

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

**HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

VIII

COIMBRA

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA-CEIS20 / GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA
DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – GHCT**

2018

Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

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

Nº 14

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

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

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra

Ano de edição: 2018

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-989-99637-8-8

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS



CEIS20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES DO
SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UID/HIS/00460/2013



ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
07-08

PENSAR E REPRESENTAR A DIFERENÇA, OU DA ALTERIDADE COMO PATOLOGIA E/OU ESTIGMA

Maria do Rosário Neto Mariano
09-15

ASPETOS HISTÓRICOS DA ARQUITETURA DO HOSPITAL CONDE DE FERREIRA

Adrián Gramary
17-26

A LOUCURA NA PERSPETIVA DO ARTISTA

Ana Paula Azevedo Duarte de Araújo
27-32

LOUCURA E ARTE

José Cunha-Oliveira; Aliete Cunha-Oliveira
33-47

TAPETES DE GUERRA – CONTRIBUTOS PARA A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

Dina Iva Rita; Filomena Patrício
49-56

EL PINTOR LAXEIRO Y LOS “LOCOS POPULARES”

M. Piñeiro Fraga; M.J. Louzao Martinez; M.A. Miguelez Silva; T. Angosto Saura Hospital
57-67

NISE DA SILVEIRA: DO ASILO AO MUSEU, UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Eurípedes Gomes da Cruz Junior
69-77

A ARTE E OS LIMITES DA LOUCURA EM MARIA GOMES PEREIRA (1882-1950)

Porfírio Pereira da Silva
79-85

O DE PROFUNDIS DE JOSÉ CARDOSO PIRES. EXERCÍCIO METALITERÁRIO E DE MEDICINA NARRATIVA

António de Vasconcelos Nogueira
87-93

MUJER, ESCRITORA Y LOCA: LA CONVULSA VIDA DE JANE BOWLES Y SU RELACIÓN CON LOS MANICOMIOS DE MÁLAGA (1917-1973)

Celia García-Díaz; Laura López Alonso
95-101

IMAGENS DA LOUCURA EM JÚLIO DINIS: VALENTINA E JACOB GRANADA EM «UMA FLOR D'ENTRE O GELO» (1864)

Luís Timóteo Ferreira
103-110

FERNANDO PESSOA, OS PSIQUIATRAS E A LOUCURA M.A. Miguelez Silva; A.R. dos Santos Rocha; M. Piñeiro Fraga;

Mª J. Louzao Martinez; T. Angosto Saura
111-119

EVIDÊNCIAS EM TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA:
DA IDADE MÉDIA À MEDICINA DE CATÁSTROFE (SÉC XXI)
Romero Bandeira; Isa João Silva; Sara Gandra; Rui Ponce Leão
121-126

D. DUARTE, PRIMEIRO PSICOPATOLOGISTA PORTUGUÊS
Nuno Borja-Santos; Luís Afonso Fernandes; Guilherme Bastos Martins; Vera Dindo
127-133

NORMAS E PROCEDIMENTOS DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA NA TRANSIÇÃO
DE OITOCENTOS PARA NOVECENTOS:
O CASO DE ANTÓNIO FERREIRA DA SILVA
Inês Pinto da Cruz
135-141

O TRATAMENTO MORAL EM JÚLIO DE MATOS
Tânia Sofia Ferreira
143-148

¿LA REEMERGENCIA DE LA PSIQUIATRÍA “PSICODÉLICA”?
(UN VIAJE DESDE EL USO DE LA MESCALINA EN LOS AÑOS 30 AL USO DE LA
PSILOCIBINA Y LSD EN LA MEDICINA Y LA PSIQUIATRIA ACTUAL)
Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; Rosana Ortiz Soriano;
Elisabeth Balseiro Mazaira; Xaqueline Estévez Gil
149-160

LOCURAS PUERPERALES
(PSIQUIATRÍA, MEDICINA Y CULTURA EN GALICIA, 1875-1975)
David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; Cristina Carcavilla Puey; María Victoria Rodríguez
Noguera; Manuel Fernández de Aspe; Elisabeth Balseiro Mazaira
161-170

EVITAR “UNA HISTORIA DE LOS HORRORES” O “CARGAR LAS TINTAS”:
ESCUDEANDO LOS ASPECTOS OSCUROS DEL ABORDAJE MÉDICO DE LA
“HOMOSEXUALIDAD” EN LA MEDICINA IBÉRICA CONTEMPORÁNEA
Francisco Molina Artaloytia
171-177

A HERANÇA DE JACQUES LACAN NA PSIQUIATRIA CLÍNICA
DO SÉCULO XXI
Gustavo Santos
179-185

¿PSICOSIS GRIPALES?
(GRIPE, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA, 1875-1975)
Jessica Otilia Pérez Triveño; David Simón Lorda; Cristina Carcavilla Puey; Rosana Ortiz Soriano;
Manuel Fernández de Aspe; Elisabeth Balseiro Mazaira
187-202

CURSO DE CIÊNCIAS DO SISTEMA NERVOSO NO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS (1986).
SUBSÍDIOS PARA A HISTÓRIA DA PSICOCIRURGIA
Manuel Correia
203-206

“DOS NEUROFÁRMACOS À BIOSOCIABILIDADE:
O LADO PÚBLICO DA LOUCURA NO SÉCULO XXI”
Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol
207-213

IMPLICACIONES JURÍDICAS DEL NUEVO REGLAMENTO EUROPEO DE PROTECCIÓN DE
DATOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Elena Atienza Macías

215-224

O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE — ENTRE A CAPACIDADE DE
DISCERNIMENTO E A DOENÇA MENTAL

Filomena Girão; Marta Frias Borges

225-228

BIOMEDICINA E DIREITOS HUMANOS:
DIREITO BIOMÉDICO, PACIENTES E SAÚDE MENTAL

João Proença Xavier

229-235

VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA PARA PERTURBAÇÕES MENTAIS.
RESULTADOS DE UM ESTUDO DE INTERACÇÃO ENTRE FACTORES GENÉTICOS E DO
MEIO PSICOSSOCIAL EM JOVENS ADULTOS

Manuela Alvarez; Licínio Manco; Patrícia Pereira; Sónia Cherpe;

Marina Cunha; José Pinto Gouveia; Paulo Gama Mota

237-240

VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL

241-245

INTRODUÇÃO

Esta obra contém textos selecionados, quer dizer, admitidos a publicação depois de avaliados. Na sua base estão comunicações apresentadas nas *VIII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* / *VIII International Meeting of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizadas em Coimbra entre os dias 8 e 10 de Maio de 2017, no auditório da Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos.

Esta reunião científica, de dois ou três dias, tem periodicidade anual, sempre na Primavera. Em 2017, mais uma vez, deu-se continuidade ao seu perfil internacional, contando com investigadores de múltiplas áreas desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal, de Espanha, do Brasil e da Rússia.

Tal como nas edições anteriores, voltamos a destacar a importância da regularidade anual deste evento científico. Esta periodicidade faz parte integrante de uma estratégia de consolidação e de divulgação desta área de investigação, cultivada no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 e, também, em atividades da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS. Desde a sua institucionalização em 1998, que o CEIS20, através do Grupo referido, tem mantido uma relevante atividade científica neste domínio com projetos avaliados e aprovados, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, organização de sessões de divulgação, exposições e, mais importante, com várias publicações de estudos sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, ainda, de artigos divulgativos em diverso tipo de imprensa.

Nas *VIII Jornadas* realizou-se o lançamento do livro *VII Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*, obra que resulta de textos apresentados nessa reunião científica, depois de sujeitos a avaliação e admitidos para publicação.

As *VIII Jornadas* foram uma organização conjunta da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS em colaboração científica e institucional com o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20. As *Jornadas* mostram, também, a vitalidade daquela sociedade científica, uma instituição fundada em 2011 e que, de acordo com os seus objetivos, tem desenvolvido a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica.

A oitava edição das *Jornadas* teve o propósito de dar continuidade às temáticas anteriores e introduzir novos temas. Em 2017, as *VIII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centraram-se nos seguintes tópicos:

- 1.A Loucura na História da Arte
- 2.A Loucura na Literatura e no Cinema
- 3.A Loucura nas Utopias Sociais
- 4.Fontes para a História da loucura, da psiquiatria e da saúde mental desde a Antiguidade clássica até à atualidade
- 5.História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade
6. Psiquiatria, neurologia, psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX
- 7.Ciências farmacêuticas e Saúde mental
- 8.Geografia e Demografia da Saúde mental

- 9.Direito Biomédico, Pacientes e Saúde mental
- 10.Filosofia, psicologia, psicanálise e psiquiatria na atualidade.
- 11.Serviços de saúde mental e psiquiatria – para uma história comparada na Europa e no Mundo
- 12.Psiquiatria e saúde mental no Serviço Nacional de Saúde: estruturas, conjunturas e experiências singulares

Em 2017 as *VIII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* contaram com uma atividade satélite no dia 11 de Maio pelas 14h30 minutos: a passagem do filme *Nise — O coração da loucura* (Tv Zero), realizado por Roberto Berliner e com música de Jacques Morelembaum. A sessão contou com a presença de Eurípedes Gomes C. Junior, curador da coleção de esculturas do Museu Nacional Brasileiro de Belas Artes, que comentou o filme após a sua visualização. Depois da sessão passou-se ao lançamento de duas publicações *Imagens do Inconsciente*, da autoria de Nise da Silveira, e uma fotobiografia intitulada *Caminhos de uma psiquiatra rebelde*, escrita por Luiz Carlos Mello, diretor do Museu de Imagens do Inconsciente. Este conjunto de eventos foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, em colaboração com o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20 e teve lugar no Museu da Ciência da Universidade de Coimbra que também foi instituição organizadora. A tarde deste dia 11 de Maio de 2017 foi incluída na Programação da Noite Europeia dos Investigadores, o que muito agradecemos à Professora Doutora Carlota Simões, digníssima diretora do Museu da Ciência da Universidade de Coimbra.

Por fim, uma palavra de reconhecimento e de agradecimento dirigida aos investigadores-autores deste livro, pois sem o seu entusiasmo e o seu trabalho, este livro não seria, simplesmente, possível.

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

PENSAR E REPRESENTAR A DIFERENÇA, OU DA ALTERIDADE COMO PATOLOGIA E/OU ESTIGMA

Maria do Rosário Neto Mariano

Professora Universitária
Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra
E-mail: mariarosariomariano@yahoo.fr

Palavras-chave: Grupos sociais dominantes, representações da Diferença, estigma psicossocial, patologia, segregação

Keywords: psychosocial stigma, segregation, socially dominant groups, otherness, pathology

Resumo: O presente estudo tem como objetivo trabalhar a noção de estigma psicossocial e consequente segregação, por parte de grupos sociais dominantes, de indivíduos portadores de uma identidade *diferenciada* relativamente à *norma*. Tal diferenciação abrange categorias étnicas, culturais, religiosas, de género, psíquicas ou físicas, entre outras. Trata-se, essencialmente, de representações pré-definidas e pejorativas que os grupos sociais dominantes constroem a partir de modelos e conceitos supremacistas, criando assim grupos de margem com dificuldades mais ou menos acentuadas de integração na Comunidade. Reporta-se como exemplo grupos sociais como os Judeus, os Africanos negros, as mulheres, certos artistas, os homossexuais, indivíduos portadores de patologias mentais ou físicas, privilegiando este estudo, todavia, as representações estigmatizantes e segregacionistas face aos doentes mentais, às mulheres e aos artistas, estes últimos quando não recuperáveis pela sociedade de consumo e suas estratégias de mercantilização da arte.

Abstract: The aim of the study presented here is to work out the notion of psychosocial stigma, with the ensuing segregation of individuals bearing a 'differentiated' (to the accepted norm) identity by socially dominant groups. The afore-mentioned differentiation encompasses ethnic-, cultural-, religious- and gender-based categories, as well as psychic and physical factors. We are dealing here fundamentally with biased, derogatory representations and assumptions (stereotypes), construed from supremacist models or concepts by those socially dominant groups, thereby creating marginalized groups sharing varying degrees of difficulty at social integration. Broad social groups such as Jews, African-American people, women, the LGBT+ community, a number of artists, or individuals with some kind of mental disorder or physical disability are referred to here as examples. This study specifically addresses segregation and stigmatization perceived in the representation of women, the mentally ill and individual artists, the latter so when labeled unfit by consumer society in its pervasive attempt at commodification of art.

Neste texto, procurarei mostrar de que modos e através de que processos os grupos sociais dominantes nas comunidades humanas têm tentado impor, a grupos minoritários e portadores de *Diferença* – de género, de quadro mental ou de talento criativo –, os seus conceitos ou opiniões de natureza supremacista e não-inclusiva, associando-os a estigmas psicossociais que dificultam uma integração saudável ou não problemática no tecido social.

Embora o tempo presente nos permita apreciar alguns progressos sociais, obtidos pela Ciência e através das conquistas progressivas de grupos sociais como as mulheres e os artistas, no que respeita os portadores de doença mental, os estigmas sociais e familiares são ainda muito marcantes, requerendo transformações profundas, quer por parte das instâncias políticas, quer a partir da educação das mentalidades.

O escritor e psiquiatra António Lobo Antunes afirmou, um dia: “ No fundo, o que é enlouquecer? É sair de uma determinada norma, não é? É preciso muita coragem para se ser realmente louco.” Nesse mesmo sentido holístico e não estigmatizante, o escritor Edgar Allan Poe havia proferido, já no século XIX, este aforismo visionário: “ A ciência não averiguou ainda se a loucura é ou não a mais sublime das inteligências”.

Tal como a loucura, outras formas de alteridade ou diferença relativamente à norma, bem como grupos sociais não-dominantes, foram desde sempre objeto de caracterização e conceptualização pejorativas e segregadoras, por parte dos grupos dominantes, estigmatizando as suas vítimas para melhor controlar e manipular os seus papéis numa dada estrutura social.

O notável sociólogo Erving Goffman, numa obra consagrada à questão do *Estigma*, apresenta como problemática dominante as relações sociais entre grupos de indivíduos ditos *diferentes* e estigmatizados e grupos de indivíduos ditos *normais*, partindo do conceito de estigma enquanto conjunto de representações semântica e socialmente ostracizantes, ou seja, não só ideologicamente reacionárias, como também portadoras de um impacto societal discriminatório e anti-inclusivo.

C'est alors que l'individu affligé d'un stigmat peut s'apercevoir qu'il ne sait pas exactement comment nous, les normaux, allons l'identifier et l'accueillir. [...] Cette incertitude ne provient pas simplement de ce que l'individu stigmatisé ignore dans quelle catégorie on le placera, mais aussi, à supposer que le placement lui soit favorable, de ce qu'il sait qu'au fond d'eux-mêmes les autres peuvent continuer à le définir en fonction de son stigmat.¹

Em si mesmo, o estigma, tenha ele origem em diferenças relativas ao corpo, em diferenças étnicas, de género, culturais, religiosas ou de personalidade – perfis psicológicos mais sociais, melancólicos, com traços esquizóides ou bipolares, por exemplo –, resulta essencialmente de uma realidade virtual, construída e atribuída a determinados indivíduos em detrimento da sua identidade real. Por outras palavras, existe um hiato representacional entre o conjunto de traços e características que os definem objetivamente, e as representações pré-definidas e deformantes que o grupo dos indivíduos ditos *normais* constrói a partir de certos paradigmas e preconceitos supremacistas, criando assim *grupos de margem* constituídos pelos *desacreditados* e *estigmatizados*. Como consequência, sentimentos de angústia, vergonha, intimidação e inferioridade são frequentes entre estas vítimas de estigmatização, amiúde silenciosas e pouco reativas, devido a vários fatores histórico-culturais com fortes raízes no passado.

Foi dentro desses quadros representacionais que Judeus, Africanos negros, mulheres, artistas, homossexuais, indivíduos portadores de patologia física ou mental,

¹ Cf. GOFFMAN, Erving – “Stigmat et identité sociale”. In *Stigmat. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit, 1975, p.25.

foram ou são ainda, em múltiplos espaços geográficos e culturais, objeto de menorização, descrédito e estigmatizações de toda a espécie.

Não sendo viável analisar aqui todos estes grupos que configuram a diferença, a alteridade por excelência e, portanto, o estigma, referir-me-ei essencialmente às representações da loucura ou, mais cientificamente, da patologia mental, às mulheres e aos escritores ou artistas em geral.

Embora a loucura, como patologia e problemática, sempre tenha atraído a curiosidade do homem comum mas, principalmente, a dos sábios, escritores e artistas, é sobretudo a partir de meados do século XVI e século XVII que ela começa a ser representada literária e artisticamente, como atestam as obras de Erasmo de Roterdão, Montaigne, Cervantes, Shakespeare, Racine, Dürer, Brueghel e tantos outros. Ora, se na Antiguidade greco-latina o louco gozava de um estatuto especial, sendo de algum modo aureolado com uma clarividência genial ou supra-humana sobre a alma e o mundo, na Idade Média a sua condição era associada a poderes mágicos ou divinatórios, longe, portanto, da condição estigmática do leproso - identificado com alguém que havia cometido graves pecados contra Deus mas centrados essencialmente no corpo, restando-lhe o ostracismo, o sofrimento paciente das suas enfermidades e a esperança no perdão divino após a morte.

A partir do Renascimento, como refere Michel Foucault no seu célebre Tratado, a estigmatização e o ostracismo desumanos que haviam pesado sobre o leproso ou o pestiferado, durante a Idade Média, são transferidos para o louco, o qual, dentro do espírito da Reforma protestante e da Contra-Reforma católica, era considerado alguém que havia pecado contra Deus na modalidade mais grave dessa falta, ou seja, aquela que envolvia essencialmente o espírito, a consciência, o livre-arbítrio e já não as meras pulsões ou desejos do corpo.

Jusqu'à la Renaissance, la sensibilité à la folie était liée à la présence de transcendances imaginaires. À partir de l'âge classique et pour la première fois, la folie est perçue à travers une condamnation éthique de l'oisiveté et dans une immanence sociale garantie par la communauté du travail. Cette communauté acquiert un pouvoir éthique de partage, qui lui permet de rejeter, comme dans un autre monde, toutes les formes de l'inutilité sociale. [...] S'il y a dans la folie classique quelque chose qui parle d'*ailleurs*, et d'*autre chose*, ce n'est plus parce que le fou vient d'un autre ciel, celui de l'insensé, et qu'il en porte les signes; c'est qu'il franchit de lui-même les frontières de l'ordre bourgeois, et s'aliène hors des limites sacrées de son éthique.¹

Nesta época, aqueles que eram considerados hereges e desviantes, ou os “lunáticos”, como eram designados os loucos, que não fossem recuperáveis por rituais de exorcismo que expulsariam o espírito maligno da sua mente, eram muitas vezes colocados em embarcações e navios, rumo a uma espécie de terra do nunca, como que suspensos na *aterritorialidade* das águas marítimas, as quais alegadamente continham um poder depurativo mas, sobretudo, simbolizavam a sua condição de não-cidadãos ou de apátridas. Quando, porém os distúrbios mentais eram muito graves, estes indivíduos eram sujeitos a várias sevícias físicas que iam do acorrentamento à flagelação e, em certos casos, à morte na fogueira, sob a égide da Inquisição.

¹ Cf. FOUCAULT, Michel – “Le grand renfermement”. In *Histoire de la folie à l'Âge classique*. Paris: Gallimard, 1972. p. 85.

Contudo, para uma elite de filósofos e escritores imbuídos da Cultura greco-latina, o indivíduo atingido pela insânia gozava de “uma força viva e secreta da razão”, ou seja, de um meio misterioso para atingir a sabedoria ou uma superior e inalcançável clarividência. Recorde-se, entre outros exemplos, o *Elogio da Loucura*, de Erasmo de Roterdão, ou a personagem Hamlet, de Shakespeare.

Posteriormente, com a progressiva racionalização do conhecimento filosófico e científico, sobretudo ao longo dos séculos XVIII e XIX, a loucura será considerada como uma *não-razão* em estado puro, sem interlocução possível nos termos de um discurso inteligível, num quadro de parâmetros lógicos ou emocionais descodificáveis pelos critérios da dita *normalidade*. Aliás, o termo francês *folie*, derivado do latim *follis*, e que significava um objeto pleno de ar, como o fole, começou por designar a doença que atingia a mente de um indivíduo, reduzindo-a em grande parte a uma matéria composta por ar, ou seja, a idiotia. É justamente no século XVII, em 1694, que o *Dictionnaire de l'Académie* passa já a definir o *fou* ou *fol* como aquele “qui a perdu le sens, l'esprit, qui est tombé en démence”. De acordo com as pesquisas de Foucault, é também neste século que se consolida o internamento, com o propósito de punir a mendicância, a errância ociosa, os alcoólicos ou toxicómanos, os delinquentes, os portadores de sífilis, de idiotia, de epilepsia ou de demência. Além disso, o internamento psiquiátrico, nos séculos XVII e XVIII, era muito mais uma estrutura jurídica punitiva e administrativa do que uma instituição médica de tratamento, cura ou profilaxia dos doentes. Nesse sentido, não somente os doentes mentais mas todos os indivíduos suspeitos aos olhos dos censores político-ideológicos ou que evidenciassem comportamentos atípicos, bizarros ou associais, tornou-se uma medida punitiva da *diferença* ou do *desvio*, segregadora e estigmatizante, apresentando muitas semelhanças com o brutal ostracismo que os leprosos haviam sofrido na Idade Média.

Somente no século XIX, como sabemos, o internamento dos doentes mentais é medicalizado, destacando-se os trabalhos científicos e contributos terapêuticos notáveis de Pinel, Esquirol e Charcot - designadamente, no desenvolvimento pioneiro de uma nova estrutura asilar e de terapias eficazes e humanizadoras -, assistindo-se a relevantes progressos nesse domínio, não obstante persistirem, em muitos alienistas, algumas ideias falaciosas relativamente à loucura ou à patologia mental. Um dos nomes mais conhecidos da Medicina, História crítica e Jornalismo franceses de oitocentos é Augustin Cabanès, (ou Docteur Cabanès), autor extraordinariamente prolixo e que dedicou vários anos a estudar, em detalhe, as vidas de numerosos génios artísticos, literários e filosóficos, influenciado pelos Trabalhos de Lombroso e Moreau de Tours.

No início do primeiro capítulo de uma obra em três tomos, intitulada *Grands Névropathes*, capítulo esse designado por « Le Génie n'est-il qu'une névrose ? », escreve Cabanès :

[...] sans refuser à la critique littéraire, nous entendons celle qu'a inaugurée Sainte-Beuve et que Taine a étendue ; sans refuser à cette critique, qui s'est inspirée, d'ailleurs, des procédés et de la méthode scientifiques, le droit de juger une œuvre littéraire, en étudiant la constitution physique de celui qui l'a conçue, nous persistons à penser que les littérateurs auront tout profit à accepter l'aide, la collaboration que leur

offre le médecin, ou pour mieux dire le physiologiste et, dans certains cas à déterminer, l'aliéniste, le psychiatre.¹

Tendo contribuído, com as suas posições, para uma certa estigmatização psicossocial de grandes escritores e artistas, o Doutor Cabanès não deixa, todavia, de advertir os estudiosos contra o excesso de alegações no domínio da crítica psicofisiológica, reconhecendo mesmo que “un aliéniste est suspect de voir partout des fous”.

Muitas décadas mais tarde, nos anos 70 do século XX, Phyllis Chesler², a propósito da doença mental nas mulheres, reconhecerá, com notável lucidez, que na nossa civilização, a ética da saúde mental é masculina, ou seja, que têm sido sempre os homens e o discurso masculino das ciências psiquiátricas a determinar quais as normas de comportamento adequadas às mulheres e que estas deveriam aceitar e seguir, sob pena de serem consideradas loucas – estigmatização resultante de representações e estereótipos ultra-conservadores e de clara desvalorização do papel societal das mulheres.

Por seu lado, Luce Irigaray³ irá ainda mais longe, ao analisar o estatuto teórico do indivíduo de género feminino no discurso ocidental produzido por homens, em textos fundamentais da Filosofia e da Psicanálise, de Platão a Freud. Na verdade, aqueles textos de autores entronizados veiculam, sem dúvida, paradigmas de valorização masculina e de menorização feminina, viciando por conseguinte, *a priori*, toda a concetualização sobre os géneros e suas características. Sublinhe-se, aliás, que idêntico desvirtuamento do discurso teórico pretensamente isento foi feito acerca dos Judeus, a partir de preconceitos antissemitas, ou acerca dos homossexuais, mediante estereótipos homofóbicos, entre outros grupos sociais estigmatizados.

Paralelamente, e segundo uma lógica semelhante, os artistas e as suas obras foram frequentemente analisados e classificados por clínicos e académicos imbuídos dos valores morais e modelos culturais da burguesia, a qual, como se sabe, tem um longo histórico de contencioso com as opções existenciais e os modelos comportamentais dos artistas.

De la “ nef des fous” à l’asile psychiatrique, le raisonnement de l’exclusion est toujours le même: il est bien fou celui qui offense les règles de la morale, du bien penser et de la société. Contrairement à l’hôpital général où l’admission relevait toujours d’un diagnostic médical, l’entrée à l’hôpital psychiatrique semblait il y a encore quelques années dépendre d’un critère plus social que clinique, puisque y étaient admis,

¹ Cf. DOCTEUR CABANÈS – *Grands Névropathes*. Tome 1. Paris : Albin Michel, 1930. P.5. (disponível em e-book, French Edition, 2014. 174 pp.) Com efeito, Cabanès defenderá a tese de uma estreita ligação entre o extremo talento e as neuroses - à época designadas por nevropatias -, ao mesmo tempo que sustentava haver uma relação de causalidade entre a criatividade artística e uma sobre-excitação cerebral mórbida, manifesta, aliás, em frequentes episódios epiléticos e outras afeções nervosas.

² Vejam-se, relativamente a esta problemática, os seguintes estudos da autora: CHESLER, Phyllis - *Women and Madness*. Garden City, N.Y.: Doubleday, 1972; Id. - *About Men*. New York: Simon and Schuster, 1978.

³ Linguista, filósofa e psicanalista belga, defende na Universidade de Paris VIII, em 1974, uma *Thèse d’État* intitulada *Speculum. La fonction de la femme dans le discours philosophique*, na qual desenvolve e demonstra esta tese no domínio da Filosofia Social. A partir da sua extensa produção científica, é identificada com o designado “feminismo diferencialista”, em linha com nomes de outras intelectuais notáveis, como Julia Kristeva e Antoinette Fouque.

autre les malades mentaux, tous ceux – délinquants, éthyliques, toxicomanes ou vagabonds – dont le comportement gênait l'ordre social.¹

Atualmente, porém, existe um questionamento generalizado dos códigos culturais a partir dos quais definimos e julgamos a alteridade, o Outro, seja ele a Mulher, o Judeu, o Muçulmano, o artista, o louco. Nesse sentido, como pensar o Outro a partir do diferente, sem criar estereótipos ou estigmas? Ou, concretizando, como pensar a mulher fora de todos os cânones conceptuais herdados do pensamento masculino, culturalmente dominante durante milénios? Do mesmo modo, como pensar o artista e a sua mundividência, com os modelos morais e existenciais burgueses? Ou a loucura, a partir dos modelos epistemológicos da Razão? Numa palavra, como pensar a alteridade, a diferença, sem a converter numa subcategoria da identidade, colocada nesse lugar incómodo entre o preconceito e a suspeição auto-defensiva, ou, pior ainda, criar o estigma sancionado pela normalidade supremacista e a estratégia de alinhamento grupal?

Assim, George Sand, Florbela Espanca, Camille Claudel ou Hubertine Auclert são apenas alguns exemplos de escritoras, artistas e feministas que foram alvo de forte resistência, difamação e atitudes estigmáticas por parte da sociedade constituída pelos conservadores que pretendiam reconduzi-las para o espaço doméstico e anónimo que a História reservara às mulheres.² Além de feministas, haviam tido a ousadia de desenvolver o seu talento artístico, convivendo e argumentando descomplexadamente com o sexo oposto. Por outras palavras, aquelas mulheres notáveis haviam cometido o crime de integrar as fileiras dos intelectuais e artistas rebeldes, refratários ao Sistema ou iconoclastas, denunciadores das práticas hipócritas da família burguesa bem-pensante ou de uma sociedade desumanizante, hiperburocrática e progressivamente rendida ao utilitarismo anti-idealista, próprio dos sistemas capitalistas.

L'héritier indiscipliné s'attire de sévères sanctions familiales. Considéré comme incapable, Baudelaire est mis en tutelle par un conseil de famille; [...] Au reste, la convenance bourgeoise impose de ne pas faire parler de soi, idéal d'une discrète médiocrité. L'excentricité est une forme de scandale.³

Outros escritores, como Machado de Assis, na sua célebre obra *O Alienista*, ou Franz Kafka, na magnífica alegoria que constitui a icónica *Metamorfose*, criaram literariamente verdadeiras representações culturais da exclusão e encarceramento da diferença, da estigmatização, da ausência de diálogo e de interação sócio-afetiva com os portadores da diferença - na leitura kafkiana, figurada pela metamorfose do protagonista masculino em inseto, logo depois segregado e morto lentamente pela sua própria família, que pouco antes sustentava com o seu trabalho incessante.

Finalmente, se é inegável que em inúmeros casos e países, os hospitais psiquiátricos se converteram em espaços de terapia construtiva, de respeito humano e estratégias efetivas de reintegração inclusiva na comunidade social, muitos subsistem,

¹ Cf. BRENOT, Philippe – *Le génie et la folie en peinture, musique et littérature*. Paris: Plon, 1997. P.28. Desta obra, globalmente muito pertinente, vejam-se sobretudo pp. 13-74 e 98-160.

² Veja-se, a este respeito, HIGONNET, Anne - “Mulheres e imagens. Representações” e KÄPPELI, Anne-Marie – “Cenas feministas” In FRAISSE, Geneviève e PERROT, Michelle (dir.) – *História das Mulheres. O século XIX*. Porto: Afrontamento, 1994. pp.325-343, 541-575.

³ Cf. PERROT, Michelle – *La vie de famille au XIXe siècle*, suivi de MARTIN-FUGIER, Anne - *Les rites de la vie privée bourgeoise*. Paris: Seuil, 2015. p. 125.

lamentavelmente, como espaços de estigmatização velada, de indiferença assética, de incomunicação e exclusão amiúde protagonizadas pelos familiares mais próximos dos pacientes.

É com este ambiente distópico que somos confrontados, através de um dos contos do escritor Gonçalo M.Tavares, no seu estilo lapidar e aparentemente distanciado do mundo interior sofrido das personagens:

Aquele louco fica todo o dia, na paragem, em bicos de pés quando o som se aproxima, para ver se é agora que a mãe o vem buscar. Já conhece as horas de refeição e nessas atravessa a rua e vai ao hospício comer. Oferecem-lhe muito arroz, alguma carne e por vezes três palavras: como se sente, sente-se bem? (5 palavras, um ponto de interrogação). E ela regressa à rua, atravessa a estrada, pousa como um pássaro – é o pássaro daquela paragem – pousa como um pássaro junto ao poste que assinala o número 46, o número do autocarro; e espera, indiferente. Com a excepção dos momentos de chegada e partida do autocarro 46: aí a cara do pássaro mete medo, é esperança incontrolada e angústia. [...] Sobre o louco sabe-se isto: foi deixado ali há trinta anos pela mãe. E a mãe dissera nessa altura: - Amanhã venho buscar-te. Mas não foi.¹

No termo do presente trabalho, concluímos que as mudanças de mentalidade por parte dos grupos sociais maioritários - quer seja em número, quer seja na representatividade que detêm junto dos órgãos de poder -, relativamente a grupos identificados com algum tipo de estigma herdado de um longo processo histórico, têm-se revelado difíceis e lentas, sobretudo quando os grupos estigmatizados não possuem voz política ou reivindicativa, nem representam uma classe profissional, como é o caso dos cidadãos portadores de patologias mentais que requerem condições de vida especiais, em consequência das limitações que impõem.

Neste início do século XXI, estamos ainda longe, portanto, de protagonizar uma sociedade verdadeiramente inclusiva e civilizada, na qual os estigmas se tornariam obsoletos e sintoma de um pensamento totalitário.

Fontes e bibliografia seleccionadas

BRENOT, Philippe – *Le génie et la folie en peinture, musique et littérature*. Paris: Plon, 1997. 244 pp. ISBN 2-259-00326-5.

FOUCAULT, Michel – *Histoire de la folie à l'Âge classique*. Paris: Gallimard, 1972. 583 pp. ISBN 2-07-029582-6.

GOFFMAN, Erving – *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit, 1975. 175 pp. ISBN 2-7073-0079-9.

FRAISSE, Geneviève e PERROT, Michelle (dir.) – *História das Mulheres. O século XIX*. Porto: Afrontamento, 1994. 640 pp. ISBN 972-36-0352-7.

PERROT, Michelle – *La vie de famille au XIXe siècle*, suivi de MARTIN-FUGIER, Anne - *Les rites de la vie privée bourgeoise*. Paris: Seuil, 2015. 290 pp. ISBN 978-2-7578-5445-7.

¹ Cf. TAVARES, Gonçalo M. – “As ervas daninhas”. In *água, cão, cavalo, cabeça*. Lisboa: Caminho, 2006, pp. 81-83.

ASPETOS HISTÓRICOS DA ARQUITETURA DO HOSPITAL CONDE DE FERREIRA

Adrián Gramary

Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Médico Psiquiatra

E-mail: adrian.gramary@gmail.com

Palavras-chave: arquitetura, história da psiquiatria, inimputável, psiquiatria forense, panótico

Resumo: O Hospital Conde de Ferreira (HCF) foi construído no último quartel do século XIX como o primeiro hospital psiquiátrico português planeado de raiz para este objetivo. O arquiteto, Manuel de Almeida Ribeiro, ter-se-á inspirado nos modelos de Charenton e do Hospício Dom Pedro II do Rio de Janeiro. O autor analisa as raízes arquitetónicas brasileiras do HCF através do texto que Luís de Pina dedicou a este tema, e descreve três edifícios de especial interesse para a história da psiquiatria: o pavilhão para a observação de criminosos e os pavilhões de estrutura panótica. O primeiro foi construído por iniciativa de Júlio de Matos durante o período em que foi diretor do HCF e apresentado por ele no XV Congresso Internacional de Medicina, realizado em Lisboa em 1906. O autor descreve ainda os dois pavilhões panóticos, inspirados no modelo de Bentham, dos quais atualmente apenas se conserva o mais pequeno.

Abstract: The Conde de Ferreira Hospital (HCF) was built in the last quarter of the 19th century. It was the first Portuguese psychiatric hospital planned for this purpose. The architect, Manuel de Almeida Ribeiro, drew inspiration from the Charenton Hospital and Dom Pedro II Hospice of Rio de Janeiro. The author analyzes the Brazilian architectural influence on the HCF (according to the text that Luís de Pina devoted to this issue) and the architecture of three buildings with especial interest in the history of psychiatry: the pavilion for the observation of criminals and the two panoptic pavilions. Both were built at the initiative of Júlio de Matos during the time he was director of the HCF. The former was presented by Matos at the XV International Medical Congress, held in Lisbon in 1906. The author describes the panoptic pavilions, based on the Bentham's model, of which only the smallest one is currently preserved.

1. As raízes brasileiras da arquitectura do Hospital Conde de Ferreira

Desde a apresentação no Congresso das Misericórdias de 1958 da investigação de Luís de Pina sobre as *Raízes brasileiras da organização hospitalar psiquiátrica portuense*¹ tem sido um facto aceite a relação histórica e arquitetónica entre o Hospital Conde de Ferreira (HCF) e o Hospício D. Pedro II do Rio de Janeiro (atualmente Reitoria da Universidade do Rio de Janeiro).

Conta Luís de Pina nesse texto como no dia da coroação de D. Pedro II, o 18 de julho de 1841, o Provedor da Misericórdia do Rio de Janeiro, Clemente Pereira, conseguiu do jovem imperador do Brasil, que apenas contava dezasseis anos, o Decreto 82, onde se assinala a fundação de um hospital destinado ao tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Dom Pedro II, o qual ficaria anexo ao

¹ PINA, Luís – *Raízes brasileiras da organização hospitalar psiquiátrica portuense*. Lisboa: s./ed. Apresentação no Congresso das Misericórdias de 1958.

Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Arrancava assim a construção do primeiro hospital para doentes mentais em terras brasileiras (e primeiro da América Latina), inaugurado solenemente pelo imperador no dia 5 de dezembro de 1852.

Foram engenheiros e arquitetos do edifício os portugueses Domingos Monteiro e Joaquim Guilhobel e o fluminense José Maria Jacinto Rebelo, em épocas sucessivas ou em diversas fases da construção, tendo sido o modelo de Charenton a principal inspiração para o projeto.

Continua a ser um assunto polémico o motivo que levou o conde de Ferreira, a deixar a sua fortuna para a construção de um asilo de alienados no Porto. Este brasileiro de torna-viagem regressou a Portugal em 1834, vinte anos antes da inauguração do Hospício D. Pedro II. Contudo, tal como conclui Luís de Pina, o conde deixou no Brasil avultados interesses e negócios, portanto não custa a admitir que conhecesse o projeto da fundação do hospício, se é que não participou, como tantos outros capitalistas, no seu custeio. O que é um facto e que em 1866, ano do seu testamento e morte, o hospício já existia e era possivelmente do seu conhecimento.

Contudo, afirma Luís de Pina no seu artigo que o testamenteiro do conde de Ferreira, Domingos Almeida Ribeiro, disse em 1866, ano da morte do conde, que o seu cliente jamais pensara em construir aquele hospital de alienados no Porto e que tinha sido o imperador D. Pedro II do Brasil quem inspirara ao conde na sua edificação durante um jantar no Paço portuense.

O engenheiro do HCF foi Manuel de Almeida Ribeiro, filho do testamenteiro do conde, e professor de Arquitetura Civil na Academia Portuguesa de Belas Artes, cujos planos seriam depois alterados por uma comissão de técnicos.

Acresce aos dados já referidos que relacionam ambos os projetos, que o conde de Ferreira entregasse a administração do hospital à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP), tal como se passara na capital brasileira, quanto à gerência e propriedade do manicómio D. Pedro II.

Em termos formais¹, o Hospício D. Pedro II espelha de um modo claro, o modelo quadrangular preconizado pelo Dr. Jacobi e já utilizado no Hospital de Charenton, marcado pelo eixo de simetria e a divisão de géneros, encerrando sobre si mesmo pátios de arejamento interiores. Por sua vez, o HCF, apesar de ter tido influência do Hospício D. Pedro II, aproximou-se mais do modelo em H, à semelhança do Hospital de Wakefield, reinterpretando-o, ou seja, é composto por duas longas alas, em que na primeira se localizam as áreas administrativas e numa zona mais afastada e intimista outra ala onde se desenvolviam as galerias dos doentes. Estes dois volumes são unidos por dois elementos transversais que fazem a transição entre o público e o privado, onde constam enfermarias e áreas de arrumos e depósitos, o que traduz uma tentativa de criar uma maior abertura para o exterior, face ao Hospício D. Pedro II.

¹ Na comparação entre os aspetos formais da arquitetura de ambos hospitais seguimos a informação recolhida em ÁLVAREZ REBOLLIDO, B: A evolução e influência do desenho arquitetónico no hospital psiquiátrico, Vila Nova de Cerveira, 2014. (Tese de mestrado Integrado em Arquitetura e Urbanismo, Escola Superior Gallaecia)
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10240/1/benito_alvarez_%20rebolido_dissertacao.pdf

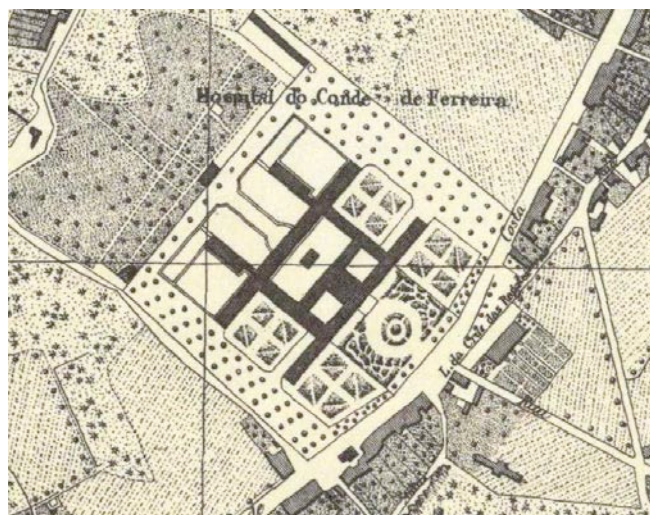


Figura 1: Planta do HCF (Carta Topográfica da cidade do Porto feita por Augusto Gerardo Teles Ferreira em 1892).

O alçado do Hospital segue uma linguagem imponente caracterizada por um volume de dois pisos que faz frente de rua extenso, na ordem dos 160 metros de comprimento e uma altura que ronda os 16 metros, que corresponderiam atualmente a cerca de quatro pisos. No Hospício D. Pedro II e no HCF é mantido o eixo de simetria bem definido e marcado pela entrada encimada por um frontão, à semelhança sobretudo dos modelos de La Salpêtrière e Benthlem.

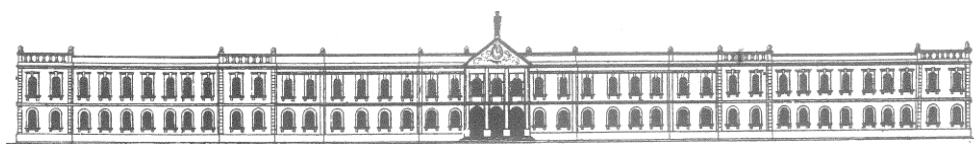


Figura 2: Projeção vertical da fachada do HCF (Arquivo Histórico da SCMP)

No caso dos vãos exteriores utiliza-se a mesma estratégia dos hospitais europeus, sobretudo dos modelos de Hanwell e Charenton, priorizando a relação visual que o paciente tem com o exterior e garantindo a ventilação e a iluminação naturais. É claramente assumida a janela mais baixa a cerca de um metro de altura, que permite uma convivência visual franca entre o interior e o exterior. Este pormenor, ao mesmo tempo, desmistifica a ideia de prisão e de clausura presente no pensamento dos modelos anteriores. No Hospício D. Pedro II e por influência no HCF, sobressai a janela alta e estreita dando maior amplitude ao espaço, mas sobretudo engrandecendo o desenho exterior.

O Hospício D. Pedro II e o HCF apresentam ainda na sua génese o conceito utilizado na maioria dos exemplos europeus, com o desenho de pátios de arejamento separados por sexos e por tipo de enquadramento clínico. No entanto, o HCF, ao eliminar algumas barreiras volumétricas na configuração do seu volume, possibilita uma abertura mais franca com o exterior criando jardins circundantes que se tornam num prolongamento visual dos pátios de arejamento.

2.O Pavilhão para observação de criminosos (1904-1905)

O pavilhão para observação médico-legal de criminosos foi construído no recinto do HCF durante o biénio 1904-1905. A justificação para a sua construção foi,

conforme consta no *Relatório dos Actos da Misericórdia do Porto* do biénio 1904-1905, a necessidade de receber num espaço específico os indivíduos que davam entrada no hospital para observação médico-legal, permitindo, por outro lado, uma desacumulação nas enfermarias de segurança. O relatório sublinha, de facto, que «os indivíduos, que, em conformidade com a lei, eram por ordem das auctoridades judiciais collocados n'este hospital, vinham usurpar logares e consequentemente reduzir as admissões dos doentes que reclamam tratamento».¹ Para a construção deste edificio o Governo concedeu à SCMP um subsídio de 4.000\$000 reis, uma quantidade insuficiente para uma obra que terá custado no total 8.700\$000 reis.²

A iniciativa do projeto foi de Júlio de Matos, diretor nessa altura do HCF, que apresentou o modelo deste pavilhão de observação de criminosos, no ano seguinte, no XV Congresso Internacional de Medicina, realizado em Lisboa em 1906.

Nessa apresentação, Matos descreve o pequeno edificio consistente em duas enfermarias, separadas por uma parte central dedicada ao serviço médico.³ A enfermaria de homens incluía 10 celas e uma sala de estar onde podiam estar todos os réus a quem era concedida essa permissão, isto é, os tranquilos e aqueles de quem não havia suspeita de simulação. A enfermaria de mulheres tinha 8 celas e uma sala de estar semelhante à dos homens. Em cada uma dessas enfermarias havia quartos para funcionários e casas de banho. Este pequeno anexo estava em comunicação com o estabelecimento principal através de dois telefones que comunicavam as enfermarias com o gabinete central de admissões. Não havia parque ou jardim a volta do anexo, porque os réus estavam hospedados o tempo imprescindível para o exame psiquiátrico. Uma vez que o relatório sobre o estado mental do réu era remetido à autoridade judicial, esta ordenava a sua transferência para alguma das enfermarias do hospital, ou era colocado na sua família ou era transferido para o pavilhão de segurança do Hospital de Rilhafoles de Lisboa.



Figura 3: Imagem atual do pavilhão para observação de criminosos do HCF (fotografia do autor).

¹ Relatório dos Actos da Santa Casa da Misericórdia do Porto, gerência de 1904-1905, pp. 274-275; 142.

² Ibidem.

³ MATOS, J – Les prevenues dans les asiles d'aliénés. Porto: Tipografia do Asilo de Alienados do Conde de Ferreira, 1906. Nota apresentada no XV Congresso Internacional de Medicina. (Tradução dos fragmentos feita pelo autor deste artigo)

Na apresentação no XV Congresso Internacional de Medicina de Lisboa, feita em francês e publicada no mesmo ano de 1906 pela Tipografia do HCF, Júlio de Matos explica que «em Portugal o exame médico dos acusados suspeitos de loucura fazia-se quase sempre nos asilos de alienados», uma prática, protegida pela lei, que ele considera «preferível a aquela dos países onde este exame tem lugar nas cadeias». Contudo, chama a atenção para os inconvenientes associados ao facto de colocar criminosos dentro de um asilo ordinário, apesar do curto tempo de estadia. «Primeiro de tudo», explica Matos, «os alienados com suficiente lucidez para perceber o que está a acontecer a sua volta, não gostam deste tipo de companheiros e suas famílias não aceitam a ideia de que criminosos e doentes possam conviver juntos. Assim, os asilos que tinham que tratar dos alienados e avaliar os criminosos deviam funcionar como hospitais e prisões ao mesmo tempo, o que, por outro lado, não era possível sem o serviço habitual ser perturbado». Estes são, em resumo, os inconvenientes que Júlio de Matos denomina administrativos. Porém, chama a atenção ainda para outros inconvenientes que dizem respeito à observação psiquiátrico-forense propriamente dita. Por um lado, a visita aos réus localizados em enfermarias distantes umas das outras envolvia uma perda de tempo para o especialista, um assunto que podia ser sensível quando se tratava de um grande asilo como o HCF, onde podiam estar em observação mais de dez réus ao mesmo tempo, o que aumentava cada vez que era necessário conduzir um dos réus até à sala do asilo onde estavam os instrumentos necessários para a pesquisa antropométrica. Outra das dificuldades era manter uma vigilância apertada e cuidadosa dos réus internados nas enfermarias comuns. «Não estou a falar aqui», afirma Júlio de Matos, «da vigilância que impede as fugas ou atos prejudiciais dos alienados, mas é muito mais difícil observar cuidadosamente os gestos e palavras dos réus para dar ao médico informações úteis», e conclui que «para a monitorização necessária desta tarefa delicada, obviamente, requer-se uma equipe cuja atenção seja totalmente dedicada a ela, e que o próprio perito se dedique à equipa de forma longa e paciente». O último inconveniente que Júlio de Matos encontra na prática de internar os réus nas enfermarias é o facto de isto poder facilitar modelos para os simuladores existentes entre os réus.

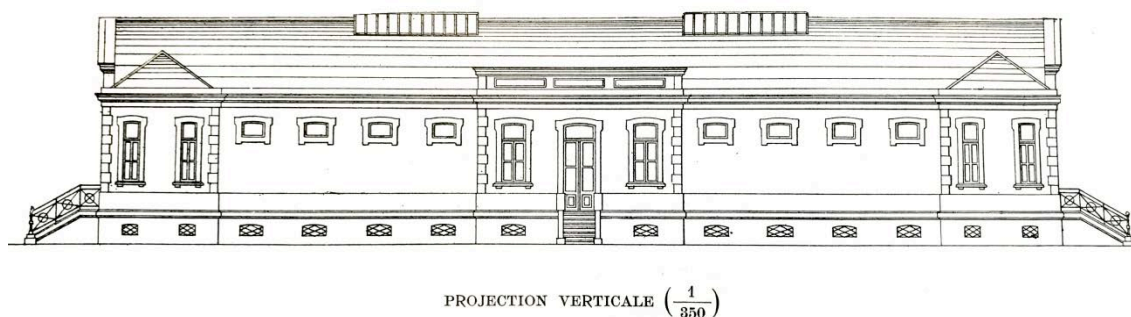


Figura 4: Projeção vertical do pavilhão de observação de criminosos do HCF (extraída do artigo de Júlio de Matos «Les prevenues dans les asiles d'aliénés»).

Conclui, assim, que todas as desvantagens mencionadas «desapareceriam com a construção no recinto do asilo de um edifício dedicado exclusivamente à observação dos criminosos suspeitos de loucura». Exprime a sua satisfação com o projeto «onde, graças à combinação de celas e salas comuns, torna-se possível a monitorização cuidadosa e o rigor disciplinar exigidos pelos criminosos sem prejudicar o regime suave devido aos doentes». «Com este pequeno anexo», continua «não houve mais

evasões nem complôs, nem modelos para os simuladores. Eu já não perco tempo para visitar os presos para a sua observação: eu tenho-os todos sob os meus olhos, de uma só vez, e na minha ausência, sob os olhos de uma equipe cujo único trabalho é vigia-los de acordo com as minhas instruções. Finalmente, eu tenho na minha pequena sala de trabalho não só as ferramentas essenciais para o exame médico do acusado, mas também os dossiers que tenho que reler muitas vezes durante o interrogatório». Das palavras de Júlio de Matos podemos coligir que o edifício, apesar da sua distribuição em linha reta, preenchia as necessidades de vigilância panótica dos alienados criminosos.

Não foi possível verificar até que data manteve este pavilhão a função original para a qual foi criado. Sabemos, no entanto, que, após a saída de Júlio de Matos para Lisboa, em 1911, ele foi dedicado em épocas posteriores a outras funções: foi pavilhão de internamento de pedopsiquiatria e de isolamento para doentes tuberculosos. No momento atual é uma enfermaria de doentes de evolução prolongada.

3.Os pavilhões de alienados furiosos de estrutura panótica (1892-1894)

Ao lado do pavilhão para observação de criminosos existe no HCF um edifício com estrutura inspirada no panótico de Bentham e que teve a função de isolamento de doentes furiosos.

É necessário fazer um pequeno enquadramento da relação de Jeremy Bentham com Portugal. Jeremy Bentham, jurisconsulto e filósofo reformador inglês, concebe desde 1787 o sistema panótico, um modelo complexo e utópico de prisão circular, o panopticon, etimologicamente do grego «visão total», aplicável a qualquer instituição em que a observação e o controlo de pessoas se mostrassem convenientes (prisões, manicómios, hospitais, fábricas, escolas). Bentham expôs o sistema numa série de cartas, reunidas no livro *Panopticon*, publicado em 1791.

No modelo de panótico, as celas implantavam-se junto à parede circular externa, eram providas de ampla janela para o exterior e de gradeamento de ferro. O conjunto das celas dava para um espaço intermédio e anelar e, no centro do recinto situavam-se as instalações do inspetor (ou torre de inspeção). A forma circular otimizava a função de vigilância, permitindo que o inspetor observasse a atividade dos reclusos no seu interior, mas sem ser visto por eles.

Figura marcante da filosofia política e da filosofia moral e do direito, o inventor do panótico foi, paradoxalmente, um democrata liberal que pouco tinha de conservador para a sua época: lutou pelo sufrágio universal, a despenalização da homossexualidade e os direitos dos animais. Formulou a doutrina do utilitarismo, baseada no princípio «a maior felicidade do maior número», que deveria guiar a feitura das leis e qualquer ação social, doutrina depois revista e ampliada pelo seu discípulo John Stuart Mill (1806-1873)

Entusiasmado com a oportunidade proporcionada para Portugal pela revolução liberal de 1820, das mais precoces na Europa, estabelece contactos com destacados dirigentes, entre os quais Manuel Fernandes Tomás, e com as Cortes, propondo a adoção das suas teorias constitucionais e políticas assentes no princípio da utilidade. Bentham redige uma carta-manifesto ao povo português, a sua correspondência é traduzida e publicada no *Diário das Cortes*, no *Diário do Governo* e na *Coleção dos Decretos da Nação Portuguesa*. Na sequência de uma proposta de Bentham, as Cortes portuguesas solicitam-lhe oficialmente, em 21 de novembro de 1821, a elaboração das normas constitucionais e dos códigos civil e penal, e mandam verter para a língua

portuguesa e publicam, em 1822, duas das suas obras.¹ A constituição liberal, aprovada em 1822, denota a influência do ideário político de Jeremy Bentham.

Portanto, Jeremy Bentham e a sua teoria do panótico eram perfeitamente conhecidos pelos intelectuais portugueses do século XIX. Isto permite contextualizar a criação dos pavilhões de inspiração panótica do HCF, a pedido do diretor da instituição, Júlio de Matos, cuja carreira teve um especial pendor forense, claramente dedicada às relações da psiquiatria e a lei, e a construção, no mesmo período, (1893-1896), no Hospital de Rilhafol de Lisboa, a pedido do seu diretor, Miguel Bombarda, de um pavilhão de segurança de estrutura panótica, aberto e de maiores dimensões.

O HCF contava desde a sua inauguração, conforme a descrição feita por Sena no seu livro *Os Alienados em Portugal*, com enfermarias para doentes furiosos, localizadas nos prolongamentos dos corpos perpendiculares do edifício: duas enfermarias mistas de 1ª e 2ª classe, no 1.º andar,² e duas enfermarias de 3ª classe situadas no rés-do-chão.³

Encontramos no *Relatório dos Actos da Santa Casa da Misericórdia do Porto*⁴ do biénio 1890-91 a primeira referência à necessidade da construção de um pavilhão de alienados furiosos no HCF. Nele se explica que o hospital contava nessa data com apenas as 28 celas de isolamento para doentes agitados, acima descritas por Sena, para uma população superior a 400 doentes, uma proporção inferior a metade da considerada necessária em manicómios estrangeiros. Além disso, as celas de isolamento existentes «eram d'uma construção rudimentar» e careciam de condições higiénicas: «escassamente alumiadas, destituídas de qualquer systema de aquecimento, a ventilação é imperfeitíssima, a segurança deixa muito a desejar em casos de agitação mais violenta». O relatório incide ainda no facto de as celas de isolamento existentes no edifício terem uma distribuição em linha reta que «dificulta uma attenta vigilância dos doentes».

Para o projeto de construção de dois pavilhões de alienados furiosos, a Misericórdia encarrega ao inspetor de obras de elaborar, de acordo com o diretor clínico interino, Júlio de Matos, «a planta e orçamento das novas células, assentando-se, em conformidade com os preceitos da sciencia moderna, que sejam dispostas em círculo, de forma arredondada, com abundante illumination, conveniente aquecimento e completa ventilação», com um orçamento inicial para a construção das celas para o sexo masculino de 3.000\$000 reis.⁵ O inspetor de obras dos pavilhões foi José Isidro da Silva Campos.⁶ Num outro documento, a administração do estabelecimento informa que forneceu ao inspetor de obras «todas as indicações técnicas que possam aproveitar á realização d'essas obras. Para esse fim está desde já compulsando memorias e plantas espaciaes, tendo também encomendado do estrangeiro vários livros em que poderá colher valiosos elementos, e nomeadamente um relatório apresentado ao Governo Francez por uma Comissão de médicos alienistas, pelo

¹ BENTHAM, Jeremy – Tradução das obras politicas do sabio jurisconsulto Jeremias Bentham, vertidas do inglez na lingua portuguesa por mandado do soberano congresso das Cortes Geraes Extraordinárias. Lisboa: Imprensa Nacional, 1822. 2 v.

² SENA, António Maria de – *Os Alienados em Portugal*. Lisboa: Ulmeiro (Colecção Clássicos da Psiquiatria, 3), 2003. pp. 302-306.

³ *Ibidem*, pp. 312-313

⁴ *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*, do 1º de Julho de 1890 até 30 de Junho de 1891, pp.159; 428-429.

⁵ *Ibidem*

⁶ Acta nº 1 da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, de 3 de Julho de 1891.

mesmo Governo incumbida de estudar em Inglaterra e na Allemanha um typo de cellula modelo para agitados».¹



Figura 5: Imagem atual do pavilhão para doentes furiosos do HCF (fotografia do autor)

A seguinte entrada significativa que encontramos sobre este assunto é no *Relatório dos Actos da Santa Casa da Misericórdia* do Porto do biénio de 1893-94, onde se fala da conclusão do 2º pavilhão para furiosos.² Assim sendo, podemos concluir que ambos pavilhões foram construídos no período de 1892 a 1894. Primeiro foi construído o mais pequeno, localizado a norte do corpo principal do hospital. O segundo pavilhão, de tamanho maior, localizado a sul do corpo principal do hospital, foi construído posteriormente para colmatar as necessidades derivadas da capacidade limitada do primeiro.³



Figura 6: Júlio de Matos (fotografia de autor desconhecido)

¹ Acta nº 22 da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, de 06 de novembro de 1890.

² Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, do dia 1º de Julho de 1893 a 30 de Junho de 1894, pp. 281-282.

³ Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, do 1º de Julho de 1893 a 30 de Junho de 1894, pp. 154-156.

O primeiro que foi construído, mais pequeno, «tem base enneagonal, contendo 6 cellas para doentes, uma casa para o enfermeiro e uma outra para latrina e banhos. A ventilação faz-se pelo lanternim ao centro do edificio e em cada cella por uma janela situada na parte superior da parede externa (...) O edificio é coberto de louça».¹ O segundo pavilhão tem «forma pentadecagonal» e contava com «um número de 12 cellas para doentes».² Este pavilhão foi demolido em 1959 aquando das obras de construção da via cintura interna do Porto.³

De facto, rapidamente verificou-se que o tamanho do primeiro pavilhão era insuficiente para as necessidades do hospital, o que obrigou a construção de um segundo pavilhão. Num relatório elaborado em 1895-96 por Joaquim Urbano da Costa Ribeiro, nessa data médico ajudante no HCF, sobre as condições higiénicas do hospital, este lamenta «a desigualdade dos dois pavilhões que affeta a symetria geral das construções, defeito tanto mais notável quanto a pequena capacidade do da 1ª divisão nem sequer justifica a despeza com ele feita».⁴

Tal como aconteceu com o pavilhão de observação de criminosos, desconhecemos até que data os pavilhões se mantiveram em funcionamento, mas é previsível que não tenha alojado doentes para além da década de 50. Convém lembrar que na segunda metade dessa década são realizados em Portugal os primeiros ensaios com o primeiro neuroléptico antipsicótico, a clorpromazina, um fármaco que permitia uma abordagem farmacológica eficaz dos doentes previamente designados como «furiosos», ficando reservados apenas para casos extremos a contenção física e o isolamento, que eram os objectivos dos pavilhões de estrutura panóptica.



Figura 7: Imagem do pavilhão pentadecagonal para doentes furiosos do HCF antes da sua demolição em 1959 (Câmara Municipal do Porto).

¹ Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, do 1º de Julho de 1895 a 30 de Junho de 1896, pp. 266-268.

² Ibidem.

³ «Destinada à construção da Via de Circulação Interna, foi expropriada pela Câmara Municipal do Porto uma faixa de terreno em toda a extensão da propriedade hospitalar, do lado Sul, expropriação que faz parte de um acordo estabelecido, anteriormente à nossa Gerência, entre o Município do Porto e a Santa Casa da Misericórdia (...) Pelo mesmo motivo foi demolido um pavilhão (8ª enfermaria, 2ª divisão), que se encontrava justamente localizado na parte expropriada». Relatório da Santa Casa da Misericórdia do Porto, gerência de 1 de Janeiro a 31 de dezembro de 1959, p. 127.

⁴ Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, do 1º de Julho de 1895 a 30 de Junho de 1896, pp. 266-268

Fontes

Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto (AHSCMP).

Bibliografia

ÁLVAREZ REBOLLIDO, Benito – A evolução e influência do desenho arquitetónico no hospital psiquiátrico. Vila Nova de Cerveira, 2014. (Tese de mestrado Integrado em Arquitetura e Urbanismo, Escola Superior Gallaecia).

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10240/1/benito_alvarez_%20rebollido_dissertacao.pdf

BENTHAM, Jeremy – Panóptico. Madrid: Círculo de Bellas Artes de Madrid, 2011.

MATOS, Júlio – Les prevenues dans les asiles d'aliénés. Porto: Tipografia do Asilo de Alienados do Conde de Ferreira, 1906. Nota apresentada no XV Congresso Internacional de Medicina.

PINA, Luís – Raízes brasileiras da organização hospitalar psiquiátrica portuense. Lisboa: s./ed. Apresentação no Congresso das Misericórdias de 1958.

SENA, António Maria – Os Alienados em Portugal: história e estatística: Hospital do Conde de Ferreira. Lisboa: Ulmeiro (Coleção Clássicos da Psiquiatria, 3), 2003.

A LOUCURA NA PERSPETIVA DO ARTISTA

Ana Paula Azevedo Duarte de Araújo

Universidade do Minho

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

E-mail:anapaaraujo@sapo.pt

Palavras-chave: loucura, criatividade, pintura, simbologia, História

Resumo: A arte, seja ela pictórica, escultórica, musical ou literária, ao longo dos tempos representou, por vezes, uma abordagem crítica da loucura. A demência foi durante muito tempo considerada como “mal-estar da sociedade”. Como tal, os municípios tratavam de expurgar as comunidades colocando os loucos em prisões ou entregando-os a barcos de estrangeiros por forma a serem abandonados em terras distantes. A partir do século XVIII, a demência começa finalmente a ser assumida como patologia do foro psicológico. Vários foram os artistas que tentaram captar a insanidade de forma realista ou impressionista desde os frescos de Pompeia até à atualidade. A habilidade em encontrar o equilíbrio entre decorativismo, o realismo, por vezes cruel, a crítica e a emoção faz destas obras fontes inspiradoras para qualquer historiador da doença.

Abstract: Art, whether pictorial, sculptural, musical or literary, over time has sometimes represented a critical approach to madness. Dementia has long been considered a "discomfort in society". As such, the municipalities sought to purge the communities by putting the madmen in prisons or delivering them to foreigners' boats so as to be abandoned in distant lands. In the eighteenth century, dementia finally begins to be assumed as pathology of the psychological forum. Several artists have tried to capture insanity in a realistic or impressionist way from Pompeii's frescoes to the present day. The ability to strike the balance between decorativism, sometimes cruel realism, criticism, and emotion makes these works an inspiring source for any historian of the disease.

Introdução

Este estudo baseia-se na análise breve de alguns quadros alusivos à loucura da autoria de 4 pintores: Hieronymus Bosch, também conhecido por El Bosco, artista renascentista dos séculos XV e XVI; Francisco de Goya, pintor espanhol da transição do século XVII e XIX; Vicente Van Gogh artista holandês do século XIX; e dois pintores do século XX, o norueguês Eduard Munch, e William Kurelek, artista canadiano, filho de emigrantes ucranianos.

Pretende-se refletir sobre algumas representações pictóricas icónicas que eternizaram os seus autores, não só pela capacidade de produzir obras de tão grande beleza iconográfica, mas também, pela capacidade que tiveram de expressar de forma tão clara, a turbulência do espírito humano, apesar dos problemas de alienação de que os três últimos pintores padeciam.

A “loucura” é o termo popular para o estado de demência. Este termo que provém do latim “dementatus”, significa fora da própria mente, o que nos remete para as várias perspetivas com que podemos observar e analisar a criatividade do homem.

A conceitualização da “loucura” foi variando ao longo dos sucessivos períodos históricos e consoante as culturas. Aristóteles e Séneca afirmavam que *não há homem de grande talento sem veia de louco*. Galeno definiu a loucura como carência de razão e como uma lesão da memória. No entanto foi Cornélio Celsus, médico romano (25 a.C. a 50 d.C.), o primeiro a utilizar o termo como conceito médico.

Todavia, os critérios na Idade Média e Moderna, para definir um indivíduo como demente, foram, muitas vezes, estabelecidos à luz de preceitos sociais e económicos. Como afirma Michel Foucault, o reconhecimento destes indivíduos era feito por juízes e por inquisidores. Na verdade, os comportamentos desviantes destes elementos da sociedade eram tidos como pecados, o que justificava por si só que fossem tomadas medidas por parte dos municípios no sentido de purgar a sociedade. O resultado ao nível europeu foi o recolhimento dos alienados em locais como asilos, hospitais ou prisões. Ainda em alternativa, e principalmente para os insanos que não eram da localidade, as comunidades locais, ou hospitais organizavam peregrinações a lugares distantes onde os alienados eram abandonados. Um dos exemplos mais paradigmáticos do resultado destas políticas é-nos recordado por Michel Foucault, quando refere a vila de Gheel na província de Antuérpia, na Bélgica (Foucault, 1999). Esta vila ficou conhecida pelos peregrinos que se deslocavam ao santuário religioso a receber a bênção de Santa Dinfna, virgem e mártir invocada contra as doenças mentais. Desde o início do século XV que os residentes desta localidade recebiam os peregrinos que foram ficando e estabeleceram uma espécie de “colónia” de doentes mentais. Esta situação permanece até aos dias de hoje.

De forma genérica, até ao séc. XVIII não existia uma padronização de conceitos e as classificações de alienação eram arbitrárias. Na segunda metade de setecentos, o estudo da mente ganha cada vez mais ênfase no universo científico e Vincenzo Chiarugi e Philippe Pinel vão trazer um novo fôlego e uma perspetiva cada vez mais próxima do que viriam a ser os conceitos atuais (Lerner, 2002).

A partir do século XIX, a demência passa a ser considerada como passível de ser tratada e controlada.

Atualmente o diagnóstico clínico destes estados psicóticos obedece a critérios standardizados, estabelecidos universalmente e fundamentados em investigações clínicas, biológicas e epidemiológicas. Esta nova concessão científica do que é a alienação e a tomada de consciência de como este estado do indivíduo interfere na ordem social abriu caminho a um cada vez maior envolvimento das diversas áreas do saber. No princípio do século XX, muitos psiquiatras, psicólogos e artistas passaram a debruçar-se sobre a arte alusiva à loucura. Tal como a pintura passou a ser um instrumento simultaneamente terapêutico e de análise dos respetivos estados de alma dos pacientes nos hospitais psiquiátricos. Em algumas destas instituições psiquiátricas passou-se mesmo a colecionar obras de pacientes, muitas delas expressões inquietantes do que lhes ia no interior.

Alguns dos pintores que escolheram a temática da alienação fizeram-no apenas pelo seu interesse em temas de expressão estética. Outros houve, no entanto, que a usaram como veículo para manifestação do seu estado de espírito, em períodos de perturbação mental. Na maioria das pinturas destes últimos, o uso de certos pormenores oníricos e de certas representações sistemáticas de estados psicóticos de delírio são uma constante. Para estes génios, a habilidade em encontrar o equilíbrio entre decorativismo e o realismo deve-se talvez ao facto destes pintores expressarem, muitas vezes, uma realidade impercetível aos olhos do indivíduo comum, mas que era palpável para eles.

Para se entender melhor este binómio arte/loucura, optou-se por abordar algumas obras de diferentes épocas, mas que tiveram em comum certos códigos e símbolos, estereótipos da angústia do espírito humano.

O tríptico de Hieronymus Bosch (1450-1516) ou El Bosco, como era conhecido em Espanha intitulado *O jardim das Delícias*, representa todo um rosário de testemunhos pictóricos do desatino do homem desde a sua criação por Deus. Quando fechado o tríptico permite ao observador imaginar o mundo no terceiro dia da sua criação, com a vida vegetal a desabrochar e antes do advento da Humanidade. Mas é quando se abrem as portas do retábulo que se pode analisar uma profusão de cores, fogo e de símbolos representativos da insanidade e desvario num tempo em que a loucura não era vista como patologia, mas como pecado. No centro observa-se o deleite do homem por todo o tipo de pecado e luxúria. Nos painéis laterais é possível perceber as consequências da conduta do indivíduo. Do lado direito e, em resultado de um comportamento ignóbil e depravado, aparece o inferno. Esta parte do painel é caracterizado por cores mais negras, com símbolos de dor e sofrimento tendo como fundo uma cidade em chamas. No centro da composição aparece o rosto de um homem (Hieronymus Bosch) com o corpo vergado pelo peso representado por uma árvore esburacada e de aspeto decadente. Sobre a cabeça deste condenado observa-se uma gaita-de-foles gigante em torno da qual dançam diabinhos e as suas vítimas.

Os que não pecavam nem apresentavam um comportamento tresloucado conseguiam auferir de um sentimento de serenidade e de paz e deleitar-se com os prazeres do céu representado do lado esquerdo do tríptico, onde animais e pessoas coabitavam serenamente respeitando os paradigmas da natureza.

No séc. XVI havia temáticas que não eram passíveis de serem abordadas publicamente. Todavia, o mito da loucura e da folia como uma ameaça da sociedade surge em força, criando reações por vezes exacerbadas de mal-estar. Os documentos da época dão-nos conta de uma série de testemunhos deste tipo de comportamento, nomeadamente punições específicas para cidadãos, que, pela sua forma de estar, eram considerados profanos e que hoje seriam cotados como indivíduos com inclinações mais excêntricas, mas naturais, ou, em casos específicos, reconhecidos como doentes mentais.

A pintura foi um dos instrumentos escolhidos por Hieronymus Bosch para expressar questões interditivas e, por isso, cotadas como delírios. Nas intervenções pinturais do artista é frequente temas como a música profana, a corrupção dos governantes e dos Papas, a homossexualidade e a libertinagem sexual.

Ainda noutra obra do mesmo artista intitulada *A extração da pedra da loucura* é perceptível uma crítica de El Bosco aos excessos levados a extremo na época, numa reação ao medo da loucura.

Até ao século XVIII, existiam os curandeiros ambulantes que, graças à charlatanice, magia negra, superstição e medo, ganhavam a vida a retirar pedras das caixas cranianas das pessoas. Este mito foi alimentado pela tradição galénica, já que o médico grego Cláudio Galeno (120-199 d. C) defendia que “a pedra maligna da epilepsia” podia ser operada. Não admira por isso que este tema tenha sido satirizado por El Bosco.

O quadro *A extração da pedra da loucura* surge sob a forma de um círculo que lembra um espelho rodeado de uma legenda com formosos caracteres góticos dizendo “Mestre tire-me a pedra chamo-me *Lubbert Das*”. Este nome, na cultura neerlandesa era usado para designar um homem inocente, numa alusão clara à estupidez humana. Na representação vê-se a extração, não de uma pedra, mas de uma tília lacustre ou também chamada nenúfar. Embora semelhante à tília tradicional,

tal é impensável, já que estas só passam a germinar na Holanda a partir de 1594, data posterior à conceção do quadro. No quadro, o falso cirurgião, que na verdade é um estofador, como nos indica a vestimenta, tem um funil enfiado na cabeça, numa alusão ao engodo. A flor extraída sugere a luxúria e os desejos sensuais do camponês incauto que transporta uma bolsa de dinheiro do que se encontra atravessada por um punhal, sinal da traição de que é vítima. O doente está acompanhado pelo frade velho agarrado ao jarro de cerveja e uma monja ignorante que observa a cena. O livro sobre a cabeça da religiosa pode ser uma alusão à falsa ciência ou à religião. As imagens do frade e da monja podem ainda querer dizer que a igreja e a ciência representada pelo livro estão à margem deste tipo de abordagens à doença.

Outro pintor da loucura foi Francisco de Goya (1746-1828), génio do romantismo e que testemunhou a passagem do século XVIII para o XIX, numa altura em que o Rococó dava lugar progressivamente ao Neoclassicismo. Foi litógrafo, gravador, pintor de tapeçaria, diretor adjunto de pintura da Academia e pintor dos reis Carlos III, Carlos IV acabando por ser nomeado como pintor de câmara (Acevedo, 2003).

A guerra, as divisões sociais que iam ocorrendo em Espanha, a censura por parte da inquisição e, em 1792, uma enfermidade que o acometeu e levou à surdez influenciaram a sua pintura em constante transformação.

Aos 73 anos, Goya apresenta uma saúde cada vez mais debilitada que o leva a isolar-se mais e mais da vida pública acabando por retirar-se para sua Quinta em Madrid, conhecida como a *Quinta do Surdo*. Aí, Goya pinta uma série de catorze imagens em óleo sobre o reboque da parede dos muros da quinta. Esses quadros, conhecidas como as *Pinturas Negras*, são uma das séries mais representativas da loucura na herança artística do pintor (Aris, 2002).

As pinturas Negras são diferentes de tudo o que o artista pintou até aí e caracterizaram-se, não só pela sua tonalidade, como pela natureza obscura da sua temática. No quadro intitulado *Multidão* que faz parte dos murais intitulados *Pinturas Negras*, um grupo de pessoas de olhares esbaforidos, pintadas com pinceladas furiosas e curtas, rodeiam um monstro representado por uma cabra e escutam-no como que enfeitiçadas. A inusitada profundidade psicológica que se observa nas expressões dos rostos das pessoas, acaba por transmitir, através de artifício de sombras e luz, a insanidade destas almas tomadas por “demónios” (Todorov, 2014). Goya transmitiu em toda a sua obra uma capacidade única em manifestar com realismo tanto o lado obscura como luminoso da natureza humana.

A surdez de Goya e o isolamento que essa condição trouxe à sua vida acabou por torná-lo mais sensível ao poder da imaginação e consolidar o seu estatuto de artista do romantismo.

Atualmente *As Pinturas Negras* de Francisco Goya encontram-se no museu do Prado, em Madrid.

Vicente Van Gogh (1853-1890), artista holandês, pertenceu à escola Pós-Impressionista. Entre 1886 e 1889, criou mais de 30 autorretratos, exercício que servia para fazer uma espécie de introspeção. Nesses quadros é frequente ver-se um fundo de espirais pintadas com cores frias que são utilizadas para transmitir a confusão do autor. Os olhos estáticos revelam o estado de apatia do artista. Segundo os terapeutas psiquiátricos, as espirais caracterizam muitas vezes o quadro clínico de esquizofrenia. Pode talvez inferir-se que as espirais representam como que uma distorção da realidade e, conseqüentemente, a dissolução do eu do pintor, numa manifesta negação do reconhecimento do seu corpo a que os psiquiatras chamam de *Síndrome de Cotard*. Este tipo de sofrimento pode inclusivamente levar o indivíduo a

amputar partes do corpo, como ocorreu ao artista nas vésperas de Natal de 1888, quando decepa a orelha. Dois anos depois, em consequência do agravamento do estado psíquico do neerlandês e após alguns períodos de internamento em hospitais psiquiátricos, Van Gogh com 37 anos suicida-se com um tiro no peito (Coma-Cros, Tello, Vall, 2006).

A Noite Estrelada, pertencente também ao espólio De Van Gogh foi pintada quando este se encontrava internado num asilo em Saint-Remy-de-Provence. A tela é talvez uma das mais paradigmáticas da obra do pintor. No quadro, o artista pinta um céu turbulento e cheio de curvas sobre um vilarejo tranquilo com uma típica igreja holandesa. Num primeiro plano, observa-se um cipreste curvilíneo que vem acentuar ainda mais a ideia de inquietude que prevalecia no espírito do artista. As imagens distorcidas e os remoinhos tornam-se frequentes ao longo das mais de 900 obras de Van Gogh.

O grito é uma obra de arte expressionista da autoria do pintor norueguês Edvard Munch (1863-1944) que simboliza o sentimento de angústia do ser humano. O pintor teve problemas de alcoolismo e depressão. A pintura *O Grito* foi recriada em várias versões, em diferentes técnicas. O recurso às formas retorcidas e a expressão do personagem que observamos na tela revelam dor, tal como o grito, expressão máxima da angústia. Para que o impacto psicológico fosse maior, o pintor recorreu a cores quentes como o vermelho, o laranja e o amarelo na zona superior do quadro e a cores mais frias como o roxo o azul e o verde no resto do quadro.

O artista canadiano, William Kurelek (1927-1977) filho de emigrantes ucranianos, foi diagnosticado, aos 25 anos, com esquizofrenia. Durante o seu internamento num hospital psiquiátrico pintou uma das suas obras mais emblemáticas, *O Labirinto*. Este quadro é uma retrospectiva das tragédias sofridas pelo artista, uma análise dos medos mais profundos, um retrato dum espírito amargurado.

A pintura está disposta em múltiplos compartimentos dentro de uma caveira. Na parte superior do quadro exterior à caveira observa-se uma paisagem campestre onde parece imperar a calma. O artista está representado na cúpula cerebral e os seus pensamentos apresentam um aspeto de labirinto, um caleidoscópio de estados de espírito. O centro é dominado pela imagem de um rato inerte que se recusa a reagir em resposta a um mundo exterior intimidante. A imagem da criança bloqueada entre duas caras representa o conflito com o pai (a cara que detestava e a que venerava). São ainda representadas pelo artista situações de *bullying* escolar e, simultaneamente, o medo do abandono, da perda de afeto e de abrigo proporcionado pelo pai. O conflito interior sobre a sexualidade do artista é aqui representado pelo touro, que, mesmo ferido, aprecia com deleite as vacas. Todo este exercício introspetivo culmina com o pintor a retratar-se num tubo de ensaio a ser observado pelos psiquiatras. Na zona inferior do quadro o pintor recria um cenário exterior ao labirinto representado no interior da sua cabeça, onde representa símbolos de arte e literatura (como pautas de música e livros) e outros resíduos que se espalham pelo chão como remanescentes ou lixo simbolizando a perda de sensibilidade ou a apatia doentia do artista.

Carlos González Ragel, pintor espanhol do século XX, sofria de uma psicose maniaco-depressiva e foi sujeito a vários internamentos hospitalares. As figuras de esqueletos e as pinturas tétricas são características das suas representações e deram origem a uma arte designada de esqueletomaquia que, segundo o autor, significava “a arte de ver para além do que os nossos olhos alcançam”. As suas pinturas representam frequentemente silhueta de imagens radiológicas. Nestas composições podem observar-se as estruturas esqueléticas de seres vivos, animais ou humanos, como se o artista tivesse uma visão raio X capaz de penetrar as camadas mais superficiais dos

corpos. Uma outra característica das pinturas de González Ragel eram os símbolos sinistros como sangue e vultos sem rosto a dançar. Muito embora a debilidade psicológica do artista, as suas capacidades e aptidões para fotografar, para além da superfície do corpo na procura da alma, eram impressionantes.

Conclusão

A percepção que subsiste é que foram vários os artistas que tentaram captar a insanidade através da pintura. Alguns escolheram este tema apenas pelo fascínio em representar o indivíduo tomado pela demência. Mas muitos desses grandes génios foram torturados por afeções mentais e plasmaram as suas ideias delirantes com insólitas composições de forma genial, deixando um legado, que é um impactante testemunho da sua alma atormentada.

Embora na perspetiva biológica algumas destas mentes se encontrassem debilitadas, o seu génio artístico superou frequentemente a capacidade humana de representar sentimentos subjetivos e a turbulência do interior do indivíduo em períodos de desvario.

Vários historiadores e cientistas acreditam na indissolução da criatividade e da loucura. Para muitos, a alienação é mesmo uma parte da genialidade e um fantástico requisito para exprimir com indiscutível veracidade o estado de loucura.

Fontes e Bibliografia

ACEVEDO, Quique Martín — Arte y cultura. Historia y vida. 428 (2003) 96-101.

TODOROV, Tzvetan — Goya à Sombra das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

COMA-CROS, Daniel; TELLO, Antonio; VALL, M^a Josep — O Realismo. O Impressionismo. In NAVARRO, Francesc — História da Arte. Barcelona: Editorial Salvat 2006, p. 243-255.

ARIS, Alejandro — A Medicina na Pintura. Lisboa: Chaves Ferreira, 2002.

