e informações sobre a árvore genealógica dos Coelho pondo em evidência a “pesada herança degenerativa”, incluindo até a descrição da aderência dos lóbulos e um esboço do tubérculo auricular de Darwin. Tudo isto apontava para a “tortuosidade de espírito característica dos degenerados com déficit moral”.

Foi também apontado que, já no Hospital Conde Ferreira, Maria Adelaide teria estreitado relações com as “doidas amorais” presentes na instituição.

-Teoria da Degenerescência

O conceito de degenerescência foi desenvolvido por Benedict-Augustin Morel, em 1857 no seu tratado *Traité des Dégénérescences*, como um “desvio mórbido em relação a um tipo de ser humano primordial ideal”. Estas variações patológicas seriam transmitidas hereditariamente, manifestando-se por meio de anomalias físicas ou psíquicas, com agravamento nas sucessivas gerações, até à decadência final, assinalada pela esterilidade e culminando na extinção dessa mesma geração.

Foi estabelecida em Maria Adelaide uma “pesada herança degenerativa”, abarcando um estudo de cinco gerações, onde foram apuradas várias doenças na família como lesão cardíaca, antraz no pescoço, “paixão política” com “exaltação constitucional” e diabetes. Descrita por Raúl Bensaúde, médico que tratava Maria Adelaide dos seus problemas intestinais há vários anos, como “uma autêntica *«famille de psychopathes»*”.

Foi assim atribuído o diagnóstico de degenerescência hereditária, que nesta apresentaria manifestações dominantes nos campos da afectividade e do instinto. A acrescentar a isso, graças à menopausa sofrera um súbito recrudescimento sexual que a impulsionara a

quebrar todas as barreiras inibitórias que a educação, a ética, a cultura e o meio social lhe tinham fornecido.

-Loucura Lúcida ou Moral

“Loucura Lúcida” era um conceito defendido à época, nomeadamente por Henry Maudsley, então um dos mais famosos psiquiatras europeus, que Júlio de Matos cita no livro “Infelizmente louca”! – resposta documentada ao livro “Doida Não!”:

“Loucura lucida, é, segundo Maudsley, uma forma de alienação mental, em que, na ausência de allucinações, de ilusões, de delírio (a palavra é aqui tomada no sentido ordinário de concepções delirantes) os symtomas indicam uma perversão das faculdades mentais, que de ordinário se chamam faculdades activas e morais, ou que se classificam na cathegoria dos sentimentos e da vontade, isto é, os affectos, as inclinações, temperamento, os habitos e a conducta.”⁴

As características mórbidas que caracterizavam esta doença eram a perversão do sentimento de personalidade, insensibilidade em face das leis morais, estreito egoísmo, singularidade de carácter e estranheza de conduta, excentricidade do comportamento, devassidão e desordens de conduta. O mesmo acrescenta “O regime social é governado por leis morais; a insensibilidade deste ser em face de tais leis, coloca-o praticamente fora do domínio social (...) É sobretudo na degeneração dos sentimentos sociais que os sintomas da loucura moral se manifestam.”⁴.

Discussão

Os eventos em torno deste caso permitem refletir sobre a condição da mulher em Portugal à época, e questionar a impunidade com que se podiam interditar as pessoas, por crimes contra os costumes, ou utilizar as instituições psiquiátricas como castigo ou “reabilitação moral e social”.

Várias lacunas foram apontadas questionando a legalidade do processo que culminou no internamento de Maria Adelaide, tais como o não aparecimento do atestado médico e a ausência de qualquer exame médico à admissão no hospital.

Maria Adelaide descreveu repetidamente o seu casamento como “25 anos de deserto afectivo”, com secura e severidade no trato, denunciando a infidelidade do marido, com pelo menos quatro amantes que tivesse conhecimento. À época, o adultério feminino perturbava os fundamentos morais da sociedade, e recebia reprovação geral, ao contrário do masculino.

O psiquiatra Adrián Gramary no seu artigo³, que configura uma reflexão sobre o caso de Maria Adelaide, intitulado “A crónica de um erro médico”, refere:

“(...) ao contrário do que pudéssemos pensar, o caso de Maria Adelaide não foi um caso isolado, já que nessa época era relativamente frequente o internamento psiquiátrico das filhas descarriladas da burguesia e da aristocracia. Este procedimento constituía uma forma de punição que era vista como adequada perante comportamentos considerados desviantes entre os quais se incluíam os relacionamentos com indivíduos pouco recomendáveis ou de classe inferior.”

Citando Adrián Gramary, no referido artigo, “surge então a pergunta inevitável: como é possível que figuras de capacidade reconhecida e tão importantes para a história da psiquiatria portuguesa aceitassem participar num procedimento que tinha por objetivo o internamento permanente e a interdição de uma mulher que não apresentava qualquer patologia psiquiátrica?”. Colocam-se as hipóteses de interesses económicos, erros de diagnóstico ou até de uma excessiva permeabilidade do saber psiquiátrico da época aos costumes sociais e ao poder patriarcal. Poderia igualmente tratar-se de uma demonstração

da identificação do poder psiquiátrico como polícia moral, de acordo com a visão de Foucault.

No entanto, o mesmo autor reitera que à época era relativamente frequente o internamento psiquiátrico das filhas descarriladas da burguesia e da aristocracia, e que este constituía “uma forma de punição que era vista como adequada perante comportamentos considerados desviantes, entre os quais se incluíam os relacionamentos com indivíduos pouco recomendáveis ou de classe inferior.”³

A própria Maria Adelaide faz a seguinte observação nas suas memórias:

“Se em vez de me ver deixado apaixonar por um filho do povo, me tivesse agradado dum duque ou dum marquês, nem eu era uma doente, nem a família se julgava desonrada. Não, [...] decididamente, ou estamos todos doidos ou quem o está não sou eu!”¹

Conclusão

Embora atualmente não elaborássemos as mesmas conclusões das várias perícias forenses que foram realizadas, é importante ter em consideração que as mesmas foram estabelecidas em determinada época e circunstâncias, aos olhos do conhecimento científico e dos conceitos psiquiátricos contemporâneos. Como tal, Júlio de Matos, Sobral Cid e Egas Moniz, célebres médicos da sua era, não poderiam ter retirado outras conclusões.



Figura 5- “Doida Não e Não”: livro de Manuela Gonzaga

Bibliografia

- 1.GONZAGA, Manuela. (2018) *Maria Adelaide Coelho da Cunha: Doida Não e Não!* (6ª edição). Lisboa: Bertrand Editora.
- 2.CORREIA, Diogo T. (2015) *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. (1ª edição). Lisboa: Lidel.
- 3.GRAMARY, Adrián. (2009) *A crónica de um erro médico*. Saúde Mental/Mental Health, Volume XI (nº 3), pp. 40-42.
- 4.ALMEIDA, Fernando. (2012) *Júlio de Matos e o Desenvolvimento da Psiquiatria Forense*. Repositório Científico do ISMAI. Acedido a 21 de Maio de 2021. Disponível em repositorio.ismai.pt/handle/10400.24/44.

5. BERNARDINO, Ana Luísa. (2020) *Maria Adelaide, a herdeira do Diário de Notícias que foi internada num hospício “pelo simples crime de amar”*. MAGG. Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em magg.sapo.pt/atualidade/atualidade-nacional/artigos/maria-adelaide-a-herdeira-do-diario-de-noticias-que-foi-internada-num-hospicio-pelo-simples-crime-de-amar.
6. CAETANO, Maria João. (2020) *A paixão não é loucura*. Diário de Notícias. Acedido a 5 de Maio de 2021. Disponível em www.dn.pt/edicao-do-dia/10-set-2020/a-paixao-nao-e-loucura-12628559.html.
7. CRUZ, Ana Inês Vizeu. (2017) *História da Psiquiatria Forense em Portugal (1884-1926): A Consistente Originalidade de Júlio de Matos*. Estudo Geral - Repositório Científico da Universidade de Coimbra. Acedido a 20 de Junho de 2021. Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/32145>.
8. FERREIRA, Tânia Sofia. (2017) *Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal*. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Acedido a 20 de Junho de 2021. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/109421>.

Origem das figuras

Figura 1 - Disponível em Gonzaga, M. (2018), “Doida Não e Não” (6ª edição), Bertrand Editora.

Figura 2 - Disponível em Gonzaga, M. (2018), “Doida Não e Não” (6ª edição), Bertrand Editora.

Figura 3 - Elaborada pelas autoras do texto.

Figura 4 - Elaborada pelas autoras a partir de imagens disponíveis em:
https://pt.wikipedia.org/wiki/Júlio_de_Matos,
https://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Sobral_Cid e
<https://www.publico.pt/2017/05/10/ciencia/noticia/homenageada-descoberta-de-egas-moniz-que-permite-reverter-um-avc-1771645>

Figura 5 - Disponível em <https://www.wook.pt/livro/doida-nao-e-nao-manuela-gonzaga/21283528>

Literatura contemporânea: a representação da doença mental na mulher

**Rita André*; Marta Ribeiro*; Maria João Gonçalves*; Rodrigo Saraiva*;
Marta Croca*; Manuela Abreu***

*Departamento Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Lisboa Norte

1º Autora - Médica Interna de Psiquiatria e Saúde Mental

Emails: rita.andre@chln.min-saude.pt; martail.ribeiro@gmail.com;

mariajoao1608@gmail.com; saraiva.rodrigo@campus.ul.pt;

martacroca@gmail.com; manuelanevesabreu@gmail.com

Resumo

Existem diferenças entre a expressão de doença mental em homens e mulheres, os constructos sociais, com os seus diferentes papéis e responsabilidades, interagem com as diferenças biológicas contribuindo para diferentes apresentações de doença, comportamentos, procura de ajuda e resposta assistencial.

A mulher, importante na literatura, é inspiração e tema de múltiplas obras. A personalidade e comportamento das personagens femininas foram submetidas a múltiplas alterações ao longo dos séculos. Se no séc. XVII Shakespeare cria Lady Macbeth, uma mulher ambiciosa, que capitaliza a doença mental do seu marido para seu próprio proveito, visões mais contemporâneas tentam dar voz à doença mental no feminino, valorizando-a e fomentando discussão. Várias escritoras que partilharam as suas experiências e perturbações mentais obtiveram exposição mundial, como é o caso de Sylvia Plath que descreve nas suas obras estados depressivos.

Neste trabalho pretendemos rever literatura contemporânea que coloca em destaque a mulher e a doença mental.

Palavras-chave: mulher; literatura; saúde mental

Abstract

There are differences between the expression of mental illness in women compared to men. The social constructs and the different roles and responsibilities interact with the biological differences contributing to different illness presentations, behaviours, ability to ask for help and healthcare response.

Women, have an important role in literature, and serve as an inspiration and theme to multiple literary works. The personality and behaviour of female characters were submitted to multiple changes throughout the centuries. If in the XVII century, Shakespeare created Lady MacBeth, an ambitious woman that capitalizes on her husband mental illness for her own benefit, more contemporary visions try to give voice to the mental illness in the female, valuing it and generating discussion. Several writers who shared their experiences and mental disorders gained worldwide exposure such as Sylvia Plath, who describes depressive states in her works.

In this work we review the contemporary literature that gives a spotlight to women and mental illness.

Introdução

A perturbação mental é retratada na literatura desde que o homem começou a escrever. “Heracles”, uma tragédia grega escrita por Eurípides entrou em cena em 416 AC e conta a história de Hercules que, no cumprimento dos seus trabalhos, vai para o submundo defrontar Cérbero. Entretanto o seu pai, mulher e filhos são sentenciados à morte pelo usurpador do trono de Tebas. Hércules regressa a tempo para salvar a sua família, mas a

deusa Iris e a Loucura (personificada), fazem com que mate a sua esposa e filhos, num desfecho dramático da peça.

Assim a representação da doença mental na literatura não é recente, infelizmente as reflexões sobre os doentes mentais e os papéis que desempenham na sociedade são, muitas vezes, negativos gerando a impressão que estes doentes são pessoas instáveis e perigosas.

A representação da Mulher na Literatura

Tal como a doença mental é representada na literatura desde a antiguidade, também a mulher é representada desde esse período, contudo a forma como é representada foi submetida a interessantes alterações ao longo dos tempos.

Na antiga Grécia as obras literárias eram, maioritariamente, compostas de louvores aos seus gregos. As obras de Homero e Virgil marcaram este período. Os direitos das mulheres eram muito limitados e não tinham liberdade, sendo, muitas vezes, representadas como objetos sexuais abusadas por Deuses e homens. Contudo com frequência eram-lhes atribuídos papéis de grande poder sendo que, muitas vezes, o usavam para exercer vingança. Eram com frequência culpadas pelo início de guerra (como Helena de Troia), destruição de aldeias e a morte de homens.

Durante o período medieval emergiu pela primeira vez a literatura feminista, destacando-se Heloisa de Argenteuil Paraclitos, uma freira escritora e filósofa, cujo trabalho contribuiu para a construção moderna do casamento. Num período em que o ideal de feminidade era Maria, mãe de Jesus, é surpreendente a representação sexual da mulher, dividida entre os ideais morais e os desejos físicos.

Durante o século XVIII a misoginia e a superioridade masculina eram temas típicos. As mulheres não eram retratadas como pessoas, mas como uma necessidade para a procriação. Nesta época a desigualdade entre os sexos era vincada, tornando-se evidente nos manuscritos deste período.

No século XIX, as mulheres redefinem o seu papel na sociedade, aceitando um papel centrado no cuidado da casa e inferioridade face ao homem. Elizabeth Gaskell, no seu poema “Cranford”, salienta que o lugar da mulher é em casa, como é evidente pela sua personagem Bessie. Neste período, as peças de Shakespeare tornaram-se célebres, este dramaturgo retrata o papel da mulher de formas dispare, se nas suas peças Elizabetianas as mulheres lutam pela sua autodeterminação, nas peças Jacobeanas são abusadas e mortas. Destaca-se também o livro “Madame Bovary” de Gustave Flaubert, em que a personagem principal, Ema, é “uma heroína trágica” cujo suicídio demonstra os perigos que as mulheres enfrentam quando tentam ser mais independentes. O conto “O papel de Parede Amarelo” de Charlotte Perkins Gilman, escrito após a sua depressão pós-parto é um relato muito interessante, oferecendo uma janela para os pensamentos e sentimentos das mulheres e as consequências da incompreensão social a que eram submetidas.

A literatura contemporânea tem servido de canal para feministas pioneiras e tem tornado os direitos das mulheres num tema de debate. Muitas autoras proporcionam uma grande variedade de perspectivas culturais e étnicas.

A representação da mulher é variável, com a presença de mulheres fortes e independentes em contraposição com mulheres oprimidas que permitem veicular críticas à sociedade.

Visão contemporânea da perturbação mental na mulher nas obras de ficção

Os retratos realistas e médicos de perturbação mental são cada vez mais frequentes na literatura, o que é importante para quebrar o estigma que pessoas com doença mental sofrem. A representação destes indivíduos como perigosos e instáveis é cada vez menos frequente e existe uma tendência ao retrato mais fidedigno e humano das dificuldades com que estas pessoas lidam diariamente.

“The Bell Jar/ A Campânula de Vidro” de Sylvia Plath

Sylvia Plath (1932-1963) foi uma autora e poeta norte-americana que sofreu um quadro depressivo recorrente ao longo da sua vida, com necessidade de internamentos em instituições psiquiátricas e história de tentativas de suicídio.

Curiosamente foi descrito, em alguns estudos, o “efeito Sylvia Plath”, verificando-se que as poetisas apresentam quadros de perturbação mental, significativamente com maior frequência que escritoras e escritores de ficção.

“A Campânula de Vidro” foi o único romance que escreveu e é uma obra maioritariamente de ficção (apresentado referências a acontecimentos e pessoas reais da vida da autora). Foi publicado em 1963 sob o pseudónimo de “Vitoria Lucas” e foi publicado pela primeira vez em nome próprio em 1967.

A personagem principal, Esther Greenwood, toma decisões que só contribuem para o seu isolamento e que atribui a “uma voz zombie”. Por vezes, existe um distanciamento físico de si própria, sente que alguém fala por si, não sendo capaz de expressar como se sente (“voz oca”). Progressivamente deixa de conseguir escrever, sendo uma escritora profissional, este facto é incapacitante e fragmenta o seu sentido de identidade e autoestima. Apresenta também alterações da vida instintiva com perda de apetite, passa de se alimentar com “frango e caviar” para “como se estivesse a comer um cachorro-quente enterrado na areia”. Destaca-se também a insónia, não sendo capaz de dormir durante 1 mês.

Este tipo de experiências de despersonalização, desrealização, dissociação e sintomatologia psicótica não são infrequentes em quadros depressivos graves.

“The Virgin Suicides / As Virgens Suicidas” de Jeffrey Eugenides

Escrito em 1993 pelo escritor norte-americano Jeffrey Eugenides, “As Virgens Suicidas” relatam as breves vidas das cinco irmãs Lisbon e dos rapazes da vizinhança que estavam apaixonados por elas. As cinco irmãs eram submetidas a maus-tratos por parte dos pais, e acabam por se suicidar uma a uma no espaço de um ano. O livro descreve as vivências dos jovens rapazes que com elas privaram passado 20 anos, quando tentam reconstruir os acontecimentos. Este livro foi traduzido para 15 idiomas e adaptado para o cinema em 1999, por Sofia Coppola.

“Veronika Decide Morrer” de Paulo Coelho

O famoso autor brasileiro Paulo Coelho conta a história de Veronika, uma jovem de 24 anos que, aparentemente, tem uma vida gratificante, é jovem e bonita, tem namorados, um emprego e uma família carinhosa. Contudo, na manhã de 11 de novembro de 1997, esta jovem decide morrer e faz uma ingestão medicamentosa voluntária. Acorda no hospital onde é informada de que os comprimidos que tomou provocaram danos graves no seu coração e Veronika só teria alguns dias de vida.

Paulo Coelho questiona o significado de loucura e lembra os indivíduos que não se encaixam nos padrões sociais do que é considerado normal. Este livro publicado pela primeira vez em 1998, foi adaptado para o cinema em 2009 com a atriz Sarah Michelle Gellar como protagonista.

“Thirteen Reasons Why / Por Treze Razões” de Jay Asher

Escrito em 2007 por Jay Asher, um escritor norte-americano de romances para adolescentes, é inspirado na história de um familiar próximo que tentou o suicídio. “Por Treze Razões”, segue a história de Hannah Baker e as treze razões pelas quais cometeu suicídio. Após a sua morte, por ingestão medicamentosa voluntária, são enviadas 7 cassetes para as 13 pessoas que Hannah culpa pelo seu suicídio.

Esta obra é controversa, pela sua romantização do suicídio e pela atribuição de culpas pelo mesmo, com a utilização do suicídio como um instrumento de vingança e punição. A adaptação recente para televisão provocou alarme por parte dos profissionais de saúde, dado o carácter contagioso do suicídio e a disseminação desta história a um maior público adolescente.

“L’Amica Geniale/ A Amiga Genial” de Elena Ferrante

Este livro foi escrito, em 2011, pela autora italiana Elena Ferrante e relata a história de duas amigas, Elena e Lila, que viviam num bairro pobre de Nápoles nos anos 50. A obra descreve a vida das duas e a sua relação, retratando aspetos importantes da perturbação de personalidade borderline de Lila, tais como a instabilidade afetiva e a sensação de vazio.

Visão contemporânea da perturbação mental na mulher nas obras de não ficção

A narrativa, na primeira pessoa, permite a criação de uma figura vivida da existência humana de forma imediata e autêntica.

As narrativas autobiográficas de perturbação mental tiveram um papel no desenvolvimento do conhecimento em psiquiatria. Jaspers em “Psicopatologia Geral”, baseia os seus constructos de delírios e outros fenómenos psicopatológicos em descrições presentes no livro de Daniel Paul Schreber “Memórias de um Doente dos Nervos” de 1903.

A escritora Jessamyn West considerou “escrever é tão difícil, sinto que com frequência os escritores passam pelo inferno na terra e irão escapar ao castigo no além”. A visão de que os escritores vivem vidas conturbadas é popular e suportada pela evidência científica, sendo a prevalência de perturbações mentais mais frequente neste grupo que na população geral (principalmente a prevalência de perturbação afetiva bipolar).

“Girl, Interrupted / Garota, interrompida” de Susanna Kaysen

Estas memórias são escritas por Susanna Kaysen, escritora norte-americana que, na década 60 e após uma primeira consulta de psiquiatria, foi sentada num táxi e enviada para o Hospital McLean. Aqui passou dois anos internada, numa ala do hospital psiquiátrico, destinada a jovens adolescentes. Teve sessões de psicoterapia e foi-lhe diagnosticada uma perturbação de personalidade borderline. Nesta obra, publicada em 1993, é retratada a sua estadia proporcionando um retrato das suas colegas internadas e da interação com os profissionais de saúde.

Esta obra foi adaptada para o cinema em 1999 tendo ficado muito celebre pela atuação de Winona Ryder.

“Wir Kinder vom Bahnhof Zoo / Os Filhos da Droga” de Christiane Vera Felscherinow

Livro alemão escrito em 1978 pelos jornalistas Kai Herrmann e Horst Rieck em colaboração com Christiane F., relata a história da autora desde os seis anos, quando se muda para Berlim e os seus pais se divorciam. Christiane envolve-se com as pessoas erradas e a sua curiosidade arrasta-a para o submundo da droga, inicialmente começa por consumir haxixe e LSD, segue-se a heroína. Aos 13 anos é forçada a roubo e prostituição como formas de subsistência. Este livro abre-nos uma janela para o rigor do mundo da droga e o seu efeitos nos indivíduos e famílias.

“Prozac Nation/ Nação Prozac” de Elizabeth Wurtzel

Esta obra uma autobiografia publicada em 1994, descreve a experiência da autora com depressão atípica. O antidepressivo prescrito a Elizabeth Wurtzel foi o prozac o que inspirou o título do livro.

As reações a este livro foram diversas, um dos aspetos do livro que polarizou os seus leitores foi a honestidade da autora em relatar episódios que a retratam de forma pouco favorável, deste modo se uns a louvam por produzir um relato honesto de uma doença, muitas vezes, estigmatizada outros consideram-na indulgente e intratável.

“An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness / Uma Mente Inquieta: Memórias de Loucura e Instabilidade de Humor” de Kay Redfield Jamison

Escrito por Kay Redfield Jamison, uma psicóloga clínica americana, especializada em perturbação afetiva bipolar. É um relato na primeira pessoa onde Kay descreve as suas dificuldades em lidar com a perturbação de que sofre, descrevendo o início de doença na sua adolescência, e a sua busca por tratamentos.

Pela sua formação base oferece também descrições interessantes sobre a perturbação bipolar “quando te sentes para cima é tremendo, as ideias e os sentimentos são rápidos e frequentes como estrelas cadentes e vais seguindo-os até que encontres estrelas mais brilhantes. A timidez desaparece, as palavras e os gestos certos estão logo ali e o poder para cativar os outros é dado como adquirido. Sentimentos de facilidade, intensidade, poder, bem-estar, onipotência financeira e euforia tornam-se preponderantes. Mas, de alguma forma, tudo isto muda. As ideias rápidas ficam demasiado rápidas e são demasiadas, uma confusão avassaladora substitui a claridade. Tudo o que se movia a favor da corrente encontra-se agora contra – sentes-te irritável, zangada, com medo, incontrollável e emersa totalmente nas grutas mais negras da mente. Nunca soubeste que estas grutas estavam lá. Nunca vai acabar já que a loucura esculpe a sua própria realidade”. É um livro inspirador que combate o estigma da doença mental e dá esperança a quem esteja a passar por situações semelhantes porque apesar da incapacidade que a doença lhe poderia gerar Kay é muito bem-sucedida profissionalmente, dando aulas na faculdade de medicina Johns Hopkins.

“Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia” de Marya Hornbacher

Este livro foi a primeira obra de Marya Hornbacher e escrito quando a autora tinha 22 anos de idade. Esta autobiografia foi publicada em 1998 e descreve a batalha da autora com doença do comportamento alimentar. Na sua luta para recuperar a saúde, física e mental, são descritos cinco internamentos hospitalares longos, terapia, perda de família, amigos e empregos.

Os livros que se seguiram também tiveram como base perturbações psiquiátricas. O segundo livro “O centro do inverno” conta a história de uma família a recuperar após o suicídio do pai. O terceiro livro, publicado em 2008, é novamente uma autobiografia “Loucura: Uma vida” e é centrado nas dificuldades de viver com uma perturbação mental.

Conclusões

Os direitos e liberdades das mulheres nem sempre foram reconhecidos ao longo da história, tendo repercussões na literatura e no papel dado às mesmas enquanto personagens. É no período medieval que emerge a literatura feminista, sendo que se produziu um retrocesso no séc. XVIII e XIX.

Atualmente a igualdade de género e o papel da mulher na sociedade estão em constante evolução, o que se reflete tanto na mulher enquanto autora como nas personagens feminina das obras contemporâneas.

A perturbação mental, se em tempos estigmatizada e vivida em silêncio, atualmente é cada vez mais discutida em praça pública e existe uma tentativa de fazer passar a mensagem, ao público geral, de que todos podemos ficar doentes.

Os livros sobre perturbação mental de ficção e autobiográficos multiplicaram-se nos últimos anos o que constitui uma ferramenta de consciencialização importante.

Bibliografia

- Chin, R.N.; Hankir, A; Zaman, R; (2019) Gender differences in the portrayals of depressive illness in popular culture: a comparison of literary texts. In *Psychiatr Danub*. 2019 Sep;31(Suppl 3):632-637. PMID: 31488805.
- Thompson, A.; Roberts, S.; (1997) Women Reading Shakespeare 1660-1900, In *An anthology of criticism*, ed. Manchester: Manchester University Press, 1997, pp. 17-18.
- Kravis, J.; Regueira, E.; Calhoun, B.; DiMuont, P.; Ulivari E.; The Role of Women Throughout the Ages of Literature. Acedido a 3 de Janeiro de 2022 em: <http://plaza.ufl.edu/jess16/MultiplePerspectives/>
- Gilman, C.; (1892) *The Yellow Wallpaper*; New England Magazine
- Ferrante E. (2011) *L'Amica Geniale*; edizioni e/o
- Asher, J. (2007) *Thirteen Reasons Why*; RazorBill
- Plath, S. (1963); *The Bell Jar*; Heinemann
- Kaysen, S. (1993); *Girl, Interrupted*; Turtle Bay Books
- Wurtzel, E. (1994); *Prozac Nation*; Riverhead Trade
- Eugenides, J. (1993); *The Virgin Suicides*; Farrar, Straus and Giroux
- Coelho, P. (1998); *Veronika decide morrer*; Companhia das Letras
- Felscherinow, C. (1978) *Os Filhos da Droga*; Bizâncio
- Jamison, K. (1995); *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*; Alfred A. Knopf, Inc

JANET FRAME – A AUTORA QUE EXPLOROU A LOUCURA

Francisca Pereira¹; João Luís Barros²; Vítor Pimenta³

^{1,2,3}Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Nordeste

^{1,2}Médica/o Interna/o de Formação Específica em Psiquiatria

³Médico Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: maria.francisca.pereira@gmail.com;

joao.barros.nato@gmail.com; vitor.pimenta@ulsne.min-saude.pt

Resumo

Janet Frame (1924-2004) foi uma prestigiada autora, natural da Nova Zelândia, que arrecadou inúmeros prémios e distinções ao longo da sua vida e que, em 1990, viu a sua história autobiográfica transposta para o cinema pela mão de Jane Campion com o título *An Angel at My Table*. Janet foi diagnosticada com esquizofrenia, hospitalizada em múltiplas instituições psiquiátricas, e submetida a tratamentos de choque insulínico e eletroconvulsivoterapia. Mais tarde, este diagnóstico viria a ser posto em causa quando Janet é observada no *Maudsley Hospital em Londres*, atribuindo-se a sua condição aos efeitos de hospitalização prolongada e tratamentos desnecessários. A sua escrita reflete as experiências nas várias instituições psiquiátricas onde esteve internada, e possibilita à escritora, porventura, uma forma catártica de resolver os seus conflitos internos. Nesta reflexão irá ser descrito o seu percurso autobiográfico e explorado o impacto destas experiências na sua obra literária.

Palavras-chave: Janet Frame, esquizofrenia, doença mental, literatura, arte

Abstract

Janet Frame (1924-2004) was a prestigious and awarded New Zealand author, who's biography was brought to the screen by Jane Campion in the 1990's film *An Angel at My Table*. Janet was diagnosed with schizophrenia, institutionalised in several psychiatric facilities and treated largely with insulin shock therapy and unmodified electroconvulsive therapy. Later in life, Janet is evaluated at Maudsley Hospital and diagnosed as suffering not from schizophrenia but from the effects of prolonged hospitalisation. Her writing reflects her personal experience as a psychiatric patient and allows the author to cathartically resolve some internal conflicts. In this reflexion we'll explore Janet Frame autobiographical journey and its impact on her literary work.

Keywords: Janet Frame, schizophrenia, mental illness, literature, art

Introdução

Romancista e poetisa neozelandesa, Janet Paterson Frame nasceu a 28 de agosto de 1924, em Southland, Dunedin, na Nova Zelândia, e morreu a 29 de janeiro de 2004, num hospital de Dunedin, vítima de leucemia. Trinta anos após a publicação do seu primeiro livro de contos, Janet publica uma trilogia autobiográfica, *To the Is-Land* (1982), *An Angel at My Table* (1984) e *The Envoy From Mirror City* (1985), compilados numa recente versão conjunta com o título *An Angel at My Table* (2010), que se tornou ponto de partida para novos e aprofundados estudos sobre a sua vida e arte. Nesta obra, Janet Frame descreve uma vida na qual ser considerada “diferente” é a experiência predominante, e explora as implicações de um diagnóstico de esquizofrenia no seu percurso vivencial. Neste trabalho ambicionamos dar a conhecer o percurso autobiográfico da autora, refletindo essencialmente sobre as suas vivências enquanto pessoa com doença psiquiátrica.

História de vida

Terceira de cinco filhos, sobrevivente de um parto gemelar, Janet Frame é filha de George Samuel Frame, ex-combatente da I Guerra Mundial, e de Lottie Godfrey, ex-empregada doméstica e enfermeira em Wellington, na casa dos Beauchamps, família materna de Katherine Mansfield. Criada na região de Otago nos anos da grande depressão, e acompanhando as sucessivas mudanças dos pais desde Wyndham a Oamaru e Willowglen, sempre viveu em habitações humildes, seguindo a construção das novas linhas ferroviárias nas quais o pai trabalhava. Janet cresceu desajeitada, desconfiada e com pouca habilidade nos contactos sociais, procurando refúgio na literatura para compensar a sua timidez e extrema solidão. As primeiras ambições marcaram-se aos 12 anos de idade, durante o ensino básico, com a certeza que quando crescer irá ser poeta.