FOUCAULT, Michel- — História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

LERNER, Paul — A Cura e a Mente. In PORTER, Roy (coord.) — Medicina-A História da Cura das Antigas Tradições às Práticas Modernas. Lisboa: Livros e Livros 2002.

LOUCURA E ARTE

José Cunha-Oliveira*; **Aliete Cunha-Oliveira****

*Médico Psiquiatra

**Enfermeira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Assistente convidada.

Investigadora colaboradora do CEIS20

E-mails: josecunhaol@gmail.com; aliete.cunha@gmail.com

Palavras-chave: arte, loucura, criatividade, psicopatologia, drogas

Keywords: art, madness, creativity, psychopathology, drugs

Resumo: As relações entre loucura e arte têm motivado larga discussão e controvérsia. Mas nem sempre tem sido esclarecido o âmbito da discussão. Tudo começa pelo que se entenda por loucura e arte e que relações têm ou mantêm as duas realidades entre si, quem as olha, quem as vive e quem as descreve.

São vastas, multifacetadas, e por vezes inesperadas e contraditórias, as relações entre a criação artística e os estados subjetivos subjacentes. Não existe criatividade dentro da loucura ou fora dela, só existe criatividade. Assim como nada existe realmente a que se possa dar o nome de arte, existem somente artistas. O essencial na arte não é a loucura, nem a normalidade, o essencial é exprimir.

É necessário colocar na equação um importante fator: a criatividade, a expressividade e o génio, quer do “louco” quer do “não louco”. Nenhum, “louco” ou “não louco”, vai muito longe sem esses atributos.

Abstract: The relations between madness and art have been the subject of wide discussion and controversy. But the scope of the discussion has not always been clarified. The question begins with what is understood by madness and art and what relations have or maintain the two realities among each other, who looks at them, who lives them and who describes them.

The relations between artistic creation and the underlying subjective states are vast, multifaceted, and sometimes unexpected and contradictory.

There is no creativity inside or outside madness. There is only creativity. Just as nothing really exists to which the name of art can be given. There are only artists. The essential thing in art is to express.

It is necessary to put in the equation an important factor: creativity, expressiveness and genius, both "insane" and "not insane". None of them, "insane" or "not insane," goes a long way without these attributes.

Introdução

As relações entre loucura e arte têm sido objeto de larga discussão e controvérsia. Mas muitas vezes o âmbito da discussão não é esclarecido. A questão começa por aquilo que se entende por loucura e por arte e que relações têm ou mantêm as duas realidades entre si, quem as olha, quem as vive e quem as descreve.

Por isso, o objetivo central deste artigo é elencar alguns dos aspetos centrais da relação entre as artes e a loucura. Para esse propósito procedemos a uma revisão sumária da literatura artística e científica sobre o tema, designadamente também a disponível através da internet institucional.

Das conclusões do presente trabalho sobressai a constatação de que são vastas, multifacetadas, e por vezes inesperadas e contraditórias, as relações entre a criação

artística e os estados subjetivos que a acompanham e que, como diria Fernando Pessoa, “o essencial na arte é exprimir”.

1. Loucura, arte e a arte dos loucos

Sobre a loucura e sua catalogação fala-nos *O Alienista*, de Machado de Assis, obra de 1882. Simão Bacamarte, alienista recém-chegado à Casa Verde, abraça a incumbência de internar os loucos de Itaguaí. Encontrou em (quase) toda a gente sinais de “loucura”. Acabou por internar mais de 4/5 dos itaguaenses, incluindo a fina flor da cidade. Conclui que, estatisticamente, os normais são os loucos, constituem a maioria perfeita. Acaba sozinho, autorrecolhido na Casa Verde.

Estava-se em pleno século XIX, época em que se estabelecem as bases da psiquiatria e as relações desta com a arte, em que algumas atividades de natureza artística são introduzidos nos hospitais psiquiátricos e apareceram as primeiras referências teóricas ao tema (Ferraz, 1998).

A partir do início do século XX, dá-se um progressivo interesse por uma compreensão aprofundada destes processos, surgindo um conjunto de abordagens que vão desde a diversidade de linhas terapêuticas até aproximações à arte de vanguarda. As produções de pacientes psiquiátricos tornam-se matéria de vários estudos e procura-se saber como é entendida a doença mental por psiquiatras e pacientes. Um exemplo é o célebre experimento Rosenhan (1973). Em 1972, David Rosenhan resolve fingir-se doente mental e apresentar-se num hospital psiquiátrico americano, referindo falsamente ouvir vozes que lhe diziam “oco”, “vazio” e faziam o som “tum-tum”. Depois comportou-se sempre de maneira calma e respondeu, sem mentir, a perguntas sobre a sua vida e os seus relacionamentos. Outros oito voluntários são¹ fizeram o mesmo, noutras instituições. Todos, menos um, foram diagnosticados com esquizofrenia e internados. Uma vez internados, os falsos pacientes continuaram a agir normalmente. Observavam tudo e tomavam notas. De início, redigiam as notas à socapa, mas logo perceberam que não havia necessidade dessa reserva (médicos e enfermeiros passavam pouco tempo com os pacientes, nem respondiam às perguntas mais simples). Apesar de exibirem publicamente a sua sanidade, nenhum deles foi reconhecido. Os pacientes reais duvidavam frequentemente da condição dos novos colegas: “Tu não és louco, deves ser jornalista ou um professor que anda a estudar o hospital”. Os falsos pacientes foram mantidos nos hospitais por períodos que variaram de 7 a 52 dias. Foram medicados (como muitos internados reais, punham os comprimidos debaixo da língua e deitavam-nos fora quando os funcionários se afastavam) e tiveram alta com o diagnóstico de “esquizofrenia em remissão”. Voltando à identidade real, os investigadores requisitaram os ficheiros sobre a estadia no respetivo hospital. Em nenhum dos documentos havia menção à desconfiança de que tivessem estado a mentir ou parecessem não ser esquizofrénicos. David Rosenham conclui: “agora sabemos que somos incapazes de distinguir a insanidade da sanidade”.

“Sendo difícil definir a loucura, é fácil saber que alguma coisa não está bem quando alguém decide caminhar sobre as águas, matar a esposa ou beijar um cadáver” (Laleu, 2016 b). Laleu interroga-se: “frequentemente, os grandes compositores são vistos como loucos, excêntricos, até mesmo doentes mentais. Mas será que existe verdadeiramente um elo entre a criatividade, o génio e a loucura?” (Laleu, 2016 a).

¹ Três psicólogos, um pediatra, um psiquiatra, um pintor e uma dona de casa.

Que contributo pode dar a psiquiatria para o estabelecimento das relações entre arte e loucura? Segundo Fernando Pessoa, “propriamente, o único crítico de arte ou de letras deve ser o psiquiatra; porque, ainda que os psiquiatras sejam tão ignorantes e laterais aos assuntos como todos os outros homens daquilo a que eles chamam ciência, têm ainda assim, perante o que vem a ser um caso de doença mental, aqueles competência que consiste em nós julgarmos que eles a têm. Nenhum edifício de sabedoria humana pode erguer-se sobre outros alicerces” (Pessoa, 1966).

Teixeira de Pascoaes (1984), por seu turno, sintetiza assim as relações entre a loucura e a criatividade, entre a normalidade anódina e a força de onde irrompem as grandes realizações humanas: “Delírio? Alucinação? Mas a razão e a alucinação derivam da mesma fonte donde brotaram os versos de Homero e as Pedras das Pirâmides. É tudo a mesma energia essencial, a mesma vibração indefinida, a que puseram um nome que não diz nada”.

A história das grandes figuras políticas, religiosas e culturais encontra-se, desde os primeiros registos escritos, semeada de melancolia, delírios megalómanos e persecutórios, vivências de revelação “apofânica”, suicídios, crises epiléticas, etc., sem que esses estados excessivos da mente provocassem nos seus protagonistas qualquer diminuição do seu estatuto social - antes, as mais das vezes, eram uma inerência, justificação ou sinal (“carisma”) da sua predestinação (Cunha-Oliveira, 1989).

As relações entre loucura e criatividade dividem os autores na literatura sobre o tema. Uma das questões que relevam desta relação é a de saber se a arte pode ser um produto da loucura ou surgir apesar da loucura. Como diz Dubois (2011), “a coleção (do hospital) de Sainte-Anne, que tem mais de cem anos, testemunha o facto de a maior parte dos artistas ou terem uma cultura artística prévia, ou terem-na adquirido durante o tempo de internamento”. Ou, então, vejamos a observação de Belmar: “Na verdade, o arquétipo do artista com doença mental está muito arraigado e costuma compor uma boa estória. Mas será que se trata de uma estória correta?” (Belmar, 2014).

É necessário colocar na equação um fator essencial: a criatividade, a expressividade e o génio, quer do “louco” quer do “normal”. Nenhum deles, “louco” ou “normal”, vai muito longe sem esses atributos.

Devemos evitar o psicologismo e o psiquiatrismo, dizendo de outro modo, o “bacamartismo”, que nos conduz a derivas do tipo das frequentes publicações sobre o “caso clínico de Fernando Pessoa” (Cf. Saraiva, 1990).

E o que é a “arte dos loucos”? Em que medida a loucura influencia a criatividade? Qual a sua repercussão no processo, sobre o objeto criado? Como dizia Jean Dubuffet (1949) na exposição consagrada à Arte Bruta¹, “não existe mais arte dos loucos do que arte dos dispépticos, ou dos doentes que sofrem do joelho”.

É preciso distinguir a arte produzida pela loucura da arte que imita ou representa ou reflete sobre a loucura. E o que é a loucura: a esquizofrenia, a depressão, a histeria, o excesso, o génio, a extravagância, a personalidade perturbada ou perturbadora? E de que loucura falamos, da endógena (que vem das profundezas do ser), ou da induzida (por drogas, p. ex.) No que respeita à arte dos loucos internados, distinguiremos a arte espontânea e a arte terapêutica. Há que recordar

¹Arte produzida por criadores livres da influência de estilos oficiais, incluindo as diversas vanguardas, ou das imposições do mercado de arte.

aqui o trabalho de Nise da Silveira no centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, em Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, e o seu *Inumeráveis Estados do Ser*, que permitiu que alguns dos pacientes institucionalizados acessem ao mercado da arte. É o caso de Emygdio de Barros (Fig. 1), que, após 23 anos de mutismo, encontrou na pintura o caminho para realizar as suas potencialidades.



Emygdio de Barros, Sem título, 1969; óleo sobre tela, 50x70,5cm. Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente

Figura 1 - Emygdio de Barros, óleo sobre tela, sem título, 1969

Fonte: <http://mundoartepipa.blogspot.pt/> . Sem restrições de utilização

Parchappe (1850) destaca a criatividade da alienação mental, dizendo que os seus doentes “não raro, atingem, pela invenção ou mesmo pela expressão, efeitos que parecem só poder ser atribuídas ao talento”.

Régis planeia abrir uma secção no *L' Encéphale* (Figura 2) dedicada aos escritos dos loucos: “Os loucos - diz- são dotados, na sua maioria, de um poder de expressão verdadeiramente notável e, em alguns deles, a estes escritos de importância médica junta-se a atração de um estilo fácil e às vezes brilhante, constituindo a pintura mais real, mais animada e mais delicada das suas impressões mais íntimas, que nos fazem penetrar no coração desse ser indefinível a que chamamos louco” (Régis, 1882).

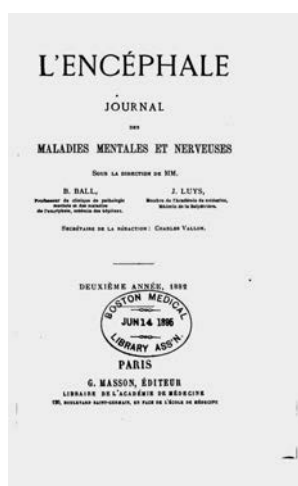


Fig. 2 - L Encéphale, 1882

Fonte: <https://archive.org/details/lencphalejourna07unkngoog>



Figura 3 - *Les Feuilles Libres*, nº 35. 1924. Fonte: AbeBooks.com

Já Paul Moreau de Tours (1892), no artigo “La Poésie chez les Alienés” sublinha o parentesco entre a inspiração poética e o delírio patológico. No início do século XX, o grupo surrealista não se contentou em atacar a psiquiatria nem em revalorizar o estado criador da loucura; ele fez entrar os escritos dos loucos na literatura (Cape, 2008). A literatura dos alienados chega por fim ao mundo cultural. “Um alienista do século XIX teria ficado razoavelmente surpreendido ao folhear o nº 35 de *Les Feuilles Libres* publicado em 1925. Nesta prestigiada revista literária (Figura 3) encontramos, em primeiro lugar, Paul Éluard, fazendo a defesa inflamada da poesia dos loucos” (Cape, 2008).

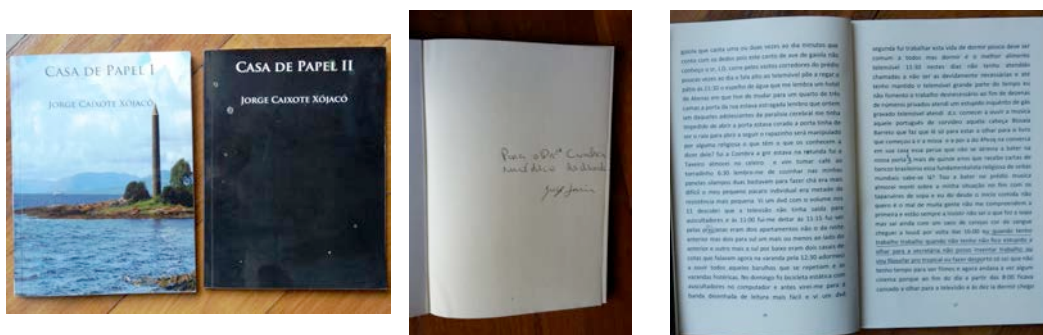


Figura 4 - Textos de doentes. Fonte: Coleção particular de José Cunha-Oliveira.
Licença Creative Commons

Os psiquiatras observam que os loucos escrevem muito (Figura 4). Séglas notou que o isolamento é o grande móbil que impulsiona o louco a escrever. No entanto, a nível dos artistas observa-se o mesmo: “há primeiro uma ideia que é necessário deixar amadurecer, depois a pessoa que cria deixa decantar e quando volta ao trabalho vê tudo mais claro e pode produzir algo. Este período de pausa explica, em parte, um comportamento similar nos compositores: a necessidade de se retirar do mundo para escrever. Daí a desconstrução de um outro mito: a solidão dos génios. Ninguém tem boas ideias ficando só no seu canto. Os grandes compositores não vivem afastados da sociedade. Pelo contrário, a maior parte deles ancora-se na

sociedade, enquanto professores, concertistas ou mestres de capela. Eles encontram-se com frequência, ouvem as músicas uns dos outros ou as músicas dos seus predecessores” (Laleu, 2016 a).

1.1.A loucura vista de fora

Um tema já tratado no século XVI é a demência. Quentin Massys, em 1527, representa uma velha num gesto de extrema ansiedade (Figura 5), que pode simbolizar o medo sentido pelos doentes com demência, devido à desorientação e à perda do contexto físico (Peláez, in Nuñez, 2010).



Figura 5 - (atribuído a) Quentin Massys, 1527, *Vieja mesándose los cabellos*

Fonte: Museo del Prado. (<https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/vieja-mesandose-los-cabellos/d731fae7-5a65-497e-96fb-24bb36a7920a>). Licença Creative Commons.

Uma outra fase da demência pode estar particularmente bem representada - uma mulher com uma expressão de infinita tristeza e um olhar perdido, como na “Hiena da Salpêtrière” (Figura 6), de Theodore Géricault, de 1822 (Peláez, in Nuñez, 2010).



Figura 6 - Theodore Géricault, 1822, *A Monomaniaca da Inveja* ou *A Hiena da Salpêtrière*.

Fonte: Musée des Beaux-Arts de Lyon. (<http://www.mba-lyon.fr/mba/sections/languages/portugues/colecoes/obras-primas/obras1476/a-monomaniaca-da-inv>).
Public Domain.

1.2 A loucura vista de dentro

Antes de serem uma atividade terapêutica (...), os atos de pintar, escrever e desenhar estavam presentes, talvez como necessidade vital, na existência de muitos dos que habitavam esses tristes lugares que eram os hospitais psiquiátricos (Lima & Pelbart, 2007).

Outras vezes é o próprio artista que tenta comunicar o seu estado, como Ann Adams (1994), em *Unravelling Bolero* (curioso trocadilho com Ravel), tentando reproduzir na pintura as performances da sua demência frontotemporal (Figura 7).



Figura 7 - Ann Adams. *Unravelling Bolero*. 1994

Fonte: <https://www.newscientist.com/article/dn13599-bolero-beautiful-symptom-of-a-terrible-disease/>.

Sem restrições de utilização

Mário Sá Carneiro, que viria a suicidar-se em Paris, em 26 de abril de 1916, escreveu, pouco antes, vários poemas, nos quais transmitia sentimentos que o

conduziriam ao desfecho fatal. Desses podemos destacar *O Recreio*, do livro *Indícios de Ouro* (s/d):

1.2.1.O Recreio

“Na minha alma há um balouço
Que está sempre a balouçar...
Balouço à beira de um poço,
Bem difícil de montar...
E um menino de bibe
Sobre ele sempre a brincar...
Se a corda se parte um dia
(E já vai estando esgarçada),
Era uma vez a folia:
Morre a criança afogada...
...Cá por mim não mudo a corda,
Seria grande estopada...”

Se o indez morre, deixá-lo...
Mais vale morrer de bibe
Que de casaca...Deixá-lo
Balouçar-se enquanto vive...

...Mudar a corda era fácil
Tal ideia nunca tive...”

Edvard Munch foi um dos expoentes do expressionismo da viragem dos séculos XIX-XX. Em 1908, teve um “ataque de ansiedade” e foi hospitalizado. Recuperou após tratamento com eletrochoques. É quando a sua arte sofre uma profunda mudança e se torna mais figurativa (Cerney, 2010). Dos seus quadros desta época destacamos *O Grito* e *Melancolia* (Figuras 7 e 8).



Figura 8- Edvard Munch, 1893, *O Grito*



Figura 9 - Edvard Munch, 1894, *Melancolia*

Fonte: http://obviousmag.org/do_ser/2016/o-poder-da-arte-conheca-o-pintor-noruegues-edvard-munch.html. Licença Creative Commons

Camille Claudel, irmã mais velha de Paul Claudel, discípula e amante de Rodin, terminou a sua brilhante carreira de escultora em 1913, com 49 anos de idade, para ser internada até ao fim dos seus dias (1943) no Asilo de Montdevergues, então chamado hospício de Montfavet, em Vaucluse, Avinhão.

Em 1913, no pátio do prédio da rua Bourbon, onde era o seu atelier, reinava uma enorme desordem e um fedor pestilento. Devido à sua loucura persecutória, Camille havia destruído à martelada todas as suas obras do ano anterior. Paul Claudel, seu irmão, intervém e determina o seu internamento compulsivo, ao qual Camille não opõe qualquer resistência. Dos seus trabalhos, destacamos a escultura em bronze e mármore, *Profonde Pensée* (Fig. 10).



Figura 10 - Camille Claudel, 1898, *Profonde Pensée*

Fonte: Musée Rodin, Paris. <http://artenarede.com.br/blog/index.php/tag/camille-claudel/>. Sem restrições de utilização

Também no campo da música se tem estudado as relações entre criatividade artística e loucura, sendo particularmente estudado os casos de Schumann, Haydn, Chostakovitch e Beethoven.

Robert Schumann teve um longo historial psiquiátrico, com as primeiras manifestações conhecidas aos 23 anos, sob a forma de uma depressão melancólica. Fez uma tentativa de suicídio aos 44 anos e acabou recolhido no manicómio de Endenich, perto de Bona, onde morreu em 1856, com 46 anos de idade. “Schumann ouvia sons, ‘um apito que não para dia ou noite’, como diz nos seus escritos. Quanto mais velho, mais os sons se tornavam distintos e às vezes se transformavam em música. Estes ataques de loucura eram frequentes. Poucos anos antes da sua morte, esgotado, ele mesmo pediu asilo: “ ‘Quero ser hospitalizado. Já não respondo pelas minhas ações’. Terminaria a sua vida num hospital psiquiátrico e, nos seus momentos de lucidez, continuou a compor” (Laleu, 2016).

2. Arte e Drogas: uma relação complexa

Desde tempos imemoriais as drogas têm sido uma fonte de criatividade. Mas também a sua ausência pode despertar a criação artística, por exemplo em alguns artistas com doença mental que recusam tomar a medicação prescrita pelos psiquiatras, ficando assim à mercê de estados mentais propícios à criatividade. Porém, o consumo continuado de drogas e a sua dependência podem também provocar a exaustão da capacidade criativa (Sindrey, 2018).

O consumo do ópio foi muito comum até ao século XIX. Em *Opiário*, Fernando Pessoa (1944) escreve:

É antes do ópio que a minh' alma é doente.
Sentir a vida convalesce e estiola
E eu vou buscar ao ópio que consola
Um Oriente ao oriente do Oriente.
(...)
Por isso eu tomo ópio. É um remédio.
Sou um convalescente do Momento.
Moro no rés-do-chão do pensamento
E ver passar a Vida faz-me tédio.

O absinto, usado como medicamento nos finais do século XVIII, seria a droga da moda na *Belle Époque*, consumido pelos pintores e poetas de Paris. Picasso pintou *O Bebedor de Absinto* (Figura 11).



Figura 11 - Pablo Picasso, Período Azul, 1903, *O Bebedor de Absinto* ou “Retrato de Ángel Fernández de Soto”. Fonte: <http://elogedelart.canalblog.com/archives/2010/03/18/17273920.html>. Wikipedia

2.1.Arte e Drogas: arte psicadélica (a partir dos anos 60)

Um dos expoentes da arte psicadélica é Alex Grey (Figura 11). A sua arte, de forte pendor místico, insere-se no que podemos chamar realismo psicadélico. É conhecido o seu consumo de LSD e DMT. Obcecado pela relação corpo-mente-espírito, sempre procurou tornar a experiência mística em si um tema central da sua arte.



Figura 12 - Alex Grey, 2012, *Godself*

Fonte: <https://www.kickstarter.com/projects/alexgreycosm/entheon-the-alex-grey-visionary-art-experience>. Aprovado for Free Cultural Works

De acordo com algumas vozes da arte psicadélica, as plantas alucinogénicas representam para a psicologia uma mudança de paradigma semelhante à descoberta do telescópio para a astronomia. A imaginação - dizem - é o nosso maior recurso natural.

3.Criatividade artística e psicopatologia

Ao estudar as relações entre a criatividade e a psicopatologia entre artistas visuais, Murphy (2009) encontrou os seguintes dados da literatura sobre o tema:

- 1.taxa de psicose em grandes pintores: 35%, contra +/- 2% nas “pessoas normais” (Karlsson, 1970).
- 2.transtornos afetivos 10 vezes mais prevalentes e taxa de comportamento suicidário 3 vezes maior num grupo de pintores impressionistas abstratos de Nova Iorque, comparando com a população geral (Schildkraut, Hirschfeld & Murphy, 1996).
- 3.em pintores vivos: 50% apresentavam episódios depressivos major; 2/3 apresentavam tendências recorrentes de ciclotimia ou hipomania (Akiskal & Akiskal, 1988).
- 4.estudo biográfico de artistas famosos visuais e escritores dos últimos 150 anos: 37% dos artistas tinham psicopatologia grave, 42 % depressão e 12,5 % dependência de álcool. Traços de personalidade do cluster C (ansiedade) estavam presentes em 50% dos Artistas visuais (Post, 1994).
- 5.Compararam-se 176 estudantes de arte com 176 estudantes não-arte: os primeiros eram imaginativos, radicais, autossuficientes, introspetivos e amorais - traços mais fortes nas artes plásticas e nos estudantes mais bem-sucedidos do sexo masculino (Getzels & Csikszentmihaly, 1976).

Não existe uma criatividade dentro da loucura ou fora dela. Só existe criatividade. “A arte pode conduzir-nos a encarar a loucura como parte da condição humana, possivelmente como uma experiência positiva e útil” (...) Talvez não seja difícil ver por que razão os artistas mostram empatia por aquilo a que a sociedade chama doença: toda a criatividade é uma viagem irracional” (Jones, 2015). “Se ao menos eu por fora fosse tão / interessante como sou por dentro! “ - diz Álvaro de Campos (Pessoa, 1944).

“A loucura é o *outro* da razão, um *outro* cuja relação com ela varia de acordo com as épocas. A loucura pode ser um *outro* que desafia a razão no interior de si mesma; pode ser ainda esse rosto de trevas, essa certeza de morte, esse animal de desejo que a razão se esforça por vencer, mas sobre os quais não existe vitória definitiva” (De Waelhens, 2018).

No que respeita à Arte, diz-nos Ernest Gombrich (2005), “nada existe realmente a que se possa dar o nome de arte. Existem somente artistas”.

Fernando Pessoa (1966), por sua vez, diz-nos que “a ciência descreve-nos as coisas como são; a arte como são sentidas, como se sente que são. O essencial na arte é exprimir; o que se exprime não tem importância”.

3.1. Artistas e Doença Mental

Entretanto, é possível encontrar artistas com psicopatologia. De entre eles, destacamos:

Francisco Goya (1746-1828) - depressão, alucinações, delírio

Ludwig van Beethoven (1770-1827) - depressão

Victor Hugo (1802-1885) - transtorno bipolar

Edgar Allan Poe (1809-1949) - transtorno bipolar

Robert Schumann (1810-1856) - transtorno bipolar

Camilo Castelo Branco (1825-1890) - depressão, suicídio

Piotr Illich Tchaikovsky (1840-1893) - depressão, possível suicídio

Antero de Quental (1854-1891) - transtorno bipolar, suicídio

Vincent van Gogh (1853-1890) - esquizofrenia

Camille Claudel (1864-1943) - esquizofrenia (??)

Fernando Pessoa (1888-1935) - (???) um génio, brincou com a psiquiatria

Mário Sá Carneiro (1890-1916) - depressão, suicídio

Ernest Hemingway (1899-1961) - depressão, alcoolismo, suicídio

Tennessee Williams (1911- 1983) - depressão, alcoolismo

Mário Zambujal (1936-) - transtorno bipolar.

3.2. Salvador Dali era realmente louco ou fingia ser?

Salvador Dalí dizia: “A única diferença entre mim e um louco é que eu não estou louco”.

Encontramos em Dalí (Figura 12) critérios diagnósticos para vários “clusters” A e B de distúrbios de personalidade, assim como para doença psicótica. No entanto, esses resultados devem ser tratados com cautela, dado o “salão de espelhos” habitado por Dalí e a *persona* que deliberadamente ele projetou para o mundo (Murphy, 2009).

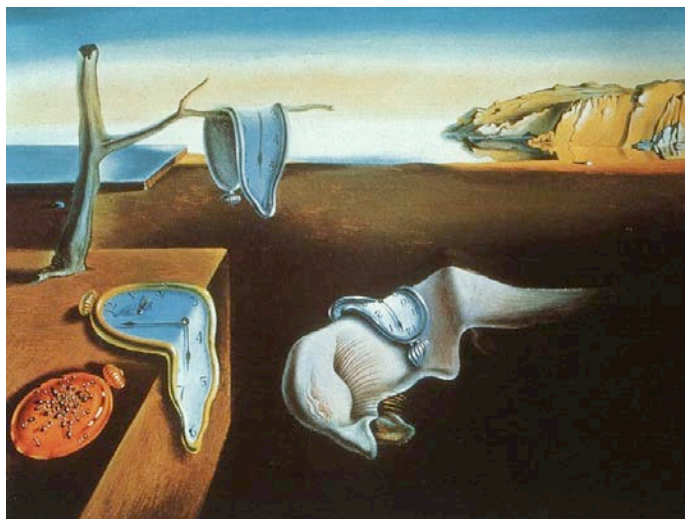


Figura 13 - Salvador Dalí, 1931, *A Persistência da Memória*
 Fonte: Museum of Modern Arte - MoMA, Nova Iorque.
https://www.moma.org/learn/moma_learning/1168-2

Conclusão

Para Teixeira de Pascoaes, “o homem é o único animal que não coincide com o mundo, e o seu destino é dilatar o mundo até onde chega a sua fantasia”. A imaginação é o nosso maior recurso natural.

Não existe uma criatividade dentro da loucura ou fora dela. Só existe criatividade. Também não existe nada a que se possa dar o nome de arte, existem somente artistas. Qualidade, inspiração e génio não são prerrogativa dos loucos nem dos não loucos, tal como a falta de qualidade, de inspiração ou de génio. O essencial na arte não é a loucura, nem a normalidade: “o essencial na arte é exprimir”, é a criatividade.

A criatividade, a expressividade e o génio, do “louco” e do “não louco” é o aspeto central. Nenhum deles, “louco” ou “não louco”, vai muito longe sem esses atributos.

Bibliografia

BELMAR, Isaac — Es verdad que todos los artistas están locos? Blogue “La piedra de Sisifo - gabinete de curiosidades”. 2014. Disponível em: <http://lapiedradesisifo.com/2014/04/29/>. Consultado em 2 de janeiro de 2017.

BOUDIN, A; GARCIA, M; HENRY, P. Blogue — La Folie et les Arts - projet universitaire pour le cours « Compétences et cultures numériques » dans le cursus « Histoire de l’art et archéologie » en deuxième année de Licence à l’université Paris 1. Créé en 2014-2015. Disponível em: <http://foliearts.wordpress.com/a-propos/>. Acedido em 24 de fevereiro de 2018.

CAPE, Anoucke — De l’aliénisme à la littérature d’avant-garde ou les ambiguïtés d’une consécration: petite histoire des écrits de fous. *Romantisme - revue du dix-neuvième siècle*. Asile et Fous. 141 (2008) 65-78.

Cerney, Rene — [edvardmunch.info](http://www.edvardmunch.info). Columbia: Rene Cerney (2015) Retrieved from <http://www.edvardmunch.info>

CUNHA-OLIVEIRA, José — Da inovação à instituição e da instituição à inovação - viagem de ida e volta através da psicose. Porto: Dissertação de mestrado em psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 1989.

DE WAELHENS, Alphonse — Folie. Encyclopaedia Universalis (en ligne). 2018. Disponível em: https://www.universalis.fr/encyclopedie/folie/#i_0. Acedido em 24 de fevereiro de 2018.

DUBOIS, Anne-Marie. Interview: La culture franchit les murs des hôpitaux psychiatriques. Art et Folie. TDC n° 1016. 2011: 24-25. Disponível em: https://www.reseau-canope.fr/tdc/fileadmin/docs/tdc_1016_artetfolie/article.pdf. Acedido em 20 de fevereiro de 2018.

DUBUFFET, Jean — L'art brut préféré aux arts culturels. Paris: Galerie René Drouin, 1949.

GOMBRICH, Ernst — Press Statement on the Story of Art. The Gombrich Archive, 2005.

JONES, Jonathan — A short history of mental illness in art. The Guardian. 13 de janeiro. 2015. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/christmas-charity-appeal-2014-blog/2015/jan/13/-sp-a-short-history-of-mental-illness-in-art>. Acedido em 2 de Janeiro de 2017.

LALEU, Alette — Pourquoi le créateur fou est un mythe dans le monde de la musique. France Musique. 2016a. em: <https://www.francemusique.fr/actualite-musicale/pourquoi-le-createur-fou-est-un-mythe-dans-le-monde-de-la-musique-470>. Acedido em 23/02/2018.

LALEU, Alette — Top 10 des personnages fous de la musique classique. France Musique. 2016b. Disponível em: <https://www.francemusique.fr/actualite-musicale/top-10-des-personnages-fous-de-la-musique-classique-486>. Acedido em 23/02/2018.

LIMA, Elizabeth; PELBART, Peter — Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. vol.14, n.3:709-735. Rio de Janeiro. 2007. ISSN 0104-5970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300003>.

Machado de Assis. O Alienista. Princípio Editora. São Paulo. 1993.

MOREAU DE TOURS, Jacques-Joseph — Du hachisch et de l'aliénation mentale - études psychologiques. Paris: Librairie de Fortis, 1845.

MOREAU DE TOURS, Paul — La Poésie chez les aliénés. Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie dans leurs rapports avec la Psychologie et la Médecine Légale (1892) 72-82.

MURPHY, Caroline — The link between artistic creativity and psychopathology. Salvador Dali. Personality and Individual Differences. 46:8 (2009) 765-774.

NUÑEZ, Felix — Psiquiatria na Arte (tradução de Fernando Mendes, Carina Monteiro, Rita Coelho e Ana Sara). Grupo ARS XXI de Comunicación, S/L. /Epic Marketing Farmacêutico). Paço d'Arcos: Ars Medica, 2010.

PARCHAPPE, J. — Symptomatologie de la Folie. Annales Médico-Psychologiques. 2 (1850) : 232-267.

PESSOAS, Fernando — Mensagem. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1934 (10ª ed. 1972).

PESSOA, Fernando — Poesias de Álvaro de Campos. Lisboa: Ática, 1944

PESSOAS, Fernando — Páginas de estética e de teoria literárias. (textos estabelecidos e prefaciadas por Georg Rudolf Lind e Jacinto do Prado Coelho). Lisboa: Ática, 1966.

RACAMIER, Paul-Claude — Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. L'Evolution psychiatrique. 22 :1 (1957) 47-94.

RÉGIS, E. — Les aliénés peints par eux-mêmes. L'Encéphale. 2ème année. Paris: G. Masson Éditeur, 1882.

RÊGO, Ivonne; RIBEIRO, José; MELLO, Luiz; SILVEIRA, Nise; PEDROSA, Mário; FERREIRA, Gullar — Os inumeráveis estados do ser. Lisboa: Centro de Arte Moderna. Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.

ROSENHAN, David — On being sane in insane places. Science, New Series. 179:4070 (1973) 250-258.

SAMPAIO, Daniel — Entrevista: A psiquiatria não me fez entender o amor mas tornou-me mais humano. Expresso, Sociedade. Entrevista de Christiana Martins. 23 de outubro. 2016.

SAMPAIO, Daniel — Entrevista: “Ninguém se suicida por causa de um insucesso escolar ou amoroso. Notícias ao Minuto. Vozes ao Minuto. Entrevista de Inês Esparteiro Araújo. 4 de janeiro. 2017.

SARAIVA, Mário — O caso clínico de Fernando Pessoa. Lisboa: Edições Referendo, 1990.

SINDREY, Curtis — Interview: Keane's Tom Chaplin Talks "The Wave", Drug Addiction, & Fighting Mental Illness Stigma. Aesthetic Magazine · December 14 (2016). Disponível em: <https://aestheticmagazinetoronto.com/2016/12/14/interview-keane-tom-chaplin-the-wave-drug-addiction-mental-illness-stigma/> Acedido em 28 de fevereiro de 2018.

PASCOAES, Teixeira de — São Paulo. Lisboa: Assírio & Alvim, 1984

TAPETES DE GUERRA – CONTRIBUTOS PARA A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

Dora Iva Rita*; Filomena Patrício**

* CIEBA - Centro de Investigação em Belas Artes da Universidade de Lisboa

Artista plástica; professora; investigadora

**Médica Psiquiatra

E-mails: doraivarita.contact@gmail.com; filomenapatricio29@gmail.com

Palavras-chave: Tapetes de Guerra, Afeganistão, psicopatia, antissocial, borderline

Resumo: Expõe-se uma situação atual que demonstra a contaminação do ato criativo pelas vivências quotidianas, um fenómeno que raramente pode ser observado e analisado diretamente.

Os povos do Afeganistão sempre refletiram o seu meio envolvente na tecelagem tradicional mas no imaginário ocidental não se colocou que os “tapetes persas” pudessem representar o trauma e a revolta. Hoje verifica-se uma permeabilidade da iconografia dos tapetes tradicionais ao quotidiano de guerra, transformando os padrões canónicos nos designados “Tapetes de Guerra”.

O resultado são tapetes que incorporam novos espaços emocionais nos meios tecnológicos e saberes ancestrais, fenómeno que alcança grande visibilidade ao penetrar no Ocidente, habituado a um determinado modelo.

Conclui-se com o enquadramento do fenómeno ao nível dos comportamentos do foro psiquiátrico. Os TG expõem um espírito arrebatado, mais presente nas personalidades antissociais.

Abstract: It is exposed a current situation that demonstrates the contamination of the creative act by the daily experiences, a phenomenon rarely observed directly.

The people of Afghanistan have always reflected their imagery on traditional weaving. Today there is a permeability of the iconography of the traditional carpets to the daily life of war, transforming them in the denominated "War Rugs".

The result is rugs that incorporate new emotional spaces in the technological means and ancestral knowledge, a phenomenon that reaches great visibility when penetrating the West, accustomed to a particular model.

It concludes with the framing of the phenomenon in terms of psychiatric behaviors. War Rugs exhibit a combative spirit, more present in antisocial personalities.

Introdução

Este artigo foi feito no sentido de dar uma explicação clínica, em termos da psicopatologia ao comportamento dos povos, como na situação enunciada dos tecelões afegãos atuais, que expressam as suas emoções, vontades e atitudes através de tapetes que manufaturam, talvez para exorcizar a dor e a ansiedade, gritar ou incitar a revolta ou simplesmente clamar a atenção.

Esta explicação clínica, debruça-se sobre as diferentes psicopatologias que pode levar os povos à raiva, às explosões de temperamento e às atitudes auto e hetero lesivas.

Aqui se apresentam, de forma resumida, os estrados de carácter destes povos e um relato clínico paralelo.

Tapetes de guerra

A percepção que genericamente se tem de “Tapete Persa” liga-se a imagens de jardins simbólicos utópicos onde o ente se transcende quando pisa a sua superfície, encontrando-se num território diferenciado onde convergem o mundo secular e o mundo espiritual, chegando mesmo a substituir o templo sagrado quando os tapetes são suportes de oração.

A tecelagem em lã de tapetes de nó é a atividade mais importante dos diversos povos do atual Afeganistão. Estes povos têm sido assolados no seu território pela barbárie de várias guerras há quase duas gerações.

Atualmente observa-se um fenómeno de mudança de paradigma pictórico nos tapetes afegãos que tem a vantagem investigativa de poder ser comprovável e estudado “em direto”.

Após a invasão e ocupação soviética do Afeganistão nos finais dos anos 70 início de 80, tecelões afegãos começaram a incorporar nos padrões das suas tecelagens representações de armas de guerra, *Kalashnikovs*, granadas, helicópteros, tanques e balas, explosões. O cruzamento das atividades tradicionais com a violência de um conflito bélico provocou um deslizar das experiências quotidianas de um povo, acossado no seu próprio território cultural, para o centro da narrativa ancestral.

Alforjes, sacolas e outros objetos tecidos de uso comum são os primeiros exemplos da contaminação com motivos bélicos de objetos têxteis – helicópteros, granadas, tanques entendidos sinteticamente.

Este fenómeno alcança maior visibilidade quando penetra na linguagem pictórica dos tapetes tradicionais (que se continuarão a tecer em paralelo no seu modelo canónico), produtos representativos da cultura milenar da região que vão adquirindo outras narrativas, mais realistas, dramáticas e coevas. O resultado são tapetes que incorporam iconograficamente novos espaços emocionais tecidos exatamente com os mesmos meios técnicos e apoiados pelos conhecimentos ancestrais, fenómeno que alcança grande visibilidade ao penetrar no Ocidente, habituado a um determinado modelo referencial.

Estes tapetes foram recentemente designados *Tapetes de Guerra*, o que reafirma a permeabilidade da iconografia tecida às vivências dos povos, principalmente quando quem os produz é exposto a uma forte experiência psicotraumática.

Foi desde a década de oitenta que este fenómeno se começou a manifestar, surgindo progressivamente, de forma cada vez mais evidente, o que no início era apenas sugerido através de narrativas relacionadas com o drama previsível, a fuga e a invasão. Seguir-se-ão evocações mais abstractas ou padronizadas de elementos icónicos relacionados com o “ofício” em que a guerra se havia tornado.

Os primeiros tapetes foram realizados na era soviética (a invasão e ocupação russa do Afeganistão aconteceu de 1979 a 1989), sendo esta tipologia muito diferenciada e identificável no que respeita à estrutura do tapete e à disposição dos elementos. Embora estejamos praticamente em cima do acontecimento, em termos históricos, parece já se poder perceber um padrão evolutivo e de comunicação nesta fenomenologia, desde uma narrativa emotiva e descritiva, denunciando as injustiças da guerra, um relato tão figurativo quanto a ansiedade de comunicação o exige, como este tapete que denuncia um ataque químico a uma zona habitada, um dos primeiros tapetes a ser referenciado como Tapete de Guerra, ou outros descrevem um tempo de paz de onde se foge sob a ameaça eminente de invasão.

Desta primeira fase de espanto e testemunho, a narrativa tecida passa por um processo de abstratização para uma iconografia mais simbólica e territorial, se nos

tapetes da primeira década é frequente observar as cercaduras cobertas por sucessões de tanques e blindados, o que parece referenciar o cerco na invasão russa, na fase seguinte é a zona central do tapete onde as formas se misturam sem haver necessidade de narrativas coerentes ou descritivas ou que fundando-se nos padrões tradicionais, dão origem a tapetes pictoricamente mais complexos e assimilados.

Depois da retirada das tropas soviéticas, na década de noventa, surgiram vários exemplares em que a representação dos mártires é o tema, o que pode estar associado com a luta pelo poder dos mujahideen e o estabelecimento de um estado religioso subsequente. No período seguinte, de extremismo religioso, em plena cultura iconoclasta, os tapetes-retrato exibem heróis de guerra, mártires afegãos, embora se tenham realizado poucos devido à repressão dos costumes. Instalou-se o medo de produzir tapetes pois, só pelos artesãos utilizarem cores diferentes das definidas pelo dogma doutrinário, poderiam ser acusados de qualquer infração às regras coletivas impostas.

Percebe-se o início de uma outra fase de Tapetes de Guerra com o ataque ao centro financeiro de Nova Iorque, a 11 de setembro de 2001, os bombardeamentos da NATO no Médio Oriente e o governo de administração de Karsai.

Com o incremento do programa americano dos *drones* usados no Médio Oriente, o tema já começa a ser recorrente na iconografia dos tapetes, onde se podem observar padrões simétricos com a sua representação.

Paralelamente vão-se desenvolvendo tapetes emocionalmente mais fortes e diretos, em que são representadas sobre fundos de cores planas inúmeras máquinas de guerra, com destaque para as metralhadoras *kalashnikov*, ignorando qualquer padrão. Nesta tipologia, apesar de mais elementar ao nível da composição e da representação, é onde surgem os tapetes mais intensos e, de certa forma, fervorosos. São quase como tapetes-bandeira.

Os soldados da ISAF (Força Internacional de Assistência à Segurança) são grandes admiradores e compradores desses tapetes, o que possibilitou notoriedade internacional chamando a atenção dos colecionadores, museus e investigadores. A sua comercialização através da *Web* proporciona uma gestão com menos intermediários, existindo diversos *sites* especializados na comercialização dos Tapetes de Guerra, o que inclui anúncios no *eBay*. Desde então os Tapetes de Guerra tornaram-se um importante produto da exportação afegã e dos afegãos no exílio.

Ainda antes da entrada no século XXI estes tapetes eram já expostos internacionalmente, em feiras ou bienais de arte contemporânea, representativos de um fenómeno estético emergente, de uma estética sócio cultural circunstanciada.

O enquadramento do fenómeno dos Tapetes de Guerra ao nível dos comportamentos do foro da psicologia comportamental pode-se entender como exorcismo dos terrores de guerra, quase ao nível duma terapia de grupo ou também se pode aproximar de serem um meio para chamar a atenção da dimensão da tragédia. Refletindo os estados de espírito do dia-a-dia, durante um tempo tão longo, faz sentido considerarmos a resiliência como resposta ao sofrimento. Mas se os Tapetes de Guerra expõem um espírito combativo, este também se encontra mais presente nas personalidades antissociais.

Evolução histórica do conceito da perturbação da personalidade

Desde os primórdios da Antiguidade que surge Hipócrates com a teoria dos quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela, bílis negra.

Mais tarde Galeno desenvolve a teoria humoral - sanguíneo, fleumático, colérico, melancólico.

Em 1801 Pinel descreveu violência extrema sem sinais de psicose que intitulou «mania sem delírio». Em 1835 James Prichard definiu loucura como «perversão mórbida das emoções». Em 1891 Julius Koch considerava uma anomalia psicológica sem base fisiológica, que mesmo nos piores casos não se podia considerar uma doença mental. No início do século XX, Emil Kraepelin fala de personalidades psicopáticas para substituir a designação de «insanidade moral» e do «nascido criminoso». Os indivíduos eram descritos como tendo uma deficiência de afetos ou da volição subdivididos em disposição mórbida obsessivos impulsivos sexualmente desviantes (num primeiro grupo) e num segundo grupo excitáveis instáveis, impulsivos, excêntricos, mentirosos, impostores, antissociais, e conflituosos. Em 1923, Schneider definiu dez categorias de personalidades psicopáticas: hipertímida, depressiva, insegura (sensitiva e anancástica) fanática, carente de atenção, de ânimo instável, explosiva, insensível, abúlica e asténica.

Associação de comportamentos auto e hetero lesivos a perturbações da personalidade

1 – Perturbações de personalidade tipo Cluster A (paranoide, esquizoide, esquizotípica)

2 – Perturbações da personalidade tipo Cluster B (anti social, borderline, histeriônica, narcisista)

3 – Perturbações da personalidade tipo Cluster C (evitante, dependente, anancástica e obsessiva-compulsiva).

Iremos agora dar ênfase à perturbação da personalidade borderline ou estado limite uma vez que é das que têm mais passagem ao ato. A comorbilidade psiquiátrica é um dos importantes fatores de risco, nomeadamente depressão major e abuso de substâncias. Há também traços de carácter que levam frequentemente ao conflito como a impulsividade, comportamento auto e hetero lesivos recorrentes, abuso físico ou sexual infantil em que trazem na base um perda parental precoce ou mesmo uma separação parental, problemas legais, problemas escolares, hospitalizações prolongadas, ausência ou má adesão ao tratamento.

Na tentativa da compreensão da doença mental

Um dia aparece na minha consulta um doente (D.) de 59 anos, dizendo que estava muito infeliz porque durante anos nunca tinha conseguido ultrapassar as suas frustrações nem atingido os seus objetivos e, por último, tinha dado cabo da vida ao ponto de ser reformado compulsivamente.

Passo a citar:

Desde pequeno (5 anos), por altura do divórcio dos pais, vê-se a ir para a casa de uma tia-avó pois os seus irmãos, duma frateria de cinco e todos mais velhos, já tinham sido distribuídos pela mãe e pelo pai, e ele sendo o mais pequeno e devido à sua debilidade física (era atreito a enfermidades que o confinavam ao leito), precisando por isso de maior atenção, foi encaminhado para uma tia-avó mais disponível. Mas a própria tia-avó referia-se a ele como um “emplastro que lhe tinha saído na rifa sem que ela tivesse alguma vez jogado”!

O referido D contou-me então que fez a escola com dificuldade por apresentar dislexia e, além disso, apresentava também sérias inaptidões relacionais, o que o levava a afastar-se dos outros. No recreio ficava sempre isolado e o mais distante possível dos colegas. Tinha, no entanto, grande aptidão para a matemática, e nos jogos estratégicos era sempre o primeiro. Chegou a ter o seu valor, estatuto e alta posição na escola, tendo assim ganho o respeito e admiração dos colegas. Segui

depois para a Faculdade, sempre indeciso nas suas escolhas, tendo tirado primeiro um curso de Direito e mais tarde um de Economia.

Nunca casou, apesar de ter tido algumas namoradas e ultimamente tem-se relacionado com uma companheira, relação esta que já existe há cerca de 20 anos mas cada um coabitando em casa própria. Nunca quis ter filhos e foi sempre bem sucedido no emprego, no entanto, nas alterações a que a empresa onde trabalhava foi submetida (vendida a uma multinacional) o novo diretor, bastante mais novo do que ele e recém licenciado, começou a fazer-lhe a vida negra e a dar-lhe trabalho inferior às suas capacidades e competências o que desencadeou no doente uma grande raiva e uma enorme frustração.

D começou a ruminar nesta alteração na sua vida e a arquitetar um plano para mudar as circunstâncias do ambiente de trabalho que vivia. Então no meio da sua tristeza resolveu mostrar o ar mais animado, mesmo hipertímico, e convidou todo o Departamento para um jantar em sua casa.

Nesse jantar D resolveu dissolver nos aperitivos umas gotas antiobstipantes nas várias bebidas, ao mesmo tempo que no copo do diretor, metia também uns barbitúricos esmagados em elevada dose, que tinha conseguido no mercado negro. A festa começou a perder o seu esplendor quando D começou a sentir-se desfalecer e foi o primeiro a ser levado para o hospital mais próximo pelo 112.

Depois, pouco a pouco, os outros convidados foram igualmente saindo enquanto podiam fazê-lo pelo seu pé devido às cólicas fortes, vômitos e diarreia que os atacavam sendo alguns ainda transportados para o hospital.

Foi feita investigação e as análises à comida e bebida, até que foram encontradas provas.

D ficou com pena suspensa e obrigado ao pagamento de uma elevada caução, além de ter que se reformar compulsivamente. Na perícia médico-legal confessou tudo manifestando o delírio que o consumia interiormente durante anos, tendo sido diagnosticado como doente mental e obrigado a receber tratamento psiquiátrico e a tomar regular e diariamente psicofármacos prescritos para o resto da vida.

O cruzamento entre sociopatia, cultura e arte

A cultura, não existe num vazio, mas antes como a dimensão da complexidade de todo o comportamento humano. Sabemos, pois, que os aspectos de comportamentos homo e heterolesivos obedecem a influências culturais. É importante ter em atenção alguns sentimentos, como, a desesperança, desconfiança e incertezas que algumas sociedades estão a atravessar.

O poder político pode ajudar as pessoas e tentar compreender as suas experiências e o significado moral do sofrimento e não empurrar a sociedade para um fanatismo gratuito, cujas demonstrações passam pelos tapetes de guerra no sentido de exorcizar a dor e de manifestação de domínio sobre os outros. Nestes casos, chegar-se-ia ao resultado avassalador em que a vida seria um estado desprezível e a luta e o extermínio seriam dignificados.

A implementação pela arte de ritos profundos e tenebrosos, com o objectivo de dar conhecimento ao mundo da supremacia e da violência, deve ser travada, pois, dissimuladamente está uma necessidade de conflito aberto que é trágico para toda a comunidade.

Conclusões

Os incidentes envolvendo homicídios são esporádicos, entre 0,2 a 0,3 / 100.000 habitantes por ano, mas com consequências muito graves para familiares e amigos e para toda a comunidade.

A presença no trabalho de situações de pressão hostis e repetidas ao longo do tempo, direcionadas para uma ou várias pessoas, ou seja a violência ou assédio psicológico no trabalho são designadas por MOBBING.

A exposição social ou laboral prolongada a um conflito grave leva o trabalhador a altos níveis de *stress*, gerando BURNOUT e pode desencadear a TRÍADE: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional.

Estas situações podem levar a grande revolta e ideias de vingança, com conseqüente homicídio da pessoa ou pessoas visadas.

A riqueza mais fundamental de qualquer sociedade está no investimento do bem-estar do povo e não na instigação para comportamentos bélicos. Investir na saúde psíquica é uma escolha sensata, quando as coisas correm bem, mas uma necessidade urgente quando correm mal!

Referências bibliográficas

- COLLINGS S. C., ATKINSON J. — Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?. *Health*. 57 (2003) 594–600.
- SCHNYDER, N.; PANCZAK, R.; GROTH, N.; et al. — Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 210:4 (2017) 261-268.
- LEYMANN, H; GUSTAFSSON, A. — Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5:2 (1996) 251-275.
- SERAFINI, G.; VAZQUEZ, G.; GONDA, X.; POMPILI, M.; RIHMER, Z.; AMORE, M. — “Correction to: Depressive residual symptoms are associated with illness course characteristics in a sample of outpatients with bipolar disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Mar 6 (2018) 1-12.
- TEITELBAUM, P. O.; FICHBEIN B.; MARTINS C. D. N; BINS, H. D. C.; HE, S.; MOREIRA L; MU, C. MU; COHEN, M; ALBRECH, R. B.; CARDOSO, R. G. — Psicopatia e transtorno antissocial de personalidade: implicações sobre a responsabilidade penal. *Multijuris*. V-VII (2012) 57-67.



Fig. 1 - Tapete de Guerra (Lutar para Bagram), Taymani ou a partir de uma tipologia diferente de Chahar Aimaq, do oeste do Afeganistão, 90 x 150 cm. Esta tapeçaria narra como paisagem um dramático ataque aéreo de forças inimigas, numa narrativa sentida. De acordo com a inscrição é um ataque às posições Taliban em Bagram em outubro e novembro de 2001



Fig. 2 - Tapete de Guerra, Afeganistão, década de 1980. 203 x 119 cm, padrão com helicópteros soviéticos Mi-24 Hind de ataque. ©Textile Museum of Canada



Fig. 3 - Tapetes de Guerra com Drones, Paquistão, 2014. Lã, algodão, pigmentos vegetais

EL PINTOR LAXEIRO Y LOS “LOCOS POPULARES”

M. Piñeiro Fraga**¹

M^aJ. Louzao Martinez* (City mottagningen. Psykiatriska kliniken i Norrköping. Suecia).

M.A. Miguez Silva*¹

T. Angosto Saura, T*³

¹SERGAS-Vigo; City mottagningen; ²Psykiatriska kliniken i Norrköping. Suecia

³Hospital Vithas N^aS^a de Fátima (Vigo)

* Psiquiatra

**Enfermera especialista en Salud Mental

E-mails: marpifra@hotmail.com;jolouzao@gmail.com;miguelang333@hotmail.com;tas@jet.es

Palavras- chave: Pintor Laxeiro, O Naranxo, loucos populares, pintura

Resumen: José Otero Abeledo “Laxeiro” (1908-1996) fue un pintor gallego con una gran imaginación. Escogió como motivos de sus cuadros personajes estrafalarios que fue conociendo a lo largo de su vida. Sintió una especial atracción por el mundo de la locura, tema al que dedicó varios de sus cuadros. Uno de ellos *O Naranxo: O rei do mundo* está basado en un personaje real del lugar donde nació el pintor (Lalín), un personaje popular que él conoció directamente. Para la presente comunicación oral estudiamos los personajes relacionados con la locura que aparecen en su obra y especialmente la vida de *O Naranxo* así como otros locos populares de la zona, continuando con el estudio más amplio que llevamos realizando sobre los locos populares en Galicia.

Abstracts: José Otero Abeledo “Laxeiro” (1908-1996) was a Galician painter with a great imagination. His work was usually based on the eccentric characters that he had met along his life. He showed a special interest in the world of madness, being this a recurrent topic in his paintings. One of these paintings is “O Naranxo: O rei do mundo” (O Naranxo, King of the world), a work inspired in a real person, born in the same place as the artist and actually known by him. In this oral communication we are going to focus on the study of the characters of his works who are related to madness. And to continue with our study about the “socially accepted mad people” we are going to focus in the life of “O Naranxo” and other similar characters in the area.

Vamos a presentar el caso de un pintor gallego que tuvo especial interés por la locura representada en los locos populares. Hizo dibujos y pinturas de ellos y realizó escritos relacionados con su visión de la locura y con los locos que conoció.

Biografía del pintor José Otero Abeledo “Laxeiro” (1908-1996)

Nace en 1908 en (Donramiro)Lalín. Galicia. A los seis años se cambia de aldea y acude a clase con una maestra que le inicia en el interés por el arte enseñándole a dibujar. Emigra en 1921 (13años) con su familia a Cuba donde sigue clases de dibujo. Asiste a una exposición de Ignacio Zuloaga y de Xesus Corredoyra¹ en La Habana y se queda impresionado de sus dibujos, dice “*fixeron estremecer todo*

¹ Xesús Corredoyra (1889-1939) fue considerado el iniciador de la escuela pictórica galega. Rechazó el costumbrismo, muy extendido entre sus coetáneos interesándole fundamentalmente destacar lo anímico de los personajes con los colores apagados creando en sus pinturas una atmosfera triste.

o que eu levo como pintor no meu ser...estaba extasiado ante o misterio de X. Corredoyra”¹. Enferma de los bronquios y tiene que regresar a Lalin. Sin abandonar la pintura trabaja de barbero ambulante en las diferentes ferias gallegas con poco éxito y acaba montando una peluquería estable. Esta actividad le sirve para estudiar las características de los variopintos personajes que visitan las ferias los cuales pinta y analiza en los momentos en que no tenía clientes. En la nueva barbería tiene un caballete donde va pintando a los clientes que le parecen más singulares, habla de personajes siempre con algún tipo de locura; Angelito de Ferreiro, entre otros y sobre todo de O Naranxo: “*un tolo manso e maravilloso*”². Laxeiro cuenta que este personaje al que encuentra varias veces en su infancia es el que en una ocasión le dijo que debía ser pintor y que se tenía que poner de nombre Laxeiro³. Es decir, su identidad se la proporciona un loco.

Con becas del Ayuntamiento de Lalín y más tarde de la Diputación de Pontevedra se traslada a Madrid en 1931, donde permanece estudiando en la Escuela de Bellas Artes de San Fernando hasta 1934 y donde se relaciona entre otros con Castelao, Otero Pedrayo y con los componentes de la Generación de 1927 (Alberti, G^a Lorca entre otros). Vuelve a Lalín y entra en contacto con el grupo de pintores gallegos con los que expone en Barraca Resol⁴ en 1933. En 1930 nace su única hija.

La Guerra Civil la pasa en Asturias. En 1940 se establece en Pontevedra y trabaja como profesor de la Escuela de trabajos manuales del Instituto Valle Inclán. La Diputación de Pontevedra le concede becas de estudios y pinta diversos cuadros y murales como *El Manantial de la vida* en el Café Moderno de Pontevedra que aún se conserva, aunque ahora como sede de un banco.

En 1942 se traslada a vivir a Vigo donde realiza toda una serie de murales y exposiciones también en Madrid.

En 1951 viaja hasta Buenos Aires para una exposición y se establece a vivir en aquella ciudad. Diversos viajes a España y Europa hasta 1970 en que regresa definitivamente a España instalándose a vivir Vigo definitivamente hasta su muerte en 1996.

Estética pictórica

El proyecto estético de los inicios de Laxeiro se centra en la tradición escultórica gallega y la parte menos amable de la cultura popular es decir todo aquello que tiene que ver con lo anómalo lo insólito e incluso lo grotesco y también en una especie de claroscuro de la pintura barroca. Su pintura se aleja de la luminosidad mediterránea por los aspectos anteriormente citados atribuyéndosele el apelativo de pintor fabulador e imaginativo. Su obra evoca a Rembrandt, el tenebrismo de Goya y a Gutierrez Solana⁵. Por ejemplo, con la pintura *El Manantial de la vida* (1940) realiza un sincretismo entre lo tradicional y lo románico entre lo religioso y lo pagano.

¹ Laxeiro: A invención do mundo. Antón Castro. Ed Xerais.1997 pag28

² Laxeiro: A invención do mundo. Antón Castro. Ed Xerais.1997,pag 31

³ A su abuela le llamaban A Laxeira por ser de una aldea llamada Laxe

⁴ Resol fue una revista de Santiago de Compostela de los años 30. Pusieron una barraca en la alameda para la exposición de pintores gallegos

⁵ Laxeiro, Los escritos de Don Ramiro. Ed de Javier Pérez Buján. Fundación Laxeiro pag 29.



Fig. 1 – El Manantial de la vida (1940, 1973). Café Moderno, Pontevedra

Es también la época de la estética del granito que tiene su representación en la pintura *Trasmundo* (1946) que parece surgir de los obradoiros de los canteros del Pórtico de la Gloria.

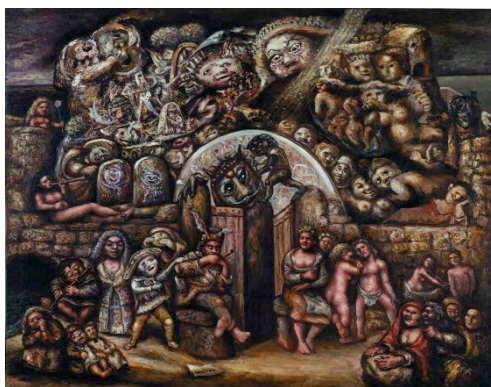


Fig. 2 – Trasmundo (1946). (Fundación Laxeiro. Vigo)

En la etapa argentina (1951-1972) su pintura recibe la influencia de los movimientos expresionistas desligándose cada vez más de sus antecedentes, siendo en esta etapa más importante la mancha como acto de pintar que el resultado final. Es el predominio de la pulsión sobre el análisis. De esta etapa sería precisamente una de las pinturas de locos “*O fillo de tolo*” y “*Muller con neno*”.

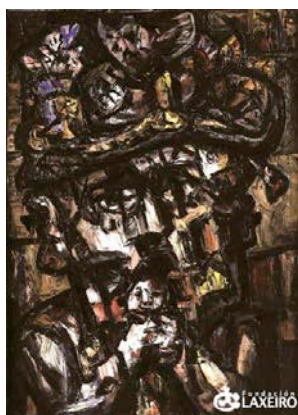


Fig. 3 – O Fillo do tolo (1964)

No obstante, nunca abandonaría su estilo basado en la cultura popular a la que vuelve con la pintura *O Naranxo. Rei do mundo*, que pinta en 1970 cuando ya está pensando en volver a Galicia y a Vigo concretamente.

Laxeiro se queda fascinado por los personajes estrafalarios que va conociendo a lo largo de su vida que lo ponen en contacto con otra realidad y que además le sirven de modelo o pretexto para crear otros personajes fabulados como **el gnomo Merlotil** quien asegura es el creador de su vena artística, **la Familia Romea** señores del Marquesado del mismo nombre que según Laxeiro está soterrado en la casa familiar de la Parroquia de Botos, su aldea familiar cercana a Lalín. El delegado cultural de este imaginario marquesado es el gnomo Merlotil. Toda su inspiración pictórica le viene de esas profundidades. En esta casa, que siempre para el pintor tuvo un carácter fantástico, vivió la tía Carmela, personaje real a la que le daban una especie de ataques epilépticos y al recuperarse decía que había sido poseída por el demonio¹... o del pajar de su casa de Botos por donde pernoctaban personajes extraños que más tarde le servirían para sus fantasías, como Pirolé, probablemente también un loco, que de noche hablaba solo recitando extrañas salmodias.

Cuadros de locos de Laxeiro



Fig. 4 - Esbozo de O Naranxo, 1930?

¹ Los escritos de Don Ramiro pag 103

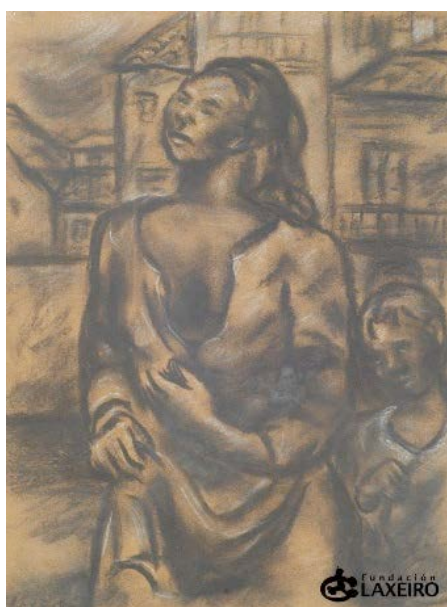


Fig. 5 -A Tolo (1930)



Fig. 6 -A Tola (Cal 1940)

El mundo de la locura, de los actos insólitos e inesperados y especialmente el de los locos populares está muy presente en toda la vida artística de Laxeiro y también en la intelectual. No solo le sirve como inspiración para la pintura sino también como reflexión sobre aspectos de la vida. En el libro *Los escritos de D. Ramiro* en el que se recogen sus escritos, contiene una especie de dialogo que hace consigo mismo, con su otro “yo”, al que acusa¹ de ser quien es inducido por *O Naranxo* “*aquel labrego tolo que me sorprendía cando eu era un rapaz pacendo gando a beira do río Deza. Estaba tocando a flauta. O Naranxo chegou por entre os carballos e toxos colleume polo*

¹ Ref28. Los escritos de D Ramiro y “Laxeiro por si mismo”. Carlos G Reigosa. ED Xerais. 2008

*pESCOZO meteume no rio e dixome: Desde agora es Laxeiro e teñes que pasar a vida pintando*¹”. Como vemos *O Naranxo*, o tolo, el loco, le proporciona una identidad. Es decir, ese otro yo que no controla es quien le va a dar la identidad: serás pintor y te llamas Laxeiro viene a decirle *O Naranxo* en uno de los encuentros. Laxeiro define a *O Naranxo* como un loco que sentía un gran amor por los sapos y que maldecía a los campesinos que los maltrataban. Le dedica varios artículos en “*Los escritos...*”. En uno de ellos, dentro de una fantasía parafrénica, le da el poder de preñar a todas las mujeres para dar a luz niños rubios.



Fig. 7 – O Tolo. Retrato de Juan de Santos (1943-1944)

De la mayoría de los locos representados en su pintura no conocemos apenas su identidad sin embargo Laxeiro escribe y recrea una biografía de *O Naranxo* llena de aspectos fantásticos o como los psiquiatras llamamos parafrénicos. En esa biografía aclara que *O Naranxo* ama los sapos porque estos le proporcionan monedas de oro, lo que no le impide seguir siendo pobre, pero también el pintor nos proporciona una cierta versión de la causa de la locura de *O Naranxo*: El robo de su traje de fiesta y del dinero que tenía ahorrado. Este hecho fue el que le volvió triste y taciturno. Un día, sigue escribiendo Laxeiro, *O Naranxo* escuchando el canto del cuco realiza actos improcedentes, que tienen que ver con su locura, como tañer las campanas de las iglesias alarmando a todos los vecinos que acuden apresurados pensando que había un incendio.

También en los Escritos citados cuenta otro caso de un loco popular; Manuel do Caseiro² que enloqueció cuando fue capaz de aprender a tocar el bombardino. Desapareció de su pueblo e iba tocando tonadas inventadas por todas las parroquias hasta que apareció muerto en un camino.

¹ “*aquel labriego loco que me sorprendió cuando era un rapaz paciende ganado a la orilla del río Deza. Estaba tocando la flauta. O Naranxo llegó por entre los carballos y toxos me cogió por el pescuezo y me metió en el río diciéndome: Desde ahora eres Laxeiro y tienes que pasar la vida pintando*”

² Los escritos de Don Ramiro ref 27.



Fig. 7 – O Naranxo (1944. *No catalogado por la Fund.Laxeiro*)

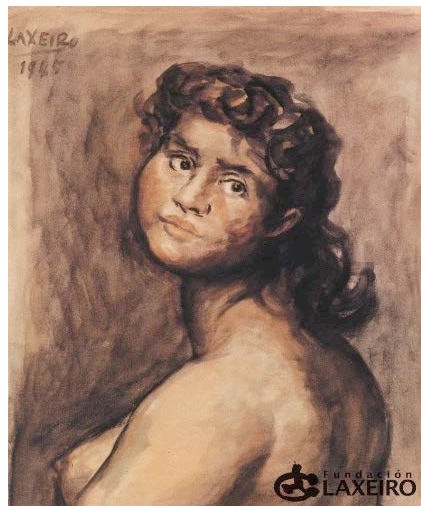


Fig. 8 – A Tola (1945)

El libro que citábamos, *Los escritos de Don Ramiro*, en una muy clara referencia a su aldea de origen Donramiro (Lalín), es publicado por la Fundación que lleva su nombre y que está ubicada en Vigo.

Don Ramiro sería casi un heterónimo del pintor, es el Laxeiro literato. Estos *Escritos* contienen diversos temas, desde textos poéticos, reflexiones, diarios, sueños, relatos y recuerdos, así como una pequeña pieza teatral que denomina Xoguete Tráxico, título cogido del subtítulo que da el torero Ignacio Sánchez Mejías a su obra teatral *Sin Razón (Juguete trágico en tres actos)* (1928) de resonancias freudianas¹.

Los escritos... contienen también retratos de contemporáneos, pregones y textos con reflexiones sobre el arte. En uno de estos escritos (Ref.3) que se corresponde con un escrito del año 1964 y que denomina “*El bicho creativo*”, con un

¹ La obra se desarrolla en dos centros, uno el manicomio que podríamos llamar público; un lugar con pocos medios, pobre, donde apenas tienen para darle de comer a los pacientes y otro llamado el Palacio de la Reina Beatriz lujosamente decorado donde los pacientes están muy bien vestidos y donde nunca se debe emplear la palabra loco, ni manicomio

lenguaje entre irónico, surrealista y fantástico va hablando de personajes ficticios que incluso utiliza para alguno de sus cuadros (*La Sra. Perditil*), y de la creatividad artística, al mismo tiempo que critica aspectos relacionados con el arte contemporáneo y las modas. En el artículo hace alusiones a la locura de los personajes que acaban en el manicomio o que tienen que ser atendidos por psiquiatras. En otro artículo dice; *El pintor nace o se hace?. Yo digo; si nace hay que hacerlo...Si nace en una de nuestras aldeas que no tienen escuela, ya puede tener dentro un genio que, lo más seguro, es que acaba en presidio o en Conxo*¹....Yo siempre he pensado que en nuestra tierra teníamos muy pocas escuelas y muchos locos.



Fig. 9 – Tolo (1979)



Fig. 10 – A Tola (1991)

En la Ref 208, un artículo de 1955 que escribe mientras vive en Buenos Aires habla de dos locos populares de Pontevedra de los años treinta: La Ilustre Marquesa do Espantallo, Dona Sagrario y el taciturno literato y filósofo Chapirote. Dice: *“Estos locos tenían una fuerte personalidad y en verdad eran lo más vivo de la ciudad”*.

¹ Hospital Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela)

A Laxeiro el mundo de la locura no le interesa por las causas que la producen ni siquiera se interesa demasiado por lo que dicen los locos. Le interesan como sujetos que han hecho la elección de una forma de vida. Laxeiro respeta la libertad de esa elección y admira la no injerencia con el mundo que les rodea. Necesita del relato biográfico que le aportan los locos para ilustrar sus pinturas y para elaborar las fabulaciones de sus escritos. Aunque no le interesa por qué se han vuelto locos ni los problemas que su locura les puede crear, si le interesa como esos personajes están situados en el mundo, pero, sin embargo, no le interesa como el mundo los trata o que hace con ellos. Por lo tanto, no son pinturas ni escritos de denuncia social ni psicopatológicas, de hecho, la mayoría de los personajes están solos en el cuadro y cuando están acompañados el acompañante parece ajeno al personaje central no habiendo interacción entre ellos.

Quien era realmente *O Naranxo*?

Como hemos visto, a lo largo de su vida Laxeiro aborda en varias ocasiones en su pintura (y en los escritos) a este personaje, la mayor parte de las veces en la forma de esbozos, hasta 1970 en que por encargo de la Corporación Municipal de Lalín pinta uno de los cuadros más interesantes sobre un loco popular que aquí mostramos. De *O Naranxo* conocemos su auténtico nombre, **Manuel González Ferradas** y gran parte de su biografía. Nace en Vilariño (Santiso-Lalín) en el año 1879. Es hijo de soltera de María Ferradas que se casó más tarde con Antonio González quien lo reconoció como hijo. Se crió y creció en la aldea donde nació. *O Naranxo* decía que era inmensamente rico, pero sin embargo vivía de las limosnas que los vecinos le daban y él, a cambio les daba una especie de pagarés por valor de cientos de pesetas. Muy bien admitido en su medio social fue aceptado como un loco ingenioso y ocurrente llegando a ser muy popular. Murió en 1945 a los 65 años y está enterrado en una aldea de Lalín llamada Xesta.

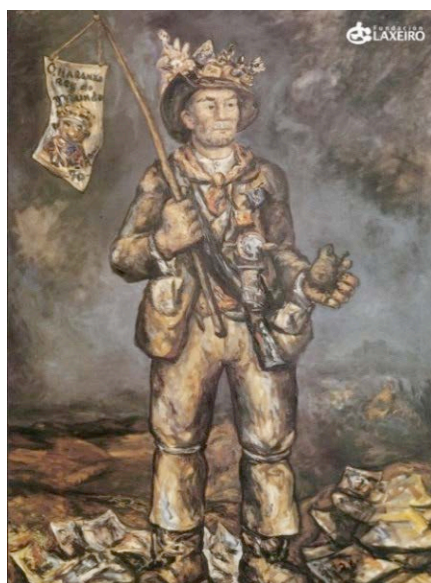


Fig. 11 – O Naranxo. Rei do Mundo (1970)

Cuatro años más tarde (1974) Laxeiro vuelve sobre el tema de O Naranxo con un dibujo en tinta y sobre papel que pertenece a una colección particular y en el que añade a una mujer.

Decíamos que *O Naranxo* fue un personaje real y muy popular hasta el punto que en Lalín existe una Asociación Cultural que lleva su nombre y la que, en su página Web, proporciona los datos biográficos que hemos aportado.

Un escritor gallego, contemporáneo de Laxeiro y nacido muy cerca de Lalín, **Ramón de Valenzuela Otero** (Silleda, 3 de octubre de 1914 - Sanxenxo, 27 de octubre de 1980), fue también político, pero fundamentalmente escritor en lengua gallega y al que se considera representante de la narrativa gallega en el exilio, tras la Guerra Civil Española. Escribió varias novelas y relatos en que aparece este personaje:

1. *Non agardei por ninguén*. Novela. Buenos Aires. 1957

2. *As bágoas do demo*. Pieza teatral. 1964.

3. *O Naranxo*. Relatos cortos. Ed Brais Pinto. 1974.

4. *Era tempo de apandar*. Novela. Ed Akal. 1980

En el libro de relatos cortos de 1974 que se titula precisamente *O Naranxo*, el primero está dedicado a este personaje. En él se dan toda una serie de características que podríamos enclavar dentro de un Delirio de grandeza o Parafrénico:

Era o tolo de Lalín. Un tolo que lle daba polas grandes finanzas. Era dono de tres ou catro planetas e presidente principal de todas las academias onde non houbera que escribir, porque él, de pruma.....non lle dera por aprender. “A casas de Lalín son todas miñas. Tamen son miñas as de Trasdeza e as da Ulla¹”.

El relato de *O Naranxo* va produciendo efectos sobre su interlocutor que tienen la forma de lo que podríamos llamar “sabiduría popular”. *O Naranxo* le habla sobre las fiestas, el dinero, etc etc y hacen que el protagonista central del relato no acabe de encontrar la locura por ningún lado a pesar de lo que le han dicho las gentes del pueblo. Se maravilla cuando dice que las posesiones que dice tener, no las necesita para él, solo le importan para hacer el bien, esta es la explicación que, a pesar de todas estas posesiones, *O Naranxo* viva de la caridad ajena y pobremente. Como en muchos casos y en muchas situaciones con los locos populares el interlocutor encuentra más verdades en lo que dice el loco que en lo que dicen muchos cuerdos.

En las otras novelas de Valenzuela las características del personaje *O Naranxo* siempre son las mismas. Sus intervenciones tienen más coherencia y más verdad que las palabras y las acciones que desarrollan los supuestamente cuerdos. En la primera y la última novelas citadas, que tienen como temática la Guerra Civil, las intervenciones de *O Naranxo* son contra las guerras en las que considera que todos pierden, aunque haya algunos que se enriquezcan con ellas.

En “*As bágoas do demo*”, obra teatral, aparecen dos locos bondadosos, *O Naranxo* y *Pirulé* ambos con ideas de grandeza que intervienen para solucionar los conflictos entre otros personajes de la obra.

Para todos los autores el personaje de *O Naranxo* presenta las mismas características. Se trata de un “loco” conocido por todo el pueblo; que vive de la caridad de sus vecinos...él niega esta circunstancia y en todas sus intervenciones hace referencia a sus “*múltiples propiedades y tierras*” (que cede para que otros las trabajen), “*propietario de bancos y casas*” (todas las del pueblo y de otros 7 ayuntamientos más)...“*organizador de todas las fiestas*”...“*propietario de viñedos, labranzas y vinos exquisitos*”...“*encargado de mandar en el mundo*”...“*dos trillones de hombres y mujeres trabajan para él*”...No pide limosna; él manda con educación a

¹ *Era el loco de Lalín. Un loco que le daba por las grandes finanzas. Era dueño de tres o cuatro planetas y presidente principal de todas las academias donde no había que escribir, porque él, de pluma.....no quiso aprender. “Las casas de Lalín son todas mías. También son mías las de Trasdeza y las del Ulla*

la gente que le dé de comer o beber cuando tiene hambre o sed. Consciente de que le llaman loco; no hace caso a las habladurías. Así pues, se trata de un personaje que con sus discursos, opiniones y preguntas hace reflexionar a los otros personajes con sus “verdades incómodas”.

Desde hace algún tiempo estamos estudiando las características que deben tener para ser aceptados socialmente lo que hemos llamado, sin ánimo peyorativo, “locos populares”. Estas características tienen que ver, entre otras, con la ausencia de agresividad y conductas disruptivas. En muchos de los casos de “locos populares” encontramos una nueva característica¹ para la aceptación social de la locura; depositar en ellos el papel de sabio o de expresar las verdades y opiniones que los demás no se atreven como ocurre con Manuel González Ferradas “*O Naranxo*”.

Bibliografía citada y consultada

- 1.MEJÍA RUÍZ, Carmen — Dos vidas y un exilio: Ramón de Valenzuela y M^a Victoria Villaverde. Madrid: Ed Complutense, 2011.
- 2.RUIBAL, José — Laxeiro. Lalín, Pontevedra: Alvarellos comunicación e produción gráfica, 2008 (reedición).
- 3.Laxeiro. Cuadernos de Arte Gallego. Ed Atlantico, 1981
- 4.REIGOSA, Carlos G. — Laxeiro por si mismo. Vigo: Ed Xerais, 2008.
- 5.Laxeiro: Os escritos de D. Ramiro. Edición de Javier Pérez Bujan. Fundación Laxeiro, 2011.
- 6.CASTRO, Antón — Laxeiro: A invención do mundo. Vigo: Ed Xerais, 1997.
- 7.Laxeiro: O eu de Xosé Otero Abeledo. Vigo: Ed Ir Indo Biografías, 2008.
- 8.O primeiro Laxeiro. 1908-1942. Museo de Pontevedra, 2009
- 9.VALENZUELA OTERO, Ramón. O Naranxo. Ed Brais Pinto Narrativa, 1974. (Además de las obras citadas en el texto)
- 10.Laxeiro: Cosmoloxías. Catálogo de la Exposición del mismo nombre editado por la Diputación de Lugo, 2012.

Agradecimientos: Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Fundación Laxeiro (Vigo) especialmente a Anxos Loureiro Fontán y también al Director Artístico Xavier Pérez Bujan por la ayuda inestimable que nos prestaron para poder realizar este trabajo.

¹ El caso más interesante que hemos encontrado con esta característica es el de Ramón de Liripio (1845-1911) que abordamos en otro trabajo más general sobre los locos populares

NISE DA SILVEIRA: DO ASILO AO MUSEU, UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Eurípedes Gomes da Cruz Junior

Museu Nacional de Belas Artes/Instituto Brasileiro de Museus

Graduado em Música. Doutor em Museologia e Patrimônio

E-mail: euripedes.junior@yahoo.com.br

Palavras chave: loucura, coleções, psiquiatria, museu

Resumo: Nise da Silveira (1905-1999), psiquiatra brasileira, introduziu a terapêutica ocupacional como forma de tratamento em um grande hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. A partir daí construiu um método de tratamento e reuniu uma coleção de obras produzidas por pacientes que é atualmente a maior do mundo no seu gênero: o Museu de Imagens do Inconsciente. O texto procura resumir essa trajetória, mostrando como suas iniciativas tiveram profunda ressonância, influenciando diversas áreas da cultura brasileira. Suas ideias inspiraram movimentos sociais e ajudaram na implantação de uma nova ordem terapêutica baseada no convívio social e na expressão espontânea.

Abstract: Nise da Silveira (1905-1999), a psychiatrist, introduced occupational therapy as a form of treatment in a psychiatric hospital at Rio de Janeiro. It was the starting point of the development of a particular treatment method and the assembly of a collection of works produced by patients which is currently the largest in the world in its genre: the Museum of Images from the Unconscious. The text points to summarize this trajectory, showing how her initiatives brought a profound resonance at the society as a whole, influencing several areas of Brazilian culture. Her ideas inspired social movements and helped in the implementation of a new official therapeutic order based on social coexistence and spontaneous expression.