Vários acontecimentos trágicos acabam por abalar a sua adolescência, desgraças que esta apelida como *the cold touch of death*, nomeadamente a grave e incurável epilepsia do irmão e o falecimento de duas irmãs por afogamento. Janet faz repetidamente referência à destruturação familiar precipitada pelo diagnóstico de epilepsia do irmão George, exemplificada por uma mãe que dedicava exclusiva atenção ao filho, e por um pai que desvalorizava a doença enquanto simultaneamente se debatia para conseguir suportar as despesas médicas. As mortes da irmã Myrtle, aos 16 anos, e da irmã Isabel, aos 21 anos, carregam um peso do qual Janet nunca se libertou, e que garantidamente contribuíram para a persistência de sentimentos de solidão e abandono.

No seu processo de autonomização, Janet eventualmente deixa a família e volta para a cidade de Dunedin, com uma bolsa de estudos, para se formar como professora e frequentar cursos livres de Inglês, Francês e Psicologia na Universidade de Otago. Mantendo a sua postura tímida e reservada, sem experiências amorosas e/ou sexuais, manteve-se segregada da vida social universitária, reconhecendo a poesia e a literatura como os seus únicos romances. Numa fase final da sua formação, quando esta se recusa a participar no momento de avaliação final, o receio de julgamento e as dificuldades de integração social acabam por a afastar do ensino. Antecipando o retorno à sala de aula, terminadas as três semanas de ausência justificadas pelo médico, Janet sente-se encurralada e comete uma tentativa de suicídio com ingestão de um frasco de aspirina.

“I was forced to realise that suicide was my only escape. I had woven so carefully, with such close texture, my visible layer of ‘no trouble at all, a quiet student, always ready with a smile (if the decayed teeth could be hidden), always happy’, that even I could not break the thread of the material of my deceit. I felt completely isolated. I knew no one to confide in, to get advice from; and there was nowhere I could go.” (Frame, 2010).

Desesperada, e aconselhada pelo seu professor de Psicologia John Money, Janet é admitida voluntariamente, em outubro de 1945, na ala psiquiátrica do Hospital de Dunedin para o que seria um breve período de repouso e recuperação. Este primeiro internamento, com duração de três semanas, marca o longo percurso que Janet percorrerá nos meandros de vários hospitais psiquiátricos e culmina com o diagnóstico de esquizofrenia durante a sua estadia no Asilo de Seacliff.

Contudo, o conteúdo da obra autobiográfica é extremamente vago na descrição dos sintomas que levaram ao diagnóstico de esquizofrenia e dos motivos das repetidas admissões em instituições psiquiátricas. À data de 1945, na ausência de qualquer sistema formal de classificação de doenças (primeira publicação da Classificação Internacional de Doenças em 1949 e do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais em 1952), o conceito de esquizofrenia era pouco claro e preciso. A categoria de esquizofrenia

incluía Esquizofrenia Simples, com a presença de sintomas negativos e ausência de sintomas positivos, e Esquizofrenia Pseudo-Neurótica, cujo diagnóstico também não exigia sintomas positivos, mas antes a presença de dois sintomas de uma vaga lista que incluía ansiedade, histeria ou fobias.

Apesar deste diagnóstico de esquizofrenia parecer ser globalmente infundado, Janet fazia o luto de tudo aquilo que a doença psiquiátrica lhe roubou – a carreira como professora, a família e o sentido de identidade. Tudo o que desejava era ser escritora, explorar pensamentos e imagens que eram então encarados como bizarros, temendo sempre que a sua ambição fosse tomada como “delirante”. Janet recorda, inclusivamente, o envio de uma carta na qual, citando Virginia Woolf, descrevia o tojo como detendo um aroma a manteiga de amendoim, associação que foi de imediato identificada como exemplo da sua doença psicótica.

Interessada em aprofundar as implicações do seu diagnóstico, Janet consultou múltiplas fontes bibliográficas, nunca tendo chegado a encontrar referência à entidade “esquizofrenia”. Alternativamente, deparou-se com termo “*dementia praecox*” de Kraepelin, carregado com uma inevitável expectativa de cronicidade e deterioração.

“I searched through my psychology book, the chapter on Abnormal Psychology, where I found no reference to Schizophrenia, only to a mental illness apparently afflicting only young people like myself – dementia praecox, described as a gradual deterioration of mind, with no cure. In the notes at the end of the chapter there was an explanation that dementia praecox was now known as schizophrenia.” (Frame, 2010).

Janet explica que a sua esquizofrenia foi tratada com recurso a terapia de choque com insulina, prática amplamente utilizada nos anos 50, e que envolvia a indução de coma hipoglicémico e convulsões. Foi submetida também a tratamento adicional com mais de 200 sessões de eletroconvulsivoterapia sem utilização de fármacos anestésicos ou relaxantes musculares. Percebemos que Janet não reconhece qualquer benefício com os tratamentos a que foi submetida, encarando, pelo contrário, todas as descritas intervenções como atos punitivos. Janet expõe a sua incredibilidade no diagnóstico e, simultaneamente, os horrores que superou durante o internamento psiquiátrico, enfatizando a terrível realidade da desumanização institucional.

“From my first moment there I knew that I could not turn back to my usual life or forget what I saw at Seacliff. I grew to know and like my fellow patients. Many patients confined in other wards of Seacliff had no name, only a nickname, no past, no future, only an imprisoned Now, an eternal Is-Land without its accompanying horizons, foot or handhold, and even without its everchanging sky.” (Frame, 2010).

Paradoxalmente, observamos vários momentos em que Janet se refugia nos vários asilos para *descansar* e não ser obrigada a *tomar decisões sobre a sua vida*. Torna-se claro esse desejo quando acarinha a ideia de ser esquizofrénica e, consequentemente, de ter que ser cuidada. Durante muito tempo acalenta a ideia de ter um problema mental ou físico real que lhe permita ser comparada aos poetas e escritores que admira.

“My dream of being a poet, a real poet, was nearer to being realized. There was still the question of a disability – Coleridge and Francis Thompson and Edgar Allan Poe had their addiction to opium, Pope his lameness, Cowper his depression, John Claire his insanity, the Brontes their tuberculosis as well the disablement of their life about them (...)” (Frame, 2010).

O diagnóstico de esquizofrenia permanece irrevogável e, com o avançar dos anos, Janet passa longas temporadas hospitalizada em várias instituições psiquiátricas. Em 1955 regressa a Seacliff, e desta vez, é a sua escrita que a salva de ser submetida a uma lobotomia. É-lhe consentida a alta do hospital graças à atribuição do prémio literário prémio Hubert Church para melhor prosa pelo seu primeiro livro de contos *The Lagoon and Other Stories* (1951). O médico assistente, Dr. Blake Palmer, decide que “*I’ve decided that you should stay as you are, I don’t want you changed*”. Este marco permite que Janet recupere convicção do valor próprio, finalmente vislumbrando um futuro mais otimista e livre de amarras de uma incapacitante doença mental.

Após a alta do hospital, fica hospedada na casa de Frank Sargeon em Takapuna, um dos mais brilhantes escritores da Nova Zelândia na época. Durante a sua estadia, de março 1955 a julho 1956, é encorajada a escrever o seu primeiro romance *On/ls Do Cry* (1957). Os anos seguintes são passados a viajar por Londres, Ibiza e Andorra, à custa de uma bolsa de criação literária. É em Ibiza, aos 31 anos, que Janet finalmente vive o primeiro amor e envolvimento sexual com um professor de história americano chamado Bernard. Esta nova oportunidade de liberdade leva-a a entregar-se a outras experiências, nomeadamente um curto noivado com um imigrante italiano.

Depois desta fuga criativa, Janet regressa a Londres em 1957 com o claro objetivo de esclarecer formalmente se alguma vez sofreu de esquizofrenia. Através de John Money, que se viria a conceituar um importante sexologista, Janet consegue ser admitida no Maudsley Hospital, em 1958, para esclarecimento diagnóstico. Sob o cuidado do Dr. Alan Miller, com a contribuição de Sir Aubrey Lewis (psiquiatra australiano e figura de referência na Psiquiatria Inglesa), é submetida a diversos exames, físicos e psicológicos, que concluem que Janet nunca sofreu de esquizofrenia. Os médicos são da opinião que qualquer problema experienciado por Janet é o resultado direto dos seus prolongados internamentos em hospitais psiquiátricos.

Ao descobrir que o diagnóstico de esquizofrenia tinha sido um erro e que nunca sofrera de tal patologia, Janet sente-se “desagasalhada”, sem as vestes da doença mental que a levou a passar quase onze anos em instituições psiquiátricas. Janet descreve este rótulo como, simultaneamente, pejorativo e protetor do cruel mundo exterior. Este diagnóstico de esquizofrenia serviu o propósito de remover responsabilidades da tomada de decisões e da emergência dos processos de maturação. Adicionalmente, por vias da relação entre criatividade e loucura se encontrar tão inextricavelmente forjada na sua consciência, esta perda acrescenta ao défice identitário sentido por Janet.

“I had never suffered from schizophrenia, he said. [...] I myself had suddenly been stripped of a garment I had worn for twelve or thirteen years – my schizophrenia. I remembered how wonderingly, fearfully I had tried to pronounce the word when I first learned of the diagnosis, how I had [...] accepted it, how in the midst of the agony and terror of the acceptance I found the unexpected warmth, comfort, protection: how I had longed to be rid of the opinion but was unwilling to part with it. And even when I did not wear it openly I always had it by for emergency, to put on quickly, for shelter from the cruel world. And now it was gone [...] I could never again turn to it for help.” (Frame, 2010).

No processo de recuperação, Janet necessitou de ajuda profissional para se libertar das consequências destas suas vivências de internamento psiquiátrico prolongado. Nos seguintes anos, manteve o acompanhamento psiquiátrico com Dr. Robert Hugh Cawley, que descreve como o seu mais importante mentor no processo de “libertação” do prévio diagnóstico. Por sugestão deste, é incentivada a escrever o seu segundo romance *Faces in The Water* (1961), uma obra que, embora apresentada como ficcional, dá voz ao caos da

desumanização institucional presente nos hospitais psiquiátricos e retrata de forma documental todo o doloroso percurso vivenciado por Janet. A expressão individual através da escrita possibilita uma forma catártica de resolver parte dos conflitos internos que perseguem Janet desde muito cedo, e que foram realçados pela contínua institucionalização. É deste modo que a escrita e a literatura têm para Janet um duplo sentido - não só a conduziram a anos de terror como também é certo que lhe salvaram a vida, como admite na sua autobiografia.

Mais tarde, em 1963, Janet regressa a Nova Zelândia na sequência do falecimento do pai. Continuou a escrever, com a publicação de um total de 13 livros, 3 volumes autobiográficos, entre múltiplos contos, poemas e histórias infantis, arrecadando mais de trinta prémios e distinções ao longo da sua vida. Janet viveu uma vida solitária e terminou os seus dias em paz e a escrever. Após sobreviver a um acidente vascular cerebral e a uma neoplasia do ovário, Janet Frame veio a falecer aos 79 anos, em 29 de janeiro de 2004, de leucemia mielóide aguda.

Considerações diagnósticas

Embora o inicial diagnóstico de esquizofrenia tenha sido amplamente refutado, é óbvia a constatação da sua diferença. Alguns autores propõem que Janet padeça de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), reunindo várias características da perturbação em causa. Nomeadamente, é de salientar o atraso do desenvolvimento da linguagem em associação com uma capacidade de leitura precoce, o que pode indicar a presença de hiperlexia que está caracteristicamente associada a PEA. Também os interesses particulares de Janet, desde tenra idade, podem ser integrados nesta entidade, particularmente o forte interesse na poesia. As notórias dificuldades na interação social, com início na infância e que persistem também na vida adulta, levantam uma forte suspeição neste diagnóstico. Janet descreve obstáculos na criação de laços afetivos com pessoas externas à sua família próxima e, apesar de interagir com os seus irmãos, Janet retira maior satisfação dos momentos que passa sozinha ou na companhia de animais. Estas dificuldades sociais e comunicacionais não parecem ser partilhadas com nenhum dos irmãos, embora possamos inferir alguns traços autísticos na figura paterna, conferindo um adicional peso genético. Alternativamente, algumas das características que transparecem no relato autobiográfico podem também ser enquadradas numa Perturbação de Ansiedade Social, nomeadamente o intencional evitamento de situações sociais, acompanhado por sentimentos de culpa, e o medo extremado de julgamento aliado a um sentimento de inferioridade.

Conclusão

A loucura é a metáfora central dos primeiros romances de Janet Frame. Na sua obra, esta loucura aparece frequentemente representada como uma forma de consciência mais desenvolvida ou uma tentativa de libertação do “eu” de uma estrutura repressiva. É precisamente nas instituições psiquiátricas que Janet se familiariza com um outro mundo, muito além dos confins daquilo que a sociedade define como “normalidade” e que, a partir dessas experiências, desenvolve a sua arte literária. No final, mesmo despida do seu “*schizophrenic fancy dress*”, a voz de Janet Frame reergue-se clara e determinadamente confiante na sua identidade reconstruída, livre de rótulos opressivos.

Bibliografia

Frame, J. (2010). *An Angel at My Table*. London: Virago Press (obras originalmente publicadas em 1982 – *To the Is-Land*; 1984 – *An Angel at My Table*; 1985 – *The Envoy from Mirror City*).

Lim, X., & Galletly, C. (2019). “To suit the occasion, I wore my schizophrenic fancy dress” – the life of Janet Frame. *Australasian Psychiatry*, 27(5), 469-471.

Abrahamson S. (2007). Did Janet Frame have high-functioning autism?. *The New Zealand medical journal*, 120(1263), U2747.

Quintais, A. (2011). Loucura, sagrado e poesia.1 A obra autobiográfica de Janet Frame à luz de Julia Kristeva. *E-Cadernos CES*, (14).

AMY WINEHOUSE: “THEY TRIED TO MAKE ME GO TO REHAB”

**Bárbara Mesquita* ; Ana Margarida Fraga ; João Facucho-Oliveira* ;
Margarida Albuquerque* ; Miguel Costa* ; Pedro Espada Santos* ;
Pedro Cintra* ; Sofia Paulino***

Hospital de Cascais

*MD, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital de Cascais, Portugal

Email: barbara.bras.mesquita@hospitaldecascais.pt

Resumo

Amy Winehouse foi uma cantora britânica considerada uma das artistas mais talentosas da sua geração. O álbum *Back to Black*, lançado em 2006, tornou-a rapidamente conhecida a nível internacional seguindo-se um percurso com numerosos prémios e milhares de álbuns vendidos em todo o mundo. Faleceu aos 27 anos no contexto de uma alegada Perturbação de Uso de Múltiplas Substâncias.

A ligação entre criatividade e psicopatologia tem vindo a ser largamente debatida nos últimos anos. A associação entre perturbação afetiva (nomeadamente bipolar) e criatividade parece ser estatisticamente significativa, com um número desproporcional de artistas famosos a aparentarem, em retrospectiva esse diagnóstico.

Tem sido sugerida, mais recentemente, uma potencial associação entre o espectro do autismo e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e indivíduos dotados de uma grande criatividade.

Além de se apurar uma história sugestiva deste espectro, Amy teve também, aparentemente, uma história pessoal complicada modulada por vários eventos significativos de perda e conflito (abandono do pai na infância, várias relações afetivas mediaticamente turbulentas) chegando a cantar sobre o seu “destino freudiano” e sobre a “procura de homens mais fortes do que ela”. Estes antecedentes sugerem a estruturação de uma personalidade com traços disfuncionais e com maior susceptibilidade ao uso de substâncias, contrastando com uma criatividade excepcional.

Palavras-chave: Amy Winehouse; Perturbação do Espectro do Autismo; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbação de Uso de Substâncias

Abstract

Amy Winehouse was a British singer considered one of the most talented artists of her generation. The record *Back to Black*, launched in 2006, propelled her into international stardom and was followed by numerous awards and millions of albums being sold all around the world. Amy past away at 27 years old in the context of a Substance Use Disorder.

The link between creativity and psychopathology has been largely debated over the last few years. Whereas biographic evidence for affective disorders (namely bipolar) appears to be statistically significant, with a large number of famous artists that could, in retrospect, have been diagnosed with it.

Recently, it has also been suggested a potential connection between Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder and individuals gifted with great creativity.

In addition to, Amy having a history that suggests her being in this spectrum, she also had, apparently, a complicated personal history modulated by several significant events of losses and conflict (abandonment by her father in her childhood, several mediatic tumultuous affective relationships) she even sang about her “Freudian Fate” and about

her search for a “stronger man” than her. Her past suggests the making of a personality marked by dysfunctional traits and with more susceptibility to the use of substances, contrasting with an exceptional creativity.

Introdução – Breve biografia

Amy Winehouse nasceu a 14 de Setembro de 1983, nos arredores de Londres. O seu pai era taxista e a mãe farmacêutica. Desde nova que o pai lhe cantava músicas de Frank Sinatra e a família da mãe era composta de vários cantores de Jazz. Assim, Amy começou a cultivar o seu gosto por jazz desde muito cedo. Aos 13 anos aprendeu a tocar guitarra sozinha.

A cantora britânica cresceu praticamente sem a presença de uma figura paterna, já que o seu pai iniciou uma relação extra-conjugal quando Amy tinha apenas 18 meses e passava muito tempo fora de casa, faltando então uma figura de autoridade que se iria revelar tão necessária. Os pais de Amy divorciaram-se quando tinha 10 anos. A partir desta altura, sem a estrutura e apoio familiar que tanto necessitava, Amy alterou drasticamente o seu comportamento, vendo o divórcio dos pais como uma oportunidade para fazer o que quisesse.



Figura 1 - Amy W. em criança

Fonte: <https://www.billboard.com/photos/amy-winehouse-life-legacy-photos/>

Ao chegar à puberdade o comportamento de Amy apenas piorou. No entanto, começou também a demonstrar um talento excepcional e aos 12 anos foi aceite numa das escolas de artes mais prestigiosas de Inglaterra (Sylvia Stage School), onde era admirada pela sua dedicação e extraordinário talento. Terá sido expulsa cerca de um ano e meio depois pela sua incapacidade de se aplicar nos estudos ao contrário da música. Mudou-se para a cidade de Camden, uma cidade famosa por ter muitos artistas, consumos de álcool e drogas, onde começou a atuar em bares locais. Começou também a frequentar a BRIT School.



Figura 2 - Amy W. no secundário

Fonte: <https://queenamywinehouse.tumblr.com/post/182053200741/amy-winehouse-during-her-time-at-sylvia-young>

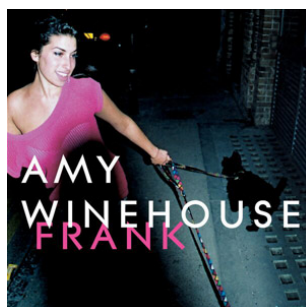


Figura 3 - Primeiro álbum de Amy W., Frank

Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Frank_\(%C3%A1lbum\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Frank_(%C3%A1lbum))

Lançou seu primeiro álbum (Frank) em Outubro de 2003, tendo tido um sucesso tremendo. Nesta altura terá aumentado consideravelmente os seus consumos alcoólicos e já se falava não só do seu carisma mas também da sua presença nervosa em palco (*stage fright*).

O ano de 2004 revelou-se crucial para Amy sendo que foi quando conheceu Blake Fielder Silver, com quem inicia uma relação tumultuosa. Cerca de um e meio depois terminaram o seu relacionamento e Amy terá passado dias a chorar na casa de banho como descreve em “Tears Dry On Their Own”, assim como em 7 das 11 canções do seu novo Álbum, sendo este baseado neste relacionamento e no seu fim, estando também repleto de confissões sobre os seus sentimentos de solidão, abuso de álcool e drogas, as suas infidelidades e sentimentos de abandono.



Figura 3 . Amy com o namorado da altura, Blake Silver

Fonte: <http://hello-celebs.blogspot.com/2011/07/dont-blame-my-son-for-amys-death-blake.html>

Nesta altura terá conseguido parar durante um período o consumo de drogas, tendo ganho 5 Grammys. Uma das músicas deste álbum, “Rehab”, descreve como foi feita uma tentativa de levar Amy para reabilitação no entanto o seu pai e a própria Amy terão desvalorizado a sua condição. O enorme sucesso do seu álbum, levou a uma atenção mediática imensurável em torno de Amy para a qual esta não estava preparada e com grande impacto no desenrolar dos eventos trágicos seguintes.

*"They tried to make me go to Rehab
But I said no, no, no
Yes I've been black but when I come
back
You'll know, know, know
I ain't got the time
And if my daddy thinks I'm fine
Just try to make me go to Rehab
But I won't go, go, go"
Rehab, Amy Winehouse*

O seu cabelo começou a crescer em 2006, quando mudou a sua imagem quase instantaneamente de artista simpática, algo tímida cantora de Jazz para uma diva tatuada com uma grande *beehive* e maquilhagem pesada. A mudança de imagem ocorreu numa altura em que Amy passava por vários eventos marcantes na sua vida, tais como: um álbum de sucesso, breakup com parte da sua equipa e com Blake, morte da sua avó, tendo o seu consumo de álcool e drogas terá aumentado dramaticamente desde esta altura.

*"The more insecure I feel about my looks,
the bigger the hair"
Amy Winehouse*



Figura 4 . Cabelo de Amy W.

Fonte: <https://www.glamour.com/story/in-memory-of-amy-winehouse-the>

Terá retomado o relacionamento com Blake em 2007 tendo os dois casado pouco depois. Tendo sido este o precipitante do agravamento do seu uso de drogas (o seu novo marido introduziu Amy a heroína e crack), e de uma espiral sem fim de auto-agressão, abuso de álcool e drogas e consequente detioração do seu estado físico e mental, sendo que não lhe era imposta qualquer restrição ou limitação por aqueles que a rodeavam. Tendo surgido em numerosos concertos intoxicada e incapaz de cantar.

Alegadamente separou-se novamente de Blake em Agosto de 2008, altura em que terá parado os consumos de drogas como a heroína mas não de bebidas alcoólicas. Os últimos dois anos da vida da Amy foram relativamente calmos, tinha acompanhamento médico e teve múltiplas tentativas de parar de beber que duraram uns dias ou no máximo algumas semanas. Em Julho de 2011, teve uma recaída, e foi encontrada morta na sua casa com uma concentração de álcool bastante elevada no sangue, mais nenhuma substância contribuiu para a sua morte.

*"I have a feeling I am going to
die young"*
Amy Winehouse



Figura 5. Amy W. e Blake Silver W. no dia do seu casamento

Fonte: <https://amywinehousequeen.tumblr.com/post/167125918912/amy-winehouse-and-her-only-husband-blake-on-their>

Discussão

Criatividade e Doença Mental

"Creativity is a mental journey between ideas or concepts that involves either a novel route or a novel destination"
Timothy D. Griffiths

"To raise new questions, new possibilities, to regard old problems from a new angle"
Albert Einstein

A Criatividade é um constructo multifatorial e a neurociência está só a começar desvendar alguns dos componentes cognitivos que envolvem este processo.

A ligação entre criatividade e psicopatologia tem sido largamente debatida nos últimos anos, sendo também um achado já firmemente estabelecido durante o último século. Enquanto que a evidência biográfica de doenças do espectro afetivo tem sido frequentemente reportada, recentemente tem também sido descrita uma relação entre PHDA e traços do espectro do autismo em artistas.

Outra forma de abordar a ligação entre criatividade e doença mental é analisar os traços de personalidade que estão associados a estes dois constructos. Tem já sido largamente descrito que a abertura a novas experiências é o traço mais comum encontrado em indivíduos criativos. Tem vindo a ser também demonstrado que a ligação entre distúrbio bipolar e criatividade está em dois traços de personalidade comuns: impulsividade e abertura a novas experiências, ambos presentes em Amy Winehouse.

Perturbação do Espectro Afetivo

A cantora britânica terá iniciado acompanhamento em consultas de psiquiatria por um quadro clínico caracterizado por sintomatologia depressiva, por volta dos 14 anos, tendo sido medicada com antidepressivos.

De acordo com a cantora ela sofreria de “*depressão maníaca*”, tendo tido um historial de vários episódios depressivos ao longo da sua vida, alguns provavelmente esbatidos pelos seus consumos tóxicos. No entanto, não é possível clarificar se teria de facto sintomas da linha afetiva ou não, também talvez por estar quase constantemente sobre o efeito de tóxicos.

“I do drink a lot. I think its symptomatic of my depression (...) I’m maniac depressive, I’m not an alcoholic, which sounds like an alcoholic in denial”

Amy Winehouse

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

PHDA consiste, segundo a DSM-5, num padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento. De acordo com vários autores muitas características de PHDA, tal como desatenção, hiperatividade, impulsividade, temperamento difícil, fraca capacidade de interação social e subaproveitamento académico, são também encontradas em crianças criativas.

Indivíduos com PHDA muito frequentemente participam em atividades fisicamente perigosas sem considerar as possíveis consequências, tendo sido descrito o mesmo para indivíduos criativos. Crianças com PHDA parecem ter uma mudança rápida e drástica de humor e de exibir um temperamento difícil. Do mesmo modo, indivíduos criativos ser emocionalmente instáveis.

Para além de alta destrutibilidade, as características de uma pessoa com PHDA, incluem um sentimento de inquietude, hiperatividade motora, dificuldade em permanecer sentado durante, por exemplo, reuniões e refeições e dificuldade trabalhar em silêncio. Todas estas características de Amy.

De acordo com vários estudos, traços de PHDA são muito comuns em grandes criadores, sendo que possuem uma forma de pensar menos linear o que permite todas as formas de pensar fluírem para as suas mentes. Pessoas com PHDA têm então formas de pensar bastante diferentes, o que permite a formação de ligações pouco comuns. A ousadia e impulsividade de pessoas com PHDA pode, à medida que a pessoa envelhece, associar-se ao abuso de álcool e drogas, assim como a ações inapropriadas ou mesmo ilegais.

Amy resistiu a diagnósticos e ajuda psiquiátrica, porque “*ela estava aterrorizada de perder os altos e baixos que alimentavam a sua criatividade (...) ela recusava reconhecer as suas fraquezas* (Winehouse, 2014).

Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

De acordo com a DSM-V consiste: “déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos (...) padrões restritivos e repetitivos do comportamento, interesses ou atividades (...)”.

Várias características do espectro do autismo podem exacerbar a criatividade de um indivíduo. Sendo que a habilidade de hiperfocar profundamente num tópico específico, tornando-se desconectados do ambiente por longos períodos de tempo é a principal. Esta capacidade única de concentração pode conduzir a uma capacidade criativa extraordinária. Amy Winehouse tinha bastante dificuldade no aproveitamento escolar pois apesar de absorver toda a informação a educação era demasiado estruturada para ela, faltava-lhe capacidade de concentração para temas que não lhe interessavam, razão pela qual terá sido expulsa da escola de artes Sylvia Young. Era caracterizada por ser bastante *“obstinada e obsessiva”* em relação todos os seus interesses particulares, sendo que lhes prestava um extremo nível de atenção e empenho. Teria vários interesses especiais em que se tornava uma expert, por exemplo um conhecimento enciclopédico de músicas de Jazz e R&B. Tinha também uma memória brilhante, segundo a mãe “quando aprendia um nome ou data não se esquecia”. Assim como, uma necessidade insustentável de estar em controlo de si própria e dos outros à sua volta, e de qualquer situação que se encontrasse. Atenção para um tema superior ao normal e memória de detalhes são característicos do espectro autista.

Por outro lado, indivíduos com traços de autismo não se apercebem, muitas vezes, o que é aceitável ou não verbalizar em contexto social, - Amy era brutalmente honesta, por exemplo muitas vezes durante entrevistas demonstrava o seu descontentamento com outros músicos.

No entanto a honestidade das letras das suas músicas com a sua forma direta e honesta de falar constitui um fundamental contribuidor para o seu brilhante desempenho musical. Amy possivelmente sofreria de ansiedade social. A cantora britânica tinha dificuldade em lidar com grandes grupos sociais, ficava bastante nervosa em conhecer pessoas novas (não tinha relações superficiais mas apenas amizades profundas) e também provocava-lhe um grande desconforto estar em frente a grandes multidões, tudo isto característico do espectro do autismo. Assim, muito do seu comportamento social escondia as dificuldades de comunicação, características deste espectro, o que possivelmente levavam a um esforço cognitivo considerável, e a um maior risco de ansiedade, stress e depressão. Deste modo, a sua rápida evolução para um reconhecimento mundial e interesse mediático eram por ela considerados insuportáveis e tiveram um impacto significativo na sua saúde mental. Tendo ela recorrido a álcool e drogas para lidar com todas estas dificuldades.

No início da sua carreira a tocar guitarra estava sempre a olhar para baixo em vez de interagir com o público. De acordo com a sua mãe a guitarra era o seu escudo. Já foi descrito que artistas com traços autísticos usam instrumentos musicais para se proteger de outras pessoas.

Concluindo, para além de uma inteligência concreta, características adicionais de uma pessoa talentosa com TEA, é a capacidade de ignorar normas sociais e a revolta contra regras externamente impostas. Todas estas características da cantora britânica, sendo que esta descrição é bastante similar à descrição de criatividade.

Facto comprovado por Nancy Andreasen, que realizou uma contribuição significativa em termos do estudo de criatividade, de acordo com esta os traços de personalidade que caracterizam indivíduos criativos, incluem *“openness to experience, adventuremeness, rebelliousness, individualism,... persistence, curiosity, simplicity, ... the ability to see things in a novel way, indifference to social conventions, dislike of externally imposed rules, driven by own set of rules derived from within and a childlike manner”*.

Conclusão

“My greatest fear is probably dying with no one knowing of any contribution I had made to creative music”

Amy Winehouse

Bibliografia

- Beaussart, M. L., White, A. E., Pullaro, A., & Kaufman, J. C. (2014). Reviewing recent empirical findings on creativity and mental illness. In J. C. Kaufman (Ed.), *Creativity and mental illness* (pp. 42–59). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139128902.005>
- Fitzgerald, M. (2015). *The Mind of the Artist. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Autism, Asperger Syndrome and Depression*. New York, NY: Nova Science Publishers.
- Fitzgerald M. (2004). *Autism and Creativity: Is there a link between autism in men and exceptional ability?* New York, NY: Brunner Routledge.
- Winhouse, Janis (2014). *Loving Amy: A Mother's Story*. London, UK: Corgi Books.
- Winhouse, Mitch (2012). *Amy: My Daughter*. London, UK: Harper Collins.
- Simonton, D. K. (2012). Creative genius as a personality phenomenon: Definitions, methods, findings,

ARE WE FAR FROM THE SHALLOW NOW? THE INFLUENCE OF FEMALE POP STARS ON YOUTH MENTAL HEALTH

Hugo Canas-Simião^a; Diogo Carreiras^b

^aMédico interno de psiquiatria, Serviço de psiquiatria de adultos, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; hugo.simiao@gmail.com

^bPsicólogo Clínico, Universidade de Coimbra, Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo Comportamental (CINEICC); Email:diogocarreiras1@gmail.com

Abstract

Young people face several changes as they are growing and developing. Often, celebrities are worshipped and/or seen as models of who they want to become. Additionally, they get a large part of literacy of several domains including mental health through movies, music, and social media. Although artists address mental illness through art, their emotional and personal experiences are often hidden from the public; still, more and more artists disclose their psychoemotional experiences, especially female pop stars. When celebrities unfold about health, they serve three functions: education, inspiration and activism. These aspects highlight the positive impact on the acceptance of diversity and promote self-validation and self-care in youth. Considering the growing female emancipation and influence on society, the authors review the literature and reflect on the positive and negative aspects of the openness about mental health in pop culture, particularly female artists.

Keywords: youth, mental health, female artists, pop culture, female celebrities

Introduction

In a globalized world where pop culture and social media dominate the daily life of people, especially youngsters, it is inevitable to think about their influence on mental health. Moreover, female artists have been gaining space in this context and disclosing their emotional experience with important repercussion on their followers. This encompasses pros and cons, particularly for vulnerable populations, as it is the case of young people. Additionally, in this developmental period occurs the peak of onset of several mental disorders.

This text aimed to (a) examine the role of female artists and their position in social media; (b) review on youth mental health and how young people worship celebrities and see them as role models; and (c) acknowledge the influence of female artists in youth mental health.

Social media and female artists

Nowadays, pop culture and celebrities are responsible for a large bulk of mental health education of the general public, especially younger audiences. It dominates music charts, successful movies and series and the main phone applications (social media). Taking a look at the numbers of two of the main apps: Spotify® is one of the main music streaming platforms; and Instagram® is a famous social media platform of picture sharing. As of early 2021, Spotify®, an app that allows access to a wide range of songs of artists from all around the world, had approximately 121 million users in Europe (total of ~750 million people (Spotify, 2021) with more than 50% having between 18 and 34 years old (Siteefy, 2021). As for Instagram®, from January 2013 to June 2018, the number of users increased

from 90 million to 1 000 million, with a similar age distribution (Statista, 2022). According to a compilation of over 104 000 data from August 2017 to April 2019, males represented nearly 80% of the charts (Hayes, 2019). On the other hand, the same analysis showed that the representation of female artists on the charts is growing rapidly (e.g., over the last 6 months of 2019, the weekly average of female performers achieved a 110% growth) (Hayes, 2019). This appears to be more “significant and stable than the episodic gains that female acts had in the past”. Most recently, Spotify®’s top song and album of 2021 are both from a female artist (Olivia Rodrigo). As for Instagram®, the top 20 of the most followed profiles in 2021 accounted six men (e.g., Cristiano Ronaldo, Dwayne Johnson, Lionel Messi) and 11 women (e.g., Ariana Grande, Kylie Jenner, Selena Gomez). Of these women, seven were pop singers (Zoica, 2021). Altogether, these seven pop singers have over one billion followers, meaning they reach millions of people around the globe with their social media content. But how is this related to mental health? Decades ago, female breakdowns were often considered a failure, mental frailty, hysteria, or a lack of resilience due to a patriarchic society (Martin, 2015; Harper, 2009; Holmes, 2015). However, this seems to be changing. It happens that a great deal of female artists is not only speaking about mental health (for example, Adele, Selena Gomez and Lady Gaga openly talked about their difficulties coping with anxiety) but they are also spoken of when celebrities’ mental illness is discussed in entertainment news and social media (e.g., Britney Spears’ conservatorship and the “free Britney” movement). It seems that female artists have been disclosing their emotional experiences and giving to the public more in-depth content instead of *shallow* pictures of unrealistic lives. This led to growing and sound support from the public and fans (e.g., Demi Lovato, Britney Spears, Simone Biles) (Franssen, 2020; Walker et al., 2021). Therefore, it is imperative to understand how celebrities can influence the general public’s mental health, especially their main audience: young people.

Youth mental health and celebrity worshipping and modelling

Adolescence is a developmental stage of various changes in several domains (biological, physical, psychological, cognitive, behavioral, and social) that have significant implications for adulthood functioning (Nelson et al., 2005). In this period, cognitive capacities (e.g., planning, abstract thinking, reasoning) are developed, youth become more independent of their parents, establish new close relationships with peers and puberty occurs. This is the time when people start exploring and examining their psychological features and traits and learn through modelling others. Besides family members or close people, youth also look up to music stars, athletes, or fictional characters that they see on television or online (Gleason et al., 2017).

The idolization of celebrities is a common element of the youth culture, and idolization-related behaviors are encouraged and rewarded by peers. Adolescents exploring their identities seek models to emulate and media provide a panoply of celebrities to fit any role model for about any identity desired, especially if adolescents do not have consistent models at home (Stever, 2011). While worship refers to admiring and revering an idol, for example by collecting information and objects related to the idol or desiring to meet them in person, modelling refers to the desire to be like an idol, which may involve acting as the idolized figures (e.g., using the same clothes, hairstyle, speech, or other social behavioral patterns) (Raviv et al., 1996).

People who worship celebrities tend to exhibit some characteristics such as body-image concerns (on adolescents from 14 to 16 years), acceptability of cosmetic surgery, sensation-seeking and cognitive rigidity, identity instability, and poor interpersonal boundaries (Sansone & Sansone, 2014). Some studies also suggested that the higher the celebrity worship, the higher some clinical psychiatric symptoms, for example,

dissociation (Maltby et al., 2006), a tendency toward addiction (Sheridan et al., 2007) and compulsive buying (Reeves et al., 2012). Moreover, youth is a particularly vulnerable period for developing psychological problems (Nelson et al., 2005; Wolfe & Mash, 2006) such as depression, anxiety, aggression, conduct problems, irritability, non-suicidal self-injury, substance abuse (Hemphill et al., 2010; Mendle, 2014; Oldehinkel et al., 2004; Patton et al., 2004, 2007) and personality maladaptive features (Cohen et al., 2005). In fact, the peak age of onset of several mental illnesses occurs in adolescence and young adulthood age (Kessler et al., 2005; Solmi et al., 2021). Considering the abovementioned, artists and celebrities, who create a large amount of social media content, have an important influence on youth mental health.

Influence of female pop stars on youth mental health

Despite the bulk of information on mental health offered by (social) media and entertainment, mental illness is frequently portrayed in unrealistic, distorted and stigmatizing ways or it is not even approached (Stuart, 2006). The Annenberg study analyzed 4 598 film characters with mental problems in films and concluded there were not non-heterosexual, transgender, Hispanic or Native American characters (Smith, 2019). The same study quantified that in 1 220 TV characters, 7% had psychiatric illnesses – a rate that is less than half to 18.9% of the population in the United States of America with a mental disorder (Smith, 2019). On the other hand, even if characters with mental disorders are depicted, words like “crazy,” “psycho”, or “freak” are used (Smith, 2019). These aspects might contribute to the mental health-related stigma and to the underrepresentation of human diversity.

One example of how female celebrities have influenced community health behaviors is the socially called “Angelina Jolie effect”. Fifteen days after the major announcement of Angelina Jolie in 2013 encouraging women to consider BRCA1/2 genetic testing and announcing her preventive mastectomy, daily BRCA test rates increased by 64% (Desai & Jena, 2016). Specifically on mental health, Princess Diana openly spoke about her struggle with bulimia in 1993 – a speech that was received with such significant admiration that women seeking for bulimia treatment duplicated (“the Diana effect”) (Hermann, 2019). Other female celebrities wrote about their mental illnesses in books. Carrie Fisher, for instance, shared details about her experience with bipolar disorder, substance use and electroconvulsive therapy in her books. In the music industry, among many open testimonies about mental problems, Demi Lovato mirrored her experience, the ups and downs, on songs like *Sober* and *Dancing with the Devil*. Also, Britney Spears was admitted to a psychiatric ward and later entered a conservatorship due to mental illness in 2008; yet, several albums were recorded, several shows were performed, and in 2021 the conservatorship ended. Lady Gaga raised the Born This Way Foundation in 2011 to promote wellbeing and empowerment in youngsters.

Having in mind the role of pop culture and how female celebrities are progressively contributing to mental health awareness, we believe their influence can be performed through education, inspiration, and activism (Beck et al., 2014). By education, celebrities speak openly about mental illness, symptoms, and treatment, giving important information to the public, and increasing knowledge on the subject. By inspiration, they share stories of overcoming mental illness, showing resilience and motivation, being an example of recovery for people who are struggling with similar problems. Finally, by activism, celebrities can directly intervene and invest in mental health awareness and fight stigma, for example through campaigns, donations, or collaboration with non-profit organizations. Altogether, celebrities can make knowledge about mental health more tangible and interesting and help people to be more aware and emotionally connected to people with mental disorders. They can also normalize certain thoughts, feelings and

behaviors reducing stigma associated particularly to minority groups and, finally, easily translate from professional to public education (Calhoun & Gold, 2020).

Although their impact may reduce stigma and bring awareness to mental health, a “romanticization” of mental disorders (in a sense that they are seen as something to be proud of or heroic) may distort the intention and cause harm. Therefore, a collaboration between mental health professionals and the media, artists and celebrities might be decisive, given the evolving scenario of information consumption (Calhoun et al., 2020). Providing evidenced-based psychoeducation and reliable information to media and celebrities, as well as to foundations and non-governmental organizations, could result in inspirational and fruitful mental health content accessible to young people and general population. Having this in mind, education (and support) about mental health to male celebrities could represent a turning table on this topic. An example of this is António Raminhos, a famous Portuguese comedian that collaborated on several projects about mental health and openly spoke about his experience with obsessions, compulsions, and anxiety. Additionally, patients might bring celebrities’ narratives to their psychiatric and psychological interventions, to help them to feel less ashamed and deal with their emotional experience. On the other hand, clinicians should use these narratives when brought into session to inform the patient, improve the therapeutic relationship, and also inspire them to overcome difficulties.

Conclusion

The impact of female celebrities on the general public’s education about mental health is undeniable. Using social media seems an obvious option to engage young people with their health. However, connections between mental health professionals and social media/celebrities are often loose, absent, or *shallow*. Additionally, there are a miscellaneous of online platforms, a low use of healthcare services by young people and education/sensibilization programs for mental health are often unattractive. Therefore, developing evidence-based frameworks to better engage youngsters with their mental health through social media is imperative (Wong et al., 2014). Music and pop culture are part of the youth's daily life, so why do not use them to promote their own health?

References

- Beck, C. S., Aubuchon, S. M., McKenna, T. P., Ruhl, S. & Simmons, N. (2014) Blurring Personal Health and Public Priorities: An Analysis of Celebrity Health Narratives in the Public Sphere, *Health Communication*, 29(3), 244-256. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.741668>
- Calhoun, A. J., & Gold, J. A. (2020). "I Feel Like I Know Them": the Positive Effect of Celebrity Self-disclosure of Mental Illness. *Academic psychiatry: The journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 44(2), 237–241. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01200-5>
- Calhoun, A. J., & Gold, J. A. (2020). “I Feel Like I Know Them”: The Positive Effect of Celebrity Self-disclosure of Mental Illness. *Academic Psychiatry*, 44(2), 237–241. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01200-5>
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 466–486. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Desai, S., & Jena, A. B. (2016) Do celebrity endorsements matter? Observational study of BRCA gene testing and mastectomy rates after Angelina Jolie’s New York Times editorial, *BMJ*, 355. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6357>

- Gleason, T. R., Theran, S. A., & Newberg, E. M. (2017). Parasocial Interactions and Relationships in Early Adolescence. *Frontiers in psychology*, 8, 255. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00255>
- Gleason, T. R., Theran, S. A., & Newberg, E. M. (2017). Parasocial Interactions and Relationships in Early Adolescence. *Frontiers in psychology*, 8, 255. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00255>
- Harper, S. (2009) *Madness, Power and the Media: Class, Gender and Race in Popular Representations of Mental Distress*. Palgrave Macmillan.
- Hayes, J. (2019). *The Gender Play Gap Breaking down men's & women's performance on music charts*. <https://blog.chartmetric.com/the-gender-play-gap/>
- Hemphill, S. A., Smith, R., Toumbourou, J. W., Herrenkohl, T. I., Catalano, R. F., McMorris, B. J. & Romanuik, H. (2009). Modifiable determinants of youth violence in Australia and the United States: A longitudinal study. *Australian & New Zealand Journal of Criminology* 42(3): 289–309
- Hermann, A. M. (2017, October) The “Diana Effect” – how Princess Diana helped many seek help for bulimia. *HD Today E-News: Insights from Human Development's Research & Outreach*. <https://hdtoday.human.cornell.edu/2017/10/23/the-diana-effect-how-princess-diana-helped-many-seek-help-for-bulimia/>
- Hlebowitsh, N. (2021). Spotify Statistics & Facts – A Quick Snapshot. *Siteefy*. <https://siteefy.com/spotify-statistics/>
- Holmes, S (2015) ‘Little Lena’s a big girl now’: Lena Zavaroni and the anorexic star. *Feminist Media Studies*, 15(5), 813–828. <https://doi.org/10.1080/14680777.2014.995117>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*. 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Maltby, J., Day, L., McCutcheon, L. E., Houran, J., & Ashe, D. (2006). Extreme celebrity worship, fantasy proneness and dissociation: developing the measurement and understanding of celebrity worship within a clinical personality context. *Personality and Individual Differences*. 40(2), 273–283. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.07.004>
- Martin, N. K. (2015) ‘Does this film make me look fat?’ Celebrity, gender and I’m still here. In: Bell-Mettereau, R, Glenn, C (eds) *Star Bodies and the Erotics of Suffering*. Wayne State University Press, pp. 29–54.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163–174. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003915>
- Oldehinkel, A. J., Hartman, C. A., Winter, A. F. D., Veenstra, R., & Ormel, J. (2004). Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 16(2), 421-440. <https://doi.org/10.1017/S0954579404044591>
- Patton, G. C., Coffey, C., Lynskey, M. T., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J. B., & Hall, W. (2007). Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*. 102(4), 607-15. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01728.x>.
- Patton, G. C., McMorris, B. J., Toumbourou, J. W., Hemphill, S. A., Donath, S., & Catalano, R. F. (2004). Puberty and the onset of substance use and abuse. *Pediatrics*. 114(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0626-F>.
- Raviv, A., Bar-Tal, D., Raviv, A., & Ben-Horin, A. (1996). Adolescent idolization of pop singers: Causes, expressions, and reliance. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 631–650. <https://doi.org/10.1007/BF01537358>

- Reeves, R.A., Baker, G. A., & Truluck, C. S. (2012). Celebrity worship, materialism, compulsive buying, and the empty self. *Psychology & Marketing*, 29, 674–679. <https://doi.org/10.1002/mar.20553>
- Spotify. (2021, December). What the World Streamed Most in 2021? *Spotify*. <https://newsroom.spotify.com/2021-12-01/what-the-world-streamed-most-in-2021/>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2014). "I'm Your Number One Fan"- A Clinical Look at Celebrity Worship. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(1-2), 39–43.
- Sheridan, L., North, A., Maltby, J., & Gillett, R. (2007). Celebrity worship, addiction and criminality. *Psychology Crime and Law Crime & Law*, 13(6), 559–571. <https://doi.org/10.1080/10683160601160653>
- Smith, S. L., Choueiti, M., Choi, A., Pieper, K., & Moutier, C. (2019, May). Mental health conditions in film & TV: Portrayals that dehumanize and trivialize characters. *USC Annenberg Inclusion Initiative, American Foundation for Suicide Prevention, and The David and Lucile Packard Foundation*. http://assets.uscannenberg.org/docs/aii-study-mental-healthmedia_052019.pdf
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Statista (2022, January). Number of monthly active Instagram users from January 2013 to June 2018 (in millions). *Statista Research Department*. <https://www.statista.com/statistics/253577/number-of-monthly-active-instagram-users/>
- Stever, G. S. (2011). Fan behavior and lifespan development theory: Explaining parasocial and social attachment to celebrities. *Journal of Adult Development*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10804-010-9100-0>
- Stuart, H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*, 20(2), 99–106. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
- Walker, I., Brierley, E., Patel, T., Jaffer, R., Rajpara, M., Heslop, C., & Patel, R. (2021) Mental health among elite sportspeople: Lessons for medical education. *Medical Teacher*. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1994134>
- Wolfe, D. A., & Mash, E. J. (2006). *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Publications.
- Wong, C. A., Merchant, R. M., & Moreno, M. A. (2014). Using social media to engage adolescents and young adults with their health. *Healthcare*, 2(4), 220–224. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.10.005>
- Zoica, C. (2021, July). Top 20 Most Followed Instagram Accounts of 2021. *Hot in social media*. <https://hotinsocialmedia.com/most-followed-instagram-accounts/>

Belle Époque: a Psiquiatria e a Mulher

Marta Ribeiro^{*1}; Ana Lourenço^{*1}; Teresa Reynolds de Sousa^{*1};
Joana Romão^{*1}; João Pedro Lourenço⁺¹

* Médico interno de Psiquiatria | + Assistente hospitalar de Psiquiatria

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Emails: marta.l.ribeiro@chln.min-saude.pt; lourenco.act@gmail.com;
teresareynoldsdesousa@gmail.com; joanapereiraromao@gmail.com;
jpmlourenco@gmail.com

Resumo

A *Belle Époque* é um período da história da Europa (1871-1914) caracterizado pela expansão e progresso tecnológico, científico, cultural e social. Movimentos de artes plásticas, como o impressionismo, o expressionismo e o cubismo vieram modular o comportamento e sentidos humanos. A transformação do espírito da Europa permitiu o desenvolvimento de ciências como a psicanálise, pela mão de Sigmund Freud (1896). Paralelamente, assistiu-se, em França, à entrada das primeiras mulheres na carreira médica (1868) e na Psiquiatria (1903), rompendo com a visão conservadora de que a mulher, de forma quase natural e inevitável, deveria estar confinada à esfera doméstica e familiar. Salienta-se o contributo incomensurável de Madeleine Pelletier (1874 – 1939) e Constance Pascal (1877 – 1937), ambas médicas internas de Psiquiatria no asilo de *Villejuif*, para a evolução dos cuidados de saúde mental e desenvolvimento do movimento feminista francês do século XX.

Palavras-chave: *belle époque*; *Pelletier*; Pascal; psiquiatria

Abstract

The *Belle Époque* is a period of European history (1871-1914) defined by technological, scientific, cultural, and social expansion and progress. Plastic arts movements such as Impressionism, Expressionism, and Cubism influenced human behaviour and senses. The transformation of the European spirit allowed the development of sciences such as psychoanalysis by Sigmund Freud (1896). At the same time, France witnessed the first women enter the medical field (1868) and psychiatry (1903), breaking with the traditional view that women should naturally and inevitably be housekeepers and constrained to the family sphere. Should be highlighted the enormous contribution of Madeleine Pelletier (1874-1939) and Constance Pascal (1877-1937), both intern doctors in Psychiatry at the *Villejuif* asylum, to the evolution of mental health care and the development of the French feminist movement in the 20th century.

Introdução

A *Belle Époque* foi um período da história da Europa Ocidental, convencionalmente datado do final da Guerra Franco-Prussiana (19 de julho de 1870 — 10 de maio de 1871) que opôs o Império Francês ao Reino da Prússia, até à eclosão da Primeira Guerra Mundial, em 1914. Foi um hiato temporal marcante em várias capitais europeias, nomeadamente Paris e Viena, que se tornaram mecas e atraíram multidões de diferentes partes do globo. Pretendemos neste artigo descrever os principais marcos deste tempo, nos diferentes domínios da sociedade, centrando a nossa atenção na visão contemporânea do papel da mulher e naquele que foi o contributo de Madeleine Pelletier e Constance Pascal para a

evolução dos cuidados de saúde mental e desenvolvimento do movimento feminista francês do século XX.

Discussão

O *Zeitgeist*, ou mote deste período, *fluctuat, nec mergitur* - sacudido pelas ondas, [o barco] não se afunda - traduz aquilo que foi a representatividade de uma época caracterizada pela expansão e progresso tecnológico, científico, cultural - com uma plethora de teatros e salas de espetáculo a serem edificadas - e social - em Paris o cabaré *Moulin Rouge* e o *Folies Bergère* eram paragens obrigatórias no roteiro noturno dos elementos mais influentes da sociedade burguesa boémia da altura. Por muitos também apelidada de *The Golden Age*, uma era de euforia, prosperidade, abundância (cultural e financeira) e estabilidade política, coroada pela Exposição Universal, em 1900, que assinalou a transformação do espírito da Europa. Foi também neste período que se deu a introdução do conceito da neurastenia, uma patologia do sistema nervoso, que afetava maioritariamente a elite social e que era encarada como um *stress* psicológico à mudança ou modernidade dos novos tempos que então afluíam. Sintomatologia semelhante em classes sociais mais pobres era atribuída ao inevitável esforço laboral. É ainda durante a *Belle Époque* que se começam a abordar temáticas como a poluição, o excesso populacional e as armas químicas, que faziam adivinhar um período negro da história da Europa. A nostalgia pelo período da *Belle Époque* assenta maioritariamente na paz e prosperidade a este relacionado, comparativamente às dificuldades do século XX, com o eclodir de duas guerras devastadoras.

Arte

O êxtase da *Belle Époque* transpareceu para as correntes artísticas da época. O movimento de *Art Nouveau*, caracterizada pela exuberância e intensidade decorativa, com formas ondulantes, contornos sinuosos, decoração elaborada, exótica e elegante, utilizando materiais de inspiração industrial que favoreciam uma rutura radical com formas clássicas, é um desses exemplos. Foi sem dúvida uma era dourada para a arte, com a ascensão do Impressionismo, recebido no período prévio à *Belle Époque* com marcado ceticismo e do Expressionismo, um movimento que surge como reação ao positivismo ligado ao impressionismo e naturalismo, propondo uma arte pessoal e intuitiva, onde predomina a visão interior do artista — "expressão" — em oposição à mera observação da realidade — "impressão". Salientam-se os trabalhos de Gauguin, Monet, Matisse, Derain e Rousseau.

Literatura

A literatura europeia sofreu uma imensa transformação durante a *Belle Époque*, verificando-se uma rutura com a visão *naïve* do romanticismo, alcançando o realismo literário, o naturalismo e o modernismo uma nova dimensão. Importa aqui ressaltar o papel de Guy de Maupassant, Émile Zola e Charles Baudelaire, do qual abaixo se transcreve um poema.

Parfum exotique

*Quand, les deux yeux fermés, en un soir chaud d'automne,
Je respire l'odeur de ton sein chaleureux,
Je vois se dérouler des rivages heureux
Qu'éblouissent les feux d'un soleil monotone;
Une île paresseuse où la nature donne
Des arbres singuliers et des fruits savoureux;
Des hommes dont le corps est mince et vigoureux,*

*Et des femmes dont l'oeil par sa franchise étonne.
Guidé par ton odeur vers de charmants climats,
Je vois un port rempli de voiles et de mâts
Encor tout fatigués par la vague marine,
Pendant que le parfum des verts tamariniers,
Qui circule dans l'air et m'enfle la narine,
Se mêle dans mon âme au chant des mariniers.*

Sociedade

Também neste período se assistiu a importantes mudanças sociais. Em França as mulheres não tiveram direito de sufrágio até 1945. Contudo, o país não pode deixar de ser considerado como um dos pioneiros na luta pela igualdade entre géneros, principalmente no que à educação diz respeito. Assistiu-se, no período *da Belle Époque*, em França, à entrada das primeiras mulheres na carreira médica, rompendo com a visão conservadora, da Terceira República, de que a mulher, de forma quase natural e inevitável, deveria estar confinada à esfera doméstica e familiar. Em 1868, Mme Brès foi a primeira mulher a iniciar uma licenciatura em Medicina. Num artigo de 1905, da revista *La Vie Heureuse - Femmes Internes, Hôpitaux et Asiles*, que descrevia a vivência da mulher na carreira médica, pode ler-se:

“They do not care for publicity.... science in no way harms their family life, which is in fact enhanced...women to succeed in a male world, apart from intelligence, all that was required was a lady-like presence.”

Desta forma percebemos que a visão conservadora e condescendente do papel da mulher fora da esfera doméstica estava ainda bastante enraizada, apesar da imagem progressista que se instalava paulatinamente. Na altura das 8 mulheres a exercer Medicina, 6 frequentavam a especialidade de Medicina Interna e 2 a especialidade de Psiquiatria - **Madeleine Pelletier (1874-1939)** e **Constance Pascal (1877-1937)**, dois nomes incontornáveis da história da medicina e da luta pelos direitos da mulher, que abaixo apresentamos.

“Both could be labelled ‘new women’, though not in the fashionable sense... Women in medicine and psychiatry became acceptable in French life...these two ambitious women, contemporaries, illustrate diametrically differing approaches to advancing the cause of women.”

Madeleine Pelletier nasceu em Paris, no seio de uma família de classe económica baixa, conquistando independência económica através de bolsas de estudos e pequenos empregos, que lhe permitiram, por fim, o acesso à carreira médica. Solteira, sem filhos. Do seu percurso académico salienta-se uma curta passagem pela Antropologia, iniciando, em 1898, a sua formação em Medicina. Em 1903, foi a primeira mulher a iniciar o internato da especialidade de Psiquiatria, no asilo de *Villejuif*, sendo a própria responsável pela campanha feminista, apoiada pelo jornal *La Fronde*, que permitiu o acesso das primeiras mulheres ao internato da especialidade. Uma das temáticas mais investigadas por **Pelletier** ao longo do seu internato foi correlação entre a forma como os doentes descrevem a sua sintomatologia hipocondríaca à luz das crenças e saberes da época que experienciam, inferindo que as atribuições feitas variam consoante a conjuntura cultural. Nunca concluiu o internato, sendo um dos motivos para o fracasso a hostilidade manifestada pelos seus pares - *“At the asylum, the male interns warred with me constantly, so I only*

came for my morning shift. It wasn't possible to work at [experimental] psychology there. the other interns warred with me constantly'.

Dedicou maior parte da sua prática clínica a ser médica de clínica geral de classes sociais onde imperava a pobreza e o consumo de substâncias tóxicas, o que lhe permitiu ter uma visão real da sociedade da altura. Politicamente ativa, movimentou-se nos círculos socialistas e comunistas da época, sendo uma das pioneiras do movimento feminista europeu, e das mais significantes pensadoras feministas antes de Simone de Beauvoir - *"I have always been a feminist, at least since I was old enough to understand"*.

Adotou um estilo de vestir, à data considerado demasiado masculino: cabelo curto e uso diário de fato, com gravata. Argumentava contra o vestuário feminino da época, contra a ideologia dominante e redutora da mulher como doméstica, defendia o sufrágio feminino, o uso de métodos contraceptivos e o aborto, argumentando que só famílias mais pequenas, poderiam garantir à mulher autonomia e capacidade para competir no acesso ao mercado de trabalho. Publicou o manifesto feminista *La désagrégation de la famille* e criou o seu próprio jornal, *La Suffragiste*. Em 1939 foi presa na sequência de auxílio à prática de aborto, em vítima de violação, falecendo no asilo de *Perray Vacluse*, onde cumpria pena.

"a poor woman, who wants to succeed solely on her own merits would, even today, find insurmountable obstacles, the assumed psycho-physiological inferiority of women ...a woman of great merit has everyone and everything against her... Men loathe her with that racial hatred that Americans show for the black man who dares to wear a white collar; as for the women, they detest her because she is liberated from the servitude under which they all cower. If a woman of merit has money, she can still hope that she will be allowed a little success... But a poor woman who wishes to succeed by her own merit alone will find ranged against her, still today, unconquerable obstacles. How can one imagine in these conditions that genius, being already so rare among men, should manifest itself in a woman? Genius is not that 'grace' of the Jansenists: inventions do not spring fully fledged from the brain. If Newton was the discoverer of gravity, that is because he was an astronomer. If Claude Bernard discovered the function of the liver, it is because he was a physiologist. If Napoleon had been an entomologist instead of a general, he would never have conquered Europe"

Falemos agora de **Constance Pascal**, uma figura menos conhecida, mas de papel inquestionável na história da Medicina e da Psiquiatria. Nasceu em Bucareste, na Roménia, em 1877, no seio de uma família de classe económica alta. Em 1897, à semelhança de muitas mulheres do leste da Europa, emigrou para França, onde iniciou o curso de Medicina na Universidade de Paris.

"What are parents' duties towards their daughters? Why do they allow them to study no further than primary school? They are fattened up until their marriage, without being reproached for the food they eat. They are dressed like dolls to go to balls and hunt husbands... They are married off... their parents are happy to give their daughters their money. My great fault was to have wanted to study. In my unenlightened family, my education has been considered a useless and costly ornament."

Em 1903, iniciou o internato de Psiquiatria em *Ville Evvard*, beneficiando da campanha feminista de **Pelletier**, que permitiu o acesso das primeiras mulheres ao internato da especialidade. Nunca se envolveu diretamente em lutas políticas ou sociais, o que não invalida o saber visceral que tinha acerca do estatuto inferior da mulher na sociedade da época. Em 1908, foi a primeira mulher a concluir o internato de Psiquiatria em França e daí em diante podemos contemplar uma carreira pautada por inúmeros sucessos. Com uma atividade científica intensa, realizou múltiplos estudos acerca da

eletroconvulsivoterapia e *dementia praecox*, publicando a sua monografia, em 1911, *La Démence Précoce*. Terminou a sua vida profissional como *médecin-chef* de Psiquiatria, em *Maison Blanche*, onde inaugurou a primeira escola dentro de um asilo hospitalar e a primeira unidade de dia.

Com uma educação acima da média no domínio das artes, ciências e humanidades, um sentido de humor sublime e uma consciência política de esquerda definia-se como: “*a feminist ‘through action, not by public agitation...At Moisselles, where I was a director, I had men working under my orders. I never had a problem with maintaining authority’*”

Foi através do seu cargo que lutou pelos direitos das mulheres, promovendo uma educação e formação de excelência a todas as profissionais de saúde, lutando pela igualdade salarial. Como se pode ler, por todos o seu trabalho era reconhecido e valorizado.