São pássaros cantando, o silêncio sonoro dos gatos caminhando, os cachorros fazem festas, o farfalhar de árvores antigas, a mudez sonora das onipresentes montanhas em volta... uma orquestração sonora emana de um lugar muito especial encravado em Engenho de Dentro, pequeno subúrbio da cidade do Rio de Janeiro: O Museu de Imagens do Inconsciente (mii.org.br).

Parecerá estranho começar a falar de um museu de imagens referindo-se às sonoridades que o envolvem. Entretanto, este é um museu diferente da maioria de seus congêneres. Enquanto na maioria dos museus, como nos templos, é em geral a solidez do silêncio sepulcral o envoltório das pinturas e esculturas que são expostas, no MII tudo está vivo, tudo é animado por uma energia que permeia as múltiplas dimensões da experiência que é fazer parte deste ambiente. O Museu, de Imagens do Inconsciente não admite observadores passivos. Não aceita olhares vazios, propondo-se a instigar, provocar, excitar, acirrar, retirar, revolver conteúdos insuspeitados de nossas almas e mentes. E como um sistema vivo, ele produz sons. E o som que mais se ouve neste museu é o som da liberdade.

“Liberdade. Gosto do som dessa palavra” disse certa vez a Dra. Nise da Silveira, médica psiquiatra que criou o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952. Seis anos antes ela havia se recusado a ser cúmplice nos “tratamentos” psiquiátricos da época: eletrochoque, coma insulínico, e no lugar dessas práticas escolheu lápis e pincéis, música, teatro e poesia, ao fundar a Seção de Terapêutica Ocupacional no

Centro Psiquiátrico Nacional. O asilo, situado no subúrbio do Engenho de Dentro na cidade do Rio de Janeiro, era igual a qualquer outro no mundo: mais de 1 mil e 500 internos, reclusos, inativos, pessoas das classes mais pobres, carregando diagnósticos que não os permitiam mais, segundo a ordem psiquiátrica, conviver com a família e a sociedade.



Figura 1 – Sala de exposições do Museu de Imagens do Inconsciente

O médico psiquiatra que estava ensinando Nise a aplicar eletrochoques; após a primeira demonstração (que ela descreve com horror e espanto) manda chamar o próximo paciente, coloca os eletrodos na cabeça da vítima, vira-se para ela e diz: “Agora, aperte o botão”. E ela respondeu: “Não aperte”. Segundo suas palavras, “aí começou a rebelde”. Era assim que se intitulava: uma psiquiatra rebelde. A partir desse gesto de recusa, um grito de liberdade instaurou-se naquele lugar de degredo e morte, som avesso aos monocórdios diagnósticos, aos rótulos estigmatizantes, à ditadura do discurso solilóquio da psiquiatria tradicional, onde o indivíduo considerado louco torna-se cada vez mais embotado afetivamente, rumando sempre para uma inexorável degradação e ruína. Mas, no dizer do atual diretor do Museu, Luiz Carlos Mello, apesar desta trágica concepção, deste abismo criado pela ciência, surgiram do mais profundo da alma, imagens, as mais inusitadas e belas.

Nise da Silveira teve uma educação refinada. Nascida em Alagoas, pequeno estado do nordeste brasileiro, filha única de um jornalista e uma musicista, cursou a Faculdade de Medicina, onde formou-se numa turma de 147 homens. Após a formatura veio morar no Rio de Janeiro, onde começa a trabalhar como médica psiquiatra. A amizade com intelectuais e artistas e sua atuação em uma organização que atendia mulheres de baixa renda foram os motivos que levaram-na a passar dois anos nas prisões da ditadura do Estado Novo de Getúlio Vargas. Após cumprir,

incógnita, um autoexílio de oito anos pelo Brasil, foi anistiada e retornou à sua função de psiquiatra. Nesse período, as técnicas do eletrochoque, da insulinoterapia, do coma insulínico e da lobotomia predominavam no arsenal terapêutico psiquiátrico. Ao deparar-se com estas técnicas de tratamento, rejeitando-as, dá início a uma trajetória que iria mudar os rumos da psiquiatria no Brasil: em vez de choques, música, teatro e dança; no lugar de insulina, jardinagem, poesia e pincéis. Em vez de lobotomia, convívio.



Figura 2 – Raphael Domingues / guache sobre papel / Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente

Entre as oficinas que Nise criou no hospício, os ateliês de pintura e modelagem logo destacaram-se por dois motivos: primeiro, os benefícios flagrantes que estas atividades exerciam nos indivíduos que as praticavam; segundo, a produção numerosa, a alta qualidade estética e riqueza de conteúdos de muitas dessas obras.

Com a intenção de estudar e preservar este material foi que nasceu o Museu de Imagens do Inconsciente, que mantém até hoje os seus ateliês de atividades expressivas em funcionamento. Ao longo de sua trajetória, muitos talentos foram revelados e, quem diria, muitos artistas brasileiros foram influenciados pelas criações de Engenho de Dentro. Desde o início Nise imprimiu um forte caráter cultural às atividades da Seção de Terapêutica Ocupacional. Além dos artistas plásticos e críticos de artes, poetas, músicos, atores escritores, cineastas, hippies e marginais culturais de toda espécie eram atraídos por ela e seu trabalho. Em 1968 ela cria o Grupo de Estudos do Museu que passa a ser um núcleo de efervescência cultural, frequentado pela intelectualidade da época. Artistas e personalidades de todos os matizes acorrem ao museu não mais apenas para admirar as obras, mas também para participar de um diálogo multifacetado, uma troca. As exposições apresentadas dão o tom, o *leitmotiv* para abordagens transdisciplinares, com as quais jovens estudantes ou artistas consagrados apresentam trabalhos numa ebulição cultural inédita na história do Rio de Janeiro. É nesse clima que acontece a primeira leitura dramática da tragédia *As Bacantes*, de Eurípedes, realizada no Brasil. Atores, técnicos, funcionários e clientes¹, misturaram-se para apresentar o grande clássico.



Figura 3 –Octávio Ignácio / lápis de cor sobre papel / Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente

¹ Nise não usava o rótulo de pacientes ou doentes, preferia chamar os frequentadores das oficinas de ‘clientes’.

Era a época da ditadura militar no Brasil, onde as reuniões de pessoas eram proibidas, consideradas conspirações subversivas em potencial. O recrudescimento da ditadura militar também se refletiu no hospital, e as perseguições ao trabalho de Nise e do Museu não foram poucas. Arrancavam-se as flores plantadas, e envenenavam-se os animais. Nise foi pioneira na utilização de animais com finalidade terapêutica. Cães e gatos faziam parte do arsenal terapêutico, promovendo relacionamentos e trazendo, segundo ela “calor e afeto ao frio ambiente hospitalar”. Transferiam-se os frequentadores dos ateliês de forma abrupta e arbitrária. Negavam-se materiais para as oficinas. Nise era ridicularizada por seus colegas, que debochavam acintosamente de seus métodos de trabalho.

Impedida, no espaço oficial asilo público, de amplificar o som da liberdade, ela funda a Casa das Palmeiras – a primeira clínica brasileira em regime de externato (1956). Ali portas e janelas estão sempre abertas¹. Ao ser indagada se não temia um acidente, um tragédia, por tratar de pessoas loucas num ambiente totalmente aberto ela retrucou: “Que fazer? Acidentes acontecem... a liberdade tem seu preço”.

Preço alto, diríamos nós. Mas que valeu a pena. Hoje, o acervo do Museu de Imagens do Inconsciente conta com mais de 350 mil obras grande parte delas consideradas oficialmente integrantes do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. As pesquisas feitas por Nise e seus colaboradores lançaram luzes sobre o tema obscuro da loucura, retirando-a do modelo médico e inscrevendo-a no rol das experiências da espécie humana. O grande salto dado por Nise foi a constatação de que as imagens produzidas por indivíduos rotulados como loucos, por serem encontradas em praticamente todas as eras e civilizações da história humana, apontam para uma atemporalidade da psique e para a confirmação do conteúdo saudável dessas imagens. Elas não refletem uma doença, uma entidade nosológica, mas sim os “inumeráveis e cada vez mais perigosos estados do ser”, no dizer de Antonin Artaud. Nise apropriou-se da definição de Artaud, abandonando por completo a psiquiatria tradicional. “Em vez de um massudo tratado de psiquiatria, dizia ela, leio mais uma vez Dostoiévski e Machado de Assis”. Temos enfim a revelação de que o louco é na verdade o mergulhador das ricas dimensões do inconsciente que não nos são acessíveis, ou o são limitadamente, de onde trazem ora imagens que admiramos, ora as “verdades insuportáveis”, ainda citando Artaud². Isso muitas vezes à custa de enormes sofrimentos, para os quais, mais uma vez, o afeto parece ser o melhor remédio. Foi baseada nesse binômio – afeto e expressão espontânea que baseou seu método terapêutico.

A transdisciplinaridade que imprimiu aos estudos no Museu resultou em livros, filmes, peças de teatro, influenciando toda uma gama de pensadores e criadores. Reunindo história da arte, mitologia, história das religiões, antropologia, literatura, psicologia, Nise faz uma leitura contundente das séries de imagens produzidas nos ateliês, magistralmente consolidadas em seus livros *Imagens do Inconsciente* (1981) e *O Mundo das Imagens* (1992). Longe de apresentar uma patologia da mente, aí revelam-se as entranhas de processos psíquicos até então insuspeitados, embora comuns a todos nós.

Seu trabalho inspirou a criação de serviços terapêuticos e culturais. Nise da Silveira recebeu honrarias, prêmios e medalhas nas áreas da saúde, educação, literatura, direitos humanos. Influenciou o Movimento da Luta Antimanicomial,

¹ A Casa das Palmeiras funciona até hoje no bairro carioca de Botafogo.

² Segundo Artaud, a psiquiatria é a invenção de uma sociedade tarada “para se defender das investigações de certos indivíduos de lucidez superior, cujas faculdades de percuciência a incomodavam”.

movimento social que varreu o país de norte a sul e resultou na Reforma Psiquiátrica, que legou ao Brasil uma legislação avançada na área da saúde mental. Hoje, o tratamento territorializado e que estimula a permanência do paciente psiquiátrico no meio social se dá através de Centros de Atenção inspirados na experiência da Casa das Palmeiras.

O encontro de Nise da Silveira com a psicologia de C. G. Jung, ajudou-a a configurar um método de leitura de imagens inédito, demonstrando, na prática, as teorias do mestre suíço. As séries de imagens pertencentes ao acervo do Museu de Imagens do Inconsciente são hoje fonte de inúmeras pesquisas que sobre os processos psíquicos que se desenvolvem no interior de todos os seres humanos.



Figura 4 – Nise da Silveira. Arquivo do Museu de Imagens do Inconsciente

Nise também foi pioneira na utilização terapêutica de animais. Elevou-os à condição de co-terapeutas em seu trabalho, e ampliou o círculo da importância fundamental do afeto no tratamento. O afeto estimula a criatividade que por sua vez dá expressão aos processos autocurativos da psique humana. Por sua intervenção, a

cidade do Rio de Janeiro erradicou a apreensão de animais de rua, criando uma secretaria especial para o cuidado deles.

O MII é mais que um espaço: é um ambiente de convívio, empoderamento para a cidadania, redução de estigma e mudanças paradigmáticas. Espaço de cura, saúde e fruição. Que têm feito as autoridades responsáveis por essa joia engastada no subúrbio carioca, de onde tantos brilhos já iluminaram a cultura brasileira? A falta de investimentos e funcionários têm gradativamente diminuído o número de atividades, e hoje poucos funcionários desdobram-se para mantê-lo aberto ao público. Mas os sons da liberdade são imortais, podem ser calados por algum tempo, mas, como um renovo, brotarão “ao cheiro das primeiras águas”¹.

No momento em que o processo mundial de globalização enfraquece os laços identitários das comunidades e grupos sociais mais vulneráveis, a atuação do Museu de Imagens do Inconsciente mantém-se no sentido de preservar o espaço onde o discurso da loucura e de seus portadores não é silenciado, onde não se tem medo do inconsciente.

O Museu de Imagens do Inconsciente é um museu especial, no dizer da museóloga Tereza Scheiner (1998), “um museu da paixão, que toca o homem profundamente, elevando-o às alturas ou fazendo-o enfrentar o abismo. Que apresenta as entranhas do homem, e não apenas a superfície, que fala da luta e do medo, da dor e da coragem, do sangue e das lágrimas, da angústia e do riso. que não suporta o meio termo, a conciliação, a mediocridade travestida em virtude. Um museu vinculado à estética da criação como ontológica, cuja beleza é intensiva e se dá na relação, povoada de afetos”².

Mário Pedrosa, importante pensador das artes brasileiras dizia ser o MII mais que um museu, pois se prolonga de interior a dentro, até dar num ateliê onde artistas em potencial trabalham, fazem coisas, criam, vivem e convivem. O afeto, um dos eixos principais do trabalho da Dra. Nise da Silveira, gera e é gerado por esse convívio que envolve os frequentadores do ateliê, as obras que já foram criadas e estão nas galerias e nos arquivos do museu, os técnicos e funcionários da instituição, o público visitante, os animais, e tudo isso retroalimenta a criação que acontece a todo momento: de repente, irrompe um usuário lendo poemas em voz alta; outro manifesta veementemente delírios incompreensíveis; um terceiro mostra seu trabalho recém-criado. Nesse processo, todos são envolvidos: ninguém fica impune.

Essa experiência profundamente humana, este convívio difícil de encontrar no cotidiano de nossa sociedade globalizada, onde o lúdico, o inspirador, o criativo, estão amalgamados, é um patrimônio ético, moral e cultural, que pertencendo a um espaço e tempo qualificados, intrinsecamente ligado à alma brasileira, pelo seu profundo compromisso com o ser humano, alcança a universalidade

¹ Livro de Jó, Cap. 14 verso 9.

² Museu: gênese, ideia e representações na cultura ocidental. Dissertação (Mestrado) ECO/UFRJ, Rio de Janeiro



Figura 5 – Carlos Pertuis / óleo sobre papel / Acervo do Museu de Imagens do Inconsciente

Bibliografia

CRUZ JR, Eurípedes. Do asilo ao museu: ciência e arte nas coleções da loucura. (Tese de doutorado em Museologia e Patrimônio). Orientadora: Lena Vania Ribeiro Pinheiro. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Museu de Astronomia, 2015.

MELLO, Luiz Carlos — Nise da Silveira caminhos de uma psiquiatra rebelde. Rio de Janeiro: Automática Edições e Hólos Consultores Associados, 2014.

SILVEIRA, Nise — Museu de Imagens do Inconsciente: histórico. In: Museu de Imagens do Inconsciente. Coleção Museus Brasileiros, v. 2. Rio de Janeiro: FUNARTE, 1980.

SILVEIRA, Nise — Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SILVEIRA, Nise — O Mundo das Imagens. Rio de Janeiro: Ática, 1992.

Agradecimentos

Christina Gabaglia Penna

Este trabalho teve apoio de Bolsa de Pesquisa da CAPES

A ARTE E OS LIMITES DA LOUCURA EM MARIA GOMES PEREIRA (1882-1950)

Porfírio Pereira da Silva

Biblioteca Pública Municipal de Viana do Castelo

Profissão: Técnico Superior

E-mail: porforiosilva@sapo.pt

Palavras-chave: A Loucura na História da Arte, Psiquiatria e Filosofia.

Resumo: Maria Gomes Pereira, nasceu em Santa Maria de Carvoeiro, ao tempo em que pouco ou nada se ligava à arte popular. Enquadrada numa época de baixo nível económico, assim como martirizada pela falta de alfabetização, Maria, pobre de bens materiais e sem qualquer tipo de ambição para além da sua realização pessoal, num mundo em que tal comportamento cognitivo se entendia uma mania consequente do pouco abono de siso, cedo descobriu a sua inclinação para o lado místico. Desfazendo-se dos poucos bens de seus pais, como forma de se livrar de um pesadelo que a consumia, depressa se tornou mendiga, deambulando pelos montes da cercania, onde dormia na companhia de uma pomba, circunstância que levaria a ser rebaptizada pelo povo de Maria Pomba. Não podendo comunicar doutro modo, esculpia, burilava a pedra e a madeira, imprimia nos relevos os sentimentos mais íntimos, nem sempre entendíveis. Era tida por quase toda a gente como uma atrasada mental, e pelos mais tolerantes, portadora de uma certa leveza de inteligência.

Abstract: Maria Gomes Pereira, was born in Santa Maria de Carvoeiro, at that time almost nothing was linked to popular art. Framed in a time of low economic level, as well as martyred by the lack of literacy, Maria, poor of material goods and without any ambition beyond her personal fulfillment, in a world where such cognitive behavior was understood as a consequence of the lack of good sense, she soon discovered her inclination to the mystical side. Getting rid of the few possessions of her parents as a way of getting rid of a nightmare that consumed her, she soon became a beggar, wandering in the hills of the neighborhood, where she slept in the company of a dove, a circumstance that would lead to being rebaptized by the people as Maria Pomba. Unable to communicate in any other way, she carved stone and wood, imprinted on the reliefs the most intimate feelings, which were not always understood. She was regarded by almost everyone as a mentally retarded and by a few others more tolerant, with a certain lightness of intelligence.

Introdução

«Nasceu pobre e, voluntariamente, mais pobre se fez ainda. No seu desprendimento há já uma riqueza de sentimento e um certo sentido filosófico que pertence às escolas famosas mas cujas teorias ninguém lhe chegou a revelar. Todavia, nada impediu que o sentisse e alcançasse o tipo de vida que tais teorias defendem e sustentam para pôr em confronto com outras que lhes são antagónicas...»

(Domingos da Calçada, 1982:280-281).

Com esta pequena nota de abertura, assinada por Domingos da Calçada, desvela-se um pouco do estado psicológico, ainda que de uma forma subjectiva, de uma das

figuras mais carismáticas da pequena povoação de Santa Maria de Carvoeiro, concelho e distrito de Viana do Castelo.

Maria Gomes Pereira¹ nasceu Lugar de Gandarinhos, freguesia de Santa Maria de Carvoeiro, concelho e distrito de Viana do Castelo, a 3 de Novembro de 1882 e, nessa mesma freguesia, faleceu a 23 de Junho de 1950, com 68 anos de idade.

Na sua infância, cedo se descobriu a sua inclinação para Deus, pois, ao atingir a puberdade, a sua fé manteve-se fiel apesar do clima e perseguição dos rapazes. Muitas vezes desabafava, dizendo-se perseguida pelo demónio.

Quando recebeu a herança de seus pais, metade de um campo e uma bouça na Paradela, depressa se desfez dela, livrando-se de um pesadelo que a consumia. Segundo relato de Cândido Neiva de Oliveira Maciel, todos conhecem, no monte, um penedo desbastado por ela com um pico rombo². Além do penedo, fez vários trabalhos de estátuas, em pedra e em madeira, referindo-se ainda a uma imagem de Santo António, esculpida em pedra, a pedido de seus pais: *Arranjei uma pedra e emprestei-lhe um pico. Com o maior desembaraço, numa tarde concluiu a estátua do santo, sem ter modelo à sua frente*³.



Maria Pomba

¹ O seu nome está contemplado na toponímia local, na hoje denominada União de Freguesias de Barroselas e Carvoeiro, como Rua Maria Gomes Pereira (Maria Pomba), no que resulta de alguma valorização desta figura do Vale do Neiva, que, segundo Cândido Maciel, no dia da morte “Ao longe, cortando o espaço, todas as pombas do vale do Neiva seguiam uma claridade, que era a alma de Maria Pomba, elevada ao Céu no meio de uma multidão de anjos” (Maciel, 1982:44).

² Na verdade foram três os penedos desbastados, sendo que um deles foi destruído para dar passagem a uma estrada florestal. Restam agora dois.

³ Cit. MACIEL, Cândido Neiva de Oliveira – “O brinquinho do Céu”. In, Vale do Neiva: Subsídios Monográficos. Viana do Castelo: Ed. Autores, 1982, p. 41.

Caracterização, comportamentos e alguns episódios marcantes:

- Era, por todo o vale do Neiva, conhecida pela Maria Pomba, pois trazia sempre consigo uma pomba branca, que ela alegava ser a imagem do Divino Espírito Santo.
- O seu único vestuário era composto por saia e blusa azul, avental da mesma cor e lenço branco.
- A sua vida inteira foi de penitência contínua. Dormia dentro de uma caixa velha coberta de farrapos. O travesseiro era composto de pedras cobertas com folhas secas de árvores.
- O Padre Fontelo, ao tempo Prior do Convento de Santa Maria de Carvoeiro, conhecia bem Maria Pomba, mas tinha dúvidas sobre as suas alegadas virtudes. Ela passava horas a examinar as imagens do convento para depois traçar as suas estátuas. Um dia, o Prior negou a comunhão a Maria Pomba e ela, aflita, deixou fugir a pomba que voou e foi pousar no altar, ao pé do sacrário. Desde esse dia, o referido Prior não lhe tornou a negar a comunhão.
- Noutra ocasião, numa das missas da tarde, na capela de Santa Ana, quando Maria Pomba se aproximou da comunhão, os rapazes tentaram tirar-lhe a pomba, a qual deu um voo e saiu pela porta do lado. Maria Pomba começou a chorar. Entretanto, a pomba tornou a entrar pela mesma porta e foi pousar no altar de Nossa Senhora da Soledade onde Maria Pomba ficava sempre ajoelhada.
- Os rapazes organizavam várias procissões ao penedo. Uma delas foi organizada pela Senhora Ana Rodrigues Teixeira, em virtude de Maria Pomba alegar que, no penedo, aparecia o Brinquinho do Céu, numa alusão ao culto Mariano¹.



Uma família de Lisboa que visitou, nos anos 30, o penedo da Maria Pomba (1)

¹ Cf. Idem, *ibidem*, p. 42-43.

A proximidade ao pequeno templo evocativo à Senhora Aparecida, numa pequena chã, na encosta do monte Castro, voltada para o Vale do Neiva, a primeira “aparição” mariana (1702) reconhecida pela Igreja Católica, a influência educacional dos monges beneditinos do convento de Santa Maria de Carvoeiro na região, as tradições e as lendas, termos pouco precisos, sendo aplicados muitas vezes em vários sentidos, desde o maravilhoso às complicadas superstições, por certo que influenciariam as chamadas almas simples e crentes, como era o caso de Maria Pomba, que viviam do seu trabalho: elas na pastorícia dos seus rebanhos; e eles no trabalho duro da pedra. Maria Gomes Pereira, dominada pela fé e uma vida inteira carregada por penitência contínua, intrometera-se no trabalho que estava destinado aos homens. Esculpir a pedra e a madeira, fazer vassouras de giesta para vender aos lavradores para as suas eiras, e esmolar, fizeram-na “louca por amor a Deus”: “Razão porque sofreu muito durante a vida pelos ditos dos adultos e tolices dos rapazes. Uma santa é, por vezes, no pensamento humano, uma pessoa sem juízo...”¹.

Cândido Maciel, num outro trabalho que intitulou de «Apontamento sobre o lendário no Vale do Neiva», chama-nos à atenção para o facto de neste mesmo Vale haver lendas radicadas no maravilhoso celta, na vivência mística do povo e na deformação das crenças religiosas. Isto sem falar, por acréscimo, dos ritos mágicos e das superstições, como atrás referimos. Segundo o mesmo Cândido Maciel, em todo o Vale do Neiva, magia e mito, como acções instituintes do passado, mantêm-se actuais pela sua característica interna comum: a repetição. E dá como exemplo: “O rio Neiva mereceu, nos alvares da Idade Média, o epíteto de «rivulo malo», a tal ponto que deu origem, na primeira parte do seu percurso, ao nome de uma freguesia denominada de Rio Mau, designação esta que existe em outras zonas, com base em motivos idênticos: o fragor das águas no inverno...” – citamos.



Tomando como nossas as palavras do Professor Manuel Curado, levados pela expressividade do “interior” de Maria Pomba aos olhos dos outros (“louca por amor a Deus”), gentes da sua aldeia e frequentadores das cercanias da Serra, onde a mesma

¹ Cit. Idem, *ibidem*, p. 43.

esculpira os seus santos nos penedos, “...a existir vida interior, o acesso de segunda e de terceira pessoas é igualmente difícil. A dificuldade que a subjectividade coloca ao inquérito racional apresenta-se como um bloco uniforme e não como um conjunto de partes com níveis de dificuldades diferentes. / Se for possível identificar o que se passa no interior de um ser dotado de subjectividade, esse seria um evento positivo para a tarefa mais vasta de saber como é qualquer subjectividade independentemente das suas características individuais...¹”.

Segundo testemunho de Domingos de Castro Barbosa Maciel, vulgo Domingos da Calçada, hoje com 86 anos de idade, para quase toda a gente, Maria Gomes Pereira era uma atrasada mental. “Para muitos, impostora que esculpia estatuetas de Nossa Senhora para explorar a religiosidade do povo e mais facilmente levar a vida. Só nunca ninguém a viu como Artista e por isso mesmo morreu sem ser reconhecida, e, só depois de transformada no pó do raso coval a que desceu, a sua mensagem artística começou a ser descoberta e a sua verdadeira dimensão humana a aparecer (...) Apenas eu não sei explicar como foi possível que várias pessoas cultas ali tivessem admirado a sua obra e não tivesse havido alguém com a força precisa de realçar para que fosse conhecida neste país como, mais tarde, o foi a Artista do barro de Galegos, a grande Rosa Ramalho”².

Ainda segundo Domingos da Calçada, Maria Gomes Pereira, analfabeta, tinha uma sensibilidade rara e uma sede de autorrealização e comunicação que estão patentes na expressão do seu trabalho e nas condições em que o tornou possível, demonstrando uma superioridade de tal modo singular, que mereceria um estudo profundo. Para este extraordinário memorialista do Vale do Neiva, Maria Pomba, não podendo comunicar doutra forma, “esculpia, burilava a pedra e a madeira, e como pudemos constatar, imprimia nos relevos os sentimentos mais íntimos, nem sempre entendíveis, mas sabia explicá-los com a didáctica de mestre. (...) uma arte de pessoa rudimentar, inculta, carenciada da força que a fome lhe roubava e de físico fandleiro...”³, mas que artisticamente se expressava sem artificios convencionais ou codificados.

Articulando o nosso estudo e opinião com a experiência e prática científica do antropólogo e professor universitário Álvaro Campelo, que nos acompanhou aos locais das marcas deixadas, a pico rombo, por Maria Gomes Pereira, concluiríamos que há vários ângulos para analisar esta personagem do vale do Neiva:

1 – A relação entre uma loucura construída pela sociedade sobre um comportamento anormal e a expressão artística:

– Os comportamentos *loucos* sempre foram permitidos nas sociedades, havendo, contudo, um sistema de normalização desses comportamentos, dominando os corpos e as manifestações corporais, porque eram capazes de serem incluídos dentro do campo dos excluídos, como se outra face do mundo e dos corpos fossem necessários para justificar e dar sentido à normalidade. As teorias de Erving Goffman (com o “estigma”), de Michel de Foucault (com o biopoder), e de Norbert Elias (O processo civilizacional) contextualizam este processo de vigilância dos corpos, de domínio do

¹ Cit. CURADO, Manuel – *Luz Misteriosa: a consciência no mundo físico*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições, 2007, p. 130.

² Cit. CALÇADA, Domingos da – “Maria Pomba: uma artista”. In, Vale do Neiva: Subsídios Monográficos. Viana do Castelo: Ed. Autores, 1982, p. 280.

³ Cit. Idem, *ibidem*, p. 282.

“anormal”, de controlo e privação da violência para se construir a sociedade civilizada.

– Maria Pomba tinha tudo para ser excluída! Sendo pobre, sem ocupação clara e reconhecida, e à margem dos comportamentos ditos *normais*, era relativamente fácil construir sobre ela narrativas que tivesse a loucura como base de definição da sua personalidade.

– Neste contexto social, realizar trabalhos artísticos (artísticos para quem olha de fora e tem sensibilidade e não se surpreende pela genialidade estar em pessoas não conformes ao comportamento reconhecido como normal) era mais um dos “sintomas” de “anormalidade” e de perda de sentido, pois a personagem era pobre, e nada teria de seu ou qualquer recompensa financeira notória com esta “mania”! Chega a ser culpada de fazer imagens religiosas para merecer a compaixão dos vizinhos e receber esmolas!

2 – O facto de ser uma mulher. E aqui entram as questões de género:

– A arte nascida de um corpo feminino ainda era mais proscrita! O corpo feminino era para a submissão e para a gestação: um corpo vocacionado para a ‘natureza’, ou seja, para ser usado e procriar! Os santeiros da pedra eram homens! Do barro, ou da olaria ainda se aceitava o papel feminino (como o do junco, ou as artes das alfaias têxteis da casa). Trabalhar a pedra, a madeira, era coisa de homens!

– Um outro ponto interessante era o de Maria Pomba percorrer os caminhos do Vale do Neiva e deixar as suas obras em penedos, em lugares nas montanhas. Este percorrer espaços perigosos por parte de mulheres estava associado a pessoa com poderes estranhos (como o caso das bruxas). Ser assim livre e ainda por cima mostrar essa liberdade, semeando traços, figuras, marcas, etc., ou seja, deixando rasto por onde passa, era a suprema afirmação do poder do corpo e da mente desta mulher, que se recusava ao papel atribuído ao sexo feminino.

– Às mulheres não era dado o direito de serem ambíguas, ou terem a capacidade de criarem discursos e comunicações que fugissem ao que lhes estava atribuído. Maria Pomba, ao realizar a sua arte, está a libertar o seu corpo (quase numa perspectiva psicanalítica).

3 – A temática da sua obra ser, quase sempre, orientada para símbolos e figuras religiosas:

– Maria Pomba, nos temas que tratava, descrevia o seu mundo, os seus medos, os seus anseios! E aqui não era tão contestatária e libertária como o era a atitude de ser livre e artista. Sendo uma mulher situada no seu tempo, ou seja, profundamente religiosa, transferia para as suas obras o que via nas igrejas, nos santuários, alguns deles próximos e cheios de arte.

– Faz uma espécie de sacralização do espaço. Apesar de realizar muitas obras móveis, ao esculpir penedos e deixar signos, e figuras pelos caminhos e montes onde passa, vai deixando uma geografia do sagrado e construindo um mundo seu à volta do lugar onde vive. O seu despojamento ou miséria não interfere neste propósito, porque não é necessário ter dinheiro ou bens para construir mundos muito próprios e impor aos outros a sua presença e importância, quando sempre essa presença e importância não eram reconhecidas. Não podemos deixar de ver a forma altiva, desinteressada e poderosa de Maria Pomba se afirmar no futuro, quando tudo tinha para ser marginalizada no imediato. Convive com as figuras sagradas e deixa-as pelos montes ou entregues a pessoas, na convicção de que elas iriam vigiar e marcar para sempre a sua passagem pelo mundo! Não seria em vão esta passagem!

– A apropriação do mundo através da arte é uma forma de comunicar-se, sendo pobre e marginalizada, encontra um *lugar* não entre os seus, mas *para além dos seus*, sem se preocupar com as narrativas e as marginalizações. Trata-se de uma *loucura* assumida!

Reforçaremos esta nossa análise com uma citação do Professor Paulo Alexandre Borges: *É a mais que divina transgressão do divino, a trans-religiosa transgressão do religioso, a transcendência do transcendente, que encontramos, já não no contexto da cultura erudita, mas no da cultura popular, na arcaica tradição ritual e festiva que desponta, em pleno seio do medievo cristão e nas camadas mais baixas do clero, nas Festas dos Loucos, do Burro e dos Inocentes*¹.

Conclusão

Para concluir diremos que Maria Pomba ao insistir numa comunicação que não era acessível à maioria dos que a rodeavam, naquilo que os outros viam como loucura, sinal de demência, falta de empenho na vida e assumir responsabilidades, a sua visão materializava-se na transposição do seu ser, ao tempo em que, apesar de nunca ter sido sinalizada cientificamente, a psiquiatria era conjugada no masculino. Essa transposição do seu ser materializava-se na vontade das marcas de que estava viva e deixava rasto; a convicção de que sabia ler o que se passava à sua volta e era inacessível aos chamados *normais*!

Fontes e bibliografia

BORGES, Paulo Alexandre Esteves – Da Loucura da Cruz à Festa dos Loucos. Loucura, Sabedoria e Santidade no Cristianismo. In Cadernos Vianenses. Viana do Castelo: Câmara Municipal, Tomo 29, 2001, p. 37-70.

CALÇADA, Domingos da – Maria Pomba: uma artista. In Vale do Neiva: Subsídios Monográficos. Viana do Castelo: Ed. Autores, 1982, p. 279-283.

CARDOSO, Julio Arthur Lopes – A Loucura e o Genio. Lisboa: Companhia Nacional Editora, 1890.

CURADO, Manuel – Luz Misteriosa: a consciência no mundo físico. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições, 2007.

FOUCAULT, Michel – Nascimento da Biopolítica. Lisboa: Edições 70, 2010.

MACIEL, Cândido Neiva de Oliveira – O brinquinho do Céu. In Vale do Neiva: Subsídios Monográficos. Viana do Castelo: Ed. Autores, 1982, p. 41-44.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e Manuel Curado, pelo incentivo. Ao antropólogo, investigador e professor universitário, Álvaro Campelo, pela forma incondicional como se prontificou em nos acompanhar no estudo e análise, nomeadamente aos locais físicos, frequentados por esta figura do Vale do Neiva.

¹ Cit. BORGES, Paulo Alexandre Esteves – *Da Loucura da Cruz à Festa dos Loucos. Loucura, Sabedoria e Santidade no Cristianismo*, p. 64.

O DE PROFUNDIS DE JOSÉ CARDOSO PIRES. EXERCÍCIO METALITERÁRIO E DE MEDICINA NARRATIVA

António de Vasconcelos Nogueira

Centro de Línguas, Literaturas e Culturas

Investigador-colaborador, Centro de Línguas, Literaturas e Culturas, Universidade de Aveiro

E-mail: a.vasconcelos@ua.pt

Keywords: *De Profundis*, José Cardoso Pires, memory, narrative medicine, stroke.

Abstract: This article outlines different cues in reading *De Profundis* by José Cardoso Pires in the context of Narrative Medicine (autobiographical accounts of the experience of illness and treatment) with contributions of neurosciences (stroke, amnesia, aphasia, agnosia, neuropsychological rehabilitation), philosophy (the Self, the doubt), and Portuguese literature (self-narrative and memory, literary aesthetics).

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral¹ é o de maior incidência e mortalidade em Portugal desde 2008 (DGS 2014) e na UE (Gameiro 2015). José Cardoso Pires sofreu um AVC isquémico, cuja experiência de reabilitação é narrada em *De Profundis*, *Valsa lenta* (1997a), com prefácio de João Lobo Antunes². A Agência Lusa deu notícia da sua morte cerebral, “diagnóstico escandalosamente errado do ponto de vista médico, mas humanamente certo” (Lobo Antunes, 1997: 12). O artigo explora a biografia da doença, o aporte das neurociências; da filosofia, para a construção do *eu* associado à perda da memória, a dúvida, a noção do tempo; da estética, despojada de artificialismos, na terceira pessoa do singular. Cardoso Pires é autor de 18 livros

¹ O AVC é uma insuficiência neurológica súbita, causado por distúrbio vascular cerebral, relacionado com fatores de risco ou alteração neurológica (v.g. aneurisma), de que pode resultar perturbação da função motora, sensorial, perceptiva e cognitiva, envolvendo a linguagem e a memória, com perda de memória a curto prazo, lesão e morte dos neurónios devido a hipóxia (diminuição de aporte em O₂) ou hemorragia. O AVC diz-se isquémico se houver obstrução à circulação, ou hemorrágico, se houver rutura do vaso sanguíneo cerebral. Os sinais e sintomas dependem da sua localização: nistagmo (oscilação rítmica dos olhos), visão pouco nítida, dilatação pupilar, respiração curta e superficial, perda de consciência, perda motora e de sensibilidade (dor e temperatura), com paralisia do lado do corpo oposto ao hemisfério cerebral, ataxia (incapacidade em andar), tonturas ou vertigens, desorientação, dificuldades de atenção, vômitos, disfagia (dificuldade em deglutir), rouquidão, alteração da linguagem e perda de memória. Entre os fatores de risco estão o tabagismo, o alcoolismo, desequilíbrios dietéticos, a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a diabetes, o colesterol, o *stress* crónico. A Direção-Geral da Saúde (nov. 2014) e os *media* (*Jornal de Negócios*, 26-05-2015; RTP1 Gameiro, M., “Uma parte de mim”, *Linha da Frente*, 17-10-2015) referem que o AVC está no topo das ocorrências em Portugal, com maior índice de mortalidade. Em 2013, registaram-se 31.528 óbitos por doenças do aparelho circulatório, das quais, 12.273 por AVC. Estimativas (2015) reportam ocorrência de 6 AVC/hora, 52 AVC/dia, 35 vítimas mortais; ou seja, 1/6 dos portugueses morre de AVC. Maior incidência na população sénior, mas com crescimento na faixa etária dos 18-35 anos. APA (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5ª ed., DSM-5. Lisboa: Climepsi; Direção-Geral de Saúde (2014). *Portugal, Doenças cérebro-cardiovasculares em números*. Lisboa: DGS.

² O neurocirurgião João Lobo Antunes (2015: 134) refere no seu diagnóstico: “AVC isquémico da cerebral média esquerda e hipercolesterolemia [...]”. Acrescenta que Cardoso Pires voltou ao hospital “por mais duas vezes”, ou seja, sofreu dois AVC, o primeiro dos quais, deixou-lhe “intacto o hemisfério esquerdo, o da fala e da escrita.” O segundo foi irreversível e letal. Lobo Antunes, J. (2015). Regresso ao *De Profundis*, *Valsa lenta* de José Cardoso Pires, 125-134. In: *Ouvir com Outros Olhos. Ensaio*. Lisboa: Gradiva.

publicados entre 1949-1997, alguns com adaptação ao cinema: *O Delfim* (1968)¹, realização de Fernando Lopes (2001), e *Balada da Praia dos Cães* (1982), realização de José Fonseca e Costa (1987).

1.O caso José Cardoso Pires

Janeiro de 1995. Quinta-feira. “[M]anhã cinzenta”² tomada por “um aguaceiro desalmado”³. À mesa, para o pequeno-almoço, sente-se mal. Pergunta à sua mulher: “Como é que tu te chamas?” Ela responde e retribui-lhe a pergunta: “Eu, Edite. E tu?” Ele diz: “Parece que é Cardoso Pires”⁴.

Assim, naquele lugar e naquele instante que eu, frente a frente com a minha imagem no espelho, mas já desligado dela, me transferi para um Outro sem nome nem memória e por consequência incapaz da menor relação passado-presente, de imagem-objecto, do *eu* com outro alguém ou do real com a visão que o abstracto contém⁵.

Episódio idêntico, no Hospital de Santa Maria, onde é internado: “Sabe quem eu sou?”, perguntou-lhe o médico. “Sei, não me lembro é do nome”⁶ foi a resposta.

José Cardoso Pires passa a ter comportamentos bizarros, como pentear-se com a sua escova de dentes, em casa e no hospital. O relatório neurológico confirma o AVC isquémico, que não afeta a relação consigo em termos propriocetivos ou cinestésicos, “bastava-se a si próprio”⁷, antes a sua memória (amnésia), ainda que se fixasse à palavra “BANHOS”, lendo-a com projeção simétrica, e questionando-se se não estaria a enlouquecer⁸.

Afeta, também, a sua linguagem (afasia e parafasias), a escrita e a leitura, passando por um estágio de “apagamento”⁹, que chama de “morte branca”¹⁰ ou “travessia das trevas brancas”¹¹, uma brancura “de vazio e solidão”, “de extensões de luz fria”¹², do qual recupera: “Bem sei, a morte branca não existe, eu estive lá”¹³.

No lugar do *eu*, a terceira pessoa, “o Outro de mim”¹⁴, e a dúvida, “em viagem de passos perdidos a caminhar para a loucura”¹⁵, dúvida que não é propriamente cartesiana, para questionar a dualidade da relação entre as substâncias, da mente com o corpo, nem a sua angústia existencial¹⁶.

Escreve *De Profundis*, sugerindo a passagem em latim do Salmo 130¹⁷, com o subtítulo, *Valsa lenta*, como se de um andamento vienense, com compasso ternário, se tratasse, algo de paradoxal, desafiando a lógica, porque “ninguém, em princípio, se

¹ No livro, o autor alude aos seus problemas de insónia.

² Cardoso Pires, J. (1997a). *De Profundis, Valsa lenta*. Lisboa: Dom Quixote, 21.

³ Pires (1997a): 24.

⁴ Pires (1997a): 21.

⁵ Pires (1997a): 24.

⁶ Pires (1997a): 27.

⁷ Pires (1997a): 29.

⁸ Pires (1997a): 17; 44-45; 52-53; 58.

⁹ Pires (1997a): 46.

¹⁰ Pires (1997a): 29; 43; 66.

¹¹ Pires (1997a): 38.

¹² Pires (1997a): 52.

¹³ Pires (1997a): 65.

¹⁴ Pires (1997a): 24.

¹⁵ Pires (1997a): 45.

¹⁶ Pires (1997a): 26.

¹⁷ “De profundis clamavi ad te domine [...]” / (Das profundezas eu clamo a ti, Senhor, [...]) (Sl. 130)

recorda da perda absoluta”¹, e também o *cogito* de Descartes², fundado num *eu* que questiona e duvida dos sentidos, o que implica duvidar de si, da sua memória. Devolvendo a palavra a José Cardoso Pires, sem memória, “[p]erde-se a vida anterior. E a interior [...]”³. A sua perda é a perda do *eu*.

2. Do olhar clínico à escrita como catarse

O neurocirurgião João Lobo Antunes pede a José Cardoso Pires que escreva a sua história de recuperação pós-AVC, considerando que o exercício da narrativa teria para o escritor “a utilidade terapêutica de uma catarse”, porque “[t]oda a cura começa quando contamos a nós próprios os sintomas que nos afligem”⁴.

Noutro contexto, é José Cardoso Pires, quem, por carta, o interpela: “Quantas leituras tem um livro olhado pelo mesmo olhar a diferentes horas de nós mesmos?”⁵

A mediação vem da parte do editor, Norton de Matos, para que o neurocirurgião João Lobo Antunes prefacie o *De Profundis*. Reconhece o valor deste texto, porque “é escassa a produção literária sobre a doença vascular. A razão é simples: [...] é difícil, se não impossível, explicar aos outros como se dissolve a memória, se suspende a fala, se embota a sensibilidade, se contém o gesto.”⁶

O neurocirurgião João Lobo Antunes não se coíbe a criticar os próprios procedimentos na prática clínica, para se apurar a alteração das funções nervosas superiores, a partir de questionários padronizados e replicados, “interrogatórios exaustivos, secos, monótonos, [...], ou seja, perguntas idiotas cientificamente testadas e estatisticamente aferidas – dizem os autores.”⁷

O AVC isquémico de José Cardoso Pires e a sua reabilitação podem, em termos do senso comum, dever-se à “sorte”⁸ ou, em termos das neurociências, a recuperação da sua afasia fluente grave, com parafrasias (alteração ou omissão dos fonemas), que o impedia de “gerar as palavras e de construir as frases que transmitissem as imagens e os pensamentos que algures no seu cérebro iam irrompendo”⁹, dever-se ao maior desenvolvimento de funções da área lesionada da fala e da escrita, pela fixação da memória à imaginação resultantes da prática literária e jornalística, “era mais musculada”¹⁰ do que o comum dos casos.

O êxito da reabilitação pode dever-se também “à vontade de um cérebro optimista.”¹¹ Antes pensava-se que a lesão de uma área determinava a perda da sua função específica. Ao presente, pensa-se que a função pode não se localizar numa área particular de Broca ou Wernicke, porque “não existem centros individualizados, mas redes neuronais sincronizadas, ligando múltiplas áreas funcionais.”¹² Sobre as bases biológicas da linguagem e as regiões cerebrais associadas, localizadas predominantemente no hemisfério cerebral esquerdo, Alexandre Castro Caldas considera

¹ Zink, R. (1998). Valsa lenta, tempo de escrita, tempo de vida. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 12: 403-408.

² Descartes, R. (1992). *Discurso do Método. As Paixões da Alma*. Lisboa: Sá da Costa; (1989). *Princípios de Filosofia*. Lisboa: Guimarães Editores; (1989). *Meditações sobre a Filosofia Primeira*. Coimbra: Almedina.

³ Pires (1997a): 25.

⁴ Lobo Antunes, J. (2015): 126.

⁵ Pires (1997a): 130.

⁶ Pires (1997a): 9.

⁷ Pires (1997a): 10.

⁸ Pires (1997a): 14.

⁹ Pires (1997a): 14.

¹⁰ Pires (1997a): 14.

¹¹ Lobo Antunes, J. (2015): 129-130.

¹² Pires (1997a): 16.

que a função da linguagem, com aquisição oral e a aprendizagem da escrita, não encontra aí propriamente sede, porque ela não é “unidirecional” e requer lesão, que afeta os neurónios dessa região, compromete a sua função e com isto, a capacidade para se produzir o “discurso, de compreender, de repetir, de escrever”¹ (Caldas, 1997: 100).

José Cardoso Pires cria um neologismo recorrente *simoso*, para designar os objetos comuns, fosse a *gilette*, os óculos, o relógio, a cama, e até o cachimbo confundia com as chinelas de quarto, termo que a custo os familiares e a equipa hospitalar aprenderam a “descodificar”². O neurocirurgião João Lobo Antunes acha-o “extraordinariamente eufónico”³, ou seja, melodioso, suave.

Não obstante, o escritor recupera da afasia com a terapia da fala. Para Castro Caldas, a recuperação nestes casos resulta de “variáveis, algumas conhecidas, outras não, que têm a ver com o rearranjo funcional das redes neuronais.”⁴

3. *De Profundis* – como género literário

António Lobo Antunes considera-o um livro “inclassificável”, porque não sendo característico de nenhum género literário, releva de todos eles, ao “apresentar-nos um homem sem memória, dela perdido e que a perdeu”, ao falar-nos da morte com humor, como quem “liofiliza” a prosa, em jogo de vozes que não chegam a formar alteridade, a nosso ver, porque não se trata do eu – tu, mas do eu – ele, cujo recurso “impõe um ritmo cardíaco, de tambor nas orelhas, até à explosão da música final em simultâneo com o apagar das luzes”⁵.

João Lobo Antunes enquadra-o na tradição da Medicina Narrativa, considerando-o “um relato autopatográfico, ou seja, a biografia de uma doença contada na primeira pessoa [...]”⁶.

Com efeito, pelo tratamento dado ao tema e pela qualidade depurada da escrita, a que o “branco”, por ex., em sentido cromático (fusão das cores do espectro solar no prisma de Isaac Newton) e metafórico, nos leva a olhar com desassombro e revelação o puro ou primitivo, remetendo-nos para o ensaio de Wassily Kandinsky⁷, para as telas de Piet(er) Mondrian, e para o *shodo* nipónico, como arte caligráfica imbuída de Zen, o *De Profundis* de José Cardoso Pires tem um posicionamento singular na literatura portuguesa.

4. Entrevistas de José Cardoso Pires

Muito antes do AVC, José Cardoso Pires⁸ observa-se ao espelho:

E agora, José? Fumar ao espelho [...]. Certo, cinquenta... muito ano. Muito silêncio, muita humilhação. Mas diz-me, espelho, vale a pena recordá-los? A que propósito agora esse arranhar de ferida, essa

¹ Castro Caldas, A. (1997). Da morte com humor. Voltar às palavras. *Revista Visão*, 15 maio: 100.

² Pires (1997a): 12; 33. Paul Broca (1824-1880) estudou o caso de Monsieur Leborgne (...-1861), dito Monsieur Tan-Tan, com afasia expressiva. João Lobo Antunes (2015: 132) refere Charles Baudelaire (1821-1867), cuja afasia o levava a repetir “cré nom”.

³ Lobo Antunes, J. (2015): 132.

⁴ Castro Caldas, A. (1997): 100.

⁵ Lobo Antunes, A. (1997). Da morte com humor. O espanto oferecido. *Revista Visão*, 15 maio: 102.

⁶ Lobo Antunes, J. (2015): 128-129.

⁷ Kandinsky, W. (1997). *Do Espiritual na Arte*. Lisboa: Dom Quixote.

⁸ Cardoso Pires, J. (1991). *Cardoso Pires por Cardoso Pires. Entrevista a Artur Portela*. Lisboa: Dom Quixote, 89-94; Cardoso Pires, J. (1977). *E agora, José?* Lisboa: Moraes Editores, 327.

recriminação? José, no espelho, encolhe os ombros. É como se não me ouvisse, como se não ouvisse, nada a fazer.

No espelho, os olhos só se vêem reflectidos noutras coisas, segreda-me por cima do ombro o honorável William Shakespeare a páginas tantas [...]. José é José, suspeita que querem despir do passado para que fique incapaz de o reconhecer quando lho puserem pela frente na primeira oportunidade. E defende-se, não desarma. Daqui a pouco está com certeza a citar Santayana (não me admirava nada) e a sublinhar desgraças. Revê exemplos, concita mortos porque (palavras de Santayana, eu não dizia?), ‘quem esquece o passado arrisca-se a vivê-lo outra vez’ e ao chegar a este ponto não adianta mais. Disse. Ou melhor, eu disse.

Em entrevista a Mário Ventura do *Diário de Notícias*, José Cardoso Pires precisa que “[e]screver é uma meditação e uma descoberta de mim próprio”¹. Pós-AVC, noutra entrevista ao mesmo jornal, o escritor diz não ter “consciência do outro quando andava por lá. Só quando voltei ao lado de cá é que verifiquei que tinha sido outro durante dias”².

Quanto ao estilo e género literário do *De Profundis*, nem memória, nem relato, José Cardoso Pires reconhece que o AVC e a sua recuperação foram de tal modo impactantes que o mudaram a si e à sua escrita, que passou a ser branca: “Estava a descrever uma paisagem branca e, portanto, impunha-se uma forma descolorida da escrita”³. Sobre a memória, mais do que o significado do conceito, ressalta o seu valor ontológico: “A inteligência não pode existir sem memória, que é a base do ser humano”⁴.

Noutro passo de entrevista ao jornal *Estado de São Paulo*, José Cardoso Pires reforça essa sua ideia de “escrita branca” após o seu AVC, realizada com o *De Profundis*, despojada de adjetivos, substantiva, e sem recurso às “metáforas médicas”: “Tinha de me valer apenas da minha experiência e me limitar a ela, se não quisesse cometer grandes erros”⁵.

5. Disse e vivi – conclusão

No caso do escritor José Cardoso Pires, o AVC isquémico afetou subitamente as suas capacidades de memória, fala e escrita: “Num golpe repentino tinha perdido a inteireza da fala, [...] os valores da grafia e ficara analfabeto de mim e da vida.”⁶ Recuperou durante o internamento e com terapia: “Subitamente, também, retomara tudo isto, mas foi preciso algum tempo para começar a ter consciência”⁷.

Do ponto de vista da neurociência, em caso de AVC isquémico, um minúsculo coágulo de sangue faz com que um grupo de neurónios seja privado de oxigénio, necessário ao metabolismo, de glicose e nutrientes, afetando a permeabilidade da membrana, originando-se radicais livres e a morte da célula. Se a obstrução da área é parcial, os neurónios entram em estado de quase hibernação, a que se chama de

¹ Cardoso Pires, J. (1981). Entrevista ao *Diário de Notícias*, 01 fevereiro.

² Cardoso Pires, J. (1997b). Entrevista ao *Diário de Notícias*, 11 junho.

³ Cardoso Pires, J. (1997b).

⁴ Cardoso Pires, J. (1997b).

⁵ Cardoso Pires, J. (1998). Entrevista ao jornal *Estado de São Paulo*. In: Simões, M. L. N. (2005). Cardoso Pires: um escritor em trânsitos discursivos. *Revista Semeiar*, 11: 191-208.

⁶ Pires (1997a): 57.

⁷ Pires (1997a): 57.

penumbra isquêmica, possibilitando a sua recuperação, porque essa região é irrigada por vasos colaterais, restabelecendo a permeabilidade da membrana dos neurónios¹.

José Cardoso Pires diz a este respeito: “Que eu saiba, ele [J.C.P.] ao princípio sabia-se doente.”² Começou a ter problemas com a sua memória: “Ouvir e perceber enquanto ouvia, mas apagar prontamente, era o traçado em que ele [J.C.P.] se movia. Ouvir e apagar logo-logo”³. Lembra-se do padrão axadrezado das calças do neurocirurgião João Lobos Antunes e da pulseira/correia “bordada a cores” do relógio da neurologista⁴, “que traz um sorriso a condizer com a sua sobriedade natural”⁵, da “brancura hospitalar”⁶, dos procedimentos de rotina durante o seu internamento, da enfermeira que o ligava ao soro, da jovem médica “que o veio observar com as primeiras perguntas no tom de quem vem de recado pensado”⁷, dos companheiros de quarto, “dois vultos tão nulos que os toma por ausentes”⁸, “duas sombras falantes”⁹, Ramires, construtor civil “apessoado”¹⁰, e Martinho, comerciante na Nazaré, de outra médica simpática, mas que o sobrecarrega de perguntas, e do psiquiatra que o felicita pela sua recuperação: “surpreendente, surpreendente”¹¹.

Na verdade, os primeiros sinais de recuperação pós-AVC de Cardoso Pires ocorrem ao terceiro dia, dos cinco que levou o seu internamento. O neurocirurgião João Lobo Antunes comenta este dado clínico com subtileza e recurso ao paralelismo neotestamentário: “ele [J.C.P.] ressuscitara ao terceiro [dia], como Cristo, também ele acompanhado de santas mulheres”¹².

José Cardoso Pires tinha, portanto, alguma percepção das coisas, “breves clarões de consciência”¹³, v.g. da sua afasia “com um silabar consonântico que toda a gente fingia ignorar” e que “muitas vezes cortava a frase ou parava de se exprimir, fazendo um gesto de desistência com um sorriso de resignação”¹⁴, mas é incapaz de as identificar ou nomear: v.g. um lençol, um anel, a moeda, o relógio, tudo isto é *simoso* chegando a confundir o cachimbo com as chinelas de quarto. Acha os testes “um estendal de desperdícios mais vistos e sabidos”, em certo sentido “um jogo de faz-de-conta”¹⁵. De ter um registo de escrita “de caracteres cuneiformes”, uma caligrafia “enlouquecida”¹⁶, de assinar o seu nome e de apenas lhe parecer reconhecível o *j* de José, “a letra menos espontânea da minha identificação”¹⁷ e até o seu nome próprio lhe parece “feio”¹⁸.

¹ Richter, K. M., et al. (2015). Recovery after brain damage: Is there any indication for generalization between different cognitive functions? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37 (6): 571-860.

² Pires (1997a): 26.

³ Pires (1997a): 26.

⁴ Pires (1997a): 12; 35.

⁵ Pires (1997a): 50.

⁶ Pires (1997a): 27.

⁷ Pires (1997a): 30.

⁸ Pires (1997a): 31.

⁹ Pires (1997a): 38.

¹⁰ Pires (1997a): 48.

¹¹ Pires (1997a): 58.

¹² Lobo Antunes, J. (2015): 134.

¹³ Pires (1997a): 50.

¹⁴ Pires (1997a): 28.

¹⁵ Pires (1997a): 33.

¹⁶ Pires (1997a): 35.

¹⁷ Pires (1997a): 36.

¹⁸ Pires (1997a): 41.

Lembra-se de episódios como este, com a neurologista: “Onze menos nove, quantos é que são?” – Respondeu-lhe: “Nada, senhora doutora. Qualquer coisa novas fora é nada.”¹ Com a sua mulher, Edite, de lhe perguntar se ele tinha filhos, pelo nome dos filhos, melhor, de trocar o nome da sua filha Rita por “Rua” e trazer à memória o nome do seu irmão António Nuno, há muito tempo falecido em acidente de aviação militar, e dos netos, Joana e Rui, e de julgar feio o nome do neto. De acordar certa noite, com “chuva miudinha”², com as enfermeiras a cantar *Forever* de Kari Jobe, e do acidente de carro, em Lisboa, três meses antes do AVC, com entrada no mesmo hospital, com “três costelas cravadas na pleura”³, longas horas semi-consciente, memória do *flash* no bloco operatório, e das árvores, à chuva.

A amnésia, que José Cardoso Pires prefere chamar de “desmemória”⁴ priva-o da realidade e dos afetos: “transitava pelas pessoas com um longo olhar sem rumo.”⁵ Tem comportamentos estranhos, como “pegar num jornal e ficar com ele dependurado sem o abrir.”⁶ Achar-se frente ao televisor sem mais, captar “as vozes como ecos desligados das pessoas”⁷; “andar, sempre a andar [...] corredor para a frente, corredor para trás”⁸, e de passagem fixa o letreiro *Banhos*, obsessivamente, “marcha de sonâmbulo iluminado”⁹. Lembra-se de avistar da janela do seu quarto hospitalar o que lhe parece ser “o palácio de cristais dourados”¹⁰, tratando-se do Hotel Penta; do banco em frente do elevador, onde acredita ter visto “pessoas-em-estátua”, “ocupantes *esquisitos*”¹¹, “não estaria a caminhar para a loucura?”¹²

Se tudo começou numa manhã sombria e chuvosa, passados cinco dias de internamento hospitalar, quando teve alta médica, “estava uma manhã luminosa”, mas no seu quarto, “um silêncio em suspenso.”¹³ Para trás “ficava a pesada babilónia do Hospital de Santa Maria.”¹⁴ Passados dois anos do AVC, completou o *De Profundis*, a sua “viagem à desmemória”, despedindo-se, com a frontalidade do “[d]isse e vivi, *Acta est fabula*.”¹⁵

Fontes

Cardoso Pires, J. — *De Profundis, Valsa lenta*, Lisboa: Dom Quixote, 1997

Cardoso Pires, J. — *E agora, José?* Lisboa: Moraes Editores, 1977

Lobo Antunes, J. — *Ouvir com Outros Olhos. Ensaios*. Lisboa: Gradiva, 2015

Portela, A. — *Cardoso Pires por Cardoso Pires*. Lisboa: Dom Quixote, 1991.

¹ Pires (1997a): 34.

² Pires (1997a): 51.

³ Pires (1997a): 66.

⁴ Pires (1997a): 38; 65.

⁵ Pires (1997a): 40.

⁶ Pires (1997a): 43.

⁷ Pires (1997a): 43.

⁸ Pires (1997a): 44.

⁹ Pires (1997a): 59.

¹⁰ Pires (1997a): 46.

¹¹ Pires (1997a): 59.

¹² Pires (1997a): 45.

¹³ Pires (1997a): 61.

¹⁴ Pires (1997a): 62.

¹⁵ Pires (1997a): 63.

MUJER, ESCRITORA Y LOCA: LA CONVULSA VIDA DE JANE BOWLES Y SU RELACIÓN CON LOS MANICOMIOS DE MÁLAGA (1917-1973)

Celia García-Díaz*, Laura López Alonso**

*Historia de la Ciencia. Universidad de Málaga. Psiquiatra

**Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria. Psiquiatra

E-mail: celiagarciad@uma.es; lau_liri@hotmail.com

Palabras clave: Jane Bowles, género, psiquiatría, literatura, manicomio provincial de Málaga

Keywords: Jane Bowles, gender, psychiatry, literature, asylum Malaga

Resumen: El 4 de mayo de 1973 falleció en Málaga Jane Bowles, escritora neoyorkina casada con Paul Bowles, que formó parte del movimiento bohemio del Greenwich Village. Su obra fue escasa, pero intensa, como su vida, conocida no solo por su producción escrita, sino por el uso de drogas y su bisexualidad. Después de casarse, la pareja se instaló en Tánger. Parece que, aquejada de síntomas persecutorios y su adicción al alcohol, frecuentó numerosas clínicas psiquiátricas, hasta que, finalmente, ingresó en Málaga, en el Asilo de los Ángeles, donde fue tratada por Pedro Ortiz Ramos. En nuestro trabajo queremos mostrar hasta qué punto la vida de la escritora impregnó su obra, cómo sus escritos adquieren un significado diferente si se analizan desde una perspectiva de género y la teoría de Laing sobre la esquizofrenia y, por último, su paso por varias instituciones psiquiátricas malagueñas.

Abstract: Jane Bowles, a New York writer married to Paul Bowles who was part of the Bohemian movement of Greenwich Village, passed away on May 4, 1973. Her work was scarce, but intense, as her life, not only known for its written production, but for the use of drugs and her bisexuality condition. After marrying, the couple settled in Tanger. It seems that, suffering from persecutory symptoms and her addiction to alcohol, she frequented numerous madhouses, until, finally, she entered in “El Asilo de los Ángeles” in Málaga, where she was treated by Pedro Ortiz Ramos. In our work, we want to show up to what point the life of the writer impregnated her work, how this writing acquires a different meaning if we analyze them from a gender perspective and the Laing’s theory of schizophrenia and finally, the description of her passage through several psychiatric institutions in Málaga.



Fig. 1 -Jane Bowles

Introducción

La relación entre mujeres escritoras (artistas en general) y la locura está ampliamente documentada en numerosos trabajos que se han venido desarrollando desde la perspectiva de género, a partir de los años 70-80. Sin embargo, esta relación es una relación extraña, donde se mezclan biografías traumáticas con un entorno sociocultural de incomprensión hacia la producción artística femenina. La invisibilización del trabajo de las mujeres llega hasta nuestros días, y la crítica por parte del conocimiento/poder hegemónico del patriarcado ejerció (y ejerce) grandes presiones sobre estas mujeres escritoras. El debate de lo inapropiado e inapropiable¹ en el caso de las mujeres y el papel que la psiquiatría jugó (y juega) en patologizar lo no hegemónico, será el punto de partida de mi trabajo. En el caso de Jane Bowles, como veremos a continuación, las tensiones entre el modelo de feminidad hegemónico y su deseo de constituirse como otro tipo de mujer, influyeron decisivamente en el desarrollo de una especie de “profecía” sobre su propia locura.

Infancia y adolescencia:

cómo romper con el ideal de mujer perfecta en los Estados Unidos de los años 50

Jane Auer nació el 22 de febrero de 1913 en Nueva York en Manhattan, hija de Sidney y Claire, ambos de familias judías acomodadas. Sus padres le procuraron una buena educación por lo que acudió a un colegio francés de clase media, si bien la idea era educar a una señorita, y no a una escritora excéntrica como resultó ser Jane. Su relación con los padres fue algo extraña, precisamente porque, a medida que iba creciendo, iba mostrando desinterés por las cuestiones “típicamente femeninas” de la época. Su madre fue definida por la biógrafa de Jane como una mujer dominante, sobreprotectora, y muy preocupada por la estética y el vestuario de su hija. La llamaba “su niñita prodigiosa”. Su padre, Sidney, era un hombre peculiar: solía llamar a Jane con nombres de chico. Le señalaba siempre que “dramatizaba mucho”, y tenía la tendencia a ahogar su exceso de imaginación. Regentaba un comercio de ropa que no soportó la crisis económica de los años 20 en Estados Unidos, por lo que, finalmente, tuvo que cerrar y declararlo en bancarrota. Cuando Jane tenía 17 años, coincidiendo con su estancia en un campamento de verano, su padre falleció de forma súbita en su casa. Este episodio traumático atravesó su vida, sobre todo por quedarse a solas con su madre, como refiere su biógrafa: “*Jane le dijo a Paul en una ocasión que lo peor que le pudo pasar fue quedarse a solas con su madre*”².

Desde pequeña fue definida como una niña atípica, alocada, estafalaria, con una imaginación desbordante. La idea que su padre tenía de ella, y cómo le transmitía esta información también dejó huella en ella: “*Mi padre lo predijo todo cuando dijo que yo vacilaría hasta el día de mi muerte... Fue dolorosísimo saberlo en los Estados Unidos, de pequeña*”³. Otro acontecimiento la marcó desde su infancia: según refiere su biógrafa, un padecimiento de rodilla, provocado por una caída, dejó una cojera que la acompañaría el resto de su vida. Debido a esto y a una tuberculosis, ingresó en una clínica en Ginebra desde 1932 a 1934, donde estuvo con la pierna escayolada y en tracción. Pasaba el tiempo leyendo y estudiando francés. En este sanatorio, aparecieron las primeras reacciones fóbicas, o los primeros miedos: a los perros, tiburones, montañas, ascensores y a que la quemaran viva. Su madre pasaba largos periodos en París mientras ella permanecía ingresada, por lo que pasaba la mayor

¹ Jiménez, 2014, p.248.

² Dillon, 1991, p.30

³ Dillon, 1991, p. 28

parte del tiempo sola. Finalmente, al volver a Estados Unidos, los médicos decidieron fijar la articulación para evitar el dolor, por lo que la cojera se convirtió en irreversible.

Jane ya era una joven adolescente, que había comenzado a sentirse atraída por otras mujeres, algo nunca aceptado por su familia. A los 18 años, comenzó a frecuentar el Greenwich Village a escondidas de sus familiares, un barrio neoyorquino donde el movimiento gay y lesbiana comenzaba a surgir. Una noche, una tía materna apareció en el local, y la sacó de allí. La llevó a su casa, donde iba a ser sometida a un interrogatorio por parte de su madre y de otras tías, que trataban de convencerla de que ella no era homosexual. Ella misma lo contaba en una carta a un amigo *“... me decían que la historia del lesbianismo era sólo una etapa adolescente.... Que si realmente fuera lesbiana reservarían un fondo para mí y me enviarían al Village en mi propio autocar.... ¡Pero que como realmente no lo era, no iban a dejar que me labrara mi propia ruina!”*¹.

La inquietud por la escritura ya estaba en la vida de Jane, y comenzó a escribir sus primeros relatos en francés. En el invierno de 1937 conoció a Paul Bowles, y se casaron un año después. Ellos habían acordado en las condiciones en las que querían vivir su relación: ambos pensaban que ningún matrimonio podía ser bueno si el hombre y la mujer no eran libres. Paul había mantenido relaciones con hombres y mujeres, y Jane sólo con mujeres. Ambos compartían una oposición radical a los sistemas de pensamiento impuestos socialmente, a lo académico, a los esnobs literatos y a la élite intelectual pretenciosa. Cuando ella cumplió los 20 años, su madre comenzaba a inquietarse por el futuro de su hija, a la que quería casar a toda costa. Como una especie de juego, plantearon el matrimonio, también como acción con la que escandalizar a las dos familias, y como escudo protector cara a la sociedad. Dentro de la intimidad de su matrimonio, cada uno pudo permitirse hacer y deshacer lo que quiso. Junto a Paul viajó a lugares exóticos de Latinoamérica, y a Europa.

“El cielo protector” y el vaticinio de su locura.

La reacción de la crítica hacia la obra de Jane

Bajo este clima tolerante de su nueva relación, y posiblemente, por la distancia que supuso de su familia, Jane (a partir de su matrimonio, Jane Bowles) comenzó a escribir y publicó en 1943 “Two serious ladies”; cinco años después terminó el relato “Camp Cataract”. Paralelamente, Paul publicó “The sheltering sky”, que fue una obra profética para Jane. En el libro, la pareja protagonista viaja a un lugar exótico, desértico, donde, tras varios avatares, él fallece y ella enloquece. Que la protagonista femenina al final estuviera loca es algo que Jane reprochó a Paul en numerosas ocasiones: ella sentía que había algo de ella en ese personaje. Y tenía razón: Paul plasmó en el personaje de Kit muchos rasgos del carácter de Jane: miedos a los trenes, a los túneles, temerosa de todo tipo de presagios. Ella misma escribió una carta a Paul donde le contaba lo que le había afectado verle morir en la novela (ella pensaba que Port, el protagonista masculino, era Paul) ...y ella pensaba que era Kit. Le contó que le entristeció mucho el final, cuando ella enloquece.... Y él no quiso entrar en la interpretación que ella hacía de este final. Además, en la tercera parte de la novela, Paul usó una frase de Kafka “A partir de determinado punto no hay retroceso posible. Éste es el punto al que hay que llegar”. Jane pensaba que Paul veía así su vida. Así que, aunque Paul se esforzaba una y otra vez en dejar claro que la novela era una ficción, Jane la tomó como una profecía. Para Jane, la ficción tenía parte de verdad

¹ Dillon, 1991, p.39

fundamental: “los personajes son finalmente castigados, en una suerte de atavismo que triunfa sobre la razón”¹. El miedo a la locura acompañó a Jane durante toda su vida: Roditi, uno de sus amigos y compañeros, en 1992 comentaba que, a través de la escritura, Jane se defendía de sus miedos a la locura dando rienda suelta a su faceta más extravagante; en su biografía, Dillon refería cómo la escritura le hacía adentrarse en un mundo de fantasía que la alejara de los detalles mundanos del día a día, alejándose también de este miedo a la locura. Posiblemente, su producción artística funcionaba como mecanismo de defensa frente a sus miedos irracionales².

En 1948 Jane y Paul viajaron a Marruecos, y establecieron su residencia en el Tánger internacional, donde recibieron visitas de escritores y dramaturgos de la llamada generación “beat”, como Tennessee Williams, Truman Capote, Burroughs, Kerouac, y Allen Ginsberg. Visitaron otras ciudades del país como Fez, donde Jane consumió Manjoun, una mezcla de hachís, dátiles y miel. La experiencia no debió ser muy satisfactoria para la escritora, ya que, desde entonces, ella misma se describió como enemiga acérrima del hachís. En el mercado de Tánger conoció a Cherifa, una mujer que provenía del interior del país, con un aspecto rudo y un fuerte carácter, que trabajaba en un puesto de venta de grano. Era bellísima, con una larga cabellera negra, y decían que era lesbiana. Cuando le presentaron a Jane, Cherifa la invitó a tomar un cuenco de sopa, y la escritora se enamoró profundamente de ella. Aunque no fue la única mujer marroquí de la que se enamoró, su relación fue más duradera en el tiempo, llegando a convivir en la misma casa.

Mientras, las obras de Jane iban siendo objeto de numerosas críticas por parte de los entornos literarios más conservadores de Estados Unidos. En 1943 se publicó “Two serious ladies”. La mayoría de los críticos la encontraban incomprensible. Sin embargo, las críticas no solo provenían del entorno artístico: quizás las más duras eran las de su propia familia: su madre apostilló “*No me siento orgullosa de mi hijita. Pero tal vez la próxima vez lo haga mejor*”³. Las tías de Jane también lo leyeron y lo criticaron, resaltando la incapacidad de Jane para producir algo con sentido: “*No hay más que un párrafo decente en todo el libro, y es la carta del marido, el señor Copperfield. Y eso seguramente, lo escribió Paul*”⁴. En 1951 se representó “In the summer house”, que recibió duros ataques por parte de la crítica, donde la idea de la patología psiquiátrica de los personajes fue el hilo central de los escritos. Así, en el Detroit Times escribieron “*Según nuestra opinión, todos los esfuerzos del espléndido reparto y de la vigorosa dirección no consiguieron impedir que In the summer house degenerara en una prolija petición de comprensión por parte de la autora y en un absurdo estudio mórbido de los trastornos psíquicos del grupo de personajes más estúpidos que hayamos visto nunca en el escenario (...) el principal fallo de la obra es que todos los personajes importantes sean perturbados mentales de diversos grados (...) la hija es una psicópata y la madre brutalmente ambiciosa, irritable y superficial. La autora trata con crueldad a la hija: una muchacha simple, mema y torpe que produce miedo y repugnancia.*”⁵. En el Detroit News, hablaban así de la obra de Jane: “*El argumento trata básicamente de una serie de mujeres de California, todas ellas, al parecer, víctima de graves trastornos nerviosos. La señorita Hopkins interpreta a una neurótica chillona y dominante, que siente el violento impulso de hablar compulsivamente. La señorita Dunnock interpreta a una*

¹ Dillon, 1991, p. 179

² Cobos, 2001, p. 269

³ Dillon, 1991, p. 113

⁴ Dillon, 1991, p.113

⁵ Dillon, 1991, p. 221

*madre demasiado complaciente que se vuelve dipsómana (...) Anne Jackson como una necia joven consentida y vanidosa. La señorita Fernhoff, que hace el papel de la otra hija, representa a una demente declarada de lo más necio, insensible y pacato”*¹. De alguna manera, estas críticas no solo eran juicios sobre la obra de Jane, sino también sobre la propia autora, sobre la que vuelve a planear la sombra de la locura.

Entre Marruecos y Málaga: la psiquiatrización del sufrimiento de la escritora

Varios factores influyeron en el declive de la escritora, a finales de la década de los 50: el abuso de alcohol, la inseguridad que presentaba sobre su propia imagen como artista o escritora, con rasgos de gran dependencia de Paul, los duros comentarios a cerca de su obra, y el bloqueo a la hora de escribir. Por ello, sufría momentos de intensa depresión, y ataques que fueron descritos como “histéricos”. Tomaba tratamiento para la hipertensión arterial que mezclaba con alcohol, y finalmente, en abril de 1957, sufrió un ictus, con hemiparesia y afasia.

En Junio de 1957, visitaron el Hospital Radcliffe de Oxford, donde fue descrita en el informe como “*persona muy excitable, que había sido de temperamento nervioso desde la infancia; que le daban miedo los lugares cerrados, que detestaba el mar, los paisajes y las fuerzas de la naturaleza, y que hacía mucho tiempo que sentía la extraña compulsión de ponerse en situaciones peligrosas. Le costaba trabajo incluso decidir un menú*”². Allí sugirieron la posibilidad de operarla para solucionar la hemianopsia que padecía, lo que asustó mucho a Jane, y Paul consiguió que fuera trasladada al Saint’s Mary Hospital, en Londres, donde un médico le dijo: “*no lo está intentando, querida señora Bowles. Vuelva a sus ollas y perolas y procure arreglárselas*”³.

En octubre de 1957, ingresó en St. Andrews, Northampton, donde, según Paul todos los médicos insistían en que su caso era semejante al de conmoción por bombardeos durante la guerra, y que el electroshock podría producir resultados positivos. Finalmente, fue tratada allí con 7 sesiones de electroshock +psicoterapia de apoyo, terapia ocupacional, y medicación (Epanutin, Amytal, Medinal, y Lipiodol).

Cuando Tánger dejó de ser ciudad internacional, con el nuevo gobierno marroquí, muchos residentes extranjeros fueron perseguidos y encarcelados. Por esto motivo, temiendo porque Jane era reclamada por la policía, decidieron trasladarse unos meses a vivir a Madeira. Desde allí, Jane viajó a Nueva York, ya que su pasaporte caducó, y el FBI negaba la renovación por haber pertenecido al partido comunista.

La idea de enloquecer, como hemos visto, acompañó Jane toda su vida. A partir de sufrir el accidente cerebrovascular, con secuelas epilépticas, afasia y trastornos motores, la idea de que no iba a mejorar nunca le rondaba con frecuencia. En la primera carta que escribió a una amiga tras el ataque que sufrió decía “*No estoy loca ni lo he estado nunca y solamente el miedo me volverá loca (...) no estoy loca.... Sólo deprimida y con razón*”⁴. Algunos pusieron en duda la afasia que padecía, fue descrita como “*la delicada escritora de lengua viva que estaba volviéndose loca poco a poco*”⁵. En 1958 volvió a Tánger con Paul, aunque ella seguía consumiendo alcohol a pesar de las advertencias de los médicos que lo habían contraindicado por el tratamiento que tomaba. Fue en abril de 1967 cuando viajó a Málaga con Paul por

¹ Dillon, 1991, p.222

² Dillon, 1991, p. 284

³ Dillon, 1991, p. 285

⁴ Dillon, 1991, p. 299

⁵ Dillon, 1991, p. 301

primera vez y fue ingresada en una clínica, posiblemente el Hospital psiquiátrico provincial. Allí recibió de nuevo varias sesiones de electroshock, por encontrarse sumida en un estado depresivo permanente, con varios intentos de suicidio en Tánger. La idea de ingresar en Málaga le aterraba: hablaba de habitaciones que las monjas cerraban con llave, de oscuridad, le llamaba “*la espantosa prisión del hospital*”¹. Cuando salió de la institución, el 28 de junio de 1968, fue diagnosticada de Psicosis maniaco-depresiva, y se le pautó un tratamiento con Tofranil, Largactil, y Epanutin. Sin embargo, el empeoramiento de Jane les obligó a volver a ingresarla de nuevo en Málaga, aunque en una institución diferente: la clínica de reposo los Ángeles. Esta clínica fue inaugurada el 29 de junio de 1939, y su director, Pedro Ortiz Ramos, también trabajaba en el psiquiátrico provincial. Era una clínica de carácter privado, sólo para mujeres, de un estatus social alto y cuyos cuidados corrían a cargo de las Hermanas Hospitalarias, orden religiosa que también regentaba otro hospital psiquiátrico femenino en la misma ciudad.

En febrero de 1969 Paul recogió a Jane y volvieron a Tánger, siguiendo las indicaciones del Dr. Ortiz Ramos. Sin embargo, a los 4 meses tuvo que ingresar de nuevo, sumida en un grave estado de melancolía, quería morirse porque sabía lo que le esperaba según ella misma. Llegó a negarse a comer, y a tomar la medicación. En la primavera de 1970, Jane tuvo otra hemorragia cerebral. Según las monjas le contaron a Paul, tras una fiesta en la casa reposo, Jane bailó “alocadamente”, y luego tuvo este episodio.

En otoño de 1970 se convirtió al catolicismo y Paul sospechaba que las monjas la habían presionado para esto. Estaba ciega. En silla de ruedas. Dependiente para levantarse, asearse y comer. Cuando iba a visitarla, siempre tenía un crucifijo en las manos, y cuando se le caía, se lo volvían a poner. El 4 de mayo de 1973 Jane falleció en la Clínica de Reposo “Los Ángeles”, tras haber sufrido otra hemorragia cerebral el día 30 de abril.

Antipsiquiatría y crítica feminista

En su libro “El yo dividido”, R.D. Laing explica la relación entre los sentimientos de culpa y el desarrollo de síntomas psicóticos en la esquizofrenia, que puede llevar a una persona a su propia autodestrucción. Este argumento está inscrito en la tesis que defendía Laing sobre la definición de la esquizofrenia como un síntoma de extrema inseguridad, donde los mecanismos de defensa que derivan de esta situación tienen la finalidad de mantener un precario sentido de identidad, con la consiguiente ruptura entre el llamado “self real” y el “falso self”². Además, Laing reconoció otro factor que podía favorecer el desarrollo de esquizofrenia en las mujeres: la represión y opresión familiar. Desde el sometimiento de las mujeres a demandas sociales y familiares enraizadas en la tradición patriarcal, la esquizofrenia puede configurarse como estrategia comunicativa en respuesta a esos mensajes contradictorios.

En la obra de Jane, pueden verse estos elementos de fragmentación del self, incluso reflejados en sus obras, el abismo que se abría entre lo que ella hacía con su vida, y las demandas de la familia, para ajustarla al modelo de feminidad hegemónico en los Estados Unidos de la década de los 50, con interés centrado en la estética, y en crear y mantener una unidad familiar conservadora, por encima de todo. Lo que hacía Jane iba en contra de estas ideas: escribía, mantenía relaciones con mujeres, consumía

¹ Dillón, 1991, p. 390

² Fernández, 2001, p. 272

drogas. Laing describió algunos elementos que funcionaban en el desarrollo de la esquizofrenia, y que constituían, de alguna forma, una metáfora de la condición de mujer: la inseguridad ontológica, la dependencia de las definiciones externas del self, generalmente aportadas desde el patriarcado; la división-fragmentación entre el cuerpo como objeto sexual, y la mente como sujeto y la vulnerabilidad ante los mensajes sociales conflictivos sobre feminidad y envejecimiento¹. En ese hiato que se abría entre la vida de la madre, y la vida de la hija, autoras como Chesler, argumentan que, al igual que las madres estaban “recluidas” en sus matrimonios, sus hijas pasaron a ser recluidas en establecimientos psiquiátricos².