“Mlle Pascal is young and beautiful and when she passes through the wards, gloved and her hair beautifully arranged, with an authoritative gesture and look, the most agitated patient pulls himself together for a moment in her presence and asserts his weak powers of inhibition remaining to him, to restrain his furies and his foul language. All these unfortunates felt in some sense that underlying the doctor’s medical wisdom was a woman’s pity and, without always understanding, thanked her for her goodness. One of them, an epileptic said to me: ‘Ah, if she were not here, what would become of us?’ Mlle Pascal has forbidden punishments and has abolished strait-jackets.”

Da sua vida privada pouco se soube, uma vez que para alcançar as funções que executou, de acordo com as normas da Terceira República, deveria apresentar uma conduta moral irrepreensível. Fazia um esforço ativo e rigoroso para separar a sua vida pública, da pessoal, o que se constituiu como uma inevitável fonte de *stress*, mas também de criatividade, que transpôs para todos os seus trabalhos.

Encerrava em si uma quantidade de papéis sintomáticos dos constrangimentos sociais da época: como imigrante romena, numa França ainda maioritariamente xenófoba; como mulher, com intensa atividade laboral; como psiquiatra e investigadora em saúde mental e como mãe solteira, com 1 filha “adotada”, Jeanne, fruto de uma relação extraconjugal entre Constance e o General Justin Mangin. Nunca se soube da sua gravidez uma vez que requisitou uma licença por motivos de saúde, internando-se posteriormente numa unidade hospitalar até ao nascimento da bebé. Registou a menina como filha de pais incógnitos, regressando um mês após o parto ao trabalho e adotando Jeanne alguns meses depois. Faleceu em Neuilly-sur-Marne a 21 de Dezembro de 1937, após uma longa luta contra um cancro da mama.

Conclusões

Estas duas mulheres, com carreiras contrastantes, representam dois exemplos de excecionais e dedicadas profissionais que foram obrigadas a lutar contra as restrições sociais da época, para poder vingar nas suas carreiras. São histórias como as de **Pascal e Pelletier**, que tornaram possível que hoje estivéssemos perante uma sociedade mais igual e que nos motivam diariamente a lutar pelos nossos objetivos e por aquelas que ainda hoje, em pleno século XXI, se vêm ostracizadas e impedidas de ter um papel ativo na sociedade dos seus países.

Bibliografia

Allen, J. S. (2003) Sisters of another sort: Freemason women in modern France 1725–1840. *Journal of Modern History*, 75 (4), 783–835.

- Gordon, F. (1992) Les femmes et l'ambition: Madeleine Pelletier et la signification d'une autobiographie féministe. In C. Bard (ed.), *Madeleine Pelletier (1874–1939): Logique et infortunes d'un combat pour l'égalité* (Paris: Côté-femmes), 27–34.
- Gordon, F. (2006). French psychiatry and the new woman: The case of Dr Constance Pascal, 1877-1937. In *History of Psychiatry* (Vol. 17, Issue 2, pp. 159–182). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0957154X06056601>, 20.01.2022.
- Gordon, F. (2008). Convergence and conflict: Anthropology, psychiatry and feminism in the early writings of Madeleine Pelletier (1874-1939). *History of Psychiatry*, 19(2), 141–162. <https://doi.org/10.1177/0957154X07082616>, 20.01.2022.
- Gordon, F. (2011). Women in French medicine and psychiatry in the belle époque: A feminist cause? In *Maturitas* (Vol. 68, Issue 3, pp. 268–271). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.09.007>, 20.01.2022.
- Moch, L. P. (1981). Marriage, Migration, and Urban Demographic Structure: a Case From France in the Belle Epoque. *Journal of Family History*, 6(1). <https://doi.org/10.1177/036319908100600109>, 20.01.2022.

CAMILLE CLAUDEL: UMA MULHER-PRODÍGIO ESQUECIDA E OFUSCADA

Sara Gomes Rodrigues^{1*}; Daniela Oliveira Martins^{2**};
Mafalda Corvacho^{3**}; Sara Araújo^{1*}; Vânia Martins Miranda^{1***}

¹Centro Hospitalar e Universitário do Porto; ²Hospital de Magalhães Lemos;

³Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

*Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência;

** Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria;

*** Médica Assistente Graduada em Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Emails: sararodrigues.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt;

danielaoliveiramartins@hmlemos-min-saude.pt; mnpereira@chalgave.min-saude.pt

saragaraujo.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt;

vaniamartins.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Resumo

Nascida em França em 1864, Camille Claudel protagoniza uma das maiores controvérsias da história da arte. Considerada a primeira mulher com destaque na escultura, Camille ousou aventurar-se numa área então imperada por homens. Conforme ditado pela época, o interdito da entrada de mulheres em escolas de Belas-Artes impeliu o seu ingresso em formação particular. Assim conheceu aquele que viria a ser seu mentor e amante, Auguste Rodin – dando início à turbulenta trajetória de uma jovem artista ofuscada pelo mentor. O trabalho de ambos funde-se durante quinze anos de relacionamento, conturbados por múltiplas relações extraconjugais. Volvidos anos brilhantes sob a sombra do mestre rejeitante, Camille é abandonada à miséria e internada num asilo psiquiátrico em 1913. Durante o seu polémico internamento, Camille reiterava o roubo sistemático de obras e ideias por Rodin, hoje elevado a vulto artístico - uma mulher-prodígio esquecida na sua doença e ofuscada por uma sociedade machista.

Palavras-chave: mulher; arte, escultura; psiquiatria, sociedade

Abstract

Born in France in 1864, Camille Claudel is involved in one of the greatest controversies in the history of art. Known as the first woman to stand out in the art of sculpture, Camille dared to venture into a world then ruled by men. As dictated by contemporary society, the ban of females in Fine Arts led her to private education, where she who would meet her mentor and lover, Auguste Rodin – and embark on a turbulent journey. The work of both artists merges during the course of their troubled eight-year-relationship. In 1913, Camille sees herself condemned to misery and admitted to a psychiatric asylum. During her controversial hospital admission, Camille claimed her artwork had been appropriated by Rodin, who would become one of the greatest sculptors to live. It is the story of a female prodigy forgotten in her illness and overshadowed by a sexist society.

Introdução

Na segunda metade do século XIX, o panorama da cultura da Europa vive um período de expansão exponencial, assente na riqueza da cena artística francesa. É no âmbito deste ambiente elitista e profundamente masculino que surge Camille Claudel, jovem artista que adquire visibilidade no domínio da escultura com o seu repertório excecional. Nos finais do século XIX, Camille desenvolve a sua obra sob mentoria de Auguste Rodin, com quem

viria a protagonizar um dos mais conturbados relacionamentos da História da Arte – e que determina, inevitavelmente, a trágica trajetória de Claudel.

Discussão

Camille Athanaïse Cécile Cerveaux Prosper nasce a 8 de dezembro de 1864 em Fère-en-Tardenois, plena zona rural no nordeste francês. Segunda filha de Louis-Prosper Claudel, funcionário bancário, e Louise-Athenaise Cerveaux Claudel, dona-de-casa descendente de burgueses e clérigos, Camille nasce pouco após a morte prematura do irmão mais velho. Embora alterne entre vilas suburbanas francesas durante a sua infância, a par dos negócios nómadas do pai, Camille passa os verões nos campos solarengos de Villeneuve-sur-Fère, na região de Champagne, com os irmãos Paul e Louise. É do contacto estreito com a natureza que brota, durante a infância, um enorme fascínio pelas texturas do solo e particularidades das rochas. Efetivamente, Camille dedica-se desde cedo a trabalhos manuais com barro, produzindo não só elaboradas representações da natureza, como ossos e esqueletos, como bustos dos elementos da família.

Tão precocemente como surge, a veia artística de Camille logo conhece o antagonismo na mãe. Louise repreende-a desde sempre nas suas aventuras criativas, reiterando que tais aspirações nada mais seriam que impróprias de uma senhora digna – um verdadeiro capricho e esgar de rebeldia que maldiziam o nome da família. O próprio ingresso na Escola de Belas-Artes de Paris era, à época, interdito às estudantes do género feminino, acalentando o carácter proibitivo da vocação de Claudel. A irmã mais nova Louise seria, como tal, a predileta da mãe, com a postura clássica e politicamente correta.

Não obstante, o talento precoce de Camille deslumbra o pai - que a incentiva a investir nas suas capacidades e a dar continuidade à produção artística. Eventualmente, Camille colhe frutos desta aliança: recentemente instalados na cidade suburbana de Nogent-Sur-Seine, Louis-Prosper aproveita a proximidade da família ao vizinho Alfred Boucher, escultor de renome da época, e decide apresentar peças elaboradas pela filha. Boucher mostra-se agradavelmente surpreendido pela qualidade do trabalho da adolescente e conduz as peças à apreciação de um outro vulto da escultura do século XIX, Paul Dubois. Com o aval dos dois artistas, Camille é convidada a prosseguir os estudos em Paris, na Academia Colarossi, em 1881 – uma das raras escolas de arte que permitia o ingresso de estudantes do sexo feminino.

Sob alçada do novo mentor, Boucher, Camille muda-se então para a capital francesa, na companhia da mãe e dos irmãos mais novos. Deixa para trás o pai, que se mantém em Nogent-sur-Seine, no âmbito da sua atividade laboral. Com apenas 18 anos, aluga um estúdio com três outras escultoras de origem britânica, bebendo assim das novas correntes europeias. Uma destas escultoras, Jessie Lipscomb, haveria de se tornar sua amiga de longa data. Mantém também aulas privadas semanais com Boucher, que orienta as alunas na sua produção artística.

Em 1883, porém, aproximar-se-ia a reviravolta da vida de Camille: Boucher decide mudar-se para Florença. Como tal, pede ajuda a Auguste Rodin na orientação dos seus pupilos. Aos quarenta e três anos de idade, contrastantes com os tenros dezanove de Claudel, Auguste Rodin era um artista parisiense profundamente respeitado pelos pares. Embora solicitado pela alta sociedade francesa, ainda se encontrava aquém do estatuto de vulto que haveria de assumir. Apesar da formação francamente clássica, destacava-se pelo movimento moderno que incutia na sua obra – fraturante face à estética neoclássica apreciada à época. Tinha também uma companheira desde há dezanove anos, Rose Beuret, costureira francesa com a qual partilhava o filho adolescente Auguste.

Cedo Camille se torna a musa inspiradora de Rodin. O seu carisma e genialidade precoce cativam-no; o olhar azul e feições delicadas prendem-no. Os encontros entre os dois tornam-se cada vez mais frequentes. Insidiosamente, a inspiração dá lugar à paixão vivida

em secretismo e assim nasce um conturbado relacionamento extraconjugal – longo, intenso e muito controverso.

Neste envolvimento crescente, também as ideias de Camille e Rodin se fundem à medida que a distância entre ambos se estreita. Durante o período em que a sua paixão arrebatadora perdura, Rodin vive uma ascensão importante no mundo da arte, com financiamentos de maior magnitude. Camille torna-se na assistente mais entusiástica do seu mentor e amante, particularmente na execução da sua magnânima obra *Portões do Inferno* (iniciada em 1880 e concluída em 1917). Também para a célebre obra *Os Burgueses de Calais* (1889) Camille terá contribuído de forma importante, especialmente na escultura das faces e pés das figuras representadas.

As obras que coincidem com este período enquadram-se na fase de maior criatividade de ambos, surgindo num registo quase sinérgico. Na ilustre obra *O Beijo* (1888-1889), Rodin esculpe em mármore a paixão que vive com Camille; no *ex-libris A Valsa* (1892), Camille espelha em bailarinos os sonhos embalados nos braços de Rodin e o constante jogo de equilíbrio exigido pela instabilidade de uma relação extraconjugal.

Tão notória como a inspiração mútua, também a rivalidade inerente à dinâmica do duo decorria das suas criações. Pensa-se que a destreza da jovem Camille era, por vezes, sentida como ameaçadora por Rodin. O mestre produz o primeiro busto de Camille em 1884, ano em que lhe promete casamento (que jamais haveria de acontecer). Haveria de produzir várias representações da amada, como atestam as peças *Camille Claudel com cabelo curto* (1884) e *A máscara de Camille Claudel* (1895). Enquanto Camille esculpia feições fortes e assertivas no busto de Rodin, muitos apontam que Camille era representada à luz da fragilidade que lhe era acometida pela dominância masculina. Por outro lado, as amarras ditadas pela sociedade francesa do século XIX remetem as ideias da escultora para a sombra de Rodin. Tal como Louise Claudel repetia durante a sua infância, as ousadias femininas no mundo da arte – especialmente as que envolviam as temáticas do amor, da sexualidade e da liberdade – eram vistas como indecorosas (no mínimo). Assim, o imaginário de Camille surgia, muitas vezes, vestido sob a capa protetora do trabalho de Rodin. Não espanta, portanto, que tal ambiguidade suscite confusão *a posteriori* na distinção da autoria de certas peças.

Durante quinze anos, Camille e Rodin são verdadeiramente inseparáveis. Múltiplas cartas de amor trocadas entre ambos atestam a intensidade do relacionamento. Em 1886, Rodin viaja para o Reino Unido, onde Camille visitava a amiga britânica Lipscomb, assinando até um excêntrico contrato dirigido a Camille em como sempre lhe seria fiel. Contudo, a sombra de Rose Beuret e a fama de mulherengo acompanham Rodin. Apesar de nunca terem casado, Rose era conhecida como Madame Rodin e comportava-se como tal, vivendo com o filho de ambos na casa de Rodin. A não-exclusividade da relação torna-se num verdadeiro fantasma que atormenta Camille. À medida que a relação adensa, esta procura dissolver o triângulo amoroso – em vão. As múltiplas traições de Rodin e um abortamento espontâneo em 1892 apenas contribuem para a saturação irreversível da relação, que culmina quando Rose Beuret visita o atelier de Camille e o confronto termina em intimidação física. Finalmente, a rutura oficial acontece em 1898. Camille decide abandonar o atelier que partilhava com Rodin, mudando-se para um modesto estúdio no quarteirão central de Quai de Bourbon. Naquele que será, provavelmente, o seu registo artístico autobiográfico mais revelador, a obra *A Idade Madura* (de 1898) retrata um homem enlaçado na passagem do tempo, dividido entre a juventude e a morte. Na verdade, a peça remete para a simbolização de uma Camille suplicante, ajoelhada perante um Rodin condescendente e rejeitante, levado pela figura mais velha e vinculativa de Rose. A apresentação da obra terá despoletado um episódio de fúria em Rodin, que é irredutível na sua decisão em cortar relações com a musa. Além disto, procura cancelar o financiamento para a produção da obra em bronze.

Desalentada pela rejeição de Rodin, que a subjuga duplamente toda a vida como mera aprendiz e amante, Camille vê-se abandonada à sua mercê. A artista continua a produzir, apesar do desfavorecimento financeiro que significava a sua dissociação do mestre.

De 1905 em diante, o isolamento progressivo lança Camille numa espiral descendente. A artista desorganiza lentamente, com crescente desinvestimento nos cuidados pessoais. O caos apodera-se do seu atelier. Sabe-se que, nesta fase, Rodin contribuía, de forma anónima, com pequenos montantes de dinheiro que mandava depositar na conta de Camille, para impedir que o seu estúdio fosse penhorado. Camille, porém, apresenta um discurso de teor paranóide em crescendo, cuja temática se centra no prejuízo face a Rodin. Afirma convicta e reiteradamente que Rodin não só se havia aproveitado das suas ideias e produções, como haveria de levar o que lhe restava. Num frenesim, dirige cartas a conhecidos e até ao Ministério francês, onde insulta veemente Rodin (“monstro, má besta!”), acusando o escultor e o seu bando de perseguição constante e tentativa de afastá-la da esfera artística. Eventualmente, recusa-se a sair do seu atelier e apenas contacta com vizinhos que lhe trazem mantimentos a casa.

Em 1912, a ideação delirante de Camille agudiza-se de forma flagrante. Nos últimos dias de confinamento, tragicamente, destrói grande parte da própria obra, na tentativa de protegê-la do roubo que Rodin e sua quadrilha ameaçavam. Tranca-se em casa e tapa todas as janelas com tábuas, tranca as portas com cadeados e coloca armadilhas para animais no interior do estúdio.

Apesar do declínio, Camille havia sempre recebido o apoio do pai, que a suportava moral e financeiramente. O ponto de viragem coincide, precisamente, com a morte de Louis-Proper, a dois de março de 1913 – sobre a qual Camille não é informada. Neste contexto, sob o pretexto da preocupante desorganização da artista, os elementos familiares são convocados com urgência para decidir sobre o seu destino. É então que Paul Claudel, irmão mais novo e já célebre escritor, assina os termos de um dos mais controversos internamentos hospitalares da História da Arte. A corroborar as estranhas circunstâncias deste internamento, consta a informação de que se trataria de um internamento voluntário – sendo que a assinatura de Camille jamais surgiria nos registos hospitalares encontrados. A artista é internada compulsivamente no asilo psiquiátrico de Ville-Évrard, em Neuilly-sur-Marne, a dez de março de 1913 – uma escassa semana volvida após morte do seu maior pilar na família. No âmbito da Primeira Guerra Mundial, as tropas alemãs avançam e ameaçam o território francês; neste contexto, em 1914 a escultora e restantes doentes são transferidos para Enghien e posteriormente para o asilo de Montfavert, em Montdevergues - onde Camille haveria de permanecer até à morte. Durante três longas décadas de internamento, recebe apenas uma visita do irmão Paul, com o qual trocava correspondência de forma frequente e entusiástica. Nunca haveria de receber uma visita da mãe. Consta que os médicos psiquiatras de Montfavert tentariam, por várias vezes, autorizar a saída de Camille do asilo ou mesmo conceder visitas temporárias a casa; todas estas propostas terão sido abjetamente negadas pela mãe da escultora, Louise, como forma de punição pelos caminhos artísticos e desviantes escolhidos pela filha.

Camille morre em Montfavert a 19 de outubro de 1943, aos setenta e nove anos. Os seus restos mortais permanecem na vala comum de Montfavert.

O relacionamento tumultuoso que viveu com Rodin e o seu trágico fado constituíram mote para várias produções artísticas do século XX e XXI. No teatro, destaca-se a peça *“When the Dead Awaken”*, de Henrik Ibsen. Na Sétima Arte, a história de Camille e Rodin é reavivada com as interpretações de Isabelle Adjani e Gerard Depardieu na trama francesa *“Camille Claudel”* (realizada por Bruno Nuytten, em 1988), recebida com grande entusiasmo pela crítica. Mais recentemente, Juliette Binoche veste a pele da escultora no filme *“Camille Claudel 1915”* (realizado por Bruno Dumont, em 2013). A longa-metragem retrata a solidão vivida por Camille durante o período de confinamento ao internamento

psiquiátrico em Ville-Évrard - três longas décadas de progressivo afastamento da arte e da vida. Quando o famoso Museu Rodin, localizado em Paris, inaugura uma sala exclusivamente dedicada à obra de Camille, a história da mulher-prodígio da escultura é recuperada. Desde a década de oitenta, o museu reúne cerca de vinte peças de Camille, quer doadas pelo irmão, Paul Claudel, quer adquiridas pelo próprio museu - incluindo as peças *Jovem rapariga com o feixe* (1886), *Busto de um escravo* (1887) e a mais importante do conjunto, *Busto de Rodin* (1888-1889).

O destaque em nome próprio chega finalmente a 26 de março de 2017, quando o Museu Nacional Camille Claudel é inaugurado em Nogent-sur-Seine. Localizado a cerca de cem quilómetros de Paris, nas instalações da sua antiga casa de família, o espaço reúne quarenta e quatro peças do seu pequeno espólio restante. A exposição da coleção é impulsionada por Reine-Marie Paris, sobrinha-neta de Camille e neta do poeta Paul Claudel, que sempre colecionara as peças da artista. Algumas das peças que sobrevivem são, curiosamente, as que elaborara na fase embrionária dos seus estudos – anteriores à presença ubíqua de Rodin – como o busto em bronze do irmão Paul aos treze anos (1891) ou da governanta da família (*A velha Hélène*, 1882). De resto, abarca também os trabalhos finalizados até 1905, coincidentes com o último período de produção da artista. Além de esculturas em bronze, o museu reúne também vários moldes de gesso e desenhos de Claudel, bem como cerca de cento e cinquenta trabalhos de outros artistas do século XIX – como Alfred Boucher, primeiro mentor de Claudel, Paul Dubois ou mesmo Auguste Rodin. Assim, permite apreciar a obra da artista e contextualizá-la na época em que esta viveu.

Em 2017, *La Valse* é leiloadada e adquirida pela sobrinha-neta pelo valor de um milhão e cento e dezoito mil euros – um absoluto recorde mundial atribuído a uma peça com menos de cinquenta centímetros de comprimento. Assim se dá a nova reviravolta na história de Camille Claudel: antes subordinada sob o peso de outrem, vive hoje sob os holofotes.

“C'est Camille ! C'est toute ma vie, Camille... Elle est flamboyante!”
- Reine-Marie Paris, 2017.

Conclusões

Camille Claudel é uma estrela ascendente e cadente na História da Arte; uma mulher que desbrava caminhos desconhecidos e trilha meios inóspitos; um prodígio que se insurge num mundo que lhe é vedado à nascença.

Nesta trajetória de genialidade e doença, profundamente marcada pela injustiça, a história de Camille representa o medo do ser humano – medo que o leva a discriminar, isolar e ofuscar os que brilham. Na mesma medida, recordar Camille é aprender com os erros do passado; é elevar os que não se fazem ouvir; é lutar pelos direitos reservados a cada ser humano.

Fontes e bibliografia final

GRAMARY Adrián – *Palco da Loucura*. Idiotèque, 2015. ISBN 9789899886964.
DELBEE Anne – *Camille Claudel, uma mulher*. Circe, 1998. ISBN 9788477650164
STAŃSKA, Zuzanna - *Camille Claudel: Love, Despair, and Auguste Rodin*. Daily Art Magazine, 2021.
AYRAL-CLAUDE, Odile - *Camille Claudel: A Life*. Publishers Weekly, 2009.
LASO, Enrique - *Mind of Steel and Clay: Camille Claudel*. Babelcube Inc, 2017.
LE NORMAND-ROMAIN, Antoinette: *Camille Claudel and Rodin*. Hermann, 2003. ISBN 9782705687779
NÉRET Gilles – *Auguste Rodin: esculturas e desenhos*. Taschen, 1997. ISBN-10: 3822886629

TRAUMA, LOSSES, AND MOURNING IN GLÜCKEL OF HAMELN'S *MEMOIRS* BY BERTHA PAPPENHEIM, THE PATIENT ANNA O.

António de Vasconcelos Nogueira

Languages, Literatures and Cultures Centre * University of Aveiro, Portugal

Email: a.vasconcelos@ua.pt

Resumo

As *Memórias* de Glückel von Hameln (1689-1719), traduzidas por Bertha Pappenheim, permitem-nos refletir sobre a relevância dos problemas por ambas vivenciados de uma perspetiva psicológica e da medicina narrativa, quando se questionam identidades e casos clínicos, sintomas, diagnósticos, tratamentos, traumas, perdas e o luto, estratégias de enfrentamento, com base em fontes documentais acessíveis e na argumentação científica. Os resultados tecem a ligação de Glückel von Hameln (1646-1724), uma extraordinária mulher de negócios, a Bertha Pappenheim (1859-1936), sua descendente em linhagem materna, uma ativista pelos direitos das mulheres e do feminismo, que, por sua vez, emerge nos *Estudos sobre Histeria* (1893) de Joseph Breuer (1842-1925) e Sigmund Freud (1856-1939), como A Paciente Anna O., segundo Ernest Jones (1879-1958), biógrafo de Freud.

Palavras-chave: Glückel von Hameln; Bertha Pappenheim; Anna O.; psicanálise; histeria

Abstract

Glückel of Hameln's *Memoirs* (1689-1719), translated by Bertha Pappenheim, allow us to reflect on the relevance of the problems both experienced from a psychological and narrative medicine perspectives, when questioned identities and clinical cases, symptoms, diagnoses, treatments, traumas, losses, and mourning, *coping* strategies, based on accessible documentary sources and the underlying scientific argumentation. Findings weave the connection between Glückel of Hameln (1646-1724), an extraordinary businesswoman, and Bertha Pappenheim (1859-1936), her descendant by maternal lineage, a women's rights, and feminism activist, which, in turn, emerges in the *Studies on Hysteria* (1893) of Joseph Breuer (1842-1925) and Sigmund Freud (1856-1939), as the patient Anna O., according to Ernest Jones (1879-1958), Freud's biographer.

Keywords: Glückel of Hameln; Bertha Pappenheim; Anna O.; psychoanalysis; hysteria

Introduction



Source: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Glikl_Pappenheim.jpg

Glückel of Hameln (Hamburg, 1646-Metz, 1724)¹ established a business network throughout Western and Central Europe in the trade of diamonds, pearls, amber, stock exchange and venture capital investments. She left a vivid testimony – *Memoirs* – of her life and time in Western Yiddish.



Source: https://www.beltz.de/sachbuch_ratgeber/produkte/details/5832-die-memoiren-der-glueckel-von-hamelin.html

Glückel's *Memoirs* (1689-1719), translated by Bertha Pappenheim, put in evidence the complexity of problems both experienced from a psychological and narrative medicine perspectives. The portrait of a lady on the cover of the German edition of her *Memoirs* (2010) is not hers, but of **Bertha Pappenheim**, her collateral descendant, painted by Leopold Pilichowski, whose original was lost (Nogueira, 2012, 450).

Discussion

The name Glückel of Hameln is untimely. It appears in David Kaufmann's edition of the *Memoirs* (1896), set by Bertha Pappenheim, who translated them from Yiddish to German and published in book form (1910). At the time, she would present herself as Glikl bas Judah Leib [Felicity, daughter of Judas Leo] and Bela Melrich². In context, a businesswoman did not sign her husband's surname but instead her father's, or would mention that she was single, the daughter of, the wife of or the widow of (Nogueira, 2012, 446). Hameln or Hamelin refers to the place of origin of her first husband, a place known for the tale of the Pied Piper of Hamelin, adapted by the Brothers Grimm (1816).

The sources. Loss of original manuscript. There are two copies in small notebooks, which circulated among her descendants: one at the Johann Christian Senckenberg Library of the University of Frankfurt on the Main, another at the National Library of

¹ Glückel of Hameln, borned and raised in an observant Jewish family, received a religious and secular education. She was married and twice widowed to Cain and Hirsch Levy. Her first husband, Cain or Hayyim of Hameln (ca.1580-1653) was borned in Hamelin on the river Weser in Lower Saxony, Germany. The place is also know for the Brothers Grimm's tale of the Pied Piper of Hamelin (1816). Glückel and Hayyim had twelve survived children in equal number of girls and boys: Zipporah, Nathan, Hannah, Loeb, Joseph, Mordechai, Esther, Hendele, Samuel, Moshe, Freudchen and Miriam. They lost two children, one, two weeks after delivery, and other, Mate, at the age of 3. (Hameln, 1977, II, 39; III, 45; 48; 86-87; IV, 3; 110; 117; 120; 136; 142). Her second husband, Hirsch Levy (ca.1640-1712), naming variations: Hirsch, Yiddish; Hertz, German; Cerf, French, was a successful banker and *parnas* [head] of the Jewish community of Metz in Alsace-Lorraine, who went into bankruptcy.

² Naming variations: Glikl, Yiddish; Glückel, German, also spelled Glueckel, derived from Glück [happiness, luck, fortune, felicity]. In the family circle they called her by the diminutive Glückelchen or Glückchen. The German preposition *von* lends it an aristocratic variation (Nogueira, 2012; 1999).

Israel in Jerusalem (Turniansky, 2009). Most likely it would not have the title *Memoirs* [זיכרונות Zikhroynes, yid.], which appears in David Kaufmann's 1896 edition in Yiddish, in the German Editions and translations of Bertha Pappenheim, 1910, and in the 1913 Alfred Feilchenfeld abbreviated edition, which is the basis for foreign editions and translations. The seven notebooks gave rise to the subsequent division of *The Memoirs* into seven books.



Source: <http://teachgreatjewishbooks.org/7-excerpt-hayyim-hamels-manuscript-gluckels-memoirs-18th-century-and-excerpt-first-printed-version>

The purpose. The *Memoirs*¹ do not seek to be an autobiography, a diary, a genealogy, or family chronicle, having made this purpose explicit, “so you may know from what sort of people you have sprung” (Hameln, 1977, II, 32). The external narrative is factual and the internal is phenomenological, personal, intimate. Her life unfolded around the home, synagogue, and markets (Ramos-González, 2005, note 3, 224). There is, therefore, a record of its commercial activities with losses and gains (Nogueira, 2004, Davis, 1997), and a variety of short stories, with quotes from rabbis and inspirational literature (Krausz, 2016, note 4, 128-129; note 5, 129).

The genealogical connection. Glückel's *Memoirs* led us to Bertha Pappenheim, her descendant, activist, philanthropist, writer, who translated them in 1910. In turn, Bertha Pappenheim becomes the patient Anna O. (1880-1883) of Josef Breuer and Sigmund Freud (1893, 1895)².

The significance. The *Memoirs* as a narrative of the self and therapeutic resource helped Glückel to cope with her distress, worries and grievance, losses and mourning, ageing, widowhood, and concerns about her final days.

Bertha Pappenheim (Viena, 1859-Neu-Isenburg, Hesse, 1936) connection to Glückel of Hameln is genealogical. Other clues. The translation of *The Memoirs* (1910). Like Glückel, Bertha is also from Orthodox Jewish families, the Pappenheim and

¹ The first five notebooks (1690-1699) began after the loss of her first husband, Cain, in 1689. Glückel was 44. The 6th notebook began to be drafted after her second marriage to Hirsch Levy in 1699. Glückel was 54. It was rumored that she had a capital of thousands of Reichsthalers¹. She begins the 7th and final notebook three years after Hirsch loss, which occurred in 1712. She finished it in 1719, five years before her own passing in Metz at the age of 78 on The Jewish New Year's Day [Rosh Hashanah]. That same year, Johann Sebastian Bach (1685-1750) composed and debuted *The Passion according to Matthew* in Leipzig, the same town that her first husband, Cain, visited on business trips.

² Breuer, J., & Freud, S. (1893). *On the Psychological Mechanism of Hysterical Phenomena: Preliminary Communication*. Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studies on Hysteria*.

Goldschmidt¹, received religious and secular education. But unlike Glückel, Bertha never married, nor had children. She became an activist of women's rights, with civic intervention, publications, and welfare work, e.g., nurseries, community residences, orphanage, community canteen. She founded and headed the League of Jewish Women [Jüdischer Frauenbund], from 1904 to 1936.

Between 1880 and 1882, Bertha's father was diagnosed with pleurisy. She took care of him. He died in 1881. Bertha becomes ill with a variety of symptoms that affect her functionality, and is followed by the family doctor, Josef Breuer (1842-1925)², who diagnosed hysteria (Freud, 2006, 15). Breuer resorts to hypnotherapy and the admission of his patient, Fräulein [Miss] Anna O., who suffers several episodes, with attempted suicide, and develops habituation and addiction to chloral hydrate (sedative) and morphine. During the admissions Bertha is followed by Richard Kraft-Ebing (1840-1902) and Herman Breslauer (1834-1916). Breuer reports the case to Sigmund Freud. In co-authorship they publish: *On the Psychic Mechanism of Hysterical Phenomena. Preliminary communication* (1893) and *Studies on Hysteria* (1895), making Bertha Pappenheim, or Anna O., his *princeps* case of emerging psychoanalysis (Roudinesco & Plon, 2006, 568), whose cure was due to the cathartic method (Freud, 2006, 8).

In 1935, Bertha is diagnosed with a malignant tumor. She also had liver jaundice. She return to Jewish spirituality influenced by Franz Rosenzweig and Martin Buber (Hurst, 1982, 130; Kaplan, 2004, 66; Schonholz, 2016, 18; 37; 44). Bertha did not survive cancer (Loentz, 2007; Hurst, 1982; Schonholz, 2016, 417-418). Bertha established several institutions focusing on education and training, including orphanage, nurseries, community homes. Leopold Pilichowski (1869-1933) portrayed her in an idealized way, as if Bertha were Glückel of Hameln. Another portrait, oil painting, extant at the Leo Baeck Institute of Art in New York, is attributed to Dora Edinger (1890-1977), collaborator in Bertha Pappenheim's social work and her biographer³.

¹ Bertha Pappenheim was Benedict Salomon Goldschmidt's great-great-granddaughter, twice married: first to Bella Braunschweig; then to Sprinze, sister of the first wife and her sister-in-law. Bertha's paternal grandmother, Katharina Calman, was also a descendant of Glückel of Hameln. See: Schonholz (2016), note 2, 396, 280; 361. The mother, Recha (1830-1905), maiden name Goldschmidt, was a descendant of Jente (ca.1623-1695), sister of Cain Hameln, Glückel's first husband. Recha married Siegmund Pappenheim (1824-1881), whose family business was in the grain trade (Kaplan, 2004, 66; Schonholz, 2016, 361). The couple had Henriette (1849-1865), who died at the age of 16 with tuberculosis, Flora (1853-1855), who died at the age of two of cholera (Kimball, 2000, 20), herself, Bertha, and Wilhelm (1860-1939), a lawyer.

² Breuer made scientific contribution to demonstrate the role of the vagus nerve in breathing. The mechanism is known as the Hering-Breuer (1868) reflex. Other contribution made by Breuer was the sense of head's balance functions due to the fluid in the semicircular ducts of the inner ear. As a physician, Breuer attended Viennese figures such as: Theodor Billroth, surgeon, musician, a friend of Johannes Brahms, Brahms himself, Rudolf Chrobak, gynecologist, Marie von Ebner-Eschenbach, self-taught novelist, Franz Brentano, philosopher and psychologist, precursor of phenomenology, and professor of Edmund Husserl and Sigmund Freud.

³ Edinger, D. (1966). *Bertha Pappenheim, Leben und Schriften* [Bertha Pappenheim, The Life and Works]. Frankfurt am Main: Ner Tamid Verlag.



Source: <https://www.lbi.org/artcatalog/record/245590>

Bertha Pappenheim's recognition is posthumous. In 1954, the Post Office of the Federal Republic of Germany issued a postage stamp with her portrait, as part of the Benefactors of Humanity philatelic series.



Source: <https://www.briefmarken-bilder.de/brd-briefmarken-1954/bertha-pappenheim-frauenrechtlerin>

The case of Fräulein [Miss] Anna O. (1880-1882)

The identity of the patient Anna O. as Bertha Pappenheim is revealed by Ernest Jones in his biography of Sigmund Freud (1856-1939), published in 1953¹. Bertha will have had a childhood without main health complications. Breuer describes her as intelligent, energetic, imaginative, obstinate, sensitive, following a pattern of routines accordingly to her status: learning foreign languages, reading, riding, hiking, making embroidery, attending theatre, tea parties, concerts, playing the piano, taking part in charitable events (Hurst, 1982, 129; Kaplan, 2004, 67; Kimball, 2000, 21; Magalhães, 2020, 282-283; Schonholz, 2016, 276).

Intriguing about Bertha's state of health and her recovery is a photograph from 1882, when she was 23 years old, at the Bellevue Sanatorium Archive in Kreuzlingen in the Swiss canton of Thurgau on Lake Constance (Kaplan, 2004, 64). Bertha is confident, elegant, in a horse-riding costume and, from the photograph, does not infer of the severity of her state of health, unless the archive's photograph is earlier than the date of her admission.

¹ Jones, E. (1953; 1955; 1957). *The Life and Work of Sigmund Freud*, 3 vols. London: Hogarth Press. Also *The Life and Work of Sigmund Freud by Ernest Freud*: Edited and abridged by L. Trilling & S. Marcus (Eds.), 1961. See: Borch-Jacobsen (2012); Kaplan (2004); Loentz (2007).



Source: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Pappenheim_1882.jpg

From the first symptoms to the diagnosis of hysteria and successive psychiatric admissions

According to contemporary authors (Hurst, 1982; Kaplan, 2004; Launer, 2005; Magalhães, 2020; Skues, 2006), the first symptoms surface in 1880. **Early stage** (from mid-July to November 1880).

Bertha is stricken with persistent cough, which was supposed to be related with tuberculosis (Schonholz, 2016, 97). **Stage of illness** (December 1880 to June/July 1882). In early December 1880, Bertha was bedridden, anaemic, anorexic, with convergent strabismus and diplopia, perhaps due to abducent nerve paralysis acting on the external ocular muscle (Kaplan, 2004, 65; Schonholz, 298). Bertha develops a reversible contracture of the right upper limb, with paresthesia in the upper limbs. She has difficulty keeping her head up. She refuses to eat and drink (Freud, 2006, 6).

Bertha is followed by Breuer, who visits her once a day, changing to twice daily. This therapeutic relationship led Bertha to become dependent on Breuer, with relapses, in case of his absence (Britton, 2012, 43-44; Kaplan, 2004, 62; Kimball, 2000, 23).

In Breuer's description, Bertha's mood alters between lucid normality and states of agitation with hallucinations [Bertha called it *absence*], throwing pillows, tearing off buttons, e.g., seeing ribbons and hair like black snakes (Freud, 2006, 2; 4-6; 9; 11). Bertha complained of being blind, deaf, and unable to think, with language disorders, due to unspecified aphasia, agrammatism, dysgraphia. She stopped communicating in German, using English (Freud, 2006, 6), French or Italian (Schonholz, 2016, 97; 108; 298-299). Mieczyslaw Minkowski (1884-1972) suggests that several factors influence on aphasia

recovery, including the role of the emotional factor¹, which could be Bertha's case. Neurological studies associate language switching with frontal lobe damage and tongue mixing with post-Roland area damage (Cardenete, 2002, 95; Fabbro, 2001b, 212-213). According to Franco Fabbro (2001a, 205; 207), the typical agrammatism which occurs in aphasia depends on the structure of the language.

Between April 1881 and June 1882, Breuer resorted to hypnosis for regressive analysis of events and elaborate on the contents of Bertha's narratives, trying catharsis². However, the relief of symptoms is temporary and reversed in the following session, by a new confusional state and hallucination [absence] (Freud, 2006, 4), which Bertha calls "time missing" (Schonholz, 2016, 297-298). She also refers to the sessions with Breuer as a "talking cure" and "chimney sweeping" (Freud, 2006, 4). Bertha has visual perceptive distortion by macropsia, in which the objects seem to her of greater dimension (Freud, 2006, 5).

Breuer presented Bertha's case to Freud. Due to unclear reasons, Breuer discontinued therapy in June 1882. Breuer would not again make use of hypnosis, like Freud, who considered the hypothesis of repressed sexual trauma based on hysteria (Britton, 2012, 39-40; Freud, 2006, 12-15; Kaplan, 2004, 63).

Freud presents the outcome of Anna O's case in his *Five Lectures on Psychoanalysis* (1910), given at Clark University, Worcester, Ma., in 1909. Afterward Freud would comment on the outcome of the case of Anna O. with Carl Jung and Stephan Zweig, whose success in Breuer's intervention raised more doubts than certainties (Kaplan, 2004, 63; Launer, 2005, 465). Freud proposes a preliminary conclusion and generalization: "Hysterics suffer from reminiscences. Its symptoms are mnesic residues of special [traumatic] experiences." (Freud, 2006, 7) Patients are emotionally and mentally attached to their traumatic experiences of the past and "therefore they are alienated from reality and from the present." (Freud, 2006, 7) This is also the characteristic of neurosis, which Freud considers to have "major practical meaning." (Freud, 2006, 7)

The literature on the Anna O. case, based on Jones' biography (1953) on Freud, lists other symptoms: trigeminal neuralgia; abnormal involuntary movement disorder or chorea; convulsions; mood swings; eating disorders and abdominal cramps; personality with dissociative identity, given to fantasies and a false pregnancy (pseudocyesis) (Borch-Jacobsen, 2012; Hurst, 1982, 130; Kaplan, 2004, 63-64), suggesting Breuer's difficulty in dealing with Bertha's transfer process, bypassing the psychopharmacological dependence of the chloral hydrate sedative and morphine (Kaplan, 2004, 63).

What came to be called a *transfer* was perhaps not perceived as such by Breuer. Launer (2005, 63) suggests the hypothesis that Breuer and Bertha share the same *folie à deux* [madness for two], by accepting Bertha's behaviour, her stories and her prescribed cures, as delusional association syndrome initially described by Lasègue and Falret in 1877. Still, according to Launer, what is originally apparent from this therapeutic relationship is that Breuer actively observed and listened, explored Bertha's narrative, to establish a diagnosis and facilitate clinical intervention through hypnosis, *talking cure* and psychopharmacology.

¹ Minkowski, M. (1927). On a case of aphasia in a polyglot – in Fr. *Révue Neurologique*, 35, 361-366. See: Minkowski, M. (1983). A clinical contribution to the study of polyglot afasia specially with respect to Swiss-German. In M. Paradis (Ed.). *Readings on aphasia in bilinguals and polyglots* (pp.205-232). Montréal, Qc.: Didier; Arguto (2019), 246; Cardenete (2002), 98-99.

² According to Skues (2006, Ch. 3, note 4, 178), the terms "catharsis" or "cathartic cure" used by Ellenberg, H. F. (1970). *The Discovery of Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books, they do not appear in Breuer's clinical notes, nor in *Studies on Hysteria* (1895), but *On the Psychological Mechanism of Hysterical Phenomena. Preliminary Communication* (1893), co-authored with Freud.

Was there remission of symptoms?

The writings of Breuer and Freud¹ suggest the remission of Bertha's main symptoms and the success of psychoanalytic treatment (Hurst, 1982, 131).

But the research outcome based on Breuer's correspondence to Dr. Binswanger, director of the Bellevue Sanatorium; from Freud to Martha Bernays, his bride; from Freud to Jung and Zweig; from Rachel, Bertha Pappenheim's mother, to Dr. Binswanger; from Fritz Homburger, Bertha's cousin, to Dr. Binswanger; from Martha Bernays, Freud's fiancée, to her sisters, Minna, and Emmeline; in the clinical records at the Inzersdorf and Bellevue sanatoriums, that is not inferred.

Further hospital admissions took place from June 1882 to July 18, 1887 (Skues, 2006, 168-173).

First admission (from June 7 to November 1881) at the Inzersdorf Sanatorium, near Vienna. Bertha is followed by Dr. Hermann Breslauer, whose therapy involves the administration of chloral hydrate, a short-lived sedative, and for the trigeminal neuralgia pain, morphine. Bertha develops habituation and addiction.

Second admission (from July 12 to October 29, 1882). Breuer referred her to the Bellevue Sanatorium (1857-1980), in the Commune of Kreuzlingen, Lake Constance, Swiss canton of Thurgau, directed by the psychiatrist, Dr. Robert Binswanger. Breuer discontinued the treatment of Bertha, whose health condition worsened.

Other admissions at the Inzersdorf Sanatorium, near Vienna. Kaplan (2004, 64) states that Bertha was readmitted three times: from July 30, 1883 to January 17, 1884; from March 04, 1884 to July 02, 1885; from June 30 to July 18, 1887, totalling 10 months of hospitalization, and that her medical discharge could have been due to Dr. Holländer. Kimball (2000, 22), quoting Hirschmüller², specifies her hospitalization during this period, distributed in 1883 for 6 months, in 1885 for 4 months, and in 1887 for two weeks. The diagnosis of hysteria remained. Bertha had not recovered her health. As for rehabilitation and therapeutic withdrawal, the research does not advance much, perhaps due to lack of documentary evidence (Schonholz, 2016, 18; 20; 38; 40; 44).

Symptoms reversal stage (from mid-November 1888 onwards). In mid-November 1888 Bertha and her mother moved to Frankfurt on the Main, where, under the influence of her cousin Anna Ettlinger (1841-1934), she began publishing her short stories anonymously and under a pseudonym. Until the end of her days, Bertha develops intense social and charitable activity with the Jewish community, founding institutions for the care of orphaned children and the Jewish Women's League (1904).

Final remarks

For almost a decade (1880-1888) Bertha Pappenheim, a descendant of Glückel of Hameln, was the patient Anna O.

Breuer and Freud thesis of healing by the *cathartic method* seems unfounded and misrepresented.

Over time, the case of Anna O. has been revisited.

¹ *On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena. Preliminary Communication* (1893) and *Studies on Hysteria* (1895), the first of Freud's *Five Conferences on Psychoanalysis* (1910), given at Clark University, Worcester, Ma., and *The History of the Psychoanalytic Movement* (1914).

² Hirschmüller, A. (1989). *The Life and Work of Joseph Breuer: Physiology and Psychoanalysis*. New York: New York University Press.

In the DSM-IV (APA, 2000) the physical symptoms of hysteria give rise to conversion and somatization disorders, and psychological symptoms, to dissociation disorders, which DSM-5 (APA, 2013) maintains.

Legacies. Much of the correspondence was lost during World War II (1939-1945) (Kaplan, 2004, 67; Roudinesco & Plon, 1998, 570; Schonholz, 2016, 401). Glückel's manuscripts of *Memoirs*. Bertha's private collections donated to the Austrian Museum of Applied Arts¹. Glückel left her offspring. Bertha contributed to institution building and Jewish feminism in Germany.

References

- APA (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Agurto, V. A. M. (2019). Afasia bilingüe y recuperación de la lengua afectada. *Educación*, 25(2), 243-248.
- Borch-Jacobsen, M. (2012). Bertha Pappenheim (1859-1936), the original patient of psychoanalysis. *Psychology Today*. (viewed April 14, 2021). <https://www.psychologytoday.com/us/blog/freuds-patients-serial/201201/bertha-pappenheim-1859-1936>
- Britton, R. (2012). Anna O.: Primeiro caso, revisitado e revisado. In R. J. Perelberg et al. *Freud: Uma leitura atual* (pp.38-50). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Cardenete, Y. A. (2002). Estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano. Tesis doctoral. Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Davis, N. Z. (1997). Religion and capitalism once again? Jewish Merchant Culture in the seventeenth century. *Representations*, 59, 56-84. <https://doi.org/10.2307/2928815>
- Fabbro, F. (2001a). The bilingual brain: Bilingual afasia. *Brain and Language*, 79(2), 201-210. <https://doi.org/10.1006/brln.2001.2480>
- Fabbro, F. (2001b). The bilingual brain: Cerebral representation of languages. *Brain and Language*, 79(2), 211-222. <https://doi.org/10.1006/brln.2001.2481>
- Freud, S. (2006). Cinco lições de psicanálise. In Versão Standard Brasileira das *Obras Completas de Sigmund Freud*, 23 vols., vol. XI. Rio de Janeiro: Imago Editora. Retrieved from https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3035127/mod_resource/content/1/Aula%202%20%28complementar%29%20-%20Cinco%20li%C3%A7%C3%B5es%20de%20Psican%C3%A1lise.pdf
- Hameln, G. (1977). *The Memoirs*. Translated by Marvin Lowenthal. Introduction by Robert Rosen. New York: Schocken Books.
- Hurst, L. C. (1982). What was wrong with Anna O.? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75, 129-131.
- Kaplan, R. (2004). Anna O: Being Bertha Pappenheim – Historiography and biography. *Australasian Psychiatry*, 12(1), 62-68. doi: <https://10.1037//1093-4510.3.1.20>
- Kimball, M. M. (2000). From Anna O. to Bertha Pappenheim: Transforming private pain into public action. *History of Psychology*, 3(1), 20-43.
- Krausz, L. (2016). Glück von Hameln, uma anunciadora da emancipação judaica e do romance judaico na Alemanha. *Pandaemonium*, 19(27), 126-147. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.11606/1982-88371927126147>
- Launer, J. (2005). Anna O and the “talking cure”. *QJM Journal of Medicine*, 98, 465-466. Retrieved from doi: <https://10.1093/qjmed/hci068>

¹ *Laces and so on. Bertha Pappenheim's Collections at the MAK* 03.10.2007 – 16.03.2008. Vienna: Schlebrügge. See: Schonholz (2016), 417-418; note 571, 418.

- Loentz, E. (2007). *Let me continue to speak the truth: Bertha Pappenheim as author and activist*. Cincinnati: Hebrew Union College Press.
- Magalhães, G. (2020). Tradução de J. B. Tennenbaum (2012). Mais mente na pesquisa cerebral! O legado de Josef Breuer. *Intelligere Revista de História Intelectual*, 9, 270-311.
- Minkowski, M. (1983). A clinical contribution to the study of polyglot afasia specially with respect to Swiss-German. In M. Paradis (Ed.). *Readings on aphasia in bilinguals and polyglots* (pp.205-232). Montréal, Qc.: Didier;
- Nogueira, A. V. (2012). O amor dura até ao momento em que se perde. Glückel of Hameln, Memórias e evocação do poder, no feminino. In M. J. F. Lopes et al. (Org.), *Narrativas do Poder Feminino* (pp.445-454). Braga: Aletheia.
- Nogueira, A. V. (2004). *Capitalismo e Judaísmo. Contribuição dos judeus portugueses para a ética capitalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / FCT/ MCES.
- Nogueira, A. V. (1999). Memórias da diáspora hispano-portuguesa em Amsterdão: Elementos de bibliografia. *Revista da Universidade de Aveiro – Letras (RUA-L)*, 16, 173-209.
- Ramos-González, A. (2005). Daughters of tradition: Women in Yiddish culture in the 16th-18th centuries. *European Journal for Women's Studies*, 12(2), 213-226. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1350506805051243>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). Bertha Pappenheim. In *Dicionário de Psicanálise*, (p.570). Rio de Janeiro: Zahar.
- Schonholz, K. G. (2016). *Anna O.: la invención del psicoanálisis*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Filosofía. Retrieved from <https://eprints.ucm.es/id/eprint/36102/1/T36912.pdf>
- Skues, R. A. (2006). *Sigmund Freud and the History of Anna O. Reopening a closed case*. New Yorks: Palgrave Macmillan.

MOTHERS WHO KILL THEIR OWN FLESH AND BLOOD: AN EXPLORATION OF MATERNAL FILICIDE

Sabrina de Jesus*; Ana Costa*; Gisela Simões*;
Mónica Almeida**; Paula Garrido**;

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
* Médica, Interna de Formação Específica de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE** Médica, Assistente Hospitalar em Psiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
Email: sabrina.von.jesus@gmail.com

Abstract

O crime violento, nomeadamente o homicídio, é um crime predominantemente cometido por homens. No entanto, poucos crimes parecem tão incompreensíveis ou tão repugnantes quanto o assassinato de uma criança pelas mãos de sua própria mãe, pois vai contra as presunções contemporâneas de amor materno incondicional e o altruísmo. Este tipo de homicídio, o infanticídio materno, ocorreu globalmente desde antes da história registrada. O homicídio infantil é um fenómeno raro, mas incrivelmente perturbador, que atrai a atenção da comunidade e dos média que, embora tenha diminuído de taxa nos países desenvolvidos, continua a ser uma importante causa de mortalidade infantil. Esta apresentação procura rever o conceito de filicídio, incluindo uma descrição dos fatores de risco e sua eventual relação com a doença mental. Procura-se dar especial atenção ao infanticídio materno, com recurso a exemplos históricos e culturais, bem como a referência a casos reais noticiados nos meios de comunicação social nacionais e internacionais.

Palavras-chave: doença mental; psiquiatria forense; infanticídio; homicídio de criança

Abstract

Violent crime, namely homicide, has been predominately committed by men. However, few crimes seem as incomprehensible or as repugnant as the murder of a child by the hands of their own mother as it goes against the contemporary presumptions of unconditional maternal love and altruism. This type of homicide, maternal filicide, has occurred throughout the world since before recorded history. Child homicide is a rare yet incredibly disturbing phenomenon which attracts community and media attention which, although has decreased in rate in developed countries, remains an important cause of child mortality. This presentation seeks to review filicide as a concept, including a description of risk factors and its eventual relationship to mental illness. A special focus on maternal filicide is sought, with recourse to historic and cultural examples, as well as reference to real cases reported in the national and international media.

Keywords: mental illness; forensic psychiatry; filicide; infanticide; child homicide

Introduction

One day in June of 2001, Andrea Yates drowned her five children, who ranged in age from 6 months to seven years, in a bathtub in her home. Prior to this, she had manifested symptoms of clinical depression with those compatible with psychosis, which were exacerbated in her post-partum periods. After the crime, she indicated that she believed

firmly that she was a bad mother and that she killed her children so that she might save them from eternal damnation. She was later found not guilty by reason of insanity.

Filicide has existed since the beginning of mankind. It is a crime on par with that of Cain and Abel. In ancient Greco-Roman times, a father was allowed kill his own child without legal repercussions because, of course, that child was their property. It was only in the 16th and 17th Century that there was a dramatic change in the opinion on child murder with France and England making filicide a crime punishable by death.

There was a new wave of change when the Infanticide Acts of 1922 and 1938 were established in England, which recognized the effect that birth and breastfeeding can have on a mother's mental health for up to 12 months after the event. This Act stipulated that there would be a reduction in the type of punishment handed out in these cases so that a woman could not be put to death.

Filicide has also had a presence in literature from all eras. Perhaps the most famous is also the oldest and that is the story of Medea, a woman who killed her children to punish her husband for his affair. To him, she says, "thy sons are dead and gone, that will stab thy heart."

Discussion

There is no doubt that filicide is an absolutely unfathomable crime, one that seemingly goes against nature and demands some attempt at an explanation. Since 1950, child homicide rates have tripled, and homicide is within the top five causes of death of children ages 1 to 14 years old.

Descriptions of filicide date back to biblical times, with the most well-known being the story of Abraham and Isaac. However, in contrast to the existence of this kind of crime, the study and investigation of filicide are still in its infancy.

The study of filicide is made especially challenging due to the lack of standardization in filicide research regarding the age of children who constitute victims. It is because of this, that the rates of filicide have most likely been underestimated in epidemiological studies. A number of terms have been used somewhat interchangeably in the description of child murder. In a simplistic manner, filicide refers to any murder of a child up to the age of 18 years, committed by his or her parents or parental figure. Infanticide commonly applies to the murder of a child under the age of one year by his or her parent. And neonaticide refers to a unique and horrifying circumstance in which the newborn is killed by his or her parents within the first 24 hours of life.

Classification

In a desperate effort to aid in understanding a parent's motivation for killing their child, multiple classification systems of filicide have been developed. These systems serve to better delineate and organize the motives behind these catastrophes.

The first classification system was identified in psychiatric literature and was published in 1927. It divided mothers into two groups: those who perpetrated the act while lactating and those who did so after the end of lactation. This classification, although not currently used, is based on the important idea that filicide may be motivated by the hormonal changes and inherent stressors associated with childbirth and caring for an infant.

One of the most influential classification systems of child murder was created in 1969 by Philip Resnick, he developed 5 categories to account for the motives driving parents to kill their children:

1. Altruistic filicide: a type of filicide in which the parent kills the child because it is perceived to be in the best interest of the child.

A. Acts associated with parental suicidal ideation – the parent may believe that the world is too cruel to leave the child behind after his or her death;

B. Acts meant to relieve the suffering of the child – the child has a disability, either real or imagined, that the parent finds intolerable.

2. Acute psychotic filicide: a type of filicide in which the parent, responding to manifestation of psychosis (p.ex.: delusions, hallucinations) kills the child with no other rational motive present.

3. Unwanted child filicide: a type of filicide in which the parent kills the child, who is regarded as a hindrance or obstacle. This category also includes parents who benefit from the death of the child in some way (p.ex.: financial).

4. Accidental filicide: a type of filicide in which the parent unintentionally kills the child as a result of abuse. This category includes the rarely occurring Munchausen by Proxy.

5. Spouse revenge filicide: a type of filicide in which the parent kills the child as a means of exacting revenge upon the spouse, perhaps secondary to infidelity or abandonment.

The most common type of filicide committed is that of the altruistic type, comprising approximately 49 percent in one study, with the least common type being spousal revenge with 2 percent.

However these classification systems are far from ideal, as cases are often multidimensional and do not ascribe to just one category.

Characteristics and Risk Factors

Women appear to be overrepresented in cases of filicide and the literature is dominated by studies of maternal filicide as these cases are often deemed more newsworthy, and it is no wonder.

The strongest general risk factor that has been identified throughout research is a history of suicidality, depression or psychosis and past use of psychiatric services. It was also determined that mothers at highest risk of filicide were often young, undereducated, socially isolated, powerless, living in poverty, full-time care providers and who may have been victims of domestic violence themselves. A few studies highlight the importance of the mother's own childhood as a factor in the crime. A number of mothers who went on to commit filicide received inadequate mothering either due to their own mothers being unavailable to them due to reasons such as alcoholism, absence, physical or verbal abuse or mental health problems.

The risk of homicide decreases as children get older. There appears to be a clustering of child homicide around 3 stages of the child's life: infancy, early childhood and mid childhood. The most at risk age group for homicide are children aged 12 months or under. One study reported that in approximately 55 percent of all filicides, victims were aged under 1 year. The most common cause of death for neonates is suffocation, drowning and exposure. Infants, toddlers and pre-school children were most often killed as a result of beatings. One study reported that children 5 years and older were more commonly killed by gunshot.

The literature demonstrates that there are a few differences between mothers who commit infanticide versus those who commit neonaticide. Neonaticide is most often a crime perpetrated by a young mother who is acting alone. She is frequently unprepared for the birth of a child, rarely presents with a history of mental illness. Ultimately, she is motivated to commit the crime because the child is unwanted. Suffocation is the most common method of death in these types of crime, with drowning and exposure also being frequent methods utilized.

A frightening and important figure to take into consideration in these crimes are that, depending on the study consulted, three quarters to 100 percent of the women who committed neonaticide, concealed or were in denial of their pregnancies. Unlike other types of filicide, in which 40 percent of murdering mothers come to the attention of a

physician, mother's committing neonaticide rarely seek medical assistance or come to their attention.

Mental Illness and Filicide

The discussion of these crimes without mention of the impact of mental illness is impossible. Mental illness has long been reported an important factor in filicide, and this is perfectly demonstrated in the Andrea Yates case, described above.

One study conducted by d'Orbam (1979) found that 80 percent of the sample had history of psychiatric illness. In 41 percent of cases the perpetrators had previously required inpatient or outpatient treatment in Psychiatric facilities. A more recent study, based on a review of 50 cases demonstrated that 28 percent of cases involved perpetrators with mental health issues. With a study carried out in 2008 suggesting that 20 percent of mothers had significant on-going thought or mood disorders.

Infanticide is often found in association with post-partum disorders (p.ex.: depression and psychosis), therefore special attention to the possible existence of this clinical picture must be present when evaluating mother's in these significant periods of time. Psychotic parents reportedly experience auditory hallucinations or delusions about the child or their ability to care for them, so it's unsurprising that mothers found guilty by insanity often have altruistic or acutely psychotic motivations.

Prevention

The cases although rare, continue to colour our media and each exposure reignites the sense of revolt and perplexity as to how these crimes can occur by mothers, who by nature are supposed to nurture and unconditionally love their own. This is, unfortunately, a phenomenon that is not going away.

A psychiatrist, or other healthcare provider, may be given an early opportunity for prevention of harm to an infant if they have the chance to interview the woman prior to her giving birth. The clinician may inquire generally about the mother's attitude toward the baby or more specifically, plans for the baby during and after its arrival. This line of questioning may also include asking about thoughts to harm the baby. This may prove to be especially important if the woman has indicated ambivalent or negative feelings about the pregnancy.

Psychiatrists may underestimate the prevalence of filicidal thoughts, when in fact greater than 40 percent of depressed mothers with children less than 3 years old have endorsed thoughts to harm them. In one study, 70 percent of mothers of infants with colic had "explicit aggressive fantasies" related to their children and 26 percent of these mothers had thoughts of infanticide during the infant's episodes of colic.

Much as asking about suicidal thoughts or homicidal thoughts has become second nature for the psychiatrist, so too should inquiring about filicidal thoughts. If patients share these thoughts the next step obviously involves safeguarding the parent and child through hospitalization and linking them to community resources that can provide support.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale is a brief scale that can be used to quickly screen for depression in postpartum women.

Conclusion

No crime is more difficult to comprehend than the killing of children by their own parents, especially mothers. Cases where mothers kill their children will continue to shock communities and even nations, when they occur. Filicide is a permanent act, and it is a function of a perpetrator's sociodemographic characteristics and underlying psychopathology, if it exists.

It is a complicated and multifactorial crime, and given its complex nature, it is difficult to establish traits that consistently apply to its perpetrator and victims, but trends can be identified. It is important to state that women kill their children for various reasons and it is misleading to consider filicide as having a single motivation or cause. In reality, the individual circumstances of any homicide are complex. Therefore, it deserves a high level of professional attention and curiosity to identify those which are likely to be prone to this kind of dramatic behaviour so as to develop the appropriate intervention strategies.