Conclusiones

El estudio de la vida de Jane Bowles requeriría de una investigación más a fondo, sin embargo, podemos ver como aparecen elementos que nos pueden hacer pensar en cómo se fue configurando la autoimagen de “loca” en la autora, a partir de elementos relacionales que la marcaron desde pequeña. Igual que la mujer histérica se convirtió en icono cultural durante el siglo XIX, la mujer psicótica irrumpió en el panorama cultural del siglo XX como símbolo de la ruptura en el campo del lenguaje y de rebelión sexual y religiosa, como fue el caso de la escritora. Como apuntaba Laing, el reconocimiento del lugar social de las mujeres, en esa encrucijada sobre las demandas sociales del patriarcado, y la propia idea de feminidad (no exenta de contaminación tampoco), debería ser tenida en cuenta desde la psiquiatría actual, como otro factor que influye el desarrollo de la psiquiatrización del sufrimiento de las mujeres. Tener formación desde la perspectiva feminista a la hora de tratar a las pacientes, constituye una herramienta epistemológica de aproximación al problema de la salud mental que hace visibles situaciones invisibles al ojo de los profesionales profanos en la materia.

Bibliografía

COBOS FERNANDEZ, Inmaculada — A journey to madness: Jane’s Bowles Narrative and Schizophrenia. *Journal of Medical Humanities*. 22:4 (2001) 265-283.

CHESLER, Phyllis — Women and madness. Nueva York: Doubleday, 1972.

DILLON, Millicent — Jane Bowles. Barcelona: Circe, 1991.

JIMENEZ, Isabel – La exclusión de lo inapropiado e inapropiable. Mujeres y psiquiatría en la España de principios del siglo XX. In BALLESTEROS Rosa; ESCUDERO Carlota; POSTIGO Marta (eds.) — Voces consonantes feministas desde las humanidades, las ciencias sociales y experimentales: Homenaje a la profesora Ana María Montiel Torres. Málaga: Universidad de Málaga 2014, p. 247-264.

¹ Fernández, 2001, p. 267

² Chesler, 1979, p. 126-128

IMAGENS DA LOUCURA EM JÚLIO DINIS: VALENTINA E JACOB GRANADA EM «UMA FLOR D'ENTRE O GELO» (1864)

Luís Timóteo Ferreira

CEIS20 – Universidade de Coimbra

Professor do Ensino Básico

E-mail:timoteo.ferreira@live.madeira-edu.pt

Palavras-chave: Júlio Dinis, alienismo, medicina, literatura, loucura

Keywords: Júlio Dinis, alienism, medicine, literature, madness

Resumo: A influência de concepções alienistas na obra de Júlio Dinis (Joaquim Guilherme Gomes Coelho, 1839-1871) ainda não está devidamente estudada. Apesar de Gomes Coelho nunca ter exercido a clínica, sabe-se que foi um competente aluno que a custo chegou a professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, tendo regido a 11^a cadeira – Higiene Pública e Medicina Legal, disciplina criada pela carta de lei de 26 de maio de 1863 – em substituição de José Frutuoso Aires de Gouveia Osório. O que se pretende neste artigo é explorar a controvérsia médica e filosófica da etiologia moral e psicológica das doenças mentais que transparece no conto *Uma Flor d'Entre o Gelo*, publicado em folhetim, no *Jornal do Porto*, entre 29 de Novembro e 7 de Dezembro de 1864, onde Gomes Coelho revela indícios cruciais para a compreensão alargada do pensamento do escritor e médico.

Abstract: The influence of alienist theories in Júlio Dinis literary work (Joaquim Guilherme Gomes Coelho, 1839-1870) is not well known yet. Although Gomes Coelho never practiced the clinic, it is known that he was a competent student who, at cost, became a professor at the Escola Médico-Cirúrgica do Porto and who ruled the 11th chair – Public Hygiene and Legal Medicine, a discipline created by the law of 26 of May of 1863 – in substitution of José Frutuoso Aires de Gouveia Osório. What is intended in this article is to explore a medical and philosophical controversy on moral and psychological etiology of mental diseases that appears in the short-story *Uma Flor d'Entre o Gelo* (*A Flower among the Ice*), published in *folhetins* (pamphlets) in the *Jornal do Porto*, between November 29 and December 7, 1864, where Gomes Coelho reveals crucial signs for a broad understanding of the physician writer's thought.

Introdução

Este trabalho revela as limitações que ainda persistem relativamente à ausência de um estudo e levantamento definitivos das influências de concepções médicas na obra de Júlio Dinis, pseudónimo literário do médico portuense Joaquim Guilherme Gomes Coelho (1839-1871). O conto *Uma Flor d'Entre o Gelo*¹ é o texto em que mais explicitamente Júlio Dinis evoca questões médicas e cujo enredo se desenvolve sobre tal eixo. É sintomático que assine *Gomes Coelho*, num jornal do Porto, onde no mesmo ano prestara, sem sucesso, a sua segunda prova de admissão aos quadros da Escola Médico-Cirúrgica. O conto revela a controvérsia médica e filosófica da etiologia moral e psicológica das doenças mentais e evoca indícios para a compreensão alargada do pensamento do escritor e médico. Começarei por

¹ Todas as citações deste conto são retiradas de DINIS, J. *Obras Completas de Júlio Dinis*. Porto: Lello Editores, 1990. ISBN: 9789724801896.

contextualizar o aparecimento do conto no contexto da sua obra. Em seguida, delinhearei o enredo narrativo e as questões médico-filosóficas que afloram. Por fim, procurarei enquadrar aquelas controvérsias no contexto da medicina de então.

Júlio Dinis e a medicina

São esparsas e antigas as referências à medicina¹, ou às ciências a ela ligadas, ou ao seu contexto romântico e pré-pasteuriano, ou ainda à influência do positivismo na obra de Júlio Dinis. Estas referências, embora relevantes do ponto de vista de um imaginário literário da medicina², circunscreveram-se a aspectos pontuais e pouco integradores para uma compreensão mais alargada do pensamento do médico e escritor. Só a partir de um tal levantamento será possível evidenciar um imaginário literário da medicina que não se limita a ser captado apenas na crítica à medicina ou na ilustração das relações de poder entre práticas científicas e outras pseudocientíficas – o que foi o catalisador das análises da personagem *João Semana* do romance *As Pupilas do Senhor Reitor* (1866/67) –, mas que pode revelar uma decisão racional de transposição estética de concepções ideológicas e científicas.

O conto que é agora analisado pode ser lido e inserido naquele contexto. É o primeiro e único texto que Júlio Dinis assinou como Gomes Coelho. Saiu em folhetim no periódico *O Jornal do Porto*, entre 29 de Novembro e 7 de Dezembro de 1864. Antes, havia saído no mesmo jornal três contos, todos sob o pseudónimo de Júlio Dinis: *As apreensões de uma mãe* (11 de Março de 1862), *O espólio do Sr. Cipriano* (4 de Novembro de 1862) e *Novelos da Tia Filomena* (22 de Janeiro de 1863). Neste mesmo ano de 1864, Júlio Dinis publicou as *Cartas ao redactor do Jornal do Porto acerca de várias coisas* (Maio de 1864) e *Impressões do Campo – à Cecília* (Agosto de 1864), sob o pseudónimo de Diana de Aveleda, cartas que ficaram famosas por causa da polémica com Ramalho Ortigão.

Apesar de nunca ter exercido a clínica, Gomes Coelho foi professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto desde 8 de Agosto de 1865, após o terceiro concurso, e chegou a substituir, em Maio de 1867, José Frutuoso Aires de Gouveia Osório, primeiro lente proprietário da 11ª cadeira, Higiene Pública e Medicina Legal, disciplina criada pela carta de lei de 26 de maio de 1863. Nesse mesmo ano fez parte do júri de Medicina Legal com Gouveia Osório e José de Andrade Gramacho³. Como se sabe, nas escolas médicas, em Portugal e em muitos outros países europeus, o património intelectual do alienismo esteve durante muito tempo institucionalmente unido ao do higienismo e da medicina legal. Portanto, é plausível a relevância de uma genealogia intelectual e institucional de certas ideias médicas que estão plasmadas no conto.

¹ Cf. LEMOS, Maximiano – *Gomes Coelho e os medicos*. Porto Tip. a vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1922; PINA, Luís de – A medicina na obra de Júlio Dinis. *Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto*. Vol. 2. n.º 4 (1939). pp. 1-35; e NETO, Aníbal Rego Vilas-Boas – Júlio Dinis e a deontologia médica. *A Medicina Contemporânea*. Vol. 52. (1940). pp. 3-12; MONIZ, Egas – *Júlio Denis e a sua Obra*. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.

² Cf. REIS, Carlos – "Nada de sustos: representações literárias da ciência e da Medicina." In PEREIRA, Ana Leonor and PITA, João Rui – *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

³ MONIZ, Egas – *ob.cit.* p. 48.

Uma Flor d'Entre o Gelo (1864)

O enredo do conto é simples e irei resumi-lo obedecendo à sequência narrativa apresentada, realçando com as citações necessárias e suficientes para a explicitação das ideias que implicam o escopo deste trabalho.

Júlio Dinis começa por falar da arte dramática do seu tempo, criticando um certo gosto popular pelos entremezes em que figuravam as paixões impossíveis e ridículas de um velho.

“Rir, porquê? Não era antes para magoar e comover o drama psicológico que, através de episódios risíveis, se desenvolvia ali? A história de uma paixão sem futuro, funesta ao coração que a alimenta, não é mais digna de lágrimas que de escárnio?”

Revela que o seu objectivo é ilustrar “a história de um desses malfadados” que, embora sejam motivo de riso para a sociedade, “deviam merecer-lhe a compaixão e o respeito até”.

O lugar onde se desenrolará o enredo não é identificado, porém é no campo, num local aprazível onde existe uma ermida dedicada à Nossa Senhora da Saúde. Aí acorrem anualmente as romarias e as peregrinações.

“Uma romagem à Senhora no dia consagrado passava por a suprema medicina. Não havia mal que aquela intercessão não remediasse, ou fosse doença verdadeira ou, o que é pior, desses males de coração, que ainda são mais pertinazes, que ainda fazem mais padecer.”

Neste local, onde a devoção popular procurava a cura para as doenças do corpo e da alma, devido às suas características naturais, formou-se uma “pequena colónia de enfermos”, uma “pequena colónia médica”, onde a maior parte das casas era habitada por “uma população flutuante de valetudinários ou convalescentes” que, assim, associavam “a higiene com as devoções”.

Na pequena estância terapêutica adstrita à ermida de Nossa Senhora da Saúde pontificava um facultativo que dava pelo nome de Jacob Granada. O médico, de sessenta anos, possuía “longos hábitos de reflexão e de reserva”, era “excessivamente magro e um tanto curvado pelas fadigas do estudo” e por “incessantes esforços físicos e intelectuais”. Era “um destes homens singulares” em quem as qualidades morais eram auxiliadas por “um conjunto de caracteres fisiognómicos”. Jacob Granada exercia um “despotismo médico” sobre os doentes, facto que, todavia, granjeava-lhe “uma clientela numerosíssima e inspirava uma confiança ilimitada na sua medicina”. Entre os colegas de profissão era conhecido por ter a “alma empedernida”. Quanto ao seu entendimento das causas de certas enfermidades e das suas explicações, Júlio Dinis descreveu-o assim:

“Tinha sempre um sorriso de zombaria para os padecimentos morais, em cuja existência não acreditava. Para ele tudo eram lesões, tudo órgãos alterados, tudo perturbações materiais. À medicina psicológica dos médicos espiritualistas devia os seus melhores epigramas. Não havia doença de poeta ou de amante platónico, para a qual não formulasse. Era um desapiedado adversário desse vaporoso fantasma, que persegue actualmente as mais delicadas organizações femininas – o nervoso; ou o

recebia com um sorriso de céptico, ou instituíra contra ele uma ordem de meios curativos capaz de aterrar inimigos, muito mais reais e palpáveis.”

No entanto, este médico de sangue-frio, que “não afaga, não lisonjeia, não consola os doentes”, a quem se desconheciam parentes ou “relações íntimas”, cuja “maneira glacial”, “insociável”, “verdadeira alma de mármore”, surpreendentemente granjeara-lhe reputação de grande médico, este homem começou a revelar comportamentos estranhos desde que começou a tratar uma jovem paciente de nome Valentina.

“Uma profunda preocupação de espírito revelava-se-lhe nas rugas mais acentuadas que lhe sulcavam longitudinalmente a fronte, na maior contracção dos lábios e na rapidez e irregularidade do andar, interrompido por pausas súbitas e movimentos impacientes. Às vezes soltavam-se-lhe do peito, que se elevava em agitação febril, suspiros mal reprimidos; e os punhos cerravam-se-lhe em contracções nervosas; outras, um profundo desalento abatia-lhe a fronte, e os braços descaíam-lhe como desfalecidos ao lado do tronco.”

Valentina tinha vinte anos, era da cidade e procurara os ares do campo a conselho de amigos e da medicina. Embora bela e jovem, Valentina possuía “um carácter por natureza móvel, de uma sensibilidade extrema”, era mesmo a “personificação de um capricho”, e nela “denunciava-se a todo o momento aquela índole essencialmente feminina”. Júlio Dinis descreve a doença de Valentina através de uma carta da própria para uma amiga:

“Parecia-me que tudo estava a findar para mim. Era um mal interior que me ralava, que me inquietava, que me impedia repousar. Impacientavam-me as distrações, sufocava-me a atmosfera das salas de baile e dos teatros, aborrecia-me a sociedade, sorria-me a ideia da solidão de um claustro. Tenho a alma morta, dizia eu comigo, como lhe há-de sobreviver o resto? Olha que acreditava sinceramente que me tinha morrido a alma. (...) Era o mesmo desfalecimento, a mesma impaciência, a mesma inexplicável mobilidade. (...) Forçava-me a sorrir, a gracejar (...) mas cá dentro tinha o mal que me pungia.”

É também através de Valentina que Júlio Dinis explicita a perspectiva médica de Jacob Granada e que o conto procura problematizar.

“– Desafio-o, meu caro doutor (...) desafio-o a que me aponte com o dedo a lesão física que me trouxe aqui ou me diga ao ouvido a droga medicinal que me deve curar. Rio-me interiormente sempre que o vejo tomar-me o pulso, inspeccionar-me a língua, auscultar-me o palpitar do coração e sentar-se para formular. Eu sei mais da minha doença do que lhe podem ensinar todos esses livros de grande formato, que folheia até altas horas. Creia-me, doutor, se quiser ser médico eminente, estude menos a

anatomia do coração ou espiritualize-a. Olhe que nem todos os padecimentos dele são aneurismas ou lesões semelhantes.”

O narrador do conto, que é assinado, recorde-se, por Gomes Coelho, dizia que um dos motivos que mais provocava a revolta de Valentina “eram as ideias um pouco materialistas do seu facultativo”. Valentina era a única paciente que ousava discutir as ideias do velho médico e contestar-lhe o seu “despotismo” para espanto dos que a escutavam, pois “a cada passo se arvorava em defesa dos padecimentos morais, em cuja existência Jacob Granada parecia não acreditar”. Na carta à amiga da cidade, Valentina continuava:

“Se eu bem sabia que a minha doença não estava no pulmão, não estava nos nervos, não estava no sangue, como eles dizem! Queria reconstituir-me o sangue, dizia ele [o Dr. Jacob Granada]; esta agitação febril que me atormentava acalmaria depois; (...) É um homem abominável no seu positivismo este doutor! Para ele tudo são congestões, hipertrofias, inflamações, que sei eu?... Seria capaz de sangrar um poeta no ardor de composição literária, a título de uma congestão cerebral. Ora eu é que não podia aceitar para mim semelhante ideia de lesão. Repugnava-me.”

O materialismo e o positivismo do velho médico, para quem as doenças radicavam numa lesão dos tecidos, que “cismava ainda na lesão orgânica de que à força me queria fazer presente”, impediam-no de conjecturar como causalidade alternativa ou complementar a dimensão psicológica da jovem, que assim expressava aquela possibilidade:

“Porque me interroga só o pulso? – dizia-lhe; porque me não interroga o pensamento, a imaginação? Não sabe que tenho vinte anos? Não sabe que penso, que sonho, que concebo e que a diferença entre as minhas concepções e a realidade me pode fazer padecer? Não vê que é toda afectiva a minha doença? Quer curar-me com ópio, com ferro, com tónicos e calmantes? Olhe o que faz. Não se lhe importe com o meu sangue, importe-se com o meu espírito, com as minhas fantasias, com as minhas crenças. Complete a sua ciência. Os seus livros de medicina não lhe falam de uma doença que consiste apenas em anelos não realizados? Dê a isso um nome grego e terá feito uma descoberta.”

Nesta carta a uma amiga, Valentina dizia-se curada: “Amava, está explicada a cura”. Encontrara um admirador secreto quando a sua desobediência aos “preceitos higiênicos” de Jacob Granada levava-a a uma caminhada, fora de horas, pelos campos e pela ermida de Nossa Senhora da Saúde onde, “precisando de dar expansão àquela melancolia para que me não matasse, fiz versos”. Valentina escrevera os versos nas paredes da ermida e desconhecia estar a ser observada por Jacob Granada, que a seguira. O médico, como que respondendo ao apelo dos versos, nas mesmas paredes, confessou que a amava, mas que se revelasse tal amor seria a sua perdição. Trocaram mensagens nas paredes da capela, “único sistema de publicidade que está em voga por aqui”, e deu-se o encontro. Ao ver que o objecto do seu amor era o velho médico, Valentina soltou “uma gargalhada estridente, nervosa, prolongada”, pois sentia

“desvanecer-se-lhe uma ilusão”, porque “a fantasia criara-lhe um romance, um desses devaneios de vinte anos, em que todo o nosso imaginar se concentra; paraíso de luz e de flores, fora do qual tudo se nos mostra árido e obscuro”. Valentina admirou o amor do velho, após a sua longa explicação, mas reagiu ao choque inicial com alguma dose de realidade:

“A alma, que eu ambicionaria encontrar, era decerto uma alma assim, mas... — acrescentou com uma expressão de semblante, onde não pôde totalmente dissimular um reflexo de sorriso — cheguei... tarde, bem vê.”

Ao ouvir tal resposta, a reacção emocionalmente violenta de Jacob Granada o fez desaparecer, não só do local onde se encontravam, como também da própria estância terapêutica. Passaram-se dias até que chegou a notícia: Jacob Granada “havia sido encontrado nas ruas da capital, mas em tal estado de espírito, que fora recolhido ao hospício de alienados”. O narrador oferece aos leitores o “extracto de uma carta do facultativo que o observou”:

“A mania predominante do enfermo é a descoberta da pedra filosofal. A elaboração de um elixir de longa vida preocupa-lhe o espírito e conserva-o em um contínuo e fatigador trabalho mental.”

O relatório estabelece algumas relações da doença mental de Jacob Granada com elementos da crise vivida com Valentina: a ideia obsidiante do resgate da juventude perdida, as elucubrações a respeito da ideia de *vir tarde*, os acessos de choro, o perguntar pelas andorinhas e a comoção que sente ao ver tais aves (tema do poema de Valentina), um desespero tão violento que “é necessário vigiá-lo muito de perto para que se não cause mal”. O facultativo responsável pelo relatório de internamento de Jacob Granada admite que naquelas reacções e alucinações encontram-se “os vestígios de uma poderosa e malograda paixão (...) os efeitos de alguma paixão íntima, de que este desgraçado foi vítima”.

As ideias médicas de Gomes Coelho

Neste momento da investigação sobre as ideias médicas na obra de Júlio Dinis e, sobretudo, por insuficiência de formação específica, escusar-me-ei em traduzir na nomenclatura actual os sintomas de doença mental por ele descritos, limitando-me a registar o que já fora enunciado: Jacob Granada é acometido de mania delirante após uma situação traumática e uma história pessoal de infortúnio¹; Valentina sofria de doença nervosa, nevrose (*neurosis*), de um “desses males de coração, que ainda são mais pertinazes, que ainda fazem mais padecer”, devido à sua “índole essencialmente feminina”, “um carácter por natureza móvel, de uma sensibilidade extrema”; e, ainda, de melancolia.

¹ Gomes Coelho caracterizou assim a história individual do velho médico pelo próprio: “Perseguiu-me a fatalidade toda a minha vida! Não conheci carinhos de mãe na infância; não conheci extremos de amantes na juventude. Na idade das aspirações, não as tive; quando devia viver para o sentimento, era a razão que dominava em mim; os anos do amor consagrei-os sem uma saudade ao estudo; enquanto os meus companheiros corriam com alegre irreflexão para os prazeres, eu procurava trabalho com corajosa tenacidade.”

A retórica dinisiana parece clara a respeito do seu entendimento acerca da realidade dos “padecimentos morais”; da doença “toda afectiva”; do conflito entre a realidade e a imaginação, o pensamento, as fantasias, as crenças; ou do papel das paixões no desencadear das doenças mentais. A falta de estudos sobre a medicina e a psiquiatria durante o período romântico, é plausível conjecturar uma tensão existente entre perspectivas filosóficas que oscilavam entre o vitalismo e o organicismo.

Em 1851, Januário Peres Furtado Galvão, à altura lente da oitava cadeira na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, a despeito das tendências particulares que pudessem inclinar “os professores desta escola, uns mais para o físico e o orgânico, e outros mais para o metafísico e o espiritual”, frisava as características daquele “nosso século de positivismo e de realidades, em que a razão e o juízo comum, a autoridade só vale, quando oriunda da observação e da experiência e não desmentida por elas”¹. No seu *Tratado Elementar de Medicina Legal*², de 1855, Furtado Galvão cita quatro vezes François Leuret, psiquiatra francês que desenvolveu uma teoria totalmente psicogenética da alienação mental³.

Mais de vinte anos depois, António Maria de Senna, a grande personalidade do alienismo e da psiquiatria da segunda metade do séc. XIX, abria assim a sua dissertação de concurso apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 1876:

“Espirituaes ou organicas, expressão da actividade d'um ser abstracto, immaterial, que em nós resida, ou producto das energias funcçionaes dos elementos histológicos constitutivos da callote cinzenta dos hemisférios cerebraes, as faculdades intellectuaes e affectivas sahem também da normalidade funcçional, sofrendo irregularidades passageiras ou desordens persistentes, que constituem estado morbido definido.”⁴

É preciso lembrar que o problema de uma etiologia moral das doenças, em conflito com a tendência localizadora da medicina, tem ressonância directa na percepção de Júlio Dinis sobre a sua própria doença. Em carta a Custódio Passos, escrita em Ovar em 3 de Junho de 1863, com optimismo, diz estar-se a “completar a cura de uma doença, que hoje me vou quase convencendo ter sido mais de imaginação do que real”. A 3 de Julho, da monotonia da vida de aldeia e da vontade de voltar ao Porto, diz que “...acaba de me provar que a minha cura é radical”⁵. Entre a primeira hemoptise, que lhe sobreveio em 1856, à segunda, em 1863, que o levou a procurar os ares de Ovar, abriram-se fendas no seu optimismo e esperança. Em 16 de Dezembro de 1868, ao mesmo Passos, fala dos seus colegas “que não se fartam de clamar contra a minha imaginação como a moléstia principal de que padeço. Há verdade nisto,

¹ GALVÃO, J. P. F. – “Oração Académica Pronunciada na Sessão Solene de Abertura do Ano Lectivo na Escola Medico-Cirurgica do Porto em 6 de Outubro de 1851”. In *Gazeta Médica do Porto*, nº 235, p. 340, e nº 236 p. 341 (1852).

² GALVÃO, J. P. F. – *Tratado Elementar de Medicina Legal*. Porto: Typographia de Sebastião José Pereira, 1855.

³ Cf. CASTEL, Robert – *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1977. ISBN 9782707301468.

⁴ SENNA, A. M. de – *Delirio nas Molestias Agudas*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876, p. IX.

⁵ DINIS, J. “Cartas Particulares”. *Obras Completas de Júlio Dinis*. (Tomo II, p. 848 e 852) Porto: Lello Editores, 1990. ISBN: 9789724801896.

quero crê-lo, ainda que não no grau em que eles dizem"¹. Em 10 de Abril de 1869, confessava a Júlio de Castilho como sofria com os "repetidos acessos da minha já agora habitual e incurável doença – a melancolia ou mais prosaicamente a hipocondria"².

Conclusão

Ao assimilar o organicismo em medicina ao positivismo e ao materialismo, toda a construção deste conto pretende demonstrar, pelo infortúnio final de Jacob Granada e pela cura de Valentina, o poder efectivo das causas morais na deflagração ou na cura das doenças mentais. A falta de mais estudos sobre a medicina e a psiquiatria românticas, importa mostrar a transparência na sua obra literária de um ideal higienista de saúde física e mental que, ao invocar uma etiologia moral e afectiva (mas não exclusiva) das doenças, opunha-se aos critérios de cientificidade em vias de cientificidade em vias de hegemonização na medicina.

¹ DINIS, J. “Cartas Particulares”. *Obras Completas de Júlio Dinis*. (Tomo II, pág. 869) Porto: Lello Editores, 1990. ISBN: 9789724801896.

² DINIS, J. “Cartas Particulares”. *Obras Completas de Júlio Dinis*. (Tomo II, pág. 818) Porto: Lello Editores, 1990. ISBN: 9789724801896.

FERNANDO PESSOA, OS PSIQUIATRAS E A LOUCURA

A.R. dos Santos Rocha*** M. Piñeiro Fraga**¹, M^a J. Louzao Martinez*²;
T. Angosto Saura

¹EOXI VIGO SERGAS; ²City mottagningen. Psykiatriska kliniken i Norrköping. Suecia; ³Hospital Vithas N^aS^a de Fátima (Vigo)*Médico Psiquiatra; ** Enfermeira especialista em Saúde Mental; *** Médica em formação

Emails: miguelang333@hotmail.com;anaritadossantosrocha@gmail.com
marpifra@hotmail.com;jolouzao@gmail.com; tas@jet.es

Palavras chave: Fernando Pessoa, psiquiatras, loucura, Julio de Matos, heterónimos

Resumo: O poeta Fernando Pessoa (1888-1935) teve uma especial preocupação pela doença mental em geral e pela sua possível loucura em particular. Em relação a este tema realizou múltiplos escritos, a maioria deles sem publicar na época mas que foram editados recentemente. Na análise destes documentos, podemos observar que teve uma relação ambivalente com a psiquiatria e os psiquiatras da sua época. Estudamos em que se baseiam estas relações ao mesmo tempo que investigamos as fontes dos conceitos psiquiátricos utilizados pelo poeta na sua obra, tanto para diagnosticar as suas personagens heterónimas como para autodiagnosticar-se.

Abstracts: The poet Fernando Pessoa (1888-1935) had a special concern for mental illness in general and for his possible madness in particular. In relation to this topic made multiple writings, most of them unpublished, but recently edited. In the analysis of these documents it has been observed that he had an ambivalent relationship with psychiatry and psychiatrists of his time. We study what these relationships are based at the same time as we investigate the sources of the psychiatric concepts used by the poet in his work, both to diagnose his heteronymous characters and to self-diagnose.

Introducción

No es fácil que un paciente que ha tenido un problema mental severo, y mucho menos un episodio psicótico delirante, se decida a describirlo para hacerlo público y cuando lo hace suele haber pasado ya cierto tiempo y casi siempre a instancias del terapeuta que lo trata. Muy pocos pacientes han tenido la curiosidad, por propia iniciativa de describirlo y hacerlo público. En nuestra opinión su resistencia tiene que ver, por un lado con cierto pudor para rememorar lo sucedido y por otro, cierto temor a que el recuerdo sea una especie de convocatoria a los “*dioses del averno*”¹ y pueda volver a sucederle. De nuestra práctica clínica hemos conservado varios escritos de pacientes, la mayoría con esquizofrenia, pero han sido escritos mientras sucedía el episodio. Preguntados posteriormente, una vez estabilizados, los pacientes no suelen saber para que los habían escrito y muchas veces sentían vergüenza de mostrarlos. Muchos de ellos que nos lo habían dejado, más tarde acabaron solicitando su devolución. Escribir sobre su delirio, para un psicótico en plena psicosis se podría considerar un acto automático e íntimo, como algo que se le impone, al igual que se le imponen las ideas delirantes. Su actitud ante lo escrito tiene la misma dinámica autística que sus vivencias apofánicas² o de revelación de la significación de

¹ Amor de transferencia cuando Freud dice: “Si convocamos a los dioses del averno no es para después mandarlos de vuelta, sino para hacer algo con ellos”.

² La Apofanía es definida por Conrad como la experiencia de ver patrones o concepciones en percepciones aleatorias o sin significado, "vista de conexiones sin motivo" acompañada de una

prodromos, por utilizar la terminología clásica; es decir es algo que tienen que hacer aunque no saben bien el porqué. A mi modo de ver estos primero escritos no tienen un fin literario, ni siquiera el de ser leídos por otros. De hecho son escritos en solitario, sin “*referees*”, es decir no son sometidos a crítica, ni tienen, ni admiten correcciones. Estamos hablando siempre de cuando escriben sobre su delirio.

Muchas veces, los psiquiatras, con nuestros instrumentos de análisis teóricos hemos analizado la vida de escritores o sus escritos para diagnósticos de psicóticos (véase el excelente análisis de Jacques Lacan sobre Joyce o de Jaspers sobre Strimberg, Hoderlin y Van Gogh por citar los más conocidos). Recordemos que Strimberg escribió *Inferno*, o *Alegato de un loco* en primera persona y novelado pero sin decir que era su propio episodio psicótico aunque lógicamente se intuye.

Dentro del proceso terapéutico, a casi todos los pacientes les sugerimos que escriban lo que les pasa, no para mostrárnoslo o publicarlo sino como una forma de buscar la estabilización y de análisis.

Desarrollo

Algunos escritores que han tenido problemas mentales los han plasmado en forma de obra literaria aunque no siempre han reconocido que esos problemas hayan sido suyos. Una de las mejores descripciones literarias que conocemos de la entrada en la esquizofrenia es el relato *El Horla* (1887) de Guy de Maupassant¹. También Única Zurn escribe *El Hombre jazmín* como una novela sin decir que la alucinación que describe es la de ella misma.

Pero el caso de Fernando Pessoa y su pasión por demostrar que es un histérico es uno de los más notables. De este autor, de sus escritos, llama la atención más su necesidad de reconocerse y que lo reconozcan como loco a pesar que nunca hace visibles locuras. Múltiples veces escribe adjudicándose esta etiqueta contándonos sus vivencias; obsesivas, de despersonalización, etc pero las cuales nadie percibe. Lo conocemos a través de los documentos que se conservan en el famoso baúl donde guardaba todo lo que escribía escrupulosamente ordenado para ser publicado en algún momento. Pessoa escribió páginas y páginas intentando demostrar/se que era un histérico (histérico neurasténico, decía) analizando minuciosamente sus reacciones para confirmárselo a sí mismo y hasta sitúa en esta dinámica como producto de su enfermedad mental la creación de sus famosos heterónimos.

Para Fernando Pessoa genialidad y locura estaba a la par de tal forma que uno de sus biógrafos, Jerónimo Pizarro, ha publicado tres volúmenes solo con los textos, muchos de ellos inéditos, relacionados con Locura y Genialidad.

Se calificaba a sí mismo como Doido (loco en sentido amplio de la palabra) y en la famosa poseía *Esta vieja angustia* que publica con el heterónimo Álvaro de Campos, 1934) se denomina loco de tres formas distintas.

"experiencia específica de dar anormalmente significados". Todas y cada una de las experiencias externas, antes ya vividas, adquieren una nueva significación, un carácter especial que la persona no puede definir

¹ Hay un versión previa de este relato, fechada un año antes, que tiene un carácter más *charcotiano*¹: un paciente es presentado a varios médicos y “sabios” el cual les cuenta un relato que coincide casi en su totalidad con la segunda versión.

Um internado num manicómio é, ao menos, alguém,
Eu sou um internado num manicómio sem manicómio.
Estou doido a frio,
Estou lúcido e louco,
Estou alheio a tudo e igual a todos:
Estou dormindo desperto com sonhos que são loucura
Porque não são sonhos
Estou assim...
Pobre velha casa da minha infância perdida!
Quem te diria que eu me desacolhesse tanto!
Que é do teu menino? Está maluco.
Que é de quem dormia sossegado sob o teu tecto provinciano?
Está maluco.
Quem de quem fui? Está maluco. Hoje é quem eu sou.

Así que, si hubo un escritor que se autoanalizase con más intensidad fue Fernando Pessoa

Vamos a intentar llevar a cabo un análisis de los factores que pudieron influir en el proceso creativo de los personajes heterónimos de Fernando Pessoa (1888 - 1935) así como, si de este proceso se sirvió también el poeta para tratar de conseguir su propia estabilidad psíquica. También analizaremos la pasión de Fernando Pessoa por la enfermedad mental y por su propia enfermedad mental además de la necesidad de auto diagnosticarse. Y finalmente, la relación de Fernando Pessoa con uno de los más importantes psiquiatras de la época: Julio de Matos.

Análisis que creemos, no restará un ápice a la extraordinaria belleza de su poesía, y para el cual, como veremos más adelante, nos proporciona, a los psiquiatras, permiso para hacerlo.

Datos biográficos y del carácter de Fernando Pessoa

Nace en Lisboa el 13 de Junio en 1888.

Durante algunos años de su infancia y juventud convive con su abuela paterna Dionisia que por esa época presentaba un trastorno mental sin diagnosticar pero cuyo síntoma más importante era su odio a los niños. Estuvo ingresada en diferentes ocasiones en manicomios portugueses. Esta convivencia creemos que lo marcó decisivamente para toda su vida.

Es en 1907 (19a) cuando empieza a demostrar un especial interés por la enfermedad mental. Sus heterónimos de la época A.Search y Ch.A. Anon están atormentados por el miedo a enloquecer o por estar locos....y una de las manifestaciones es la locura de la duda, la falsedad del mundo. Algunos textos de esta época estaban destinados a un posible libro que iba a llamar *Documentos sobre la decadencia mental*.

Después de una serie de viajes, en 1905 a los 17 años regresa solo a Portugal. Se instala en Lisboa de donde no saldrá nunca más, salvo pequeños viajes a localidades cercanas a esta ciudad, lo cual no le impidió estar perfectamente informado de todo lo que se publicaba y pasaba en el mundo. Para esas fechas ya había leído prácticamente todos los autores significativos, entre ellos Shakespeare a quien iba a idolatrar. Para A. Crespo una de las lecturas de esta época no literarias que más influyó en él, entre otras, fue la "Psychologie Allemande contemporaine" de T. Ribot . Más tarde se hizo un gran conocedor de la obra de P. Janet y de S. Freud. Para Pizarro la lectura que más precozmente le influyó fue *Dégénérescence* (1895) de Max

Nordau en la que habla de algunos artistas y en el que une artistas, criminales e histeria bajo el epígrafe de la degenerescencia que se encuentra en su principal obra, que sobresale por la estupefacción que generó: *Entartung o Degeneración* (1895) es un devastador análisis psicológico de la creatividad artística, que redundaba en crítica acérrima contra el arte moderno.

En 1908 empieza a escribir sus artículos periodísticos de influencia saudosista¹, anunciando el Supra Camões² y por tanto empieza a tener cierta presencia en la vida intelectual Lisboa.

Coincidiendo con estar viviendo con su abuela Dionisia, por esta época consulta con psiquiatras³ aunque no se puede asegurar, si parece que al menos una vez acude a consulta con E. Moniz⁴ que lo envía a hacer Gimnasia Sueca con Luiz Furtado Coelho, dice Fernando Pessoa: *“para ser cadáver solo me faltaba morir. En menos de tres meses y a tres lecciones por semana...me transformó y aún existo....con que ventajas para la civilización europea solo me compete a mi decirlo”*. Define lo que se llama **“Psicosis adelantativa”** (1908), que es una forma irónica de describir lo que sucedía en Portugal en esa época por la cual el que fue luego dictador João Franco liquidó una deuda de los adelantamientos económicos al Rey que acabaron provocando su caída y la dictadura de J. Franco. Es una entidad muy cercana a la locura moral.

Crea junto a varios poetas amigos la revista ORPHEU (1915) de la cual solo salen dos números aunque queda esbozado el nº3. Esta revista causa un gran escándalo literario sobre todo por el hermetismo y lo vanguardista de su poesía, apareciendo en la prensa portuguesa continuamente ácidas críticas contra ella. Entre otros aspectos por que en la revista publica unos poemas Angelo de Lima (1872-1922), internado en el Manicomio de Rilhafoles en Lisboa. Poeta querido por Pessoa y que compuso uno de los poemas en los que mejor se describe la entrada en la locura. *Pára-me de repente o pensamento*⁵. La publicación de Orpheu provoca la intervención de dos psiquiatras....sobre todo del Dr. Julio de Matos uno de los psiquiatras más reconocidos de la época: Fue profesor de Psiquiatría y Director de varios hospitales Psiquiátricos.

“Los de Orpheu son apenas simuladores⁶. Es evidente que quien quiere ser extravagante tiene que parecerse a los locos. El terreno común donde se encuentran es el disparate. En Francia sucedió algo parecido. Para escandalizar se vistieron de colores...pero nadie les hizo caso.... Es evidente que estas criaturas no son absolutamente equilibradas. Pero

¹ El saudosismo representa una actitud humana ante el mundo, que tiene como base la saudade, considerada por Pascões como el gran elemento espiritual definidor del alma portuguesa, algo que, según el poeta, testimonia la literatura portuguesa a lo largo de los siglos. De esta manera, además de un sentimiento personal, la saudade se convierte también en un ente metafísico (la relación del hombre con Dios y con el mundo, el ansia nostálgica de unidad de lo material y lo espiritual), que a su vez se corresponde con una doctrina política y social

² Fatalmente o Grande Poeta, que este movimiento gerará, deslocará para segundo plano a figura de Camões.» A NOVA POESIA PORTUGUESA SOCIOLOGICAMENTE CONSIDERADA

³ Robert Brechon: Extraño Extranjero, pag116

⁴ E. Moniz (1874-1955). Premio Nobel en 1949. Psiquiatra y Neurocirujano, inventor de la lobotomía y la angiografía.

⁵ Se publica a instancias de Pessoa en la revista Sudoeste (SW) en noviembre de 1935. El mes de la muerte de FP.

⁶ El Poema Autopsicografía (O poeta es un fingidor) Pessoa no lo escribió hasta el 1/04/ 1931(J.Pizarro pág 364)

también no es justo llamarles locos (doidos). Dejémoslos.” (Julio de Matos)

Escribe a lo largo de su vida artículos, ensayos cartas, poemas ..., más de 25.000 , que nunca intenta publicar.

Análisis

1-Síntomas

Lo primero que sorprende es la descripción que da, en la carta a Casais unos meses antes de morir, del descubrimiento de sus heterónimos más conocidos: Alberto Caeiro, Ricardo Reis y Alvaro de Campos, a los que adjudicó la autoría de la mayor parte de su obra. El escritor podría estar describiendo un episodio de trance o tal vez de despersonalización:

"Fue el 8 de Marzo de 1914, me acerqué a una cómoda alta y cogiendo un papel comencé a escribir de pie, como escribo siempre que puedo. Y escribí treinta y tantos poemas en una especie de éxtasis de naturaleza que no conseguiré definir... Y lo que siguió fue la aparición de alguien en mi, a quien di, desde luego, el nombre de Alberto Caeiro. Discúlpeme lo absurdo de la frase: apareció en mi, mi maestro". (2).

En otros momentos da testimonio de lo que parecen automatismos motores, alucinaciones, fenómenos autoscópicos, etc.

"De vez en cuando, unas veces voluntariamente y otras obligado, escribo. Más raramente son comunicaciones comprensibles... No son diseños de cosas sino de señales cabalísticos y masónicos ,símbolos de ocultismo y cosas así que me perturban un poco".

"Hay momentos, por ejemplo, en que tengo perfectamente alboradas de visión etérica, en que veo el aura magnética de algunas personas y sobre todo la mía en el espejo y en la oscuridad irradiándome de las manos. No es alucinación, porque lo que yo veo otros lo ven, o por lo menos otro con estas cualidades más desarrolladas. Llegué en un momento feliz de visión etérica a ver en la Brasileira do Rossio, por la mañana las costillas de un individuo a través de su traje y de su piel". .

"Y hay veces de sentirme de repente pertenecer a cualquier otra cosa. Mi brazo derecho, por ejemplo, comienza a levantarse en el aire sin que yo quiera. Y claro que puedo resistirme, pero el hecho es que no quería levantarlo en esa ocasión. Otras veces me caigo para un lado como si estuviese magnetizado".(3)

Si añadimos a estos testimonios la búsqueda insistente de su diagnóstico psiquiátrico con el autoconvencimiento de ser un histeroneurasténico, no podemos menos que interrogarnos sobre el porqué de ésta tan anunciada estructura de personalidad y nos permitimos cuestionar el motivo que lleva a Fernando Pessoa a buscar refugio bajo esta categoría nosológica.

Por supuesto entre sus escritos se encuentran distintas alusiones a un autoanálisis:

"El origen de mis heterónimos es el profundo trazo de histeria que hay en mi... No se si soy simplemente histérico o si soy más propiamente un neurasténico (...). En los hombres la histeria asume principalmente aspectos mentales y así todo acaba en silencio y poesía" (2). Sea como sea el origen mental de mis heterónimos está en mi tendencia orgánica y constante hacia la despersonalización y la simulación(Carta a Casais M,1935)

"Desde el punto de vista humano soy un histeroneurastérico con predominio del elemento histérico en las emociones y del elemento neurasténico en la inteligencia y en la voluntad".(Carta a Gaspar Simoes,1931) (4)

"Desde el punto de vista psiquiátrico soy un histeroneurasténico" dice también en una carta de 1919, en la que solicita información del Instituto de Magnetismo y Psiquismo Experimental buscando, según sus palabras, "una coordinación direccional exterior a su vida". (5).

Persona erudita, se sabe de su interés por las lecturas psiquiátricas destacando su conocimiento de la obra de autores como Ribot, Binet o Freud. Puede inferirse así cual sería la idea de la histeria que, para él, es la *"base del genio lírico"*(8). Este diagnóstico será, según su opinión, compartido por Shakespeare con el que establece cierto paralelismo al respecto de la trayectoria vital y literaria a lo largo de su obra (20).

"No me cuesta admitir que yo esté loco, pero exijo que se comprenda que no soy un loco diferente de Shakespeare, cualquiera que sea el valor relativo de los productos del lado sano de nuestra locura".

Dice en el esbozo que se conserva y que nunca envió, de la carta heteronímica a Casais. Parece aquí necesitado de distanciarse de la humanidad vulgar a través del diagnóstico psiquiátrico que lo consagraría como un ser excepcional:

"No niego por eso y hasta favorezco la explicación psiquiátrica, pero se debe comprender que toda actividad superior del espíritu, por ser superior es anormal e igualmente susceptible de interpretación psiquiátrica".

Algunos autores han querido hacer de Pessoa un supuesto caso psiquiátrico trabajándose con distintas hipótesis diagnósticas:

1-Psicótico

2-Psicosis compensada a través de la escrita

3-Ciclotimia

4-Despersonalización más estados disociativos igual a los heterónimos que es igual al desdoblamiento de la personalidad del poeta.

2-Heterónimos

Crea hasta 72 heterónimos, que nascen de acuerdo con el epígrafe: "Que outro faça e diga aquilo que eu não sou capaz".

De esta manera parece ser una forma de contener, controlar e desviar sus propios afectos conflictivos usando la máscara de sus heterónimos.

En cuanto a la simulación, veamos lo que dice en uno de sus poemas ortónimos que llegó a ganar más fama, llamado "Autopsicografía"¹(1932):

"El poeta es un fingidor/ finge tan completamente/ que llega a fingir que es dolor/ el dolor que de veras siente/ y los que leen lo que escribe/ en el dolor leído sienten bien /no los dos dolores que él tuvo/ sino sólo el que ellos no tienen/ y así en los raíles/ gira, entreteniendo la razón /ese tren de cuerda que se llama corazón".

3-Relación ambivalente de Pessoa con la teoría psiquiátrica y con los psiquiatras

A lo largo de sus numerosos escritos, Pessoa da continuas referencias de su mundo psíquico y de cierta fascinación por la locura, la psiquiatría y los psiquiatras como observadores del más allá de la realidad. Pero probablemente debido al enfrentamiento con el Dr. Julio de Matos por las críticas a los poetas de Orpheu, en textos de la época, acusa los psiquiatras de infamias subrayando la necesidad de una cultura literaria para hablar de literatura.

Por esta época hace una dura crítica a los freudismos e al psicoanálisis,²: "La teoría de Freud es una especie de culto fálico sublimado, una forma científica y atávicamente eruptiva de falismo".

Pero dentro de su ambigüedad, dentro del mismo texto dice: *Freud es, ciertamente, un hombre de genio, creador de un criterio psicológico original y atrayente, con un gran poder emisor, ya que en Freud ese criterio se convirtió en una franca paranoia de tipo interpretativo.*

De los psiquiatras afirma:

"El trabajo psiquiátrico se ha impregnado fuertemente de superstición científica y de indisciplina".

De Egas Moniz dice que no tiene opiniones propias y lo equipara a un personaje teatral mediocre. Igualmente del Dr Matos "sólo habla de la teoría de otros".

Insistiendo una vez más en la ambivalencia de Pessoa, él en 1915 dice en Balanza de Minerva en las "Páginas de Estética y de teoría y crítica literarias":

"Propiamente el único crítico de arte o de letras debe ser el psiquiatra, porque aunque los psiquiatras sean tan ignorantes y laterales a los asuntos como todos los otros hombres de aquello a lo que ellos llaman ciencia, tienen aún así, delante de lo que viene a ser un caso de dolencia mental aquella competencia que consiste en que nosotros juzgamos que ellos la tienen. Ningún edificio de sabiduría humana puede levantarse sobre otros cimientos".(1)

4-Fernando Pessoa e Julio de Matos

Tres puntos principales de interés:

1.Contestación de Julio de Matos que ya fue mencionada cuando hablamos de la biografía do autor

¹ Curiosamente está fechado en el manuscrito original el día 01.04.1931 que en Portugal es el día de las mentiras (Equivalente al día de los Santos inocentes. J.Pizarro. F.Pessoa: Escritos sobre Genio y Locura. Ed Acantilado.2013. pag364

² J.Pizarro: Escritos sobre genio y locura. F Pessoa. Pag 303.

—O Jornal: 4-4-1915: considera que para el “Inquérito Literario” fue un “erro de pura malicia o de ir consular o Dr. Julio de Matos, incompetencia notavel nestas coisas que se não regram por Tanzi ou por Régis”

—Reacción a la entrevista de Julio de Matos en el “Jornal A Luta” de 11/4/1915 sobre la supuesta locura de los poetas de Orpheu afirmando: “os nossos psiquiatras estudaram psiquiatria, ora para dar uma opinião sobre literatura, parece que era mister que tivessem estudado – não psiquiatria, que só os habilita a opinar sobre psiquiatria – mas literatura”

2. Gran interés en los libros de Julio de Matos, en concreto “A loucura” de 1889, que califica de “the best and clearest on the subject” como en “Elementos de Psychiatria” de 1911

3. Uso del libro “A loucura” de Julio de Matos, para hacer analogía entre el carácter del dictador Joao Franco y los tipos de “criminosos” descritos por Julio de Matos, para poder hacer un diagnóstico preciso.

Llega a hacer traducción completa de las páginas 326-327 del libro “A loucura”, donde Julio de Matos realiza la descripción del tipo de criminosos que existen. En concreto se trata de una clasificación completa de los “delinquentes”.

Posteriormente realiza disertación sobre los tipos de criminosos descritos por Julio de Matos y el carácter de Joao Franco, concluyendo así que Franco pertenece al segundo grupo de criminosos descrito por Matos, titulado “Criminoso NATO”.

Conclusiones

Fernando Pessoa tenía una necesidad de auto diagnosticarse de histero-neurasténico para:

—escapar de una enfermedad tan severa como la de su abuela y querer constantemente que lo reconozcan como neuroasténico (ej: pide a sus compañeros franceses y de África del Sur que le digan que no es totalmente normal)

—también para compararse a Shakespeare a quien asociaba el binómio de génio/histérico

Uso de los heterónimos como vía de auto-compensación psíquica

Relación atormentada y ambivalente con los psiquiatras portugueses de la época, en especial con el Dr. Júlio de Matos

Bibliografía

- AZUA, F de — Diccionario de las Artes. Barcelona: Ed. Planeta, 1995
- CRESPO, A. — La vida plural de Fernando Pessoa. Barcelona: Ed. Seix Barral, 1988,
- CUBI I SOLER, Mariano — Elementos de Frenología, Fisionomía y Magnetismo humano. Barcelona, 1849
- Ellenberger, H.F — El descubrimiento del inconsciente. Madrid: Editorial Gredos, 1976.
- FERNÁNDEZ DE FONSECA, A. — Fernando Pessoa. Psicopatología. 15:3(1995) 137-145
- FERNÁNDEZ DE FONSECA, A. — La despersonalización en Fernando Pessoa. Psicopatología. 2 (1986) 127 135
- Fernando Pessoa en palabras y em imágenes. Revista Poesía. Ed Siruela, Mayo (1995) 47
- GARRABÉ, J. — Diccionario Taxonomico de Psiquiatria. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- LOPES, T. Rita — Pessoa por conhecer. Vol I. Lisboa: Editorial Estampa, 1990.
- LOPES, Teresa Rita — Pessoa por Conhecer. Lisboa: Editorial Estampa, 1990.
- LOPEZ PIÑERO, J.M.; Morales Meseguer J.M. — Neurosis y Psicoterapia. Madrid, Editorial Espasa Calpe, 1970.
- MATOS, Julio de — A Loucura. Estudos Clínicos Médico-Legais. Lisboa: M. Teixeira 1914.
- PESSOA, Fernando — “Balança de Minerva” Paginas de Estética e de teoria e crítica literaria. Lisboa: Editorial Atica, 1994.

PESSOA, Fernando — Carta a Casais Montero. In *Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas*. Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Carta a Gaspar Simoes Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Carta a Hector e Henri Durville. Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Carta a Tia Anica. Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Cartas a Cortes Rodriguez (1915). In *"Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas"*. Lisboa: Publicações Europa América 1986.

PESSOA, Fernando — Cartas a Cortes Rodriguez en *"Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas"*. Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Cartas a Gaspar Simões en *"Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas"*. Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Livro do Desassossego. Vol I. Lisboa: Editorial Presença, 1991.

PESSOA, Fernando — Livro do Desassossego. Vol I. Lisboa: Editorial Presença, 1991.

PESSOA, Fernando — Páginas de estética e de teoria e crítica literária. Lisboa, Editorial Atica: 1994.

PESSOA, Fernando — Páginas de estética e de teoria e crítica literária. Lisboa: Editorial Atica, 1994.

PESSOA, Fernando — Páginas de Estética e de teoria e crítica literária. Lisboa: Editorial Atica, 1994.

PESSOA, Fernando — Páginas de Estética e de teoria e crítica literária. Lisboa: Editorial Atica, 1994.

PESSOA, Fernando — Textos de Intevenção social e cultural. A ficção dos heterónimos. Lisboa: Publicações Europa América, 1986.

PESSOA, Fernando — Textos de introdução ao Vol I das *"Ficções do interludio"*. Textos de intervenção social e cultural. Lisboa: Ed Europa America. 1986.

PESSOA, Fernando — Carta a Mário Sá Carneiro (1916). In *"Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas"*. Lisboa: Publicações Europa América 1986.

SARAIVA, A. — Pessoa ele próprio. Lisboa: Cassica Editora, 1992.

SOLER, n C — Pessoa, le sphinx. Revue Barca 5 (1995) 101-122

WALLAS, J — The art of Thought. Brace. N.Y: Harcourt, 1926 (Citado por S. Arieti en *"La Creatividad"*, Mexico, FCE, 1976).

Agradecimientos:

Nos gustaría agradecer al Dr. Adrián Gramary la amabilidad y generosidad de habernos prestado el ejemplar de su colección privada de libros llamado "A Loucura", de Julio de Matos, que fue una pieza muy importante para la realización de este trabajo.

EVIDÊNCIAS EM TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA: DA IDADE MÉDIA À MEDICINA DE CATÁSTROFE (SÉC XXI)

Romero Bandeira*; Isa João Silva; Sara Gandra***; Rui Ponce Leão****;**

*Professor jubilado ICBAS/Universidade do Porto, Inv (FCT) CEIS20/U Coimbra, Diretor da UEIFIS/BVSP Cova;

**Interna FE em Medicina Interna, Hospital de Cascais, Assistente da UEIFIS-BVSP Cova;

*** Enf^a Cuidados Intensivos CHP Stº António, Assistente da UEIFIS/ BVSP Cova

****Médico Hospital Santa Maria do Porto, Assistente da UEIFIS/ BVSP Cova

Email:hmedcat@gmail.com

Palavras-chave: catástrofe, hospital, implicados, medicina, psiquiatria

Resumo: As primeiras referências a Hospitais Psiquiátricos datam de Bizâncio, no Século IV, sendo de relevar, na Península Ibérica, cerca de 1000 anos depois, a fundação pelo P. Jofre em Valência (1409), do primeiro Manicómio. Não podemos esquecer, de igual modo, a acção de S. João de Deus (1495-1550) em Granada.

No Hospital Real de Todos-os-Santos, segundo a provisão de 20 de Fevereiro de 1539, cita-se pela primeira vez o tratamento dos loucos, e, no repassar dos séculos, pelo regulamento de 1891 do Hospital do Conde de Ferreira alude-se à consulta externa dos alienados indigentes.

Porém este tipo de assistência exacerba-se, e, actualmente, no âmbito da Medicina de Catástrofe criou-se, entre outros, o conceito de Implicado (directo, indirecto, territorial, nacional) evidenciando-se alguns acrónimos como o CADI (Centro de Acolhimento dos Implicados), designadamente na protecção das populações face às catástrofes; não podemos igualmente, deixar de ter presente a acção das CUMP (Células de Urgência Médico-Psicológica) face aos Implicados, nos quais qualquer um de nós se poderá incluir, dado o potencial número crescente de todo o tipo de Catástrofes.

Os Hospitalia e Xenodochia

A perspectiva hospitalocêntrica que, em termos gerais, tem vindo a ser transversal ao longo dos séculos, com evidente projecção até à actualidade, marcou de igual modo a terapêutica psiquiátrica a qual se tem incrementado nomeadamente no campo extra-hospitalar, mormente nas situações de Medicina de Catástrofe, nas quais se impõe o socorro adequado às multivítimas, quer estas sejam de origem somática, psíquica ou mista.

A palavra *Hospes* latina foi a raiz de hospede, hospital, hospedaria, tal como *Hospitalia* significava casa para hóspedes, hospedaria, sendo entendido *Xenodochium* como o hospital onde se recolhiam os peregrinos e estrangeiros.

Porém, a localização destes estabelecimentos assistenciais poderia estar implicada com a sua localização: assim, os *Xenodochia* estariam implantados nos centros das cidades e os *Hospitalia* nas entradas das cidades ou ao longo dos caminhos.

Nesta ordem de ideias e segundo Mollat (1982) para o *Xenodochia* estariam polarizados os pobres e doentes da cidade e para os *Hospitalia* os viajantes e peregrinos.

A Assistência Psiquiátrica Hospitalar

A assistência hospitalar ao enfermo, têm início sob a égide do Cristianismo. Assim, no ano de 370 S. Basílio, o Grande fundou um hospital que pode ser

considerado o *primum movens* deste tipo de assistência (Carrasco 1962). Segundo Zilboorg citado por aquele autor, « la primeira institución de esta classe de la que se tiene memoria documentada se ilamó *morotrophium* o casa de locos y funciono en Bizancio en el siglo IV despues de J. C. Outra smiliar existia Jerusalem de acuerdo con un documento que lleva la fecha de 491 para el mantenimiento de sacerdotes pobres y otras personas, hombres y mujeres, enfermos de frenesi. Años antes del siglo XV se fundó en Roma una “Passarella” o “lugar para locos”»

No entanto, o Prof. Adalberto Pazzini (1962) recorda-nos à evidencia que na Parábola do Bom Samaritano «Il primo “ospedale” cristiano fu dunque, pur nella finzione del racconto, quella locanda in cui il Samaritano ricoverò a proprie spese per solo e disinteressato desiderio di beneficiare uno sconosciuto e che, per di più, aveva ragione di credere proprio nemico.»

Pesem embora estas referências longínquas é de relevar que na Península Ibérica cerca de 1000 anos depois, a fundação em 1409 do primeiro Manicómio pelo padre Juan Gilabert Jofre (Padre Jofre, 1350-1417).

Fruto da sua intervenção doze “homens-bons” impulsionaram a formação de uma confraria, para instituir o “Hospital de Inocentes” com a finalidade de albergar e tratar dementes (Carrasco 1962).

Não pode nunca ser esquecida a acção altamente meritória e inolvidável do nosso S. João de Deus (1495-1550) em Granada, igualmente em prol dos doentes mentais.

O Hospital de Todos-os-Santos era muito vasto segundo Pina (1934) com base nas descrições feitas por Dias d’Ysla, 1539, Monçon et C. d’Oliveira, XVI s. De acordo com aquele autor, «era dos melhores da Europa, no conceito de Isla. Nele havia, além das enfermarias gerais, Igreja, secção de dementes (orates), secções cirúrgica e médica; enfermarias para mulheres; outra para síflíticos; uma consulta externa; um recolhimento para crianças enjeitadas; secção de pensionistas; etc. A enfermaria dos síflíticos chamava-se casa das boubas»

Conforme Fernando da Silva Correia (1940) nos transmite, as obras para a construção daquele hospital foram iniciadas em 1482 com a presença de D. João II e terminaram em 1502. O hospital mais notável de Florença à época era o de Santa Maria Nova o seu regimento era considerado modelar, dada a pormenorização nele introduzida com a finalidade do exercício eficaz no tratamento dos doentes. Por indicação testamentária do Príncipe Perfeito foi que «pouco mais ou menos seguisse o regimento que se tem em Florença e Sena». O mesmo autor informa-nos, ainda que «O número total das camas do Hospital parece ter sido de 155. Eram 6 as enfermarias destinadas a doentes, havendo duas para mulheres. No conjunto das enfermarias, havia 99 camas. Mas o Hospital tinha mais quatro salas, duas destinadas a doentes incuráveis, uma para cada sexo, alojando-se 8 em cada sala, e duas a peregrinos, com 20 camas para cada sexo. Além disso, eram nele recolhidas as crianças enjeitadas, para serem depois entregues a mães».

O Hospital Real de Todos-os-Santos era, à época, um hospital verdadeiramente polivalente como à evidência se prova; de acordo com Frei Nicolau de Oliveira, citado por Carmona (1954) possuía «As casas dos doidos (casas de orates), cinco para homens e quatro mulheres. Relativamente ao internamento dos loucos no hospital, ao qual o Regimento não faz referência, a primeira notícia alusiva ao facto é a provisão de 20 de Fevereiro de 1539, citada por Nogueira (Esparsos, pág. 157), nomeando “o capelão de D. João III Pedro Fernandes de Gouveia para curar no hospital os doentes que estavam fora do siso que a ele vierem e nele foram recebidos- por ele disso ter muita experiência e o saber muito bem curar como já fizera a outros

muitos que da dita enfermidade foram doente e os deu são...”. Acerca do local onde os loucos estavam alojados no edifício, um assento do provedor, de 1568, mandando abrir uma porta para dentro do hospital na residência do cirurgião dos males, diz que esses aposentos davam para a Betesga e que a porta era aberta na varanda que estava sobre o pátio dos doidos.

Gomes de Brito (na nota 293 da Estatística de João Brandão, pág.113), diz «que o alojamento dos doidos era provavelmente no pavimento térreo do edifício do lado norte, ao longo da actual rua do Amparo, porque na *Regulação para Estabelecimento da Pequena Posta*, impressa em 1801, se denomina travessa do Amparo ou dos Doidos- porventura a própria rua do Amparo».

No repassar dos séculos e pelo Regulamento de 1891 do Hospital Conde de Ferreira da Misericórdia do Porto alude-se à consulta externa dos alienados indigentes. Assim, daquele Regulamento extratamos: «Capítulo VII: Da consulta externa Art.144.º Afim de socorrer alienados indigentes que não tenham logar no hospital, e ainda nevropatas também indigentes, cujas affecções possam conduzir á loucura, é creada uma consulta externa». A indigência era atestada quer pelas autoridades administrativas quer pelo pároco. No seu Art.145.º expressa-se «Os doentes que concorrem á consulta externa tem direito a receber gratuitamente banhos, medicamentos ou quaisquer applicações therapeuticas reputadas necessárias pelo medico consultante, que será sempre um dos internos». O aludido Regulamento era extraordinariamente pormenorizado designadamente a nível da terapêutica médica, nele se lendo no Ar.25.º alínea 21.º«Encarregar um ou mais clínicos do Hospital na elaboração do formulário de medicamentos para uso do mesmo Hospital, formulário que somente vigorará depois de discutido e aprovado pelo corpo clinico».

Noutros países como, por exemplo, no Brasil à medicina social, coube a função (Vieira 1981) de no plano preventivo isolar o louco, procurando minimizar o risco por ele apresentado e neutralizar o efeito destrutivo que a sua doença acarreta; nesta ordem de ideias e conforme a mesma autora o hospício/asilo apresenta-se como o principal instrumento terapêutico da psiquiatria. No século XIX os termos “asilo” “hospício” ou “hospital” eram, no Brasil, expressos aleatoriamente na documentação (Oda e Dalgalarrodo 2004). Segundo estes autores «Tais hospitais poderiam contar com uma assistência médica precária e eventual, mas sua principal intenção era caritativa: dar aos necessitados abrigo, alimento e cuidados religiosos. O mesmo se deu com relação aos estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, que surgiram bem antes da psiquiatria nacional constituir-se como uma disciplina médica delimitada, quase sempre fundados a partir de estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia- conforme se pode concluir da análise de documentos oficiais , como os relatórios dos presidentes de várias províncias brasileiras(Maranhão, 1841-1887; Pará, 1848-1889; Pernambuco, 1846-1888; Rio Grande do Sul, 1852-1885; São Paulo, 1848-1889).

Como se sabe, o primeiro destes hospícios exclusivos foi fundado pelo imperador Pedro II que, como ato filantrópico comemorativo ao dia de sua sagração resolvera “criar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados”, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte (Decreto nº82, de 18 de julho de 1841)».

Em França, de acordo com Imbert (1982) a lei de 1838 impôs a cada departamento “d’avoir un établissement public spécialement destine à recevoir et à soigner les aliénés” sem, segundo o mesmo autor, suprimir os “quartiers spéciaux” destinados aos alianados nos hospitais.

Mais tarde e igualmente segundo Imbert (1982) o hospital de Saint-Méen, em 1852 é transformado em hospício departamental de alienados, orientação que sectorialmente manterá ainda até hoje. Assim, segundo aquele autor no período de 1796 – 1941, os estabelecimentos hospitalares multiplicaram-se, graças não só aos poderes públicos, mas também às doações particulares sendo de relevar os das crianças e dos alienados.

Conforme nos transmitem Raynaud et Veyret (1982) os hospitais psiquiátricos foram criados nas periferias das grandes cidades, com vastos terrenos, na grande maioria dos casos pelos Departamentos com base na Lei de 1938. Durante a Segunda Guerra Mundial e a ocupação da França o numero de doentes diminui e segundo os mesmos autores deveu-se ao facto da diminuição do consumo das bebidas alcoólicas e das restrições alimentares, tendo depois recrudescido. Em 1960 existiam 120000 doentes em tratamento, para 110000 camas, teóricas.

Os Implicados em Medicina de Catástrofe

Porém este tipo de assistência exacerba-se, e, actualmente, no âmbito da Medicina de Catástrofe criou-se entre outros, o termo Implicado: directo, indirecto, territorial, nacional. Noto(2015). O conceito de implicado foi criado em 1986 num quadro da acção de socorro aquando de vagas de atentados que eclodiram em Paris nesta data. Este conceito provava à evidência e designava outrora como hoje, toda e qualquer vítima que estando presente em locais de agressão colectiva ficou indemne a qualquer lesão corporal mas que pode vir a apresentar imediata ou secundariamente perturbações do foro psicológico de natureza variada (Noto2015). Este conceito alargou-se e segundo o mesmo autor observações ulteriores permitiram desenvolver outros factores de implicação e projectar a noção de varios tipos de implicados a merecer uma análise mais exhaustiva. Assim, podemos considerar o implicado directo, aquele que se encontra imediatamente atingido no local da situação de catástrofe, incluindo os próprios interventores. O implicado indirecto, o qual não esteve presente no teatro de operações, nas que tomou conhecimento e que se encontra envolvido no acontecimento, quer porque um familiar ou amigo se encontra entre os mortos ou feridos e concomitantemente sofrendo de angústia e incerteza aquando das informações acerca do estado das vitimas. No caso do implicado territorial, como o próprio nome indica, este conceito abrange uma área geográfica alargada, por exemplo um Concelho, quando um número de habitantes considerável do mesmo foi envolvido numa situação de catástrofe; neste caso os próprios interventores no socorro não se devem deixar submergir por conflitos emocionais que podem ser altamente potenciados e deformados por algumas acções dos órgão de comunicação social. Na implicação nacional, como se compreende, há todo um atingimento directo ou indirecto de uma nação; estão englobadas, como é óbvio as vitimas não podendo sequer estar excluídos os actores no socorro. (Noto2015).

Neste contexto, de multivítimas, excluídas as somáticas evidenciam-se presentemente algumas estruturas e subsequentes acrónimos que merecem ser analisados, tais como CADI, CARE, CAI. Definimos estas estruturas, como CADI (Centro de Acolhimento dos Implicados): aquando de uma urgência colectiva é o local dos implicados expostos a um stress psíquico destinado ao seu reagrupamento, reconforto e abrigo no período de espera para uma eventual avaliação pelas CUMP (Células de Urgência Médico- Psicológica).

CARE(Centro de Acolhimento e Reagrupamento) No caso de uma catástrofe destrutora, ou de um acontecimento privando a população de abrigo é o ponto de reagrupamento das populações a fim de lhe assegurar os primeiros socorros sociais(

nomeadamente o alojamento provisório, alimentação) e / ou sua evacuação. O acrónimo CAI (Centro de Acolhimento de Informação) em caso de uma urgência colectiva de tipo NR (Nuclear, Radiológica) ponto de acolhimento das populações implicadas expostas a um risco de contaminação radiológica ou de radiação nuclear, destinado a reagrupa-los, abriga-los, tratá-los e se necessário, reconfortá-los. (Noto et al 2016).

Na protecção das populações face às catástrofes e perante o número de implicados, segundo Noto (2016) podemos encarar Cinco cenários : 1- A segurança física (a vida) está directamente ameaçada, 2 – O Habitat ameaçado, 3- O Habitat privado de energia eléctrica, 4- O Habitat privado de água potável, 5- Uma parte da população não tem Habitat.

Reflexões Conclusivas

A evolução da terapêutica psiquiátrica evoluiu desde tempos extraordinariamente recuados, desde modelos clássicos, que passaram por medicamentos tradicionais e estruturas hospitalares que responderam no limite de acordo com o tempo, espaço e mentalidade científica evidenciadas para as respectivas épocas.

No presente, face a uma situação de catastrophe o universo das vítimas segundo Julien et al (2017) comporta geralmente, à evidência 30% de urgências absolutas (UA: Extremas Urgências e primeiras urgências, U 1), de 70% de urgências relativas (UR: U 2 e U 3) às quais se acrescenta o número variável de implicados, logo, feridos psíquicos. Nesta ordem de ideias, não podemos deixar de ter presente nos Teatros de Operações a acção das CUMP(Células de Urgência Médico-Psicológica) face aos Implicados, nos quais qualquer um de nós se poderá incluir, dado o potencial número crescente de todo o tipo de Catástrofes.

Bibliografia

CARMONA, M. — O Hospital Real de Todos os Santos. Lisboa: Ed. Boletim Clinico dos Hospitais Civis de Lisboa. Vol 18. 1954

CARRASCO, P. — Espana en la Historia de la Asistencia Psiquiatrica. In PAZZINI, A. (Ed.) — Atti del Primo Congresso Europeo di Storia Ospitaliera. Roma: Centro Italiano di Storia Ospitaliera, Roma, 1962, p. 1270-1272.

CORREIA, F.S. — Um documento importante para a História do Hospital de Todos os Santos. Lisboa: Separata de Imprensa Médica, 1940.

IMBERT, J. — Progrés Limité des Structures d'Accueil (1796-1941). In IMBERT, J. (Ed.) — Histoire des Hôpitaux en France. Toulouse: Editions Privat, 1982. p. 365-401.

JULIEN, H.; RONCHI, L.; HUOT-MARCHAND, F. — Lettre de la SFMC. 93 (2017) 20-23

MOLLAT, M. — Les Premières Hôpitaux (VI-XI Siècles). In IMBERT, J. (Ed) Histoire des Hôpitaux en France. Toulouse: Editions Privat. Toulouse pp13-32, 1982

NOTO, R. — Concept d'Implication Nationale. Lettre de la SFMC. 84 (2015) 30

NOTO, R. — Protection des Populations et catastrophes. Lettre de la SFMC. 92 (2016) 13-16

NOTO, R. et al — Définitions des acronymes CADI, CARE, CAI. Lettre de la SFMC. 88 (2016) 22-23.

OLDA, A. ; DALGALARRONDO, P. — O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Ver. Latinoam. Psicopat. Fund. 7:1 (2004) 128-141.

PAZZINI, A. — Saggio di Esegesi Storica Sull'Origine del Concetto di Ospedale In: PAZZINI, A. (ed) — Atti del Primo Congresso Europeo di Storia Ospitaliera. Roma: Centro Italiano di Storia Ospitaliera, p. XLII – XLIV

PINA, Luís de —História Geral da Medicina. I Volume. Porto: Ed. Domingos Barreira, 1954.

PINA, Luís de —Histoire de la Médecine Portugaise. Abrégé. Porto: Enc. Portuguesa, 1934.

Regulamento Geral do Hospital de Aliados do Conde de Ferreira (1891) Off. Typographica do Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Ed Misericórdia do Porto, 1891.

REYNAUD, P.; VEYRET, L. — Modernité des Conceptions Hospitalières (1941-1980) In: Imbert J (ed) Histoire des Hôpitaux en France. Toulouse: Editions Privat, 1982, p. 495-525.

VIEIRA, A. — Organização e Saber Psiquiátrico. Revista de Administração de Empresas 21:4 (1981) 49-58.

Agradecimento:

Os autores agradecem ao Sr Adjunto de Comando, Mário Ferreira e à Sr^a Voluntária Isilda Silva, colaboradores da UEIFIS dos BVS Pedro Cova pela ajuda prestada na elaboração do manuscrito.

D. DUARTE, PRIMEIRO PSICOPATOLOGISTA PORTUGUÊS

Nuno Borja-Santos*¹ Luís Afonso Fernandes**¹ Guilherme Bastos Martins**¹
Vera Dindo**²

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Sahlgrenska University Hospital – Gotemburgo

*Médico Psiquiatra; ** Médico Interno de Psiquiatria

E-mails n.borja.santos@gmail.com;lafonsocunha@gmail.com;

guilhermestmartins@gmail.com;vdindo@gmail.com

Palavras-chave: Portugal, história, rei, psicopatologia, psiquiatria

Resumo: Após uma breve nota biográfica acerca do Rei D. Duarte, reportam-se algumas passagens da sua obra, "Leal Conselheiro", exemplar da literatura moralista e prática da Idade Média, dando destaque a algumas situações psico(pato)lógicas descritas, que hoje designaríamos por síndromas, como o narcisismo ("soberba"), o luto ("nojo") ou a depressão ("humor merencórico"). A propósito desta, sublinha-se o seu caso, por ele descrito, que se teria iniciado com uma fase não voluntária de hiperactividade (motivada pela substituição temporária das funções régias do seu pai, D. João I, que se ausentara para a conquista de Ceuta), a que se seguiu uma outra de depressão cuja sintomatologia é traçada minuciosamente, mas em que a indissociabilidade com que descreve os dois quadros faz não só lembrar o actual conceito de doença bipolar, como uma tese acerca da mesma, explanada por Koukopoulos em *The Primacy of Mania*.

Abstract: After presenting King Duarte's short biographical note, we quote his treatise *The Loyal Counsellor* ("O Leal Conselheiro"), an exemplar piece of medieval moral literature, highlighting some of its psycho(patho)logic descriptions, such as those today known as narcissism ("soberba"), grief ("nojo"), or depression ("humor merencórico"). About the latter, we present his own self-described clinical case that would have begun with a non-voluntary hyperactivity period (motivated by the take-over of royal functions while his father, John I, was commanding the conquest of Ceuta), followed by another of depression, which symptoms are thoroughly characterized. The two clinical pictures are inseparable in its descriptions reminding both the present concept of bipolar disorder and the thesis about the previous as stated by Koukopoulos in the article "The Primacy of Mania".

Introdução

D. Duarte, segundo rei da dinastia de Avis, nasceu em Viseu, em 1391 e casou em 1428, em Coimbra, com D. Leonor de Aragão, com a qual teve nove filhos de que sobreviveriam seis após o parto. Reinou apenas meia década, entre Agosto de 1433 e Setembro de 1438. Neste ano, aos 47 de vida, morreu em Tomar, ficando sepultado nas Capelas Imperfeitas do Mosteiro da Batalha.

De um breve resumo de sua vida, que não apenas do seu reinado, ressalta que escreveu dois livros (deixando um terceiro de notas), coadjuvou o pai nas funções régias, sofreu uma depressão, dobrou o Cabo Bojador, perdeu Tânger e aí, um dos seus irmãos. Num dos livros, *Leal Conselheiro*, referiu alguns dos sintomas que experienciou e que procuraremos analisar, à luz dos actuais conhecimentos psicopatológicos.

D. Duarte foi um reinventor da língua portuguesa, conseguida através de alguma relatinização, também ocorrida noutras línguas românicas que levou à introdução de novos vocábulos (“saudade” é o mais conhecido). Escreveu já algumas obras na nossa língua, sendo que, até então a literatura mais importante era vertida em latim, reservando-se os idiomas nacionais para os escritos mais quotidianos e corriqueiros. Também aí, D. Duarte inovou, ao fornecer literatura mais séria à nossa língua, de que o expoente máximo é o *Leal Conselheiro*. Do ponto de vista da História da língua, o *Leal Conselheiro* foi escrito no período arcaico da língua portuguesa, mas já na sua segunda fase, que começa ainda no séc. XIV e se prolonga até ao séc. XVI, ou seja, no chamado português medieval, ou galego-português, pouco antes do início da transição para o português moderno. Na verdade, este texto evidencia marcadores linguísticos diferenciadores de uma língua cuja evolução também contribuiria para a formação da identidade nacional. Aliás, para esta faceta da obra concorreu o facto de ter nascido numa época de transição entre uma mundividência cristã de tradição medieval e uma autonomia de pensamento pré-renascentista, já com um esboço de apartamento entre as dimensões religiosa e política.

Por outro lado, já não se trata de uma obra para ouvintes de salões, mas sim para leitores no seu recato de gabinete individual. É a obra que melhor representa o pensamento de D. Duarte, tratando-se de uma compilação de ensaios, que oferece aos seus leitores um projecto de vida pessoal, social e nacional, ainda que apresentado de um modo bastante assistemático. Efectivamente, apesar de dispersos, os diferentes textos apresentam uma unidade temática: os *leais conselhos* do rei no sentido de se associar o saber ao agir, na prática da virtude. Foram reunidos proximamente à sua morte, ao que parece por insistência da sua mulher¹, podendo ter servido como testamento político ao rei. De intenção didáctica e com uma finalidade essencialmente prática, não há nos seus escritos uma verdadeira preocupação especulativa ou formal. O texto apresenta-se com um tom coloquial, reflexo de situações concretas da existência humana. A sua invenção da palavra saudade (*suydade*), marcaria indelevelmente a identidade portuguesa, referindo então o rei, que não encontrou um vocábulo equivalente no latim ou em outra língua. Descreveu-o de uma forma particular, como expressão simultânea de prazer e de tristeza numa relação dinâmica entre desejo e lembrança. Afonso Botelho, já na década de 50 do século XX, realça que D. Duarte a classifica como problema do espírito, não como conceito definido, sublinhando o carácter fenomenológico da escrita filosófica do rei.

Entre as notas escritas pelo rei em o *Leal Conselheiro* e que mais nos interessam em termos da sua descrição psicopatológica está sobretudo a narração cronológica das suas próprias alterações do humor, embora neste campo sejam também de assinalar a exposição conceptual de vários traços de personalidade ou tipos de temperamento que observa nos outros.

Como outras obras dignas de menção figuram também o *Livro da Ensinança de bem Cavalgar Toda a Sela*, verdadeiro tratado de equitação e inovador à escala europeia e o *Livro de Conselhos*, espécie de “bloco-notas” – diríamos hoje – de que o rei nunca se separava e que mostra o seu apreço pela escrita como forma de conservar as ideias (“as palavras voam, as coisas escritas ficam”, tal reza o aforismo romano de que era adepto). Esta veneração pela escrita e pela leitura levou-o aos conselhos que

¹ D. Leonor, em 1440, ao viajar para Castela após a morte de D. Duarte, terá levado consigo o exemplar do livro, o que teria implicado que o mesmo permanecesse desconhecido durante largo tempo. De facto, apesar de referido pelos cronistas do rei, só viria a ser plenamente conhecido no século XIX quando é publicado entre nós.

forneceu a quem não tinha especial inclinação pela última, bem como à reprodução escrita de leis que já eram levadas à prática como a Lei Mental.

Acerca da documentação da época que versa sobre a vida e obra do rei, os documentos mais importantes de então, *Crónica de D. Duarte*, de Rui de Pina e *Crónica da Tomada de Ceuta*, de Gomes Eanes de Zurara reflectem, no primeiro caso (escrito setenta anos depois), em exclusivo, o tempo de reinado e no segundo, a sua ligação, que não foi de primeiro plano, àquela expedição. No entanto, ambos caracterizam em comum o rei como fraco e infeliz. Acresce que, como refere Luís Miguel Duarte, seu actual biógrafo, o rei foi – é - constantemente ofuscado por vários protagonistas históricos de intenso brilho: seus pais, D. João I e D. Filipa de Lencastre, seus irmãos infantes D. Henrique, D. Fernando, D. Pedro e D. Isabel, o Condestável, Nuno Álvares Pereira e outros. Zurara e Pina, segundo a maioria dos historiadores, terão sido os primeiros a apontar D. Duarte como rei fraco e infeliz, tradição retomada por Oliveira Martins e Júlio Dantas, que se manteve quase até hoje na descrição psicológica do monarca. Por outro lado, ficou este ainda associado a dois desastres nacionais: a tragédia de Tânger e de seu irmão, D. Fernando, libelo acusatório para a classe política de então; sem esquecer o exílio de sua viúva com a sequente batalha consanguínea em Alfarrobeira. Além dos insucessos já referidos, é-lhe apontado o carácter fraco, excessivamente escrupuloso e dependente de terceiros, nomeadamente de seu pai e irmãos. Já Dantas o classifica de “neurasténico” no terreno da “degenerescência”. Aliás, neste mesmo campo, situa a sua ascendência, tanto paterna como materna. Ângelo Ribeiro, em 1931, encara-o como psicasténico, com “uma sensibilidade a tocar a morbidez”. A secessão da depressão e sua classificação como doença, no início do século XX (até então, como hoje o tende a voltar a ser, integrada em oscilações do humor) e, por outro lado, o seu revestimento de um carácter nobre e próprio dos espíritos inteligentes e superiores, também propiciou um terreno favorável. Veja-se o poema de Pessoa, sobre D. Duarte inscrito em “Mensagem”.

Meu dever fez-me, como Deus ao mundo.
A regra de ser Rei almou meu ser,
Em dia e letra escrupuloso e fundo.

Firme em minha tristeza, tal vivi.
Cumpri contra o Destino o meu dever.
Inutilmente? Não, porque o cumpri.

F. Pessoa (Mensagem)

Mais benevolentes e mesmo elogiosos parecem ser os que dissecaram a obra escrita do rei (ao que parece figura inegavelmente culta para a época), como Rodrigues Lapa, em 1940, Costa Pimpão, em 1947 e Lindley Cintra, em 1960. Joaquim de Carvalho, em 1942, realçaria também a análise quase fenomenológica que o rei faz das virtudes e dos pecados. Maurício dos Santos, em 1960, responsabiliza-o pela expedição a Tânger, considerando-o dotado de firmeza e carácter ao contrário de outros autores que lhe apontam um papel passivo na aceitação da mesma. Sobre a sua vertente psicopatológica, surgiram obras de Daniel Sampaio com António Lobo Antunes (“D. Duarte ou a Depressão no Trono”), de 1980 e Amaral Dias (“D. Duarte e a Depressão”), de 1981. Aquela, pela primeira vez, aponta-lhe um distúrbio bipolar como diagnóstico mais provável. Todos os outros trabalhos médicos, sejam acusadores numa perspectiva degeneracionista ou reabilitadores numa visão

existencial ou psicanalítica se focaram numa só faceta da personalidade ou da psicopatologia de D. Duarte: o seu lado melancólico.

É verdade também que determinados acontecimentos históricos negativos podem ter facilitado a saliência desta faceta:

—A alegada preferência (utópica) de D. João I por D. Henrique, como seu sucessor.

—Ter ficado associado ao desastre de Tânger (que, segundo a maioria dos autores, parece ter aprovado mais por pressão da sua *entourage*, que por convicção).

—Ter ficado ligado, ainda que à distância, à batalha fratricida de Alfarrobeira.

—O papel apagado que parece ter tido na sua festa de casamento, ao ponto de o cronista quase não se lhe referir, na descrição do evento¹.

—A sua morte, quase só e com escasso acompanhamento familiar no funeral, hipotético indicador de escassa sociabilidade em vida.

No entanto, há também relatos de períodos de mais energia, criatividade e até de firmeza. Neste sentido, José Mattoso interroga-se: como poderia um abúlico conseguir os empreendimentos que ele conseguiu? É a esta pergunta que tentaremos responder, tomando como pista os aspectos mais importantes do trabalho literário deste tal rei amorfo, no campo daquilo que hoje designamos por psicopatologia; veremos, então, como foi a sua auto-descrição e examinaremos também o que nos dizem alguns psiquiatras nossos contemporâneos a propósito de vivências semelhantes.

De facto se, como acima dissemos, há determinados acontecimentos na vida de D. Duarte que apontam para vivências depressivas, também se podem referir outras no sentido da hipertimia:

—A própria dedicação à escrita e à leitura.

—A sua entrega e vocação a actividades físicas como a caça, o cavalgar (arte em que era exímio) e os desportos, como a luta.

—Um episódio, relatado por Zurara, de evasão repentina, ocorrido numas festas de Natal, em que sem qualquer preparação ter-se-á feito à estrada apressando “tanto o seu passo que, posto que os dias fossem mais pequenos e os caminhos maus, chegou a Viseu a tais horas que ouviu ainda o ofício da véspera dos Reis, com seus irmãos”.

—Dois períodos de hiperactividade (um na regência por ausência do pai para Ceuta ne outro quando dos primeiros tempos como rei), o primeiro dos quais, o próprio analisa detalhadamente em o *Leal Conselheiro*.

Sabemos igualmente que alguns dos seus familiares, nomeadamente o avô, D. Pedro I (com manifestações de grande desinibição social e sexual) e o seu neto D. João II (com atitudes por vezes disfóricas, embora também com, pelo menos, um provável episódio depressivo), podiam também estar afectados por doença afectiva. Há até que salientar que D. Duarte e D. Leonor eram consanguíneos, sendo ambos bisnetos de D. Pedro I, o que pode ter contribuído para afectar os descendentes. No ramo inglês, John of Gaunt, seu avô materno vivia com a mulher e a amante no mesmo palácio, situação escandalosa para a época, sendo ainda considerado um delapidador do erário público.

Mas é a partir de o *Leal Conselheiro* que podemos extrair as notas mais interessantes acerca da doença de D. Duarte. Começa por referir que aos 22 anos, tendo seu pai embarcado para a conquista de Ceuta, e ficando ele com as funções

¹ No entanto, segundo outros, o rei ter-se-ia ausentado precocemente da festa juntamente com a sua rainha.

régias em sua substituição, se viu subitamente atarefado com uma agenda exigente composta de reuniões longas e frequentes e de tomadas de decisão de marcada importância. Estas novas responsabilidades, escrupulosamente cumpridas, trouxeram como consequência uma inescapável hiperactividade que, segundo o próprio, ao fim de três anos, começou a dar mostras de enfraquecimento, tendo, por fim, cumprido a muito custo, as suas obrigações. Descreve assim o quadro que sobreveio:

—“Esta vida continuei ataa pascoa, quebrando tanto minha voontade, que ja nom sentia alguu prazer me chegar ao coração daquelle sentido que ante fazia” (anedonia).

—“E, quanto mais aos cuidados me dava, tanto como maiores sentidos me seguia, nom podendo entender que dalli me viinha, por que eu trabalhava em aquelles cárregos [...]” (ideação obsessiva).

—“E aquel pensamento entrou em meu coração, que per seis meses huu pequeno spaço nunca o del pude afastar [...]” (pensamentos ruminativos de morte).

—“Porem taaes hi ha que, passado o dia, logo riim, fallam, e despachadamente no que lhes praz pensom [...] nom continuadamente se sente, salvo se tanto se acrescenta que derriba em tristeza.” (Carácter temporário do luto que pode evoluir para depressão – “humor merencórico”¹ – ou, tomando a taxonomia actual, luto patológico).

—“E a suidade nom descende da cada hua destas partes, mes he huu sentido do coração que vem da sensualidade e nom da razom, e faz sentir aas vezes os sentidos da tristeza e do nojo.” (saudade)².

—“E o avorrecimento avemos d’alguas pessoas que desamamos ou de que avemo enveja (posto que seja em nossa secreta camara do coração), e dos desgraçados, enxabiidos ou sensabores [...]” (desinteresse).

Acresce que há mais episódios depressivos na vida de D. Duarte, entre os 42 e os 46 anos, seguindo-se á morte de seu pai: a prisão de uns tios em Navarra e a derrota de Tânger. Mas o primeiro, terá sido especialmente prolongado dadas as obrigações que se avizinhavam, ao ponto de um clérigo da corte lhe ter vociferado: “Acordai, Senhor, para o officio de Rei!”

No entanto, o próprio descreve que, por vezes, regressava aos períodos de normalidade, o que pode configurar uma doença afectiva com intervalos livres: “E dalli avante eu fui assi perfeitamente saão, como se de tal sentimento nunca fora tocado.” No primeiro episódio que, na fase final coincide com a morte da mãe, experimenta pouco após o desenlace, uma melhoria súbita, podendo-se, por isso, pensar numa situação de viragem do humor.

Existe igualmente uma referência às recomendações dos médicos para o seu estado, afirmando que lhe prescreveram vinhos fortes e relações sexuais frequentes, conselhos que não cumpriu, fazendo pensar que a falta de adesão à terapêutica é um problema antigo. Ao invés, propôs um recolhimento à fé e um convívio com pessoas tranquilas e devotas.

Aliás, dá a sua própria receita para a cura do mal, em que predominam medidas “comportamentais” que podem levar à mudança, em três frentes: o corpo, a sensibilidade e a razão.

¹ Esta expressão, que podemos traduzir por humor depressivo, foi também introduzida por D. Duarte no léxico português.

² É curioso ser a saudade uma confluência de sentimentos positivos e negativos, ao fazer lembrar o estado misto das doenças afectivas, ou seja uma fase em que há confluência de sintomas maníacos e depressivos.

Para o corpo, propõe um estilo de vida saudável (“[...] requiere com, beber, dormir e, lançando fora toda sobegidõe em que se sostem, de se ja manteer o corpo em saude [...]”).

Para a dimensão sensível prescreve prazer (“E o sentir demanda cousas ligeiras de passar com prazer, com toda deleitaçom da voontade [...]”).

Para a razão sugere acção (“E do entender requiere bem fazer com folgança em cuidar de compoer em obra [...], seendo obra em si boa e bem feita”).

Se atendermos à psicopatologia actualmente aceite das doenças afectivas, vemos como principais alterações apontadas, as do domínio psico-motor (“corpo”), do humor (“sensibilidade”) e do pensamento (“razão”).

Esta descrição de D. Duarte, em que o humor merencórico se segue a um período de intenso labor, faz lembrar as teses de alguns psiquiatras contemporâneos (nomeadamente de Koukopoulos) acerca da consideração da mania como o estado primário da perturbação bipolar¹ e reservando assim, a depressão a uma consequência do estado excitatório da mania, podendo ainda existir o estado misto, no qual ocorrem as duas fases (depressiva e maníaca) em conjunto. A explicação desta relação nasce da ideia que o processo excitatório é nefasto para o sistema nervoso, descrevendo a depressão como a manifestação psíquica desta sequela e como um período de reparação. Nesta perspectiva, o estado excitatório (mania) traz um estado de exaustão da actividade nervosa, resultando na consequente depressão (“*mania is the fire, depression is the ash*”).

No entanto, para Koukopoulos, a mania pode surgir num equivalente, ou seja, não tem de ser primariamente psíquica. Temos assim que fenómenos como hiperactividade, abuso de substâncias psicoativas, toma de antidepressivos, corticóides ou outros fármacos ou privação de sono, mas também um acontecimento de vida, podem-se constituir como *trigger*, para o adoecer maníaco e consequentemente depressivo.

Como referimos, D. Duarte, em “O Leal Conselheiro”, caracterizou ainda alguns tipos de personalidade, como os “soberbos” que podemos traduzir por “Narcisistas”. A propósito, caracteriza-os como querendo que “todallas cousas lhe devem vir ao comprimento de seus desejos” e por “nunca muito agradecerem os bens e mercees, honras e serviços que lhes sejam feitos, que entendem e teem que muitos mais merecem”. Define ainda os “invejosos” como tendo o “prazer que filham das vantagens que pensam averem sobre os outros”.

Conclusões

D. Duarte, o erudito rei português, segundo da segunda dinastia, pela sua autodescrição do quadro clínico que experimentou - fazendo lembrar algumas teses de autores contemporâneos acerca da doença bipolar - e pelas suas observações de outras condições psíquicas, pode ser considerado o primeiro psicopatologista português, não apenas pela sobreposição expositiva com a moderna ciência, como pela elaboração de uma tese compreensiva, de natureza fenomenológica sobre o adoecer depressivo. A este processo, não foi estranha a sua apetência pela reflexão e pela escrita, no que também foi, para sua época, inovador em Portugal.

Bibliografia

¹ No entanto, cabe realçar que as teses de D. Duarte se situam no domínio compreensivo e as de Koukopoulos no explicativo, podendo na melhor hipótese, invocar-se o epifenomenalismo ou o paralelismo filosófico para as poder sobrepor completamente.

COELHO MUNIZ, M. R. — Os leais e prudentes conselhos de El-Rei D. Duarte (pp. 245-305). In: Mongelli, L. M. et al. Literatura Doutrinária na Corte de Avis. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

COSTA MARQUES, F. — D. Duarte Leal Conselheiro. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1942.

DUARTE, L. M. — D. Duarte. Requiem por um Rei Triste. Lisboa: Círculo de Leitores, 2005.

KOUKOPOULOS, A.; GHAEMI, S. N. — The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders Eur .Psychiatry. 24:2 (2009) 125-34. Acedido 2.5.2017.

MATTOSO, J.; SOUISA, A. — Realizações. (495-547). In: MATTOSO ,J. — História de Portugal. Vol. 2. Lisboa: Círculo de Leitores, 1993.

MOURA PINTO, F. <https://revistapontesdevista.com/2015/04/06/sobre-d-duarte-e-o-seu-leal-conselheiro/> Acedido 2.5.2017

Pessoa, Fernando — Mensagem. Lisboa: Assírio & Alvim, 2017.

SAMPAIO, D.; LOBO ANTUNES, A. — D. Duarte or the depression in the throne. Acta Psiquiátrica Portuguesa. 26 (1980) 203-210.

NORMAS E PROCEDIMENTOS DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA NA TRANSIÇÃO DE OITOCENTOS PARA NOVECENTOS: O CASO DE ANTÓNIO FERREIRA DA SILVA

Inês Pinto da Cruz

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20
Investigadora Colaboradora do Ceis20; Doutorada em Altos Estudos em História pela Faculdade de
Letras da Universidade de Coimbra
Email: inespacruz77@gmail.com

Palavras-chave: exame mental, Conselho Médico-Legal, legislação,
irresponsabilidade criminal

Abstract: The psychiatric care legislation promulgated between the late nineteenth century and the early twentieth century in Portugal constituted a set of key moments in the History of Portuguese Forensic Psychiatry. This paper focuses on the procedures and medico-legal regulations in situations of the use of «defense of insanity» at that time. To such purpose, we will study the case of António Ferreira da Silva, who, in 1917, published manifestos and injurious letters against the judicial and administrative authorities of Ansião, due to the fact that he had been sentenced to a term of exile to Setúbal for the crime of assault, causing bodily harm. After being examined by two physicians, this individual's case was eventually transferred to the Coimbra's Medico-Legal Council, where the doctors examined and diagnosed him with "paranoia with persecutory delirium", fact that turned this into a case of the use of «defense of insanity».

Introdução

Alguns dos momentos mais relevantes na história da Psiquiatria Forense portuguesa desabrocharam na última década do século XIX, através da organização dos serviços psiquiátricos, sob a forma de legislação avulsa. Esta comunicação pretende abordar os procedimentos e normas médico-legais dessa época numa situação de suspeita de alienação mental e consequente apuramento de responsabilidade criminal, recorrendo, para tal, à consulta dos referidos diplomas legais e sua aplicação prática num caso de irresponsabilidade criminal por anomalia psíquica, pesquisado no Arquivo da Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal.

Discussão/Desenvolvimento do Tema

A organização dos serviços psiquiátricos em Portugal ocorreu com a legislação avulsa, integrada pela Lei de 4 de julho de 1889 («Lei Sena»¹), primeira lei orgânica referente aos alienados²; a Lei de 3 de abril de 1896, («Lei dos Alienados Delinquentes»³); a Lei de 17 de agosto de 1899⁴, que instituiu os Serviços Médico-

¹ Vide PEREIRA, Ana Leonor - A Institucionalização da Loucura em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais. 21 (1986) 92.

² *Collecção Official de Legislação Portuguesa (COLP) – Anno de 1889*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890, p. 318 e 319.

³ AUGUSTO, António Ferreira - Legislação Penal mais importante e que não está codificada. Coimbra: Livraria Académica, 1905, p. 252.

⁴ *COLP – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 327-328.

Legais; o Decreto de 16 de novembro de 1899¹, que regulava os mesmos Serviços; e o Regulamento de 8 de fevereiro de 1900², que norteava a ação da Medicina Legal em todas as comarcas do país. Tais diplomas determinavam as normas e os procedimentos médico-legais a tomar numa situação de suspeita de alienação mental e consequente apuramento de responsabilidade criminal.

Assim, no período cronológico em questão, sempre que fosse participado um facto qualificado pela lei de crime ou delito, e tal tivesse sido cometido por um indivíduo alienado ou suspeito de padecer de alienação mental, o juiz deveria, por iniciativa e autoridade próprias, ordenar exame médico, para se poder averiguar e avaliar se o agente seria suscetível de imputação, em conformidade com o disposto na legislação penal. Nas situações em que o juiz não ordenava *ex officio* o referido exame, este deveria então ser realizado logo que fosse requerido pelo Ministério Público, por algum familiar ascendente ou descendente, ou pelo cônjuge do autor do ato criminoso.³

No caso de o ato praticado constituir um crime ou delito a que fosse aplicável algumas das penas maiores, o exame médico-legal deveria ser feito sempre mediante intervenção de dois peritos e, perante um cenário de desacordo, deveria ser mediado por um terceiro, para desempate.⁴ Como se pode observar, a lei admitia a divergência entre os peritos, o que deixa transparecer a complexidade desta área.

O Artigo 5º da lei de 3 de abril de 1896 instituía que o exame médico-legal deveria ser efetuado na comarca onde o ato criminoso tinha ocorrido, com a condição de aí existir um número suficiente de peritos e caso estes fossem da opinião de que haveria condições para realizar tal exame. Na situação de não haver número suficiente de peritos na comarca, o exame poderia então vir a ser realizado em qualquer outra comarca mais próxima, desde que aí houvesse o número de peritos exigido por esta lei, salvo o direito do Ministério Público requerer que a observação se fizesse num hospital de alienados.⁵

Nas situações em que os peritos fossem da opinião que o exame só poderia ser efetuado numa instituição manicomial, o juiz poderia ordenar a realização do exame médico num hospital de alienados, quer de forma oficiosa, quer a requerimento do Ministério Público, ou ainda a pedido de outra parte legitimamente interessada no processo. O juiz poderia ainda deliberar que ali se procedesse a um segundo exame médico-legal, no caso do primeiro efetuado pelos peritos comarcãos ter sido insuficiente para se poder avaliar da imputabilidade do autor do ato criminoso.⁶

O prazo para a realização dos exames em instituições manicomiais era geralmente de 2 meses, podendo contudo, haver prorrogação deste, na eventualidade de se verificar a necessidade de uma observação mais longa, ou de haver suspeita de simulação de loucura. Nos casos em que a necessidade dessa prorrogação se verificava, o diretor da instituição para alienados teria de expor ao juiz os motivos pelos quais considerava necessária tal medida, pois só em situações muito excecionais e devidamente justificados é que a observação poderia ir além de seis meses. Após o exame, os peritos teriam então que atestar as suas declarações, as quais ficariam

¹ *Ibidem*, p. 711-717.

² *COLP – Anno de 1900*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 16-26.

³ Artigo 1º da Lei de 3 de abril de 1896. *COLP – Anno de 1896*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897, p. 139.

⁴ Artigo 4º, *ibidem*.

⁵ Artigo 5º, *ibidem*.

⁶ Artigos 5º e 6º, *ibidem*.

registadas no respetivo auto.¹

Durante o exame, era estipulado por lei a necessidade de cooperação com o trabalho dos peritos, especificando que deveriam ser prestadas todas as informações e esclarecimentos requisitados por estes, não só no que dizia respeito ao facto criminoso e suas circunstâncias, mas também no que se referia ao seu autor.²

Quanto aos procedimentos a tomar, no caso de só existir um perito na instituição manicomial, ou, havendo dois, se estes estivessem em desacordo, o juiz que presidisse ao ato deveria ordenar a eleição e notificação de outro médico que se distinguisse pelos seus conhecimentos de patologias mentais.³

Os peritos, por sua vez, deveriam fornecer as informações necessárias que permitissem uma decisão rigorosa sobre a imputabilidade dos(as) examinados(as), pelo que estes deveriam manifestar, se o individuo sujeito a exame mental padecia de alienação, se se trataria de uma situação permanente ou transitória e ainda, se este havia praticado o ato delituoso sob a influencia daquela moléstia, encontrando-se portanto, privado da consciência dos próprios atos, ou impedido do livre exercício da sua vontade.⁴

Nas situações em que o réu manifestava sinais de alienação mental no decurso da instrução de algum processo e se tal fosse comprovado por exame médico, a acusação seria suspensa até que o indivíduo recuperasse o uso normal das suas faculdades mentais.⁵

No caso de se verificar algum tipo de indício de alienação mental por parte de um recluso, o diretor da cadeia deveria providenciar que este fosse submetido a observação médica.⁶ No entanto, se essa observação conduzisse à conclusão de que se tratava de um caso de simulação de loucura, o tempo de observação seria descontado no cumprimento da pena e o recluso incorreria também numa medida disciplinar, desde que fosse autorizada pelo regulamento da cadeia.⁷

A partir de 1900, com a lei de 17 de agosto, sempre que houvesse necessidade de se proceder a um exame mental requerido pelo Ministério Público e em casos de maior complexidade, este seria realizado pelo Conselho Médico-Legal, o qual deveria ser composto pelo professor de Medicina Legal, pelo médico alienista e por um médico antropologista criminal. O juiz do processo deveria participar o exame ao diretor da Morgue, ficando este encarregado de convocar o competente Conselho, para data e hora certas, e igualmente de notificar o juiz, assim que tal fosse determinado, para efeitos legais.⁸

O relator dos exames de alienação mental deveria ser o médico alienista. O relatório por ele redigido seria assinado por todos os membros votantes do Conselho Médico-Legal, no caso de, após a votação que se seguia à discussão dos resultados, haver consenso. 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.⁹

Nos outros casos, sempre que fosse necessária a realização de um exame

¹ Artigo 7º, *ibidem*.

² Artigo 8º, *ibidem*.

³ Artigo 10º, *ibidem*, p. 139 e 140.

⁴ Artigo 11º, *ibidem*, p. 140.

⁵ Artigo 12º, *ibidem*.

⁶ Artigo 20º, *ibidem*, p. 140.

⁷ Artigo 24º, *ibidem*.

⁸ Artigos 35º, 37º e 38º do decreto de 16 de novembro de 1899. *COLP – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 713.

⁹ Artigos 46º, 47º e 48º, *ibidem*, p. 714.

mental, e desde que houvesse pelo menos dois médicos, este seria realizado pelos peritos comarcãos, fora do Conselho Médico-Legal. Impunha-se, portanto, por uma razão prática, delegar competências a médicos de comarca, não só para sistematizar os princípios requeridos pelo dispositivo médico-legal (e as perguntas que este determinava ver respondidas), mas também porque não havia especialistas de Medicina Legal em todo o território. Foi nesse sentido aliás, que foi promulgado o Regulamento de 8 de fevereiro de 1900, regulador da atuação da Medicina Legal em todas as comarcas do país. Este era composto por um questionário, que pretendia constituir um conjunto de instruções reguladoras da ação médico-legal, fornecendo assim aos médicos comarcãos um modelo de procedimentos a seguir.¹

Contudo, nas situações em que não existiam dois médicos em determinada comarca, e havendo possibilidade de se transpor o presumido alienado à presença do Conselho Médico-Legal da respetiva circunscrição, o exame seria efetuado pelo mesmo.² Tal acontecia igualmente, sempre que os peritos comarcãos se viam confrontados com falta de meios e equipamento para a realização do exame, bem como nas situações em que se verificava algum ponto de discórdia entre os médicos da comarca, dúvidas, ou no caso de desconfiarem de simulação por parte do(a) examinado(a).³

Nas circunstâncias em que o médico alienista propunha ou o Conselho votava por maioria, que o(a) examinado(a) fosse internado num hospital de alienados, em proveito de uma observação mais detalhada, este(a) seria enviado(a) para o hospital da respetiva circunscrição. Neste contexto de atuação, Coimbra pertenceria à circunscrição do Porto, uma vez que, naquela época, não havia nenhum estabelecimento de saúde para alienados na cidade universitária.⁴ A observação hospitalar poderia ser acompanhada por qualquer dos membros do Conselho, sendo que, terminada a mesma, o diretor da instituição manicomial enviaria ao diretor da Morgue, onde funcionava o Conselho Médico-Legal, a nota do resultado da observação. Este, por sua vez, remetê-la-ia ao médico alienista, para ser considerada no parecer respetivo, e convocaria oportunamente o Conselho Médico-Legal, para discussão desse mesmo parecer.

Para que todo o aparelho médico-legal funcionasse da melhor forma, os juizes, corresponder-se-iam diretamente com os conselhos sobre as funções que competiam aos mesmos.⁵

O caso de António Ferreira da Silva (1917)

António Ferreira da Silva era natural de Ansião, onde era também residente, exercendo a profissão de barbeiro. No dia 26 de outubro de 1917, publicou manifestos

¹ “Questionario e instrucções, que, na conformidade do artigo 7.º da lei de agosto de 1899, devem observar-se nos exames que não forem feitos pelos conselhos medico-legaes”, de 8 de fevereiro de 1900. *COLP – Anno de 1900*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 16-26.

² Artigos 104º, e 105º do decreto de 16 de novembro de 1899. *COLP – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 716.

³ AUC, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra*. Caixa 11- 1913 série B, processo 44.

⁴ Por vezes, em determinadas circunstâncias, os examinados poderiam ser observados nos Hospitais da Universidade de Coimbra, nomeadamente em situações em que se encontravam internados, sob prisão. *Vide DCINML - Registo de Exames Mentaes e Pareceres do Conselho Medico-Legal*, Livro 11 (1900-1911), processos nº 1, folha 1-10 e nº 3, folha 14-16; Livro 10, 1909, 6ª consulta, folha 15-56; AUC, *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra*, Caixa 7, 1911, Série A, processo 564, Caixa 11-1913 série B, processo 40 e Caixa 24, 1919, série C, processo 297.

⁵ Artigo 8º da Lei de 17 de agosto de 1899. *Ibidem*.

e impressos injuriosos contra as autoridades judiciais e administrativas desse concelho, tendo sido movido contra ele um processo crime.¹

Não era, porém, a primeira vez que tal indivíduo se via envolvido neste tipo de situação com a justiça, tendo já cometido vários atos inusitados, pelo que chegou mesmo a ser sujeito a exame mental por dois peritos comarcãos, entre março e abril de 1915, em virtude do crime de ofensas corporais, ação que o arguido considerava apenas legítima defesa, face a uma tentativa de assassinato à sua pessoa.²

Neste exame, os médicos relataram que não parecia existir um caso de doença psíquica, de natureza hereditária. Ainda assim, descreveram indícios físicos da sua presença, enquanto patologia instalada, combinados com ideias persecutórias, o que levou os peritos a considerar o diagnóstico de «excitação maníaca de grau inferior», patologia que a qualquer momento poderia tornar-se numa forma patológica mais grave.³

António Ferreira da Silva foi então condenado a uma pena de desterro para Setúbal, onde escreveu o panfleto que serviu de base ao já aludido processo crime, promovido pelo agente do Ministério Público da Comarca de Ansião. Logo desde os primeiros encontros, o advogado do arguido iniciou uma suspeita de que este sofria de alienação mental, conjectura essa, que se transformou numa profunda convicção e o levou a falar sobre o caso com a família do barbeiro. Deste modo, e de acordo com o parágrafo único do artigo 1º⁴ e com o artigo 2º⁵ da Lei de 3 de abril de 1896, a esposa do arguido, requereu um exame mental aplicado ao seu marido.⁶

No dia 8 de outubro de 1917, estiveram presentes no Tribunal Judicial de Ansião os peritos comarcãos que, dois anos antes, haviam já realizado uma primeira observação clínica ao arguido. Estes argumentaram que, não obstante a sua convicção de que o arguido sofreria de delírio persecutório, não tinham meios para realizar um exame mental mais completo e demorado, pelo que consideravam que António Ferreira da Silva deveria ser examinado por peritos especializados, em Conselho Médico-legal.⁷

Perante a conclusão dos médicos de comarca, e em conformidade com o artigo 35º⁸ do Decreto de 16 de novembro de 1899, o Ministério Público requereu que

¹ “Relatório e Parecer do Conselho Médico-legal da 3ª Circunscrição ácerca do exame mental de A.F. S., casado, barbeiro, de Ancião”. In *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra – caixa 20, série C, 1917, processo 197*.

² “Exposição dos factos ocorridos com o arguido, ora examinado, Antonio Ferreira da Silva e que justificam este exame”. *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ “Quando o juiz não ordene *ex officio* o mencionado exame, deverá este fazer-se logo que o requeiram o ministerio publico ou algum ascendente, descendente ou conjuge do indigitado criminoso”. *COLP – Anno de 1896*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897, p. 139.

⁵ “Deverá proceder-se tambem a exame medico-legal, quando fôr praticado algum crime ou delicto que pela sua natureza ou circunstancias especiaies, ou pelas condições do agente, possa justificar a suspeita ou presumpção de que este procedera em estado de alienação mental; e bem assim quando esta seja invocada para explicação do facto e defeza do seu auctor por este, ou por qualquer das pessoas designadas no paragrapho antecedente”. *Ibidem*.

⁶ “Carta Precatória do Tribunal Judicial da Comarca de Ancião às Justiças da Comarca de Coimbra”. In *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra – caixa 20, série C, 1917, processo 197, folhas 1 e 2*.

⁷ “Carta Precatória do Tribunal Judicial da Comarca de Ancião às Justiças da Comarca de Coimbra”. In *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra – caixa 20, série C, 1917, processo 197, folha 3*; e “Relatório e Parecer do Conselho Médico-legal da 3ª Circunscrição ácerca do exame mental de A. F. S., casado, barbeiro, de Ancião”. *Ibidem*.

⁸ “Os exames cadavericos, os de alienação mental e os de quaesquer casos em que o ministerio publico assim o requeira, presumindo a sua gravidade, serão feitos, nas comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra,

o arguido fosse examinado pelo Conselho Médico-legal da respetiva circunscrição. Tal requerimento foi deferido pelo juiz da comarca de Ansião, passando para tal fim a respetiva carta precatória, datada de 27 de outubro de 1917.¹

O Conselho Médico-legal procedeu ao exame mental de Ferreira da Silva, reunindo nos dias 15 e 22 de novembro de 1917 e proferindo o seu veredicto final a 26 de novembro do mesmo ano, ao sublinhar que o examinado apresentava um delírio acentuado e progressivo, constituído de conceitos egocêntricos e primitivos, supondo-se vítima da hostilidade do meio que o rodeava, de uma forma obsessiva e desconfiada.²

Após a reunião e análise detalhada dos vários elementos do processo e dos resultados do exame direto do arguido, os médicos do Conselho Médico-legal relataram que a sintomatologia psíquica do indivíduo examinado se destacava nitidamente, a partir dos seus escritos, caracterizando a sua personalidade e que, ao ser misturada com hábitos de alcoolismo crónico, exaltação de memória, inexistência de sintomatologia somática, bem como a ausência de um passado mórbido que pudesse relacionar-se ou ter atuado, direta ou indiretamente no estado de António Ferreira da Silva, seria fácil e lícito concluir que:

- O examinado padecia de paranóia com delírio persecutório e de alcoolismo crónico;
- Deveria ser internado numa instituição manicomial como medida profilática;
- Era irresponsável pelo delito cometido, em virtude de anomalia psíquica.³

O sucedido despertou algum interesse na época, tendo o examinado sido mesmo retratado no *Seculo Cómico* de 23 de dezembro de 1915, sob a epígrafe “Barbeiro Recomendavel”⁴.

Conclusão

O caso de António Ferreira da Silva constitui, assim, um bom exemplo da complexidade de todo o processo que implicava o apuramento da responsabilidade criminal de um réu em contexto de suspeita de alienação mental. De acordo com a legislação em vigor na época, a situação apresentada começou pela realização de um exame por parte dos médicos da comarca de Ansião, a pedido da esposa do arguido, e culminou na observação efectuada pelo Conselho Médico-Legal da circunscrição de Coimbra, requisitado pelo Ministério Público, em virtude da falta de meios adequados de diagnóstico atestada pelos médicos comarcãos.

Fontes e Bibliografia

Fontes de arquivo

Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra – caixa 20, série C, 1917, processo 197.

pelo respectivo Conselho medico-legal”. Decreto de 16 de novembro de 1899. *COLP – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 713.

¹ “Carta Precatória do Tribunal Judicial da Comarca de Ansião às Justiças da Comarca de Coimbra”. In *Processos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra* – caixa 20, série C, 1917, processo 197, folha 6.

² “Relatório e Parecer do Conselho Médico-legal da 3ª Circunscrição ácerca do exame mental de A. F. da S., casado, barbeiro, de Ansião”. *Ibidem*

³ “Relatório e Parecer do Conselho Médico-legal da 3ª Circunscrição ácerca do exame mental de A. F. da S., casado, barbeiro, de Ansião”. *Ibidem*.

⁴ *O Seculo Comico*, (XVIII) nº 946, de 23 de dezembro de 1915.

Bibliografia

AUGUSTO, António Ferreira — Legislação Penal mais importante e que não está codificada. Coimbra: Livraria Académica, 1905.

(COLP) Collecção Official de Legislação Portuguesa— Annos de 1889, 1896, 1899, 1900. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890, 1897, 1900, 1901.

O Seculo Comico, (XVIII) nº 946, de 23 de dezembro de 1915.

PEREIRA, Ana Leonor - A Institucionalização da Loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 21(1986) 85-100

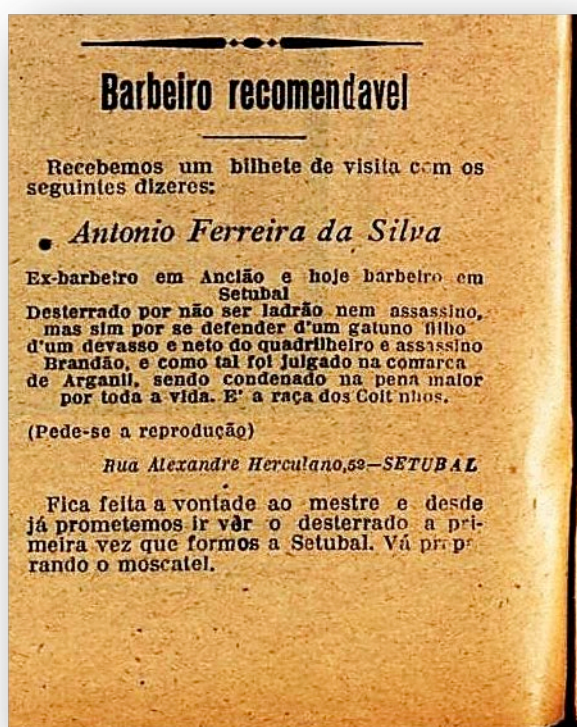


Figura 1: Recorte d'*O Seculo Comico*, onde A.F.S. foi retratado

O TRATAMENTO MORAL EM JÚLIO DE MATOS

Tânia Sofia Ferreira

Faculdade de Letras da Universidade do Porto – CITCEM

E-mail: Tania21mail@sapo.pt

Palavras-chave: Júlio de Matos, alienismo, asilo

Resumo: No entender de Júlio de Matos, tratar o alienado como se fosse um “homem são de espírito”, com quem seria possível estabelecer um diálogo coerente, de modo a convencê-lo da falsidade das suas convicções, era “tempo inutilmente gasto”. Neste âmbito, o tratamento moral, preconizado por W. Tuke em Inglaterra e por Pinel em França, em finais do século XVIII, que assentava no reconhecimento de um fundo de razão no alienado e, por isso, na possibilidade de uma terapêutica assente num diálogo benévolo e persuasivo com o doente, evitando assim os meios repressivos, não tem qualquer acolhimento por parte do alienista português, para quem este meio terapêutico não passava de um “capítulo falso de psiquiatria, felizmente esquecido”.

Introdução

Em 1884, no *Manual das Doenças Mentais*, a respeito do *Tratamento Moral*, que preconizava na sua essência a possibilidade de um tratamento com base num diálogo lógico e paciente com o alienado, Júlio de Matos é muito claro sobre a rejeição deste meio terapêutico que tomava o “delírio como um desvio da vontade, uma obstinação deliberada no erro”, da mesma forma que reprovava a abordagem “à maneira de Leuret”, alienista francês que mais defendeu este tratamento para a alienação mental em meados do séc. XIX em França. Como surgiu no alienismo a ideia de um tratamento moral? Quais eram as suas diretrizes clínicas? Quem foi François Leuret e de que modo entendia ele a loucura e a melhor maneira de a tratar? Na resposta a estas questões tentaremos compreender a posição do alienista português face ao tratamento da alienação mental em finais do séc. XIX.

O nascimento do tratamento moral da alienação mental

A conceção de um tratamento moral da alienação mental, não violento, surgiu na sequência de uma corrente filantrópica de finais do séc. XIX onde predominava um ambiente de “grande confiança revolucionária”. Pinel teria libertado os loucos das “garras do obscurantismo despótico, cruel e sobretudo ignorante”, da mesma maneira que o povo francês se havia “libertado pela Revolução do despotismo monárquico”.¹ Foi neste contexto que se deu uma rutura teórica fundamental no modo de pensar a natureza da loucura, responsável pelo nascimento da psiquiatria, quando Pinel “transpõe o limiar para lá do qual já não será filosoficamente e medicamente possível considerar o louco totalmente outro”.² Para o “pai da psiquiatria” francesa, a

¹ LECOURT, Dominique – *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris : PUF, 2004: 103

² Nas palavras de Gladys Swain, que analisou aprofundadamente esta questão, com Pinel considera-se que estamos agora perante “um ser que não está separado dos outros, tal como não está indiferente ao que lhe acontece. Nele, nem encerramento em si, nem ausência em si, mas uma dilacerante presença no sentido da sua perturbação e da preocupação contínua de outrem. (...) sujeito que de algum modo conhece a sua alienação e defende-se contra ela. Daí o objetivo que surge de um tratamento que faz inteiramente do elemento da relação de fala. Hegel (1770-1831) dá conta precisamente dessa rutura teórica fundadora ao escrever: “é por isso que o verdadeiro tratamento psíquico atém-se firmemente ao ponto de vista de que a loucura não é uma perda abstrata da razão, nem sob o aspeto da inteligência,

alienação mental não se tratava de uma fatalidade ou uma maldição que corrompia integralmente a alma mas antes um “desregramento do espírito”, uma simples “contradição na razão ainda presente”, da mesma maneira que a doença física entrava em contradição com a saúde mas não a destruía totalmente como a morte.¹ Desta nova percepção da loucura nasceu uma nova abordagem terapêutica, o tratamento moral, cujos princípios fundamentais assentavam nas seguintes ações: “escutar, consolar, tranquilizar, distrair o paciente do objeto exclusivo do seu delírio”, assentar na benevolência, na doçura, na persuasão, os fundamentos da terapêutica, ao invés da brutalidade e da utilização de meios contentivos. Neste âmbito, segundo Pinel, em *Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés* (1798), bastaria somente “falar-lhes com doçura”, “compadecer-se com os seus males” e “dar-lhe a esperança consoladora de uma sorte mais feliz”, para ver o alienado abandonar a sua “cólera” e a sua perigosidade.

No entanto, a terapêutica moral, assim compreendida, esteve longe de se tornar norma nos asilos, constituindo-se somente como uma condição para a eficácia do tratamento, já que o próprio Pinel admitiria quase imediatamente o fracasso desta terapêutica e a necessidade de uma atitude autoritária em presença do alienado, de concentração de todo o poder na figura do médico, que deveria impor o seu sistema de valores ao paciente.

Como explica Jacques Postel, se, “falar-lhes com doçura” representava a base de toda a terapêutica, e a condição para que se estabelecesse com o paciente uma relação de confiança, um clima de simpatia, compreensão, de modo a que o paciente se pudesse exprimir com a maior liberdade possível – resumida na expressão “condoer-se com os seus males” –, já a ideia de “dar-lhes a esperança consoladora de uma sorte mais feliz”, seria tanto o motor desta abordagem terapêutica, alimentando no doente a convicção da sua cura e levá-lo a confiar no terapeuta, como também a “armadilha”, ao converter o paciente no “sistema de crenças do terapeuta”.² Mesmo após o reconhecimento de um fundo de razão no alienado, esta deveria ir sempre de encontro à razão do médico enquanto autoridade moral. Não se reconhecia, portanto, uma relação igualitária entre médico e paciente, conectados num diálogo onde os interlocutores poderiam comunicar racionalmente entre si e onde as opiniões do alienado teriam tanta legitimidade como a do seu terapeuta, mas sim uma relação em que uma das partes, o alienista, impunha o seu sistema de valores à outra parte, o alienado, cuja razão perante a autoridade moral do médico, seria sempre “frágil e enfraquecida”. O objetivo consistiria portanto em “normalizar” o doente, e para o médico não haveria qualquer dúvida de que só ele sabia o que era a normalidade e os meios para a alcançar, num sistema em que existia uma plena distinção entre normal e patológico.³

nem sob o do querer e da sua responsabilidade, mas um simples transtorno, uma simples contradição no interior da razão, a qual ainda se encontra presente da mesma forma que a doença física não é uma perda abstrata, ou seja, total, da saúde (tal perda seria a morte) mas uma contradição nessa saúde. Esse tratamento humano, ou seja, tão benigno como razoável – Pinel merece o maior reconhecimento pelos serviços que prestou a esse respeito –, pressupõe que o doente é um ser razoável (...). ”

¹ MURAT, Laure – *L’homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*. Éditions Gallimard, 2011, p. 80

² POSTEL, Jacques – *Dictionnaire de la Psychiatrie*. Paris : Larousse, 2011. P. 485

³ Júlio de Matos em *Manual das Doenças Mentais*, relativamente à «imitação» como causa predisponente da loucura, sublinha que este fator apenas tem influência nos “fracos de espírito”, “pouco trabalhados pela cultura intelectual”, onde não existe “poder de concentração” e capacidade avaliativa suficiente de modo a apreciar convenientemente os factos. Pelo contrário, crê “firmemente” Júlio de Matos que “a convivência com os alienados não pode produzir senão resultados benéficos nos

Paradoxalmente, ao mesmo tempo que a aproximação ao alienado se desejava mais “humanizada”, o tratamento moral vai fazer da intimidação uma outra ferramenta indispensável. Uma vez que, segundo as palavras de Laure Murat, tratava-se de “reprimir a loucura, mas sem por a mão sobre ela, adotando para isso uma ‘voz fulminante’, ‘o tom mais imponente e mais inflexível’, usando se for necessário a força da dissuasão (enviar numerosos enfermeiros ao mesmo tempo para impressionar o paciente, por exemplo).” Assim, nas palavras desta autora, o programa do tratamento moral não tem qualquer ambiguidade: “Quebrar, domar, submeter (...) Trata-se de um programa que repousa sobre um ‘aparelho impondo o terror’”.¹ Efetivamente, a natureza deste tratamento moral assentou na intimidação e mesmo no “terror”, que o alienista deveria infligir ao doente, que seria particularmente violenta com François Leuret. É o que esclarece uma memória de Pinel, *Observations sur la manie, de 1794*, a respeito do “grande princípio do regime moral dos maníacos”:

(...) quebrar a sua vontade e domá-los, não por lesões e trabalhos violentos, mas por um aparelho impondo o terror que os possa convencer de que não são de modo algum senhores de seguir a sua vontade impetuosa e que submeter-se é o melhor que têm a fazer.²

Esta dominação e submissão da força mórbida dos alienados, a neutralização desta “vontade impetuosa”, só seriam possíveis num espaço fechado, rigorosamente disciplinado, impermeável a qualquer incitação mundana, com uma concentração de poder no alienista que será simultaneamente médico e diretor.

François Leuret e a defesa de uma etiologia moral da alienação

Será com François Leuret, autor do *Traitement Moral de la Folie*, que se vai acentuar esta “relação médico-doente e a psicoterapia por persuasão”, com a adoção de medidas terapêuticas que pela sua perspectiva científica e severidade moral levaram a que a comunidade alienista se distanciasse, pelo menos teoricamente, e se unisse em qualificar de desumana e retrógrada a intervenção de Leuret.³

Leuret entendia que a alienação, “enquanto aberração das faculdades do entendimento” não se manifestava, ao contrário das outras doenças, por sintomas físicos, sendo as causas que a produziam da ordem das paixões e das ideias. Ainda que o alienista francês estimasse que estes fenómenos, que seriam estranhos às leis da matéria, e as faculdades mentais, não se manifestariam nunca sem a intervenção do sistema nervoso, esta verdade teria pouca relevância para o tratamento uma vez que não se “provava necessariamente que uma lesão orgânica fosse a causa imediata da

espíritos observadores e reflexivos”. E continua: “Fundo esta crença principalmente na ausência de casos de loucura em médicos alienistas. De resto, compreende-se *à priori* que o exame objetivo e, se assim posso exprimir-me, naturalista dos desvios psíquicos do homem, deve num cérebro bem organizado radicar o equilíbrio das faculdades”. In MATOS, Júlio – *Manual das Doenças Mentais*, p. 26

¹ MURAT, Laure – *L’homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*. Éditions Gallimard, 2011, p. 82

² Este excerto está reproduzido em *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*, 1998, Jacques Postel, entre as páginas 233-248.

³ Leuret fez da severidade, da intimidação, dos duches frios, os métodos terapêuticos principais, como meio de obrigar o paciente a renunciar às suas ideias fixas. No entanto, nas palavras de Claude Quérel, “todos os alienistas faziam a mesma coisa, Pinel e Esquirol à cabeça, mas Leuret professa-o – o que será energeticamente reprovado pelos seus colegas alienistas”. QUÉREL, Claude – *Images de la Folie*. Éditions Gallimard, 2011, p. 72

loucura”. Neste âmbito, como nos explica Ian Dowbiggin, afigurava-se mais lógico para Leuret empregar métodos que “agissem diretamente sobre a inteligência e as paixões”, dado que os “estados psicológicos e emocionais constituíam os sintomas da loucura mais evidentes e mais numerosos”.¹ Ou seja, o alienista francês rejeitava a origem anatomo-patológica da alienação mental, dado que a seu ver, determinar uma natureza orgânica da doença, e que “uma alteração patológica do cérebro precedia cada operação mórbida do espírito”, constituía um grave erro “porque reforçaria a opinião segundo a qual os loucos seriam incuráveis”.²

Nas palavras de Ian Dowbiggin, é possível pensar que neste debate sobre a etiologia da loucura, Leuret tivesse a posição mais razoável, segundo a qual “já que a base orgânica de cada espécie de desordem mental não tinha sido encontrada, a melhor aproximação terapêutica estaria ainda em apostar nos sintomas afetivos empíricos e sua etiologia moral evidente para a psicoterapia”.³

Mas a rejeição das teses de Leuret prendesse também com as consequências profissionais e teóricas graves que vinham da sua aceitação. Como nos explica Ian Dowbiggin, se tal conceção fosse aceite, ou seja, se se compreendesse a doença mental como uma doença somática, o seu tratamento deixaria de ser exclusivamente uma questão médica. O jornalista Louis Peisse fazia precisamente notar as consequências profissionais da doutrina de Leuret:

(...) o facto da questão da natureza orgânica da alienação mental teria uma significação prática grave porque se a loucura era uma doença da alma ou do espírito, então ela não seria mais o apanágio exclusivo dos médicos. Da mesma maneira, não constituiria uma doença no sentido médico do termo, e consequentemente, os teólogos, os moralistas e os juristas seriam também eles titulados para tratar dos loucos.⁴

No entanto, as posições de Leuret acabaram por ceder perante o discurso organicista da neuropsiquiatria que começou a orientar as investigações para a descoberta de lesões anatómicas ou biológicas suscetíveis de explicar o aparecimento das diversas formas de loucura, e que aos poucos começava a invadir o campo da psiquiatria. A seguinte afirmação do alienista Guillaume Ferrus resume a orientação científica da época em relação a este assunto:

(...) asseguramos que há antes da explosão do delírio, perturbações diversas da sensibilidade, que o doente se queixava de cefalgia e de perturbações nas funções digestivas, dormia pouco ou tinha um sono agitado, tornando-se singular e bizarro, etc. O ponto de partida da alienação é portanto mais ordinariamente uma lesão física, lesão que não podemos sempre demonstrar anatomicamente, mas quantas questões em medicina não são assim também, e não devemos atribuir aqui a insuficiência da observação à insuficiência dos elementos de investigação.⁵

¹ DOWBIGGIN, Ian – *La Folie Héréditaire ou comment la psychiatrie française s’est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*. Paris : E.P.E.L, 1993, p. 59

² DOWBIGGIN, 1993 : 60

³ DOWBIGGIN, 1993: 68-69

⁴ DOWBIGGIN, 1993: 70

⁵ DOWBIGGIN, 1993: 66

O asilo como “instrumento de cura”

Segundo Claude Quétel, o asilo terapêutico nasceu do “postulado da curabilidade da loucura”. No hospital de alienados, instituído por Esquirol como um “instrumento de cura”¹, o tratamento moral poderia ser posto em funcionamento, “arrancando o alienado aos seus maus hábitos, aos seres e aos lugares que até então lhe alimentavam a loucura, na verdade fazendo nascê-la”.² Igualmente, como condição necessária à eficácia da terapêutica, o sistema asilar devia estar submetido à autoridade absoluta do médico. É o que afirma Georget que, na esteira de Pinel e Esquirol, eleva o alienista, que seria simultaneamente médico e diretor, ao topo de uma “hierarquia de poderes indispensável” ao bom funcionamento asilar:

O governo dos loucos deve ser absoluto, todas as questões devem ser decididas sem apelo pelo médico que poderá, se os pedidos, as reclamações dos doentes ficarem muito importunas, opor-lhes o regulamento da casa.³

São exatamente estas as orientações terapêuticas que Júlio de Matos adotou. Nas palavras do alienista, o *tratamento moral*, tal como a “ciência moderna o entende e aplica”, subordinava-se à aplicação de dois princípios fundamentais: o *isolamento* e o *trabalho*. Na grande generalidade dos casos, o isolamento impunha-se mesmo como uma “necessidade”:

Subtrair o doente ao seu meio habitual, separá-lo da família e dos amigos, sujeitá-lo a novos costumes de vida, submete-lo, enfim, à vigilância e autoridade de pessoas consagradas ao serviço especial da loucura, é em geral a primeira das indicações a preencher. Esta opinião, primeiro emitida por Esquirol, tem hoje a consagração unânime dos alienistas.⁴

Assim, a primeira condição para o sucesso da terapêutica consistia em arrebatar o doente ao ambiente patogénico em que se encontrava para o integrar num ambiente saudável, o hospital de alienados, cujos “instintos de domínio e de revolta” seriam subjugados pela estrita regulamentação da vida asilar e através dos princípios que deveria governar um estabelecimento desta natureza: autoridade, disciplina e obediência. Assim, neste espaço fechado às “incitações mórbidas”, onde a vontade do alienado passava a ter uma “esfera restrita de ação”, seria possível eliminar e normalizar o doente.

O outro princípio do tratamento moral consistia no *trabalho*, que podia ser *intelectual*, procurando inserir o alienado no estudo das ciências, da literatura e das artes, ou *manual*, ambos com o objetivo de desviar a atenção dos alienados das ideias fixas e delirantes. Segundo Júlio de Matos, o trabalho agrícola seria o mais indicado e um dos mais fomentados nos grandes hospitais que possuíam em redor vários terrenos de cultivo, mas também o trabalho industrial que previa a ocupação dos alienados em “oficinas de pintura, de cordoaria, de costura, de fiação, etc.”.⁵

¹ Segundo Esquirol, “Uma casa de alienados é um instrumento de cura; entre as mãos de um médico hábil, é o agente mais poderoso contra as doenças mentais”.

² QUÉTEL, 2010: 72

³ QUÉTEL, Claude – *História da Loucura. Da Antiguidade à invenção da Psiquiatria. Do Alienismo aos nossos dias*. Lisboa: Texto & Grafia, 2010, p. 160

⁴ MATOS, 1884: 75

⁵ MATOS, 1884:

Conclusão

Júlio de Matos rejeita as diretivas do tratamento moral assim como de qualquer método terapêutico que reconheça no alienado alguma liberdade e autodeterminação da vontade, como por exemplo o *no-restraint*. O alinhamento com o discurso organicista da neuropsiquiatria, que a partir de meados do séc. XIX orienta os alienistas para a descoberta de lesões anatómicas ou biológicas suscetíveis de explicar determinada afeção mental, a plena convicção no determinismo psicológico e na ação inflexível da hereditariedade mórbida, fez com que em quase trinta anos de experiência clínica Júlio de Matos mantivesse um grande pessimismo quanto às terapêuticas que não passassem pela sequestração do alienado num asilo e a utilização de meios contentivos como o colete-de-forças.

Fontes e Bibliografia

MATTOS, Júlio de – *Manual das Doenças Mentais*. Porto: Campos & Godinho Editores. 1884

MATTOS, Júlio de – *Elementos de Psiquiatria*. Porto: Livraria Chardron, de Lello & Irmão, 1911

DOWBIGGIN, Ian – *La Folie Héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*. Paris : E.P.E.L., 1993

QUÉTEL, Claude – *História da Loucura. Da Antiguidade à invenção da Psiquiatria. Do Alienismo aos nossos dias*. Lisboa: Texto & Grafia. 2 Vol. 2014.

QUÉTEL, Claude – *Images de la Folie*. Éditions Gallimard, 2010.

¿LA REEMERGENCIA DE LA PSIQUIATRÍA “PSICODÉLICA”? (UN VIAJE DESDE EL USO DE LA MESCALINA EN LOS AÑOS 30 AL USO DE LA PSILOCIBINA Y LSD EN LA MEDICINA Y LA PSIQUIATRÍA ACTUAL).

Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda*; Jessica Otilia Pérez Triveño**; Rosana Ortiz Soriano**; Elisabeth Balseiro Mazaira**; Xaqueline Estévez Gil***

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.
Servizo Galego de Saúde. Ourense. España.

*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatría
e-mail: cristina.carcavilla.puey@sergas.es

Palabras clave: alucinógenos, tratamientos psiquiátricos, Siglo XX, Siglo XXI, psicodelia

Keywords: hallucinogens, psychiatric treatments, XIXth Century, XIXth Century, psychedelia

Resumen: El objetivo del trabajo es realizar un “viaje” por el uso de sustancias psicodélicas como terapéutica en la psiquiatría de los siglos XX y XXI. Partiendo del hallazgo documental del uso de mescalina en el arsenal terapéutico del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela-A Coruña-España) en los años 30, pasaremos a realizar un repaso histórico acerca del uso del LSD en los tratamientos psiquiátricos (alcoholismo, TOC...) en varios países, durante las décadas de los años 50-70, o el uso de psilocybes en el Hospital Saint Anne de París en los años 60... tratamientos y terapias que fueron interrumpidos en los años 70. Recientemente asistimos a la publicación de investigaciones acerca de terapias con estas sustancias (LSD, psilocibina, ketamina...) en pacientes con ansiedad-depresión o en cuadros oncológicos terminales, entre otras patologías, algo que algunos autores han denominado la reemergencia de la psiquiatría “psicodélica” en el siglo XXI.

Abstract: The purpose of this research work is to make a "trip" through the use of psychedelic substances as therapeutic in the psychiatry of the XX and XXI centuries. Starting from the documentary finding of the use of mescaline in the therapeutic arsenal in the Conxo Asylum (Galicia-Spain) in the 30s, we will go on to make a historical review about the use of LSD in psychiatric treatments (for alcoholism, OCD...) in several countries, in the decade of the years 50-70, or psilocybes in Hospital Santa Anne (Paris) in the 60s, ... treatments and therapies that were interrupted in the 70s. Recently we attended the publication of research results about therapies with these substances (LSD, psilocybes, ketamine...) in patients with anxiety-depression or in terminal oncological cases, among other conditions; something that some authors have called the reemergence of "psychedelic" psychiatry in the XXI century.

Introducción y metodología

Durante el proceso investigador acerca de los tratamientos e intervenciones terapéuticas (piretoterapias, insulino-terapia, electrochoque, fármacos, hipnosis, hidroterapias...) que se aplicaron en el Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela en los periodos de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX (Rodríguez Noguera et al, 2017; Simón et al, 2016; Simón et al, 2015; Bustos et al,

2013), hemos encontrado constancia de la aplicación de terapias con sustancias alucinógenas en la década de los años 30. En este trabajo, partiendo de dichos datos documentales, obtenidos mediante revisión del Archivo Clínico del Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela entre 1885-1936, realizaremos una revisión acerca del uso de sustancias psicodélicas como terapéutica en la psiquiatría del siglo XX y XXI. Para el trabajo hemos usado fuentes de archivos, textos de la época así como una extensa revisión bibliográfica.

Uso de mescalina como terapéutica farmacológica en el manicomio de Conxo, año 1932

Nuestro viaje comienza en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, A Coruña, Galicia), en 1932. En los archivos de esta institución hay constancia del uso de mescalina, vía inyectable, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

En el verano de 1932, ingresa en el manicomio un varón, soltero, de 39 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide. Era natural de Vigo y de profesión, perito industrial. Permanecerá en el centro hasta su fallecimiento en 1951 por “*pulmonía (tuberculosis)*” (así lo refleja el “*Libro de Ingresos y Altas del Manicomio*” de esos años). Previo a su internamiento en Conxo, había tenido ingresos previos en Madrid desde al menos 1924, alguno de ellos en Ciempozuelos. Había sido atendido por psiquiatras madrileños de prestigio, como Esquerdo, Sanchís Banús o Fernández Sanz.

No figura en su historial el motivo por el que pocos días después de su ingreso, deciden someter al paciente a un “tratamiento experimental” con Mescalina (Mescalina Merck ampollas), vía intravenosa, administrado por el médico Valentín Pérez Argilés, quien señala en la historia que administra dicha medicación por indicación del Dr. Ramón Rodríguez Somoza, director del Manicomio desde 1931 (y que era un neuropsiquiatra formado en Madrid y Alemania, procedente de la órbita de Lafora y Ramón y Cajal) (Simón, 2005).

En las anotaciones sobre los resultados dejaron constancia de que, tras la administración de 1.5 cc de dicho preparado,” *no se observó ningún incremento alucinatorio*”. Desconocemos si se repitió la administración del tratamiento. En la documentación consultada no hay anotaciones posteriores.

De todos los casos que hemos podido revisar en los historiales de ingresos entre 1885 y 1936, este es el único en que se prueba este tipo de terapéutica farmacológica, si bien hay que señalar que muchos de los historiales clínicos contienen muy escasos datos o documentación (Rodríguez Noguera et al, 2017; Simón et al, 2016; Simón et al, 2015; Bustos et al, 2013). En cualquier caso, la aplicación de mescalina intravenosa supuso una terapia avanzada para el momento, ya que había sido sintetizada en 1919 por Späth, y poco después, en Alemania, durante los años veinte, hubo más de cien investigaciones publicadas en relación con los efectos de la mescalina sobre procesos psíquicos. De hecho, en el período entre 1886 y 1950, se publicaron más de cien estudios en lengua alemana acerca de la mescalina (Passie, s.f.). A modo de ejemplo, Kurt Behringer, psiquiatra de la clínica de Heilderberg, publica, en 1923 un artículo en una revista de psiquiatría alemana acerca de las psicosis experimentales con mescalina. Este mismo psiquiatra se habilita en Heilderberg con un trabajo sobre este tema, que publicará en 1927 como monografía “*Der Meskalinrausch*”. Asimismo, se realizan experimentos para investigar la influencia de la mescalina en la realización de tareas aritméticas, la estimación del tiempo, la estimación del peso, la expresividad lingüística y el rendimiento de la

memoria. Varios profesores como Gruhle, Willy Mayer-Gross, Hans Prinzhorn y Franz Tucek se prestaron voluntarios a los experimentos (Passie, s.f.).

Otros experimentos fueron los del psiquiatra Konrad Zucker, que trabajaba en el psiquiátrico de la Universidad de Greifswald, y que se interesó por las posibilidades de la investigación psicopatológica experimental con sustancias tóxicas desde mediados de los años veinte, empleando en sus experimentos mescalina en pacientes con esquizofrenia que presentaban cuadros alucinatorios (Zucker, 1930, citado por Passie, s.f.). Después de la extensa serie de experimentos en Heidelberg, Greifswald y Tubinga, solo se llevaron a cabo algunos experimentos científicos entre 1932 y 1945 (Passie, s.f.). Es más que posible que el psiquiatra y director del manicomio de Conxo, Ramón Rodríguez Somoza, conociese algunos de estos trabajos en lengua germana, pues realizó varias estancias en Alemania y Polonia, becado por la Junta de Ampliación de Estudios entre 1926 y 1930, para profundizar en conocimientos sobre Neuroanatomía e Histopatología en diferentes centros, como el manicomio de Friedrishaerg (Hamburgo, con el profesor Jakob), la Clínica del profesor Foerster (Breslau, Polonia) y la de los profesores Bumke (discípulo de Kraepelin), Spatz y Spielmeyer (Múnich) (Simón, 2005).

Historia de la psicodelia. De Europa a Estados Unidos.

Década de los 30 a los 80¹

En 1938 Albert Hofmann, químico suizo de los laboratorios Sandoz, inició sus investigaciones sobre el ácido lisérgico, el núcleo común de todos los alcaloides del cornezuelo -un hongo parásito del centeno- (Dyck, 2015). En 1943, accidentalmente, absorbió una cantidad infinitesimal de LSD-25, el derivado número 25 de una serie de 26 de la dietilamida de ácido lisérgico, teniendo como resultado un retorno a casa algo accidentado, zigzagueando sobre su bici por las apacibles calles de Basilea. De esta forma, quedó inaugurada la era de la psicodelia (Usó-Arnal, 2010) -"que manifiesta el alma", ampliador y enriquecedor de la visión de las cosas-, si bien debemos recordar que la utilización de compuestos alucinógenos tiene antecedentes milenarios -el dramaturgo francés Antonin Artaud viaja a México en 1936 y convive durante un año con los Tarahumaras, un pueblo indígena para quienes la toma del peyote está vinculada a rituales y bailes, que Artaud experimenta en primera persona y describirá posteriormente en sus obras- (Dagen, 2015).

Los primeros experimentos con LSD se realizaron en Zúrich, administrando dosis bajas de LSD (0.02-0.13 µg) a dos grupos, uno de personas "sanas" y otro de pacientes con esquizofrenia, detectándose en ambos un efecto eufórico, concluyendo que el uso de LSD podía resultar adecuado como coadyuvante de la psicoterapia.

En 1947 los laboratorios Sandoz lo comercializan para uso psiquiátrico, bajo la marca Delysid. A finales de los 50, Sandoz regalaba muestras a todos los psiquiatras que las solicitaran. En ese tiempo, Hofmann recibió una propuesta de la CIA para fabricar LSD de forma masiva, con finalidades aparentemente bélicas. Afortunadamente, Hofmann rechazó dicha invitación (Usó-Arnal, 2010).

En la década de los 50 y 60, el LSD fue utilizado por psiquiatras como psicólítico, para derribar barreras psíquicas del paciente y que así afrontara contenidos reprimidos en una sola sesión, que sin la ayuda de la sustancia hubieran aflorado tras meses o años de psicoterapia (Tupper, 2015). Uno de ellos fue el psiquiatra británico Humphry Osmond, quien, en 1957, afirmó en su conferencia *"La farmacología de las*

¹ Hemos seguido fundamentalmente los trabajos de Usó-Arnal para elaborar este apartado, complementados con otras referencias que figuran en el texto.

drogas psicomiméticas y psicoactivas", que la trascendencia del LSD iba más allá de su aplicación como apoyo a la psicoterapia, pues en algunos individuos era capaz de producir insights o penetraciones psicológicas que mejoraban el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno, por lo que podía usarse como vehículo para comprender las complejas formas de operar que tiene la mente, así como explorar temas filosóficos, sociales y religiosos.

Varios intelectuales se acercaron a la autoexperimentación con LSD y otras drogas enteógenas - "Dios dentro de nosotros"-; entre otros, Ernst Jünger, Robert Graves o Aldous Huxley. Huxley, novelista y filósofo, tenía como propósito vital alcanzar, a través de estados místicos, un conocimiento cósmico más rico de lo que el hombre, con sus simples circuitos cerebrales, es capaz de conseguir. Huxley tomó mescalina bajo la guía de Osmond; experiencia que para él supuso una llave hacia la ampliación del conocimiento y la conciencia. Sin embargo, la experiencia con LSD resultó, si cabe, más reveladora, considerando que con esta droga podía alcanzarse mayor inteligencia, capacidad de amar y espiritualidad. De hecho, en 1963, cuando se encontraba en su lecho de muerte, recibió LSD, y sugirió que sus efectos lo bañaron en una visión de calidez y pertenencia espiritual, que le facilitaron enfrentarse a la muerte sin temor.

Fue también en 1957 cuando nace el término "psicodélico" para describir la experiencia mental de traer a la luz asuntos que previamente formaban parte del inconsciente. Se atribuye precisamente a que fue Osmond, pionero de los ensayos terapéuticos con LSD y mescalina, el que inventó el término "psicodelia" en referencia a ambas sustancias, capaces de alterar la mente, en una carta privada que en 1956 envió al escritor Aldous Huxley: *"Para entender el infierno o volar hacia lo angelical, simplemente tome una pizca de Psychedelic"* (Gómez, 2004). El LSD fue prohibido formalmente por primera vez en 1966 por la ley californiana.

No debemos olvidar los progresos lisérgicos alcanzados por Stanislav Grof en el campo de la psicología transpersonal. Este investigador, psiquiatra y psicoanalista, que ha venido aplicando LSD en psicoterapias desde los años 50, comenzó estudiando lo que a él le parecían paralelismos sorprendentes entre la experiencia psicodélica y los estados excepcionales de conciencia asociados a las ceremonias curativas aborígenes, los ritos de paso y prácticas iniciáticas, los procedimientos chamánicos y las prácticas de numerosas tradiciones místicas y yóguicas. Finalmente, Grof ha llegado al convencimiento de que a los estados de conciencia inducidos por el LSD también se puede acceder mediante determinadas técnicas de respiración, combinadas con la música evocativa, ejercicios corporales y arte, método al que ha bautizado como "terapia holotrópica" (Grof, 1980).

Psicodelia en la España de los años 50

En España, durante la década de los 50, se llevaron a cabo investigaciones con sustancias alucinógenas en las Universidades de Barcelona y Granada.

El profesor Ramón Sarró Burbano acababa de obtener la cátedra de Psiquiatría de Barcelona y en un viaje por Argentina y EE. UU, asiste a un coloquio sobre experimentación con LSD, presidido por Aldous Huxley, decidiendo, a su vuelta, "explorar a fondo la acción del medicamento, tanto desde el punto de vista fenomenológico como psicodinámico y terapéutico".

De esta forma, los psiquiatras González Monclús, Tusquets y Ogara, siempre a la vanguardia, e impulsados por Sarró, comenzaron a investigar la reproducción experimental de los cuadros psicopatológicos en sujetos mediante la administración de LSD, lo que dio como resultado la publicación, en 1956, de un artículo llamado

"*Psicosis Lisérgica*" para la "*Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*". Investigaron los efectos del LSD en 36 sujetos (29 hombres y 7 mujeres, algunos enfermos y otros sanos). En 1957, Carlos Ruiz Ogara publicó su tesis doctoral, dirigida por Sarró, llamada "*Las psicosis experimentales: Estudio comparativo entre las de LSD 25, Mescalina y Cannabis indica, considerando la problemática psiquiátrica que plantean*". Aquí se analizó si la sintomatología producida por el LSD (8 sujetos), la mescalina (15 sujetos) y el cannabis, tenía relación con el contenido inconsciente de los sujetos, realizando la comparación entre sujetos sanos y pacientes con patología psiquiátrica. También se valoró la influencia del entorno y la herencia.

Mientras este tipo de estudios se llevaban a cabo, en 1958, precisamente en Barcelona, se celebra el III Congreso Mundial de Psicoterapia, con el eje temático "*Psicoterapia y existencialismo*", donde hubo una sección de psicodrama dirigida por Levi Moreno, anteriormente nombrado. Allí, el equipo de psiquiatras catalanes confluyó con otro grupo procedente de Granada, dirigido por Rojo Sierra, e integrado, entre otros, por Ballesteros o Seva Díaz. Rojo Sierra, profesor adjunto de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Granada, fue el único español no perteneciente a la Universidad de Barcelona que presentó una ponencia en el congreso, titulada "*El LSD 25 y la psicoterapia en grupo*", (Rojo, 1960) y en 1959, en la cuarta edición de este mismo congreso, daría otra, de título "*Terapéutica lisérgica en ciertos síndromes obsesivos y neurosis sexuales*". (Rojo, 1959) Ya en 1954, había publicado un estudio, "*Tratamiento de la neurosis obsesiva por los derivados del tropano. Consecuencias psicológicas*", en la "*Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*". Por su parte, Seva Díaz realizó un ensayo, "*Investigaciones en torno a la utilización de LSD-25 en la terapéutica de las neurosis obsesivas durante los años sesenta*" (Rojo, 1954). Los resultados del tratamiento de pacientes obsesivos con LSD fueron bastante dispares, dada gran variedad de espectros existentes dentro de este trastorno. Seva concluye su trabajo afirmando que el LSD fue apartado "sin suficientes razones" del "arsenal terapéutico" donde se encontraba, lo cual considera una "pérdida inestimable" y espera que "*vuelva, si es posible, a pertenecer al ámbito exclusivamente médico-terapéutico, y más específicamente, psiquiátrico*" (Seva-Díaz, 1996).

Unos años más tarde, en el Congreso Mundial de Psiquiatría que se celebra en Madrid en septiembre de 1966 y que fue presidido por López Ibor, se presentan varios trabajos acerca del uso de alucinógenos y de LSD en procesos psicoterapéuticos (Corach, 1966; Pérez Morales, 1966... ambos citados en Passie, 1997).

Experimentación con psilocibina. Hospital Sainte Anne, París, años 60

Fue en 1958 cuando Hofmann -una vez más- aisló la psilocibina, principio activo de los conocidos como hongos alucinógenos.

En la década de los 60, en el Hospital Sainte Anne de París, tuvo lugar experimentación con esta sustancia para estudiar los cambios en los estados mentales que se producían derivados de su ingesta, los cuales son similares a los que se experimentan en la psicosis. De hecho, Charcot llegó a afirmar que, con el consumo de sustancias psicótropas, algunos psiquiatras han podido experimentar por sí mismos los efectos de un brote psicótico. Artistas y voluntarios ingirieron hongos alucinógenos tras los muros de este recinto y bajo la vigilancia de los psiquiatras, convirtiendo de esta manera a una de las instituciones de salud mental más prestigiosas de Francia en escenario de una alianza entre artistas creadores de vanguardia, psiquiatras progresistas y micólogos. Por su parte, los psiquiatras

esperaban obtener aplicaciones terapéuticas de esta farmacopea ecológica (Dagen, 2015; Godin, 2015).

En 2015 se celebró una exposición que recordaba esas experimentaciones: *"Psilocybine, quand la psychiatrie observe la création, les années 60 à Sainte Anne"*, organizada por el "Centre d'Etude de l'Expression au Musée SingerPolignac" de París y con la colaboración de la colección de arte del Hospital Sainte Anne de París. En ella, se expusieron obras pictóricas de Jacques Breton, Jean-Martin Charcot, Philippe Hiquily, Pierre-Xavier Laffite, Jean-Jacques Lebel, Sam Mandel, Henri Michaux, Frédéric Pardo, Vida Parme, Daniel Pommereulle, Bernard Saby, Nathalie Waag... (Centre d'Etude de l'Expression, 2015).

Resulta un contraste llamativo que, así como en esa época, en EE. UU., la investigación en torno a estas sustancias tuvo una sonada repercusión, en Francia apenas se hicieron eco de estas prácticas, por lo que se mantuvieron enclaustradas, y fueron privilegio de una élite artística y literaria.

Bajo la dirección de Jean Delay, titular de la cátedra de Neuropsiquiatría del Hospital e íntimo de Henri Michaux (artista que produjo una serie de dibujos bajo los efectos de la mescalina, "mescaliniens"), dos estudiantes, Anne Marie Quentin y René Robert, realizaron sus tesis en este campo, en el marco de un riguroso protocolo médico (Godin, 2015).

En la primera de ellas se experimentó con 114 sujetos, divididos en dos grupos, uno de gente "normal" (no artistas, no pacientes, voluntarios, definidos como psiconautas, -aquel que navega por la psique-, expresión acuñada por Ernst Jünger en sus experimentaciones con LSD), y el otro formado por pacientes, principalmente diagnosticados de esquizofrenia. La observación de sí mismos reportada por los sujetos "normales" fue considerada tanto más valiosa que la del otro grupo, el de pacientes, ya que la mayoría de personas con esquizofrenia experimentaba una dificultad para expresar en formas de lenguaje común lo que percibían durante sus delirios y alucinaciones. En los "normales" apareció una "psicosis artificial".

La segunda investigación, llevada a cabo bajo la dirección del Dr. René Robert, se llevó a cabo con 35 voluntarios -29 de ellos artistas, algunos conocidos, como Lebel, Mandel, Vida Parma, Lafitte...; cinco de ellos estaban internados-, los cuales fueron invitados a "traducir" sus sensaciones a través del dibujo y la pintura. La psilocibina fue el único medicamento que se usó, justificando que, gracias a su maniobrabilidad y brevedad de acción, -cinco horas aproximadamente-, permite reproducir el protocolo en circunstancias similares, pudiendo repetir la experiencia en una amplia gama de temas. Para observar con precisión el impacto de la droga en el trabajo de los artistas, se compararon los diseños del mismo tema que se hicieron antes, durante y después del experimento.

Investigación de terapias con lsd, psilocibina y ketamina en la actualidad

El desarrollo de una droga psicodélica para el tratamiento de un trastorno psiquiátrico grave presenta desafíos sustanciales, aunque no insuperables (Sellers et al, 2017). La investigación de los años 60 y 70 derrochó voluntarismo, pero adoleció de rigor metodológico. Las peculiares características de este tipo de sustancias no las eximen en absoluto de ser investigadas en el marco de ensayos clínicos de diseño estricto que sean capaces de generar evidencias de peso (López Briz, 2015).

Es probable que a la industria farmacéutica no le interesen estos estudios por la falta de beneficio potencial, ya que estas sustancias no están patentadas, y no son de uso diario, por no hablar de la efectividad de algunas de ellas tras la administración de una sola dosis..

Actualmente se está estudiando la aplicación de los psicodélicos en una amplia variedad de campos (Seltez, 2012; Carhart-Harris, 2015; Dyck, 2015; Gasser, 2015; Tupper, 2015; Tagliazucchi, 2016; Pisano, 2017; López-Díaz, 2017): Alcoholismo y trastornos por abuso de sustancias, Cefaleas tipo cluster, pacientes con situaciones terminales, Trastorno de estrés postraumático y Depresión.

Así por ejemplo, en la depresión, el córtex cingular anterior está sobreactivado, y se hipotetiza que la psilocibina actúe en su inactivación (Ross, 2016). La ketamina, fue sintetizada en 1962, derivada de la fenciclidina, usada por sus propiedades sedantes, analgésicas y anestésicas, principalmente en veterinaria, y con potencial alucinógeno. Usada en fiestas rave, conocida popularmente como Kit Kat o Special K) puede ser una opción por considerar en el caso de la depresión refractaria, ya que se ha documentado un caso de mejoría de un episodio depresivo con comportamiento suicida crónico, refractario a tratamiento, en una paciente diagnosticada de trastorno bipolar, tras infusiones repetidas de ketamina intravenosa, experimentando una mejoría completa que desafortunadamente solo duró 4 semanas (López-Díaz, 2017). También está investigándose el potencial de la psilocibina como tratamiento de la depresión unipolar resistente, habiendo obtenido resultados prometedores en los estudios piloto (Carhart-Harris, 2016).

Conclusiones

Las sustancias alucinógenas se han venido utilizando en el campo terapéutico de la psiquiatría desde los años 30 del siglo XX (ya en el Manicomio de Conxo – Santiago de Compostela, España-, en 1932, se usaba la mescalina) y hasta los años 70, momento en que abandonan las experimentaciones e investigaciones.

Desde hace casi una década, de nuevo se está investigando acerca de posibles usos terapéuticos de estas sustancias, siendo especialmente interesantes los resultados hallados en el campo de las adicciones y los pacientes con enfermedades terminales. Puede que el uso terapéutico de estas sustancias abra posibilidades clínicas y terapéuticas cerradas durante mucho tiempo, y que finalmente obtenga la atención racional que merecen, sin el lastre de las asociaciones negativas procedentes del pasado... ¿Estamos asistiendo, tal y como han bautizado algunos autores (Tupper, 2015), a la reemergencia de la "psiquiatría psicodélica"? ...La Historia nos dirá...

Bibliografía y fuentes

Fuentes

Archivo de Galicia- Santiago de Compostela

Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930). Expedientes Clínicos de pacientes.

Bibliografía

DUBOIS, AM. Psilocybine Quand la psychiatrie observe la création Les années 60 à Sainte-Anne. <http://www.ch-sainte-anne.fr/Actualites/Actualites-archives/Psilocybine-quand-la-psychiatrie-explore-la-creation-les-annees-60-a-Sainte-Anne> (Consultado: 03/04/2017).

GROF, S. — Psicoterapia con LSD. El potencial curativo de la medicina psiquedélica. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2005. (Original en Grof, S. — LSD Psychotherapy. Alameda (CAL): Hunter House Publishers, 1980).

RODRÍGUEZ NOGUERA MV.; SIMÓN LORDA D; BALSEIRO MAZAIRA E; MOREIRA MARTÍNEZ MM; RODRÍGUEZ CARMONA L. — Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (Psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984). In PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui

(eds.) — História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental VII. Coimbra: SHIS/ Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra, 2017.

TUPPER, KW; WOOD, E. Et al. — Psychedelic medicine: a re-emerging therapeutic paradigm. *CMAJ*, October 06, 2015, 187:14 (2015) 1054-1059.

USÓ-ARNAL, JC. — Historia de la psicodelia y de algunos intelectuales influenciados por el LSD. *Revista Replicante*, < <http://revistareplicante.com/historia-de-la-psicodelia/> >, 2010 (Consultado: 28/02/2017).



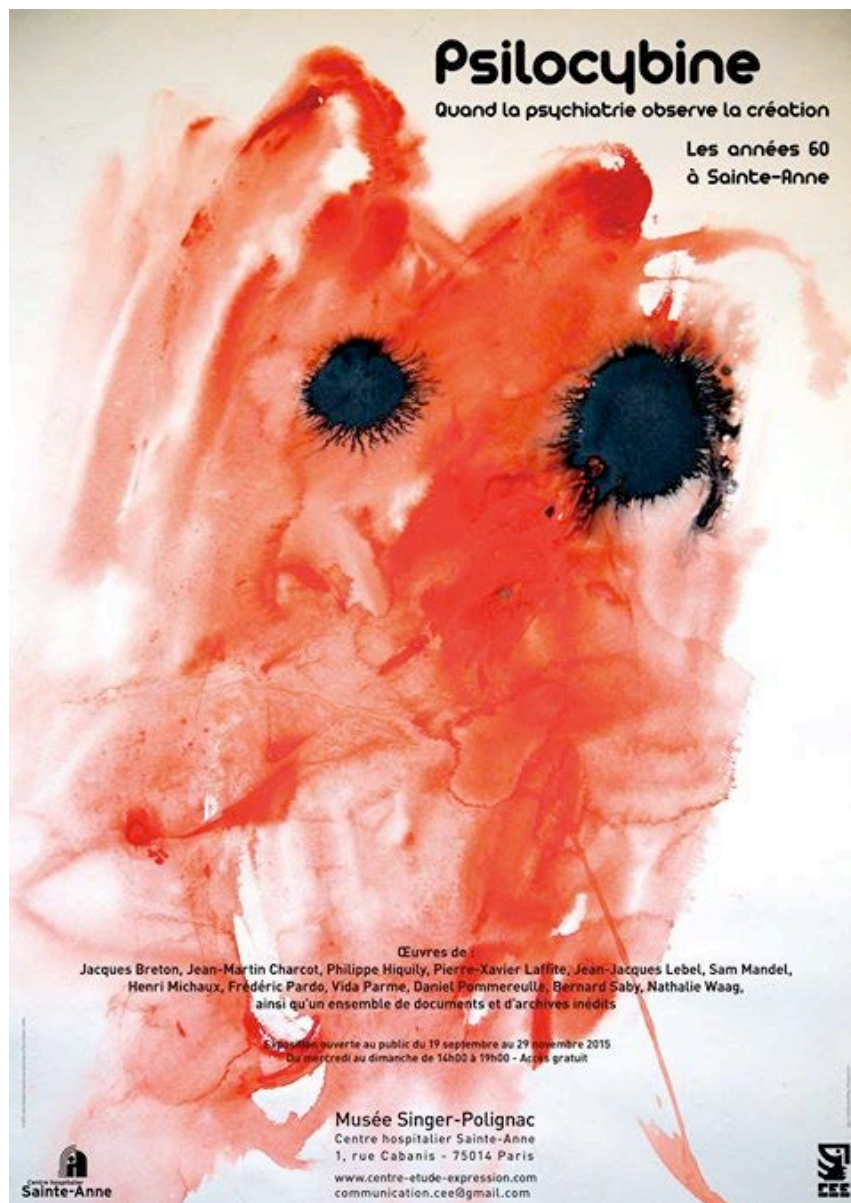
Fig 1 — Sanatorio de Conxo, (Santiago de Compostela, A Coruña). 1910 aprox. Fototipia



Ampollas inyectables Delysid (Sandoz)

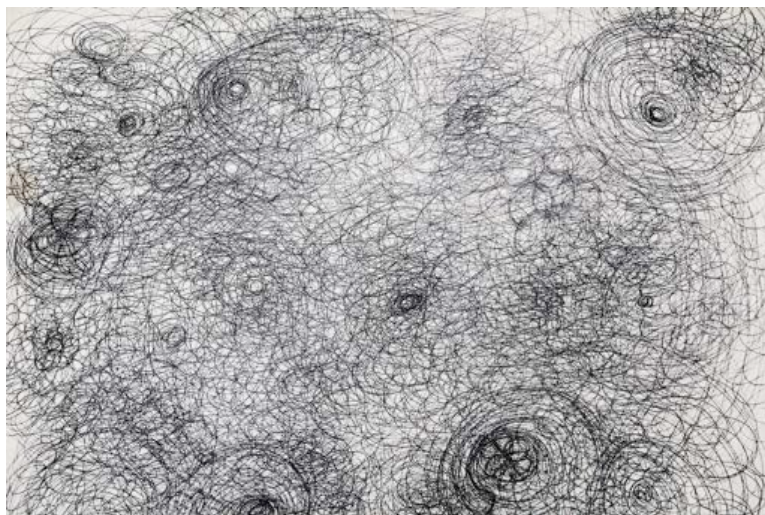


Mescalina (Merck)





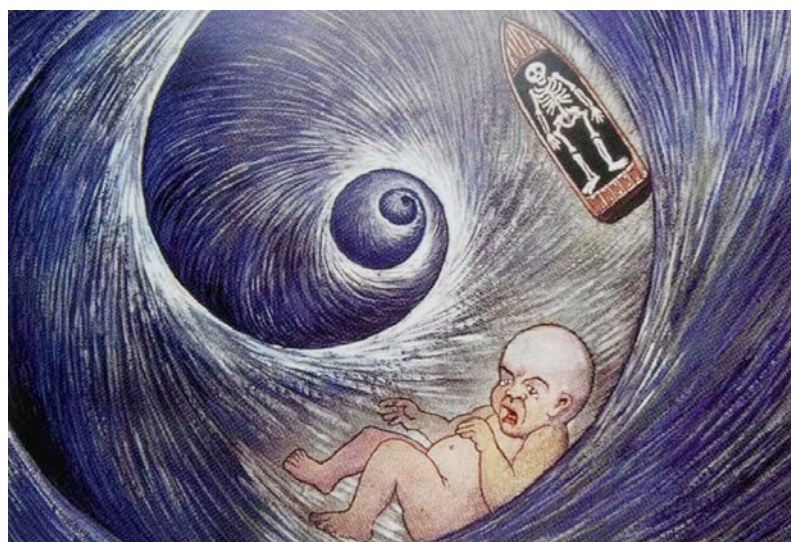
Vida Parme, Sin título. Trabajo realizado después del protocolo.