Works Cited

- Bourget D, Grace J, Whitehurst L. A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35(1):74-82.
- d'Orbán PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry*. 1979;134:560-571. doi:10.1192/bjp.134.6.560
- Freire, A. C., & Figueiredo, B. (2006). Filicídio: Incidência e factores associados [Filicide: Incidences and associated factors]. *Análise Psicológica*, 24(4), 437–446.
- Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry*. 2005;162(9):1578-1587. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1578.
- Friedman SH, Cavney J, Resnick PJ. Child murder by parents and evolutionary psychology. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(4):781-795. doi:10.1016/j.psc.2012.08.002.
- Flynn SM, Shaw JJ, Abel KM. Filicide: mental illness in those who kill their children. *PLoS One*. 2013;8(4):e58981. Published 2013 Apr 4. doi:10.1371/journal.pone.0058981
- Hatters Friedman S, Resnick PJ. Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry*. 2007;6(3):137-141.
- Naviaux AF, Janne P, Gourdin M. Psychiatric Considerations on Infanticide: Throwing the Baby out with the Bathwater. *Psychiatr Danub*. 2020;32(Suppl 1):24-28.
- Rougé-Maillart C, Jousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneau M. Women who kill their children. *Am J Forensic Med Pathol*. 2005;26(4):320-326. doi:10.1097/01.paf.0000188085.11961.b
- West SG. An overview of filicide. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(2):48-57.

AMOR DELIRANTE NO GRANDE ECRÃ

**Mónica Barbosa Pinto*; Filipa Gomes Tavares*; Maria T.D. Viseu*;
Pedro Melo-Ribeiro*; Mariana Lázaro****

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Psiquiatria, Unidade de Faro

*Interno de Formação Específica em Psiquiatria; **Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: mcfbp5@gmail.com, gomes.fipa@gmail.com, mariatdvc@gmail.com, pedroribeiro1905@gmail.com, marianablazaro@gmail.com

Resumo

A Erotomania foi inicialmente descrita como um amor não correspondido, tendo o termo sofrido alterações ao longo dos séculos e, apenas em 1921, o psiquiatra francês Gaëtan de Clérambault, introduziu o conceito de Síndrome de Clérambault, na sua publicação *Les Psychoses Passionnelles*. Foi caracterizada como uma condição clínica, mais frequente em mulheres, em que o sujeito desenvolve a ideia delirante de que é amado ou desejado intensamente por uma outra pessoa, geralmente de estatuto socioeconómico mais elevado.

As referências históricas ao tema são variadas, correspondendo a uma das variantes patológicas do amor mais narradas na história da humanidade. A indústria cinematográfica procurou dar destaque a este tema, sendo que ao longo deste trabalho serão comentados alguns dos exemplos mais mediáticos.

Palavras-chave: Clérambault; Erotomania; Cinema; Psiquiatria

Abstract

Erotomania was initially described as unrequited love. The expression changed over the centuries, and it was only in 1921 that the French psychiatrist Gaëtan de Clérambault introduced the concept of Clérambault Syndrome in his publication *Les Psychoses Passionnelles*. It was characterized as a clinical condition, more frequent in women, in which the subject develops the delusional idea that he is intensely loved or desired by another person, usually of higher socioeconomic status.

The historical references to the theme are varied, corresponding to one of the pathological variants of love most narrated in the history of humanity. The film industry sought to highlight this theme, and throughout this work some of the most popular examples will be discussed.

Introdução

A história entre o amor e a loucura é bastante longa, sendo que podemos encontrar relatos de casos que remontam à Grécia Antiga. Ao longo dos séculos, várias personalidades procuraram investigar, detalhar e aprofundar esta entidade. Também a indústria cinematográfica adquiriu interesse por esta temática, sendo vários os filmes em que procuram dar destaque às variantes patológicas do amor. Desta forma, pretende-se com o presente trabalho dar a conhecer a evolução do termo erotomania, através de revisão da literatura existente, bem como retratar alguns dos exemplos mais mediáticos da história do cinema.

Referências Históricas - Evolução do Conceito

Desde o início do século XVII, vários autores têm feito referência às chamadas “variantes” do amor patológico, mesmo antes do seu reconhecimento oficial. As primeiras

descrições parecem remontar ao tempo de Hipócrates (460 - 370 a.C.), Plutarco (46 - 120 d.C.) e Galeno (129 - 217 d.C.). Contudo, há também quem identifique a sua origem a posteriori, no início do ano de 1600, quando um médico parisiense, Bartholomy Pardoux (1545-1611) fez a distinção entre “*furor uterinus*” (também conhecido por ninfomania) e o “*amor insanus*” (vulgo erotomania), no seu livro “*Doenças da Mente*”. Posteriormente, em 1623, Jacques Ferrand (1575 - data morte desconhecida), um médico francês, fez referência à patologia no seu tratado “*De la maladie d'amour ou melancholie erotique*”. Vários anos passaram sem que tenham sido encontradas novas referências a esta síndrome, até que, em 1911, Sigmund Freud (1856 - 1939) lhe chamou “*too much love*”. O psiquiatra francês, Gaëtan Gatian de Clérambault (1872 - 1934) publicou, em 1921, a sua obra “*Les Psychoses Passionnelles*” onde descreveu, pela primeira vez, as principais características desta síndrome. Desde então, a erotomania passou a ser designada por Síndrome de Clérambault, nome pela qual ainda é conhecida na atualidade. O interesse na temática manteve-se e, entre 1971 e 1977, Mary Seeman (1935 - presente) estudou esta entidade, tendo-lhe atribuído várias designações, nomeadamente “síndrome do amante fantasma” (por fazer alusão a alguém que não existe, que morreu ou que se mudou), “reação de transferência psicótica erótica” e “amor delirante”.

Podem ser identificadas ainda, quatro definições históricas para o termo Erotomania. Embora a divisão seja realizada em estágios, muitas vezes, os conceitos sobrepujaram-se no tempo. Apresentamos, de seguida, os quatro estágios da erotomania:

Estágio 1 - “amor não correspondido levando a doença geral”

Estágio 2 - “prática de amor físico excessivo”

Estágio 3 - “amor não correspondido como forma de doença mental”

Estágio 4 - “crença de ser amado por outra pessoa” (significado atual). Embora a divisão seja realizada em estágios, muitas vezes os conceitos sobrepujaram-se no tempo.

Caracterização

A incidência da erotomania é desconhecida, sendo que alguns relatos referem que pode acometer até 0,3% da população. Comumente, o diagnóstico é atribuído a outras categorias diagnósticas maiores, o que pode contribuir para uma incidência e prevalência subvalorizadas. Pode surgir em qualquer pessoa, independentemente da faixa etária, género, orientação sexual, estatuto socioeconómico, cultura ou sociedade. Não foi comprovada a existência de hereditariedade associada à síndrome, contudo, alguns estudos descrevem a presença de história familiar de doença significativa.

A síndrome é identificada, mais frequentemente, em pessoas do sexo feminino. Normalmente, o sujeito desenvolve uma ideia delirante de que é amado ou desejado intensamente por outra pessoa (objeto), geralmente alguém de estatuto socioeconómico superior. A relação pode ter para o sujeito um componente sexual importante ou manter-se num registo platónico, onde o mesmo exibe uma atitude protetora e vigilante sobre o objeto do amor. Habitualmente, o contacto entre os intervenientes é muito reduzido ou mesmo inexistente. A negação por parte do objeto amado pode ser interpretada paradoxalmente pelo sujeito como um “disfarce” na declaração de amor. Ou seja, o sujeito acredita e defende com convicção delirante que o amado, de forma indireta e subtil, deu os primeiros passos para sinalizar o seu amor e dar início à relação imaginada. Geralmente, o contacto pessoal é raro e evitado pelo próprio doente, que apresenta inúmeras razões para não revelar abertamente a relação que mantém, bem como para justificar a falta de interação por parte da pessoa amada. O objeto amado é, de certa forma, inatingível por ser casado, famoso ou não apresentar qualquer interesse no sujeito. Habitualmente, quando há procura ativa por estabelecer contacto, as tentativas são realizadas com recurso a cartas, telefonemas ou presentes anónimos.

Contrariamente ao que era proposto pelos autores clássicos, tem-se vindo a perceber que esta síndrome não é exclusiva do sexo feminino. Embora as mulheres sejam predominantes nas amostras clínicas, aquilo que se verifica nas amostras forenses é um predomínio do sexo masculino. No homem, a erotomania pode estar associada a uma variedade de traços de personalidade (por exemplo, antissocial, narcísico, paranóide) e manifestar-se de forma particularmente violenta, sob a forma de assédio, difamação pública e rapto. Nos casos mais graves, a vigilância constante e stalking são frequentes, podendo mesmo culminar com o homicídio da pessoa amada ou de alguém percebido como rival. Purcell *et al*, realizaram um estudo que demonstrou que 25% das mulheres que realizavam stalking apresentavam, simultaneamente, delírios erotomaniacos e a esperança de que a perseguição constante levasse ao estabelecimento de uma relação com a pessoa amada. Ainda assim, Dunne e Schipperhein (2000), estimaram que apenas 10% dos casos de stalking podem ser atribuídos à erotomania.

Indústria Cinematográfica

No mundo do cinema, as referências às variantes patológicas do amor têm sido várias. Após uma breve pesquisa, demos particular destaque a três filmes franceses, em que são narrados casos de erotomania e stalking: *L'histoire d'Adèle H.* (1975 - A História de Adèle H.), *À la folie pas de tout* (2003 - Mal me quer, Bem me quer) e Anna M. (2007).

1.A História de Adèle H. (1975)

A História de Adèle H. foi o primeiro filme escolhido para retratar a temática em questão. Corresponde a um drama biográfico francês, dirigido por François Truffaut (1932 - 1984) e que se baseia num livro redigido por Frances Vernon Guille e no diário deixado por Adèle Hugo (1830 - 1915).

Adèle era a filha mais nova do famoso escritor francês, Victor Hugo (1802 - 1885) e de Adèle Hugo. Embora seja descrita pela sua grande capacidade musical, nomeadamente ao piano, é lembrada, principalmente, por ter desenvolvido uma doença mental, por volta dos 26 anos de idade, que marcou o seu percurso e acabou por determinar o seu destino. O filme retrata a história de um amor obsessivo e não correspondido entre Adèle e um oficial do exército britânico, o tenente Albert Andrew Pinson. Adèle e o tenente britânico envolveram-se romanticamente, sendo que este chegou a pedir Adèle em casamento, em 1855, sendo que a mesma rejeitou a proposta. Um ano depois, em 1856, quando já estavam separados, começaram a surgir os primeiros sintomas de doença mental. Nesse mesmo ano, Adèle procurou retomar o seu relacionamento com Pinson, sendo que o mesmo recusou, tendo optado por dar continuidade à sua carreira enquanto militar. Embora a relação entre ambos tivesse acabado e o amado não pretendesse retomar a mesma, Adèle ignorava todos os factos que iam surgindo, acreditando inabalavelmente no que se passava na sua mente. No seu diário, Adèle eterniza o momento que parece corresponder ao início da temática delirante, dizendo o seguinte:

“Inglês, tu amas uma francesa; Royalista, tu amas uma republicana; loiro, tu amas uma morena; homem do passado, tu amas uma mulher do futuro, homem da matéria, tu amas uma mulher das ideias.

Então porque me amas; tu dirás: Eu amo-a como o estatuário ama o tijolo. E o que farás com esse tijolo? Uma estátua.

Eu amo-te porque és inglês, royalista, loiro, material, passado, sol. Eu não tenho aptidões fora do comum, mas tenho glória a fazer derreter a neve.” (Hugo, A., 1984, p. 36; tradução livre)

Embora nada sugerisse o amor de Pinson, Adèle mantinha-se irredutível e convicta do mesmo, decidindo iniciar viagem em busca do amor. No excerto seguinte, podemos ler o que a mesma escreveu, no momento em que tomou a decisão de partir:

“Essa coisa incrível de fazer, que uma jovem escrava, ao ponto de não poder sair sozinha cinco minutos para comprar papel, ande sobre o mar, vá ao mar, passe do antigo ao novo mundo para ir encontrar o seu amor; essa coisa, eu a farei. Essa coisa incrível de fazer, que uma jovem que não tem outro pedaço de pão senão aquele que o seu pai lhe dá como esmola, tenha daqui a quatro anos outro nos seus bolsos, ouro honesto, ouro dela, essa coisa, eu a farei. Essa coisa incrível de fazer, que uma jovem pregada sob o mesmo teto que um homem que a ama apaixonadamente, se separe, sem brilho, e mesmo sem desespero, essa coisa, eu a farei.” (Hugo, A., 1984, p. 70; tradução livre)

Entre 1858 e 1869, Miss Lewly (nome adotado por Adèle durante a viagem) perseguiu o oficial do exército britânico por vários países, desde Irlanda, Canadá e Barbados. A informação referente a este período da sua vida foi obtida através do seu diário, que a própria apelidou de Diário de Exílio. No mesmo, é visível e marcante a deterioração do seu Eu com o passar do tempo, com todas as suas atividades e energias a estarem centradas neste amor patológico. Após a chegada a Barbados, em 1869, houve um cessar na sua narrativa. Pensa-se que, tal feito, poderá ter estado relacionado com o agravamento da sua doença mental e a consequente perda de funcionalidade. Foi no ano de 1872 que a família Hugo conseguiu, finalmente, localizar a filha mais nova, tendo a mesma sido levada para o seu país natal. À chegada a França, acabou por integrar uma instituição para doentes mentais, nos arredores de Paris, onde permaneceu até à sua morte.

2. Mal me quer, Bem me quer (2003)

Este thriller romântico francês relata a história de Angélique (Audrey Tautou), uma artista plástica que desenvolve uma paixão desmedida pelo bem-sucedido médico Loic le Garrec (Samuel Lebihan). Embora o médico seja casado, Angélique acredita que o mesmo terminará o relacionamento com a esposa, por estarem perdidamente apaixonados. Ao longo do filme, a personagem principal narra uma história de amor, como se ambos estivessem predestinados. Contudo, posteriormente, a história é narrada do ponto de vista de Loic e, rapidamente se percebe que os dois não se conheciam, apenas se tinham cruzado, nunca tendo havido um diálogo entre ambos. Mesmo perante a argumentação dos amigos e de diversos acontecimentos que provam o contrário, Angélique persiste na ideia de que ele também a ama. Posto isto, Angélique começa, incessantemente, a enviar declarações de amor ao médico, transformando aquilo que parecia ser o início de um encontro amoroso, numa perigosa obsessão. Perto do final do filme, após observar um beijo entre Loic e a sua esposa, a protagonista acaba por tentar o suicídio. Ironicamente, o médico acaba por a salvar, juntamente com uma equipa de paramédicos, contribuindo negativamente para a manutenção do delírio. A perseguição mantida por Angélique acabou por culminar no término da relação do médico com a sua esposa. Tal acontecimento, fez renascer a esperança para a personagem principal de uma relação com o seu amado. Quando o mesmo negou tal facto, Angélique, claramente perturbada, atingiu-o com uma estátua no crânio, deixando o mesmo inconsciente. O médico sofreu uma lesão grave, tendo posteriormente recuperado parcialmente, uma vez que permaneceu com sequelas motoras que limitavam a sua mobilidade. Anos mais tarde, Loic conseguiu recuperar o seu casamento e Angélique foi internada num estabelecimento psiquiátrico, com o diagnóstico de Erotomania.

3. Anna M. (2007)

Anna M. é um filme francês realizado por Miguel Spinosa. Este retrata a história de Anna (Isabelle Carré), uma mulher que, sentindo-se frustrada, tenta o suicídio, deixando-se atropelar por um automóvel. Durante a sua recuperação, apaixona-se pelo médico ortopedista que lhe presta cuidados, o Dr. André Zanevsky (Gilbert Melki). Anna M. acredita inabalavelmente que a paixão é mútua, pela forma como o profissional a tratou durante a sua estadia no hospital. Embora o médico negue qualquer tipo de afeto pela paciente, Anna interpreta todos os seus atos como provas evidentes do amor que nutre por si, passando a reagir aos supostos avanços do mesmo, seguindo-o, roubando o seu correio, comprando-lhe presentes e ligando constantemente para sua casa. Após várias tentativas falhadas de aproximação ao amado, Anna aceita um emprego como ama no apartamento acima do de Zanevsky, apenas com objetivo de conseguir entrar no prédio. Pelas proporções dramáticas que se vão desenvolvendo, a mãe de Anna acaba por interná-la. Após a alta e já perto do término do filme, Anna apenas tem um objetivo, reencontrar Zanevsky.

Em jeito de conclusão, fica exposto um excerto escrito por uma paciente erotomaniaca, internada em Paris, no Hospital *Saint-Anne*, em 1936, tendo a mesma permanecido internada durante 50 anos, que tão bem retrata e resume a Síndrome de Clérambault:

“Embora o meu amor seja louco, a minha razão alivia a dor intensa do meu coração, dizendo-lhe para ter paciência e não perder a esperança.”

Conclusões

Embora a síndrome de Clérambault seja mais frequentemente identificada no sexo feminino, a mesma pode também ocorrer em homens. Nestes últimos, a erotomania costuma manifestar-se de forma particularmente violenta, motivo pelo qual devemos estar alerta. A literatura disponível é bastante escassa e a dificuldade em realizar o diagnóstico é uma realidade. Assim sendo, conclui-se que são necessários mais estudos, que permitam uma melhor compreensão da neurobiologia e psicopatologia da Síndrome de Clérambault. A indústria cinematográfica pode funcionar como veículo muito importante de literacia em saúde. Pelo potencial impacto que a mensagem do filme pode ter na população, os realizadores deveriam estar mais sensibilizados para estas temáticas e procurar transmitir informação de forma mais detalhada e fidedigna, com vista a reduzir o estigma associado às doenças mentais.

Bibliografia

- Berrios, G. E., & Kennedy, N. (2002). Erotomania: a conceptual history. *History of psychiatry*, 13(52 Pt 4), 381–400.
- Brüne M. (2003). Erotomaniac stalking in evolutionary perspective. *Behavioral sciences & the law*, 21(1), 83–88.
- Calil, L. C., & Terra, J. R. (2005). Síndrome de De Clérambault: uma revisão bibliográfica [The De Clérambault's syndrome: a bibliographic revision]. *Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brasil : 1999)*, 27(2), 152–156.
- Jordan, H. W., Lockert, E. W., Johnson-Warren, M., Cabell, C., Cooke, T., Greer, W., & Howe, G. (2006). Erotomania revisited: thirty-four years later. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 787–793.
- Sampaio, T. M., Andrade A. G., & Baltieri, D. A. (2007). Síndrome de Clérambault: desafio diagnóstico e terapêutico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (2), 212-218.
- Tanguy, C., & Martins, M. (2014). Três destinos do feminino à luz do "caso" Adèle Hugo. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 238-252.

Valadas, M., & Bravo, L. (2020). De Clérambault's syndrome revisited: a case report of Erotomania in a male. *BMC psychiatry*, 20(1), 516.

MRS DALLOWAY: UMA VIAGEM À VIDA E PSICOPATOLOGIA DE VIRGINIA WOOLF

Odete Nombora^{1,2}; Maria do Rosário Basto^{1,2}; Andreia Certo^{1,2}; Ângela Venâncio^{1,3}

¹Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho

²Médica Interna de Psiquiatria; ³Médica Psiquiatra, Assistente Hospitalar Graduada

Emails: odete.nombora@gmail.com; rosarinhobasto@gmail.com;

andreiag.certo@gmail.com; angela.venancio@chvng.min-saude.pt

Resumo

Há vários anos que a relação entre criatividade, arte e doença bipolar é explorada de forma sistemática. Virginia Woolf é um dos exemplos mais emblemáticos de autores com doença mental e um brilhantismo artístico único. As suas obras são um marco na literatura universal por apresentar um novo formato na arte da escrita, o fluxo de consciência, e um objeto de estudo na literatura psiquiátrica pela sua riqueza fenomenológica. A autora tinha a habilidade de recriar as suas experiências de vida e o seu sofrimento psíquico através dos seus personagens e cada obra tem a sua particularidade.

Tendo como objeto de estudo o romance *Mrs Dalloway*, pretende-se explorar a presença de aspetos ligados à história pessoal e psiquiátrica de Virginia Woolf, assim como discutir a vivência do tempo e as alterações psicopatológicas recriadas nesta obra literária.

Palavras-chave: Virginia Woolf; miss dalloway; criatividade; doença bipolar; vivência do tempo

Abstract

The relationship between creativity, art and bipolar disorder has been systematically explored for several years. Virginia Woolf is one of the most iconic examples of authors with mental illness and a unique artistic brilliance. Her works are a landmark in universal literature for presenting a new format in the art of writing, the stream of consciousness, and an object of study in psychiatric literature for its phenomenological richness. The author had the ability to recreate her life experiences and her psychic suffering through her characters and each work has her particularity.

Having as object of study the novel *Mrs Dalloway*, it is intended to explore the presence of aspects related to Virginia Woolf's personal and psychiatric history, as well as to discuss the experience of time and the psychopathological changes recreated in this literary work.

Introdução

Há já vários anos que é procurada uma relação entre a criatividade, a arte e a doença, em particular a doença bipolar^{1,2}. A escritora Virginia Woolf é o clássico exemplo de autores com o diagnóstico de doença bipolar que usavam as suas obras para relatar a sua experiência psicopatológica^{1,3,4}. Woolf nasceu como Adeline Virginia Stephen, a 25 de Janeiro de 1882, em Londres e na sua vida profissional foi escritora, ensaísta, ativista e editora¹. Ao longo da sua vida brindou os seus leitores com obras que se tornaram emblemáticas e descreviam as suas alterações de humor¹. Foi sem dúvida, uma das escritoras mais importantes do século XX^{1,3,5}.

Tendo como objeto de estudo o clássico romance *Mrs Dalloway*, pretende-se explorar a presença de aspetos ligados à história pessoal de Virginia Woolf, assim como a vivência do tempo e as alterações psicopatológicas recriadas nesta obra literária.

Mrs Dalloway – O Romance

As obras de Virginia Woolf representam uma referência na literatura universal, marcada pelo surgimento de um novo formato na arte de escrever, designado de fluxo de consciência ^{1,6}. Pela sua riqueza fenomenológica trata-se de um objeto de estudo na literatura psiquiátrica ^{1,4}. A sua capacidade de introspecção e escuta do próprio pensamento, permitiu-lhe traduzir as suas experiências de vida e sofrimento psíquico através dos vários personagens da sua obra ^{3,4}.

Mrs Dalloway, publicado em 1925, é um romance que se destaca dos esquemas vitorianos predominantes, pela temporalidade da ação estar limitada a um único dia ^{1,4}. A narrativa desenvolve-se em torno da preparação de uma festa presenteada pela personagem Clarissa Dalloway para a aristocracia britânica ^{1,7}. Enquanto o leitor absorve as palavras da autora, penetra e vivencia a consciência das várias personalidades do enredo, tendo acesso aos mais íntimos pensamentos de cada um deles ^{1,3}.

Paralelamente à experiência psicopatológica providenciada por cada personagem, a autora coloca-se no papel de narrador e oferece ao leitor a possibilidade de vivenciar a ação através da sua percepção. A doença mental assume então uma posição ativa na história, o que faz desta umas das suas obras mais marcantes ^{1,3,4}.

Virginia aborda a sua patologia não apenas na posição de doente, mas também como um observador que explora a profundidade e qualidade da mesma como uma forma de desafiar as suas potencialidades ².

Ademais, a autora usa *Mrs Dalloway* para retratar outros aspetos da sua vida, como a sua ideologia, sexualidade, feminismo e o papel da mulher na sociedade inglesa vitoriana ^{2,5,8}.

A identificação de Virginia Woolf com a personagem de Mrs Dalloway, fez com que fosse referida gentilmente como Mrs Dalloway por parte dos seus familiares ¹. Este romance pode então ser considerado uma manifestação completa da autorreflexão de Virginia, que mostra como a autora usava a escrita como forma de lidar com a sua doença e questões vivenciais ^{3,8}.

Mrs Dalloway e a História Pessoal de Virginia Woolf

Virginia começa o livro com a frase “*Mrs Dalloway disse que ela própria iria comprar flores*”, podendo intuir-se a pretensão de envolver o leitor nas suas questões mais pessoais através da narrativa.

Parte da vida pessoal e ideais de Virginia são retratadas através da personagem Clarissa Dalloway, esposa de um político inglês, Richard Dalloway, num retrato da sociedade patriarcal e conservadora da época, marcada por espaços de dominação, de hierarquias e conquistas desiguais, algo que visceralmente criticava ^{1,3,4,7}.

As intervenções de Mrs. Dalloway nesses espaços seriam uma tentativa de inserção, inclusão, uma possível alteração da limitação e da exclusão do feminino ⁸. A própria Virginia não teve oportunidade de estudar numa universidade nem ir a uma biblioteca sem a companhia de alguém do sexo masculino ⁸. O próprio título do livro aponta para a perda de identidade de Clarissa, que por ser mulher, é conhecida não pelo seu nome, mas sim pelo apelido do marido ⁵.

A sexualidade e o casamento também são temas presentes na narrativa, muitas vezes abordados de forma negativa ou controversa ^{1,7,8}.

Através do afeto de Peter Walsh por Clarissa e da relação desta com Sally Seaton (que representa a sua amiga Madge Vaughn, por quem se sentia atraída), Virginia recria a sua visão feminista e rebelde, que contrasta com a ideia pré-concebida de que a sexualidade feminina é monogâmica e heterossexual, traduzindo a sua própria ambiguidade sexual ^{4,5,7}. Em contrapartida, pode ser observado em Clarissa a perfeita dona de casa tradicional, transmitindo a ideia de que o papel da mulher é cuidar da casa, dos filhos e de assuntos

ligados à religião, enquanto que, ao homem são atribuídas responsabilidades relacionadas com negócios e questões políticas^{4,5}.

Mrs. Dalloway e a Psicopatologia de Virgínia Woolf

Virgínia teve o seu primeiro episódio depressivo após a morte da sua mãe, aos 13 anos de idade, em 1895¹. Seguiram-se vários episódios maníaco-depressivos psicóticos e pelo menos duas tentativas de suicídio, até à sua consumação a 28 de Março de 1941, por afogamento no rio Ouse em Lewes^{1,4}.

Em *Mrs Dalloway*, a autora flutua entre sanidade e insanidade, com recurso ao fluxo da consciência, que pode ser considerado uma expressão do taquipsiquismo e fuga ideativa que costumava apresentar em fases de descompensação maníaca^{1,3,4,6}.

Septimus Warren Smith, ex-combatente da 1ª Guerra Mundial, parece ser a representação da fase de descompensação psicopatológica de Virgínia e Clarissa, a sua versão eutímica. Ao colocar a génese da loucura de Septimus como uma resposta a um evento traumático, Virgínia demonstra a crença que tinha da influência dos seus eventos de vida nas suas descompensações^{1,7,9}. Virgínia teve um passado traumático, pautado por perdas sucessivas de figuras familiares de suporte e posterior abuso sexual^{1,9}. Autores acreditam que estes eventos juntamente com a relação pouco afetuosa que teria com o seu pai, condicionaram a sua sexualidade e ideais^{1,4}.

Assim como Virgínia nos seus estados maníacos, Septimus apresentava ideias delirantes de grandiosidade, considerando-se o maior homem da humanidade, o responsável pela fundação de uma nova religião que iria renovar a sociedade, devendo trazer “*a maior mensagem do mundo*”. Apresentava também ideação delirante paranóide, além de atividade alucinatória auditiva e falsos reconhecimentos. Nos enxertos que se seguem são apresentados alguns trechos do romance *Mrs Dalloway*, em que as alterações psicopatológicas descritas estão representadas.

“[...] Ele, Septimus, estava sozinho, fora convocado antes da massa humana para ouvir a verdade... Há um Deus. Mudar o mundo. Publicar (escreveu por baixo) [...] ele que era o maior entre os humanos, Septimus, recém-chegado da vida para a morte, o Senhor que viera para renovar a sociedade...” – Ideação delirante de grandiosidade^{10, p.26,27}

“Esperava. Escutava. Um pardal, pousado na grade em frente, piou, Septimus, Septimus, quatro ou cinco vezes, e, cascadeando as suas notas, continuou a cantar, alto, com frescor, em palavras gregas, que o crime não existe e, tendo chegado outro pardal, cantavam ambos, com voz prolongada e penetrante, em grego, entre as árvores do prado da vida, à margem de um rio onde passeavam os mortos, que a morte não existe. “[...] Tornava-se cada vez mais estranho. Dizia que havia gente a falar por detrás das paredes do quarto... riam dele, chamavam coisas horríveis [...] O mundo inteiro bradava: Se mate, se mate, pelo nosso bem [...] Foi naquele momento (Rezia saíra às compras) que sucedeu a grande revelação. Uma voz falou de trás do biombo. Evans falava-lhe. Os mortos estavam com ele.” - Atividade alucinatória auditiva^{10, p.26,62,85}

“[...] Mas algo afastou os galhos. Um homem de cinza caminhava na direção deles. Era Evans! Mas não estava coberto de lama; não tinha ferimentos; não havia muda do nada... Ele estava a falar sozinho, ele estava sobressaltado, aquele homem havia de tê-lo notado. Estava a olhar para eles [...]” - falsos reconhecimentos^{10, p.65}.

“Em suma, a natureza humana estava no seu encaixo. Holmes estava no seu encaixo. Holmes vinha regularmente todos os dias [...] Holmes persegui-lo-ia. A única salvação era escapar-se, sem que Holmes o soubesse; para Itália, para qualquer parte... longe de Holmes” - Ideação delirante paranóide^{10, p.85}.

A insatisfação de Virginia em relação aos tratamentos psiquiátricos disponíveis na época também está patente em *Mrs Dalloway*, através da interação de Septimus e Rezia com os médicos, Dr. Holmes e Sir William Bradshaw. As descrições que a autora faz, passam a imagem de que os Psiquiatras (na altura chamados de alienistas) desvalorizavam os sintomas e tinham pouco a oferecer, além de recomendar repouso e internamento ⁹.

Mrs. Dalloway e a Vivência do Tempo

A vivência do tempo é um dos principais aspetos do romance *Mrs Dalloway*, o qual é marcado desde o início até ao fim da narrativa pelo tempo objetivo, representado pelo soar do BigBen, cuja função é organizar objetivamente a vivência concreta dos personagens no quotidiano, no qual aparentemente pouco acontece ^{1,6}.

A consciência das personagens torna-se o elemento principal da narrativa, traduzindo um tempo anímico e psicológico intenso, em que o curso se relaciona com as vivências, o presente e o passado misturam-se continuamente, revelando uma íntima relação entre o tempo e a subjetividade presente no romance ^{1,6}.

Em diversos momentos da história, pode-se encontrar os personagens perdidos nos seus pensamentos, a reviver histórias antigas ou expectativas, quando as batidas das horas os despertam para a vivência exterior.

“[...] Era precisamente meio-dia; meio-dia marcava o BigBen, cuja badalada reverberava pelo norte de Londres; diluída junto às badaladas de outros relógios, em uma mistura etérea, suave, com as nuvens e fiapos de fumaça dissipando-se lá no alto por entre as gaiotas” ^{10, p.86}.