Cartel de la exposición "Psilocybine, quand la psychiatrie observe la création, les années 60 à Sainte-Anne". Museo Singer-Polignac. Otoño de 2015



"El Universo Amniótico". Dibujo procedente de una sesión con LSD a dosis alta, que representa recuerdos de la tranquila existencia intrauterina. Identificación experiencial con la dichosa experiencia del feto en un "útero bueno" acompañada de sensaciones de unidad cósmica. La galaxia en forma de pecho refleja el hecho de que esta experiencia está también relacionada con el recuerdo de la feliz unión simbiótica con la madre durante los primeros meses de vida. GROF, S. *Psicoterapia con LSD. "El potencial curativo de la medicina psiquedélica"*. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2005.



Dibujo de una sesión con LSD a dosis alta que representa el proceso de muerte-renacimiento, vivido como el hundimiento en un gigantesco remolino. La pequeña barca con el esqueleto sugiere que este proceso tiene que ver con el encuentro con la muerte. GROF, S. *Psicoterapia con LSD. "El potencial curativo de la medicina psiquedélica"*. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2005.

LOCURAS PUERPERALES (PSIQUIATRÍA, MEDICINA Y CULTURA EN GALICIA, 1875-1975)

David Simón Lorda*; **Jessica Otilia Pérez Triveño**** ; **Cristina Carcavilla Puey**** ; **María Victoria Rodríguez Noguera*****; **Manuel Fernández de Aspe****; **Elisabeth Balseiro Mazaira****

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. 32003 Ourense. España.*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatría.*** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Toscar. Hospital Universitario del Vinalopó (Elche-Alicante)
E-mail: dsimlor@gmail.com; jessica.otilia.perez.triveno@sergas.es;
cristina.carcavilla.puey@sergas.es; Manuel.fernandez.de.aspe@sergas.es;
elisabeth.balseiro.mazaira@sergas.es;victoriarodrigueznoguera@gmail.com

Keywords: locuras puerperales, psicosis puerperales, Galicia, Siglo XIX, Siglo XX

Resumen: El objetivo del trabajo es exponer y contextualizar los datos encontrados acerca de casos de “Locura puerperal” que fueron atendidos en la institución hospitalaria manicomial de Galicia entre 1885 y 1936este período (Manicomio de Conxo en Santiago).Fueron encontrados tras consulta de los historiales clínicos del centro así como en datos de periódicos regionales o locales en este período, relacionados con el tema en estudio. Repasaremos algunas referencias a la historia de las psicosis puerperales en la psiquiatría de la época, y a autores del siglo XIX como Esquirol, Connolly o Víctor Marcé, así como algunas aportaciones realizados por autores de referencia de la psiquiatría gallega del siglo XX como Cabaleiro Goás.

Abstract: The objective of the work is to expose and contextualize the data found about cases of puerperal madness (or puerperal insanity) attended in the madhouse regional institution in Galicia in this period (Manicomio de Conxo in Santiago) found after consultation of the clinical records of the center between 1885 and 1936, as well as data from regional or local newspapers in this period, related to the subject under study. We will review some references to the history of puerperal psychoses in psychiatry of the time, and some contributions from 19th century authors such as Esquirol, Connolly or Victor Marcé, as well as some contributions made by reference authors of twentieth century Galician psychiatry as Cabaleiro Goás.

Introduccion

En este trabajo expondremos y contextualizaremos algunos datos encontrados acerca de casos de Locuras puerperales (o psicosis puerperales) en Galicia (región autonómica del noroeste de España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX.

Repasaremos algunos hitos en la historia de las psicosis puerperales. Asimismo, incluiremos algunos trabajos realizados por autores de la psiquiatría y de la cultura de Galicia en el siglo XX

Podría parecer que el diagnostico de locura puerperal fuera un diagnóstico de hace mas dos siglos, pero lo cierto es que las mujeres del siglo XXI siguen padeciendo de episodios depresivos y psicóticos en el período puerperal, (más bien perinatal) .

Historia y stories de las locuras puerpersales

Aunque se ha estudiado desde los tiempos de Hipócrates, de Celsus y de Galeno, hoy por hoy no existe consenso acerca de su nosología y de su clasificación. Diferentes escuelas y autores no se han puesto de acuerdo sobre si el concepto pertenece al espectro afectivo, esquizoafectivo, psicótico inespecífico, o si se incluye en las psicosis cicloides. Durante años, en Europa, sólo existía un síndrome puerperal denominado “Amencia”, término derivado de las lenguas germanas y que hace referencia a la confusión y/o perplejidad. Para muchos autores, la “Amencia” ha sido considerada el síntoma nuclear de la psicosis postparto. El holandés Klompenhouwer (1991) la define como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto. Clásicamente es considerada una enfermedad de desencadenamiento brusco, y constituye una verdadera urgencia psiquiátrica cuyo manejo implica, por lo general, la hospitalización de la madre en un servicio de psiquiatría, y muchas veces la separación de su bebé si no hay un servicio que permita la hospitalización conjunta.

Se estima que la psicosis puerperal aparece en el 0,1-0,2 % de los casos. Lo cierto es que pese a que en los países del primer mundo y en las últimas décadas asistimos a un descenso en la morbilidad y la mortalidad tras el puerperio, la incidencia de las psicosis puerperales se ha venido manteniendo estable (Henshaw, Cox y Barton, 2017). Otros trastornos del periodo perinatal como la depresión postparto o postnatal se presentan en un 10-15% de los casos, y el llamado blues del postparto aparece en el 50-70% de las mujeres tras dar a luz.

La locura puerperal ...a un lado y otro del canal de la Mancha: 1700 a 1858

Las descripciones de presentación clínica de cuadros psíquicos del período del posparto y embarazo ya comenzaron a aparecer en los libros de texto de obstetricia y de medicina general hacia mediados o finales de 1700, aunque ya habían sido descritos casos desde siglos anteriores.

Entre los obstetras, el británico William Smellie (1697-1763) fue uno de los primeros en fijarse en el diagnóstico y tratamiento de las enfermas embarazadas y puerperas con patología psíquica. Su aprendiz, Thomas Denman (1733-1815) dedicó un capítulo completo a este tema en su libro de texto de 1801, “Una Introducción a la Práctica de la matrona”.

El siguiente salto en la historia de las locuras puerperales va a venir de la mano del prestigioso médico francés Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772–1840). Esquirol estuvo con Philippe Pinel (1745–1826), y dedicó esos años a estudiar a las mujeres ingresadas en la Clínica Salpêtrière en París. Posteriormente trabajará en un sanatorio privado, la Maison de Santé d'Ivry, que él abrió en 1828 y dirigió en Ivry-sur-Seine (suburbio de París) con la ayuda de su sobrino Mitivié, hasta su fallecimiento en 1840.

En 1818 elaboró un tratado “Sobre las enfermedades mentales” (Des maladies mentales), en el cual incluía las descripciones de casi un centenar de casos con psicosis puerperal. Señaló en dicho tratado que las estadísticas no reflejaban la verdadera tasa de incidencia de las patologías psiquiátricas postparto dado que la mujer embarazada de la época era atendida la mayoría de las veces en su hogar.

Tan solo un par de años después de la publicación en 1818 del Tratado de Esquirol, en 1820, el británico Robert Gooch (1784-1830) acuñó el término “Locura puerperal”. Este incluía una amplia y heterogénea grupo de términos que van desde delirio agudo debido a la infección a los trastornos psiquiátricos más típicos, incluyendo melancolía, manía, y la psicosis asociada con el parto o la lactancia.

Otro médico y alienista británico (escocés) que hay que traer a esta historia de las locuras puerperales fue Sir Alexander Morison (1779-1866). El doctor Morison visita a Esquirol en París en 1817 (poco antes de que éste publique su tratado). Publicó varios trabajos, resaltando entre ellos el libro “The Physiognomy of Mental Diseases” (1840), en donde incluía retratos y dibujos de pacientes con manía puerperal.

Contemporáneo de Morison fue el famoso médico y alienista británico John Conolly (1794-1866). Fue cofundador de la asociación precursora de la British Medical Association, y tiene un lugar reconocido en la historia de la psiquiatría por el establecimiento del principio del *non-restraint* en el tratamiento de los enfermos mentales.

Conolly dedica varios de sus trabajos a la locura puerperal. Así, podemos citar: “Description and treatment of puerperal insanity, Lecture XIII Clinical lectures on the principle forms of insanity, delivered in the Middlesex Lunatic-Asylum at Hanwell”, en el *Lancet*, 1846; o “The physiognomy of insanity, No. 8: Puerperal mania” en *Medical Times & Gazette*, 1858.

En esos años del período de 1850-1860 se produce además el inicio del uso de la fotografía en la investigación en psiquiatría. Así, el médico Hugh Welch Diamond, presenta en 1856 un trabajo a la Royal Society titulado “Uses of Photography in Psychiatry”. Varias de sus fotografías (algunas de ellas con pacientes con diversos estadios evolutivos de manía puerperal) fueron incluidas en el trabajo de John Conolly, “Case Studies from the Physiognomy of Insanity” de 1858. El Dr. Hugh Diamond, creían que la entonces nueva ciencia de la fotografía podría ayudar a diagnosticar la enfermedad mental al capturar lo que llamó el “punto exacto que se había alcanzado en la escala de la infelicidad”. Asimismo, hubo importante interés en dejar patente cómo se conseguía la recuperación total de pacientes con locura puerperal que habían sido ingresadas en los centros psiquiátricos. Así se puede ver claramente en varias de las fotografías realizadas a pacientes del Bethlem Royal Hospital entre 1857 y 1859.

La locura puerperal (puerperal insanity) en la Gran Bretaña victoriana: la visión de Hillary Marland

Para autoras como la historiadora británica Hillary Marland, la “locura puerperal” (puerperal insanity) fue una enfermedad propia de la época victoriana, etapa que comienza en torno a 1832-1837 ...Dicha entidad diagnóstica atrapó a la profesión médica en un momento de creciente ansiedad por los peligros del parto y los temores sociales sobre el hogar burgués victoriano en un momento de cambios socioeconómicos (asentamiento de la Revolución Industrial y cambios en los derechos de la mujer). Fue un diagnóstico “*Catch all*” - ricos y pobres (lujo excesivo y pobreza), madres primerizas y aquellas que tuvieron muchos hijos...Todas las madres fueron consideradas como posibles candidatas a la locura puerperal.

Marland ha defendido en sus investigaciones cómo la locura puerperal se convirtió en el tema de preocupación para una amplia gama de profesionales de la salud victoriana, incluyendo obstetras, ginecólogos, médicos de asilo, médicos generales y matronas. Con muchos de estos sanitarios apenas comenzando a forjar sus especialidades en ese momento, la locura puerperal proporcionó un medio útil de construir reputaciones, así como de obtener a clientes. Dada la perturbación que la enfermedad podía causar a los hogares, los profesionales de la salud se percibían a sí mismos como sanadores de toda la familia, así como de la propia mujer.

Cada tipo de profesional sanitario atribuyó diferentes causas a la enfermedad, reflejando en parte su especialización y clientela. Los profesionales parteros, que eran más propensos a tratar con mujeres de clase mas adineradas, comúnmente vinculaban la condición con los riesgos y las tensiones asociadas con el parto. Por el contrario, los médicos de asilo, cuya clientela era más pobre, frecuentemente atribuían el trastorno a la pobreza y a la salud desatendida. Gran parte del debate sobre la locura puerperal se centró en la ubicación del tratamiento. Muchas parteras y obstetras de la creyeron que la enfermedad era una categoría especial de enfermedad mental, que, si se detectaba temprano, se prestaba, en casos menos graves, a un tratamiento en el hogar. Los médicos manicomiales, sin embargo, sostuvieron que la locura puerperal era mejor tratada dentro de los confines del asilo.

Louis Víctor Marcé y su “Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas” (1858)

El otro gran personaje protagonista de esta historia de las locuras puerperales fue el psiquiatra francés Louis Víctor Marcé (París, 1828-1864).

El doctor Marcé se formó como psiquiatra en el hospital psiquiátrico fundado por Esquirol, en Ivry sur Seine, pero ya en la época en lo que este centro era dirigido por Jules Baillarger y Moreau de Tours. Trabajó luego en Saint Anne y en Bicetre. Fue miembro de la Sociedad Medico-Psychological Society en 1859. Amigo muy cercano de Julio Verne. Fallece por suicidio a los 36 años. Había publicado dos libros de psiquiatría y más de 25 artículos científicos.

En 1858 publicó un libro de texto monográfico sobre los trastornos mentales del embarazo y puerperio, que se considera el primer tratado de psiquiatría perinatal: "Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices" (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas). Describió el embarazo y puerperio como un periodo de vulnerabilidad psíquica específica y con un pronóstico favorable. En el mismo, realizó una completa descripción clínica de la psicosis puerperal. Describió las preocupaciones, ansiedades, cansancios, desesperanzas, obsesiones, etc., de gestantes y puérperas. Habló con sorprendente precisión de la importancia de los trastornos afectivos en el puerperio, de su prevalencia y de la importancia de la prevención de éstos.

Algunos autores lo consideran como uno de los más innovadores en el mundo del alienismo del siglo XIX, sin embargo, su obra fue prácticamente ignorada durante más de 150 años.

Locuras puerperales en Galicia

Las locuras puerperales en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela- A Coruña-Galicia-España) (1885-1936)

Como ya hemos explicado en trabajos previos (Simón, 2005), Galicia es una región del Noroeste de España, compuesta por cuatro provincias: A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra. Sufre una tardía medicalización o institucionalización de la locura, y no será hasta finales del siglo XIX cuando se hará claramente presente con la apertura en 1885 del llamado Manicomio Central de Galicia. Será durante varias décadas el único manicomio abierto en Galicia, y funcionó como un establecimiento privado inicialmente benéfico que ya luego concertaba las estancias de los enfermos (dementes-alienados-locos) con las Diputaciones galegas.

Para analizar la presencia de enfermas con diagnóstico de locura puerperal que fueron internadas en Conxo, consultamos los historiales clínicos y “Libros de altas y defunciones” que se conservan de los enfermos ingresados en dicho centro desde el

año 1885 hasta 1936. Dichos historiales se custodian en el Archivo Central de Galicia (Santiago de Compostela).

Son historiales muy incompletos y que a veces aportan escasos datos...y en muchos casos no hay ningún tipo de diagnóstico. A veces aparecen reflejadas referencias a tratamientos como bromuros, tónicos, hidroterapias...

Aunque predominan en el conjunto de documentación consultada los casos con diagnósticos de idiocia, demencia, delirio crónico, locura epiléptica, manía, melancolía, locura circular... hemos encontrado algunos casos de mujeres ingresadas afectadas o diagnosticadas de “Locura puerperal”.

Hemos encontrado ocho casos con diagnósticos de Locura puerperal en el período analizado. Suponen una cifra baja: 1,9 casos por cada mil pacientes ingresados (hemos usado el Libro de Ingresos del Manicomio para contabilizar dicho número de ingresos en el período analizado).

Los datos de edad, estado civil, fechas de ingresos y de alta, tratamientos administrados, y algunos otros datos tomados de los historiales, los exponemos en la siguiente tabla.

Asimismo, hemos rastreado fuentes hemerográficas (Galiciana Digital, BNE digital...), prensa gallega y española de la época buscando referencias a la locura puerperal o la Psicosis puerperal en Galicia..

Esto nos permitió encontrar referencias en prensa en donde daban detalle de los pacientes ingresados en Conxo en momentos determinados, a modo de informe o estadillo mensual, y que aporta el dato de los diagnósticos manejados en el centro, así como el porcentaje de enfermos con cada uno de ellos.

Así, en el periódico “La opinión: diario de Pontevedra” en su ejemplar de fecha de 6 de marzo de 1897, podemos apreciar cómo las locuras puerperales representan el 1,90% de los ingresados en ese mes.

Señalar que al contrastar los datos aportados en prensa con las fechas de los historiales que hemos encontrado (y que antes hemos detallado en la tabla previa), hay en ese mes de 1897 un caso con diagnóstico de locura puerperal. Es importante el detalle porque este caso no lo habíamos fichado o detectado en los estudios de los historiales (ya hemos explicado que muchos de ellos aportan muy poca información y en muchos no hay diagnóstico). Es muy posible haya habido más ingresos de Locuras puerperales en Conxo y que no figuran bien reflejados en los historiales clínicos.

Los diagnósticos que figuran en la estadística reflejada en prensa son los que son los que manejaban los dos médicos más importantes de Conxo en todo el periodo de 1885 hasta los años 20. Nos referimos a su primer director, el médico Timoteo Sánchez Freire (1838-1912) y posteriormente Juan Barcia Caballero (1852-1926), quien ya trabajaba en Conxo desde su apertura. este último facultativo en su obra “De re phrenopática” (1915). realiza una propuesta de clasificación de las locuras que es una modificación de la propuesta por Sánchez Freire en 1890: locuras esenciales, locuras sintomáticas, locuras derivadas, locuras reflejas, y las producidas por estados fisiológicos, entre las que incluye a las locuras puerperales.

	Edad	Fecha ingreso	Fecha alta	Tratamiento	Otro	Diagnóstico
Caso 1 Ramona G.	25. Soltera	1890 mayo	1931 mayo (Muerte)	-	Delirio religioso incoherente erótico	Locura puerperal
Caso 2 Amalia C	30 Casada	1892 (18 enero)	1892 (4 julio)	Bromurados, tónicos, baños tibios prolongados	Manía agitada con furor	Locura Puerperal (curación)
Caso 3 Josefa D.	25 casada	1915 (21 mayo)	1915 noviembre	Ducha vaginal caliente + 28 inyecciones de cacodilatos		Locura puerperal
Caso 4 Remedios R.	30 Casada labradora	1917 14/08/1917	19129 22/07/1929			Locura puerperal
Caso 5 Elena R.B.	22. Casada labradora	1919 11/01/1919	1919 07/03/1919		Manía agitada, euforia, cantos, agresiva. Intentos suicidio	Locura puerperal (curación)
Caso 6 Dolores FP.	28 Casada	1931 (15 agosto)	1931 14/12/1931		Una hermana ingresada por lo misma causa	Locura puerperal (curación)
Caso 7 Rosalía VP.	29 Casada S.L.	1932 (28 julio)	1932 (16 sept)			Reacción psicótica puerperal maníaca
Caso 8 Concepción CM.	31 soltera	1936 (18 agosto)	1936 (25 agosto)		Defunción los 7 d de ingreso	Psicosis y septicemia puerperal

<u>MANICOMIO CONXO</u>	<u>Número enf</u>
<u>MARZO 1897</u>	105
Melancolías	20
Manías	16
Delirio crónico	16
Locura histérica	10
Imbecilidad	8
Locura epiléptica	8
Demencia	6
Locura Alcohólica	5
Locura parcial	2
Idiocia	2
Parálisis general	2
<i>Locura puerperal</i>	2
Locura circular	1
Locura herpética	1
Locura mercurial	1
Locura pelagrosa	1
Locura de la infancia	1
Locura senil	1
Locura de la menopausia	1

Locuras puerperales fuera de los muros del manicomio

En trabajos previos ya habíamos demostrado cómo hubo espacios de primera línea en la atención y reclusión de la locura en Galicia desde finales del XIX y hasta más allá de la Guerra Civil. Las celdas de “Dementes” y salas de Observación de Hospitales Provinciales y municipales gallegos, así como las cárceles municipales fueron algunos de estos lugares. Desde el nivel asistencial antes expuesto se realizaba una labor de selección y filtro antes de decidir la derivación a los establecimientos manicomiales (Conxo y otros fuera de Galicia).

Asimismo, hemos visto cómo en los trabajos de Marland en la Inglaterra del siglo XIX o cómo ya Esquirol en su tratado de 1818 señalaban que muchos casos de locuras puerperales no eran atendidos en hospitales.

Un ejemplo de todo ellos, lo obtenemos del análisis de la prensa de la época, en donde por ejemplo encontramos que en la villa de Cambados (Pontevedra) internan en la cárcel en junio de 1902 a una mujer aquejada de locura posparto. La situación se describe en la prensa local de la época (“Caso de locura”, *El Áncora: diario católico de Pontevedra*, 12 de junio de 1902).

“Nos dicen de Cambados que una infeliz mujer llamada Genoveva Gadiñano Millán, á consecuencia de un parto, se ha vuelto loca repentinamente, teniendo que ser recluida provisionalmente en la cárcel pública, pues su demencia es tal, que acomete a cuantas personas se le acercan. Todas las ropas que tenía las ha hecho trizas, y en la habitación de la cárcel rompió las puertas y ventanas llegando a agredir al jefe del establecimiento, al que causó algunas heridas afortunadamente leves.

Se instruye expediente para que sea llevada a un Manicomio, aunque, según opinan los facultativos que la reconocieron, la locura, conocida la causa, será pasajera, obteniendo pronto la curación.

La infeliz demente es casada y carece por complete de recursos. Es joven todavía pues solo cuenta con 21 años”.

No sabemos destino posterior de esta enferma, aunque es posible que por el perfil clínico del caso fuese solo un ingreso o reclusión temporal en dicho establecimiento, siendo esperable su recuperación temprana tal y como ya se avanza en la noticia de prensa según las opiniones de los facultativos de la época.

Los psiquiatras de Galicia y las locuras (psicosis) puerperales

El primero de los médicos de Galicia que dedica algún interés a las psicosis puerperales va a ser el médico psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás (A Coruña, 1918 - Ourense, 1977), del que este año se cumple el centenario de su nacimiento. Este insigne psiquiatra desarrolla su actividad profesional como psiquiatra establecido en Ourense entre 1943 y 1977, siendo el director del Hospital psiquiátrico de Toén (Ourense) entre 1959-1977.

Entre su notable producción científica (117 artículos científicos y comunicaciones a congreso y siete libros, con tres de ellos sobre las psicosis esquizofrénicas) va a dedicar interés al estudio de las psicosis puerperales.

Así ya en su tesis doctoral “La psiquiatría en la medicina popular gallega”, recoge lo siguiente: “para la Medicina popular gallega, el puerperio es otra causa –en el sexo femenino- de enfermedad psíquica...La “debilidad” y la “subida” de la sangre menstrual al cerebro, cuando la primera regla posparto se retrasa, son dos conceptos muy barajados por la medicina popular de esta región”.

Un par de años después de su tesis publica un trabajo monográfico sobre el tema: “Las psicosis puerperales”. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, 1955Tomo II, 1, p43-52. En dicho artículo refiere cuarenta casos tratados por él (ambulatoriamente o en su sanatorio psiquiátrico privado del antiguo pazo de Guizamonde (Ourense)). Revisa los trabajos de la clínica francesa y española de los años 1940 y 1950 acerca del tema: Abely, Guiraud, Delay, Vallejo Nágera...La posición de Cabaleiro es que:

“las psicosis puerperales son reacciones exógenas de Bonhoeffer o en otros casos son psicosis endógenas desencadenadas por el estado puerperal, en el que indudablemente existen profundas disfunciones diencefalo endocrinas, a las cuales ha de dárseles cierto valor sólo en este sentido”, y en que hay muchos casos con clínica exógena-endógena, abogando por un diagnóstico estructural de cada caso[...]Su pronóstico y terapéutica deben regirse por idénticas normas que las seguidas para los síndromes de reacción exógena o para las diversas manifestaciones

clínicas pertenecientes a los círculos timopáticos y esquizofrénicos del puerperio”(Cabaleiro, 1955).

Locuras puerperales en el siglo xxi: salud mental perinatal

Con el fin de mejorar la comprensión, la prevención y el abordaje de los trastornos mentales del embarazo y el puerperio, a finales de los años 70, Channi Kumar, James Hamilton y Ian Brockington, tres expertos británicos en psiquiatría del embarazo y puerperio comienzan a acuñar el término de la salud mental perinatal. La atención a la Salud Mental Perinatal se configuró poco a poco como una nueva área de conocimiento que tiene como objetivo la investigación y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo, la lactancia y el puerperio, abarcando el primer año tras el parto. En 1980, durante una reunión científica celebrada en Manchester sobre Trastornos Mentales en el Puerperio se formó la Sociedad Marcé Internacional (<http://marcesociety.com/>), denominada así en honor al autor del primer tratado de psiquiatría perinatal. Hoy en día, la Sociedad Marcé Internacional es referente mundial para todos los profesionales de la salud mental especializados en atención perinatal. Desde esta sociedad se ha promovido que el World Maternal Mental Health Day, que se celebra el primer miércoles de mayo de cada año.

Conclusiones

Pese a que pueda parecer un diagnóstico decimonónico que ya apenas se presenta en la actualidad, la locura puerperal sigue existiendo en el siglo XXI, y afectando severamente a muchas de las madres que la padecen, con consecuencias a corto y largo plazo para el vínculo materno-filial y el desarrollo emocional del recién nacido.

Hemos partido de la descripción y análisis de una serie de casos con diagnóstico de “Locura puerperal”, atendidos a finales del siglo XIX y primeros años del XX en el Manicomio de Conxo en Santiago y en otros espacios asistenciales.

Desde estos casos hemos tratado de evidenciar algunos apuntes acerca de los cambios y las continuidades en los malestares y expresiones psicopatológicas del sufrimiento psíquico en el periodo perinatal...Una historia que va desde la “puerperal insanity” del siglo XIX a la salud mental perinatal en el siglo XXI.

Recuerden, el primer miércoles de mayo es el Día Mundial de la Salud Mental materna.

Fuentes y bibliografía

Fuentes

Arquivo de Galicia- Santiago de Compostela.
Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930).
Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Caja G5812-5816.
Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.
<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>
Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional
<http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm>

Bibliografía

BROCKINGTON, Ian – Motherhood and mental health. London: Oxford University Press, 1996.

HENSHAW, Carol; COX, John; BARTON, Joanne - Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorders (Second edition). London: RCPsych Publications.

LUAUTÉ, Jean-Pierre; LEMPÉRIÈRE, Thérèse; ARNAUD, Pascal — Death of an alienist: Louis-Victor Marcé's final year. *History of Psychiatry*. Vol 25:3 (2014) 265 – 282.

MARLAND, Hillary — Dissapointment and Desolation: Women, Doctors and Interpretations of Puerperal Insanity in the Nineteenth Century. *History of Psychiatry*. 14:3 (2003)

RODRÍGUEZ NOGUERA, María Victoria; SIMÓN-LORDA, David; MOREIRA MARTÍNEZ, Mónica Minoschka; BUSTOS CARDONA, Tatiana; GÓMEZ-REINO RODRIGUEZ, Ignacio — “Situando la psiquiatría perinatal en el hospital general”. In APARICIO BASAURI, Víctor y ANGOSTO SAURA, Tiburcio (coords.) — *El componente de salud mental en el hospital general*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015, p. 221-236.



Fig. 1— “Maternidad”, Oleo de Xaime Quessada (Ourense)



Fig. 2 — Portada de libro de Victor Marcé, 1858

EVITAR “UNA HISTORIA DE LOS HORRORES” O “CARGAR LAS TINTAS”: ESCUDRIÑANDO LOS ASPECTOS OSCUROS DEL ABORDAJE MÉDICO DE LA “HOMOSEXUALIDAD” EN LA MEDICINA IBÉRICA CONTEMPORÁNEA

Francisco Molina Artaloytia

Profesor de Enseñanza Secundaria (Filosofía)
Profesor-Tutor de Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia (UNED-C.A. Mérida)
Asociación Centro Iberoamericano de Estudios sobre Sexualidad
E-mail: francisco.molinaa@edu.juntaex.es

Palabras clave: horrores, medicina, homosexualidad, península ibérica.

Keywords: horrors, medicine, homosexuality, Iberian peninsula.

Resumen: En la investigación sobre la medicina y la homosexualidad en España y Portugal durante gran parte del siglo XX, hemos comprobado que se produce con cierta frecuencia una “tensión” con ciertos discursos activistas cuando intentamos caracterizar la teoría y prácticas médicas ibéricas en relación con las existentes en otros países entonces “democráticos”. Sin restar un ápice al hecho de la indiscutible y terrible represión sufrida por las personas con una *sexualidad disidente*, creemos que no hace buena memoria histórica la generalización sensacionalista de “historia médica” que exagera ciertos aspectos para intentar conformar una “galería de los horrores” o “experimentación con seres humanos” programada sistemáticamente desde instancias estatales, al estilo nazi. Tenemos elementos para pensar que si bien hubo horrores, estos no fueron como cierta literatura muy popularizada pretende difundirlos, sino que forman parte de un contexto mucho más complejo cuyas secuelas, por desgracia, quizá siguen latentes en las democracias actuales.

Abstract: A certain tension exists between various activist discourses while considering medical theory and practice in fascist Spain and Portugal during the twentieth century and the attempt to reconcile these characteristics with contemporary medical practice in other 'democratic' countries. Without minimising the terrible and indiscutible repression suffered by sexual dissidents under the Iberian regimes, this study believes a certain sensationalism has emerged, exaggerating some aspects of medical history to conform with the idea that a "gallery of horrors" of human experimentation was established following the Nazi model. If horrific acts were committed, they were not as certain activist literature would have us remember them, rather they occurred in a more complex context that is, disgracefully, manifest in the present day.

Introducción

En el contexto de finales del siglo XX e inicios del XXI han proliferado estudios que pretenden analizar los procesos de represión y hostigamiento a las personas homosexuales en la historia contemporánea. En el caso Español, esta literatura ha sido especialmente nutrida. Asimismo, los medios de comunicación se hacen eco de la situación de las personas homosexuales en la dictadura del general Franco. Particularmente en estos últimos, pero también en textos que, por otra parte, nos parecen de gran calidad, ha proliferado el lugar común de acentuar los aspectos más sórdidos y tenebrosos de las prácticas médicas sobre la “disidencia sexual” como parte de ese contexto globalmente represivo. En el presente trabajo, pretendemos

revisar algunos de esos tópicos y dar herramientas para la evaluación de su alcance, con el objeto irrenunciable de aunar una necesaria memoria de lo acontecido y el rigor histórico en la medida en que sea posible.

El investigador y psiquiatra Enrique González Duro, cuya contribución a la historia de la psiquiatría en la sociedad autoritaria del franquismo es notoria, en una entrevista relacionada con el proceso de realización de nuestra tesis doctoral¹, nos aportó información absolutamente fundamental y nos recomendó que evitásemos “cargar las tintas”. En aquel momento no parecía muy claro qué quería decir pero, sin duda, en el curso de la investigación aquel consejo quedó totalmente explícito e incorporado a nuestro trabajo.

De alguna manera se filtra, y en ocasiones se hace explícito en la producción sobre este asunto, que las personas homosexuales, en el contexto penitenciario de los autoritarismos, eran sometidas a tratamientos médico-psiquiátricos que rozan el peor imaginario posible. Para evaluar la situación, es imprescindible, en primer lugar, partir del hecho de que las relaciones entre personas del mismo sexo estaban proscritas por la normativa española y portuguesa de los periodos correspondientes a las dictaduras franquista y salazarista. Hay que hacer notar, además, que en el caso portugués, la represión legal comienza muchos años antes, ya en la I República, y que el franquismo modificará en 1954 la republicana Ley de Vagos y Maleantes (1933) solo a los efectos de incluir en el ámbito de la peligrosidad social a las personas homosexuales. Lo que pudo suponer, en términos de sufrimiento de los individuos, la aplicación de estas leyes, y de otras, como los propios Códigos penales, que también habrían de dar cobijo a figuras jurídicas vinculadas (escándalo público...), es algo que parece todas luces inmensurable. A la represión efectiva, hay que unir la situación de violencia y tensión continuada que en la que habrían de desarrollar su vida y personalidad miles de personas. La existencia de colonias de trabajo (de carácter en ocasiones concentracionario), medidas adicionales de destierro y vigilancia, las propias agresiones de los presos comunes a los “presos sociales”, especialmente si eran jóvenes, son efectos reales de la normativa, a la que cabe añadir la exclusión social, la necesidad de llevar “doble vida” y una casuística personal y familiar potencialmente infinita. Sí cabe señalar, empero, que en ambos países existía un fuerte componente de clasismo y asimetría en la vulnerabilidad de las personas a la norma legal y social. Como casi siempre, eran las clases más desfavorecidas en las que se cebaba la aplicación de la norma.

Reconocido esto, es necesario apuntar que dicha situación de hostigamiento no era, en principio, una especificidad de los autoritarismos peninsulares, sino que era un *cuasi*-universal en los países occidentales. De hecho, el ideario de defensa social bajo el que se diseña la categoría del “peligroso predelictual” no es un producto genuinamente ibérico sino básicamente importado. Ahora bien, sí es específico de los contextos autoritarios que tratamos el grado de arbitrariedad selectiva con que esas medidas podían aplicarse y el hecho de que se prorrogaran, particularmente en

¹ La tesis fue defendida en Madrid, el 20 de enero de 2016, con el título “Estigma, diagnosis e interacción: un análisis epistemológico y axiológico de los discursos biomédicos sobre la homosexualidad en los regímenes autoritarios ibéricos del siglo XX”. Su realización se hizo bajo la dirección de los doctores Francisco Vázquez y David Teira, con el asesoramiento externo de Fernando Cascais. En la bibliografía se incluye una referencia a una publicación (Molina, 2017) que condensa algunos aspectos metodológicos fundamentales en la misma.

España, más allá de lo que se hizo en general en el contexto de los países occidentales. Es sabido que, en España, se promulgó en 1970 la *Ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social* que dio cabida, bajo un halo de correccionalismo “científico” a una revitalización de las posibilidades represivas contra las personas vinculadas a una sexualidad “no-normativa”. Los presos sociales sometidos a las medidas contempladas en esta norma no se beneficiaron de los procesos de amnistía acontecidos en la Transición a la democracia y hubieron de esperar a un rápido desarrollo derogatorio “parcial” tras la promulgación de la Constitución democrática. Se trataba de “discriminados” entre los discriminados, a los que la propia conciencia social “progresista” de los primeros años de la democracia daba la espalda.

Sí hubo, por lo tanto, una represión sistemática contra las personas homosexuales y transexuales (aunque para no incurrir en anacronismos y distorsiones debiéramos decir que se deben tener cautelas al hablar de ciertas “subjetividades” antes de los años setenta). Dicho con más precisión, hubo represión contra las personas sobre las que actuó el aparato penal en virtud de su identidad, prácticas o vida afectiva y/o sexual. Y, en efecto, el discurso científico dominante de alguna manera estaba en connivencia con dicho ejercicio del poder, en ocasiones de forma amalgamada con la moral social y religiosa, y en otras bajo un formalismo pretendidamente positivista. La moral tradicional y con importante sesgo religioso católico obró, sin duda, como un exponente en la situación de represión, cosa que es más notoria en los textos de algunos “científicos” españoles.

Ahora bien, aunque sabemos que existieron medidas “terapéuticas” de una temible agresividad (cuyo extremo acaso sea la práctica de la psicocirugía), no estamos en condiciones de afirmar que eso fuera una actividad sistemática de los regímenes franquista y salazarista que utilizaran, al estilo nazi, a los presos como “cobayas” para esas y otras prácticas de forma permanente o habitual. Las terapias aversivas y las intervenciones psicoquirúrgicas ocurrieron. Ahí está el dramático caso, en Portugal, del bailarín Valentim de Barros, sistematizado e informado por Horta (2014) que, a nuestro juicio, no excluye que su tragedia haya sido más conocida por ser un personaje especial y que esto ocurriera a más sujetos anónimos). En ocasiones, algunas obras, que por lo demás son muy valiosas en otra información y análisis, han extendido una concepción de “historia de los horrores” en forma de asimilación a una especie de imaginario donde los presos por homosexualidad, especialmente en el franquismo, eran directamente intervenidos por una medicina temiblemente intervencionista y agresiva. Los discursos “científicos”, en general, destilaban una justificación para algunas de tales cosas, pero las prácticas no parece que se sistematizaran. Normalmente, se acude al lugar común de algunas citas de “autoridades médicas” y a referencias absolutamente discutibles que llegan a situar, de forma inconsistente en lo espacio-temporal, a ciertos “expertos” practicando el encarnizamiento psicoquirúrgico en determinadas prisiones. Nos faltan muchísimos datos para hacer afirmaciones tajantes al respecto, y si se hizo en ámbitos manicomiales de forma sistemática por razones “sexuales”, es algo que debería investigarse más a fondo. Por otra parte, el hecho de la aplicación, que se hizo, de prácticas conductistas agresivas, no permiten ubicar dichas actuaciones médicas en un contexto penitenciario de forma indiscriminada, por no hablar de que los médicos que las aplicaban se habían formado en instituciones ubicadas en países de larga tradición democrática. Mucho nos tememos que las prácticas más agresivas tuvieron que ver con entornos más bien privados (sin obviar que se dieron también en otros públicos) y con el consentimiento o al menos pasividad, de la familia o de la red social de las

personas sometidas a las mismas. Capítulo aparte merece el tratamiento y recabado de datos de los “presos homosexuales”, incluyendo datos fisiológicos, antropométricos, psiquiátricos, que podemos encontrar explícita en la obra, por ejemplo, de Asdrúbal D’Aguiar en el Portugal de la I República y de la primera parte del salazarismo, o de Fernando Chamorro y otros en el caso de España, ya a finales de los 60 e incluso con publicaciones que entran en la incipiente democracia.

Como dato adicional, no hace falta agregar a lo que serían sometidas, sin “mimetismo” científico, las personas homosexuales en su vida social, su propio malestar en la vida privada en semejante entorno, y a lo que esto podría llegar cuando se procedía a su etiquetamiento y reclusión, tanto por representantes de la autoridad como por otros presos en el caso de caer en manos del sistema penal o de defensa social. Desde luego a ello podía contribuir, y lo hacía, un imaginario científico y moral (entrelazados) en el que la propia “humanidad” de estas personas era menoscabada.

El balance sería que no parece existir una sistemática agresividad terapéutica muy diferente en el contexto de los autoritarismos ibéricos de lo que pudiera ser su homóloga en el resto de los países occidentales, cuyas fuentes científicas seguían siendo en gran medida la referencia básica. El empeoramiento tenía que ver, y no es cuestión menor, con el propio sistema autoritario y muy en particular de la agudización absolutamente peculiar de las normas de peligrosidad social en España al final del régimen.

Existieron, no nos cabe duda, intervenciones, en las vidas y cuerpos de los individuos, relacionadas con la práctica médica que, no hace falta decirlo, afectaron para siempre sus biografías. Pero convertir al grueso de los médicos españoles y portugueses de la época en una especie de maquiavélicos y despiadados investigadores experimentales que se cebaban con el material humano que proporcionaban las cárceles no es algo que haga justicia a la historia de la medicina ibérica. Esto hay que articularlo con el frecuente hallazgo de “expertos”, y muchos de ellos señeros por sus posiciones “administrativas” o académicas en los regímenes, que parecían obsesionados con la cuestión y que reproducían en sus producciones una mezcla de prejuicios sociales con elementos de las ciencias médicas que les eran coetáneas; por otra parte, y como apuntábamos arriba, sí que se utilizó “material humano” a efectos de investigación, de lo que quedaron las correspondientes publicaciones, y sabemos de la práctica de la psicocirugía y de técnicas aversivas. Lo que ponemos en tela de juicio es que eso sea una especificidad de los autoritarismos ibéricos o que se hiciera de forma sistemática o automática con los individuos (algo así como tratamientos “en cadena” en las instituciones de reclusión). No es descabellado que ello tuviera que ver con la propia falta de medios dado que en particular la normativa de peligrosidad social de finales del franquismo parecía albergar muy poco deseables programas “correctivos” por vía científica que parece quedaron en simple tratamiento penal común, aunque con más aislamiento, hostigamiento y recogida de datos. Ello, más que expresar la más mínima bondad ética o humanitarismo en el tratamiento “científico” de las sexualidades disidentes en los contextos de nuestro estudio, nos hace caer en la cuenta de cuán universal y extendida era la denostación y la patologización de las mismas en los “positivistas” países occidentales. Si hubo una cronología diferente a la de otras naciones, que se salda con la prolongación de la situación en España y Portugal, esto se explica fácilmente por el hecho de hacer sufrido dos regímenes dictatoriales de anormal duración, el peso del catolicismo más conservador en los mismos (particularmente en España) y la propia situación socioeconómica en la que nacieron y se desarrollaron

dichos autoritarismos. El modo de producción en concreto y las circunstancias sociales asociadas nos darán claves para entender cómo se vivía el homoerotismo, cómo era reprimido y qué estrategias de resistencia se entablaron. Ello ha sido magistralmente analizado por Javier Ugarte para el caso español y para otros. Las simetrías y asimetrías entre España y Portugal merecen un tratamiento específico, que ya hemos avanzado y que desborda las intenciones de este documento.

No se trata de edulcorar lo acontecido y lo legitimado por el propio discurso biomédico en el contexto de las dictaduras peninsulares. Es más, es imposible hallar edulcorante para semejante amargor que se acerque, siquiera tibiamente, a justificar lo injustificable. Es más, es nuestro compromiso con la filosofía como actividad crítica y vinculada a la emancipación de los seres humanos, el apuntar directamente a lo que pretenda enmascarar la irracionalidad y las prácticas “racionales” de dominación. Pero sí consideramos necesario acotar bien los términos de lo sucedido, proseguir las investigaciones en la medida en que el tiempo lo permita, aunque al mismo tiempo lo distorsione. En gran medida perderemos la historia oral, de arduo tratamiento heurístico, de los testigos, al tiempo que se tendrá más acceso a los documentos “oficiales”, hoy en gran medida vedados. Sí contamos con lo que fue publicado de forma no restrictiva por algunos de los expertos que protagonizaron estos discursos.

No queremos finalizar sin recordar la importancia de una comprensión cabal de lo que fue una tensión entre la teoría y la biografía, entre los personajes dibujados borrosamente por la ciencia médica y la vida desarrollada por los protagonistas sobre los que podía caer el peso de la acción médica o terapéutica, absolutamente merecedores de la consideración de víctimas. La experiencia de dolor de estas personas es difícilmente comprensible o, si lo es, fácilmente nos desborda, por cuanto se aunaba el silencio heredero de la concepción de lo “innombrable” con el hecho de que se iba fraguando y desarrollando un ideario de “esencialización” que las reducía a una (hiper)sexualidad que permitía además cosificarlas y desproveerlas de su dignidad humana. El entorno hostil en el que se identifican los propios sentimientos con el cénit de la degradación moral sitúa a los sujetos en una posición de difícil armonía existencial, y esto ocurría de forma más temible en aquellos sobre los que la compulsión penal o afín se hizo efectiva. Pero, por otra parte, y como han apuntado Vázquez y Cleminson (2011), los sujetos no eran meros receptores de una teoría médica que los reprimía. Se establecía una retroalimentación entre legos y expertos, que está en la propia base de la constitución del discurso científico de las perversiones allá en el XIX. Como hemos tenido oportunidad de estudiar, la propia borrosidad de la teoría permitía un amplio margen de versatilidad en la ejecutoriedad de las medidas de represión, francamente filtrada por la condición social (Ugarte, 2011; Fernández Galeano, 2016), lo que tenía el efecto paradójico ser también un marco de potenciales estrategias de posibles estrategias de supervivencia. Por último, es preciso recuperar la doble articulación entre represión y producción y huir de cierta *Vulgata* foucaultiana en los términos que ha desbridado finamente Francisco Vázquez.¹

Finalmente, queremos hacer cierto alegato ético. Es deber de justicia el recoger todo lo que aconteció y dar memoria a las víctimas de la represión, en todo contexto y lugar. Es más necesario, si cabe, cuando algunas de esas víctimas siguen vivas o sus recuerdos están latentes en sus círculos afectivos. Es también deber con

¹ VÁZQUEZ, Francisco — “Hipótesis represiva e hipótesis productiva. Fecundidad y límites de la propuesta foucaultiana”. Conferencia pronunciada en el IV *Seminario Internacional de la Asociación de Estudios de Investigación de Historia de las Mujeres (AEIHM) Las huellas de Foucault en la historiografía. Poderes, cuerpos y deseos*. 7 y 8 de octubre de 2011. Madrid.

las nuevas minorías que sufren los rescoldos de la discriminación. Pero si hacemos alguna exageración o damos cobertura a algo que puede filtrarse de una manera que no fue el caso, eso es precisamente lo que podrá edulcorar globalmente las injusticias e irracionalidad de esas lamentables etapas de nuestra historia contemporánea. Esta memoria distorsionada daría armas argumentales a los que realmente piensan “que no fue para tanto”. En la época de la posverdad, se aprovechará cualquier grieta para construir un contra-discurso, da igual esté o no amparado, porque si no hay rigor, también puede esgrimirse en sentido contrario. Además, existe cierta tendencia a los rechazos holísticos o en bloque en lo que a sistemas de creencias se refiere. Fue “para tanto” y para quizá mucho más de lo que podemos realmente imaginar, por eso no hace falta exagerar (sin que eso signifique que la exageración en investigación deje de ser el sesgo que es). Si aparecen nuevos estudios empíricos, se irá reconstruyendo racional y éticamente la historia. Qué otra cosa nos cabe hacer. Mientras tanto, ser conscientes del carácter cuasi-universal del hostigamiento a las personas con vidas afectivo-sexuales no normativas es, posiblemente, la única manera de desenmascarar a los discursos del odio sobre determinadas subjetividades que de nuevo puedan cernirse sobre nosotros, y entre nosotros, sobre los más débiles y con menos voz.

Conclusiones

La represión hacia las personas homosexuales y la connivencia de las prácticas médicas, tanto discursivas como no discursivas, hacia la disidencia sexual en las dictaduras ibéricas del siglo XX como dotadoras de una justificación “científica” de dicho hostigamiento son hechos históricos constatables y dignos de ser recogidos por cuanto existe el imperativo ético de una necesaria memoria de las víctimas. Asumido esto, es por otra parte inexacto generalizar que ciertas prácticas médicas particularmente agresivas e inhumanas eran aplicadas de forma sistemática, y menos en un contexto penitenciario particularmente diseñado para ello. Mucho menos cabe asimilarlas como equivalentes a la experimentación con seres humanos que llevaron a cabo los nazis, aunque hubiera “expertos” que en el discurso no iban demasiado lejos y hechos constatados que podrían caer en ese estilo. Si hubo una violencia “científica”, lo que es notorio, esta no parece ir mucho más lejos (aunque fue por razones obvias) de lo que iba en el resto de los países occidentales de la época. Esto no edulcora ni minimiza lo sucedido. De hecho, lo dramatiza en cuanto se trata de algo universalizable. Las prácticas clasificatorias e injerencia compulsiva en la vida de los sujetos desde los poderes establecidos es un hecho de la contemporaneidad que apenas puede mimetizarse en los esfuerzos de las democracias liberales de entonces y de ahora. Pensemos en analogía que las prácticas eugenésicas y experimentación con personas sin medios o excluidas no fue un hecho tan raro como nos gustaría pensar en el mundo contemporáneo (democracias incluídas), y ello no resta un ápice al dolor de lo que desarrolló el Tercer Reich. Los discursos y prácticas contra las personas homosexuales son un lugar común de la historia occidental, que encuentran una instancia más en los contextos autoritarios ibéricos, con las especificidades que conlleva el ser unas dictaduras de corte arraigadamente clasista y católico ultraconservador que no tenían escrúpulos el eliminar a los enemigos de la “Patria”, lo que en España alcanzó notas genocidas.

Fuentes y bibliografía

FERNÁNDEZ GALEANO, Javier — “Is He a ‘Social Danger?’ The Franco Regime’s Judicial Prosecution of Homosexuality in Málaga under the Ley de Vagos y Maleantes”. *Journal of the History of Sexuality*. 25:1 (2016) 1-31.

HORTA, Bruno — Valentim de Barros, o bailarino a quem roubaram a vida. Lifestyle, 2014.

MOLINA, Francisco — Clasificar vidas: el protagonismo teórico y el biográfico. Eikasía, Revista de Filosofía. 75 (2017) 81-110.

UGARTE, Javier — Las circunstancias obligaban. Homoerotismo, identidad y resistencia. Madrid/Barcelona: Madrid, 2011.

VÁZQUEZ, Francisco; CLEMINSON, Richard — Los invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España, 1850-1939. Granada: Comares, 2011.

A HERANÇA DE JACQUES LACAN NA PSIQUIATRIA CLÍNICA DO SÉCULO XXI

Gustavo Santos

Hospital de Magalhães Lemos
Médico, Interno de Formação Específica de Psiquiatria
E-mail:Gustavosantos@hmlemos.min-saude.pt

Palavras-Chave: Lacan, psicanálise, psicose, estágio do Espelho, linguagem

Key Words: Lacan, psychoanalysis, psychosis, mirror stage, language

Resumo: Jacques Lacan (1901-1981) foi um dos psicanalistas mais influentes do século XX, com contributos fundamentais na filosofia continental e na cultura europeia. Porém, após décadas de desenvolvimentos significativos nas neurociências, psicofarmacologia e psicologia cognitiva, que culminaram na exigência contemporânea de uma psiquiatria dita biológica, a extensão do seu legado atual na psicopatologia e na psiquiatria clínica permanece por determinar. Este artigo pretende avaliar a influência dos conceitos inovadores lacanianos no atual modelo cognitivo-neurobiológico. O primado da subjetividade humana como construção social, a alteridade do sujeito no estágio do espelho, o desenvolvimento da linguagem e a emergência da psicose são explorados num diálogo com a investigação empírica proveniente das neurociências e da psicologia do desenvolvimento. O esforço teórico de convergir a psicanálise e as neurociências é ainda crítico e pode informar a investigação em psicopatologia nos próximos anos.

Abstract: Jacques Lacan (1901-1981) was one of the most influential psychoanalysts of the twentieth century, with leading contributions in continental philosophy and European culture. However, after decades of significant developments in neurosciences, psychopharmacology and cognitive psychology, culminating in the contemporary demand for the so-called biological psychiatry, the extent of his legacy in psychopathology and clinical psychiatry remains to be fully ascertained. This article intends to elucidate the pivotal influence of Lacanian concepts in the current cognitive-neurobiological model. The primacy of human subjectivity as a social construct, the otherness of the subject in the mirror stage, the development of language and the emergence of psychosis are explored following empirical findings from neurosciences and developmental psychology. The theoretical effort to bridge the gap between psychoanalysis and neuroscience is still critical and can inform research in psychopathology in the upcoming years.

“ In particular, it should not be forgotten that the division into embryology, anatomy, physiology, psychology, sociology, and clinical work does not exist in nature and that there is only one discipline: a *neurobiology* to which observation obliges us to add the epithet *human* when it concerns us. “

Inscrição presente no instituto psicanalítico em Paris e utilizada por Lacan, nos seus seminários (Lacan, 1966)

Introdução

Jacques Lacan, psicanalista e psiquiatra de formação, foi um dos pensadores mais influentes do século XX. A sua influência fez-se sentir em áreas tão diversas como a filosofia continental, a estética e a teoria do cinema. Já na psiquiatria, Lacan, ao reformular a teoria psicanalítica freudiana à luz das teorias sociolinguísticas da época, elucidou as relações complexas que existem entre a linguagem e a subjetividade.

Existe algo de paradoxalmente circular na ideia de herança ou legado lacaniano, já que o próprio considerava a sua obra como um projeto de “*retorno a Freud*”. A partir da obra de Lacan pretende-se, então, discutir a influência e até persistência de algumas das suas ideias na psiquiatria clínica atual. A sua escrita é densa, de difícil acesso, pelo que as várias hermenêuticas existentes (Bruce Fink, Slavoj Žižek e Darien Leader) complementam generosamente os textos de Lacan, prestando um contributo fundamental à sua análise.

Da alteridade ao desenvolvimento da subjetividade

Historicamente são conhecidas as divergências teóricas de Lacan com os paradigmas psicanalíticos vigentes, simbolizados pela sociedade psicanalista parisiense da época. Um exemplo é a ideia da variabilidade do tempo de sessão de análise, que tem por base uma compreensão psicanalítica do tempo mais próxima da fenomenologia e do bergsonianismo, foi severamente criticada pelos psicanalistas da época. Curiosamente, numa época em que, fruto de pressões sociopolíticas, as consultas de psiquiatria e de psicoterapia vêm o seu tempo cada vez mais reduzido, Lacan só pode, hoje, ser acusado de visionário. Mas não foi apenas o inconformismo e espírito revolucionário lacaniano que o distinguiu da visão mais dogmática e convencional da escola psicanalítica. A sua personalidade de interesses ecléticos e as relações que construiu e soube promover entre psiquiatras, filósofos, escritores, artistas, historiadores e políticos do seu tempo revelou-se determinante, tanto para a originalidade da sua obra, como para a sua posterior influência nos mais diversos campos. É como se a psicanálise se abrisse à cultura, ao debate aberto, ao diálogo com outras hermenêuticas e filosofias, algo invulgar, desde Freud.

Um dos conceitos fundamentais e aquele que, por ventura, é mais conhecido e discutido é o momento que viria a ser conhecido como estágio ou estágio do espelho. Lacan, baseado fundamentalmente na investigação empírica do fim do século XIX e início do século XX nas áreas da etologia e da psicologia (na altura dominada pela escola da Gestalt) afirma que as crianças, por volta dos 6 aos 18 meses, adquirem, pela primeira vez, a capacidade de se identificarem em superfícies especulares, como um espelho. Esta fase do desenvolvimento da criança é fundamental, sendo que a experiência de reconhecimento é dotada de investimento afetivo (ou em termos mais analíticos, libidinal) e descrita por Lacan como prazer (sendo dotada até de um

equivalente mímico) e uma expressão de júbilo. Veja-se uma das primeiras descrições de Lacan:

“The mirror stage is a phenomenon to which I assign a twofold value. In the first place, it has historical value as it marks a decisive turning-point in the mental development of the child. In the second place, it typifies an essential libidinal relationship with the body image” (Lacan, 1966).

O espelho é uma metáfora para a apreensão do sujeito do seu reflexo no registro pré-verbal do imaginário. Imaginário que, para Lacan, é o registro que se constitui com o que os seres humanos experimentam na realidade do quotidiano: aquilo que uma pessoa imagina que os outros são, incluindo as perspectivas imaginadas dos outros. Estas transferências são ficções, embora, como é alertado por Lacan, são ficções úteis com efeitos concretos e parte essencial das realidades factuais do ser-humano.

Lacan opera a distinção entre o ego (*moi*, o Eu, no sentido freudiano) e o sujeito (*sujet*) do inconsciente. O ego é, então, objetificado num conjunto fixo e relativamente estável de coordenadas objetivas, libidinalmente investido. Este desdobramento permeia toda a sua obra. Ao contrário da ideia clássica cartesiana de self, Lacan enfatiza que o self é uma construção imaginária, uma projeção artificial de uma subjetividade. O reconhecimento de nós próprios dá-se a partir do outro – só assim alcançamos um certo sentido de self. O self constitui-se assim a partir do exterior, através de um outro ao qual se permanece para sempre identificado. A identidade humana é aqui conceptualizada como descentrada. Resumindo, no espelho a imagem em si que vemos não somos nós, mas sim um outro. No ato de nos identificarmos com essa nossa imagem, interagimos dialeticamente e alienamo-nos. A identificação connosco próprios é paradoxalmente uma alinação de nós mesmos. Como Lacan refere:

“We must absolutely define the ego’s imaginary function as the unity of the subject who is alienated from himself. The ego is something in which the subject cannot recognize himself at first except by alienating himself. He can thus only refind himself by abolishing the ego’s alter ego.” (Ibidem)

Esta teoria nunca foi isenta de escrutínio e crítica. Vários críticos como Michael Billig argumentam que a tentativa de fazer incidir Lacan no âmbito da psicologia convencional pode ser errado, mesmo tendo este citado e suportado a sua teoria em nomes como Wolfgang Köhler, James Mark Baldwin e Charlotte Buhler. Com efeito, a teoria do estágio do espelho extravasou o âmbito da psicologia, constituindo uma revolução na epistemologia e na gnosiologia. É o estatuto epistémico do sujeito, em última análise, que está em causa.

A maioria da literatura neurocientífica contemporânea consiste em estudos que avaliam os processos neurológicos da mentalização e da teoria da mente. Ou seja, a questão científica principal é como identificamos e compreendemos o outro e quais os mecanismos neuronais que medeiam esses processos cognitivos. A ideia de autoconsciência ou *self-awareness* nas neurociências é conceptualmente diferente do self Lacaniano. A tendência aqui é considerar o desenvolvimento do sentido de self como um fenómeno interoceptivo, inscrito no sistema neurobiológico. Como é argumentado por Gonçalves, a maioria da investigação empírica parece apontar que o

self não se estabelece de forma abrupta mas que há uma progressão gradual desde as formas mínimas às formas extensas ou narrativas (Gonçalves, 2012). Nas primeiras seis semanas de vida é comum até a designação de Self ecológico (na terminologia de Neisser) e é possível que conceitos cognitivos como o de esquema corporal já estejam presentes ainda antes da fase dos 6 aos 18 meses. Claro que uma forma de delimitar e de aceitar ambas as visões é assumir que mesmo que cognitivamente exista já a imagem do self, esta é inconsciente até ao momento em que a consciência do self é adquirida através da percepção da imagem do eu enquanto outro.

O estágio do espelho pode fornecer um contributo adicional para a compreensão das perturbações do espectro do autismo (PEA), uma área ainda pouco explorada. A ideia de que as crianças com PEA podem sofrer de uma dificuldade no processo de reconhecimento do self não é novidade. Num estudo recente, em 2009, Sophie Lind demonstrou e defendeu a existência de um mecanismo de autorreconhecimento tardio em crianças com perturbação do espectro do autismo. Este marco de desenvolvimento patologicamente alterado surge numa perturbação em que os défices na cognição social são caraterísticos. Interessantemente, são os neurónios espelho um dos candidatos neuronais implicados na fisiopatologia do autismo e nestes défices de cognição social. Os neurónios espelho são uma rede neuronal composta de regiões no giro frontal inferior e na parte rostral do lobo parietal inferior que são recrutadas e ativadas em acções, intenções, quer do self, quer dos outros. Ainda que a investigação empírica possa ser preliminar e pouco robusta não deixa de ser intrigante, para um lacaniano, que uma doença grave marcada por défices na cognição social, esteja também associada a dificuldades no processo de autorreconhecimento.

Do Grande outro da linguagem à Psicose

Para além da alteridade intrapsíquica que se constitui a partir do estágio do espelho, Lacan explora também o conceito de outro simbólico, que apelida de grande Outro (*grande autre*). Para Lacan, a condição mais significativa e indispensável de possibilidade de subjetividade é a ordem simbólica coletiva. Numa ideia comum ao estruturalismo da época, o desenvolvimento da subjetividade, como sejam as emoções e pensamentos, é mediado por estruturas e dinâmicas sociolinguísticas. Se o outro é a condição necessária para o desenvolvimento da subjetividade, quer a nível intrapsíquico, quer a nível interpessoal, as relações entre o sujeito e o outro nunca são estáveis. A este propósito, Žižek observa que a principal função da ordem simbólica com as suas leis e obrigações, que aceitamos de forma silenciosa, é tornar a nossa coexistência com o outro minimamente tolerável (Žižek, 2007). Com efeito, apesar do seu poder fundador, o grande Outro é frágil, anonimamente virtual, no sentido em que existe apenas se os sujeitos agirem como se ele existisse. Lacan explica esta noção utilizando o exemplo de uma carta. Quando não enviamos uma carta e a guardamos estamos afinal de contas a enviá-la – não confiamos no destinatário real, mas “enviamos” ao equivalente na fantasia. Esta ideia mantém-se útil em quadros psicossomáticos, por exemplo, em que o sintoma é conceptualizado como uma mensagem codificada sobre os medos e traumas inconscientes, sendo que o destinatário não é uma pessoa real ou um médico, mas sim o grande Outro virtual.

No outro interpessoal, por mais idêntico, esconde-se um “abismo insondável” da alteridade radical (Žižek, 2006). E numa época em que os conceitos de empatia e de compaixão afloram, Lacan lembra precisamente a importância de reconhecer que não podemos compreender por completo o outro e de aceitar que estamos fundamentalmente sozinhos. Para Lacan, o objetivo do tratamento psicanalítico não é o bem-estar, mas possibilitar o doente a enfrentar de forma mais autêntica os impasses

fundamentais do desejo. Esta visão lacaniana do desejo não está em desacordo com os modelos psicoterapêuticos vigentes, baseados na compaixão, como sejam a *Compassion Focused Therapy* e o *Mindfulness*.

Para Lacan as produções do inconsciente estão na dependência direta da linguagem. É patognomônica a expressão lacaniana que o *inconsciente é estruturado como uma linguagem*. Isto implica que o inconsciente fala, tem uma gramática e uma lógica. Os limites da linguagem e da consciência são os mesmos: o sujeito fala até onde a linguagem permite dizer. Assim, na produção de discurso com a articulação de uma cadeia de significantes o mecanismo é fundamentalmente autorreferencial já que o sujeito fala à medida que é: através da linguagem gera a sua subjetividade. A linguagem é um presente envenenado tão perigoso para a humanidade quanto o cavalo foi para os troianos: ela oferece-se para nosso uso, mas, depois de a aceitarmos, coloniza-nos (Zizek, 2006). É impossível conceber o mundo sem a linguagem:

”Language exists. It is something that has emerged. Now that it has emerged, we shall never know either when or how it began, or how things were before it came into being.” (Lacan, 1966).

A linguagem inserindo-se no registro do simbólico, do grande Outro, engloba também os costumes, instituições, leis, normas, práticas, rituais e tradições. À semelhança de Saussure, Lacan enfatiza a dependência do imaginário do simbólico e a primazia do significante, que fornece a estrutura da significação.

É através da noção de desenvolvimento de linguagem que Lacan edifica a sua teoria acerca da psicose, um dos seus principais legados na história da psiquiatria. Desde a sua tese inicial intitulada de *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, em 1932, que a noção de psicose sofre sucessivas atualizações e reformulações. Vanheule, no seu livro recente, *The subject of psychosis: a Lacanian perspective*, defende que Lacan elaborou ao todo quatro teorias distintas da psicose, ao longo da sua vida. Porém, é provável que o contributo mais original se prenda com a reformulação da resolução do complexo de Édipo, célebre metáfora Freudiana (Ribolsi, 2015).

Para Lacan, a forclusão (*Verwerfung*) do nome-do-pai é o mecanismo central da psicose, distinguindo-a de outras condições, como as neuroses. Ao contrário da repressão ou de outros mecanismos de defesa mais maduros, na foreclusão existe uma negação radical de um significante que é apelidado por Lacan como o nome-do-pai, sendo o sujeito arredado para sempre da ordem simbólica:

“It is in the name of the father that we must recognize the support of the symbolic function which, from the dawn of history, has identified his person with the figure of the law” (Lacan, 1966).

O sujeito encontra um vazio, uma lacuna no simbólico que afeta a forma como vai estruturar a linguagem e a capacidade de produzir significado. Por sua vez, os défices da linguagem e da simbolização são responsáveis pelas alterações observadas fenomenologicamente na clínica: a perplexidade do psicótico, ou as alucinações e os delírios, nos quais o significante foracluído retorna ao real, assistindo-se, então à invasão de algo que não foi simbolizado pelo sujeito. Sem o simbólico, sem o grande Outro, como é possível organizar e estruturar o nosso mundo? Assim se compreende

também o delírio persecutório comum com um grande Outro “paralelo”, seja o Deus que comunica, ou o FBI que persegue o sujeito, ou invasões alienígenas.

Em linha com autores da fenomenologia clássica como Emil Kraepelin e Eugen Bleuler. Lacan descreve nos doentes esquizofrénicos as dificuldades de compreensão do discurso metafórico, os neologismos e o discurso autonímico, no qual significantes particulares se apresentam como elementos isolados e não participam do processo referencial com outros significantes (Ribolsi, 2015). Com efeito, é um postulado clássico da psicopatologia a perturbação no desenvolvimento e uso da linguagem, desde os referidos neologismos ao fenómeno de descarrilamento, como demonstrado por vários autores (Andreason, 1986 e Condray em 2005, para citar alguns). Vários estudos sugerem dificuldades do processamento linguístico na psicose (Crow, 2012) e da compreensão do sentido figurativo da linguagem. A escala psicopatológica mais usada na esquizofrenia (PANSS) tem, aliás, uma secção dedicada à avaliação da capacidade de compreensão das metáforas e de provérbios. Já um estudo recente por Mossaheb *et al.* (2014) demonstrou a existência de uma correlação positiva entre as dificuldades de compreensão metafórica e a sintomatologia negativa da doença.

Com o avanço das neurociências, compreendeu-se que o hemisfério direito desempenha um papel crucial no processamento da linguagem figurativa, sendo que as áreas mais envolvidas são as regiões fronto-temporais, incluindo o giro frontal inferior, o giro frontal médio, a ínsula, o giro temporal superior e o giro temporal médio. Vários estudos demonstraram uma disfunção no hemisfério direito em doentes com esquizofrenia (Cutting, 1992), sendo que a disfunção hemisférica direita tem sido implicada em várias alterações psicopatológicas na cognição social, na percepção visuoespacial, no controlo oculomotor volitivo e na compreensão prosódica. É neste contexto que se insere a conhecida tese de Crow (1997) (que seria subscrita por Lacan) que defende que a esquizofrenia é uma perturbação semiótica, traduzida na célebre frase “*schizophrenia is the price that Homo sapiens pays for language*”.

Embora aparentemente em desacordo com os sistemas de diagnóstico baseados no comportamento, a nosologia lacaniana está em linha com os modelos psicopatológicos de desenvolvimento. O mais importante para um lacaniano, tal como para um psicopatologista, não é o comportamento manifestado, mas a estrutura mental que o acomoda. De uma forma correlativa, podem-se conceber as alterações cerebrais da esquizofrenia como o substrato neurológico no qual o processo de forclusão ocorre e se processam as falhas de metaforização, características de todo o fenómeno psicótico (daí a categorização da psicose unitária, independentemente da etiologia).

Conclusões

A noção de identificação e constituição do *Eu* através de uma imagem ideal, e o entendimento que o sujeito se encontra imerso *a priori* num mundo simbólico (o grande outro), numa relação ambivalente permanecem relevantes na compreensão de doenças, como o autismo e a esquizofrenia. Para um lacaniano, o interesse clínico da doença mental e da loucura é inseparável de um compromisso radical com o estudo da subjetividade humana.

Tal como já foi realçado por vários leitores de Lacan, incluindo Zizek, o vínculo entre a psicanálise e as ciências naturais (as neurociências) é fortalecido na obra de Lacan. Isto é relevante hoje, mais do que nunca, quando movimentos (apesar de dispares) como a psicanálise e a fenomenologia assumem uma postura marginalizada na prática médica e psiquiátrica e, por outro lado, quando começa a ser exigido, cada vez mais, um suporte neurocientífico às teorias psicológicas.

Bibliografia

GONÇALVES, Jorge - Is Lacan's Theory of the Mirror Stage Still Valid? *Journal of Psychology Research*. 2 (2012).

LACAN, Jacques – On the Names-of-the-Father (Translated by Bruce Fink, First Edition 2005). Cambridge: Polity Press, 2013.

LACAN, Jacques – *Écrits* (Translated by Bruce Fink, First Edition 1966). New York: W.W. Norton & Company, 2006.

RIBOLSI, M. et al. – Metaphor in Psychosis: on the possible convergence of Lacanian theory and neuro-scientific research. *Frontiers in Psychology*, 6 (2015).

ZIZEK, Slavoj – How to read Lacan. New York City: W.W. Norton & Company, 2007.

A HERANÇA DE JACQUES LACAN NA PSIQUIATRIA CLÍNICA DO SÉCULO XXI

Gustavo Santos

Hospital de Magalhães Lemos
Médico, Interno de Formação Específica de Psiquiatria
E-mail: Gustavosantos@hmlemos.min-saude.pt

Palavras-Chave: Lacan; Psicanálise; Psicose; Estágio do Espelho; Linguagem

Key Words: Lacan, Psychoanalysis; Psychosis; Mirror Stage; Language

Resumo: Jacques Lacan (1901-1981) foi um dos psicanalistas mais influentes do século XX, com contributos fundamentais na filosofia continental e na cultura europeia. Porém, após décadas de desenvolvimentos significativos nas neurociências, psicofarmacologia e psicologia cognitiva, que culminaram na exigência contemporânea de uma psiquiatria dita biológica, a extensão do seu legado atual na psicopatologia e na psiquiatria clínica permanece por determinar. Este artigo pretende avaliar a influência dos conceitos inovadores lacanianos no atual modelo cognitivo-neurobiológico. O primado da subjetividade humana como construção social, a alteridade do sujeito no estágio do espelho, o desenvolvimento da linguagem e a emergência da psicose são explorados num diálogo com a investigação empírica proveniente das neurociências e da psicologia do desenvolvimento. O esforço teórico de convergir a psicanálise e as neurociências é ainda crítico e pode informar a investigação em psicopatologia nos próximos anos.

Abstract: Jacques Lacan (1901-1981) was one of the most influential psychoanalysts of the twentieth century, with leading contributions in continental philosophy and European culture. However, after decades of significant developments in neurosciences, psychopharmacology and cognitive psychology, culminating in the contemporary demand for the so-called biological psychiatry, the extent of his legacy in psychopathology and clinical psychiatry remains to be fully ascertained. This article intends to elucidate the pivotal influence of Lacanian concepts in the current cognitive-neurobiological model. The primacy of human subjectivity as a social construct, the otherness of the subject in the mirror stage, the development of language and the emergence of psychosis are explored following empirical findings from neurosciences and developmental psychology. The theoretical effort to bridge the gap between psychoanalysis and neuroscience is still critical and can inform research in psychopathology in the upcoming years.

“In particular, it should not be forgotten that the division into embryology, anatomy, physiology, psychology, sociology, and clinical work does not exist in nature and that there is only one discipline: a *neurobiology* to which observation obliges us to add the epithet *human* when it concerns us. “

Inscrição presente no instituto psicanalítico em Paris e utilizada por Lacan, nos seus seminários (Lacan, 1966)

Introdução

Jacques Lacan, psicanalista e psiquiatra de formação, foi um dos pensadores mais influentes do século XX. A sua influência fez-se sentir em áreas tão diversas

como a filosofia continental, a estética e a teoria do cinema. Já na psiquiatria, Lacan, ao reformular a teoria psicanalítica freudiana à luz das teorias sociolinguísticas da época, elucidou as relações complexas que existem entre a linguagem e a subjetividade.

Existe algo de paradoxalmente circular na ideia de herança ou legado lacaniano, já que o próprio considerava a sua obra como um projeto de “*retorno a Freud*”. A partir da obra de Lacan pretende-se, então, discutir a influência e até persistência de algumas das suas ideias na psiquiatria clínica atual. A sua escrita é densa, de difícil acesso, pelo que as várias hermenêuticas existentes (Bruce Fink, Slavoj Žižek e Darien Leader) complementam generosamente os textos de Lacan, prestando um contributo fundamental à sua análise.

Da alteridade ao desenvolvimento da subjetividade

Historicamente são conhecidas as divergências teóricas de Lacan com os paradigmas psicanalíticos vigentes, simbolizados pela sociedade psicanalista parisiense da época. Um exemplo é a ideia da variabilidade do tempo de sessão de análise, que tem por base uma compreensão psicanalítica do tempo mais próxima da fenomenologia e do bergsonianismo, foi severamente criticada pelos psicanalistas da época. Curiosamente, numa época em que, fruto de pressões sociopolíticas, as consultas de psiquiatria e de psicoterapia vêm o seu tempo cada vez mais reduzido, Lacan só pode, hoje, ser acusado de visionário. Mas não foi apenas o inconformismo e espírito revolucionário lacaniano que o distinguiu da visão mais dogmática e convencional da escola psicanalítica. A sua personalidade de interesses ecléticos e as relações que construiu e soube promover entre psiquiatras, filósofos, escritores, artistas, historiadores e políticos do seu tempo revelou-se determinante, tanto para a originalidade da sua obra, como para a sua posterior influência nos mais diversos campos. É como se a psicanálise se abrisse à cultura, ao debate aberto, ao diálogo com outras hermenêuticas e filosofias, algo invulgar, desde Freud.

Um dos conceitos fundamentais e aquele que, por ventura, é mais conhecido e discutido é o momento que viria a ser conhecido como estágio ou estágio do espelho. Lacan, baseado fundamentalmente na investigação empírica do fim do século XIX e início do século XX nas áreas da etologia e da psicologia (na altura dominada pela escola da Gestalt) afirma que as crianças, por volta dos 6 aos 18 meses, adquirem, pela primeira vez, a capacidade de se identificarem em superfícies especulares, como um espelho. Esta fase do desenvolvimento da criança é fundamental, sendo que a experiência de reconhecimento é dotada de investimento afetivo (ou em termos mais analíticos, libidinal) e descrita por Lacan como prazer (sendo dotada até de um equivalente mímico) e uma expressão de júbilo. Veja-se uma das primeiras descrições de Lacan:

“The mirror stage is a phenomenon to which I assign a twofold value. In the first place, it has historical value as it marks a decisive turning-point in the mental development of the child. In the second place, it typifies an essential libidinal relationship with the body image.” (Lacan, 1966).

O espelho é uma metáfora para a apreensão do sujeito do seu reflexo no registro pré-verbal do imaginário. Imaginário que, para Lacan, é o registro que se constitui com o que os seres humanos experimentam na realidade do quotidiano: aquilo que uma pessoa imagina que os outros são, incluindo as perspetivas imaginadas dos outros. Estas transferências são ficções, embora, como é alertado por

Lacan, são ficções úteis com efeitos concretos e parte essencial das realidades factuais do ser-humano.

Lacan opera a distinção entre o ego (*moi*, o Eu, no sentido freudiano) e o sujeito (*sujet*) do inconsciente. O ego é, então, objetificado num conjunto fixo e relativamente estável de coordenadas objetivas, libidinalmente investido. Este desdobramento permeia toda a sua obra. Ao contrário da ideia clássica cartesiana de self, Lacan enfatiza que o self é uma construção imaginária, uma projeção artificial de uma subjetividade. O reconhecimento de nós próprios dá-se a partir do outro – só assim alcançamos um certo sentido de self. O self constitui-se assim a partir do exterior, através de um outro ao qual se permanece para sempre identificado. A identidade humana é aqui conceptualizada como descentrada. Resumindo, no espelho a imagem em si que vemos não somos nós, mas sim um outro. No ato de nos identificarmos com essa nossa imagem, interagimos dialeticamente e alienamo-nos. A identificação connosco próprios é paradoxalmente uma alinação de nós mesmos. Como Lacan refere:

“We must absolutely define the ego’s imaginary function as the unity of the subject who is alienated from himself. The ego is something in which the subject cannot recognize himself at first except by alienating himself. He can thus only refind himself by abolishing the ego’s alter ego.” (Ibidem)

Esta teoria nunca foi isenta de escrutínio e crítica. Vários críticos como Michael Billig argumentam que a tentativa de fazer incidir Lacan no âmbito da psicologia convencional pode ser errado, mesmo tendo este citado e suportado a sua teoria em nomes como Wolfgang Köhler, James Mark Baldwin e Charlotte Buhler. Com efeito, a teoria do estágio do espelho extravasou o âmbito da psicologia, constituindo uma revolução na epistemologia e na gnosiologia. É o estatuto epistémico do sujeito, em última análise, que está em causa.

A maioria da literatura neurocientífica contemporânea consiste em estudos que avaliam os processos neurológicos da mentalização e da teoria da mente. Ou seja, a questão científica principal é como identificamos e compreendemos o outro e quais os mecanismos neuronais que medeiam esses processos cognitivos. A ideia de autoconsciência ou *self-awareness* nas neurociências é conceptualmente diferente do self Lacaniano. A tendência aqui é considerar o desenvolvimento do sentido de self como um fenómeno interoceptivo, inscrito no sistema neurobiológico. Como é argumentado por Gonçalves, a maioria da investigação empírica parece apontar que o self não se estabelece de forma abrupta mas que há uma progressão gradual desde as formas mínimas às formas extensas ou narrativas (Gonçalves, 2012). Nas primeiras seis semanas de vida é comum até a designação de Self ecológico (na terminologia de Neisser) e é possível que conceitos cognitivos como o de esquema corporal já estejam presentes ainda antes da fase dos 6 aos 18 meses. Claro que uma forma de delimitar e de aceitar ambas as visões é assumir que mesmo que cognitivamente exista já a imagem do self, esta é inconsciente até ao momento em que a consciência do self é adquirida através da percepção da imagem do eu enquanto outro.

O estágio do espelho pode fornecer um contributo adicional para a compreensão das perturbações do espectro do autismo (PEA), uma área ainda pouco explorada. A ideia de que as crianças com PEA podem sofrer de uma dificuldade no processo de reconhecimento do self não é novidade. Num estudo recente, em 2009, Sophie Lind demonstrou e defendeu a existência de um mecanismo de

autorreconhecimento tardio em crianças com perturbação do espectro do autismo. Este marco de desenvolvimento patologicamente alterado surge numa perturbação em que os défices na cognição social são característicos. Interessantemente, são os neurónios espelho um dos candidatos neuronais implicados na fisiopatologia do autismo e nestes défices de cognição social. Os neurónios espelho são uma rede neuronal composta de regiões no giro frontal inferior e na parte rostral do lobo parietal inferior que são recrutadas e ativadas em acções, intenções, quer do self, quer dos outros. Ainda que a investigação empírica possa ser preliminar e pouco robusta não deixa de ser intrigante, para um lacaniano, que uma doença grava marcada por défices na cognição social, esteja também associada a dificuldades no processo de autorreconhecimento.

Do Grande outro da linguagem à Psicose

Para além da alteridade intrapsíquica que se constitui a partir do estágio do espelho, Lacan explora também o conceito de outro simbólico, que apelida de grande Outro (*grande autre*). Para Lacan, a condição mais significativa e indispensável de possibilidade de subjetividade é a ordem simbólica coletiva. Numa ideia comum ao estruturalismo da época, o desenvolvimento da subjetividade, como sejam as emoções e pensamentos, é mediado por estruturas e dinâmicas sociolinguísticas. Se o outro é a condição necessária para o desenvolvimento da subjetividade, quer a nível intrapsíquico, quer a nível interpessoal, as relações entre o sujeito e o outro nunca são estáveis. A este propósito, Zizek observa que a principal função da ordem simbólica com as suas leis e obrigações, que aceitamos de forma silenciosa., é tornar a nossa coexistência com o outro minimamente tolerável (Zizek, 2007). Com efeito, apesar do seu poder fundador, o grande Outro é frágil, anonimamente virtual, no sentido em que existe apenas se os sujeitos agirem como se ele existisse. Lacan explica esta noção utilizando o exemplo de uma carta. Quando não enviamos uma carta e a guardamos estamos afinal de contas a enviá-la – não confiamos no destinatário real, mas “enviamos” ao equivalente na fantasia. Esta ideia mantém-se útil em quadros psicossomáticos, por exemplo, em que o sintoma é conceptualizado como uma mensagem codificada sobre os medos e traumas inconscientes, sendo que o destinatário não é uma pessoa real ou um médico, mas sim o grande Outro virtual.

No outro interpessoal, por mais idêntico, esconde-se um “abismo insondável” da alteridade radical (Zizek, 2006). E numa época em que os conceitos de empatia e de compaixão afloram, Lacan lembra precisamente a importância de reconhecer que não podemos compreender por completo o outro e de aceitar que estamos fundamentalmente sozinhos. Para Lacan, o objetivo do tratamento psicanalítico não é o bem-estar, mas possibilitar o doente a enfrentar de forma mais autêntica os impasses fundamentais do desejo. Esta visão lacaniana do desejo não está em desacordo com os modelos psicoterapêuticos vigentes, baseados na compaixão, como sejam a *Compassion Focused Therapy* e o *Mindfulness*.

Para Lacan as produções do inconsciente estão na dependência direta da linguagem. É patognomónica a expressão lacaniana que o *inconsciente é estruturado como uma linguagem*. Isto implica que o inconsciente fala, tem uma gramática e uma lógica. Os limites da linguagem e da consciência são os mesmos: o sujeito fala até onde a linguagem permite dizer. Assim, na produção de discurso com a articulação de uma cadeia de significantes o mecanismo é fundamentalmente autorreferencial já que o sujeito fala à medida que é: através da linguagem gera a sua subjetividade. A linguagem é um presente envenenado tão perigoso para a humanidade quanto o cavalo foi para os troianos: ela oferece-se para nosso uso, mas, depois de a

aceitarmos, coloniza-nos (Zizek, 2006). É impossível conceber o mundo sem a linguagem:

”Language exists. It is something that has emerged. Now that it has emerged, we shall never know either when or how it began, or how things were before it came into being.” (Lacan, 1966).

A linguagem inserindo-se no registro do simbólico, do grande Outro, engloba também os costumes, instituições, leis, normas, práticas, rituais e tradições. À semelhança de Saussure, Lacan enfatiza a dependência do imaginário do simbólico e a primazia do significante, que fornece a estrutura da significação.

É através da noção de desenvolvimento de linguagem que Lacan edifica a sua teoria acerca da psicose, um dos seus principais legados na história da psiquiatria. Desde a sua tese inicial intitulada de *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, em 1932, que a noção de psicose sofre sucessivas atualizações e reformulações. Vanheule, no seu livro recente, *The subject of psychosis: a Lacanian perspective*, defende que Lacan elaborou ao todo quatro teorias distintas da psicose, ao longo da sua vida. Porém, é provável que o contributo mais original se prenda com a reformulação da resolução do complexo de Édipo, célebre metáfora Freudiana (Ribolsi, 2015).

Para Lacan, a forclusão (*Verwerfung*) do nome-do-pai é o mecanismo central da psicose, distinguindo-a de outras condições, como as neuroses. Ao contrário da repressão ou de outros mecanismos de defesa mais maduros, na foreclusão existe uma negação radical de um significante que é apelidado por Lacan como o nome-do-pai, sendo o sujeito arredado para sempre da ordem simbólica:

“It is in the name of the father that we must recognize the support of the symbolic function which, from the dawn of history, has identified his person with the figure of the law” (Lacan, 1966).

O sujeito encontra um vazio, uma lacuna no simbólico que afeta a forma como vai estruturar a linguagem e a capacidade de produzir significado. Por sua vez, os défices da linguagem e da simbolização são responsáveis pelas alterações observadas fenomenologicamente na clínica: a perplexidade do psicótico, ou as alucinações e os delírios, nos quais o significante foracluído retorna ao real, assistindo-se, então à invasão de algo que não foi simbolizado pelo sujeito. Sem o simbólico, sem o grande Outro, como é possível organizar e estruturar o nosso mundo? Assim se compreende também o delírio persecutório comum com um grande Outro “paralelo”, seja o Deus que comunica, ou o FBI que persegue o sujeito, ou invasões alienígenas.

Em linha com autores da fenomenologia clássica como Emil Kraepelin e Eugen Bleuler. Lacan descreve nos doentes esquizofrénicos as dificuldades de compreensão do discurso metafórico, os neologismos e o discurso autonímico, no qual significantes particulares se apresentam como elementos isolados e não participam do processo referencial com outros significantes (Ribolsi, 2015). Com efeito, é um postulado clássico da psicopatologia a perturbação no desenvolvimento e uso da linguagem, desde os referidos neologismos ao fenómeno de descarrilamento, como demonstrado por vários autores (Andreason, 1986 e Condray em 2005, para citar alguns). Vários estudos sugerem dificuldades do processamento linguístico na psicose (Crow, 2012) e da compreensão do sentido figurativo da linguagem. A escala psicopatológica mais usada na esquizofrenia (PANSS) tem, aliás, uma secção dedicada à avaliação da

capacidade de compreensão das metáforas e de provérbios. Já um estudo recente por Mossaheb *et al.* (2014) demonstrou a existência de uma correlação positiva entre as dificuldades de compreensão metafórica e a sintomatologia negativa da doença.

Com o avanço das neurociências, compreendeu-se que o hemisfério direito desempenha um papel crucial no processamento da linguagem figurativa, sendo que as áreas mais envolvidas são as regiões fronto-temporais, incluindo o giro frontal inferior, o giro frontal médio, a ínsula, o giro temporal superior e o giro temporal médio. Vários estudos demonstraram uma disfunção no hemisfério direito em doentes com esquizofrenia (Cutting, 1992), sendo que a disfunção hemisférica direita tem sido implicada em várias alterações psicopatológicas na cognição social, na percepção visuoespacial, no controlo oculomotor volitivo e na compreensão prosódica. É neste contexto que se insere a conhecida tese de Crow (1997) (que seria subscrita por Lacan) que defende que a esquizofrenia é uma perturbação semiótica, traduzida na célebre frase “*schizophrenia is the price that Homo sapiens pays for language*”.

Embora aparentemente em desacordo com os sistemas de diagnóstico baseados no comportamento, a nosologia lacaniana está em linha com os modelos psicopatológicos de desenvolvimento. O mais importante para um lacaniano, tal como para um psicopatologista, não é o comportamento manifestado, mas a estrutura mental que o acomoda. De uma forma correlativa, podem-se conceber as alterações cerebrais da esquizofrenia como o substrato neurológico no qual o processo de forclusão ocorre e se processam as falhas de metaforização, características de todo o fenómeno psicótico (daí a categorização da psicose unitária, independentemente da etiologia).

Conclusões

A noção de identificação e constituição do *Eu* através de uma imagem ideal, e o entendimento que o sujeito se encontra imerso *a priori* num mundo simbólico (o grande outro), numa relação ambivalente permanecem relevantes na compreensão de doenças, como o autismo e a esquizofrenia. Para um lacaniano, o interesse clínico da doença mental e da loucura é inseparável de um compromisso radical com o estudo da subjetividade humana.

Tal como já foi realçado por vários leitores de Lacan, incluindo Zizek, o vínculo entre a psicanálise e as ciências naturais (as neurociências) é fortalecido na obra de Lacan. Isto é relevante hoje, mais do que nunca, quando movimentos (apesar de díspares) como a psicanálise e a fenomenologia assumem uma postura marginalizada na prática médica e psiquiátrica e, por outro lado, quando começa a ser exigido, cada vez mais, um suporte neurocientífico às teorias psicológicas.

Bibliografia

GONÇALVES, Jorge - Is Lacan's Theory of the Mirror Stage Still Valid? *Journal of Psychology Research*. 2 (2012).

LACAN, Jacques – On the Names-of-the-Father (Translated by Bruce Fink, First Edition 2005). Cambridge: Polity Press; 2013.

LACAN, Jacques – *Écrits* (Translated by Bruce Fink, First Edition 1966). New York: W.W. Norton & Company; 2006.

RIBOLSI, M, *et al.* – Metaphor in Psychosis: on the possible convergence of Lacanian theory and neuro-scientific research. *Frontiers in Psychology*, 6 (2015).

ZIZEK, Slavoj – How to read Lacan. New York City: W.W. Norton & Company; 2007.

**¿PSICOSIS GRIPALES?
(GRIPE, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA, 1875-1975)**

Jessica Otilia Pérez Triveño; David Simón Lorda*; Cristina Carcavilla
Puey**; Rosana Ortiz Soriano**; Manuel Fernández de Aspe**;
Elisabeth Balseiro Mazaira****

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. Ourense.
España

*Psiquiatra; ** Médico Residente de Psiquiatría

E-mail:jessica.otilia.perez.triveno@sergas.es

Palabras clave: psicosis, gripe, Galicia, Barcia Caballero, Cabaleiro Goás
Keywords: Psychosis, flu, Galicia, Barcia Caballero, Cabaleiro Goás

Resumen: En el siglo XX en Galicia, en el contexto de la pandemia gripal de 1918-1919 (la llamada gripe española) aparecieron casos que fueron etiquetados como psicosis gripales. Algunos de ellos fueron atendidos en la institución hospitalaria manicomial de Galicia entre 1918 y 1919 (Manicomio de Conxo en Santiago). Vuelven a haber referencias a este tipo de casos en 1958, tras la pandemia de gripe asiática de 1957. Los datos han sido obtenidos tras consultar historiales clínicos del centro manicomial de Conxo, y las referencias a otros casos fueron obtenidos tras la revisión de la prensa de Galicia en este período relativo al tema en estudio, así como en trabajos publicados acerca de las psicosis gripales por figuras médicas de la psiquiatría gallega del siglo XX: Juan Barcia Caballero (en Santiago, 1919) y Manuel Cabaleiro Goás (en Ourense, 1958).

Abstract: In the 20th century in Galicia, in the context of the influenza pandemic of 1918-1919 (the so-called Spanish flu), cases that were diagnosed as post- influenza psychosis appeared. Some of them were treated in the nosocomial hospital institution of Galicia in 1918-1919 (Mental Hospital of Conxo in Santiago). There are again references to this type of cases in 1958, after the Asian flu pandemic of 1957. The data have been obtained after consulting the clinical records of Asylum Conxo, and references to other cases after review of the Galician press in this period related to the subject under study, as well as in published works about the influenza psychosis by medical figures of Galician psychiatry of the 20th century: Juan Barcia Caballero (in Santiago, 1919) and Manuel Cabaleiro Goás (in Ourense, 1958).

La Primera Guerra Mundial (1914-1918) y el hecho de que España no participara en la contienda (por lo que la prensa aireó sin restricciones las noticias sobre el tema) dieron lugar a la falsa atribución de país de origen de la enfermedad.

Entre la población, se le apodaba medio en broma como “Soldado de Nápoles” al coincidir esta epidemia con el reestreno en Madrid de la zarzuela “La Canción del Olvido” y por el comentario de su libretista, Federico Romero, que dijera que la canción “Soldado de Nápoles” -interpretada en el cuadro segundo- era más pegadiza que la gripe.

La enfermedad entró en Madrid a través de la Feria de ganado con motivo de las fiestas de San Isidro, sin embargo; la epidemia estaba presente en Europa 2 meses antes de penetrar en España.

Como posibles orígenes de la pandemia se han postulado Rusia, China y América, decantándose últimamente algunos investigadores por el origen americano, por su comienzo en el fuerte Riley del ejército estadounidense de Funston (Kansas) el 4 de marzo de 1918 (Porras, 2008) cuando el soldado Albert Gitchell, cocinero, mostró lo que parecían los signos de una simple gripe: fiebre, tos y dolor de cabeza. Pero también hay quien señala que la enfermedad pudo llegar al campo militar traída por unos reclutas que trabajaban en una granja de Haskell County. Muchos de los soldados de este campamento habrían sido destinados a Europa y propagaron la enfermedad en puertos de toda Francia.

La pandemia cursó en tres brotes: el primero, en la primavera de 1918, desde mediados de mayo a principios de junio; el segundo, en el otoño de ese mismo año, entre los meses de septiembre y diciembre y el tercero, en los primeros meses de 1919 justo cuando la mayor parte del mundo celebraba el armisticio solicitado por Alemania, la epidemia se recrudecía entre febrero y mayo en una tercera oleada.

Se calcula que afectó a la mitad del género humano. Fue tan letal que algunos autores cifran sus víctimas entre 25 y 50 millones. A esta cifra contribuiría España con unas 300.000 muertes, siendo el segundo brote el que produjo mayor número de víctimas en la mayor parte del país aunque las cifras oficiales redujeron el número de víctimas a 147.114 fallecidos.

La crudeza de la enfermedad en España se constata con el número de víctimas, superior al registrado durante la epidemia de cólera de 1853-1855.

Su impacto social y magnitud fueron recogidos por la prensa de la época, tanto generalista como científica, destacando las noticias publicadas en el periódico profesional *España Médica*, durante el periodo comprendido entre 1918 y 1919.

Considerado como un periódico de información científica-profesional e ilustrado, recogía artículos de índole clínica o terapéutica, así como información sobre actividades de las academias y sociedades científicas. Contaba con una edición decenal desde 1911, año en que fuera fundada, pasando a ser quincenal a partir de 1931. Estas fuentes aportaron información relevante para verificar el modo en que se transmitió la información médica y se generó un estado de opinión en la sociedad de la época.

Psicosis post gripales, Galicia, 1918-1919

En este contexto de la pandemia gripal de 1918-1919 aparecen casos que fueron etiquetados como psicosis gripales mencionándose en artículos de prensa de la época como “algunos casos de gripe que degeneran en ataques a la cabeza y enajenación mental”.

En Galicia, algunos de estos casos fueron atendidos en la institución hospitalaria manicomial (Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela) por figuras médicas de la psiquiatría gallega del siglo XX como el doctor Juan Barcia Caballero, director del Manicomio de Conxo tras suceder a Sánchez Freire, y autor de una amplia producción científica en la que se incluye su libro "De Re Phrenopática" (1915), libro dedicado a temas de psiquiatría, con orientación organicista pero también enfocado a aspectos médico legales, psicoterapia y la laborterapia en los enfermos mentales.

Barcia Caballero y la edición de España Médica de 1919

Encuadrado dentro del contexto histórico de la gripe mundial, Barcia Caballero publica una serie de casos en la edición de *España Médica* del 1º de Enero de 1919. En esta publicación describe sintomatología muy variada: desde leves

amnesias, más o menos pertinaces, hasta la manía furiosa, agitada y turbulenta, con accesos e impulsos acometedores. Predominaron, sin embargo, según lo indica Barcia Caballero, los desdoblamientos de la personalidad, “frecuentes en las psicosis infecciosas, complicados a veces con delirio vago de persecución”. Menciona 17 casos de estas complicaciones post gripales de los cuales 9 alcanzaron la cura, 4 se encontraban en el momento de la publicación en vías de recuperación y 3 casos precisaron el ingreso en el Sanatorio de Conxo por presentar “un verdadero estado de completa locura incompatible con la vida de familia”. El caso restante se perdió por ser imposible su seguimiento al tratarse de un paciente que provenía de una localidad lejana.

Los 3 casos de Conxo: un joven militar, con antecedentes familiares de manía del padre, que había precisado también su internamiento en dicha institución en años anteriores junto con el antecedente de haber padecido el “trancazo” (gripe) en la primavera del ‘18 y que dos meses después empezó a manifestar los síntomas en el Hospital Militar de donde fue derivado para observación, desarrollando un estado melancólico con estupor poco marcado. El segundo caso, el de una mujer de poco más de treinta años que había padecido la gripe y que en la convalecencia sufrió inicialmente un acceso de manía aguda con gran agitación y tendencias agresivas que permanecía ingresada durante 3 meses sin que se observase sino el empeoramiento de su trastorno mental.

En el tercer caso, Barcia Caballero señala al “trancazo” como causa ocasional de los síntomas al tratarse de un paciente con patología psiquiátrica previa. Finalmente se menciona el caso de una mujer natural de Ourense vista en la consulta con antecedente de padecimiento de la gripe coincidente con un estado puerperal en los dos meses previos a la valoración y que presentó en consecuencia un estado melancólico con delirio vago de persecución con momentos de completa lucidez en el que era capaz de darse cuenta de sus delirios y que por tanto, hacía preveer un pronóstico favorable.

El tratamiento empleado en todos los casos consistía, sobre todo y especialmente—en nucleinato de sosa¹ administrado en inyectable, intramuscular o endovenosa además de algún hipnótico y sedante como bromuro o sedobrol, baños tibios y reconstituyentes. La curación parecía completa en todos.

Psicosis post gripal en los archivos clínicos del Manicomio de Conxo, en nuestros días

Dentro de los datos obtenidos en nuestra investigación y tras consultar los archivos de historiales clínicos del Manicomio de Conxo mencionamos el caso de un soldado de artillería de 24 años, soltero, natural de Valladolid, con antecedente de haber padecido la gripe, como bien señala el mismo paciente y como queda registrado en su ficha de ingreso del 31 de Octubre de 1918 con diagnóstico de psicosis post gripal, cuya sintomatología “por fortuna desapareció rápidamente” y permitió el alta en junio de 1919 siendo una incógnita lo acontecido con aquel

¹ MARTINEZ-PEREZ, J.; PORRAS GALLO, M.I.; SAMBLAS TILVE, P.; CURA GONZALEZ, M. La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2004. p.180. A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, se ensayaron multitud de métodos piroterápicos: nucleinato de sosa (Lepine, 1910), leche (galactoterapia), peptona, phlogetan, ...tuberculina (Pilez, 1909), vacuna antitífica (Fredlander, 1913), vacuna antichancrosa de Nicolle (Dmelcos), vacuna antivariolosa; preparados microbianos (Pyriper y saprovitan); abscesos de fijación, fiebre recurrente (Plaut y Seiner); sodoku; sulfosin (inyección supraparietal previo calentamiento) o métodos físicos como la balneoterapia, el baño de luz o la picadura cerebral.

soldado tras su salida del nosocomio ya que no constan mayores anotaciones al respecto ni se han encontrado otros ingresos posteriores en los archivos revisados.

Psicosis postgripal tras la epidemia de gripe asiática de 1957

Gripe asiática y los conceptos de virus y bacterias

En las primeras décadas del siglo XX la etiología de la gripe era desconocida, sólo se sabía entonces de la existencia de algunos agentes de la infección que eran capaces, por su tamaño de atravesar los filtros utilizados y cabía la posibilidad de pensar que alguno de estos gérmenes pudiera ser el agente causal de la infección gripal. (Pérez López- Villamil, 1959).

Sin embargo, la mayoría de los expertos de la época creían que la influenza era provocada por una bacteria, y por entonces, todavía no se habían descubierto los antibióticos para tratar las infecciones bacterianas oportunistas que infectaron a quienes la gripe había ya debilitado.

Veinticuatro años después de identificar el virus de la “gripe española”, en 1957, una nueva variedad se instalaba en Asia. Mató, según el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (EEUU) a cinco millones de personas en todo el mundo. En España, fallecieron por dicha dolencia unas 10.000 y enfermaron más de cuatro millones de habitantes.

Cabaleiro Goás y los síndromes esquizofrenoides

Tras la pandemia de gripe asiática de 1957 vuelven a haber referencias de casos de psicosis post gripales.

En Galicia, el psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás, director médico del Hospital de Toén (desde su inauguración en 1959 hasta 1977), en su estudio “Encefalitis víricas y síndromes esquizofrenoides” describe casos atendidos en consulta privada entre el 1 de febrero y el 5 de abril de 1957 y que presentaban el antecedente gripal antes de la aparición del proceso encefálico, antecedentes de episodios febriles o casos de gripe entre sus familiares.

Esta comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (Salamanca, 1957) incluía 24 casos de estos síndromes consecutivos a una encefalitis vírica y que Cabaleiro califica de post gripal. También hace una distinción con el cuadro descrito por el neurólogo vienés Von Economo, de las llamadas encefalitis letárgicas o epidémicas¹ y propone que dado el amplio abanico de síntomas descritos por diversos autores de la época, muchos de los procesos encefálicos se podrían haber encuadrado dentro de esta patología sin tener relación etiológica. En su casuística, de los 24 pacientes que describe sólo considera como posible el diagnóstico de encefalitis letárgica en uno de ellos. El proceso de estos enfermos se resolvió en su totalidad satisfactoriamente y sin aparentes secuelas. El número de casos se eleva considerablemente debido a la epidemia gripal asiática (116 casos de encefalitis post gripales atendidos entre el 5 abril de 1957 y el 1 de

¹ ARRAZOLA-CORTES, E., SAURI SUAREZ, S., GONZALEZ BUSTAMANTE, D., MEZA-DAVALOS, E., HERNANDEZ CERVANTES, J., VARELA BALNCO, J. Encefalitis letárgica: ¿Enfermedad o síndrome? Actualidades en la etiopatogenia de la enfermedad de la enfermedad de Von Economo. Med Int Mex. 2014; 30: 73-87. Entre 1917 y 1920 la encefalitis letárgica fue una enfermedad neurológica epidémica a menudo mortal. En adultos adoptó típicamente diversas manifestaciones somáticas de presentación variable (extrapiramidalismo, parkinsonismo post encefálico, disfunción de nervios craneales). Esta enfermedad misteriosa epidémica y devastadora causó la muerte de cerca de 500.000 personas en Europa central entre 1917 y 1920. Se le denominó popularmente “la enfermedad del sueño”.

febrero de 1958). Lo que más llama la atención clínicamente, según describe Cabaleiro Goás, es el polimorfismo de la sintomatología, estableciendo 2 grandes grupos diferenciados: uno francamente psiquiátrico y otro más puramente neurológico.

Dentro de los síndromes psiquiátricos, los más numerosos observados correspondían a los de forma esquizofrenoide, es decir, se trataba de síndromes que por su “fachada” recordaban a los esquizofrénicos pero que dado el antecedente gripal y sobretudo a su modo de remisión tras el tratamiento; ya que la clínica desaparecía sin dejar defecto psíquico apreciable; no podían considerarse verdaderas esquizofrenias.

Todos los casos fueron diagnosticados como encefalitis post gripales previa investigación del LCR. El tratamiento empleado descrito como más eficaz en estos pacientes consistía en gammaglobulinas a altas dosis en los primeros días de enfermedad así como estimulantes de las defensas del tipo de la *omnadina*¹ y cortisona, en especial prednisona y dexametasona incluso administrado por vía intrarraquídea, con buenos resultados aún en los casos en los que las manifestaciones clínicas eran puramente psiquiátricas, como en los síndromes esquizofrenoides, depresivo-ansiosos o confusionales, ya que la eficacia de los neurolépticos, antidepresivos o ansiolíticos era menos manifiesta hasta que no se superase el proceso encefálico vírico.

El pronóstico en general era bueno y, de los 116 casos sólo hubo 3 letales dos de los cuales previamente habían abandonado el tratamiento y el otro sufría una grave insuficiencia hepatorenal que complicaba el cuadro clínico y empeoraba el pronóstico.

La discusión que se hiciera de esta comunicación presentada en el citado Congreso de Nacional de Neuropsiquiatría, destacando las aportaciones de observaciones personales que hicieran médicos como Rodríguez Lafora y que apoyaban los hallazgos clínicos descritos por Cabaleiro Goás y Pérez López-Villamil (psiquiatra, maestro de Cabaleiro y profesor encargado de la asignatura de Medicina Legal y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela desde 1939-1940 hasta su jubilación en 1960) concluiría en el acuerdo de que esta patología no se trataba sino de una encefalitis producida por el virus gripal con sintomatología preponderantemente psíquica.

Conclusiones

El siglo XX ha sido testigo de 3 pandemias de gripe, incluyendo a la más mortífera de todas. Las pandemias gripales dejaron tras de sí no solamente víctimas mortales a nivel mundial ya que existen evidencias documentadas científicamente de su potencial capacidad de provocar sintomatología psiquiátrica posterior. La incidencia llamativamente elevada de casos de psicosis post gripales, sirvieron de base para que figuras destacadas de la psiquiatría gallega de la época publicaran al respecto.

Es importante tener en consideración lo que hasta el momento hemos aprendido de estas epidemias a lo largo de la historia ya que la amenaza de una nueva epidemia está latente... ¿Estamos preparados?

¹ PHARMAKOTEKA. Base de datos de fármacos antiguos (1800-1960) Museo de la Farmacia catalana. Fundació Concòrdia Farmacèutica i de la Farmàcia Serra Mandri. (Consultado:14-03-2018). Vacuna no específica que reforzaba las defensas del organismo, útil en todo tipo de males. Producido por los laboratorios Bayer.

Bibliografía y fuentes

Bibliografía

DURO TORRIJOS, J.L.; TUELLS, J. — La «gripe española» según el diario España Médica (1918-1919). 16:2 (2015) 81-86.

FERNANDEZ FERNANDEZ, C.; VEIGA FERREIRA, X. — La “gripe” de 1918-19 en Betanzos. Anuario Brigantino. 18 (1995)

Estudios importantes acerca de la gripe. España Médica. 8:286 (1919).

CABALEIRO GOAS, M. — Aspectos psiquiátricos de las llamadas encefalitis viriásicas actuales. Revista clínica española. (1966).

CABALLERO, J. — Las gripes más mortales de la historia. El Mundo Suplemento Magazine (2005. <http://elmundo.es/suplementos/magazine/2005/318/1130522632.html> (Consultado el 20/04/2017).

Fuentes

Archivo Clínico del Manicomio de Conxo. Expedientes Clínicos de pacientes

Síndromas	Hem.	Var.	Total
Esquizofrenoides y esquizofrenias desencadenadas	22	18	40
Depresivo-ansiosos y endógenos desencadenados	13	16	29
Confusionales	1	7	8
Cefalálgicos	10	5	15
Hemipléjicos	1	2	3
Afácticos	1	1	2
Epilépticos	5	3	8
Neurológicos diversos	6	5	11
	59	57	116

Distribuidos con respecto a la edad de aparición del proceso encefálico, lo son de la siguiente forma:

Síndromas	1-10 años	11-20	21-40	41-70	más de 70
Esquizofrenoides y esquizofrenias desencadenadas	-	13	21	6	-
Depresivo-ansiosos y endógenos desencadenados	-	3	12	14	-
Confusionales	-	-	3	5	-
Cefalálgicos	2	3	7	3	-
Hemipléjicos	-	-	-	3	-
Afácticos	-	-	1	1	-
Epilépticos	1	3	4	-	-
Neurológicos diversos	-	1	3	5	2
	3	23	51	37	2

Fig. 1 Encefalitis post gripales. Cabaleiro, M. 1958. Casos distribuidos por síndromes y edad



Figs 2 e 3 — Dr. Juan Barcia Caballero. Extracto de su artículo en la revista España Médica de 1919

Estando escribiendo estas cuartillas, se me presentó—o más bien me presentaron—a consulta un nuevo caso. Una joven, casada, de la provincia de Orense, que padeció el trancazo en Octubre, coincidiendo con un estado puerperal. Ofrece un tipo melancólico, con delirio vago de persecución. Está muy tranquila, y en el curso de la conversación tiene momentos de completa lucidez, en los que se da cuenta de su delirio. Pronostico favorablemente.

El correo que recibo en este momento me trae anuncio de un nuevo enfermo de esta clase.

Juan Barcia Caballero

Catedrático de Medicina Director del Manicomio de Conjo.

Santiago de Compostela.



Fig. 4 — Portada de la revista España Médica. Edición Enero 1919

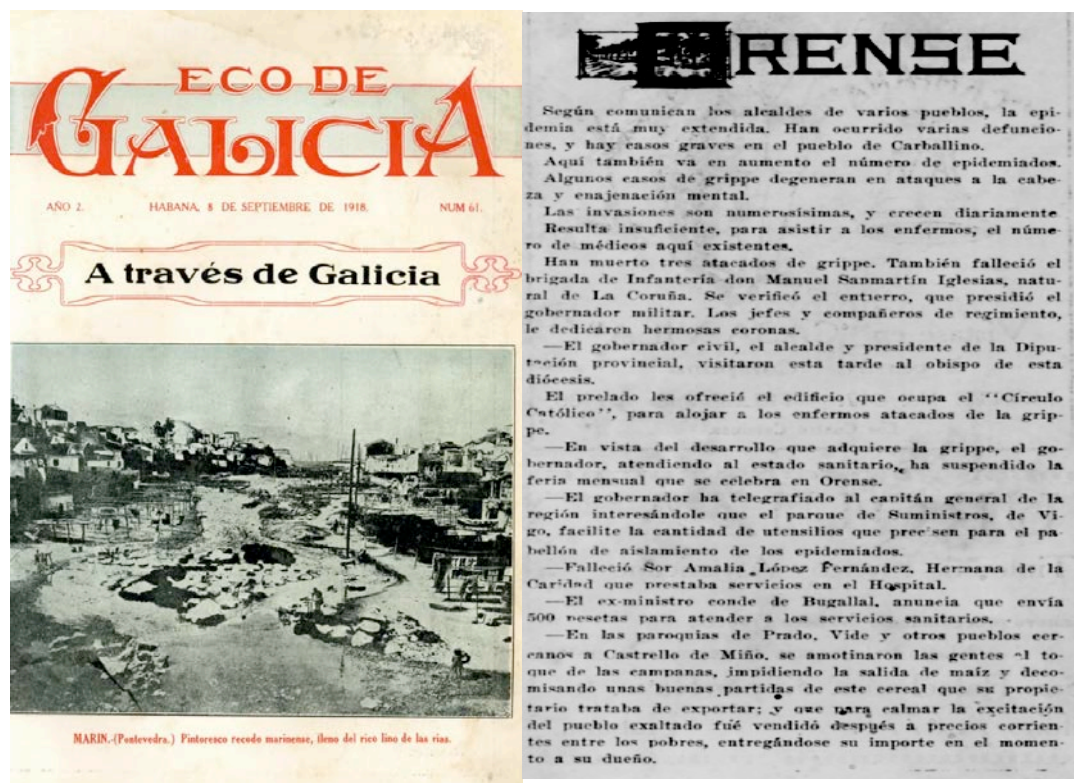


Fig. 5 — Artículo publicado en Eco de Galicia en 1918 sobre los casos de gripe en Ourense y en el que se mencionan "algunos casos que degeneran en ataques a la cabeza y enajenación mental"



Fig. 6 — Caricatura hecha para la divulgación de medidas de protección contra la gripe asiática. Recogido de la Revista Mundo (Portugal) de Octubre de 1957



Fig. 7 — Anuncio publicitario de productos desinfectantes en prensa. (La Voz de Galicia 1918)



Fig. 8 — Cabaleiro, de pie, y a su izquierda, los neuropsiquiatras José Pérez López-Villamil y Nicandro Pérez. Foto tomada de: Diario de un médico de guardia

Fotos: Historiales
clínicos del
Manicomio de
Conxo.
Archivos Gaias
número 1961, en la
caja 5814.

G5814/122

Núm. 1961

FILIACION

Nombre Leopoldo Justino Viza
 Edad 24 años
 Estado Casado
 Profesión En la actualidad soldado de 1.ª categoría.
 Naturaleza Legitimada
 Fecha de ingreso 31 octubre 1918

ANTECEDENTES

Se ignora, únicamente manifestar el haber padecido la gripe.

ESTADO ACTUAL

Orgánico: Normal

Psíquico: Respectivamente normal

DIAGNOSTICO

Psicosis post-gripal

DIARIO DE OBSERVACION

Durante los seis primeros meses

Desde se admitió a este paciente, pues se presenta normalidad en la psiquis y en la conducta judicial del paciente. Se diagnostica el diagnóstico de "post-gripal" en atención a lo que el médico que cuida al paciente ha observado en la historia clínica, en su ingreso, que por fortuna desaparece respectivamente.

CURSO DE CIÊNCIAS DO SISTEMA NERVOSO NO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS (1986). SUBSÍDIOS PARA A HISTÓRIA DA PSICOCIRURGIA

Manuel Correia

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX. Universidade de Coimbra - CEIS20-UC

Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia. CEIS20-UC.

Investigador Integrado. Bolseiro de Pós-doutoramento FCT SFRH/BPD/75838/2011

E-mail:manuel.correia@uc.pt

Palavras-chave: História da Psiquiatria; História da Psicocirurgia;
Hospital Júlio de Matos

Resumo: A sessão de encerramento do “1º Curso de Ciências do Sistema Nervoso” que decorreu no Hospital Júlio de Matos (hoje Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa) em 21 de junho de 1986 foi dedicada à Psicocirurgia. O registo vídeo dessa sessão foi preservado e constitui uma fonte histórica relevante a vários títulos. Testemunha o declínio da prática de leucotomias e lobotomias, e do desinteresse relativo a que o método foi votado; põe em confronto as diferentes posições e atitudes existentes à época; e documenta a intervenção de vários atores estreitamente associados à prática da leucotomia: Barahona Fernandes, Pedro Polónio, psiquiatras que acompanharam a génese e o declínio do método, e Martin Rodriguez, neurocirurgião do Centro Especial Ramon y Cajal, Madrid, ativo apoiante e dinamizador da prática da Psicocirurgia. Comentando alguns aspetos específicos do conteúdo apontamos a singularidade histórica deste documento.

Abstract: The closing session of the “1st Course on Nervous System Sciences” held at Júlio de Matos Hospital (today the Psychiatric Hospital Centre of Lisbon) on June 21, 1986 was dedicated to Psychosurgery. The video record of this session has been preserved and became a relevant historical source for various titles. Witnessing the decline of the practice of leukotomies and lobotomies, and the disinterest to which the method was voted; confronting the different positions and attitudes existing at the time; and documenting the intervention of several actors closely associated with the practice of leukotomy: Barahona Fernandes, Pedro Polonio, psychiatrists who followed the genesis and decline of the method, and Martin Rodriguez, neurosurgeon of the Ramon y Cajal Special Centre, Madrid, active supporter and practitioner of Psychosurgery. Commenting on some specific aspects its content we point out the historical uniqueness of this document.

Contextualização

O 1º Curso de Ciências do Sistema Nervoso, de cuja sessão de encerramento dedicada à Psicocirurgia nos ocupamos, foi vídeo-gravado no velho sistema VHS¹ e conservado nas instalações do então Serviço Central de Psicologia Clínica do Hospital Júlio de Matos, onde as 28 sessões decorreram. Corria o ano de 1986 (21 de junho).

¹ O Video Home System (VHS ou “*Sistema Doméstico de Vídeo*”, em português) é um padrão padrão para consumidores de gravação analógica em fitas de videotape. Foi desenvolvido pela Victor Company of Japan (JVC) na década de 70.

A sessão foi coordenada pela psicóloga Maria Clementina Mota Diniz¹ e pelo neurocirurgião Hasse Ferreira,² e moderada pelo neurocirurgião João Lobo Antunes.³ Da mesa faziam ainda parte os psiquiatras Henrique Barahona Fernandes⁴ e Pedro Polónio,⁵ o neurocirurgião Céu Coutinho⁶ e o convidado especial Martin Rodriguez⁷ que vem do Instituto Cajal de Madrid.

Se a psicóloga Maria Clementina e os neurocirurgiões Hasse Ferreira e João Lobo Antunes intervêm cautelosa e tentativamente, confessando experiência escassa e práticas limitadas neste domínio, já os restantes (Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Martin Rodriguez) ficaram associados a uma intensa atividade de teorização, promoção e prática da Psicocirurgia.

O próprio hospital, em cujas instalações decorreu o curso ficou ligado à história da psicocirurgia, em primeiro lugar por aí terem sido levadas a cabo, no respetivo bloco operatório, 305 leucotomias (lobotomias e derivadas), fortemente concentradas nos anos de 1947-1951; em segundo lugar por ter acolhido a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia no verão de 1948.

Barahona Fernandes apresenta uma comunicação em que historia os primeiros passos da Psicocirurgia tal como a viu surgir da pena de Egas Moniz em concerto com os neurocirurgiões Almeida Lima⁸ e Ruy Lacerda.⁹ Descreve as dúvidas que o assaltaram no início e como veio a reformular a teoria de Egas Moniz com base nas suas observações e reflexões.

Pedro Polónio, que interveio a seguir, acentuou o que entendia serem os aspetos mais positivos da leucotomia.

E, finalmente, o convidado vindo de Madrid, Martin Rodriguez, discípulo de Sixto Obrador e uma das figuras em vista da Cirurgia Psiquiátrica — designação adotada por muitos na sequência da 2ª Conferência Internacional de Psicocirurgia (Copenhaga, 1970).

Martin Rodriguez homenageou longamente Egas Moniz e descreveu a prática da psicocirurgia no tempo de Egas Moniz e depois.

Na sua comunicação fez um balanço histórico da Psicocirurgia. É particularmente evidente o contraste entre a iniciativa e o grau de envolvimento dos portugueses na primeira fase (1935-1950) e o alheamento crescente nas fases seguintes, até final dos anos 80 do século XX.

As investigações em curso iam no sentido de reduzir significativamente a extensão das lesões procurando ser mais seletivas e surgia a hipótese de conseguir substituir as lesões pela estimulação. Entre o final dos anos 80 e a década final do século XX a estimulação cerebral profunda passou do ideal à prática clínica obtendo resultados espantosos na doença de Parkinson e noutras

¹ Maria Clementina Mota Diniz (1941-2007), Psicóloga, autora, e Diretora de Serviço no Hospital Júlio de Matos.

² A. D. Hasse Ferreira (19...) Neurocirurgião.

³ João Lobo Antunes (1944-2016), neurocirurgião e autor.

⁴ Barahona Fernandes (1907-1992). Foi professor de psiquiatria e saúde mental na Faculdade de Medicina de Lisboa. Diretor do HJM entre 1953 e 1958. Foi reitor da Universidade de Lisboa. Publicou uma vasta obra sobre psicologia e psiquiatria.

⁵ Pedro Carlos Amaral Polónio (1915-2001), psiquiatra e autor.

⁶ Artur do Céu Coutinho () Neurocirurgião.

⁷ José Gerardo Martin Rodriguez () Neurocirurgião

⁸ Pedro Manuel Urbano de Almeida Lima (1903-1985), neurocirurgião, professor universitário e um dos principais colaboradores de Egas Moniz.

⁹ Ver MONIZ, Egas — Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, Paris : Masson, 1936.

perturbações do movimento. Entretanto, no plano das tecnologias médicas, preparava-se o sistema inspirado nos pacemakers de estimulação cardíaca.¹

Estagnação analítica e científica

Este ar dos tempos em que Estimulação Cerebral Profunda se perfila como método do futuro perpassa nas intervenções de psiquiatras e neurocirurgiões que participaram no Curso de Ciências do Sistema Nervoso que vimos referindo. A velha psicocirurgia, a que começou com Egas Moniz e Almeida Lima, Walter Freeman e John Watts cedia o passo à nova psicocirurgia, ou Cirurgia Psiquiátrica prestes a adotar a estimulação cerebral profunda e a fazer valer a sua característica reversível como uma vantagem em relação às práticas lesionais ainda dominantes.

É de facto no ano seguinte que Benabid e a sua equipa de Grenoble publicam um dos artigos que caracterizam o novo gesto cirúrgico.²

Se imaginarmos uma fronteira temporal entre a velha e a nova psicocirurgia é nessa época — de fronteira — que o referido curso tem lugar. A nova psicocirurgia, iminentemente orientada estereostaticamente e não lesional, contra a velha considerada teórica e metodologicamente arcaica, de consequências irreversíveis e imprevisíveis.

Se é certo que as vantagens e os sucessos da Estimulação Cerebral Profunda foram demonstrados sobretudo em relação à Doença de Parkinson, Tremor Essencial e outras doenças do movimento, a experimentação visando recuperar toda a agenda das patologias psiquiátricas a pretexto das quais a velha psicocirurgia se ocupava.

O panorama dado nesta jornada do curso é o de uma comunidade ancorada na velha psicocirurgia, capaz de encarar muitas das limitações, erros e exageros dos 30 anos transcorridos desde a publicação das *Tentatives Opératoires*³ de Egas Moniz, lamentando que os novos psiquiatras não deem indicações para a leucotomia (é o que dizem Barahona Fernandes e Pedro Polónio); que o número de neurocirurgiões praticantes esteja a diminuir (ênfase de Pedro Polónio); e que a prática se tenha tornado marginal.

A problemática da estimulação é afluída por Martin Rodriguez enquanto meio de localização dos alvos a lesionar depois, ao ponto de suscitar a João Lobo Antunes a pergunta a Martin Rodriguez acerca da existência de um paradoxo na descrição que fizera em relação aos efeitos obtidos ao estimular o joelho do corpo caloso.

As questões de ética foram postas em destaque a partir da descrição da experiência de Martin Rodriguez com crianças. Alguns dos participantes visivelmente impressionados colocaram questões ao neurocirurgião espanhol que na fase de debate confessou já o terem classificado como nazi por esse motivo. Um sobressalto semelhante terá varrido os participantes na 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia (Lisboa, 1948) quando Mário Yahn, Stanislaw

¹ During the 1970s, the emerging neurostimulation technologies were adapted into therapies for a range of conditions by neurosurgeons. GARDNER, John — “A history of deep brain stimulation: Technological innovation and the role of clinical assessment tools”. *Social Studies of Science*, 2013 Oct. 43 (5), 707-728. Also available in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785222/> Checked 2017/04/19.

² Benabid AL, Pollak P, Louveau A, Henry S, de Rougemont J. (1987) Combined (thalamotomy and stimulation) stereotactic surgery of the VIM thalamic nucleus for bilateral Parkinson disease. *Applied Neurophysiology* 50(1-6): 344-346.

³ MONIZ, Egas — *Tentatives...* Ob. Cit.

Krynski, Aloysio Matos Pimenta e Afonso Sette Júnior reportaram experiências ‘Sobre a leucotomia pré-frontal de Freeman e Watts em crianças’. A decisão de operar crianças e jovens foi questionada por muitos.¹

No entanto, para Martin Rodriguez, a operação justificava-se por se tratar de oligofrénicos heréticos que representavam um perigo extremo e permanente para eles próprios e para os demais.

Porém, a reflexão porventura mais surpreendente que Martin Rodriguez trouxe a Lisboa foi a que elaborou em torno do conceito de ‘paciente ideal’. Claro que, numa perspectiva um pouco diferente, se poderia querer inventariar quais as características que, no quadro de cada patologia, tornavam o paciente elegível para um dado tratamento ou, pelo contrário, desaconselhavam a indicação. Isso faria a diferença entre um tratamento adequado a uma patologia e não um doente ideal adequado a um dado tratamento.

Idade, avaliação cognitiva, historial psiquiátrico, componente patológica específica e enquadramento socioeconómico favorável compõem o perfil mais desejável para o ‘doente a submeter a uma operação do âmbito da psicocirurgia’.

Seria assim o doente ideal. Por dedução, todos desvios poderiam ser considerados inconvenientes e desadequados aos efeitos da terapêutica em causa. Na véspera de a velha psicocirurgia ceder o passo à nova, algumas ideias e práticas dos seus defensores ainda perturbam, alarmam e sugerem soluções paradoxais.

Conclusão

Este curso de Ciências do Sistema Nervoso põe em evidência o declínio da prática da psicocirurgia em Portugal. Ao longo das cinco conferências internacionais de psicocirurgia que tiveram lugar no século XX, a participação portuguesa apenas se verificou na primeira, realizada em Lisboa em 1948.² Quando, no início do milénio, alguns neurocirurgiões e psiquiatras portugueses pretenderam adquirir competências especializadas no domínio da ECP tiveram de dirigir-se a Grenoble (Alim-Louis Benabid), Zurich (Jean Stiglitz), Tipu Aziz (London) e Andres Lozano (Toronto).

A avaliação de cerca de três décadas de clínica da psicocirurgia que o Hospital Júlio de Matos representa parece ter estagnado após o estudo coordenado por Nunes da Costa em 1957. Os dados trazidos ao curso de ciências do sistema nervoso são manifestamente insuficientes (a abordagem é então muito recente e debate-se com contrariedades de vária ordem). Por outro lado, os apontamentos críticos, designadamente os que foram publicados nos Anais de Psiquiatria editados pelo próprio hospital não são postos em discussão.

O afastamento dos portugueses relativamente à psicocirurgia é duplo. Para além de se ter perdido o contacto com o prosseguimento da pesquisa científica que se desenrola noutras latitudes, o manancial histórico de casos clínicos documentados deixou de ser objeto de um estudo crítico sistemático.

¹ A comunicação de Ramirez Corria “Frontal decortication in ‘oligophrenic eretics’ (children with aggressive associal behaviour)” também apresentada na 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia, colocava a mesma questão que foi objeto de uma recomendação.

² Realizaram-se, ao todo, cinco conferências internacionais de psicocirurgia: a 1ª em Lisboa (1948); a 2ª em Copenhaga (1970); a 3ª em Cambridge (1972); a 4ª em Madrid (1975) e a 5ª em Boston (1978).

“DOS NEUROFÁRMACOS À BIOSOCIABILIDADE: O LADO PÚBLICO DA LOUCURA NO SÉCULO XXI”

Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol

Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Investigadora integrada e pós-doutoranda

E-mail: anaisafig@hotmail.com

Palavras-chave: biosociabilidade, doença mental, cidadania neuroquímica, biovalor, liberalismo

Resumo: Ao longo dos tempos a loucura tem sido associada ao isolamento e à exclusão. Porém, o século XXI parece estar a protagonizar uma viragem eminentemente pública na perspetivação da doença mental. Autores como Nikolas Rose apresentam-nos uma visão do cidadão atual como sendo um *biocidadão*, capaz de gerir livremente as suas escolhas em matéria de saúde, de fundar comunidades de *biosociabilidade* entre portadores das mesmas doenças, transformando-as em fonte de *biovalor* e não em motivo de exclusão. Assim, Rose tematiza a doença mental como uma experiência comunitária e pública, em que as farmacêuticas e a comercialização de neurofármacos terão um papel determinante. Refere como um dos exemplos desta tendência a criação de um site pela farmacêutica Eli Lilly, destinado a veicular uma nova “filosofia de vida” para os doentes tratados com Prozac. Contudo, a originalidade desta proposta não dispensa uma cuidadosa problematização das suas bases e aplicabilidade nas nossas sociedades.

Abstract: Throughout time madness has been associated to isolation and exclusion. However, the 21st century seems to be leading an eminently public shift in the prospect of mental illness. Authors like Nikolas Rose present us with a vision of today’s citizen as a *biological citizen*, able to manage his health choices freely, to establish *biosocial communities* with his peers in illness and changing these communities into a source of *biovalue* and not as a reason to exclusion. Therefore, Rose approaches mental illness as a community and public experience in which pharmaceuticals and the marketing of neuropharmacols will play a determinant role. One example of this trend, referred by Rose, is the creation of a website by the pharmaceutical company Eli Lilly designed to convey a new “philosophy of life” for patients treated with Prozac. Although this is an original proposal, we cannot dispense a careful questioning of its reasons and its applicability in our societies.

Introdução

Este artigo tem como objetivo fundamental problematizar as novas tendências de perspetivação biossocial da doença mental nas sociedades contemporâneas. Assim, de um modelo tradicionalmente assente na associação da loucura ao isolamento e à exclusão, as nossas sociedades parecem estar a passar crescentemente para um modelo de gestão da doença mental assente na vivência pública, em que cada indivíduo se assume como o gestor das suas patologias mentais mediante a integração em grupos biossociais ligados pela afinidade da doença que partilham, por laços familiares com doentes, pela toma do mesmo neurofármaco, ou até contra a dependência e efeitos secundários de algumas substâncias psicofarmacológicas. Neste contexto, e considerando a ambição do moderno cidadão liberal por controlar todos os domínios da sua vida, sem intervenção estatal ou institucional, teremos de problematizar as consequências geradas por estas formas de biosociabilidade para os

cidadãos do século XXI, já denominados por alguns autores como “cidadãos neuroquímicos”.

Discussão

Durante muitos séculos, a loucura foi associada ao isolamento e à exclusão. Como refere Claude Quétel no seu primeiro volume da *História da Loucura* a respeito do tratamento dado aos loucos durante a Idade Média “(...) os loucos são encerrados pelas suas famílias, temporária ou continuamente, num recanto do curral, num cubículo sumariamente arranjado sob as escadas de um celeiro ou ainda numa cabana no fundo do jardim. Quando a parentela (muito mais alargada do que hoje) possui algum dinheiro, põe o louco numa comunidade religiosa. Os monges de Cister fizeram deles uma especialidade. Outros vivem num pardieiro ou numa cabana afastada da aldeia (...)”¹ Ora é do conhecimento comum que este retrato do ostracismo a que foi condenado o louco no período medieval multiplicou-se, ao longo da história, em tantas outras figuras de segregação: o louco escondido nos bosques, que dá origem ao mito da licantropia, a representação histórica, artística e literária das naus dos loucos, o louco do asilo e aquele que sob diversas formas, e de acordo com a representação de Foucault, é banido para espaços de exclusão que vão desde o hospital psiquiátrico às prisões, casas de correção e até aos consultórios de psicanálise. A loucura tem sido, assim, condenada historicamente aos mais variados gestos de alienação e empurrada para um espaço moral de exclusão.

Ora é justamente neste contexto que o século XXI parece estar a protagonizar uma viragem eminentemente pública na perspetivação da loucura e das doenças mentais e a alterar radicalmente esta histórica associação entre a loucura e a exclusão. Antes de mais, e porque vivemos em sociedades liberais, os indivíduos não se conformam em ser meros elementos passivos no tratamento das doenças mentais, eles querem ser parte ativa no seu processo de recuperação e, por isso, tornou-se frequente a criação de comunidades de indivíduos unidos por uma mesma condição psiquiátrica que parecem querer tornar a doença mental numa experiência comunitária e pública, com um lado financeiramente lucrativo para as empresas farmacêuticas que produzem os neurofármacos.

Na verdade, fruto desta nova perspetivação da doença mental, estamos perante sociedades que se distanciaram evidentemente do modelo do internamento psiquiátrico como forma preferencial de tratamento das doenças mentais, dando-se prioridade ao tratamento com recurso a substâncias neuroquímicas que o doente pode usar no processo de recuperação, continuando integrado na comunidade. No entanto, a massificação desta via de tratamento parece estar a tornar as nossas sociedades em gigantescos espaços de tratamento psiquiátrico, tal como as próprias estatísticas nos confirmam.

A título de exemplo, os dados disponíveis sobre a venda de neurofármacos ao nível mundial na década entre 1990 e o ano 2000 comprovam que o consumo destas substâncias cresceu 126,1% na Europa, 201,1% na América do Sul e uns estrondosos 638% nos Estados Unidos. No final desta década a venda de neurofármacos nos Estados Unidos faturou 19 biliões de dólares, 18% de um mercado farmacêutico de 107 biliões. No sentido de fazer uma interpretação acerca destes dados avassaladores do consumo de neurofármacos, o sociólogo britânico Nikolas Rose refere explicitamente que o contexto explicativo foi “(...) a transformação fundamental do

¹ QUÉTEL, Claude - *História da Loucura: Da Antiguidade à invenção da Psiquiatria*. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2014, p. 59.

locus onde são prestados os cuidados psiquiátricos que transitaram do espaço fechado do asilo para um sistema psiquiátrico aberto.”¹

No entanto, este consumo massivo de neurofármacos pelas nossas sociedades não se explica apenas pela alteração do locus de prestação de cuidados psiquiátricos, mas também pela interferência de outros fatores. Neste contexto, há que reconhecer que parte deste fenómeno se explica pelo facto de estarmos assumidamente na era da biologização e cerebralização das doenças mentais, onde os distúrbios e perturbações de ordem psiquiátrica foram despojados de explicações psicológicas e sociológicas para se tornarem, quase em exclusivo, em problemas do cérebro, algures localizáveis em defeitos muito precisos num ou mais neurotransmissores e capazes de serem corrigidos pela via química.² Assim, afastámo-nos definitivamente do diagnóstico psiquiátrico que avaliava o aspeto do doente, os seus gestos, a biografia do indivíduo afetado, colocando-se agora toda a ênfase não só no poder das substâncias neuroquímicas como na imagiologia cerebral, capaz de mostrar o cérebro a funcionar e de permitir localizar a ínfima parte do cérebro onde existe o defeito responsável pela doença, tendo em conta que “(...) é agora possível localizar e observar os mecanismos cerebrais da raiva, da violência (...) e até mesmo detetar os sinais físicos de qualidades complexas da mente humana como a bondade, o sentido de humor, a crueldade (...)”³

Esta centralidade e até mesmo exclusividade do cérebro na explicação dos distúrbios mentais é de tal ordem vincada que quase podemos dizer que estamos perante uma forma de existência humana “cerebralizada”, onde todos os dias novos especialistas parecem dispostos a ensinar-nos a gerir e a melhorar os nossos cérebros e a formar-nos para sermos uma espécie de autogestores dos nossos próprios distúrbios cerebrais, apelando a novas formas de consumismo à volta do cérebro, por meio das quais nos são propostos novos produtos, dispositivos ou exercícios com vista a manter os nossos cérebros saudáveis e a maximizar o seu poder. Daí o consumo de neurofármacos ter disparado ao nível mundial, numa ambição desenfreada pela “remodelação neuroquímica das nossas sociedades”. Francis Fukuyama refere inclusivamente que entre os americanos esta esperança na modelação química do corpo social é tão grande que a prescrição massiva de Prozac e de Ritalina parece servir aqui um desígnio absolutamente perturbador, considerando que: “Entre o Prozac e a Ritalina existe uma simetria desconcertante. O primeiro é receitado sobretudo para mulheres deprimidas que carecem de autoestima; confere-lhes mais do sentimento de macho dominante que se associa aos elevados níveis de serotonina. Por seu turno, a Ritalina é aconselhada sobretudo para os jovens do sexo masculino que não estão quietos nas aulas porque a natureza não os concebeu para esse fim. Em conjunto, ambos os sexos estão a ser suavemente empurrados para a androginia, para a personalidade mediana, para a autossatisfação e para a aceitação da envolvente social, ou seja, para o que se entende por politicamente correto na sociedade americana.”⁴

Ora se o consumo massivo de neurofármacos pelas nossas sociedades, plenamente transformadas em espaços psiquiátricos abertos, por si só, já justifica a

¹ ROSE, Nikolas – “Become Neurochemical Selves”. In STEHR, Nico – *Biotechnology, Commerce and Civil Society*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2004, p. 93.

² Cf. ROSE, Nikolas – “The Neurochemical Self and its Anomalies”. In ERICSON, Richard – *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press, 2003, pp. 407-437.

³ ROSE, Nikolas - *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007, p. 198.

⁴ FUKUYAMA, Francis - *O Nosso Futuro Pós-Humano*. Lisboa: Quetzal Editores, 2002, pp. 90-91.

identificação da loucura, no século XXI, como um fenómeno com uma dimensão pública sem precedentes, a verdade é que mais do que isso, a loucura é, nos tempos que correm, a base de novas formas de interação geradas entre os indivíduos portadores das mais diversas doenças mentais. Referimo-nos aqui à criação de laços de biosociabilidade entre indivíduos que partilham uma mesma condição ou doença psiquiátrica, prática que começa a ser rotineira nas nossas sociedades.

Segundo Rose, o termo biosociabilidade serve genericamente para designar todas as formas de “(...) coletivização organizadas à volta de um mesmo status somático que é partilhado pelos seus membros”¹. Neste sentido, os portadores de doenças nas sociedades do século XXI não são meros elementos passivos à procura de curas ou de medicamentos, mas pretendem um efetivo controlo sobre as suas práticas de saúde, sendo altamente recomendável que se unam a outros que partilham da mesma condição por meio de laços de biosociabilidade. Tal como refere novamente Rose a este respeito: “Supõe-se que estas pessoas (...) ou as suas famílias se reúnam em grupos de apoio, criem websites e listas de discussão por e-mail, angariem fundos para a investigação científica, envolvam os seus médicos e especialistas, desenvolvam e disseminem práticas orientadoras do risco e uma nova ética da suscetibilidade.”² Desta forma, subentende-se aqui que os grupos biosociais, incluindo os dos portadores de doença psiquiátrica, levem a cabo as mais diversas formas de ativismo a partir das quais possam reivindicar direitos de biocidadania fundamentais, como melhores tratamentos e o acesso a determinados serviços e a informação sobre o estado das investigações, assim como a implementação de medidas contra a estigmatização. Mas as suas funções também passam por prestar serviços de apoio a outros indivíduos afetados e o desenvolvimento de técnicas que permitam a gestão quotidiana da doença. As palavras de ordem para os grupos biosociais são ‘ativismo’ e ‘responsabilidade partilhada’ em torno de uma mesma condição, tentando, como refere Rose, modelar (...) uma nova arena pública na qual aqueles que partilham o sofrimento provocado por uma doença podem interagir.”³

Ora é justamente no campo das doenças do foro psiquiátrico que hoje em dia encontramos algumas das formas de biosociabilidade particularmente relevantes, partilhadas por aqueles que Rose designa como sendo os “cidadãos neuroquímicos”, e de acordo com três diferentes tendências predominantes: um tipo de biosociabilidade desenvolvido à volta do consumo de um mesmo medicamento, dinamizado essencialmente pelas empresas farmacêuticas que o produzem; uma segunda forma de biosociabilidade desenvolvida à volta dos portadores de doenças mentais específicas e das suas famílias e uma terceira forma, que não deixa de ser curiosa, e que consiste numa biosociabilidade contra alguns neurofármacos, sobretudo devido aos seus efeitos secundários e à dependência que geram entre os seus consumidores.

Vamos agora examinar alguns casos concretos de cada uma destas três tipologias. Começamos pela biosociabilidade à volta de medicamentos. O caso mais paradigmático relatado por Nikolas Rose diz respeito à biosociabilidade desenvolvida pela farmacêutica americana Eli Lilly entre os pacientes que tomam Prozac. A fundação deste grupo biosocial baseou-se na criação, no ano de 2001, de um site emblemático à volta dos indivíduos portadores de depressão em tratamento com o

¹ ROSE, Nikolas - *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007, p.134.

² Cf. ROSE, Nikolas – “The Neurochemical Self and its Anomalies”. In ERICSON, Richard – *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press, 2003, pp. 33-34.

³ ROSE, Nikolas - *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007, p. 149.

medicamento em causa. A home page intitulava-se “O seu guia de avaliação e recuperação da depressão.” A Prozac.com apresentava-se neste site como sendo um centro de recursos onde os indivíduos poderiam aprender mais sobre a depressão e o seu tratamento. Ao nível da educação científica, o site fazia uma explicação biológica da depressão em termos da sua ação nos neurotransmissores, recorrendo ao texto e a imagens animadas para captar a atenção dos visados. Quanto à criação de laços biosociais, o site apelava ativamente para uma “aliança ativa” do paciente com os seus profissionais de saúde durante o processo de recuperação, sensibilizava-o para que não se limitasse a tomar o medicamento mas que lutasse ativamente contra a depressão por meio da proposta de um conjunto de técnicas de ‘remodelação do eu’, “(...) praticando a descoberta pessoal, gostando de si próprio, sendo tolerante para consigo, reduzindo o stresse, praticando exercício físico, alimentando-se bem, redigindo listas de tarefas e diários para a sua organização pessoal, construindo a sua própria autoestima, juntando-se a grupos de apoio (...)”¹

Uma outra forma de biosociabilidade semelhante à do Prozac foi desenvolvida pela farmacêutica Wyeth relativamente a outro antidepressivo: o Effexor XR. Neste caso a Wyeth lançou um programa de apoio sob o lema “Time to talk” (Tempo para falar), e a 16 de Agosto de 2005 esta farmacêutica divulgou um comunicado para a imprensa sobre a sua proposta de biosociabilidade onde referia o seguinte: “Durante vários meses, os pacientes que se registam oficialmente recebem materiais educativos desenvolvidos em parceria com os médicos e outros pacientes no sentido de sensibilizar para as necessidades mais frequentes dos pacientes que tomam o Effexor XR. Os pacientes registam-se via telefone ou internet e recebem um kit de boas vindas que contém um cartão de membro do grupo *Time to Talk*, bem como algumas informações úteis. Inclui também a revista com o mesmo nome onde são abordadas temáticas relacionadas com o tratamento, brochuras que respondem a questões comuns acerca da depressão e os possíveis efeitos secundários da sua medicação, bem como uma listagem dos pontos-chave a abordar na próxima conversa do paciente com o médico.”²

Se agora nos voltarmos para a exploração de formas de biosociabilidade não ligadas aos medicamentos mas a doenças psiquiátricas específicas, conseguimos com facilidade concluir que neste âmbito o destaque vai para a criação de associações à volta de diversas doenças mentais, como o transtorno bipolar, a hiperatividade nas crianças ou o próprio autismo. Neste âmbito, Rose refere em *The Politics of Life Itself* que a partir dos anos 80 se deu um autêntico boom destas associações à volta de doenças mentais, destacando-se no Reino Unido o surgimento da *Manic Depression Fellowship*, que punha ao dispor do doente os mais variados serviços como grupos de autoajuda, publicações e suportes informativos e inclusivamente aconselhamento especializado sobre a área laboral e fiscal, com uma linha de apoio jurídico a funcionar 24 horas por dia; mas o aspeto mais inovador foi a disponibilização do *MDF Self Management Training Programme*, um programa de treinamento pessoal orientado para ensinar o doente a controlar a sua própria vida.³

Ainda no mesmo âmbito de biosociabilidade voltada para doenças específicas, Rose destaca a importância do surgimento de associações de biosociabilidade entre

¹ Ibidem, p. 143.

² Comunicado de Imprensa da Wyeth, de 16 de agosto de 2005. Apud in ROSE, Nikolas - *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007, p. 215.

³ Cf. ROSE, Nikolas - *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007, p. 145.

pais de autistas, onde se destacam a *National Alliance for Autism Research* e a associação CAN (*Cure Autism Now*), cujo ativismo funciona à volta da criação e financiamento de programas de investigação para o estudo genético do autismo. Salienta também os grupos biosociais de pais de crianças hiperativas, onde as primeiras versões foram criadas nos Estados Unidos, à volta da própria batalha do reconhecimento da doença, tentando captar a atenção dos médicos e investigadores.¹

Finalmente e ainda dentro das formas de biosociabilidade no âmbito de doenças mentais específicas, Rose refere-se à importância de toda uma vertente de biosociabilidade criada à volta de certas doenças mentais liderada por figuras públicas afetadas. Segundo este autor: “Algumas figuras proeminentes têm dado testemunhos muito ‘pedagógicos’ das suas experiências de depressão, narrando toda uma viagem entre a hostilidade até à militância pela doença (...).”² A principal vantagem desta forma de biosociabilidade a partir da qual uma figura pública é associada a determinada doença mental reside no facto de ajudar a reduzir o estigma associado a essa patologia, como aconteceu nos Estados Unidos no âmbito da doença de Alzheimer, quando se associou publicamente a doença à figura de Ronald Reagan, ajudando assim a sensibilizar para esta condição e a reduzir o estigma à sua volta.

Considerando que delimitámos na atualidade três formas predominantes de biosociabilidade no contexto das doenças mentais, resta-nos agora muito brevemente abordar uma última forma peculiar de biosociabilidade, estabelecida contra determinadas formas de tratamento psiquiátrico. Saliente-se porém que muitas das vezes esta tomada de posições reivindicativas contra certos medicamentos, os seus efeitos secundários e a dependência gerada une não só pacientes como as suas famílias que, por exemplo, se insurgem contra as próprias farmacêuticas que os produzem e maioritariamente contra a experimentação desses medicamentos nos seus familiares que sofrem da doença em causa, mas com frequência também contra o próprio modelo biomédico de gestão das doenças mentais.³

Ora, em conclusão, um olhar crítico para todas estas formas de biosociabilidade geradas à volta das doenças mentais no século XXI coloca-nos perante questões de fundamental importância, sobretudo se pensarmos que, não obstante as inequívocas vantagens trazidas por estes modelos biomédicos e pelas suas propostas de biosociabilidade na destruição do velho paradigma que associava a doença mental à exclusão e ao isolamento, ainda assim há que encarar muito cuidadosamente esta “nova perspetivação pública da loucura”. A manutenção de um certo espírito crítico na perspetivação destas propostas de biosociabilidade implica, neste sentido, que em cada caso concreto se pondere se estamos perante uma efetiva tentativa de curar e de apoiar o doente, ou se ela serve interesses específicos do mercado do setor dos neurofármacos, ou de qualquer outra espécie. Por isso, estas propostas de biosociabilidade deverão ser encaradas com alguma desconfiança se de alguma forma servirem para dissimular estratégias de apelo ao consumo direto de substâncias psicofarmacológicas, ou se incitarem à potenciação de capacidades neuroquímicas tidas como “extraordinárias”, ou se defenderem a exclusiva autonomia do paciente na gestão da sua patologia mental sem o poder vinculativo das decisões dos médicos ou demais profissionais de saúde. Num cenário ainda mais problemático, não deveremos também descurar a possibilidade de o desenvolvimento destas novas formas de biosociabilidade poderem, em determinados contextos políticos com traços

¹Cf. Ibidem, p. 217.

²Cf. Ibidem, p. 216.

³ Cf. Ibidem, pp. 218-220.

autoritários, ser postas ao serviço de projetos de engenharia social destinados a modelar o perfil psicológico e social dos seus cidadãos. Basta que se pense em contextos como o da atual Coreia do Norte, onde este apelo aos laços de biosociabilidade unido a um potencial incentivo para o consumo de determinadas substâncias poderia ser facilmente posto ao serviço de finalidades menos éticas.

O essencial, em todos os casos, é reconhecer a premência, para o cidadão do século XXI, da tarefa de pensar criticamente os modelos biomédicos de gestão da doença mental e as suas propostas de biosociabilidade, sempre a partir de um horizonte informado e crítico.

Conclusões

Nas novas formas de biosociabilidade à volta das doenças mentais podem ser reconhecidas vantagens e desvantagens, que dependerão, em cada caso, da intenção com que estas propostas forem feitas. Entre as vantagens reside inequivocamente o facto de, quando afastadas de interesses secundários, elas parecem constituir uma boa forma de afastar a doença mental do tradicional paradigma do isolamento e da exclusão, à qual esteve votada durante tantos séculos, de maneira que hoje, na era da globalização, a doença mental já se transformou numa verdadeira plataforma de interação e de convivência, e a loucura já é, por excelência, um assunto público, capaz de envolver a sociedade civil. No entanto, não poderemos deixar de problematizar todos os riscos inerentes a esta visão e à sua evolução futura em sociedades onde o avançado e moderno cidadão liberal parece estar ansioso por controlar, e talvez até mesmo por potenciar neuroquimicamente as suas capacidades mentais.

Fontes e Bibliografia

QUÉTEL, Claude - *História da Loucura: Da Antiguidade à invenção da Psiquiatria*. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2014.

ROSE, Nikolas – “Become Neurochemical Selves”. In STEHR, Nico – *Biotechnology, Commerce and Civil Society*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers, 2004, pp. 89-126.

ROSE, Nikolas – “The Neurochemical Self and its Anomalies”. In ERICSON, Richard – *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press, 2003, pp. 407-437.

ROSE, Nikolas - *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007.

FUKUYAMA, Francis - *O Nosso Futuro Pós-Humano*. Lisboa: Quetzal Editores, 2002.

LEGAL IMPLICATIONS OF THE NEW EUROPEAN DATA PROTECTION REGULATION IN THE AREA OF MENTAL HEALTH / IMPLICACIONES JURÍDICAS DEL NUEVO REGLAMENTO EUROPEO DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Elena Atienza Macías

Doctor in Law by the University of Deusto. Basque Government Postdoctoral Researcher at the University of the Basque Country UPV/EHU

Faculty of Law - Chair in Law and the Human Genome Research Group,
Bilbao, Spain

Visiting Researcher of the University of Coimbra, Faculty of Law - Centre for Biomedical Law, Faculty of Law - the Institute for Legal Research, Coimbra, Portugal

Postdoctoral Researcher

E-mail:elena.atienza@ehu.eus

Keywords: Data Protection, Big data, New European legal framework, health law, mental health

Palabras clave: Protección de datos, Big data, Nuevo régimen jurídico europeo, derecho sanitario, salud mental

Resumen: El ámbito sanitario es uno de los contextos en que más cantidad de datos y de un número muy elevado de ciudadanos se obtienen y se almacenan. La manera en que esta información almacenada en la historia clínica de los ciudadanos a lo largo de su vida se ha ido archivando ha experimentado una transformación en los últimos años. Como consecuencia de lo descrito, se ha visto la necesidad de implementar una nueva normativa que se acerca más a esta nueva realidad: el nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos, plenamente operativo, en Europa, desde el próximo 25 de mayo de 2018. A los efectos de este Reglamento, concretamente, en su Artículo 4 Definiciones. (15) «datos relativos a la salud»: datos personales relativos a la *salud* física o *mental* de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud; y el considerando (35) del mencionado Reglamento incluye una definición exhaustiva de datos de salud también referida a la salud mental. Analizaremos las implicaciones jurídicas que, para la salud mental, conllevará esta nueva regulación.

Abstract: In the health field, is specially the area where more data and from a very large number of citizens are obtained and stored. How this clinical documentation of citizens throughout their lifetime is stored has recently undergone a transformation. As a result of the above, a new regulation has been necessary, more in line with this new reality: the new European Data Protection Regulation; which will be enforced on May 25, 2018. For the purposes of this Regulation —Article 4 Definitions. (15)— «data concerning health» means personal data related to the physical or *mental health* of a natural person, including the provision of health care services, which reveal information about his or her health status; and recital (35) of the mentioned Regulation includes a comprehensive definition of health data also referred to mental health status. We will analyze the legal implications for mental health that this new regulation will imply.

Nota preliminar

La presente publicación tiene su origen en la ponencia “Legal implications of the new European Data Protection Regulation in the area of mental health” pronunciada por la Doctora Elena ATIENZA MACÍAS en el marco de las *VIII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / VIII International Meeting of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* y dentro de la temática “Direito Biomédico, Pacientes e Saúde mental / Biomedical law, patients and mental health”. Dejamos constancia de que dichas Jornadas Internacionales fueron organizadas por la *Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS* y por el *Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — GHSC-CEIS20* y □ gracias a la magnífica coordinación científica de Profs. Doutores João Rui PITA y Ana Leonor PEREIRA □ y tuvieron lugar los días 8, 9 y 10 de mayo de 2017, en el Auditorio del Colegio de Farmacéuticos de Coimbra, Portugal.

Si bien éste es un trabajo independiente, puesto que, por un lado, la autora ha realizado un esfuerzo adicional para adaptar su participación como ponente en dichas Jornadas Internacionales a las exigencias propias de una publicación académica y, por otro y más importante, su investigación se ha ampliado sustancialmente, desarrollado y actualizado incluyendo las pertinentes novedades en lo que se refiere al impacto del nuevo Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea. Asimismo, cabe apuntar que reconocidos especialistas del tema se han sumado al elenco bibliográfico que la autora ha incluido como apéndice de esta publicación, con el fin de que con sus aportaciones se ofrezca más luz en torno a los interrogantes planteados.

Es además, necesario tener presente que la actual publicación se enmarca dentro de las actividades ligadas al Programa de Investigación Postdoctoral de Perfeccionamiento de Personal Investigador Doctor “Los *Big Data* en la Salud. Nuevo marco jurídico europeo” financiado por el Gobierno Vasco. La Dra. Elena ATIENZA MACÍAS está adscrita a este programa de investigación que se desarrolla conjuntamente entre, por una parte, la Universidad del País Vasco UPV/EHU (Grupo de Investigación *Cátedra de Derecho y Genoma Humano*) bajo la supervisión del Prof. Dr. iur Dr. med. Dr. h. c. mult. Carlos María ROMEO CASABONA y, por otra parte, la Universidad de Coimbra tanto con el *Centro de Direito Biomédico* bajo la supervisión del Prof. Dr. André Gonçalo DIAS PEREIRA y del Prof. Dr. Alexandre Libório DIAS PEREIRA y como con el *Instituto Jurídico*, ambos centros de investigación radicados en la Facultad de Derecho de la Universidad de Coimbra.

Asimismo, cabe apuntar que esta investigación está directamente relacionado con el Proyecto en el que la Doctora Elena ATIENZA MACÍAS es miembro de su equipo de trabajo: “BigdatIus: Uso de datos clínicos ante nuevos escenarios tecnológicos y científicos —*Big Data*—. Oportunidades e implicaciones jurídicas”— Universidad del País Vasco UPV/EHU. Ref.: DER2015-68212-R (MINECO/FEDER).

Por último, se ha de dejar constancia de que tanto la ponencia que dio origen a las Jornadas como esta publicación han sido posibles gracias a la ayuda (con Ref. Nº IT1066-16) concedida por el Departamento de Educación del Gobierno Vasco para apoyar las actividades de Grupos de Investigación del Sistema Universitario Vasco.

Introducción

En este trabajo nos centraremos, sobremanera, en las implicaciones que, para el campo de la salud mental, acarrearán, las nuevas tecnologías, o mejor, biotecnologías;

y, en concreto, ahondando, en el novedoso e inquietante asunto del “Big data” desde un punto de vista sanitario

Efectivamente, en la actualidad, existe una gran cobertura mediática en torno a las aplicaciones del *Big Data* y la analítica de datos a cualquier sector, incluido el sanitario. Y parece que no hay duda de que aporta valor ayudando a tomar decisiones a los médicos y, por tanto, en pro de lograr una mejor salud para los pacientes.

En el contexto planteado surgen una serie de interrogantes que abordaremos en las próximas líneas, tales como: ¿puede el *Big Data* —aplicado al campo de la salud— y la inversión en nuevas tecnologías, convertirse en un factor clave para garantizar la sostenibilidad a medio plazo de la sanidad pública? ¿A través de la llamada “Medicina Personalizada” o Medicina del futuro, también conocida como Medicina de las 4 «P»: Personalizada, Predictiva, Preventiva y Participativa”¹? En definitiva, estos son algunos de los interrogantes que se plantean, actualmente, en este ámbito.

Algunas precisiones conceptuales previas: ¿qué es el Big Data?

El *Big Data*, es, sin duda, actualmente unos de los términos más en boga (un “trending topic” siguiendo el argot popular) como una de las voces de moda en todas las revistas de temática científica y tecnológica, así como en blogs y redes sociales e incluso ya ha dado el salto a las publicaciones económicas y empresariales y cómo no a las de contenido jurídico. De esta forma, cuando hablamos de *Big Data* o datos a gran escala, nos referimos a la gestión y análisis de enormes volúmenes de datos, de dimensiones colosales, que no pueden ser tratados de manera convencional, en tanto en cuanto sobrepasa la capacidad de procesamiento de las herramientas de bases de datos ordinarias o habituales. Supone el análisis a alta *velocidad* de un gran *volumen* y una gran *variedad* de datos, mediante formas innovadoras y tecnologías de procesamiento. Estas tres características señaladas (las 3 «v») son definitorias del *Big Data* en su concepto original, posteriormente se han añadido más «v» que se refieren a conceptos como “valor” o “visibilidad” y puntualizaciones de distinto calado².

El objetivo del *Big Data* es convertir el “dato” en información que facilite la toma de decisiones. En este sentido, precisa de nuevas técnicas de almacenamiento a gran escala y enfoques distintos para recuperar la información ya que la variedad de las fuentes de datos (texto, audio, vídeo, entre otros canales) hace que las redes relacionales sencillas sean difícilmente aplicables³.

Los avances tecnológicos están generando nuevas magnitudes asombrosas de datos de todo tipo que provienen de los más variados dispositivos, sensores: *fitness*, aparatos médicos diversos, datos hospitalario. A lo anterior hemos de añadir la ingente cantidad de datos procedentes de los medios sociales (redes sociales, *blogs*, *wikis*,

¹ Algunos autores señalan que es obligatorio incluir una quinta P que se refiere a “Poblacional”, esto es, para toda la población. En este sentido, RAYÓN, se refiere a la posibilidad de hacer más eficiente el sistema podría traer que con los mismos recursos, pudiéramos atender a un mayor volumen de población. En definitiva, no dejar a nadie sin atención. RAYÓN, Alex, “La medicina 5P: sanidad y Big Data”, *Deusto Data*, Universidad de Deusto, Bilbao, España, 30 de enero de 2016, disponible en: <https://blogs.deusto.es/bigdata/la-medicina-5p-sanidad-y-big-data/>

² TORRAS BOATELLA, M. G. / SANTIÑA VILA, M. “Big Data: un Fórmula 1 que debemos pilotar al servicio de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes”, *Revista de calidad asistencial*, Núm. 5, Vol. 29, 2014, p. 253.

³ PETRALANDA MATE, Ana Isabel, “Presente y futuro del Big Data en la Sanidad española”, *Publicaciones Didácticas*, Núm. 75, octubre 2016, p. 270. Disponible en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/075037/articulo-pdf>

podcast...), de los *smart phones* o también conocidos como teléfonos inteligentes, de áreas tan voluminosas como importantes tales como genérica y genómica, entre otros¹.

¿Qué es el Big Data sanitario?

El sector atinente a la salud es uno de los ámbitos en que más cantidad de datos y de un número muy elevado de ciudadanos se obtienen y se almacenan. Prácticamente toda la población ha acudido al menos una vez en su vida a un centro sanitario, y se ha procedido a abrir un registro donde se han guardado ciertos datos personales básicos relativos a su edad, sexo, lugar de residencia, entre otros vectores, así como la causa de la consulta y, en su caso, el resultado de ciertas pruebas, el diagnóstico, el tratamiento prescrito, las intervenciones y su evolución. Paralelamente, los profesionales que han visitado a los pacientes o han participado en su asistencia se harán constar así como las fechas de ingreso o recetas. Es muy probable que los datos de los familiares implicados se hayan incluido, sus hábitos de vida, profesión, y otros que aunque no se afecten directamente a su salud, pueden afectar indirectamente a la misma.

Que duda cabe que la forma y los canales en que esta información almacenada en la historia clínica de los ciudadanos a lo largo de su vida se ha ido archivando, ha experimentado una evolución vertiginosa en los últimos años. Se ha pasado hacia un sistema informatizado para facilitar la gestión del sistema sanitario y también la asistencia al paciente, que acude a lo largo de su vida a diferentes profesionales, centros, comunidades autónomas e incluso países, que de este modo pueden acceder más fácilmente a una información que es necesaria para el diagnóstico.

En este sentido, los proyectos de historia clínica o receta electrónica del sistema nacional de salud, junto a los desarrollados por las Comunidades Autónomas en España², por ejemplo para la digitalización de la historia clínica, han centrado gran parte de la atención³.

Por otra parte, no de una forma tan masiva ni sistematizada, pero sin duda en una tendencia creciente, se generan datos de salud en otros sectores que también pasan a formar parte de registros informáticos o de redes. En definitiva, con mayor o menor accesibilidad, con mayor o menor nivel de estructuración y procesamiento, el hecho es que existe ya, archivada en medios telemáticos, una ingente cantidad de información relativa directa o indirectamente a la salud de millones de personas⁴.

¹ CÀRCAR BENITO, Jesús Esteban, “El Big Data en la organización sanitaria: nuevos tiempos y nuevos cambios”, *XII Congreso español de sociología, Grandes transformaciones sociales, nuevos desafíos para la sociología, 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2016*, Gijón, España, 2016, p. 16. Disponible en: <http://fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/5342.pdf>

² PARRA CALDERÓN, Carlos Luis, “Big data en sanidad en España: la oportunidad de una estrategia nacional”, *Gaceta sanitaria*, Núm. 1, Vol. 30, 2016, pp. 63-65.

³ ANDREU MARTÍNEZ, Belén / PARDO LÓPEZ, María Magnolia / ALARCÓN SEVILLA, Verónica, “Hacia un nuevo uso de los datos de salud”, *Ius et Scientia: Revista electrónica de Derecho y Ciencia*, Núm. 1, Vol. 3, (Ejemplar dedicado a: Ciencia biomédica y derechos fundamentales: nuevos retos compartidos (II)), 2017, p. 162.