Desaparecem em *Mrs. Dalloway* a perspectiva panorâmica e a presença do narrador¹. Não há mais uma realidade, há diferentes perspetivas ^{1,6}. Conhece-se o mundo subjetivo de cada personagem e como eles se cruzam entre si num fluxo intersubjetivo⁶. Os pensamentos num fluxo contínuo, aparecem, desaparecem e retornam, podendo ser estimulados por estímulos sensoriais e são descritos numa instância por vezes desordenada, fragmentada e impressionista⁶. Este aspeto da narrativa ilustra a intensidade do tempo vivido, que se distancia da objetividade temporal e mergulha os personagens num turbilhão de vivências, em que presente, passado e futuro se misturam e se constituem mutuamente ^{1,6}.

Conclusões

A intensa vida de Virginia Woolf reflete-se nos seus textos e na construção das suas histórias, sendo também marcada pela iminência de episódios maníaco-depressivos e psicóticos até a sua morte por suicídio aos 59 anos de idade. Woolf deixa um legado narrativo que serve de inspiração para os seus leitores e que se faz presente até os dias atuais.

Através das suas obras, em particular *Mrs Dalloway*, infere-se que Virginia usava a escrita como uma ferramenta terapêutica, externalizando emoções e recriando o seu sofrimento e vivência psíquica nos seus personagens.

No decorrer do romance, percebemos que as descrições elaboradas por Virginia Woolf resgatam a vivência do tempo, que atravessa a totalidade da dimensão do ser e é retratada como fundo que sustenta a construção de todos os seus personagens.

Referências bibliográficas

1.Cordás, T. A., Marchetti, R. L. (2011). *Quem tem medo de Virginia Woolf? Psicopatologia, tempo e criatividade em Mrs. Dalloway*. Revista Psiquiatria Clínica, 38(6), 261-264.

2. Johnson, S. L., Murray, G., Fredrickson, B., Youngstrom, E. A., Hinshaw, S., Bass, J. M., Deckersbach, T., Schooler, J., & Salloum, I. (2012). *Creativity and bipolar disorder: touched by fire or burning with questions?* Clinical psychology review, 32(1), 1–12.
3. Ghalandari, S.S.A & Jamili, L.B. (2014). *Mental Illness and Manic-Depressive Illness in Virginia Woolf's Mrs. Dalloway*. Journal of Novel Applied Sciences Journal, 3(5), 482-489.
4. Nieto, R.G. (2004). *Virginia Woolf: Caso Clínico*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria, (92), 69-87. Acedido em Julho de 2021 em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400005&lng=es&tlng=es.
5. Long, C. (2017). *Reclaiming Identity-Sexuality in Virginia Woolf's Mrs. Dalloway*. Literary Cultures, 1(1).
6. Souza, C.P., Moreira, V. (2020). *O Tempo vivido em Mrs. Dalloway à Luz da Fenomenologia de Merleau-Ponty*. Psicologia: Ciência e Profissão, 40(2), 1-11.
7. Schwarz, D. R. (2005). Woolf's Mrs Dalloway: Sexual Repression, Madness, and Social Form, *Reading the Modern British and Irish Novel 1890–1930* (188-212). New York: John Wiley and Sons.
8. Oliveira, J.L.S. (2018). *The imprisoned angel in the house: an analysis of Virginia Woolf's Mrs Dalloway in a dramatist and feminist perspective*. Dissertação, Universidade Federal do Pampa, Bagé, Brasil.
9. Mansfield R. (2010). Medicine and the arts. Mrs. Dalloway: [excerpt] by Virginia Woolf. Commentary. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(3), 496–497. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181cd62b9>.
10. Woolf, V. (2020). *Mrs. Dalloway*. (12º ed.) Porto Editora: Livros do Brasil.

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**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

*Interno de Formação Específica de Psiquiatria; **Assistente Graduada de Psiquiatria

Emails:salomemouta@gmail.com; isasoares20@hotmail.com;

sara.if.ramos01@gmail.com; bianca_rtj@hotmail.com; joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt; diana.sousa@ulsguarda.min-saude.pt; mariafontes@gmail.com

Resumo

Marilyn Monroe foi uma distinta modelo, atriz e cantora que rapidamente se tornou um marcante *sex symbol*. Apesar da sua aparência estonteante, sofria de uma privação emocional severa, com recursos limitados para escapar aos fantasmas do passado. Marilyn nunca foi diagnosticada com uma patologia psiquiátrica específica. Contudo, tendo em conta as recorrentes depressões e relacionamentos instáveis, bem como a identidade dissociativa, instabilidade emocional e impulsividade, muitos especialistas acreditam que sofreria de Perturbação de Personalidade *Borderline*. Este diagnóstico é suportado pela história de consumos abusivos de álcool e medicação e pelas diversas tentativas de suicídio. Muitos fatores podem ter influenciado o estado psicológico de Marilyn, tais como os antecedentes familiares de patologia psiquiátrica e a infância passada em orfanatos e lares adotivos onde foi maltratada e sofreu abusos sexuais. Assim, propomos uma abordagem a aspetos da vida da artista que sugerem o desenvolvimento de patologia psiquiátrica e risco de suicídio.

Abstract

Marilyn Monroe was a distinguished model, actress and singer who quickly became an outstanding sex symbol. Despite her stunning appearance, she suffered from severe emotional deprivation, with limited resources to escape the ghosts of the past. Marilyn was never diagnosed with a specific psychiatric condition. However, given the recurrent depressions and unstable relationships, as well as dissociative identity, emotional instability and impulsiveness, many experts believe that she suffered from Borderline Personality Disorder. This diagnosis is supported by the history of alcohol and medication abuse and by several suicide attempts. Many factors may have influenced Marilyn's psychological state, such as a family history of psychiatric pathology and childhood spent in orphanages and foster homes where she was mistreated and sexually abused. Thus, we propose an approach to aspects of the artist's life that suggest the development of psychiatric pathology and suicide risk.

Palavras-chave: Marilyn Monroe; saúde mental; perturbação de personalidade *borderline*; suicídio

Introdução

A coexistência de intensas variações de humor num indivíduo já teria sido reconhecida por Homero, Hipócrates e Areteu. Mais tarde, Théophile Bonet utilizou o termo “folie maniaco-mélancolique” para descrever a instabilidade do humor que seguia um curso imprevisível. Outros escritores observaram o mesmo padrão, incluindo C. Hughes e J. C. Rosse, que o apelidou de perturbação “insanidade borderline”. Em 1921, Kraepelin identificou uma “personalidade excitável” que se aproximava bastante das características

atualmente aceites para o diagnóstico de Perturbação de Personalidade Borderline (PPB). Contudo, foi apenas em 1980 que a PPB foi incluída como um diagnóstico de perturbação de personalidade com a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*.

Assim, face à impulsividade marcada e instabilidade nos afetos, nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem que caracterizam a PPB, existem aspetos da vida atribulada de Marilyn Monroe que nos levam a questionar se a atriz poderia sofrer desta perturbação.

Breve Biografia

Nascida em Los Angeles a 1 de junho de 1926, Norma Jeane Mortenson era a terceira filha de Gladys Pearl Monroe. Antes do seu nascimento, a mãe já se tinha separado duas vezes (de John Newton Baker e Edward Martin Mortensen) e os seus irmãos viviam com o respetivo pai, Baker, no Kentucky desde o divórcio de Gladys. Norma nunca conheceu o pai e a sua identidade permanece desconhecida, tendo sido utilizados os apelidos “Baker” e “Mortensen” em registos públicos ao longo da sua infância.

Até junho de 1933, Norma viveu com uma família adotiva (Albert e Ida Bolender), até a sua mãe reunir condições financeiras para a acolher. No entanto, poucos meses mais tarde, no início de 1934, Gladys foi hospitalizada e diagnosticada com Esquizofrenia Paranoide, tendo passado o resto da sua vida institucionalizada e com contacto escasso com a filha.

Após este episódio, Norma passou a sua infância e adolescência em orfanatos e lares adotivos, onde terá sido várias vezes maltratada, inclusivamente sofrendo abusos sexuais. Alguns relatos revelam que, nesta época, a artista sofreria de dislexia, insónia e ansiedade. Aos 16 anos de idade (1942), Norma casou com James Dougherty (presumidamente para escapar ao ambiente abusivo que vivia num lar adotivo) e abandonou os estudos para se tornar “dona de casa”.

Posteriormente trabalhou como operária fabril, emprego que abandonou em 1945 para se tornar modelo após conhecer o fotógrafo David Conover numa visita que este realizou à fábrica para fotografar imagens moralizadoras de trabalhadoras do género feminino.

Com o intuito de atrair mais atenção publicitária e obter trabalho mais facilmente, optou por pintar o seu cabelo de loiro e, ao ingressar numa agência de atores em 1946, adotou o nome artístico “Marilyn Monroe”. Neste mesmo ano, assinou contrato com a *20th Century-Fox* e iniciou a sua carreira como atriz.

Desde então, a popularidade e carreira de Marilyn cresceram progressivamente de forma a que a artista se tornou num ícone de Hollywood. Monroe foi uma modelo, atriz e cantora distinta, que rapidamente se tornou conhecida como um grande *sex symbol*. Estrelou um grande número de filmes de sucesso até ao início dos anos 1960, que arrecadaram centenas de milhões de dólares desde a sua estreia em 1950.

Contudo, o tempo relativamente curto que passou no centro das atenções foi repleto de escândalos, sexualização e sensacionalismo e os seus últimos anos de vida foram marcados por um severo declínio da sua carreira e do seu estado de saúde mental.

Marilyn foi encontrada morta pelo seu psiquiatra Ralph Greenson, na madrugada de 5 de agosto de 1962 no seu quarto (na sua casa em Los Angeles) com frascos de medicamentos vazios junto à cama. A análise toxicológica concluiu que a causa da sua morte terá sido intoxicação por barbitúricos (a atriz apresentava níveis elevados destes fármacos a nível sanguíneo e hepático) e a possibilidade de *overdose* accidental foi descartada pois as doses encontradas no seu organismo excediam largamente o limite letal. Este facto, aliado à falta de qualquer indício de crime, levaram à classificação da sua morte como um provável suicídio.

Vida Amorosa

Marilyn teve um total de três casamentos fracassados. Em 1946 pôs fim ao seu casamento com James Dougherty uma vez que este não apoiava a sua carreira profissional enquanto modelo. A atriz chegou a descrever esta relação como “entediante” e a referir que o casamento “não a deixou triste, mas também não a fez feliz”.

No início do ano 1952, começou um romance com o jogador de basebol Joe DiMaggio, uma das personalidades do desporto mais famosas da época, com quem viria a casar dois anos mais tarde. Contudo, o casamento terá durado apenas 9 meses, marcados por violência física e verbal, ciúmes e atitude controladora por parte do desportista. A atriz manteve o seu relacionamento com DiMaggio durante o processo de divórcio e desenvolveu casos com o ator Marlon Brando e o dramaturgo Arthur Miller, tendo este último relacionamento culminado no divórcio de Miller da sua esposa e posterior casamento com Marilyn em 1956. O casal ter-se-á divorciado em 1960, quando Marilyn se deparou com uma carta secreta escrita por Miller que afirmava sentir-se desapontado e envergonhado por estar casado com ela.

Monroe também teve vários casos breves e condenados ao fracasso com celebridades. Consta que, durante a produção do filme musical *Ladies of the Chorus* (1948), teve um caso com o seu preparador vocal, Fred Karger, que lhe pagou uma correção dentária. Mais tarde, Marilyn tornou-se a “protegida” e amante de Johnny Hyde, o vice-presidente da agência de talentos William Morris, que também foi responsável por lhe pagar alguns procedimentos estéticos. Por volta do ano de 1951, teve um curto relacionamento com o diretor cinematográfico Elia Kazan e casos breves com vários outros homens, incluindo o diretor Nicholas Ray e os atores Yul Brynner e Peter Lawford. Acredita-se que também manteve um caso amoroso com o ator Tony Curtis e que terá engravidado deste. Em 1959, voltou a estrelar na comédia musical *Let's Make Love* e teve um caso extraconjugal com o co-protagonista Yves Montand. Começou um relacionamento com Frank Sinatra em 1961 e julga-se que, nos últimos 2 anos da sua vida, teve um caso com o presidente americano Robert F. Kennedy.

Existem rumores de que Monroe optou por realizar várias interrupções voluntárias da gravidez ao longo da sua vida. No entanto, apesar da sua própria educação disfuncional, a atriz desejava ter um filho assim que se casou com Miller em 1956, mas infelizmente nunca foi capaz de levar uma gravidez a termo. Durante o casamento, teve dois abortos espontâneos e uma gravidez ectópica entre 1956 e 1958, e embora o abuso de substâncias pudesse ter causado alguns dos problemas ginecológicos e obstétricos que Marilyn experimentou, a artista também sofria de endometriose.

Fragilidades e Declínio

Apesar do seu trabalho árduo e determinação para atingir o estrelato em Hollywood, Marilyn Monroe sofria de um terrível medo do palco, e no início da sua carreira, os professores da escola de teatro consideravam-na muito tímida e insegura para ter um futuro como atriz. Monroe ficava tão nervosa antes das filmagens de cada cena que chegava a ter erupções cutâneas. Custava-lhe decorar as falas e esquecia-se dos requisitos técnicos, como atuar na posição correta. Esses problemas faziam com que os editores muitas vezes tivessem que recorrer à edição de vários *takes* para formar uma cena aproveitável.

Constava que era difícil trabalhar com Marilyn, o que terá piorado progressivamente ao longo da sua carreira: chegava consecutivamente atrasada ou não aparecia, era pouco produtiva, não se lembrava das falas nem dos gestos que devia encenar, exigia que as suas cenas fossem regravadas diversas vezes antes de ficar satisfeita com o seu desempenho e era muito dependente dos preparadores de atuação.

Tais problemas motivaram diversos conflitos no seu trabalho (como, por exemplo, os seus despedimentos) e foram atribuídos a uma combinação de perfeccionismo, baixa autoestima e medo do palco. Todas estas questões parecem ter promovido e agravado sintomas de depressão e ansiedade, bem como o consumo de barbitúricos, anfetaminas e álcool como método para aliviar o seu estado psicológico.

De acordo com várias fontes, Marilyn Monroe inicialmente terá sido medicada com analgésicos fortes na tentativa de controlar as dores resultantes da endometriose, e barbitúricos e outros sedativos para a insónia. Face aos problemas que enfrentava, a atriz começou a apresentar uma perturbação de abuso de substâncias: tomava medicação para a insónia regularmente, bebia álcool de forma exagerada e consumia drogas no estúdio - a sua dependência tornou-se tão grave que a maquilhagem geralmente tinha que ser aplicada enquanto ainda estava sob o efeito de barbitúricos.

Conforme o seu estado de saúde mental se ia degradando, Marilyn chegou a ser internada algumas vezes em hospitais psiquiátricos e, segundo os biógrafos, foram várias as tentativas de suicídio ao longo da sua vida: duas tentativas aos vinte anos; após a morte de Johnny Hyde Marilyn sofreu uma *overdose* por barbitúricos e deixou uma nota de suicídio; possibilidade de até três tentativas de suicídio durante seu casamento com Arthur Miller devido à depressão motivada pelos sucessivos abortos espontâneos; *overdose* de sedativos durante as filmagens de *Some Like It Hot*; *overdose* após se divorciar de Miller. São relatadas tentativas de suicídio até mesmo nas semanas anteriores à sua morte. Posto isto, claramente que o risco de uma das suas tentativas finalmente ter sucesso era muito elevado.

Risco de Desenvolvimento de Doença Mental

Marilyn suportou, ao longo de toda a sua vida, um alto risco de desenvolver psicopatologia e suicídio. Dentro dos fatores de risco apresentados pela atriz, podemos destacar que: passou grande parte da sua infância e adolescência institucionalizada e em lares adotivos sem alguma vez ter conhecido o pai, sofreu abusos sexuais, lidou com um legado familiar de doença mental, lutou contra a ansiedade, depressão e abuso de substâncias, enfrentou uma grande dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais, passou por três casamentos falhados sem nunca conseguir dar à luz o filho que tanto desejava, perdeu o emprego e tentou acabar com a própria vida em diversas ocasiões, entre outros aspetos traumáticos.

Perturbação de Personalidade *Borderline*

Inserida no grupo de Perturbações da personalidade *Cluster B* (teatral/emotivo/errático), a Perturbação de Personalidade *Borderline* é caracterizada por um padrão inflexível de instabilidade dos afetos, das relações interpessoais e da autoimagem, bem como desregulação do pensamento e comportamentos impulsivos.

Múltiplos fatores parecem contribuir para o desenvolvimento desta perturbação. A maioria dos estudos parecem concordar que um ambiente familiar instável, traumas e sentimentos de abandono na infância, história de abuso físico e sexual, negligência e separação ou perda de uma figura parental são comuns entre estes doentes e preveem o desenvolvimento de PPB. Para além disso, é igualmente sabido que, o componente genético desempenha um papel importante no desenvolvimento de patologia psiquiátrica. Deste modo, facilmente conseguimos detetar aspetos da vida de Marilyn Monroe que a conduziram a um estado psicológico disfuncional: vários elementos da sua família materna sofriam de doença psiquiátrica, nomeadamente a sua mãe, tio, avó e bisavô (que terá mesmo chegado a cometer suicídio); e Marilyn teve uma infância marcada por abandono e abusos, sem nunca ter conhecido o seu pai.

Embora nunca tenha sido diagnosticada com uma patologia psiquiátrica específica, são evidentes as características de Marilyn compatíveis com Perturbação de Personalidade *Borderline*, tal como seguidamente sugerido.

É comum os doentes com PPB exibirem incertezas e perturbações de identidade, com insegurança quanto ao seu valor pessoal e autoimagem ou sentido de identidade persistentemente instáveis. Norma Jean reinventou-se como Marilyn Monroe na tentativa de obter o amor e atenção que tanto ansiava e dos quais permanecera privada durante toda a infância.

A dificuldade em controlar a raiva e a instabilidade emocional em reação a eventos do dia-a-dia são muito marcadas, reagindo com irritabilidade ou tristeza às situações (sentimentos esses que muito rapidamente oscilam com a calma ou alegria). Existem diversos relatos de pessoas que conheciam a atriz que descrevem precisamente o seu humor instável e “temperamento difícil” que alimentavam a arduidade em trabalhar com ela.

Geralmente apresentam uma extrema sensibilidade à rejeição, evitamento do abandono real ou imaginário e relações interpessoais intensas e instáveis. Não aceitam pequenas críticas e são frequentemente conflituosas, o que leva a uma grande dificuldade em estabelecer relações saudáveis e, conseqüentemente, a separações e perdas que têm dificuldade em aceitar, sentindo-se desprezadas e abandonadas (suscitando crises emocionais). Este padrão vai de encontro aos três casamentos fracassados de Marilyn e aos seus múltiplos casos amorosos, assim como ao sofrimento causado por algumas das separações.

Os sentimentos crónicos de vazio são igualmente descritos como parte integrante desta perturbação e, segundo partes recuperadas do diário de Marilyn, o vazio era constante e repetido na sua vida.

Por outro lado, a PPB está frequentemente associada a outras perturbações, como a depressão ou a ansiedade, também elas compatíveis com sintomatologia apresentada pela artista em algumas fases da sua vida.

A impulsividade manifestada por estes doentes é potencialmente autodestrutiva ocasionando, por exemplo, perturbações alimentares, gastos excessivos, sexo desprotegido, abuso de substâncias, condução imprudente, etc. O abuso de substâncias e os múltiplos casos amorosos de curta duração são temas significativos quando falamos acerca de Marilyn Monroe.

É ainda de referir os frequentes e recorrentes comportamentos autolesivos e suicidas que caracterizam esta perturbação. Tal como mencionado anteriormente, a atriz cometeu várias tentativas de suicídio ao longo dos anos.

Posto isto, todas as características de Marilyn supracitadas parecem ser altamente compatíveis com o diagnóstico de Perturbação de Personalidade *Borderline*, o que nos leva a crer que a estrela de Hollywood sofreria desta patologia.

Suicídio

Torna-se também relevante refletir acerca de aspetos associados a um elevado risco de suicídio e que possam ter influenciado este comportamento em Marilyn.

Um fator de risco importante é a doença (real ou imaginária) e, como referido anteriormente, a artista efetivamente sofreu problemas de saúde, sobretudo ginecológicos. Divórcio, separação e *stress* familiar também contribuem para o risco suicidário e sem dúvida alguma que estes eventos foram uma constante na vida da atriz (o seu último divórcio terá mesmo ocorrido apenas cerca de um ano e meio antes da sua morte).

No que respeita à predisposição suicida provocada pela morte ou doença terminal de um parente ou amigo, podemos recordar o estado psicológico abalado e a tentativa de suicídio de Marilyn aquando da morte do seu amante Johnny Hyde.

Perda de emprego, casa, dinheiro, *status* social, autoestima ou segurança pessoal podem também levar ao suicídio e, neste caso, é pertinente relatar que Marilyn falecera com pouco dinheiro no banco e, pouco antes da sua morte, ela havia sido despedida, processada e difamada pelo estúdio onde trabalhava.

Como é do conhecimento geral, os estudos têm associado perturbações depressivas e de ansiedade com risco aumentado de tentativa de suicídio e, face a todas as adversidades que enfrentava, muito provavelmente Monroe encontrava-se deprimida durante os últimos meses da sua vida. Embora muitos relatórios digam que estava a começar a sentir-se melhor no momento de sua morte, é de salientar que os estágios iniciais da recuperação da depressão podem ser um período de alto risco.

Outro fator de risco significativo é o abuso de álcool ou drogas e, como sabemos, a atriz tinha um problema com drogas de prescrição e era conhecida por utilizar a combinação potencialmente letal de álcool e medicamentos sedativos.

Deste modo, é inegável que Marilyn Monroe reunia várias condições promotoras tanto do desenvolvimento de psicopatologia como de um alto risco de suicídio.

Conclusão

A verdadeira tragédia da vida de Marilyn Monroe é que se tratava de uma pessoa frágil e com uma história complexa, que encontrou a fama, mas nunca o verdadeiro amor nem a estabilidade.

Depois de longos anos combatendo as adversidades, na noite de 4 de agosto de 1962, a luta de Marilyn chegou ao fim quando, tragicamente, pôs termo à própria vida, com apenas 36 anos de idade. Apesar de todo o seu sucesso enquanto artista de cinema, Monroe morreu sem ninguém a quem recorrer ou convencê-la do seu valor.

Deste modo, é natural imaginar o que poderia ter sido diferente se Marilyn Monroe vivesse nos dias de hoje e acreditar que, se assim fosse, teria ao seu dispor um melhor suporte no que respeita a cuidados de saúde mental, o que muito provavelmente poderia evitar um desfecho tão trágico.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). Borderline Personality Disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5ª edição), (pp. 663-666). Arlington, Va.

Wikipedia. (2021). Borderline personality disorder. *En.wikipedia.org*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em https://en.wikipedia.org/wiki/Borderline_personality_disorder#History. <https://www.atlasdasauade.pt/artigos/perturbacao-de-personalidade-borderline>

NIMH. (2017). Borderline Personality Disorder. *National Institute of Mental Health*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder>.

Blum, H. (2018). Marilyn Monroe-What You Didn't Know About Her Journey with Mental Illness. *H2H*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://halfway2hannah.com/2018/07/19/marilyn-monroe-what-you-didnt-know-about-her-journey-with-mental-illness/>.

Bla Writing. Marilyn Monroe and Mental Illness. *Bla Bla Writing*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://blawriting.com/marilyn-monroe-and-mental-illness-essay>.

PsychReel. (2021). Marilyn Monroe: Did She Have Borderline Personality Disorder? *PsychReel*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://psychreel.com/marilyn-monroe-borderline-personality-disorder/>.

Rambeau, L. (2016). Marilyn Monroe And The Mental Illness We Don't Talk About. *Affinity Magazine*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <http://affinitymagazine.us/2016/02/23/2016223cultural-icons-and-mental-illness/>.

Wilhelmina, K. (2012). Marilyn Monroe Mental Illness. *Chatterbusy*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://chatterbusy.blogspot.com/2012/03/marilyn-monroe-mental-illness.html>.

Heisler, M. (2014). A Psychological Analysis of Marilyn Monroe. *makaylaheisler*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://makaylaheisler.wordpress.com/2014/06/08/a-psychological-analysis-of-marilyn-monroe/>.

Palace, S. (2019). Marilyn Monroe was Allegedly Committed to a Mental Asylum Against her Will. *The Vintage News*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://www.thevintagenews.com/2019/10/14/marilyn-monroe/>.

Borrelli, C. (2018). Marilyn Monroe—What We Can Learn From Her Life and Mental Health Struggles. *bpHope*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://www.bphope.com/blog/marilyn-monroe-what-we-can-learn-from-her-life-and-mental-health-struggles/>.

Martindale, L. (2018). Mental Health & Marilyn - the private pain of one of cinema's greatest stars. *Epigram*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://epigram.org.uk/2018/12/05/mental-health-marilyn-monroe/>.

Lavender, N. (2020). The Tragic Real-Life Story Of Marilyn Monroe. *Grunge*. Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://www.grunge.com/267638/the-tragic-real-life-story-of-marilyn-monroe/>.

Marilyn Monroe: The Psychological Portrait of a Broken Doll. *Exploring your mind*. (2016). Acedido a 27 de novembro de 2021, em <https://exploringyourmind.com/marilyn-monroe-psychological-portrait-broken-doll/>.

“PIECES OF A WOMAN”: UMA REVISÃO DA VINCULAÇÃO E DO TRAUMA PERINATAL

Márcia Rodrigues*; Graça Fernandes**

Centro Hospitalar Universitário do Porto

*Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência;

**Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência,

Email: marcia.sa.rod@gmail.com; gfernandes.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Resumo

O filme “Pieces of A Woman” (2020) retrata a história de um casal que aguarda o nascimento da primeira filha e vê a sua relação transfigurar-se após a morte neonatal no decorrer de um parto humanizado. A ênfase nas consequências psicoafectivas e na interação fantasmática que preenche a vida do casal subsequentemente é a base da narrativa. As teorias psicanalíticas entendem a vinculação pré-natal como um processo no qual a energia psíquica da grávida é emocionalmente investida no feto. Segundo Winnicott (1956) no decurso da gravidez desenvolve-se “um estado muito especial: a Preocupação Materna Primária”, uma componente projetiva e de relação profunda com o bebé que permite à mãe atingir um nível de sensibilidade acrescido. A morte do bebé acarreta, portanto, a perda de uma vinculação em evolução. As autoras pretendem esclarecer a vinculação durante a gravidez e as respetivas repercussões traumáticas resultantes da perda perinatal.

Palavras-chave: vinculação, trauma, morte perinatal

Abstract

The film “Pieces of A Woman” (2020) portrays the story of a couple who are waiting for the birth of their first daughter and see their relationship transfigure after neonatal death during a humanized birth. The emphasis on psycho-affective consequences and the phantasmatic interaction that subsequently fills the couple's life is the basis of the narrative. Psychoanalytic theories understand prenatal attachment as a process in which the pregnant woman's psychic energy is emotionally invested in the fetus. According to Winnicott (1956) in the course of pregnancy “a very special state develops: Primary Maternal Preoccupation”, a projective component and a profound relationship with the baby that allows the mother to reach an increased level of sensitivity. The baby's death therefore causes the loss of an attachment. The authors intend to clarify the attachment during pregnancy and the respective traumatic repercussions resulting from perinatal loss.

Key-words: attachment, trauma, stillbirth

Introdução

“Pieces of a Woman”, um filme de 2020 dirigido por Kornél Mundruczó e escrito pela esposa Kata Wéber acerca da sua própria história de aborto, é um retrato do luto materno sentido após a perda neonatal do bebé. A história elucida a vida de um casal que aguarda o nascimento da primeira filha e vê a sua relação transfigurar-se após a morte neonatal no decorrer de um parto humanizado. É patente um especial realce das projecções não só maternas mas também paternas, em todos os domínios da sua vida, que se vêm alterados profundamente.

Este trabalho, tendo por paralelismo a trama real que inspirou o filme, tem por intuito esclarecer as respectivas repercussões traumáticas resultantes da perda perinatal, realçando os fantasmas parentais e luto estabelecido já que a perda neonatal se assume como uma experiência emocional carregada de sentimentos de fracasso, desesperança, de perda do self e de auto-confiança.

Pieces of a Woman

Pieces of a Woman, filme americano de 2020, cujo diretor é Kornél Mundruczó, retrata a história baseada em factos reais, de um casal que aguarda o nascimento da primeira filha e vê a sua relação transfigurar-se após a morte neonatal no decorrer de um parto humanizado. Vanessa Kirby como Martha Weiss, no papel de grávida e futura mãe, concretizada durante breves minutos, assume um papel de intenso sofrimento, personificado na sua interação com o companheiro, Shia LaBeouf como Sean Carson. Também a mãe de Martha, como avó em luto, papel dramatizado por Ellen Burstyn, é caracterizada como uma figura imponente: os traços de dominadora e intrusividade que tenta realizar na relação da filha, tentando modular o comportamento do casal são uma das narrativas mais influentes do ponto de vista dinâmico e sistêmico.

A narrativa realça as consequências da escolha do parto humanizado com recurso a uma *doula*, que se assume como um importante stressor e momento incontornável na evicção da morte perinatal. O filme metaforiza e simboliza igualmente, de forma sensível e dinâmica, a passagem do tempo e a distância física, sendo a imagem mais óbvia a da ponte que surge desde o início da trama e que se traduz como o plano de fundo não só das datas que se observam mas como do distanciamento progressivo do casal. O inerente processo médico-legal que se segue ao parto e morte do bebé contribui de igual forma para a oposição e conflitualidade do casal que se vê deparado com diversas questões: a doação científica do corpo para investigação, as questões do funeral e escolhas conjugais futuras. A morte do bebé acarreta também a negação pulsional e impossibilidade de levar a termo qualquer tentativa de aproximação amorosa e física do casal, culminando na traição por parte do companheiro. O luto familiar, em especial o da mãe, é incrivelmente impactante através da evocação de um niilismo no puerpério, denegação e vazio emocional que preenchem uma dor silenciosa e que se ramifica sobre um corpo em lactogénese mas sem o seu objeto de satisfação, traduzindo-se numa baixa ressonância afetiva e paralisia emocional.

O simbolismo feminino a par de recordações infantis surge também ao longo do filme, surgindo em vários contextos a sublimação e metaforização de uma maçã como símbolo feminino e de recordação infantil da mãe durante o processo de luto. O bebé que a mãe conheceu no pós-parto tinha cheiro de maçã, pelo que esta se recorda desta memória nas idas ao supermercado. A importância deste símbolo materno evolui ao ponto de esta semear, em casa, e cuidadosamente novas sementes, o que encontra eco na própria fisiologia feminina que, natural ou artificialmente, cultiva também suas próprias sementes. De forma complementar, a criança pode ser metaforicamente entendida como fruto do ventre feminino, surgindo no final do filme o momento de aceitação do objeto perdido precisamente através da recordação infantil de brincar junto de uma macieira.

Vinculação pré-natal

O período perinatal acarreta a expectativa de um período considerado como prazeroso para o casal, sendo um período de transformação física e psíquica para a mulher que progressivamente e normativamente, à partida, assume ao longo da gravidez o papel de ser mãe como parte também da sua fonte de identidade, orgulho e sucesso.^(1,2)

Do ponto de vista da vinculação, Bowlby conceptualizou a vinculação humana como um sistema de comportamentos evolutivos necessários à sobrevivência, com início ao

nascimento e que persistem durante a vida adulta, sendo motivados pelo medo, necessidade de afeto, cuidado e exploração. A regulação das interações diádicas de vinculação para Bowlby eram puramente biológicas: a criança necessitava de contacto físico com a mãe para garantir a sobrevivência. Mais tarde, Bowlby realçou os aspectos psicológicos da vinculação mas realçava que esta não era necessariamente motivada pelo inconsciente, afastando-se das teorias psicanalíticas da época.(3,4,5) Por outro lado, Mary Ainsworth acreditava que a vinculação era mais que uma necessidade biológica e incluía a tonalidade afetiva.(6,7) Assim, a Teoria da vinculação, primeiramente definida no período pós-parto, nas últimas décadas começou a ter especial realce também durante a gravidez, assim que esta é conhecida, estando descrito o diálogo com o feto e a unicidade da relação que se estabelece entre a mãe e o bebé.(8) Especificamente, a vinculação pré-natal pode ser definida como um conjunto de emoções, comportamentos e percepções dos pais em relação ao feto, desenvolvendo-se a partir da representação internalizada anterior do feto que ambos os pais adquirem e elaboram durante a gravidez. A vinculação materno-fetal é igualmente um importante requisito para a harmonia e adaptação mãe-bebé.(9) De igual forma, também o próprio padrão individual de vinculação da mulher grávida com a sua mãe é reativado, afetando as suas relações familiares, a aceitação da gravidez e a sua imagem no papel de “mãe”. Uma característica comum a este conceito radica na importância da relação mãe-feto, estando este contexto relacional plenamente desenvolvido e com um pico no 3º trimestre. De facto, a literatura refere que, no final do 2º semestre, a mulher grávida fica consciente do bebé que está a gerar dentro de si e vincula-se de tal forma que exhibe prazerosamente o seu orgulho e afeto.(10,11) O desenvolvimento desta relação é de primordial importância já que influencia a vinculação pós-parto e as primeiras interações mãe-bebé. A extensão em que este envolvimento ocorre representa e objetiva a afiliação primária e interação inconsciente com o bebé que ainda não nasceu, mas já é considerado um objeto real para a futura mãe.(12,13)

As teorias psicanalíticas consideram a vinculação pré-natal como um processo no qual a energia psíquica da grávida é emocionalmente investida no feto, sendo que este se torna “mais humano” para a mulher à medida que a gravidez progride e transforma-se num objeto amado não só como uma extensão do self e como objeto independente.(14) No decurso da gravidez desenvolve-se ainda “um estado muito especial: a Preocupação Materna Primária”, uma componente projetiva, do tipo dissociativo e de relação profunda com o bebé que permite à mãe atingir um nível de sensibilidade acrescido. Simultaneamente, o bebé começa a ser compreendido como um objeto separado, distinto das fantasias, desejos, projeções e atribuições da mãe. Este processo de vinculação, sendo bem sucedido, aumenta desde logo os comportamentos motivacionais da mulher grávida e aumenta as suas capacidades e preparação para responder às necessidades do bebé de forma responsiva.(15) A literatura confirma, de facto, as primeiras suposições psicodinâmicas, realçando como a vinculação pré-natal prediz os comportamentos de vinculação no período pós-parto, sendo que mães com níveis mais elevados de vinculação pré-natal relatam sentir maior quantidade de movimentos fetais.(16) Particularmente, a vinculação da mãe ao feto durante a gravidez promove a mentalização do futuro bebé e do papel de mãe. A mãe tem a tarefa particular de assegurar uma passagem e transformação física e emocional seguras para ela e para o bebé, de assegurar que o bebé é aceite por pessoas significativas para si, além de lhe ser intrínseco o papel de ligação e cuidadora principal na maioria dos casos.(17,18) Desta forma se infere e explica o luto intenso exibido por mães cujo bebé teve uma morte neonatal/ durante o parto, independentemente de ter existido contacto físico com o bebé, já que a morte do bebé acarreta a perda de uma vinculação em evolução. (19)

Trauma resultante da morte neonatal

A perda de um bebê traduz-se como a perda de um objeto amado, idealizado e como uma falha narcísica e do self, de uma oportunidade de ser mãe e pai. Este trauma quando tem por subjacente vários stressores dependentes de escolhas parentais assume-se como especialmente devastador. De facto, uma das componentes fortemente elaboradas em *Pieces of a Woman*, é a escolha de um “parto natural, humanizado”, que abruptamente se pode tornar na sensação iminente de não ter controlo, a confrontação com escolhas em condições de stress e o inerente receio do trauma.

No processo de perda, existe inerentemente um componente contraditório de aceitar a existência do falecimento do bebê (a dor da materialização da sua existência alguns minutos pós-parto) e a consciencialização da inexistência futura (o luto bebê imaginário). A literatura descreve que a morte fetal após as 20 semanas de gestação até ao 1º mês pós-parto implica consequências a longo prazo: apesar da maioria dos casais recuperar do trauma, 15-25% desenvolverá problemas de saúde mental, nomeadamente Perturbação de Stress Pós-Traumático, Depressão e Perturbações de Ansiedade, existindo também risco elevado (20%) de Perturbação de Stress Pós-traumático numa gravidez subsequente. Adicionalmente, a morte neonatal aumenta a probabilidade de luto complicado, sendo identificados como fatores preditores a presença de antecedentes de maus-tratos e a ausência de suporte familiar. Em particular, mulheres que têm contacto físico com o bebê ou que estiveram presentes no funeral apresentam maior probabilidade de desenvolverem Depressão, Perturbações de Ansiedade e Perturbação de Stress Pós-traumático. (20)

Por outro prisma, do ponto de vista dinâmico, a mulher perde parte de si: a parte identificada com o bebê revivida a partir suas projeções e representações internas com a sua própria mãe, com a inerente dor, sofrimento, presença do fantasma do bebê, e a lembrança dolorosa da perda deste. Também as mudanças fisiológicas no corpo da mulher durante o puerpério aumentam o sofrimento: a presença da lactogénese sem o objeto de satisfação traduz-se na lembrança dolorosa da perda do bebê.

O trauma da morte neonatal, principalmente quando esta é inexplicável, é composto de expectativas, estando caracterizado um período prolongado de tristeza que permite a antecipação de como será o retorno à “vida” sem o bebê desejado. O trauma de uma morte inesperada, especialmente de um bebê, é percebido como um choque, sendo percebido um tipo diferente de sofrimento que se assemelha a uma doença terminal. (21) Estabelecendo um paralelismo com Freud, este reconheceu uma diferença clara entre o luto que ocorria quando o enlutado gradualmente chegava a um acordo interno e aceitava a morte de uma pessoa muito amada e um estado anormal que denominou de melancolia. Os pais passam por várias emoções nos meses seguintes à perda, pelo que o luto envolve uma progressão psicológica em vários estádios: desde a raiva, à perda de interesse pelo mundo exterior, à inibição da atividade e interrupção temporária da capacidade de amar. A necessidade de desvinculação e desinvestimento emocional na pessoa amada, neste contexto o bebê imaginário e que chegou a ser real, é um processo psicológico longo e intensivo. Freud afirmou que, quando essas tarefas são concluídas com sucesso, o ego é finalmente capaz de se separar da perda com a qual foi compulsivamente absorvido durante o processo de luto. Se o processo for devidamente concluído, resulta na libertação emocional e uma orientação gradual para um novo investimento objetal na família, amigos e ideias. Por outro lado, Freud alertou que a melancolia era resultado de um processo normal de luto que não foi concluído. (22) Particularmente, a história prévia de perda perinatal ou neonatal do bebê está associada a distúrbios dos comportamentos de vinculação materno-fetal em gravidezes subsequentes, relacionados com dificuldades na diferenciação do self em relação ao feto enquanto novo objeto. A gravidez seguinte após a perda costuma ser caracterizada por sentimentos de depressão, ansiedade e por dificuldades de vinculação com o feto em desenvolvimento,

sendo esta última preditiva de problemas na relação diádica mãe-bebê e consequente vinculação insegura no bebê nascido após a perda. As dificuldades de vinculação pré-natal durante a gravidez após a perda são o resultado do desafio que as mães enfrentam de ter de lamentar a perda de um bebê enquanto se ligam emocionalmente a outro. (23,24) Há, portanto, a necessidade de reformular o fenômeno de luto não resolvido, tendo em mente um modelo de vinculação desde o período pré-natal. A determinação da causa de morte do bebê é também fulcral não só porque ajuda a elaborar o motivo da perda e a tornar consciente a mesma mas também porque é determinante para identificar e prevenir fatores de risco que sejam modificáveis. É de grande importância o auxílio e intervenção psicológica aos pais, de forma a darem sentido ao seu papel parental em relação ao bebê que faleceu, e para que possam seguir em frente e alterar a sua dinâmica vivencial futura, integrando e mentalizando a experiência traumática do passado.

Conclusão

A mortalidade neonatal assume-se como um trauma invisível e marginalizado, com inúmeras consequências psicoafetivas para o casal afetado. A perda do “bebê interno: imaginário e fantasiado” que foi “real” para os pais traduz-se num luto intenso, independente da duração da vida do bebê. A validação e reconhecimento do luto parental é, portanto, necessária e mandatória, sendo essencial a transmissão de memórias físicas e emocionais do bebê de forma a impactar positivamente o processo de luto e alterar as dinâmicas vivenciais traumáticas.

Bibliografia

- 1.Cranley M. (1979). The impact of perceived stress and social support on maternal-fetal attachment in the third trimester. University of Wisconsin; Madison.
- 2.Cranley M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nursing Research.
- 3.Bowlby J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. International Journal of PsychoAnalysis.
- 4.Bowlby J. (1969). Attachment and Loss Volume I: Attachment. New York: Basic Books, Inc.
- 5.Bowlby J. (1973). Attachment and Loss Volume II: Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books, Inc.
- 6.Ainsworth M, Wittig B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. Determinants of infant behavior. Vol. 4. London: Methuen; pp. 113–136.
- 7.Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum;.
- 8.Cranley M. (1981). Roots of attachment: The relationship of parents with their unborn. Birth Defects: Original Article Series.
- 9.Cranley M. (1992) A critical review of prenatal attachment research. Scholarly Inquiry for Nursing Practice.
- 10.Rubin R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. Matern Child Nurs J. 4(3):143-53.
- 11.Biringen Z, Matheny A, Bretherton I, Renouf A, Sherman M. (2000). Maternal representation of the self as parent: connections with maternal sensitivity and maternal structuring. Attach Hum Dev. doi: 10.1080/14616730050085572.
- 12.Ammaniti M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. Case Reports Psychiatry Infant. 34(2):341-58.
- 13.Shieh C, Kravitz M, Wang H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment?. Kaohsiung J Med Sci. 17(9):448-54.

14. Bazan A, Mendes J, Moussiaux A. (2019). Empirical evidence for psychic transparency in pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 239–248. doi: 10.1037/pap0000212
15. Winnicott D. (1956) Primary maternal preoccupation.
16. Zeanah C, Carr S, Wolk S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: Are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(1), 23–36. doi:10.1080/02646839008403605
17. Zeegers M, Postharst E, Vering-SKIBA I, Aktar E, Gosris M, Bogels S, Colonnese C. (2019). Evaluating Mindful With Your Baby/Toddler: Observational Changes in Maternal Sensitivity, Acceptance, Mind-Mindedness, and Dyadic Synchrony. *Frontiers in Psychology*, vol 10 article 753
18. Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London, UK: Karnac Books.
19. Bennett SM, Litz B, Maguen S, Jill M. (2008). An Exploratory Study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss. *Journal of Loss and Trauma* . doi: 10.1080/15325020802171268
19. Hughes P, Turton P, Hopper E, McGauley G, Fonagy P. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J Child Psychol Psychiatry*. 42(6):791-801.
20. Thearle M, Gregory H. (1992). Evolution of bereavement counselling in sudden infant death syndrome, neonatal death and stillbirth. *J. Paediatr. Child Health*
21. Clewell T. (2004). Mourning beyond melancholia: Freud's psychoanalysis of loss. *J Am Psychoanal Assoc*. doi: 10.1177/00030651040520010601.
22. Lamb E. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ*. doi:10.1624/105812402X88696
23. Lee L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal-fetal relationships: an integrative review. *J Reprod Infant Psychol*. doi: 10.1080/02646838.2016.1239249.

SENTIR-SE COMO UM ANTROPÓLOGO EM MARTE - A HISTÓRIA DE TEMPLE GRANDIN

Mara Pinto¹; Maria João Lobato²; Lia Moreira³

^{1,2,3}Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

^{1,2}Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

³Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Emails: marapinto.24@gmail.com; mariajoao.lobato.sousa@gmail.com

Resumo

Temple Grandin foi diagnosticada com autismo na infância. Estimulada precoce e intensivamente pela mãe, e com frequência posterior da escola, acaba por prosseguir estudos na universidade numa trajetória marcada por intensas dificuldades no ambiente académico. Quando vai viver para a fazenda da tia, inicia o seu interesse por bovinos ao observar e compreender de forma particular os comportamentos desses animais. A partir dessa experiência, idealiza e constrói um dispositivo semelhante que a pressiona e imobiliza, provocando uma sensação de tranquilidade que a ajuda nas crises de ansiedade decorrentes das suas dificuldades na esfera social, o que foi chamado por ela de “máquina do abraço”. Assim, pretendemos refletir sobre a vida de Temple Grandin e como a perturbação do espectro do autismo lhe confere uma visão e contribuições únicas em vários campos profissionais, ainda que “*a maior parte das vezes sinto-me como um antropólogo em Marte*”(sic Temple Grandin).

Palavras-chave: Temple Grandin, autismo, “máquina do abraço”

Abstract

Temple Grandin was diagnosed with autism as a child. Stimulated early and intensively by her mother, and after attending school, she ends up continuing her studies at the university in a trajectory marked by intense difficulties in the academic environment. When she goes to live on her aunt's farm, she gets interested in cattle by observing and understanding the behaviour of these animals. From this experience, she idealizes and builds a similar device, called “hug machine”, that presses and immobilizes her, causing a sense of tranquility that helps her with the anxiety in the social sphere. We intend to reflect on Temple Grandin's life and how autism spectrum disorder gives her unique insights and contributions in various professional fields, even though “*much of the time I feel like an anthropologist on Mars*”(sic Temple Grandin).

Introdução

Temple Grandin, um dos rostos do autismo mais influentes em todo o mundo, utilizou a expressão “um antropólogo em Marte” para descrever o quão desconcertantes eram para si as “regras” da interação social “normal”. A popularidade desta expressão aumentou após a publicação do artigo de Oliver Sacks, intitulado precisamente de “Um antropólogo em Marte”, em 1993 na revista *New Yorker*, e posteriormente com o lançamento do seu livro em 1995 (Sacks, 1996). Esta visão de “um antropólogo em Marte”, embora aluda a dificuldades diversas, também revela uma visão diferente de Temple sobre várias áreas, o que certamente terá contribuído para a sua inovação em múltiplos campos profissionais.

Pretendemos, assim, refletir sobre a vida de Temple Grandin e as dificuldades e potencialidades associadas ao seu diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

Breve biografia

Mary Temple Grandin, conhecida como Temple Grandin, é autora de diversos livros e publicações. Em vários deles relata, em primeira pessoa, o seu percurso de vida e a sua perspetiva sobre essas vivências (Grandin, 1996, 2013). Um tema sobre o qual escreve frequentemente é a experiência de crescer com autismo na década de 1950. De facto, Temple nasceu em 1947 no estado norte-americano de Massachusetts, mais especificamente em Boston, como a primeira filha de Anna Eustacia Purves e Richard McCurdy Grandin. Aos 6 meses de idade, a mãe de Temple terá percebido os primeiros sinais de que a filha era diferente das outras crianças: rejeitava o colo da mãe, ficava rígida sempre que a queriam abraçar e o olhar era vago. Aos 2 anos de idade, a sua mãe ficou preocupada com a ausência de linguagem verbal. A menina apresentava também comportamentos repetitivos, “acessos de raiva” em situações de maior frustração, e hipersensibilidade sensorial, por exemplo a estímulos sonoros e táteis (p.e. estremecer quando era tocada, não tolerar abraços). Foi observada por Neurologia aos 3 anos, que excluiu surdez e considerou tratar-se de “lesão cerebral”, pelo que foi encaminhada para terapia da fala em vez de uma institucionalização, que era mais comum na época. Os pais de Temple criaram um plano de intervenção precoce muito estruturado que, para além da terapia da fala, incluiu uma ama, estando todos os elementos focados em promover a aprendizagem da linguagem verbal e de competências sociais fundamentais, nunca permitindo que a criança “desaparecesse no seu próprio mundo”. A entrada no infantário e no ensino básico foi difícil, sobressaindo as dificuldades no processamento sensorial, no comportamento e na socialização com os pares. Com o passar do tempo, os comportamentos disruptivos foram diminuindo, mas permaneceram as dificuldades na interação social. No 3.º ano de escolaridade, as estereotipias foram substituídas por interesses restritos, as “fixações”. Num dos momentos em que reflete sobre a sua infância e adolescência, Temple escreve que *“quando criança era hiperativa, mas não me sentia “nervosa”, até chegar à puberdade. Na puberdade, o meu comportamento mudou para pior (...) os “nervos” eram mais como hipersensibilidade do que ansiedade. Era como se o meu cérebro funcionasse a 320 km/h, em vez de 60 km/h.”* Também refere que foi sempre considerada pelos colegas como esquisita, sendo alvo de provocações e intimidações, o que terá contribuído para o episódio que provocou a sua expulsão da escola (*Beaver Country Day School*) aos 14 anos e posterior experiência num colégio interno para sobredotados com problemas comportamentais (*Hampshire Country School*). O único lugar onde tinha amigos era nas suas atividades extracurriculares onde existia um interesse comum, como cavalos ou eletrónica. Foi no novo colégio que conheceu o Sr. Carlock, professor de ciências, que se tornou num mentor para a jovem e encorajou o seu interesse pela área científica.

No ano seguinte à sua expulsão, os pais de Temple divorciaram-se e, três anos depois, a sua mãe casou-se com Ben Cutler. Aos 16 anos a jovem passou as férias de verão no rancho da tia, irmã de Ben Cutler, no Arizona. Esta foi uma experiência extremamente importante para Temple pois permitiu o contacto com os animais, o que a ajudou a perceber que tinha uma empatia e entendimento singulares com estes. Também foi nesta altura que contactou com o tronco de contenção para o gado, cujo objetivo era acalmar os animais durante os procedimentos do veterinário. Esta observação contribuiu para o desenvolvimento da “máquina do abraço”, sobre a qual teceu a seguinte consideração:

“Ao visitar o rancho da minha tia, percebi que o gado, quando colocado na rampa de aperto, relaxava depois da pressão ser aplicada. Poucos dias depois experimentei a rampa de compressão de gado, que me proporcionou alívio durante várias horas. A máquina de compressão foi modelada

a partir de uma rampa de compressão usada no gado. Ela tinha duas funções: ajudar a relaxar meus “nervos” e fornecer a sensação reconfortante de ser abraçado.”

A aprendizagem no rancho foi essencial para Temple, já de regresso à escola e com a assistência do Sr. Carlock, projetar e desenvolver a “máquina do abraço”, a qual conseguia aliviar a ansiedade e tensão da jovem em momentos de hiperestimulação.

Após concluir o ensino secundário no colégio em 1966, Temple prosseguiu estudos no ensino superior. Concluiu o Bacharelato em Psicologia em 1970 (*Franklin Pierce College*), o Mestrado em Engenharia Agropecuária em 1975 (*Arizona State University*) e o Doutoramento em Engenharia Agropecuária em 1989 (*University of Illinois*). Na década de 1980, a Dra. Ruth Sullivan, uma das fundadoras da *Autism Society of America*, abordou Temple Grandin numa conferência da sociedade e perguntou se ela estaria disposta a falar sobre o seu diagnóstico. Temple concordou e fez um discurso bem-sucedido na conferência promovida pela *Autism Society of America* do ano seguinte, fornecendo um ponto de vista adulto para as mães presentes cujos filhos tinham autismo. Ainda nessa década, especificamente em 1986, Temple escreveu o seu primeiro livro autobiográfico *“Emergence: Labeled Autistic”*.

Atualmente com 74 anos de idade, Temple Grandin é professora de Ciência Animal na *Colorado State University*, autora de diversos livros e artigos científicos e consultora em comportamento e bem-estar animal para a indústria pecuária. Por outro lado, continua até aos dias de hoje a falar publicamente sobre como o autismo afeta sua vida e defende a intervenção precoce para crianças com a perturbação.

O cérebro autista

De acordo com a edição mais do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicada em 2013, os critérios de diagnóstico de perturbação do espectro do autismo são os seguintes (American Psychiatric Association, 2013):

A – Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados, atualmente ou no passado, por: 1) défices na reciprocidade socio-emocional; 2) défices em comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social; 3) défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos.

B – Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou no passado: 1) movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos; 2) insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal; 3) interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou no foco; 4) hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente.

C – Os sistemas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento.

D – Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em noutras áreas importantes do funcionamento atual.

E – Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso do desenvolvimento global.

As perturbações do espectro do autismo são um grupo heterogéneo de perturbações do neurodesenvolvimento com uma etiologia multifatorial, mas ainda não completamente compreendida. A sintomatologia altera-se de acordo com a idade, não obstante, estas perturbações apresentam um curso crónico e as dificuldades destes indivíduos tendem a persistir ao longo do tempo. Comparando os critérios de diagnóstico da quinta edição do DSM e os dados autobiográficos de Temple, é possível verificar uma correspondência entre ambos. Durante a infância de Temple o conceito de autismo, embora já existisse no léxico psiquiátrico, não era conhecido pela maioria das pessoas, incluindo profissionais de

saúde. Efetivamente a definição de autismo mudou várias vezes desde que esta perturbação foi pela primeira vez descrita por Leo Kanner, em 1943, mas o conceito não foi muito abordado nas décadas seguintes. Por esse motivo, a primeira vez que Temple ouviu que teria “tendências autistas” foi apenas aos 12 ou 13 anos de idade e, aos 35 anos, realizou uma avaliação psicológica em contexto educacional que apontou para esse diagnóstico (Grandin, 1996). Nos seus livros e conferências, Temple aborda em primeira pessoa a sua perspetiva sobre o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo e como o cérebro autista funciona (Grandin, 1988, 1995, 1996, 2013). Uma das características frequentemente comentadas é o pensamento visual no autismo, conceito que aliás dá nome a um dos seus livros autobiográficos, *“Thinking in Pictures and Other Reports from My Life with Autism”* (Grandin, 1996). Sobre esta ideia, Temple realça o seguinte: *“Penso com imagens. Não penso com palavras, quando alguém fala comigo, as suas palavras são instantaneamente traduzidas para imagens (...) O meu cérebro funciona como o Google Imagens”*. Embora admita que tal possa ser um fenómeno de difícil compreensão para indivíduos “normotípicos”, Temple considera que a sua forma dominante de pensamento tem sido uma importante vantagem na sua vida, nomeadamente na função de designer de equipamentos de manuseio de gado: *“Pensar visualmente deu-me uma perspetiva do cérebro dos animais, muito mais profunda.”* (Grandin, 1996, 2013).

Relativamente aos problemas sensoriais no autismo, Temple reflete que nunca gostou de abraços, sentindo a necessidade de fugir da afeição física, embora desejasse a sensação agradável de ser abraçada. Desde pequena, contudo, percebeu que a pressão a ajudava a relaxar – aos 6 anos, enrolava-se em cobertores e cobria-se com almofadas; mais tarde sonhava com a construção de um aparelho que permitisse a aplicação controlada de pressão no seu corpo. Quando esteve no rancho da tia, estabeleceu uma conexão entre a máquina usada para tranquilizar o gado e esse sonho pelo que experimentou ela própria a máquina durante um ataque de pânico, percebendo que esta diminuía a sua ansiedade – *“foi a primeira vez que me senti realmente confortável na minha própria pele”* (Grandin, 1996). Quando regressou à escola criou a “máquina do abraço” para humanos, que na altura foi vista com desconfiança pelos professores e psicólogo da escola. Apesar disso, Temple continuou a usar a “máquina do abraço” que, aliás, foi sendo melhorada ao longo dos anos. Temple também associa a sua “máquina do abraço”, especificamente a sensação confortável que encontrou ao receber pressão na intensidade e duração desejadas, a mudanças nas suas emoções e empatia – *“Desde a altura em que comecei a usar a minha máquina do abraço, eu percebi que a sensação que ela me dava era o que eu tinha de cultivar em relação às outras pessoas. Era claro que os sentimentos agradáveis eram aqueles que as outras pessoas associavam a amor.”* (Grandin, 1996). Na sua vida adulta é capaz de entender “emoções simples”(sic), como medo, raiva, felicidade e tristeza, *“mas relações emocionais complexas estão para lá da minha compreensão (...) não entendo sentir felicidade e tristeza no mesmo momento, sentir duas emoções opostas ao mesmo tempo”* (Grandin, 1996).

Temple tem vindo a contribuir muito significativamente para o entendimento do comportamento e do bem-estar animal. De facto, Temple considera que são precisamente as características que a tornam diferente dos indivíduos “normotípicos” que lhe permitem destacar-se nessa área. Tal como descreve no seu livro:

“No meu trabalho com o gado, reparei em certos pormenores que a maioria das pessoas não nota e que fazem o gado entrar em pânico (...) Quando me imagino no lugar de uma vaca, sinto verdadeiramente necessidade de ser aquela vaca e não uma pessoa mascarada de vaca. Eu uso as minhas capacidades de pensamento visual para simular o que um animal veria e ouviria numa determinada situação. Eu coloco-me dentro do corpo dele e imagino quais são as suas experiências. É o derradeiro sistema de realidade virtual, mas também me inspiro nos sentimentos empáticos de gentileza e afabilidade que desenvolvi” (Grandin, 1996).

Atualmente sabe-se que o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo se associa a dificuldades em vários domínios do funcionamento do indivíduo. A par disso, essas pessoas também apresentam diversas potencialidades, tal como constantemente realçado por Temple nas suas comunicações, que, se forem promovidas, podem levar a percursos únicos e inovadores ao nível da ciência, das artes e de outras áreas do saber. Existe todo um espectro de experiências singulares entre os indivíduos com autismo, o que naturalmente se pode associar a opiniões divergentes sobre o próprio diagnóstico (exemplo da escritora Donna Williams), mas, no caso de Temple Grandin, esta considera que: “*Se pudesse estalar os dedos e deixar de ser autista, não o faria – porque então eu não seria mais eu. O autismo é parte do que sou. Não quereria perder a minha capacidade de pensar visualmente, encontrei o meu lugar dentro do grande continuum*” (Grandin, 1996).

Conclusões

Até 1980, poucos ou mesmo nenhum indivíduo com autismo havia descrito a sua vida com suas próprias palavras. A vida e trabalho de Temple Grandin tem sido compreender a sua própria mente autista e partilhar esse conhecimento com o mundo, ajudando muitos indivíduos com a mesma doença a compreenderem-se melhor a si e aos outros, a partilhar as suas dificuldades, mas também a enaltecer todas as suas potencialidades, fazendo o melhor uso possível das suas capacidades. Foi esta compreensão da mente humana que ajudou Temple no seu trabalho acerca do comportamento animal, tornando-se, assim, numa das mais respeitadas especialistas em autismo e comportamento animal em todo o mundo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Grandin, T. (1988). Teaching Tips from a Recovered Autistic. *Focus on Autistic Behavior*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1177/108835768800300101>
- Grandin T. (1995) How People with Autism Think. In: Schopler E., Mesibov G.B. (eds) *Learning and Cognition in Autism. Current Issues in Autism*. Boston: Springer, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1286-2_8
- Grandin, T. (1996). *Thinking in pictures: And other reports from my life with autism*. New York: Vintage Books.
- Grandin, T. (2013). *The autistic brain: thinking across the spectrum*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Sacks O. (1996). *Um antropólogo em Marte*. Lisboa: Relógio D'Água.

**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**



Organização

SHIS

Apoios divulgativos



**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 ceremony

9h30 — 1ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

1. PURIFICAÇÃO PELO FOGO: CRENÇA POPULAR, CRENÇAS, 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 Chicos

4. IMPACT OF TUBERCULOSIS ON DEATHS OCCURRING IN THE CONJO ASYLUM ACCORDING TO SEX IN THE FIRST YEARS AFTER ITS 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 ELETROTHERAPIA 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

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.JOÁQUIM 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 perspectiva 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. MORELE 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.; Mariáblanca Ramos de Viesca

2. THE HOSPITAL DE SAN HIPÓLITO, THE FIRST HOSPITAL FOR MENTALLY ILL PEOPLE IN THE NEW WORLD (1567) — Mariáblanca 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 WILLIS 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 Alcaface

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 Alcaface; 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 — Lílíana 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, Mafalda 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; Otilia 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 Moraes; 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 IDEACÃO 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. CAMILLE 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 HOLODISFRENÍAS: 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 HISTÉRIA — 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 EDIFÍCIOS PANÓPTICOS — 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 “HOMOSSEXUALIDADES” 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 Moraes; 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 CINEMATOGRAFICA 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 SENSACÃO 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 Alcaface

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 ELOGIO 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 Alho¹; 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 Moraes; 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 — GHSC-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 Antón Rodríguez 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 22 da antiga coleção e nº2 da nova coleção**Título**

Mulheres e Loucura - IV

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 colectiva intitulada *Mulheres e Loucura - IV* resulta da reunião de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que serviram de base a apresentações realizadas no *IV Simpósio Internacional Mulheres e Loucura* integrado 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 ciencias 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.
- 22.2. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — IV. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2022. 242 p. ISBN: 978-989-53831-0-8