⁴ Estas reflexiones son parte de la Memoria del Proyecto “BigdatIus: Uso de datos clínicos ante nuevos escenarios tecnológicos y científicos —Big Data—. Oportunidades e implicaciones jurídicas”—Universidad del País Vasco UPV/EHU. Ref.: DER2015-68212-R (MINECO/FEDER). AA.VV. (Miembros del Proyecto “BigdatIus), “Uso de datos clínicos ante nuevos retos tecnológicos y científicos. Oportunidades e implicaciones Jurídicas”, *Boletín Perspectivas en Derecho y Genoma Humano, Opinión*, Núm. 27, Ed. Cátedra de Derecho y Genoma Humano, Bilbao, España, Junio 2016. Disponible en: http://www.catedraderechoygenomahumano.es/images/boletin/boletin_27.pdf

Oportunidades del Big Data para el sistema sanitario

Esta situación abre la posibilidad de aplicar a esta documentación nuevas herramientas tecnológicas y así emerge el escenario del *Big Data* sanitario: el acceso a grandes cantidades de información disponible con el fin de dar valor añadido a su análisis integrado con el objetivo de “extraer información oculta o correlaciones imprevistas, no deducibles ni inferibles con los métodos de análisis convencionales”¹.

Si bien los datos ha habido siempre, las nuevas tecnologías posibilitan el procesamiento y análisis del gran volumen de datos que manejan los profesionales del ámbito sanitario con la finalidad de brindar a cada paciente el mejor tratamiento, siendo éste es el gran desafío de la conocida como “Medicina Personalizada”.

¿Qué entendemos por medicina personalizada o medicina individualizada?

La Medicina individualizada es un nuevo concepto de Medicina aún en fase incipiente que se refiere a la administración del fármaco más apropiado a la dosis más adecuada para cada paciente, entendiendo como tal la adaptación de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento en función del perfil genético y molecular de cada paciente y su enfermedad. Supondría un abordaje más predictivo, específico e individualizado que el abordaje tradicional todavía hoy predominante. Puesto que el estado actual del conocimiento no permite una aproximación «individualizada» en el sentido estricto del término, sino la clasificación o «estratificación» de pacientes en subgrupos mejor definidos y más reducidos que el conjunto de todos los que padecen una patología, algunos autores prefieren el término «Medicina estratificada» para referirse al concepto que aquí definimos. Otras acepciones de uso frecuente son «Medicina a la carta», «Tratamiento a medida», entre otros².

Un ejemplo paradigmático es el caso de la Genómica, que permite obtener el perfil genético de una persona y ayuda así a predecir si tiene riesgo de padecer cáncer, diabetes o enfermedades del corazón.

¿Especial referencia al nuevo Reglamento General de Protección de Datos?

El panorama normativo europeo en cuanto a las protección de datos está en plena transformación a la luz de las implicaciones que supone una de las novedades normativas, a nivel europeo, sin duda más trascendentes en los últimos años, de la mano del *Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea* —que muchos han calificado de “tsunami” normativo en tanto se prevé “arrasar” con toda la regulación sobre protección de datos anterior—, cuya aprobación definitiva por el Parlamento Europeo ha tenido lugar muy recientemente. Es el primer paso de una nueva normativa europea de protección de datos que viene a derogar y sustituir a la Directiva Europea de 1995.

En efecto, Diario Oficial de la Unión Europea ha publicado el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva

¹ AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS (AEPD), “La AEPD analiza los retos y las posibilidades del Big Data y el internet de las cosas”, Madrid, España, 28 de enero de 2015. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/revista_prensa/revista_prensa/2015/notas_prensa/news/2015_01_28-ides-idphp.php

² DEL BARRIO SEOANE, J., “Medicina individualizada” (Técnico), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, ROMEO CASABONA, C.M. (Director), Ed. Cátedra de Derecho y Genoma Humano—Comares, Bilbao-Granada, España, 2011. Disponible online en open access: <http://enciclopedia-bioderecho.com/voces/212>

95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Junto a esta norma se ha publicado también la Directiva (UE) 2016/680 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales por parte de las autoridades competentes para fines de prevención, investigación, detección o enjuiciamiento de infracciones penales o de ejecución de sanciones penales, y a la libre circulación de dichos datos y por la que se deroga la Decisión Marco 2008/977/JAI del Consejo DOUEL 04-05-2016 119 C.

Ambas normativas componen lo que se conoce como el nuevo marco europeo de protección de datos. Por una parte, el Reglamento Europeo de Protección de Datos unifica y moderniza la normativa europea sobre protección de datos, permitiendo a los ciudadanos un mejor control de sus datos personales y a las empresas aprovechar al máximo las oportunidades de un mercado único digital, reduciendo la burocracia y beneficiándose de una mayor confianza de los consumidores. Por otra, la Directiva Europea de Protección de Datos, está destinada a los ámbitos policiales y de la Justicia. Pretende asegurar que los datos de las víctimas, testigos y sospechosos de la comisión de delitos, se encuentren debidamente protegidos en el ámbito de una investigación criminal o de aplicación de la ley. A la vez, esta normativa armonizada facilitará la cooperación transfronteriza de la policía y los fiscales para combatir más eficazmente el crimen y el terrorismo en toda Europa.

La razón de ser de esta nueva normativa responde a lo siguiente: por una parte, adaptar las leyes a una nueva realidad tecnológica – prácticamente inexistente en 1995 – donde Internet, el comercio electrónico, los servicios bancarios en línea, las redes sociales, el *Big data* y el “cloud computing” se han convertido en protagonistas en los ámbitos social, económico y político de la Unión Europea; unificar la normativa de los Estados miembros, actualmente disgregada en 28 normas sectoriales (o nacionales) diferentes; mejorar y reforzar la protección de datos en Europa, incluyendo el concepto de “Privacy by Design”, que vendrá a establecer que las empresas deberán tener en cuenta la protección de datos en cada decisión empresarial que se adopte. Esto obligará, en la práctica, a contar con el asesoramiento de abogados expertos en protección de datos así como endurecer las sanciones, para que infringir no sea rentable, con multas de hasta cien millones de euros o el cinco por ciento del volumen de negocio anual del infractor.

Especial consideración de la Salud mental

El nuevo Reglamento General de Protección de Datos en su artículo 9 incluye a los datos relativos en la salud entre las categorías especiales de datos. Estos datos tienen una especial protección y su tratamiento queda limitado a casos concretos.

En el caso de datos sanitarios el reglamento dice que el tratamiento de datos relativos a la salud está permitido cuando “el interesado dio su consentimiento explícito para el tratamiento de dichos datos personales” y también cuando es necesario:

- por razones médicas.
- por razones de salud pública.
- por investigación científica o estadística.

El nuevo reglamento europeo considera que el tratamiento de las categorías especiales de datos personales como los sanitarios debe ser realizado por un “profesional sujeto a la obligación de secreto profesional, o bajo su responsabilidad”.

Es importante destacar que a efectos de este Reglamento, en concreto: — Artículo 4 Definiciones. 15) «datos relativos a la salud»: datos personales relativos a la **salud** física o **mental** de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud; Y el Considerando 35) del Reglamento menciona que entre los datos personales relativos a la salud se deben incluir todos los datos relativos al estado de salud del interesado que dan información sobre su estado de **salud** física o **mental** pasado, presente o futuro.

Oportunidades del Big Data para la salud mental

Ahorrar costes al sistema sanitario gracias a una medicina personalizada

Nos referimos, en concreto, a modelos predictivos para una mejor salud con menores costes sanitarios.

Si somos capaces de detectar riesgos en la salud de los pacientes, no solo de forma individualizada sino del conjunto de la población, podremos utilizar los recursos sanitarios de la manera más inteligente y a un menor coste, algo crucial en el momento que atravesamos.

Un buen ejemplo de la utilización del Big Data es el desarrollo de sistemas de alerta para el diagnóstico precoz de enfermedades neurológicas, que permite predecir en qué estadio se encuentra el paciente y cómo puede ser su evolución a través de una selección adecuada de las variables bioquímicas más relevantes a tener en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico.

Si el objetivo es optimizar la gestión clínica, se puede inferir conocimiento de los datos de la historia clínica, definir mejor los perfiles de los pacientes, predecir con qué frecuencia van los pacientes a la consulta o su reingreso en el hospital, segmentar grupos de pacientes crónicos, etc.

Podemos decir, entonces, que el uso de tecnologías para el análisis del Big Data permite proporcionar una capa de inteligencia con la que ir más allá de la medicina basada en el conocimiento, acercándonos a la medicina personalizada que predice y se anticipa a las necesidades de salud de los pacientes y les ofrece la atención médica más adecuada.

A nivel tecnológico, es preciso realizar importantes inversiones con el objetivo de adaptar la arquitectura de redes de comunicación y de infraestructuras tecnológicas actuales a los requisitos necesarios en Big Data. Además, se precisa avanzar en la formación de equipos multidisciplinares compuestos por personal sanitario y profesionales provenientes de otras disciplinas, como la informática o la estadística, que dispongan de los conocimientos y las habilidades necesarias para manejar las herramientas relacionadas con la tecnología.

Estudio de ejemplos de *Big Data* en salud mental

Sobre el caso del Alzheimer

Un ejemplo palmario de aplicación del *Big data* en salud, en concreto, en personas con problemas de salud mental, es el caso del Alzheimer y otras demencias. La inversión en nuevas tecnologías se presenta como clave para garantizar la sostenibilidad a medio plazo de la sanidad pública en países donde el incremento de costes sanitarios derivados del envejecimiento de la población va en creciente aumento. La Comisión Europea tiene proyecto de mejora de la calidad de salud en el envejecimiento y en el que tiene como objetivo aumentar dos años la esperanza de vida media para 2020. Para ellos, tiene programas de ayuda a los estados miembros

para mejorar la eficiencia de sus sistemas de salud, y siempre con un enfoque hacia el Alzheimer y otro tipo de demencias. Entre los mecanismos en pro de ello destacan el uso del *Big data* aplicado a la salud.

Sobre un caso real: la Plataforma Tarragona Salud Mental

Destacamos la creación de la Plataforma Tarragona Salud Mental, un proyecto del *Institut Pere Mata*, en España, en concreto en la Comunidad Autónoma Cataluña, como una herramienta para dar respuesta segura y sostenible en el estudio de los datos acumulados en el entorno de la historia clínica electrónica de salud mental. El objetivo general es hacer posible que los datos de salud mental de la población del territorio de Tarragona puedan ser utilizadas para generar conocimiento.

“El ‘big data’ llega a la salud mental de Tarragona. Permitirá avanzar en la investigación”, así titulaban algunos de los rotativos catalanas al hilo de la creación de esta innovadora plataforma. El Instituto Pere Mata ha supuesto, en efecto, la creación de una plataforma de datos masivos de salud mental con el objetivo de permitir avanzar en la investigación. Este Instituto atiende la salud mental en toda la provincia de Tarragona y cuenta con una base de datos digitalizada de 20.000 pacientes. El proyecto supone avanzar tanto en la asistencia sanitaria como terapéutica porque se trabaja con datos reales en tiempo real.

Es importante remarcar y así lo hacía en su momento, la propia directora del Área de Investigación del Instituto Pere Mata, Elisabet Vilella, que han velado para preservar el anonimato de los datos. Y es que el uso de los datos masivos puede hacer avanzar la investigación, la medicina y la gestión sanitaria, pero también plantea problemas éticos como el pago por el uso de los datos, la protección del anonimato o los riesgos de conectar varias bases de datos.

En definitiva, la plataforma de referencia, permite aplicar técnicas de gestión de datos masivos para obtener resultados muy rápidamente y, de este modo, mejorar los cuidados a los pacientes y también extender la atención preventiva. Por tanto, favorecer mejoras a todos los niveles de la atención a la salud mental.

Reflexiones conclusivas y apertura a nuevos interrogantes

El tema del *Big data* y la salud mental es de tal calado que ha llevado a pronunciarse sobre esta espinosa problemática a la propia Revista *Nature*. En este sentido, un reciente Editorial de *Nature Medicine* ha llamado la atención sobre la necesidad de incorporar el procesamiento de altos volúmenes de datos (o *Big data*) para el manejo de las enfermedades mentales. Bajo el expresivo y sugerente título bautizado como “Thinking big in mental health”¹ denuncia, unas cuestiones que nos sirven, como excusa, para abordar las conclusiones de todo lo tratado con anterioridad.

Por una parte, si bien los problemas de salud mental tienen una gran importancia en todas las sociedades, contribuyendo de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida y suponen unos enormes costes económicos y sociales. No en vano, los trastornos mentales y del comportamiento son la principal causa de discapacidad en el mundo². Sin embargo, el progreso en su manejo y tratamiento se ha estancado en gran medida. De esta forma,

¹ EDITORIAL, “Thinking Big in Mental Health”, *Nature Medicine*, Núm. 1, Vol. 24, Enero 2018.

² AA.VV. “Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, Núm. 9859, Vol. 380, Diciembre 2012, pp. 2163-2196.

aprovechar el poder del *Big data* puede romper el *impasse* actual y abrir nuevas vías para un mejor diagnóstico, tratamiento y prevención de estas enfermedades devastadoras.

En otro orden de cosas, el *Big data* también podrían ayudar a mejorar la precisión en la práctica clínica. Actualmente, encontrar el medicamento correcto se produce a través de prueba y error. Como la mayoría de los tratamientos solo funcionan en un subconjunto de pacientes, y considerando que muchos tienen efectos secundarios importantes, es imperativo adoptar un enfoque de medicina de precisión. Por ejemplo, un grupo extrajo recientemente datos de pacientes de un gran ensayo clínico y entrenó un algoritmo de aprendizaje automático para predecir la respuesta al tratamiento con un antidepresivo. La sensibilidad y especificidad del algoritmo necesitan una mejora adicional; sin embargo, esto apunta a la esperanzadora posibilidad de que el *Big data* combinado con el aprendizaje automático puedan ayudar a adaptar el tratamiento en pacientes individuales, brindando una precisión muy necesaria en la atención de la salud mental.

Ciertas empresas, como Verily y Mindstrong, están investigando si las personas con la salud mental afectada, presentan “fenotipos digitales”, esto es, aspectos de la actividad física, dinámica social, voz o patrones de interacción humano-computadora, que pueden ser capturados por *smartphones* o teléfonos inteligentes y, de ser así, si las intervenciones móviles (por ejemplo, mediante psicoterapia telefónica, mensajes de texto, etc.) podrían ser útiles.

Sin duda, grandes desafíos se presentan por delante. La tensión entre el intercambio de datos y la privacidad del paciente es uno. Otro desafío es que, en el seno de los grandes conjuntos de datos, inevitablemente, aparecen correlaciones falsas, por lo que cualquier resultado debe interpretarse cuidadosamente y validarse rigurosamente.

El éxito de los proyectos de *Big data* requiere una colaboración fluida entre investigadores, científicos, médicos, ingenieros, pacientes y otros. Las barreras disciplinarias tradicionales deben ser desglosadas. Solo así podremos estar verdaderamente cerca del objetivo compartido: una mejor comprensión y un mejor tratamiento de las enfermedades mentales que afligen a millones de personas

Referencias bibliográficas y documentales

AA.VV. “Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet*, Núm. 9859, Vol. 380, Diciembre 2012.

AA.VV., “Uso de datos clínicos ante nuevos retos tecnológicos y científicos. Oportunidades e implicaciones Jurídicas”, *Boletín Perspectivas en Derecho y Genoma Humano, Opinión*, Núm. 27, Ed. Cátedra de Derecho y Genoma Humano, Bilbao, España, Junio 2016. Disponible en: http://www.catedraderechoygenomahumano.es/images/boletin/boletin_27.pdf

AA.VV., *Aportación de los “Real World Data (RWD)” a la mejora de la práctica clínica y del consumo de recursos de los pacientes*. Fundación Gaspar Casal, 2014.

AAL PROGRAMME, *Active Assisted Living Programme, ICT for ageing well*, Bruselas, Bélgica, 2015. Disponible en: <http://www.aal-europe.eu/>

AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS (AEPD), “La AEPD analiza los retos y las posibilidades del Big Data y el internet de las cosas”, Madrid, España, 28 de enero de 2015. Disponible en:

https://www.agpd.es/portalwebAGPD/revista_prensa/revista_prensa/2015/notas_prensa/news/2015_01_28-ides-idphp.php

ANDREU MARTÍNEZ, Belén / PARDO LÓPEZ, María Magnolia / ALARCÓN SEVILLA, Verónica, “Hacia un nuevo uso de los datos de salud”, *Ius et Scientia: Revista electrónica de Derecho y Ciencia*, Núm. 1, Vol. 3, (Ejemplar dedicado a: Ciencia biomédica y derechos fundamentales: nuevos retos compartidos (II)), 2017.

CÀRCAR BENITO, Jesús Esteban, “El Big Data en la organización sanitaria: nuevos tiempos y nuevos cambios”, *XII Congreso español de sociología, Grandes transformaciones sociales, nuevos desafíos para la sociología, 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2016*, Gijón, España, 2016. Disponible en: <http://fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/5342.pdf>

COMISIÓN EUROPEA, *Comprender las políticas de la Unión Europea. Agenda Digital para Europa*, Bruselas, Bélgica, Julio de 2014. Diponible en: https://europa.eu/european-union/file/1501/download_es?token=317D0Fil

DE TORRES, Santiago, “Salud digital para el mundo globalizado”, *Política exterior*, Núm. 166, Vol. 29, 2015. Disponible en: <http://www.politicaexterior.com/articulos/politica-exterior/salud-digital-para-el-mundo-globalizado/>

DEL BARRIO SEOANE, Jaime, “Medicina individualizada” (Técnico), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, ROMEO CASABONA, Carlos María (Director), Ed. Cátedra de Derecho y Genoma Humano—Comares, Bilbao-Granada, España, 2011. Disponible online en open access: <http://enciclopedia-bioderecho.com/voces/212>

EDITORIAL, “Thinking Big in Mental Health”, *Nature Medicine*, Núm. 1, Vol. 24, Enero 2018.

MUNUERA GÓMEZ, María Pilar, “Agenda digital: e-Servicios sociales”, *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, Nueva Época, Núm. 16, julio-diciembre, 2016. Disponible en: <http://revistasonline.inap.es/index.php?journal=GAPP&page=article&op=view&path%5B%5D=10362&path%5B%5D=10948>

NICOLAS JIMENEZ, Pilar — *La protección jurídica de los datos genéticos de carácter personal*. Granada: Ed. Comares, 2006.

PARRA CALDERÓN, Carlos Luis — “Big data en sanidad en España: la oportunidad de una estrategia nacional”. *Gaceta sanitaria*. 1:30 (2016)

PEREIRA, Alexandre L. Dias — “Patient safety in e-health and telemedicine”, *Lex Medicinae – Revista Portuguesa de Direito da Medicina*, Número Especial (2014).

PEREIRA, André G. Dias — *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*. Coimbra: Coimbra Editora, 2015.

PETRALANDA MATE, Ana Isabel — “Presente y futuro del Big Data en la Sanidad española”, *Publicaciones Didácticas*, Núm. 75, octubre 2016. Disponible en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/075037/articulo-pdf>

QUECEDO GUTIÉRREZ, Luís, “Impacto de la telemedicina sobre la asistencia a los pacientes crónicos”, *e-Salud: aplicaciones y tendencias*, Ed. Fundación Gaspar Casal, 2016.

RAYÓN, Alex, “La medicina 5P: sanidad y Big Data”, *Deusto Data*, Universidad de Deusto, Bilbao, España, 30 de enero de 2016, disponible en: <https://blogs.deusto.es/bigdata/la-medicina-5p-sanidad-y-big-data/>

ROMEO CASABONA, Carlos María, “La intimidad y los datos de carácter personal como derechos fundamentales y como bienes jurídicos penalmente protegidos”, *Revista de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid*, Núm. 2, 2003.

TORRAS BOATELLA, M. G. / SANTIÑÀ VILA — M. “Big Data: un Fórmula 1 que debemos pilotar al servicio de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes”. *Revista de calidad asistencial*. 5:29 (2014).

O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE – ENTRE A CAPACIDADE DE DISCERNIMENTO E A DOENÇA MENTAL

Filomena Girão*; Marta Frias Borges**

*Advogada – Sócia da FAF-Sociedade de Advogados, SP, RL, Co-Fundadora e Membro da Direcção da ALDIS – Associação Lusófona do Direito da Saúde, Membro da WAML – Word Association for Medical Law, Membro da Direcção da APASD – Associação para a Segurança dos Doentes,

**Doutoranda em Bioética pela Universidade Católica Portuguesa.

Advogada da FAF-Sociedade de Advogados, SP, RL, Licenciada e Mestre pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Doutoranda em Bioética pela Universidade Católica Portuguesa
E-mails: filomena.girao@faf-advogados.com; marta.frias.borges@faf-advogados.com

Palavras Chave: perturbações de personalidade, saúde mental, Direito Biomédico, incapacidade jurídica, Bioética

Key Words: personality disorders, mental health, Biomedical Law, legal incapacity, Bioethics.

Resumo: A personalidade é definida pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) como um conjunto de “padrões duradouros de perceber, relacionar-se e pensar, envolvendo o ambiente ao redor e a si mesmo”. Sucede que, por vezes, o comportamento do indivíduo se desvia acentuada e persistentemente das expectativas da sua cultura, caso em que estaremos perante as designadas perturbações/transtornos de personalidade. Entre os diversos tipos de perturbações da personalidade, atribuímos, na presente reflexão, particular importância à personalidade Borderline, tomada como o “padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada”, que, em razão das rápidas mudanças de humor, se apresenta como o comportamento limítrofe entre a lucidez e a incapacidade, e que, s.m.o., reclama a definição de adequadas soluções de proteção jurídica. Sucede que o diagnóstico de perturbação de personalidade não se afigura, por si, suficiente para determinar a incapacidade jurídica do indivíduo, que pressupõe “estado de anomalia psíquica”. De facto, não se traduzindo num comportamento persistente e duradouro, mas caracterizando-se antes por uma natural instabilidade, as perturbações de personalidade nem sempre são suscetíveis de integrar o conceito de anomalia psíquica e, por conseguinte, de fundamentar o recurso aos institutos (ora existentes) de interdição ou inabilitação. Impõe-se, assim, uma reflexão quanto à (in)suficiência dos institutos jurídicos da interdição e inabilitação para fazer face às características de certas perturbações de personalidade – designadamente, da personalidade Borderline -, que, porventura momentâneas, limitam amiúde e enormemente a capacidade de discernimento e determinação do indivíduo.

Abstract: Personality is defined, by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), as a set of “enduring patterns of perceiving, relating to and thinking about the environment and oneself.” As a matter of fact, sometimes the behavior of the individuals detracts, sharply and continuously, from the expectations of what is normally perceived as cultural pattern, in which case we are in presence of personality disorders. Among the various types of personality disorders, in this present reflection we will focus on the Borderline personality, as “a pattern of instability in interpersonal relationships, self-image and affects, and marked impulsivity”, which, due to the rapid humor changes, presents itself as the borderline behavior between lucidity and incapacity, and, as such, it demands adequate legal

protection solutions. In fact, the diagnosis of a personality disorder is not enough to define the legal incapacity of the individuals which presumes a “state of psychic anomaly”. Effectively, it does not consist in persistent and long-lasting behavior, but it is characterized by natural instability. Therefore, personality disorders do not always integrate the concept of psychic anomaly and, thus, it is difficult to use the legal institutes of interdiction or disqualification. In conclusion, it is necessary to reflect on the (in)adequacy of the legal institutes of interdiction and disqualification to deal with the characteristics of certain personality disorders – namely the Borderline personality – which often limit the knowledge ability and the self-determination of the individuals.

Com o presente artigo pretende-se uma reflexão sobre a (in)suficiência dos institutos previstos no nosso ordenamento jurídico para fazer face à incapacidade resultante das perturbações de personalidade, que podem, muitas vezes, revelar-se bastante limitadoras das capacidades do indivíduo.

A presente reflexão incidirá primacialmente sobre a Síndrome Borderline, Transtorno de Personalidade Limitrofe ou Transtorno de Personalidade Borderline, por ser esta patologia particularmente expressiva na nossa população. Todavia, as considerações que aqui se tecerem aplicar-se-ão em igual medida às restantes perturbações de personalidade caracterizadas por algum grau comprometimento da capacidade deliberativa do indivíduo.

A personalidade é definida pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* como “padrão duradouro de perceber, relacionar-se e pensar envolvendo o ambiente ao redor de si mesmo”¹. Assim, os transtornos de personalidade consistem num padrão de conduta que se desvia das expectativas da cultura do indivíduo, afastando-se do modo como os indivíduos de uma determinada cultura pensam, sentem e, em especial, se relacionam com os outros.

Como refere JOANA COSTA, “este padrão comportamental manifesta-se em pelo menos duas das áreas seguintes: i) cognição (formas de percepção e interpretação de si próprio, dos outros e dos acontecimentos); ii) afetividade (variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional); iii) funcionamento interpessoal; e iv) controle dos impulsos”².

Ora, não obstante a evidência das limitações causadas por este tipo de transtornos, o certo é que há muito se discute a fronteira entre tais perturbações de personalidade e a anomalia psíquica – distinção com importantíssimos efeitos jurídicos – de forma inconclusiva. De facto, não raras vezes o nosso ordenamento jurídico recorre ao conceito de “anomalia psíquica” como pressuposto de diversos institutos jurídicos, sejam de índole penal ou de índole civil.

A nível civil, o nosso ordenamento jurídico prevê dois institutos destinados a suprimir a incapacidade de exercício dos cidadãos (i.e., a incapacidade de exercerem pessoal e livremente os seus direitos e cumprirem as suas obrigações), sendo eles a interdição e a inabilitação, previstos nos artigos 138.º e ss. do Código Civil.

¹Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V. 5.ª edição. American Psychiatric Association, 2014, p. 828, disponível em <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>.

² COSTA, Joana — A Relevância Jurídico-Penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade. *Julgar*. 15 (2011) 59.

A interdição visa então suprimir a incapacidade do cidadão para reger o património e a sua pessoa, enquanto a inabilitação visa fazer face à incapacidade do cidadão para reger o seu património.

Contudo, ambos os institutos preveem como pressuposto ou como um dos pressupostos a anomalia psíquica daquele cidadão.

Se não, vejamos:

Apenas podem ser interditos “aqueles que por **anomalia psíquica**, surdez-mudez ou cegueira se mostrem incapazes de governar suas pessoas e bens”. Do mesmo modo, podem ser inabilitados somente “os indivíduos cuja **anomalia psíquica**, surdez-mudez ou cegueira, embora de carácter permanente, não seja de tal modo grave que justifique a sua interdição, assim como aqueles que, pela sua habitual prodigalidade ou pelo abuso de bebidas alcoólicas ou de estupefacientes, se mostrem incapazes de reger convenientemente o seu património”.

Do mesmo modo, a nível penal, o artigo 20.º do Código Penal preceitua que “é inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação”.

Verifica-se, pois, que o ordenamento jurídico atribui apenas este grau de tutela e proteção aos portadores de anomalia psíquica, deixando, assim, desprotegidos aqueles que padecem de determinadas perturbações de personalidade que, por serem transitórias e não duradoras, não são qualificadas como doença mental – o que resulta na criação de uma zona cinzenta entre o considerado juridicamente relevante e a ciência psiquiátrica¹.

Ora, não obstante as perturbações de personalidade afetarem (por vezes gravemente) a capacidade de querer e entender do indivíduo, tal afetação não tem sido por ora suficiente para que aqueles transtornos sejam classificados como doença mental ou anomalia psíquica, por não terem carácter duradouro e permanente. Tal sucede, paradigmaticamente, e ao que aqui importa, com o transtorno de personalidade borderline, definido pelo DSM V como um “padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada”².

Este transtorno de personalidade borderline “engloba algumas manifestações típicas de vários transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, mas em geral os pacientes não saíram totalmente do estado considerado normal para serem enquadrados em tais classificações. A “síndrome” borderline é portanto um mosaico de sintomas menos acentuados de diversos transtornos”³.

Tal síndrome caracteriza-se, pois, por um estado de instabilidade em que o indivíduo tanto está tranquilo e afetuoso, como se revela agressivo com os que o rodeiam. Ora, esta “intermitência” de estados não reveste o carácter duradouro exigido para a qualificação como doença mental, levando a que tais indivíduos sejam considerados como capazes de se reger a si, aos seus bens e à sua saúde.

Por tal, facilmente se intui que o nosso regime jurídico não tutela adequadamente os indivíduos com perturbações de personalidade, que, por não afetarem permanentemente a capacidade de discernimento e determinação, não se traduzem (juridicamente) em verdadeiras anomalias psíquicas, nomeadamente no que respeita à sua saúde.

¹ Neste sentido, também COSTA, Joana — A Relevância Jurídico-Penal..., cit., p. 53.

² Cfr. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais..., cit., p. 645.

³ Cfr. CARNEIRO, Lúcia Lorandi — Borderline – no limite entre a loucura e a razão. Ciências & Cognição. 3 (2004) 66.

Embora o instituto da incapacidade accidental permita fazer face a declarações negociais efetuadas por quem se encontra, naquele momento, incapaz de perceber o seu sentido, revela-se tal instituto manifestamente insuficiente por apenas tutelar o plano patrimonial e deixar desprotegida a saúde daquele sujeito.

Não podendo ser interdito por não padecer de qualquer anomalia psíquica, o portador de transtorno de personalidade borderline continua a reger a sua pessoa e a decidir livremente sobre a sua sujeição ou não sujeição a tratamento, tanto mais quando o internamento compulsivo tem também como pressuposto a anomalia psíquica¹.

Face ao exposto, resulta serem os regimes vigentes, de interdição, inabilitação e inimputabilidade, insuficientes para responder às necessidades dos indivíduos com transtorno de personalidade borderline, deixando tais indivíduos sozinhos perante a doença e a vulnerabilidade que os caracteriza. Impõe-se, por isso, uma revisão legislativa do regime jurídico das incapacidades, só assim se dando cumprimento ao dever de solicitude reclamado pela sua vulnerabilidade enquanto pessoas doentes.

¹ Cfr. Artigo 12.º da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho.

MEDICINA E DIREITOS HUMANOS: DIREITO BIOMÉDICO, PACIENTES E SAÚDE MENTAL.

João Proença Xavier¹

Universidade de Salamanca

Universidade de Coimbra

Postdoctoral Research Scientist

Phd Doctor Human Rights | European Lawyer and Legal Consultant

E-mail:joao.proenca.xavier@usal.es

Palavras-Chave: Direitos Humanos, Biomedicina, Pacientes, Saúde Mental,
Pessoas com Capacidade Diminuída

Key Words: Human Rights, Biomedicine, Patients, Mental Health and persons
with diminished capacity.

Abstract: Brief Iberian analysis of sensorial and physical “disabilities” and the “psychological disabilities”, in a reflection in terms of the access of Medical Assisted Reproduction, focusing in the madness of the possibility of eligible access of mental health patients... to this technics...

Introdução

Abordando nesta análise os prementes temas actuais dos: Direitos Humanos, Biomedicina, Direito Biomédico, Pacientes, Saúde Mental e Pessoas com Capacidade Diminuída, este trabalho visa alertar para o problema da restrição do acesso aos direitos reprodutivos por parte do cidadão com “discapacidade”, através de uma breve análise ibérica das questões das “discapacidades” sensoriais e físicas e das “discapacidades psíquicas”, no âmbito de uma reflexão feita na óptica do acesso às técnicas de PMA, com enfoque na loucura da possibilidade de acesso elegível por parte de portadores de doença mental... às referidas técnicas...

No início deste ano, (2017), tive oportunidade de estar presente, no Colégio Mayor Fonseca, em Santiago de Compostela, a convite do Congresso Internacional sobre Direito Actual, onde falando sobre a minha área de investigação preferencial, as técnicas de reprodução medicamente assistida, no âmbito da Biomedicina e

¹ Pósdoctoral Research Scientist - “Derechos Humanos en Perspectiva Comparada Brasil España”. Instituição: IURJ - Instituto Universitário do Rio de Janeiro e Universidade de Salamanca. Bolseiro de Mérito da Fundación General da Universidade de Salamanca / CEB - Centro de Estudios Brasileños da Universidade de Salamanca. Professor Doutorado pela Universidade de Salamanca Especialista em Direitos Humanos / Direito Comparado/ Medicina da Reprodução e Direito Biomédico. Instituições: UNIVERSIDADE DE SALAMANCA - Espanha - Membro do Instituto Jurídico Portucalense – IJP da Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto – Portugal; Investigador FCT Integrado no CEIS 20 Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – UNIVERSIDADE DE COIMBRA – Portugal - Jurisconsulto em parceria com FAF Sociedade de Advogados, SP, RL. Membro Fundador do OEHD – Observatório de Especialidade em Direitos Humanos do Conselho Regional da Ordem dos Advogados de Coimbra; ADVOGADO EUROPEU com Insignia do Ilustre Colégio de Abogados de Salamanca – Espanha. Membro da SPMR - Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e Membro Fundador da ACONSULTIIP – Associação de Consultores de Investimento e Inovação de Portugal.

Direitos Humanos, tive oportunidade de citar a “Exposição de Motivos” da lei Espanhola vigente, que nas palavras da Querida Professora de Direito Civil da Universidade de Múrcia Encarna Serna Meroño, admite, conforme tradução minha, que:

“...a regular a utilização e aplicação das técnicas de PMA, não só se teve em conta a sua vertente de solução dos problemas de esterilidade, como também tem o seu âmbito de actuação no desenvolvimento de outras técnicas complementares, para prevenir, evitar, em certos casos, o aparecimento de doenças em pessoas nascidas que carecem de tratamento curativo, tendo até, ido mais além, dado que o diagnóstico preimplantatório abre novas portas na prevenção de doenças genéticas que carecem de tratamento na actualidade, admitindo-se a possibilidade de seleccionar pré-embriões, para que, em determinados casos e com o devido controle e autorização administrativa, possam ser uma ajuda para salvar a vida de um familiar do paciente (à semelhança do bebé medicamento).”¹

Nestes termos repentinarei, esta temática, com interesse julgo, na comunicação a efectuar nestas Jornadas Internacionais da História da Loucura Psiquiatria e Saúde Mental.

Em nossa opinião, como para esta autora, os pressupostos para uma mulher poder ser usuária/receptora das Técnicas de Procriação Medicamente Assistida, implicam: requisitos de capacidade e requisitos/circunstâncias pessoais, para além das questões dos Consentimentos, que não nos cumpre analisar aqui com profundidade...

Para esta civilista da Universidade de Múrcia: “*a primeira exigência que estabelece a lei espanhola, é que a mulher usuária das técnicas de reprodução assistida seja maior de idade, tendo portanto cumprido os 18 anos e tenha plena capacidade de trabalhar. Com a maioridade adquire-se a plena independência jurídica, independentando-se do potestas família, e com essa independência vem o poder de realizar: “todos los actos de la vida civil.”*”² Apesar da nova lei de PMA Espanhola, estabelecer “idade mínima”, a partir da qual a mulher pode usar as técnicas, nada diz sobre a “idade máxima” para a possibilidade da sua utilização. Na voz da especialista Encarna Serna Meroño, cit. (tradução nossa):

“Está certo como assinala a lei (Espanhola), que a equipa médica informe dos riscos e dificuldades que: “podem derivar da maternidade numa idade clinicamente inadequada”, mas pergunto se não seria arbitrária a fixação de uma idade concreta para todas as mulheres?, com a avaliação de quem?, que idade seria justificada hoje?, com base em que raciocínios? Na sua opinião, a fixação de uma idade limite, só pode

¹ Ver: O comentário de Encarna Serna Meroño em: “*Comentarios a la Ley 14/2006, de 26 de Mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana...*”, p. 184, onde indica que: “*El actual legislador asume que la utilización de las técnicas ya no puede quedar constreñida a servir como remedio de la esterilidad, pero no considera oportuno introducir en el texto legal de forma expresa el reconocimiento de un derecho a procrear de contenido poco preciso.*”

² Ver: Artículo 322 del Código Civil Español. Cit.: Ídem, p. 185. na opinião da autora Cit.: “*En la práctica, es habitual que las usuarias de las técnicas sean mujeres que han sobrepasado con creces la mayoría de edad, pues suelen ser en edades más avanzadas cuando se inician los tratamientos de fertilización, en concreto en España la edad media está fijada en los 35 años.*”

ser imposta pelo legislador, pois é aquele que está legitimado para fixar restrições às possibilidades de actuação de uma pessoa, a neste caso, ser usuária das técnicas de reprodução medicamente assistida, pois uma proibição, só por questões de idade, poderia interpretar-se como uma violação do direito constitucional a um adequado e livre desenvolvimento da personalidade que tem toda a pessoa (cfr. art. 10 CE)”¹

Focados os requisitos de capacidade, falemos agora das circunstâncias e pressupostos pessoais, na lei Espanhola 14/2006 de 26 de Maio, que exige plena capacidade de trabalhar para que a mulher possa ser usuária das Técnicas de PMA, mas que de facto é muito mais “liberal” e flexível relativamente às demais circunstâncias pessoais a observar. Para a investigadora Encarna Serna Meroño, a lei Espanhola 14/2006 de PMA (tradução nossa):

“ é indiferente qual seja o estado civil da mulher, parece evidente que dentro das diferentes situações jurídicas que se configuram no nosso sistema jurídico como estados civis, aqui se refere a aqueles que vêm determinados pela celebração ou não do matrimónio, podendo a mulher usuária estar casada, solteira, separada, divorciada ou viúva.”²

Apesar de algumas críticas sobre o “não apropriado” uso das técnicas de PMA por mulheres solteiras/sós, actualmente em Espanha, está generalizada a sua utilização e perfeitamente sustentada juridicamente a sua aplicação. O Tribunal Constitucional Espanhol, que responde à sentença de recurso de inconstitucionalidade interposto contra a LTRA/1988 (antiga Lei de PMA Espanhola) que declarou que Cit.:

“la fertilización de cualquier mujer, independientemente de que el donante sea su marido o del hecho de que esté o no vinculada matrimonialmente” no vulnera el núcleo esencial de la institución familiar.” Siendo la finalidades y justificación de la propia ley “las de posibilitar la fecundación y, por ende, la creación o el crecimiento de la familia como unidad básica y esencial de convivencia.”

A actual lei espanhola, também dispõe que a mulher possa ser usuária das técnicas independentemente da sua orientação sexual.³ O legislador espanhol alterou todas as inferências legais, fundadas em discriminação sobre as escolhas sexuais, pretendendo alcançar a maior equidade, tendo em vista o respeito pela livre orientação sexual das pessoas com distintas opções. Desta forma Espanha está entre os países da vanguarda, aceitando o casamento de pessoas do mesmo sexo, (como aliás também já faz Portugal na actualidade), como também a adopção conjunta de

¹ Ver: Opinião da autora Serna Meroño, Encarna, em: “*Comentarios a la Ley 14/2006, de 26 de Mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana...*”, p. 185/ss.

² Ver: Ídem, p. 187, ídem, Serna Meroño, Encarna, Cit.: “*Como es sabido, la posibilidad de que la mujer sola pudiera ser usuaria de las técnicas de reproducción asistida levantó (...) gran polémica.*”

³ Ver: Ídem, p. 189, opinião de Serna Meroño, Encarna, Cit.: “*...para algunos autores, (...) prohibir la inseminación de una mujer sola por este motivo (presunción de seré mujeres lesbianas) suponía una presunción de homosexualidad en todas las mujeres a todas luces inadmisible y en todo caso no se consideraba argumento de suficiente peso.*”

crianças por casais de orientação homossexual, garantindo os plenos direitos e bens de igualdade “matrimonial” ao dos casais do mesmo sexo, pretensão já antiga, com mais de uma década no direito espanhol e um pouco menos no direito português... Assim, toda a mulher, independentemente da sua orientação sexual pode ser usuária das técnicas de PMA em Espanha, bastando para tal reunir estes requisitos requeridos pela lei.¹

Dando cumprimento ao tema destas jornadas internacionais, cumpre recordar que, a Disposição Quinta da Lei Espanhola, defende o acesso às Técnicas de PMA às pessoas afectadas com “*discapacidad*”, na medida em que exige a não discriminação de pessoas inválidas ou com capacidade diminuída² seguindo o mandato Constitucional de protecção dos diminuídos, plasmado no Artigo 49º da Constituição Espanhola: Título I. De los derechos y deberes fundamentales, Capítulo tercero (De los rectores de la política social y económica) cit.: “*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.*”³ Por seu lado, a lei Espanhola 51/2003, Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con Discapacidad, de 2 de Dezembro, indica no Preámbulo:

“...las personas con discapacidad constituyen un sector de la población muy heterogéneo, pero todas tienen en común que en mayor o menor medida precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o participar en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos en la vida económica, social y cultural.”⁴

A pesar desta temática, ser de grande sensibilidade, e na realidade o seu estudo e análise pudessem dar lugar a uma investigação doutoral complexa e de tema único, não resistimos aqui, a continuar, a falar um pouco mais da nossa sensibilidade nesta matéria, de forma breve, atentos no entanto à importância do tema em geral que aqui resulta natural a conexão com as questões da Bioética, dos Direitos Humanos e da saúde mental, mote das presentes jornadas. Na realidade, ainda não falámos da “discapacidade” impeditiva da pessoa para se poder governar a si mesma, que determina de facto, uma incapacidade jurídica, não no sentido jurídico de poder ser “destinatário de direitos”, mas no sentido de poder ser “usuário pleno” desses direitos, por razão dessa incapacidade...jurídica...

¹ Ver: Ídem, p. 191, interessante visitar Serna Meroño, Encarna, que indica que Cit.: “...es curioso advertir que (...) a la hora de regular los consentimientos necesarios y previos a que la mujer se someta a la práctica de las técnicas (lo legislador), no ha tenido en cuenta que hoy la mujer puede estar casada con un hombre, pero también con una mujer.”

² Ver: Ídem, sobre este assunto Serna Meroño, Encarna, cit.: “Esta norma se incluye dentro de la tendencia macada por el nuevo legislador de exigir sólo como requisito imprescindible que la mujer tenga la plena capacidad de obrar para someterse a las técnicas de reproducción asistida y con ella la presunción de suficiente madurez psicológica para saber el alcance de sus actos.” Véase: sobre gobierno o capacidad de gobierno de sí mismo, los Artículos 199 y siguientes del Código Civil Español...

³ Ver: Ley 51/2003 de 2 de Dezembro.

⁴ Ver: Preámbulo da Ley 51/2003 de 2 de Dezembro. A lei aponta que existen em Espanha 3,5 milhões de pessoas com “discapacidad”.

Relativamente à minha área de trabalho de investigação, e em coerência com o apresentado anteriormente, em matéria de técnicas de PMA, o usuário necessita de **“madurez” psíquica**, mas também de uma natureza física disponível para ser “capaz” de utilizar funcionalmente as medicinas necessárias, para fazer funcionar as técnicas. De facto, as pessoas em geral, sobretudo as que apresentam uma “discapacidade”, carecem sempre de uma **“dose de loucura”**, mas que não dispensa sempre um núcleo essencial de **“compreensão mínima”**, sem a qual o seu consentimento, prévio, informado e obrigatório não pode produzir os seus efeitos legais e clínicos em conformidade com as exigências da liberdade e da consciência. Assim, segundo esta reflexão, somos da opinião que as “discapacidades dos sentidos”, não serão por certo determinantes na possibilidade de acesso às técnicas de PMA, quando se cumparam os requisitos básicos por parte do candidato com incapacidade sensorial para obter o consentimento informado sobre aceitação do tratamento e compreensão dos riscos subsequentes...No mesmo sentido Serna Meroño, Encarna, Cit. idem, p. 192/ss. :

”...los casos de discapacidades sensoriales sólo plantearán la necesidad de que los Centros se les suministre la información necesaria para poder emitir la usuaria un Consentimiento informado por los medios oportunos que garanticen un conocimiento adecuado de los tratamientos a seguir y de los riesgos y consecuencias que éstos pueden producir. En principio, este tipo de discapacidad no plantea ningún inconveniente para que quien padece pueda convertirse en madre.”

Na nossa opinião, as **“discapacidades psíquicas”** ditas mentais, não podem por seu lado, inviabilizar o “umbral” de compreensão do que falámos atrás, sob pena de comprometer o acesso da “candidata” às técnicas de PMA. Uma vez salvaguardado este aspecto, por parte dos médicos participantes, dissipando as dúvidas de compreensão dos riscos e extensão do tratamento, apresentada a informação, de modo simples e adequado às “condições de compreensão” do receptor, não me parece que possa ser negado, por esta via, o acesso às técnicas, em razão da sua “discapacidade” à futura usuária das mesmas. A estimada autora espanhola Encarna Serna Meroño, indica que, Cit.:

“Las discapacidades de carácter psíquico tienen que ser necesariamente compatibles con que la mujer usuaria pueda comprender toda la información que el equipo médico tiene que proporcionarle de manera obligatoria sobre los tratamientos a seguir en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, ya que, uno de los presupuestos necesarios para su práctica es que la mujer, en todo caso, preste su consentimiento libre y consiente. Esta circunstancia exige que la información y el asesoramiento a que se refiere la ley se deban prestar a las personas con discapacidad en condiciones y formatos accesibles apropiados a sus necesidades.”¹

Afinal, o que nos parece mais difícil, será compaginar algumas “discapacidades físicas” de tipo “mecânico”, que de algum modo impossibilitem a aplicação e subsequente êxito das técnicas, mas que tão pouco devem, na nossa

¹ Cit: Ídem, Serna Meroño, Encarna...

humilde opinião, ser negadoras do acesso às técnicas por parte dos candidatos portadores das mesmas, sendo que na nossa opinião essa avaliação deverá ser feita “caso a caso”... Nas palavras da Ilustre Colega Encarna Meroño Cit.:

“...importantes anomalías de tipo físico, estos supuestos necesitarán ser valorados de forma integral por el equipo médico que deberá informar de todos los riesgos que la usuaria asume, e incluso, aunque la mujer acepte los riesgos, acaso cabe que los propios facultativos pudieran negarse a realizar su práctica puesto que las condiciones existentes desde una perspectiva clínica así aconsejara. Porque, el deber principal de cuidados que asume el médico con respecto al paciente, si bien surge, normalmente, a cargo del, médico junto con otros deberes como consecuencia de la celebración de un contrato, aun cuando no hay contrato se imponen al médico, ya que son deberes derivados de la propia naturaleza de la actividad médica. Se trata de “deberes ex officio” del médico, impuestos a este en cuanto tal.”¹

Aceitando assim a influência da Professora Civilista da Universidade de Múrcia, nestas matérias, haveria que analisar “*la voluntariedad*” como exigência para a prática das técnicas de PMA, a que chamamos “Consentimentos Necessários”, às técnicas de PMA. Não obstante, aqui deixamos indicação da direcção apontada pela Professora no que toca a um conjunto de “Consentimentos” importantes a analisar e que são os normais nestas questões da PMA e que na sugestão da citada investigadora podem ser: “Consentimiento informado de la mujer.” “Consentimiento del cónyuge hombre.” “Consentimiento del cónyuge mujer.” “Consentimiento del hombre que convive con la mujer usuaria de las técnicas de reproducción asistida.” Pode dizer-se que todos os citados se podem encontrar na lei espanhola, completados com outras problemáticas, como são as finalidades proibidas da PMA, o direito ao conhecimento das origens genéticas ou o anonimato dos doantes, que aqui apontamos mas cujo estudo mais profundo, programamos fazer noutro artigo... e para análise aqui deixamos a citada opinião de “Ancora”, de Meroño, S.E., que nos apresenta de forma muito interessante aquilo que chama de: “*Imposibilidad de influir en las Condiciones personales del Donante de Semen*”, (e que na opinião da autora) Cit.:

“ En mi opinión, aunque no sería acertado introducir la posibilidad de que en las técnicas de reproducción asistida se propiciara la selección del material reproductor “a la carta”, tal como está sucediendo, por ejemplo en los EE UU, donde los medios de comunicación nos informan del negocio floreciente del “brooker de embriones”, sí me parece adecuado que la mujer usuaria de las técnicas pueda tener cierta autonomía a la hora de poder decidir sobre algunas circunstancias visibles del genotipo del donante de semen, siempre que ello fuera compatible con lograr un correcto y adecuado resultado de la fecundación asistida.”

¹ Cit: Ídem, Serna Meroño, Encarna...

Conclusão

Em Portugal, o Tribunal Constitucional Português, segundo Artigo 4º da Lei Portuguesa de PMA, consagra o princípio da subsidiariedade em sentido amplo, permitindo recurso às técnicas de PMA fora das situações de infertilidade, mas apenas quando seja estritamente necessário para tratamento de doenças graves ou para eliminação de doença genética, infecciosa ou outras... No entanto, após recentes alterações a nova lei portuguesa, concede o alargamento das técnicas a outros destinatários, e a um novo conjunto de elegíveis, seguindo o exemplo espanhol, mantendo no entanto as directrizes MAIORES e CAPAZES... o que nos trás de volta à temática destas Jornadas da Loucura e da Saúde Mental...com esta questão: Serão os doentes mentais capazes de aceder às técnicas de PMA em Portugal, conforme aqui se demonstrou ser possível em Espanha e ficou sugerido pela nossa análise do sistema espanhol...? Ou o mero acto de tentar, será só por si, considerado uma Loucura...?

Bibliografia

- GOMES, José António Cobacho; MEROÑO, Encarna Serna — “Comentarios a la Ley 14/2006 de 26 de Mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida”. Madrid: Thomson Aranzadi, 2007. (pág. 179 – 210)
- LLEDÓ YAGUE, F. y Ochoa Marieta, C. y Monje Balmaseda, O., “Comentarios científico – jurídicos a la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida: Ley 14/2006 de 26 de Mayo”. Madrid: Dykinson, 2007.
- PÉREZ LUÑO, A.E., “La Tercera Generación de Derechos Humanos”. Navarra: Aranzadi, 2006.
- SILVA, Paula M; COSTA, Marta — “ A Lei da Procriação Medicamente Assistida Anotada”, Lisboa, Coimbra Editora – Grupo Wolters Kluwer, 2011.
- XAVIER, João Proença — “Ensayo sobre la Problemática de los Embriones Excedentarios en la Reproducción Medicamente Asistida”, Tesina Doctorado “Pasado y Presente de Los Derechos Humanos, Salamanca, 2012.

Legislação:

- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. <<http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>> [30 diciembre 2015].
- Lei Portuguesa de Procriação Medicamente Assistida, Lei 32/2006 de 26 de Julho fdunl.pt, <http://www.fd.unl.pt/docentes/docs/ma/tpb_MA_4022.pdf> [30 diciembre 2015]. (Versão actualizada Lei 59/2007 de 4 de Setembro onde o Artigo 4.º da Lei nº59/2007 de 04 de Setembro - Aditamento à Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho), <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=930A0004&nid=930&tabela=lei_velhas&pagina=1&ficha=1&nversao=1> [30 diciembre 2015].
- Ley Española de Procreación Medicamente Asistida, Ley 14/2006 de 26 de Mayo, (versión incluida en la Tesis del Autor). <<http://www.bioeticaweb.com>> [30 diciembre 2015]. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Jefatura del Estado «BOE» núm. 126, de 27 de mayo de 2006. Referencia: BOE-A-2006-9292 Texto Consolidado - Última modificación: 14 de julio de 2015). <<http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>> [30 diciembre 2015].
- Publicação da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, que alarga o âmbito dos beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho (procriação medicamente assistida). <http://www.cite.gov.pt/asstscite/downloads/legislacao/Lei_17_2016.pdf> [29 diciembre 2016].

VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA PARA PERTURBAÇÕES MENTAIS. RESULTADOS DE UM ESTUDO DE INTERACÇÃO ENTRE FACTORES GENÉTICOS E DO MEIO PSICOSSOCIAL EM JOVENS ADULTOS

Manuela Alvarez¹, Licínio Manco¹, Patrícia Pereira¹, Sónia Cherpe², Marina Cunha², José Pinto Gouveia², Paulo Gama Mota³

¹Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (CIAS), ² Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), ³Centro de Investigação em Biodiversidade e Recursos Genéticos (CIBIO), Universidade de Coimbra, Portugal

Palavras-chave: gene transportador da serotonina; 5'HTTLPR; rs25531; níveis de expressão; ansiedade; depressão; stress

Resumo: Com o objectivo de detectar interacções estatísticas entre factores genéticos e ambientais na vulnerabilidade psicológica para perturbações mentais, um grupo de 300 jovens adultos de nacionalidade portuguesa foi avaliado para: i) o genótipo em 2 locais de segregação no gene transportador da serotonina (SLC6A4), 5HTTLPR e rs25531; ii) o fenótipo, a partir dos níveis de ansiedade, depressão e *stress* com recurso à escala EADS-21; e iii) vários indicadores da qualidade do ambiente psicossocial, incluindo a doença mental dos pais, abusos na infância e o bem-estar geral. O teste estatístico Generalized Linear Models, implementado no programa informático IBM SPSS 23, foi utilizado para detectar interacções entre as variáveis em estudo. Foram observadas interacções estatisticamente significativas entre os genótipos associados à baixa expressão do gene transportador da serotonina e a ocorrência de sintomas depressivos na mãe para o aumento do risco de depressão, ansiedade e stress.

Abstract: In order to detect statistical interactions between genetic and environmental factors to predict vulnerability to psychological disturbances, a group of 300 young adults of Portuguese nationality was screened for: i) genotype at the 5HTTLPR and rs 25531 segregation sites of the serotonin transporter gene (SLC6A4); ii) phenotype, including levels of anxiety, depression and stress using EADS-21 scale; and for iii) several indicators of the quality of psychosocial environment, including parents mental illness, childhood abuse and welfare. The occurrence of statistical interactions between the genotype and the environment was estimated using the Generalized Linear Models test, in the IBM SPSS 23 software. Statistically significant interactions were observed between the occurrence of depressive symptoms in the mother and the genotypes associated with low expression of the serotonin transporter gene to predict greater likelihood of anxiety, depression, and stress.

Introdução

A vulnerabilidade psicológica para as perturbações mentais é uma condição complexa que está associada a factores do meio psicossocial e a factores biológicos e genéticos. Os acontecimentos adversos vividos na infância são geralmente apontados como um dos principais factores de risco do ambiente psicossocial (Aguilera *et al.*, 2009). Ao nível biológico, a serotonina tem sido o marcador mais estudado e, ao nível genético, os genes envolvidos no seu processamento também têm sido alvo de estudo. É o caso do gene SLC6A4 (Solute Carrier Family 6 Member 4), também conhecido por transportador da serotonina.

O gene SLC6A4 está localizado no cromossoma 17q11.2 e codifica uma proteína da membrana plasmática que transporta a serotonina da fenda sináptica para o interior dos neurónios pré-sinápticos. Esta função é crucial para a disponibilidade de serotonina na condução dos estímulos nervosos. Em 1995 e em 2006 foram descritas duas mutações, respectivamente, 5 HTTLPR e rs25531, cujo efeito no fenótipo é reduzir a expressão do gene SLC6A4. Foi sugerido que a baixa expressão do gene poderia ter importância clínica se fosse associada a um número menor de canais de transporte na membrana dos neurónios serotoninérgicos (Lech *et al.*, 1996 e Little *et al.*, 1998). Dado que, em ambientes psicossociais adversos, a intensidade da transmissão de impulsos nervosos é maior, um *deficit* de transportadores poderia atrasar a resposta e, deste modo, constituir um risco para desenvolver sintomas depressivos. Este efeito, porém, nunca foi confirmado *in vitro* ou *in vivo* e muitos estudos de associação directa entre genótipo e fenótipo produziram resultados contraditórios. Posteriormente, foi sugerido que a susceptibilidade associada às mutações 5HTTLPR e rs25531 não estaria directamente relacionada com um *deficit* de serotonina no interior dos neurónios do adulto, mas sim com o aumento dos níveis de serotonina na fenda sináptica durante a infância, motivado por experiências de vida desagradáveis (Suri *et al.*, 2015). Imagens funcionais obtidas por ressonância magnética mostraram que, apesar de não existirem no cérebro do adulto provas de uma relação clara entre os genótipos de baixa eficácia transcricional e o transporte de serotonina, há alterações químicas, estruturais e funcionais nos circuitos neurais envolvidos no processamento das emoções, tornando-o mais vulnerável ao stress (Kobiella *et al.*, 2011; Suri *et al.*, 2015).

O objectivo principal do nosso estudo foi detectar interacções estatísticas entre factores genéticos e ambientais que possam contribuir para o aumento do risco de desenvolver perturbações mentais numa amostra de jovens adultos, alunos universitários. A entrada para a universidade é marcada por mudanças no estilo de vida e pelo ganho de novas responsabilidades. A maioria dos estudantes sai de casa dos pais, tem que gerir o tempo dedicado às tarefas domésticas e ao estudo, enfrentar novos métodos de ensino e novas regras sociais impostas pela praxe académica, muito enraizada na vivência estudantil da Universidade de Coimbra. Esta transição é experienciada com diferentes percepções de stress que podem ser associadas a desregulação emocional ou a dificuldades na adaptação psicológica (Taylor *et al.*, 2014).

Material e Métodos

Um grupo de 300 jovens adultos de nacionalidade portuguesa, estudantes na Universidade de Coimbra, foram avaliados para o genótipo em 2 locais de segregação do gene SLC6A4 - 5HTTLPR e rs 25531, e para o fenótipo recorrendo à escala EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) que mediu os níveis de ansiedade, depressão e *stress*. A caracterização do ambiente psicossocial baseou-se nas respostas a questões de natureza sociodemográfica e de saúde física e mental dos progenitores, e ao preenchimento de questionários que mediram o bem-estar geral (escala MHC, desenvolvida por Garnefski, Kraai e Spinhoven em 2001) e a ocorrência de acontecimentos adversos na infância (escala CTQ, desenvolvida por Keyes e colaboradores em 2008).

O ADN usado neste estudo foi extraído a partir de células do epitélio bucal dos participantes e sujeito ao método de PCR-RFLP para determinação do genótipo em cada um dos locais de polimorfismo, seguindo o protocolo descrito por Bonvicini e colaboradores (2010). Os genótipos foram depois agrupados de acordo com o seu

impacto nos níveis de expressão do gene em categorias de baixa e elevada eficácia transcricional (L1L1, L1S1 e S1S1).

As interações entre os genótipos e o ambiente foram avaliadas com o teste Generalized Linear Models (GLM), implementado no programa informático IBM SPSS 23, com o design experimental representado na Figura 1.

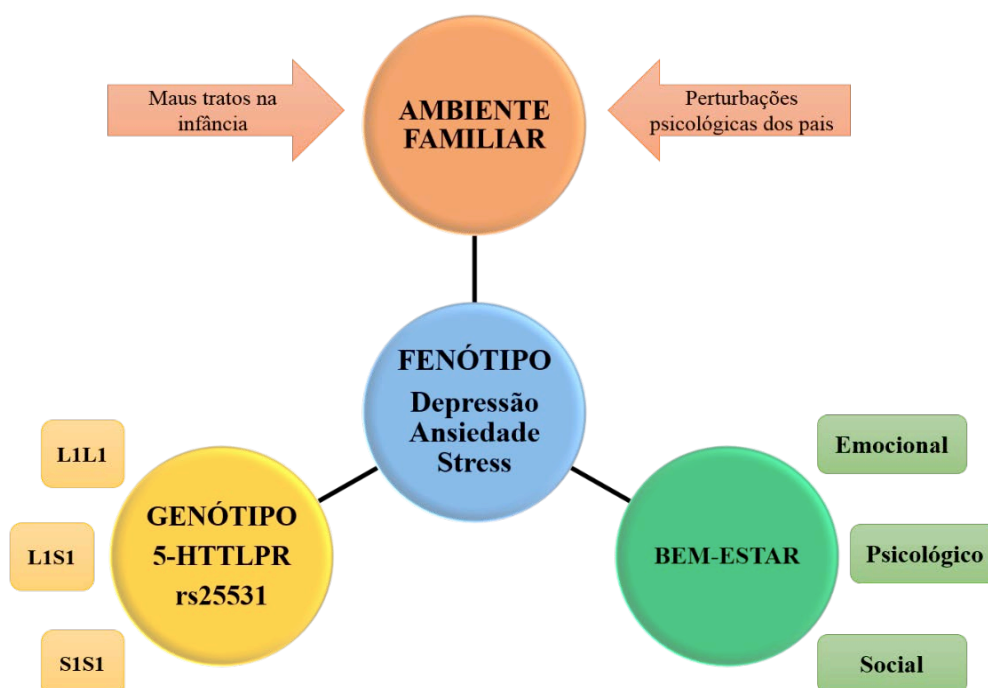


Fig. 1 — Representação gráfica das interações gene-ambiente avaliadas neste estudo através do teste estatístico Generalized Linear Models (GLM).

Resultados e Discussão

A amostra estudada caracterizou-se, de um modo geral, por valores baixos e moderados ao nível da escala EADS-21 que mediu os níveis de ansiedade, depressão e stress. Por valores baixos ao nível da escala CTQ, que mediu a ocorrência de maus tratos e outros acontecimentos adversos na infância. E por valores relativamente elevados ao nível da escala MHC, que mediu o bem-estar geral. Quando agrupados por tipo de genótipo, de acordo com o seu impacto na expressão do gene transportador da serotonina, os sujeitos da amostra não mostraram uma vulnerabilidade diferencial ao nível dos valores registados na escala EADS-21 e na escala MHC. Nomeadamente, os genótipos de baixa eficácia transcricional não mostraram uma correlação estatística significativa com os níveis de ansiedade, depressão e stress dos portadores ($P > 0,05$). Porém, o mesmo não aconteceu quando os mesmos genótipos foram analisados em interação com os factores do meio psicossocial. A interação entre a depressão da mãe e os genótipos de baixa eficácia transcricional foi associada a níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress nos portadores ($P < 0,001$). Este resultado coloca em evidência o papel do gene SLC6A4 como factor de susceptibilidade para o aparecimento de perturbações mentais em presença de acontecimentos adversos.

Conclusões

Este estudo foi o primeiro a incluir dois marcadores do gene transportador da serotonina, 5-HTTLPR e rs 25531, numa análise de interacção gene-ambiente em jovens adultos de nacionalidade Portuguesa.

Os resultados observados sugerem que o perfil de risco para o aparecimento de distúrbios psicológicos em portadores de genótipos de baixa eficácia transcricional poderá incluir a depressão da mãe como factor do ambiente psicossocial. Apesar de estarem de acordo com as previsões teóricas, estes resultados deverão ser confirmados numa amostra com um número superior de participantes recrutados noutras regiões geográficas.

Bibliografia

AGUILERA, M; ARIAS, B; WICHES, M; BARRANTES-VIDAL, N; MOYA J; VILLA, H; VAN OS, J; IBANEZ, MI; RUIPEREZ, MA; ORTET, G; FANANAS, L — Early adversity and 5-HTT/BDNF genes: new evidence of gene–environment interactions on depressive symptoms in a general population. *Psychol Med.* 39(9) (2009) 1425–1432.

LESCH, KP; BENDEL, D; HEILS, A; SABOL, SZ; GREENBERG, BD; PETRI, S et al. — Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science.* 274 (1996) 1527–1531.

LITTLE, KY; MCLAUGHLIN, DP; ZHANG, L; LIVERMORE, CS; DALACK, GW; MCFINTON, PR et al. — Cocaine, ethanol, and genotype effects on human midbrain serotonin transporter binding sites and mRNA levels. *Am J Psychiatry.* 155 (1998) 207–213.

SURI, D; TEIXEIRA, CM; CAGLIOSTRO, MKC; MAHADEVIA, D; ANSORGE, MS — *Neuropsychopharmacology* 40 (2015) 88–112.

KOBIELLA, A; REIMOLD, M; ULSHÖFER, DE; IKONOMIDOU, VN; VOLLMERT, C; VOLLSTÄDT-KLEIN S; SMOLKA, MN — How the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism influences amygdala function: the roles of *in vivo* serotonin transporter expression and amygdala structure. *Translational Psychiatry*, 1:8 (2011) e37.

TAYLOR, ZE; DOANE, LD; EISENBERG, N — Transitioning From High School to College: Relations of Social Support, Ego-Resiliency, and Maladjustment During Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood.* 2 (2014) 105-115.

BONVICINI C, MINELLI A, SCASSELLATI C, BORTOLOMASI M, SEGALA M, SARTORI R, GIACOPUZZI M, GENNARELLI M — *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 34 (2010) 934–939.

PAIS-RIBEIRO, JL; HONRADO, A; LEAL, I — *Psicologia, Saúde & Doenças* 5 (2004) 229-239.

KEYES, CLM; WISSING, M; POTGIETER, JP; TEMANE, M; KRUGER, A; VAN ROOY, S — *Clinical Psychology and Psychotherapy.* 15:3 (2008) 181-192.

GARNEFSKI, N; KRAAIJ, V; SPINHOVEN, P — *Personality and Individual Differences.* 30:8 (2001) 1311–1327.

VIII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental
VIII International Meeting of History of Madness, Psychiatry and Mental Health
Programa / Program
8 de Maio de 2017 / 10 May 2017

09h00 — Receção aos participantes / Reception and Welcome

09H30 — Sessão de abertura / Welcome session

09h45 — 1ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 1
Moderador / Chair: Joana Mestre Costa

Alexandre Coimbra; Sofia Coimbra — LOUCURA EM BARTOLOMEU DE GUSMÃO -
CONTEXTUALIZAÇÃO DE TRÊS REFERÊNCIAS HISTÓRICAS

José Cunha-Oliveira; Aliete Cunha-Oliveira — LOUCURA E ARTE

Ana Paula Azevedo Duarte de Araújo — A LOUCURA NA PERSPETIVA DO ARTISTA

Dora Iva Rita; Filomena Patrício — TAPETES DE GUERRA (SÉC. XX-XXI) – CONTAMINAÇÕES.
CONTRIBUTO PARA A HISTÓRIA ATUAL DA LOUCURA

11h00 — Intervalo / Coffee ; Visita aos posters / poster presentation

11h15 — 2ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 2
Moderador/Chair: José Morgado Pereira

Joana Mestre Costa — O ESPAÇO DA LITERATURA NA CONSTRUÇÃO DE UMA
PSICOPATOLOGIA (A PARTIR DA ARCHIPATHOLOGIA DE FILIPE MONTALTO)

Rosário Neto Mariano — REPRESENTAÇÕES CULTURAIS DA ALTERIDADE COMO *TOPOS* DE
ESTRANHEZA E/OU PATOLOGIA MENTAL

Bárbara del Arco Pardo — LA LOCURA EN MIGUEL DE UNAMUNO: UNA MIRADA
FILOSÓFICA DESDE PERSONAJES LITERARIOS ATRAVESADOS POR LO TRÁGICO

12h15 — 3ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 2
Moderador / Chair: João Rui Pita

Luís Timóteo Ferreira — IMAGENS DA LOUCURA EM JÚLIO DINIS: VALENTINA E JACOB
GRANADA EM «UMA FLOR D'ENTRE O GELO» (1864)

Porfírio Pereira da Silva — A ARTE E OS LIMITES DA LOUCURA EM MARIA GOMES PEREIRA
(1882-1950)

13h00 — Almoço livre / Lunch

14h30 — Conferência plenária / Plenary lecture
Moderador/Chair: Ana Leonor Pereira

José Morgado Pereira - A PSIQUIATRIA EM PORTUGAL (1884-1924)

15h00 — 4ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 4
Moderador / Chair: Manuel Correia

Manuel Curado — REPRESENTAÇÃO LITERÁRIA DA LOUCURA NO PORTUGAL
OITOCENTISTA: UM SUBSÍDIO

M.A. Miguelez Silva; A.R. Dos Santos Rocha; M. Piñeiro Fraga; M^a.J. Louzao Martinez; T. Angosto Saura — FERNANDO PESSOA, OS PSIQUIATRAS E A LOUCURA

António Vasconcelos Nogueira — O "DE PROFUNDIS" DE JOSÉ CARDOSO PIRES: EXERCÍCIO METALITERÁRIO SOBRE A MEMÓRIA E O AUTOCONHECIMENTO

Celia García Díaz; Laura López Alonso — MUJER, ESCRITORA Y LOCA: LA CONVULSA VIDA DE JANE BOWLES Y SU RELACIÓN CON LOS MANICOMIOS DE MÁLAGA (1917-1973)

16h15 — Intervalo / Coffee
Visita aos posters / Poster presentation

16h30 — 5^a Sessão de apresentação de comunicações / Session 5
Moderador / Chair: Manuel Curado

Francisco Molina Artaloytia — EVITAR “UNA HISTORIA DE LOS HORRORES” O “CARGAR LAS TINTAS”: ESCUDRIÑANDO LOS ASPECTOS OSCUROS DEL ABORDAJE MÉDICO DE LA “HOMOSEXUALIDAD” EN LA MEDICINA IBÉRICA CONTEMPORÁNEA

Ricardo Campos — LOCURA, ANORMALIDAD Y HOMOSEXUALIDAD EN ESPAÑA (1970-1979): LA LEY DE PELIGROSIDAD Y REHABILITACIÓN SOCIAL DE 1970

Rafael Huertas — PSIQUIATRÍA, ANTIPSIQUIATRIA Y PENSAMIENTO REACCIONARIO EN ESPAÑA: *LOS RENGLONES TORCIDOS DE DIOS* (1979)

Ana Leonor Pereira; Manuel Correia; João Rui Pita — O “MISSING LINK” ENTRE A ANGIOGRAFIA CEREBRAL E A LEUCOTOMIA PRÉ-FRONTAL MONIZIANA OU A IMPOSSÍVEL NEUROLOGIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA?

18h00 — Encerramento dos trabalhos do 1º dia / Final 1st day

9 de Maio de 2017 / 9 may 2017

09h00 — 6^a Sessão de apresentação de comunicações / Session 6
Moderador / Chair: Tiburcio Angosto Saura

David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; Cristina Carcavilla Puey; Manuel Fernández de Aspe; Elisabeth Balseiro Mazaira; María Victoria Rodríguez Noguera — LOCURAS PUERPERALES (PSIQUIATRÍA, MEDICINA Y CULTURA EN GALICIA, 1875-1975)

Bruno Barreiros — *NAS FRONTEIRAS DA RAZÃO. A NOÇÃO DE ALIENAÇÃO MENTAL NA LITERATURA MÉDICA DO SÉCULO XIX*

João Feliz; Pedro Sales; Guilherme Bastos Martins; João Cardoso — GEEL: UMA COLÓNIA DE ALIENADOS

Jorge Mota — DO EGITO A ROMA: HISTÓRIA DA ELECTROCONVULSIVOTERAPIA

Nuno Borja-Santos; Guilherme Bastos Martins; Vera Dindo; Luís Afonso Fernandes — D. DUARTE, PRIMEIRO PSICOPATOLOGISTA PORTUGUÊS

10h30 Intervalo / Coffee
Visita aos posters / poster presentation

10h45 Lançamento da obra VII Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

11h00 — 7^a Sessão de apresentação de comunicações / Session 7
Moderador / Chair: Nuno Borja-Santos

E. N. Bobkova — THE BOARD OF DOCTORS OF THE TULA PROVINCIAL PSYCHIATRIC HOSPITAL FROM 1911-1913 YEARS

Tânia Sofia Ferreira — O TRATAMENTO MORAL EM JÚLIO DE MATOS

Manuel Correia — CURSO DE CIÊNCIAS DO SISTEMA NERVOSO NO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS (1986). SUBSÍDIOS PARA A HISTÓRIA DA PSICOCIRURGIA

12h00 — 8ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 8
Moderador / Chair: Pedro Macedo

Jessica Otilia Pérez Triveño; David Simón Lorda; Cristina Carcavilla Puey; Rosana Ortiz Soriano; Manuel Fernández de Aspe; Elisabeth Balseiro Mazaira — ¿PSICOSIS GRIPALES? (GRIPE, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA, 1875-1975)

Joana Quelhas — '*O OUTRO LADO DO ESPELHO*': DOIS DIÁRIOS DE EGAS MONIZ 1954-1955 (ESPÓLIO DE JOAQUIM SEABRA DINIS)

M. Piñeiro; M^a.J. Louzao Martinez; M.A. Miguelez Silva; T. Angosto Saura — O PINTOR LAXEIRO E OS LOUCOS POPULARES

13h00 — Almoço livre / Lunch

14h30 — Conferência plenária / Plenary lecture
Moderador / Chair: Rosário Neto Mariano

Adriana Loureiro; Ricardo Almendra; Carla Nunes; Paula Santana — O EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E AMBIENTAIS NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO DA GRANDE LISBOA EM PERÍODO DE CRISE ECONÓMICA

15h00 — 9ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 9
Moderador / Chair: David Simon Lorda

Catarina Cochat; Pedro Macedo — ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS — A CULTURA POP E O PSICODÉLICO

Pedro Macedo; Catarina Cochat; Marta Roque; Ana Sofia Pinto — FANATISMO E PSIQUIATRIA: QUE CONTRIBUTOS NA SUA COMPREENSÃO?

Madalena Rolim Patriarca — A NEUROPLASTICIDADE E O FENÓMENO INFLAMATÓRIO NA DEPRESSÃO. PODEM OS MODELOS BIOMÉDICOS NARRAR UMA HISTÓRIA SÓCIO-MORAL DO OCIDENTE?

Ana Isabel Cardoso Figueiredo — DOS NEUROFÁRMACOS À BIOSOCIABILIDADE: O LADO PÚBLICO DA LOUCURA NO SÉCULO XXI

16h15— Intervalo / Coffee

16h30 — 10ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 10
Moderador / Chair: Elena Atienza Macías

David Vázquez Couto — A ILUSÃO CRIADORA DE IMAGENS: LIMITES DA REPRESENTAÇÃO E DA PERCEPÇÃO EM *ATRAVÉS DE UM ESPELHO*, DE INGMAR BERGMAN

Rui Xavier Vieira; Aliete Cunha-Oliveira — A SÍNDROME DE CAPGRAS (ILUSÃO DE SÓSIAS) - UMA ABORDAGEM INTEGRADA

Gustavo Santos — A HERANÇA DE JACQUES LACAN NA PSIQUIATRIA CLÍNICA DO SÉCULO XXI

Adrián Gramary — ASPETOS HISTÓRICOS DA ARQUITETURA DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA

18h00 — Encerramento dos trabalhos do 2º dia / Final 2nd day

10 de Maio de 2017 / 10 may 2017

9h30 — 11ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 11
Moderador / Chair: Victoria Bell

Manuela Alvarez; Licínio Manco; Patrícia Pereira; Sónia Cherpe; Marina Cunha; José Pinto Gouveia; Paulo Gama Mota — VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA PARA PERTURBAÇÕES MENTAIS. RESULTADOS DE UM ESTUDO DE INTERACÇÃO ENTRE FACTORES GENÉTICOS E DO MEIO PSICOSSOCIAL EM JOVENS ADULTOS DE NACIONALIDADE PORTUGUESA

Ferreira Ramos; Magda Rodrigues — A DEFICIÊNCIA MENTAL, AUTONOMIA SEXUAL E DECISÃO REPRODUTIVA – A SUPERAÇÃO DO PARADIGMA SEXUAL TRADICIONAL COMO CAMINHO PARA A INCLUSÃO

Cláudia Adão; Sara Repolho — “*CEM ANOS DE SOLIDÃO*”: DENSIDADE E DISFUNCIONALIDADE PSICOLÓGICA DE REBECA

Filomena Girão; Marta Frias Borges — O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE – ENTRE A CAPACIDADE DE DISCERNIMENTO E A DOENÇA MENTAL

11h00 — Intervalo / Coffee

11h15 — 12ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 12
Moderador / Chair: Manuela Alvarez

Elena Atienza Macías — LEGAL IMPLICATIONS OF THE NEW EUROPEAN DATA PROTECTION REGULATION IN THE AREA OF MENTAL HEALTH

João Proença Xavier — BIOMEDICINA E DIREITOS HUMANOS: DIREITO BIOMÉDICO, PACIENTES E SAÚDE MENTAL

Inês Pinto da Cruz — NORMAS E PROCEDIMENTOS DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA NA TRANSIÇÃO DE OITOCENTOS PARA NOVECENTOS: O CASO DE ANTÓNIO FERREIRA DA SILVA

Romero Bandeira; Isa João Silva; Sara Gandra; Rui Ponce Leão — EVIDÊNCIAS EM TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA: DA IDADE MÉDIA À MEDICINA DE CATÁSTROFE (SÉC XXI)

Eurípedes Gomes da Cruz Júnior — DO ASILO AO MUSEU: NISE DA SILVEIRA E AS COLEÇÕES DA LOUCURA

13h00 — Encerramento das Jornadas / Closing session

Comunicações em poster / posters

Catarina Cochat; Pedro Macedo — “A CLOCKWORK ORANGE” – INSPIRAÇÕES NO MOVIMENTO ANTI-PSQUIÁTRICO

Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; Rosana Ortiz Soriano; Elisabeth Balseiro Mazaira; Xaqueline Estévez Gil — ¿LA REEMERGENCIA DE LA PSIQUIATRÍA “PSICODÉLICA”? (UN VIAJE DESDE EL USO DE LA MESCALINA EN LOS AÑOS 30 AL USO DEL PSYCLOCIBES y LSD EN LA MEDICINA Y LA PSIQUIATRIA ACTUAL)

Joana Proença Becker — LEGISLATING AROUND PLEASURES: THE INFLUENCE OF THE CATHOLIC RELIGION ON SEXUALITY

P. Azevedo; A. Norton — BEETHOVEN E MOZART: PSICOPATOLOGIA E MÚSICA

Rosana Ortiz Soriano; David Simón Lorda; Cristina Carcavilla Puey; Manuel Fernández de Aspe; Nerea Estévez Folgar; Almudena Pérez Baltar — EN LOS JARDINES DEL HOSPITAL (JARDINES TERAPÉUTICOS, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA: GALICIA, SIGLOS XIX-XXI)

11 de Maio de 2017 / 11 may 2017

**Atividade datélite das VIII Jornadas Internacionais
de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental**

Museu da Ciência da Universidade de Coimbra, Portugal, 14h30, entrada livre

Passagem do filme Nise – o coração da loucura (Tv Zero), realizado por Roberto Berliner e com música de Jacques Morelembaum. Apresentação das obras: “Imagens do Inconsciente” da autoria da Dra. Nise da Silveira e “Caminhos de uma psiquiatra rebelde”, da autoria de Luiz Carlos Mello. Comentários ao filme e apresentação das obras por Eurípedes Gomes C. Junior

VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA
DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
COIMBRA PORTUGAL 8-10 MAIO 2017 VIII JORNADAS
INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL COIMBRA, PORTUGAL 8-10 MAIO 2017 VIII

**VIII JORNADAS INTERNACIONAIS
DE HISTÓRIA DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
VIII INTERNATIONAL MEETING
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND
MENTAL HEALTH
Coimbra, Portugal, 8-10 Maio/may, 2017**

VIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA
DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
COIMBRA PORTUGAL 8-10 MAIO 2017 VIII JORNADAS
INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL COIMBRA, PORTUGAL 8-10 MAIO 2017 VIII
JORNADAS DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIAT

**Organização/Organization: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde —
SHIS e apoio, co-organização científica e colaboração institucional do Grupo de
História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do Centro de Estudos
Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20 - Universidade
de Coimbra
Contactos:cientifico.shis@gmail.com**

**Local/Venue: Auditório da Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos –
Centro de Documentação Farmacêutica, Rua Castro Matoso, 12 A–Coimbra, Portugal**



Patrocínios / Apolos



**ACTIVIDADE SATÉLITE DAS VIII JORNADAS INTERNACIONAIS
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
DIA 11 DE MAIO DE 2017**

FILME

**11 de Maio, 2017
Museu da Ciência da Universidade de Coimbra, Portugal
14h30, entrada livre**

<http://www.museudaciencia.org/index.php?module=events&option=&action=&id=768>



NISE – O CORAÇÃO DA LOUCURA

Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível as *Jornadas*: Tecnimede, Fundação para a Ciência e a Tecnologia-FCT, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Farmacêuticos e o Turismo do Centro Portugal

SHIS



UID/HIS/00460/2013



Patrocínios / Apoios



Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

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

Nº 14**Título**

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII

Autores (Eds):

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 *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros apresentados nas *VIII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* que serviram de base a comunicações apresentadas nas referidas *Jornadas* realizadas em Coimbra, nos dias 7 a 9 de Maio de 2017.

Volumes publicados:

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 lugar 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